

# CHECK LIST PER I PERCORSI DI CURA

## Un caso di valutazione di un percorso

Giuseppe Quintaliani

Responsabile governo clinico della SIN dal 200 al 2019

Membro del gruppo linee guida SIN

Membro del gruppo estensione RAO – Agenas

Membro del gruppo per la rivisitazione del Decreto sulla Malattia renale cronica. Ministero Salute

MILANO 8 – 10 – 15 – 17 GIUGNO – **ECM**

MARIO FAINI

# La nefrologia - Italia

The screenshot shows the GIN website interface. On the left, there is a navigation menu with 'LOGIN' and 'REGISTRAZIONE' buttons, a search bar with the text 'Cerca qui...', and an 'ARCHIVIO' button. The main content area features the article title 'Nefrologia: dove eravamo e dove dovremmo andare' dated 'Maggio Giugno 2021'. Below the title, the authors are listed: Giuseppe Quintalini<sup>1</sup>, Maurizio Nordio<sup>2</sup>, Gianpaolo Rebaldi<sup>3</sup>, Filippo Aucella<sup>4</sup>, and Giuliano Brunori<sup>5</sup>. A small portrait of Giuseppe Quintalini is shown next to his name. To the right, under 'Contenuti articolo', there is a list of links: 'Introduzione', 'I dab', 'Il Covid-19: uno stress test per la Nefrologia', 'La nuova organizzazione', and 'Bibliografia'.

	Privato	Pubblico	Totale
<b>Centri nefro-dialisi Censimento 2018</b>	147	290	437
<b>Percentuale pazienti raggiunti (%)</b>	52	91	78

**Tabella I:** Centri nefrologici pubblici e privati in Italia, e percentuale di pazienti raggiunti

	HD	DP	Totale	Pmp
<b>Censimento 2018</b>	7599	1618	9217	153
<b>RIDT (15/20 regioni)</b>	7165	1181	8345	158

**Tabella II:** Pazienti incidenti in dialisi (frequenza assoluta e per milione popolazione) in Italia: confronto tra risultati del Censimento e del RIDT

# Incidenza e prevalenza in dialisi

	HD	DP	Totale	Pmp
<b>Censimento 2018</b>	7599	1618	9217	153
<b>RIDT (15/20 regioni)</b>	7165	1181	8345	158

**Tabella II:** Pazienti incidenti in dialisi (frequenza assoluta e per milione popolazione) in Italia: confronto tra risultati del Censimento e del RIDT

	HD pmp	DP pmp	Totale pmp
<b>Censimento 2018</b>	604	70	674
<b>RIDT (15/20 regioni)</b>	688	69	757
	<b>36240</b>	<b>4200</b>	<b>40440</b>

**Tabella III:** Prevalenza in dialisi: confronto tra risultati del Censimento e del RIDT

# Epidemiologia della malattia renale cronica in Italia e strategie per la prevenzione

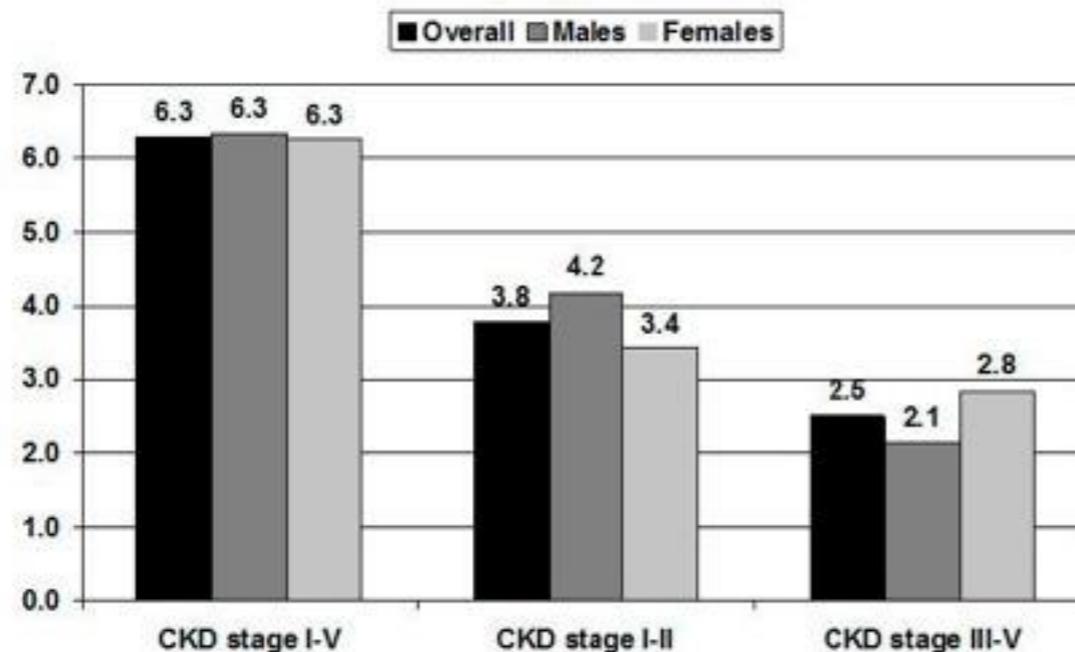


G Ital Nefrol 2014; 31 (4), 1 - 10

Giuseppe Conte<sup>1</sup>, M. Pacilio<sup>1</sup>, C. Garofalo<sup>1</sup>, M.E. Liberti<sup>1</sup>, M. Provenzano<sup>1</sup>, S. Santangelo<sup>1</sup>

(1) Cattedra di Nefrologia, Seconda Università di Napoli

Corrispondenza a: Giuseppe Conte; Cattedra di Nefrologia, Seconda Università di Napoli, Dip. Geriatria-Gerontologia-Malattie Metaboliche, Piazza Miraglia, 80138 Napoli; Tel:0812549409 Mail: giuseppe.conte@unina2.it



Comprendeva albuminuria

	CKD	
	OR	95%CI
Age (year)	1.06	1.05-1.07
Male Gender	1.07	0.87-1.31
Obesity	1.42	1.59-2.46
Hypertension	1.55	1.23-1.94
Diabetes	1.98	1.59-2.46
CV disease	1.90	1.47-2.42
Smoking	1.34	1.05-1.72

Italian population in 2010:  
2.2 M subjects with CKD

Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017

## The years of life lost from mortality (YLLs)

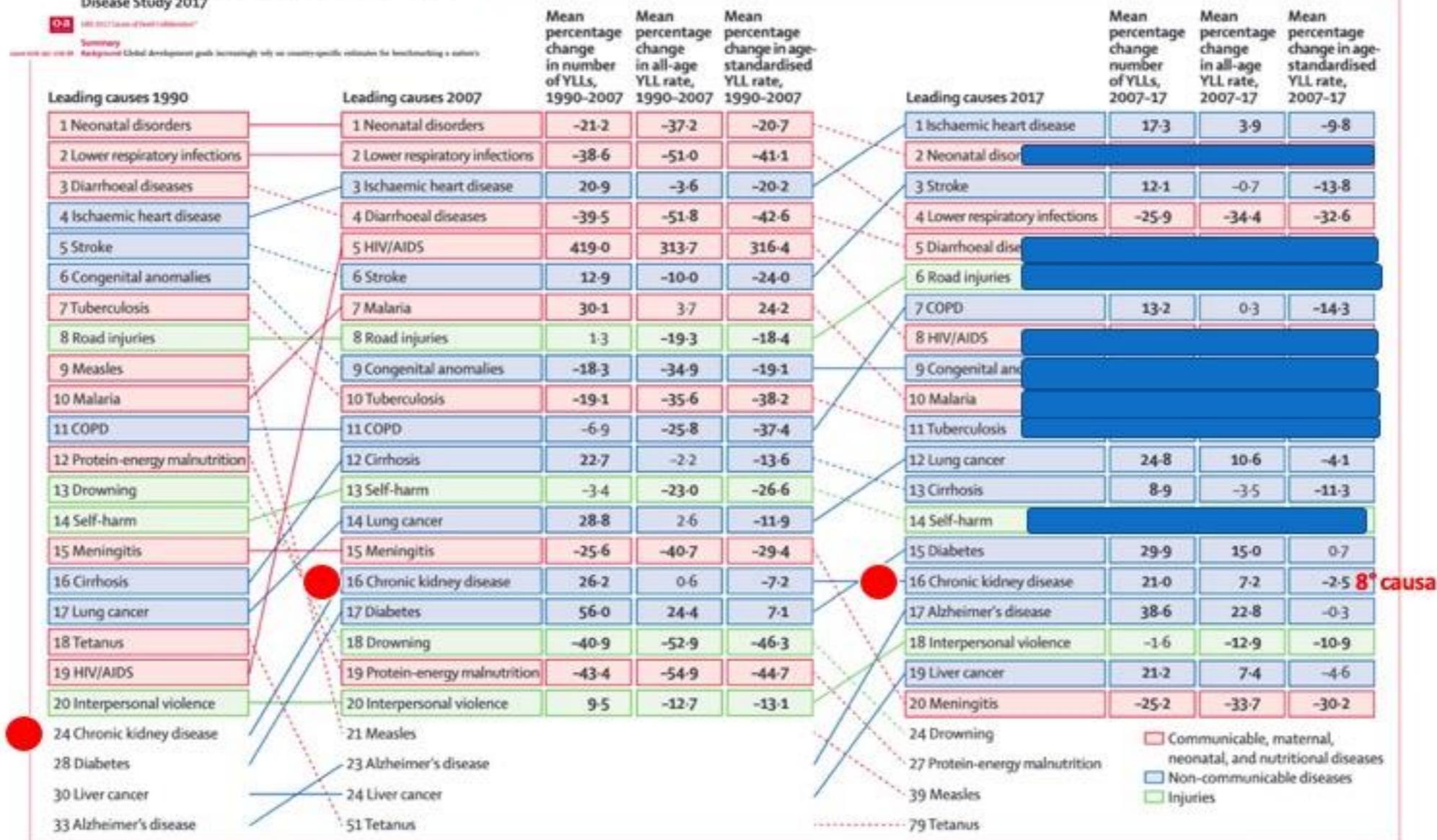


Figure 7: Leading 20 Level 3 causes of global YLLs for 1990, 2007, and 2017 with percentage change in number of YLLs, in all-age and age-standardised rates for both sexes combined. Causes are connected by lines between time periods; solid lines are increases and dashed lines are decreases. For the time period 1990–2007 and for 2007–17, three measures of change are shown: percentage change in the number of YLLs, percentage change in the all-age YLL rate, and percentage change in the age-standardised YLL rate. Communicable, maternal, neonatal, and nutritional diseases are shown in red, non-communicable causes in blue, and injuries in green. Statistically significant changes are shown in bold. COPD=chronic obstructive pulmonary disease. YLLs=years of life lost.

# Salute

[www.corriere.it/salute](http://www.corriere.it/salute)

Quali ti cura meglio

Sanità Pubblicata negli Usa l'annuale classifica. E l'Europa richiede controlli più rigorosi



## Quale ospedale ti cura meglio?

*In altri paesi è normale valutare la qualità delle strutture e rendere pubblici i risultati. Ma non in Italia*

### Le esperienze

La Lombardia e altre regioni scelgono il marchio americano. In Toscana un «bersaglio» per darsi il voto

### L'opinione

Quantità delle prestazioni, efficacia delle cure, efficienza: quello che il malato dovrebbe sapere

Servizio alle pagine 50-51

di ELENA MELI

di SILVIO GARATTINI



**SCIENZE & SALUTE**  
SCOPERTE & RICERCA  
NUOVE TECNOLOGIE  
AMBIENTE & SPAZIO  
MEDICINA  
SALUTE ILLUSTRATA  
I GRANDI SPECIALISTI  
MANGIARE SANO  
FITNESS  
ANIMALI  
ARCHEOLOGIA

INTERNET & HI-TECH  
ECONOMIA & CARRIERA  
SOCIETÀ  
CINEMA & SPETTACOLI  
VIAGGI & WEEKEND  
MOSTRE & CULTURA  
PIACERE & SHOPPING  
SESSO & EROTISMO  
SPORT, AUTO & MOTO

**CAFFÈ MONTECITORIO**  
I due miracolati di Montecitorio

ABBONAMENTI  
SCONTO **60%**  
ABBONATI SUBITO



**ISCRIVITI SUBITO  
ALLA NEWSLETTER**

ARCHIVIO  
CERCA  
RICERCA AVANZATA

UNA GUIDA PER CURARSI AL MEGLIO

## Grandi ospedali, urologia & nefrologia

10/11/2005



Un intervento di cistectomia radicale

Migliorano le tecniche di diagnosi e di intervento per le patologie di reni e vie urinarie. Dal tumore ai calcoli, le possibilità di cura sono sempre meno invasive.



### I primi 10

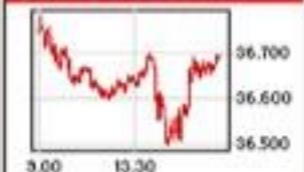
- 1- Roma, Azienda [Policlinico Umberto I](#)
  - 2- Padova, [Azienda ospedaliera](#)
  - 3- Bologna, Azienda ospedaliera [Policlinico Sant'Orsola-Malpighi](#)
  - 4- Milano, Ospedale [San Raffaele](#)
  - 5- Pisa, Azienda ospedaliera [Spedali Riuniti S. Chiara](#)
  - 6- Napoli, Azienda [Policlinico Federico II](#)
  - 7- Firenze, Azienda ospedaliera [Careggi](#)
  - 8- Bari, Azienda ospedaliera [Policlinico Consorziale](#)
  - 9- Verona, Ospedale civili [Borgo Trento](#)
  - 10- Brescia, Azienda ospedaliera [Spedali Civili](#)
- [Gli altri ospedali](#)

**Guida alla lettura** -- La classifica *Panorama-Ispo* si basa su un **indice di reputazione** elaborato sull'opinione dei medici di base e sulla media del **voto** (da 1 a 10) da loro espresso.

SULLO STESSO TEMA

- Grandi ospedali, cardiocirurgia
- Grandi ospedali, cardiologia
- Grandi ospedali, neurochirurgia
- Grandi ospedali, neurologia

BORSE & SOLDI



S&P/MIB TECHSTAR



FOCUS:

Vieni a scoprire  
i prodotti Oregon  
nella nostra vetrina!



Sul Corriere di oggi

-  TrovoViaggi
-  TrovoLavoro
-  Formazione
-  TrovoCasa
-  Cataloghi

#### NEWS

- Cronache
- Politica
- Esteri
- Economia e finanza
- Spettacoli e cultura
- Sport
- Scienze e tecnologie
- ViviMilano
- Italian Life
- 中文版本 **New**

#### OPINIONI

- Editoriali e commenti
- Il documento

Nome Consulente



## La classifica secondo gli esperti

Ecco la "classifica della reputazione" per la nefro-urologia, stilata chiedendo ai responsabili delle prime venti strutture emerse dalla nostra indagine quali ospedali non potessero mancare in una graduatoria dei "più bravi". Tante le "nuove entrate", che fotografano l'ampia possibilità di scelta che esiste nel nostro Paese per un'eccellente assistenza nelle malattie renali e dell'apparato urinario, oltre che l'ottima distribuzione delle strutture accreditate di un'elevata competenza. I "migliori", infatti, si segnalano al Sud, rappresentato egregiamente dagli ospedali di Bari e Reggio Calabria, e nelle città più piccole come Brescia e Lecco. Senza dimenticare gli istituti di antica tradizione delle grandi città, presenti in classifica con i centri di Bologna, Torino, Genova, Milano e Firenze.

*Segnalazioni 264*

*Esperti interpellati 32, hanno espresso il loro parere 29 (90,62%)*

[< torna indietro](#)

Quality Ratings

Compare the quality results for the medical groups you chose. The quality of each medical group is rated in four areas based on what patients say about their experiences.

★★★★ Excellent   ★★ Good   ★ Fair   ☆ Poor

	Overall Rating <small>more →</small>	Getting Treatment and Specialty Care <small>more →</small>	Communicating With Patients <small>more →</small>	Timely Care and Service <small>more →</small>
(Kaiser) Permanente Med Grp - San Diego	★	★	★★	★
Centre for Health Care	★★	★★	★★	★
Mercy Physicians Med Grp	★★	★★	★★★★	★★
Penn Elm Med Grp	★★	★★	★★★★	★
Primary Care Assoc Med Grp	Not willing to report			
San Diego Physicians	Not willing to report			
Sojpps Clinic Med Grp	★	★	★★	★
Sojpps Mercy Med Grp	★★★★	★★	★★★★	★★
Sharp Community Med Grp	★★	★★	★★	★
Sharp Mission Park Med Grp	★★	★★	★★★★	★
Sharp Rees-Stealy Med Grp	★★	★★	★★	★

Health Plan Accreditation

	Accreditation Level
Aetna US Healthcare - North	Commendable
Aetna US Healthcare - San Diego	Excellent
Aetna US Healthcare - South	Commendable
Blue Cross HMO - CaliforniaCare	Commendable
Blue Shield of California	Commendable
CIGNA HealthCare of California	Commendable
Health Net	Commendable
Kaiser Permanente - North	Excellent
Kaiser Permanente - South	Excellent
PacificCare of California	Excellent
Universal Care	Commendable
Western Health Advantage	Not Accredited

# Dove mi curo? Sul web i migliori ospedali italiani. Il privato fa prima di Agenas e lancia il “suo” portale

***Si chiama Doveecomemicro.it. E contiene i dati di 1.233 strutture sanitarie italiane censite in base a 50 indicatori. Con il posto migliore dove curarsi. Il portale, edito da Formex srl di Milano, è coordinato da Walter Ricciardi, Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica del Gemelli insieme ad altri ricercatori ed esperti. Arriva sul web anticipando l'annunciato portale del PNE dell'Agenas. [LE 10 MIGLIORI STRUTTURE PER CIASCUN INDICATORE](#)***



**30 OTT** - Nel nostro Paese una persona che debba sottoporsi ad un intervento al ginocchio oppure togliere la colecisti, o sapere il luogo più sicuro dove partorire, o ancora conoscere l'ospedale migliore in cui eseguire un bypass coronarico, finora, non aveva possibilità di orientarsi nella giungla di ospedali, cliniche, presidi sanitari, policlinici universitari. Ma da oggi arriva in Italia (in attesa del [Portale della Trasparenza di Agenas](#)) il primo motore di ricerca per scegliere l'ospedale migliore per i tuoi bisogni.

REGIONE	Centri Pubblici			Centri Privati			Totale Centri		
	compilati	non compilati	totale	compilati	non compilati	totale	compilati	non compilati	totale
Abruzzo	13	0	13	2	1	3	15	1	16
Basilicata	5	0	5	1	0	1	6	0	6
Calabria	17	0	17	1	0	1	18	0	18
Campania	24	7	31	53	46	99	77	53	130
Emilia-Romagna	14	0	14	1	2	3	15	2	17
Friuli-Venezia Giulia	7	0	7	0	0	0	7	0	7
Lazio	19	0	19	29	4	33	48	4	52
Liguria	7	0	7	1	0	1	8	0	8
Lombardia	38	0	38	7	1	8	45	1	46
Marche	11	0	11	1	0	1	12	0	12
Molise	1	0	1	1	0	1	2	0	2
Piemonte	24	0	24	0	0	0	24	0	24
Puglia	27	0	27	16	0	16	43	0	43
Sardegna	13	1	14	3	0	3	16	1	17
Sicilia	14	14	28	29	52	81	43	66	109
Toscana	21	1	22	1	0	1	22	1	23
Trentino-Alto Adige	6	0	6	1	0	1	7	0	7
Umbria	6	0	6	0	0	0	6	0	6
Valle d'Aosta	1	0	1	0	0	0	1	0	1
Veneto	22	0	22	0	1	1	22	1	23
<b>ITALIA</b>	<b>290</b>	<b>23</b>	<b>313</b>	<b>147</b>	<b>107</b>	<b>254</b>	<b>437</b>	<b>130</b>	<b>567</b>

Centri privati:

44% delle strutture

La maggior parte però **sono solo dialisi**

**Tabella 1:** Distribuzione dei centri nefrologici sia pubblici che privati nelle Regioni italiane, per partecipazione al questionario

Numero Speciale

## Censimento a cura della Società Italiana di Nefrologia delle strutture nefrologiche e delle loro attività in Italia nel 2018: l'organizzazione

Scarica PDF 

Giuseppe Quintaliani<sup>1</sup>, Anteo Di Napoli<sup>2</sup>, Paolo Reboldi<sup>3</sup>, Maurizio Postorino<sup>4</sup>, Piergiorgio Messa<sup>5</sup>, Filippo Aucella<sup>6</sup>, Giuliano Brunori<sup>7</sup>

### Contenuti articolo

[Introduzione](#)

[Materiali e metodi](#)

[Risultati e discussione: l'organizzazione nefrologica](#)

### Domanda B6 – Il Centro è certificato oltre che accreditato?

La certificazione è presente nel 41,7% dei centri che hanno risposto; in particolare, nel 28,5% dei centri pubblici e nel 68,8% dei centri privati.

## The first Minimum Standard – 1919

1. i medici ed i chirurghi, autorizzati a praticare la professione nell'ospedale, devono costituire un corpo organizzato;
2. l'appartenenza al personale medico é limitato a professionisti provvisti di diploma di laurea in medicina, competenti nel loro campo e rispettosi delle regole deontologiche;
3. il personale medico adotta, in accordo con il corpo dirigente, le regole di funzionamento dell'ospedale ed in particolare: una riunione mensile del personale medico; l'analisi regolare delle loro esperienze cliniche nei differenti servizi a partire dai dati delle cartelle cliniche;
4. tutti i pazienti devono beneficiare di una cartella clinica precisa, accessibile e completa (storia personale e della malattia, esami, consulenze, diagnosi, ecc.) ;
5. l'ospedale deve disporre di attrezzature terapeutiche e diagnostiche sotto la responsabilità di personale competente, di cui almeno un laboratorio e un servizio di radiologia.

# Chi valuta?

---

I sistemi di accreditamento regionale e/o nazionale?

## 7 REALIZZAZIONE DEL PRODOTTO/SERVIZIO

- PIANIFICAZIONE DELLA FORNITURA PRODOTTO / REALIZZAZIONE SERVIZIO
- **PROCESSI RELATIVI AL CLIENTE**
  - DETERMINAZIONE DEI REQUISITI RELATIVI AL PRODOTTO/SERVIZIO
  - RIESAME DEI REQUISITI RELATIVI AL PRODOTTO/SERVIZIO
  - COMUNICAZIONI CON IL CLIENTE
- **PROGETTAZIONE E SVILUPPO**
  - PIANIFICAZIONE DELLA PROGETTAZIONE E SVILUPPO
  - ELEMENTI IN INGRESSO ALLA PROGETTAZIONE E ALLO SVILUPPO
  - ELEMENTI IN USCITA DALLA PROGETTAZIONE E DALLO SVILUPPO
  - RIESAME DELLA PROGETTAZIONE E SVILUPPO
  - VERIFICA DELLA PROGETTAZIONE E SVILUPPO
  - VALIDAZIONE DELLA PROGETTAZIONE E SVILUPPO
  - TENUTA SOTTO CONTROLLO DELLE MODIFICHE DELLA PROGETTAZIONE E SVILUPPO
- **APPROVVIGIONAMENTO**
  - PROCESSO DI APPROVVIGIONAMENTO
  - INFORMAZIONI PER L'APPROVVIGIONAMENTO
  - VERIFICA DEI PRODOTTI/SERVIZI APPROVVIGIONATI
- **PRODUZIONE ED EROGAZIONE DI SERVIZI**
  - TENUTA SOTTO CONTROLLO DELLE ATTIVITÀ DI PRODUZIONE E DI EROGAZIONE DI SERVIZI
  - VALIDAZIONE DEI PROCESSI DI PRODUZIONE E DI EROGAZIONE DEI SERVIZI
  - IDENTIFICAZIONE E RINTRACCIABILITÀ
  - PROPRIETÀ DEL CLIENTE
  - CONSERVAZIONE DEI PRODOTTI/SERVIZI
- **TENUTA SOTTO CONTROLLO DEI DISPOSITIVI DI MONITORAGGIO E MISURAZIONE**

## 8 MISURAZIONI, ANALISI E MIGLIORAMENTO

- GENERALITÀ
- **MONITORAGGI E MISURAZIONI**
  - SODDISFAZIONE DEL CLIENTE
  - VERIFICHE ISPETTIVE INTERNE
  - MONITORAGGIO E MISURAZIONE DEI PROCESSI
  - MONITORAGGIO E MISURAZIONE DEL PRODOTTO/SERVIZIO
- **TENUTA SOTTO CONTROLLO DEI PRODOTTI NON CONFORMI**
- **ANALISI DEI DATI**
- **MIGLIORAMENTO**
  - MIGLIORAMENTO CONTINUO
  - AZIONI CORRETTIVE

DEFINIZIONE	CALCOLO (definire numeratore e denominatore)	ARTICOLAZIONI (eventuali sottopopolazioni su cui valutare l'indicatore)	RAZIONALE	STANDARD (se esiste)	LIVELLO DI UTILIZZO (a quale livello fornisce informazioni)	FONTE DI DATI	LINEE PER LA GESTIONE DELL'INDICATORE (RILEVAZIONE, ANALISI E INTERPRETAZIONE DEI DATI)	IMPLICAZIONI (indicare se l'indicatore, oltre che per l'accreditamento , viene già rilevato per altre necessità)
12) % Pz con P<5.5 mgrammi % e prodotto Ca x P<65	Secondo linee guida SIN	Valido per tutte le modalità di trattamento	L'indicatore misura il rischio di mortalità da complicanze cardio- vascolari	> 50%	Regionale e aziendale	Registro regionale	Rilevato in predialisi alla fine del periodo interdialitico "lungo".	Misura la qualità dei processi assistenziali. Il raggiungimento dello standard misura la qualità dell'assistenza
13) % Pz Pressione Arteriosa Media (PAM) predialitica < 110 mmHg oppure Valori PA predialitica <140/90	PAM: 1/3 PA differenziale + PA D)	PA predialitica nel dializzato anziano (>65 anni) < 150- 160/85-90	L'indicatore misura il rischio di mortalità cardio- vascolare nel gruppo dei pz in dialisi.	> 60%	Regionale e aziendale	Registro regionale	Rilevato in predialisi alla fine del periodo interdialitico "lungo".	Misura la qualità dei processi assistenziali. Il raggiungimento dello standard misura la qualità dell'assistenza
14) Incidenza di peritonite in pz in dialisi peritoneale	Secondo modalità SIN	Valido per tutte le modalità di trattamento	Valuta la qualità della prestazione	< a 1 episodio / 20 mesi / pz	Regionale e aziendale	Registro regionale		Misura la qualità dei processi assistenziali. Il raggiungimento dello standard misura la qualità dell'assistenza

Nome Consulente

Agenzia Sanitaria Regionale Emilia Romagna Requisiti specifici per l'accreditamento delle Strutture di Nefrologia e dialisi

## Chi valuta?

---

I sistemi di accreditamento regionale e/o nazionale?

Le società scientifiche? In collaborazione con organi terzi esperti di qualità?

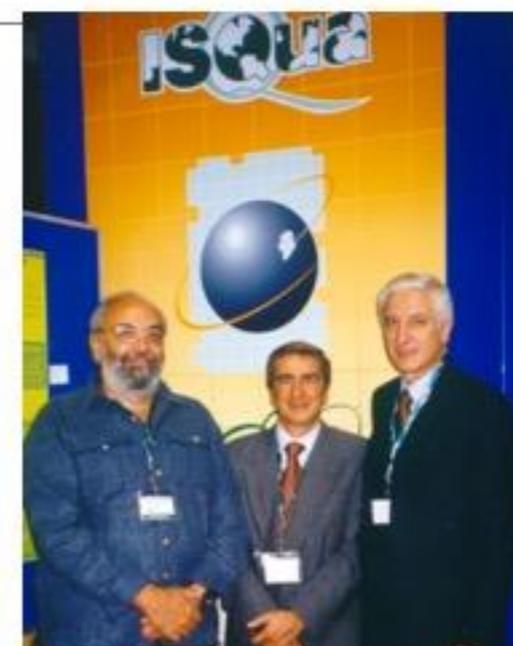
# La lunga strada per la qualità della SIN



## QUALITÀ E ACCREDITAMENTO

### Accreditamento tra pari

- Presentazione dell'inizio della attività dell'Area Qualità  
*A. Giangrande*
  - Il miglioramento della qualità delle cure
  - L'accREDITAMENTO volontario di eccellenza
  - La funzione specialistica di nefrologia
  - Il manuale di accreditamento
  - The Italian accreditation manual for external peer review
  - Promotori
- GIN: supplemento sull'accREDITAMENTO (anno 2002)
- Corso referenti regionali SIN (anno 2006)



1996



# LA PREVENZIONE DELLA MALATTIA RENALE CRONICA: UN PROBLEMA CENTRALE DELLA MISSIONE DELLA NEFROLOGIA

**SOCIETÀ ITALIANA DI NEFROLOGIA**

*Presidente: Carmine Zoccali*

**COMITATO DEL GOVERNO CLINICO**

*Chairman: Giovanni Cancarini*

## QUALITÀ E ACCREDITAMENTO

### Accreditamento tra pari

- Presentazione dell'inizio della attività dell'Area Qualità  
A. Giangrande
  - Il miglioramento della qualità delle cure
  - L'accREDITAMENTO volontario di eccellenza
  - La funzione specialistica di nefrologia
  - Il manuale di accREDITAMENTO
  - The Italian accreditation manual for external peer review
  - Promotori
- GIN: supplemento sull'accREDITAMENTO (anno 2002)
- Corso referenti regionali SIN (anno 2006)

# Autovalutazione tra pari

La logica a cui si fa riferimento è di tipo comparativo propria dei sistemi di **“benchmark”**; che non perseguono la realizzazione di uno standard predeterminato in ottemperanza alla conformità, ma utilizzano, come elemento di misurazione, **indici di riferimento continuamente variabili nel tempo e nello spazio in quanto legati al miglior risultato che si è realizzato in un determinato contesto (servizio, unità operativa, divisione), partendo dall'ipotesi che la miglior pratica clinica sia relativa al contesto e cambi continuamente in funzione del miglioramento e dell'evoluzione scientifica delle conoscenze.**

Il primo **risultato è costituito dalla individuazione dei “Requisiti minimi” e dei “Volumi minimi di attività”** che garantiscano una accettabile qualità della prestazione (GIN 1996; 13: 427-437). Per ognuno dei livelli di intervento previsti, e per settori assistenziali di specifica competenza, sono state sottolineate accanto ai requisiti generali, le relazioni funzionali, le dotazioni ambientali, i requisiti tecnologici e le caratteristiche organizzative.

Un secondo risultato è stata una prima individuazione di **indicatori di qualità della dialisi ottenuti con il metodo “Delfi”** di consultazione reiterata fra esperti (GIN 1998; 15: 321-329).

L'avvio istituzionale di questa attività risale al **1995** con la costituzione, in seno al Consiglio Direttivo della Società di Nefrologia, della Commissione **“Qualità & Accredimento”**.

## LA RETE NEFROLOGICA

### Report Censimento SIN 2018: pubblicazioni GIN

- Organizzazione
- Il lavoro del nefrologo

### Report Censimento SIN 2014: pubblicazioni GIN

- Organizzazione
- Il lavoro del nefrologo

### Report Censimento SIN 2014: pubblicazioni GIN

- Organizzazione
- Il lavoro del nefrologo

### Report Censimento SIN 2008: pubblicazioni GIN

- Organizzazione
- Il lavoro del nefrologo

### Report Censimento SIN 2004: pubblicazioni GIN

- Basilicata - Calabria - Puglia
- Campania - Sicilia - Sardegna
- Emilia-Romagna - Toscana
- Censimento 2004 Centri di Nefrologia e Dialisi. Confronto tra Piemonte e Lombardia
- Veneto - Friuli Venezia Giulia - Trentino Alto Adige
- Abruzzo - Lazio - Marche - Molise - Umbria
- Piemonte - Liguria - Valle d'Aosta

### Criteri per la rete nefrologica

- La rete nefrologica
- Calcolatore risorse umane



2004



---

**COMMISSIONE DI ORGANIZZAZIONE  
DEI SERVIZI DI NEFROLOGIA, DIALISI E  
TRAPIANTO**

**SOCIETÀ ITALIANA DI NEFROLOGIA**

*Presidente: Carmine Zoccali*

**COMITATO DEL GOVERNO CLINICO**

*Chairman: Giovanni Cancarini*

*Coordinatore: Sandro Alloatti*

*Comitato esecutivo: Gianni Cappelli, Luigi Catizone, Giuseppe Quintaliani,  
Pier Giorgio Simeoni, Giusto Viglino*





COMMISSIONE DI ORGANIZZAZIONE  
DEI SERVIZI DI NEFROLOGIA, DIALISI E  
TRAPIANTO

## Indicazioni della SIN per la rete nefrologica italiana

Ai fini del presente documento, si distinguono **quattro tipi** di strutture nefrologiche:

- 1) Strutture complesse di nefrologia (SCN)
- 2) Strutture complesse di nefrologia con trapianto (SCNT)
- 3) Strutture semplici nefrologiche di dialisi (SSND)
- 4) Strutture private di nefrologia e dialisi o di dialisi (SPND - SPD)

### A) RISORSE STRUTTURALI

### B) RISORSE TECNOLOGICHE

### C) RISORSE UMANE

### D) ASPETTI ORGANIZZATIVI E DI ATTIVITA'

**Collaborazioni con altri reparti**

**Collaborazione con i MMG (medici di medicina generale) e nefrologia territoriale**

## ALLEGATO 8

### TEMPI DELLE ATTIVITÀ MEDICHE PER IL CALCOLO DELL'ORGANICO

Il numero di medici necessari per ogni struttura si ottiene dividendo il totale delle ore annue necessarie alle diverse attività per il monte ore annuo individuale di un medico, 1462 ore all'anno (ore assistenziali annue detraendo 4 ore alla settimana di aggiornamento obbligatorio, 6 settimane all'anno di ferie, 1 settimana all'anno di festività, 1 settimana all'anno di aggiornamento extramoenia, 1 settimana di malattia).

ATTIVITÀ	TEMPI NECESSARI
degenza ordinaria	40 minuti al giorno per letto di degenza
day hospital	60 minuti per prestazione
trattamento dialitico ambulatoriale a pz in IRC	30 minuti per trattamento dialitico; se i trattamenti dialitici complessivi sono >20.000 all'anno → 20 minuti per trattamento
trattamento dialitico in regime di ricovero a pz in IRC oppure IRA	40 minuti per trattamento dialitico
attività chirurgica (fav, protesi, accessi peritoneali, accessi vascolari tunnellizzati)	4 ore per intervento (2 ore per 2 operatori)
trattamento dialitico in centro dialisi satellite CON assistenza continuativa del medico	A) Per centri satellite con meno di 8 letti, tempi in base alla presenza effettiva del medico comprendendo i tempi di trasferimento; B) Per centri satellite con più di 8 letti, 20 minuti per trattamento dialitico
trattamento dialitico in centro dialisi satellite SENZA assistenza continuativa del medico	10 minuti per trattamento dialitico
paziente in dialisi peritoneale	40 minuti per paziente alla settimana
visite ambulatoriali	30 minuti per visita



## PERCORSO "INSUFFICIENZA RENALE CRONICA".

G. Quintaliani, G. Cancarini, S. Alloatti, C. Zoccali

Uno degli aspetti più importanti della qualità riguarda i processi. In altre parole è postulabile che se un processo è ben condotto il prodotto, il risultato del processo in questione, sarà di buona qualità. Questo punto di vista è un po' diverso da quello che i professionisti usano in ambito sanitario. In tale ambito, infatti, si pensa che un risultato positivo (la guarigione) sia intrinsecamente una garanzia sulla qualità del processo. Tuttavia tale assunto non è universalmente valido.

**E' fondamentale che i meccanismi di verifica messi in campo siano trasparenti ed obiettivi. Da questo deriva che la qualità non può basarsi esclusivamente su un giudizio tra pari ma richiede l'intervento di esperti del mondo sanitario estranei tuttavia alla particolare realtà sociale ove si applica il processo di cura oggetto dell'esame.**

Per tale motivo, il comitato del governo clinico della SIN ha deciso di porre su nuove basi il tema della Qualità, superando l'autoreferenzialità e avviando un percorso di collaborazione con un ente di valutazione esterno scegliendo il percorso dell'insufficienza renale cronica, vero banco di prova dell'assistenza nefrologica integrata

**SOCIETÀ ITALIANA DI NEFROLOGIA**

*Presidente: Carmine Zoccali*

**COMITATO DEL GOVERNO CLINICO**

*Chairman: Giovanni Cancarini*

Commissione Organizzazione Servizi Nefrologia, Dialisi e Trapianto

*Chairman: Dr. Sandro Alloati*

**Il percorso di certificazione per la Malattia Renale Cronica  
(in collaborazione con Progea)**

*Coordinatore: Dr. Giuseppe Quintaliani*

*Comitato esecutivo: Prof. Gianni Cappelli, Prof. Carlo Manno, Dr. Virgilio Petrucci, Dr. Cosimo Spinelli, Dr. Renzo Tarchini, Dr. Michele Virgilio*

*Consulenti Progea:*

*Dr. M. Faini, Dr.<sup>ssa</sup> L. Lodetti*

---

**manual by the Italian Society of Nephrology  
(SIN): Part I: clinical care delivery and  
performance measurements and improvement**

**by the Italian Society of Nephrology (SIN): Part II:  
programme management and clinical information  
management**



# I cardini

---

## La qualificazione professionale del personale operante

La cartella clinica e l'adozione delle linee guida

La revisione periodica (cartella clinica, sistemi informatici, audit clinici-organizzativi)

La partecipazione del paziente



## **Erogazione o Agevolazione dell'Assistenza Clinica**

I professionisti sanitari sono qualificati e competenti.

Il programma si serve di un processo standardizzato, derivato **dalle linee guida** della pratica clinica o dalla pratica basata sull'evidenza, per erogare o agevolare l'assistenza clinica.

Il programma **personalizza** il processo standardizzato in funzione dei **bisogni** del **singolo** partecipante.

Eventuali **comorbilità** sono oggetto di gestione oppure **le** informazioni necessarie **alla** loro gestione sono comunicate ai professionisti sanitari competenti.

Il processo standardizzato è **fatto** oggetto di riesame o di miglioramento tramite la rilevazione continua e la valutazione delle variazioni rispetto **alla** linea guida della pratica clinica.

---

***I professionisti sanitari sono qualificati e competenti.***

Per garantire l'aderenza agli elementi misurabili relativi allo standard in oggetto è necessario individuare le figure professionali che compongono l'équipe per il trattamento del paziente con insufficienza renale cronica. Tale équipe è composta da medici nefrologi e infermieri e si deve avvalere, anche attraverso rapporti convenzionali, delle competenze delle seguenti figure<sup>1</sup>:

- dietista,
- psicologo/assistente sociale,
- informatico.

L'aderenza agli elementi misurabili dello standard DF1 implica:

- a. disporre dati riguardanti la formazione curriculare (laurea, specializzazione, diploma etc.), l'esperienza (anni di lavoro nell'ambito specifico), l'addestramento (periodo di affiancamento, master etc.) necessari per ricoprire lo specifico ruolo all'interno dell'équipe attestati da specifico CV in formato europeo aggiornato almeno ogni 6 mesi;
- b. **disporre di criteri scritti sulla base dei quali i professionisti sono stati selezionati, con evidenza delle abilitazioni, dell'esperienza e della verifica delle specifiche competenze. La documentazione specifica, compresa la valutazione da parte del responsabile dell'équipe delle competenze per l'inserimento nell'équipe stessa,** deve essere presente nel fascicolo personale con documentazione in originale o copia conforme attestante i titoli per l'accesso alla mansione (laurea, diploma, specializzazione) e documentazione attestante il mantenimento dei requisiti (iscrizione aggiornata all'albo e/o altre similari). Nel caso in cui non fosse possibile inserire tutta la documentazione nel fascicolo personale conservato presso gli uffici amministrativi si suggerisce l'adozione di un fascicolo personale aggiuntivo da conservare all'interno del reparto;
- c. disporre di procedure scritte e formalizzate per l'inserimento del personale neo-assunto;
- d. disporre di una specifica "job description"<sup>2</sup> per tutti i componenti, e dell'elenco dei privilegi<sup>3</sup> per il solo personale medico. La "job" deve contenere queste aree: dipendenza gerarchica, classificazione, interfacce funzionali, finalità del ruolo, requisiti, responsabilità dirette (tecniche specialistiche, gestionali, organizzative, relazionali), competenze (sapere, sapere fare, sapere essere);

## Il 30% delle strutture di dialisi del centro nord sono affidate agli infermieri

### FINALITÀ DEL RUOLO

All'infermiere in ambito assistenza ambulatoriale nefrologica competono :

- **l'assistenza infermieristica** continua ai pazienti/utenti a lui affidati, attraverso l'erogazione di prestazioni in autonomia ed interdipendenza con il medico;
- l'attività di **educazione sanitaria** e d'informazione del paziente
- l'attività di educazione sanitaria e **d'informazione della famiglia** per garantirne la migliore autonomia possibile nell'assistenza al paziente;
- **l'ascolto, interpretazione e risposta** alle richieste assistenziali formulate dal paziente e dalla famiglia;

### **Job infermiere del programma MRC**

#### **Organizzative**

---

Collabora alla stesura di protocolli e linee guida

Controlla la pulizia e l'igiene dei locali e delle superfici d'uso.

Partecipa all'analisi dei problemi organizzativi dell'unità operativa collaborando alla formulazione di proposte di miglioramento (mediante riunioni periodiche)

Utilizza in modo razionale le attrezzature e i materiali secondo criteri di efficacia ed efficienza, segnalando le necessità di manutenzione o sostituzione delle apparecchiature e collaborando alla determinazione del fabbisogno dei materiali e forniture varie.

#### **Relazionali**

Promuove un rapporto di fiducia con l'assistito ed il suo entourage attraverso una relazione empatica

Trasmette le informazioni con le modalità idonee alla capacità di comprensione del paziente, al fine di promuoverne la massima adesione alle proposte diagnostiche terapeutiche

Promuove e mantiene relazioni con i colleghi ed il personale, fondate sul rispetto e sulla considerazione della rispettiva attività professionale

Favorisce l'integrazione delle diverse figure operanti nell'équipe, avvalendosi delle competenze specifiche di ogni ambito professionale

Mantiene rapporti di cooperazione e collaborazione con gli operatori di altri servizi interni ed esterni all'organizzazione

Mantiene il segreto professionale, come previsto dalle norme del codice deontologico

## professionali

Definisce i bisogni di assistenza infermieristica in nefrologia in rapporto al grado di progressione della MRC.

**Collabora con il medico e gli altri membri dell'équipe alla pianificazione dell'assistenza e formula il piano di assistenza infermieristica avvalendosi per le attività anche delle linee guida "evidence based nursing" (assistenza infermieristica basata sulle evidenze) e dei protocolli assistenziali in uso, delle diagnosi infermieristiche**

Applica il piano di assistenza, garantendo:

La corretta esecuzione delle procedure diagnostiche e terapeutiche prescritte

---

le principali attività di assistenza quali: l'igiene personale, la mobilizzazione, la respirazione, l'idratazione e l'alimentazione, ecc.; il monitoraggio delle funzioni vitali: cardiocircolatoria, termoregolazione, stato di coscienza;

capacità di individuazione di alterazioni dell'equilibrio idro-elettrolitico ed acido-base

monitoraggio glicemico e gestione della terapia insulinica.

Coinvolge il paziente/famigliari in tutte le fasi del processo di assistenza, dalla valutazione dei bisogni alla formulazione e realizzazione del piano assistenziale, attraverso un'appropriata informazione ed educazione sanitaria

Modula l'assistenza, adeguandola ad ogni tipologia di paziente, famiglia, ambiente;

Valuta la "compliance" del paziente, della famiglia, rispetto alle caratteristiche dell'ambiente, risorse umane ed economiche della famiglia.

## Gestionali

**Raccoglie i dati significativi e li registra sulla documentazione in uso (fascicolo di assistenza e cartella clinica informatizzata)**

Aggiorna le proprie competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca, al fine di migliorare le prestazioni infermieristiche erogate.

Comunica i problemi dei pazienti sia verbalmente che per iscritto, sia agli altri operatori coinvolti nell'assistenza, sia alla famiglia

**Prepara, controlla e verifica il corretto funzionamento delle apparecchiature di competenza**

Ridefinisce continuamente i bisogni del paziente.

Item di valutazione	SI	parzialmente sufficiente	NO	non applicabile
Definisce i bisogni di assistenza infermieristica (rilevati in cartella)				
Garantisce la corretta esecuzione delle procedure diagnostiche e terapeutiche prescritte				
Garantisce le principali attività di assistenza quali: l'igiene personale, la mobilizzazione, la respirazione, l'idratazione e l'alimentazione, l'eliminazione urinaria ed intestinale, il sonno, ecc.				
Garantisce il monitoraggio delle funzioni vitali: cardiocircolatoria, termoregolazione, stato di coscienza				
Raccoglie i dati significativi e li registra sulla documentazione in uso				
Monitora gli effetti collaterali				
Prepara, controlla e verifica il corretto funzionamento delle apparecchiature di competenza				

## Esempi di valutazione



# I cardini

---

La qualificazione professionale del personale operante

**La cartella clinica e l'adozione delle linee guida**

La revisione periodica (cartella clinica, sistemi informatici, audit clinici-organizzativi)

La multidisciplinarietà

La partecipazione del paziente

	<b>PERCORSO MRC</b>	Edizione 3 Revisione 1 del 01/10/2008 Pagina 27 di 50
---	---------------------	--

### ***Le linee guida***

La SIN suggerisce l'adozione delle seguenti Linee Guida (LG) perché adeguate alla realtà dei casi, riferentesi alle situazioni cliniche di più frequente riscontro ambulatoriale e in quanto, nella maggior parte dei casi, appaiono aggiornate al problema preso in considerazione

La SIN suggerisce l'adozione delle seguenti LG:

- linee guida per la terapia conservativa dell'IRC SIN 2003 integrate da:
- linee guida SIN 2007 sezione anemia nelle nefropatie croniche
- linee guida SIN 2007 sezione terapia delle glomerulonefriti
- linee guida SIN 2007 sezione prevenzione della progressione del danno renale
- linee guida SIN 2007 sezione terapia della patologia ossea nelle nefropatie croniche
- KDOQI 2007 diabete e insufficienza renale cronica

È necessario dimostrare di aderire alle LG selezionate rilevando in cartella le eventuali motivazioni che hanno portato a deviare dalle stesse sul singolo paziente.

**Le attività di valutazione e di esecuzione delle singole metodiche e/o procedure, sono coerenti con le linee guida della pratica clinica adottate.**

# Adozione L.G.



CERTIFICAZIONE PERCORSO MRC

Edizione 3  
Revisione 1  
del 01/10/2008  
Data: 17.11.09

Da

La  
rifi  
pai

La

È  
ha

**Gli indicatori dedotti della linee guida sono quindi svincolati da richieste piu' o meno lecite delle direzioni su budget ed obiettivi. L'adozione di indicatori dedotti dalle LG libera il professionista dalla burocrazia e lo incanala in percorsi clinico assistenziali riconosciuti e validati**

casi,  
ggior

che

che

Le attività di valutazione e di esecuzione delle singole metodiche e/o procedure, sono coerenti con le linee guida della pratica clinica adottate.

## LINEE GUIDA E BEST PRACTICE

+ BP 2020

+ BP 2016

+ BP 2015

+ BP 2014

+ 3ª edizione

+ 2ª edizione

Giornale Italiano di Nefrologia / Anno 20, 5-24 2003/pp. S48-S60

### Linee Guida per la terapia conservativa dell'insufficienza renale cronica

*Coordinamento Generale Linee Guida SIN: G. Fuiano, C. Zoccali*

*Revisione 2003 Coordinatore: B. Cianciaruso*

*Estensori: G. Barsotti, L. Del Vecchio, G. Garibotto, M.G. Gentile, L. Oldrizzi*

*Revisori: E. Ancarani, F. Aucella, G. Cancarini, A. De Vecchi, G. Fuiano, M. Gallucci, R. Minutolo, G. Panarello, G. Quintaliani*

# **Identificazione, prevenzione e gestione della Malattia Renale Cronica nell'adulto**



**Istituto Superiore di Sanità**

**a cura di**

**Sistema Nazionale Linee Guida- Istituto Superiore di Sanità**

**Società Italiana di Nefrologia**

**Ministero della Salute**

**Gennaio 2012**

---

## Elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie, iscritte 293 società e associazioni



Il ministero della Salute pubblica l'**Elenco** (pdf) delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie in attuazione dell'articolo 5 della **Legge 8 marzo 2017, n. 24** (Legge Gelli) e del **Decreto ministeriale 2 agosto 2017**. Tale elenco sarà aggiornato ogni due anni.

Nell'Elenco risultano iscritte n. **293 società e associazioni**, che hanno superato la valutazione sul piano amministrativo, in quanto hanno presentato tutte uno statuto aggiornato successivamente all'entrata in vigore del Decreto ministeriale.

Non sono state pertanto inserite nell'Elenco: le società o associazioni tecnico-scientifiche che unitamente alla presentazione dell'istanza non hanno allegato, come richiesto dal Decreto ministeriale, lo statuto; le società e associazioni il cui statuto non risulta aggiornato ai contenuti richiesti dal Decreto ministeriale 2 agosto 2017 e le società i cui statuti, sebbene aggiornati successivamente al Decreto ministeriale, sono totalmente non aderenti ai requisiti previsti dal Decreto ministeriale.

Per saperne di più consulta la pagina [Elenco società scientifiche e associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie](#)



*Ministero della Salute*

DIREZIONE GENERALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE E DELLE RISORSE UMANE

DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

*ELENCO DELLE SOCIETÀ SCIENTIFICHE E ASSOCIAZIONI TECNICO-SCIENTIFICHE DELLE PROFESSIONI SANITARIE AI SENSI DEL DM 2 AGOSTO 2017\**

SIN - SOCIETÀ ITALIANA NEFROLOGIA

## ***GdP : Trattamento conservativo della malattia renale cronica***

**preparazione delle nuove Linee Guida della SIN**

### **Diagnosi e trattamento della malattia renale cronica nell'adulto**

Gruppi di popolazione considerati:

Pazienti con Malattia Renale Cronica (non in dialisi) nei diversi stadi di malattia (definiti sulla base della proteinuria e del filtrato glomerulare)

Motivi per i quali si intende progettare/sviluppare la linea guida

Delineare alcuni dei principali aspetti di prevenzione, diagnosi, e terapia farmacologica e nutrizionale della malattia renale cronica non in dialisi

**Il documento sarà il prodotto di un aggiornamento/adattamento di linee guida internazionali**

- **NICE 2015:** Chronic kidney disease in adults: assessment and management (CG 182).
- **NICE 2015:** Chronic kidney disease: managing anaemia (NG8)
- **NICE 2018:** Renal replacement therapy and conservative management (NG 107)
- **KDIGO 2017** Clinical Practice Guideline Update for the Diagnosis, Evaluation, Prevention, and Treatment of Chronic Kidney Disease–Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD).

*..... Nuove linee guida NKF sulla terapia Nutrizionale .... 2020 ?*

### *Macro-Argomenti di interesse*

- **CKD-MBD** (Ca-P-VitD-PTH, etc..) - COZZOLINO , Garibotto, Cupisti
- **Potassio, Acidosi** – BIANCHI, Cupisti, Reboldi, Diiorio
- **Ipertensione** (sodio, sale....) – REBOLDI, Bianchi, Bonomini,
- **Nutrizione** – DIIORIO, Garibotto, Quintaliani, Piccoli
- **Modelli gestionali** – PICCOLI, Quintaliani, Bonomini, cozzolino

# La cartella clinica

In cartella clinica deve essere trascritto, per ogni singolo paziente, se ci si discosta dalle linee guida, il perché e la valutazione seguita in tal senso. Tutto il personale coinvolto nel percorso di assistenza deve sapere che su quel paziente non si sta seguendo il protocollo/linea guida e perché.

## Nota Bene

È necessario disporre in ciascuna cartella clinica/fascicolo di assistenza personale un piano personalizzato d'intervento da aggiornarsi periodicamente e sulla base del quale verificare che il percorso per il singolo partecipante sia realmente in linea con quanto previsto dalle LG selezionate ed in caso contrario definire e motivare le ragioni che hanno portato alla variazione/devianza. Per il caso che viene preso in carico per la prima volta deve essere evidenziata anche una valutazione complessiva

della possibilità che lo stesso possa essere incanalato nel percorso di cura. I casi clinici devono essere discussi in équipe e valutati all'interno della stessa in modo che sia possibile confrontarsi su modalità d'intervento e risultati conseguiti ed in modo che possano essere oggetto di apprendimento e formazione continua. La multidisciplinarietà dell'intervento (intesa come interazione tra le diverse figure

multidisciplinaria deve essere gestita, promossa e garantita. A tal fine delle riunioni periodiche (settimanali e/o quindicinali) sono fondamentali per la reale integrazione delle competenze sul caso e per garantire effettiva continuità assistenziale e qualità di cura. È necessario che ci sia traccia delle comunicazioni intercorse tra i professionisti implicati nella cura/consulenza. Fondamentale è definire come vengono gestite le problematiche sanitarie urgenti, qualora si manifestino. Il processo di cura standardizzato (applicazione delle LG) deve essere oggetto di riesame continuo da parte dell'équipe.

Allo scopo è necessario:

- rilevare in modo continuo gli accadimenti e le eventuali deviazioni
- fare periodicamente revisioni delle cartelle relativamente all'applicazione delle LG e sviluppare audit clinici al riguardo
- intervenire nella revisione delle LG qualora risulti che le stesse non sono applicabili secondo standard di devianza accettabili alla popolazione di riferimento.

## CT – Gestione informazioni cliniche

Le modalità di compilazione, aggiornamento, gestione e archiviazione delle informazioni cliniche sono uno dei principi cardini per garantire continuità assistenziale e sicurezza al paziente. La cartella clinica è lo strumento attraverso il quale si garantisce il coordinamento di tutte le informazioni riguardanti il paziente. In quest'area si affrontano le modalità per:

- Raccogliere e condividere le informazioni in un'ottica di continuità assistenziale al fine di coordinare l'assistenza tra i diversi ambiti assistenziali nel corso del tempo;
- garantire un accesso immediato alle informazioni relative ai partecipanti;
- tutelare la riservatezza delle informazioni relative ai partecipanti.

Il sistema informativo deve soddisfare le richieste del programma ed anche rispondere ai debiti informativi della SIN, della direzione generale, del reparto e dell'assessorato.

Devono essere definite le procedure di conservazione e archiviazione delle cartelle e degli altri dati clinici.

Bisogna disporre di una reportistica a supporto del fatto che il programma utilizza dati rilevati dalla cartelle per migliorare le performance.

**CT.5:** *Il programma attiva, conserva e rende accessibile una cartella clinica o un fascicolo sociosanitario per ciascun partecipante.*

Il sistema si basa su un modello informatizzato che deve avere un corrispettivo cartaceo. Questo può derivare direttamente dal sistema informatico oppure essere la principale fonte di informazione da cui attingere dati da traslare poi nel sistema informatico.

In questo caso si dovrebbero stabilire una serie di figure professionali identificate con nome e cognome che possono scrivere sulla cartella cartacea demarcando chiaramente le aree (consulenza, dietista, psicologo etc.). Ogni aggiunta o modifica in cartella deve essere controfirmata e/o timbrata per la successiva identificazione dell'autore (intracciabilità del prodotto-servizio). Deve essere formalizzata una procedura che individua i contenuti salienti della cartella, le modalità di compilazione e la *check list* da utilizzare per la revisione periodica delle cartelle chiuse. Almeno due volte all'anno deve essere fatta una revisione delle cartelle per verificare che siano complete, accurate, congrue, chiare etc. Almeno una volta all'anno deve essere inoltre sviluppato un "*audit*" clinico sulla rispondenza dei contenuti clinici della cartella alle linee guida.

## Cartella clinica informatizzata

### Domanda B7 – Indicare per quali settori di attività il Centro dispone di programmi informatici

Per i centri pubblici il settore che presenta la quota più elevata di informatizzazione è l'ambulatorio, mentre per i centri privati è l'emodialisi. Nel complesso circa il 94,8% dei centri dispone di almeno un programma informatico.

Questo elemento potrebbe essere utile nell'ottica di favorire raccolte dati facili, ripetitive ed accurate tramite interfaccia con le varie cartelle cliniche presenti almeno in dialisi.

%	amministrazione/ gestione globale dell'ospedale	emodialisi	Dialisi peritoneale	trapianto	degenza	ambulatorio	nessuno
<b>Pubblico</b>	74,1	79,3	64,1	47,2	62,4	83,1	5,9
<b>Privato</b>	64,6	91,8	2,7	4,8	10,2	48,3	4,1

Tabella 4: Settori di attività per i quali il Centro dispone di programmi informatizzati

# I cardini

---

La qualificazione professionale del personale operante

La cartella clinica e l'adozione delle linee guida

**La revisione periodica (cartella clinica, sistemi informatici, audit clinici-organizzativi)**

La multidisciplinarietà

La partecipazione del paziente



---

## **Misurazione e Miglioramento delle Performance**

Il programma **utilizza misure** per valutare processi ed esiti.

Il programma si serve delle informazioni ricavate dalle **misure** per supportare, migliorare e/o **validare** il processo decisionale clinico.

I dati assistenziali specifici per **singolo** partecipante sono rilevati, calcolati, analizzati e, **laddove** opportuno, sintetizzati in report.

La **qualità** dell'assistenza percepita è oggetto di valutazione.

Sono garantite la **qualità** e l'**integrità** dei dati.



---

STANDARD

Il programma utilizza **misure** per valutare processi ed esiti.

**Elemento Misurabile di PM.1**

1. Il programma utilizza **misure** per valutare processo ed esiti.

---

STANDARD

Il programma si serve delle informazioni ricavate dalle **misure** per supportare, migliorare e/o **validare** il processo decisionale clinico.

**Elementi Misurabili di PM.2**

- 1. Il programma seleziona gli indicatori di performance **che sono** basati sull'evidenza e sono significativi per la gestione della patologia.
- 2. Il programma **misura** le variazioni rispetto **alla** linea guida della pratica clinica e ne **determina** le cause.
- 3. **Le misure sono analizzate.**
- 4. **Le misure sono** utilizzate per migliorare processi ed esiti.
- 5. Il programma **esamina** l'efficacia delle azioni di miglioramento e modifica le azioni, laddove necessario, per supportare il miglioramento continuo.

**Da Presentare in allegato alla Domanda di Certificazione**

- Gli indicatori di performance richiesti devono essere inviati come descritto nel documento "Requisiti di Misurazione delle Performance per la Certificazione dei Programmi Assistenziali Specifici o per Patologia" che si trova nella modulistica per la Domanda di Certificazione.

**Possibili Argomenti di Discussione**

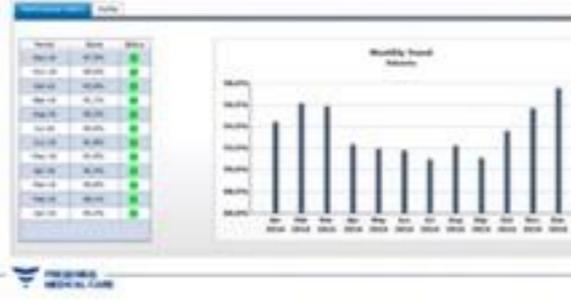
- I Moduli Informativi sugli indicatori **che sono** stati presentati per la revisione. La rilevazione e l'analisi delle informazioni a livello individuale.
  - Report di dati aggregati sugli indicatori di processo e di esito come richiesto ai fini della certificazione.
  - Fonti dei dati di trend interni e/o eventuali dati comparati normalmente utilizzati dal programma.
  - Processo e rationale **dietro** la scelta dei dati.
  - **L'utilizzo** di dati di trend interni e/o di eventuali dati comparati per l'analisi del miglioramento delle performance.
-

## BALANCED SCORECARD: PATIENT PERSPECTIVE SECTION

Category	Indicator	Target	Actual	Variance	Trend
Efficient patient process	Median Access Time	30:00	30:00	0:00	→
	Infusion to Blood Access	15:00	15:00	0:00	→
	SpKt/V	1.0	1.0	0.0	→
Optimal patient outcomes	Access	95%	95%	0%	→
	Hydration	95%	95%	0%	→
	Hepatitis B	95%	95%	0%	→

- Patient KPIs**  
**A - Process Indicators**
1. Eff. Treatment Time
  2. Infusion / Blood volume
  3. spKt/V
  4. Vascular Access
  5. Hydration Status
  6. Hep. B Vaccination

## MEDICAL PATIENT REVIEW: THE FMC MEDICAL AUDIT



20629 - 000 "Генеральный центр Красноярск"

Month: 11/2015

Fresenius Medical Care's Way of Care

Patient Name	Code	Age	Sex	Urea	Cr	Ca	PO4	Alb	hA	hT	hC	hV	hD	hE	hF	hG	hH	hI	hJ	hK	hL	hM	hN	hO	hP	hQ	hR	hS	hT	hU	hV	hW	hX	hY	hZ	
...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

Color scheme for BSC active problems/100 patient

## I DATABASE CLINICI E LO SVILUPPO DELLE LINEE GUIDA





il progetto PIRP della  
REGIONE EMILIA ROMAGNA :  
**PREVENZIONE INSUFFICIENZA RENALE PROGRESSIVA**

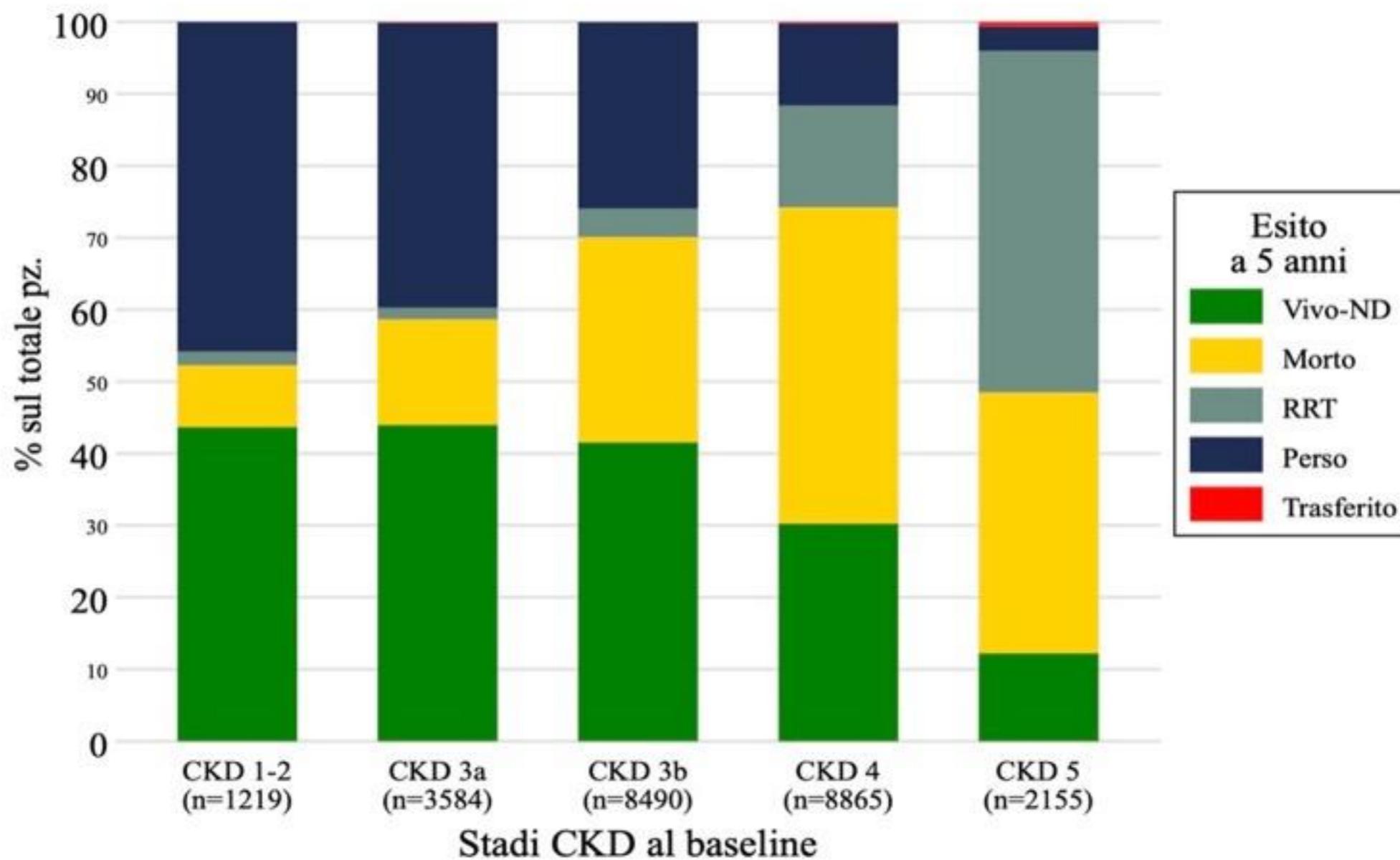
Iniziativa concepita negli anni 2002-2003 su proposta dei Nefrologi della Regione e che aveva come:

### Obiettivi

- individuare i soggetti a rischio per IRC a cui rivolgere uno screening mirato
- avere dei “piani di intervento” per i soggetti già riconosciuti affetti da IRP in modo che
- il tempestivo *referral* al nefrologo si potesse tradurre in misure in grado di rallentare l’evoluitività dell’IR e ridurre il peso delle complicanze

*Il progetto è stato approvato e sostenuto dalle Autorità Sanitarie Regionali a partire dalla fine del 2003*

## Esito a 5 anni per stadio CKD al baseline (n=24313)



# I cardini

---

La qualificazione professionale del personale operante

La cartella clinica e l'adozione delle linee guida

La revisione periodica (cartella clinica, sistemi informatici, audit clinici-organizzativi)

**La multidisciplinarietà**

La partecipazione del paziente

---

**Coordinatore:** Dr. Giuseppe Quintaliani

**Comitato esecutivo:** Prof. Gianni Cappelli, Prof. Carlo Manno, Dr. Virgilio Petrucci, Dr. Cosimo Spinelli, Dr. Renzo Tarchini, Dr. Michele Virgilio

**Consulenti Progea.**  
Dr. M. Faini, Dr<sup>ssa</sup> L. Lodetti

**Revisori:**

Dr <sup>ssa</sup> Psicologa	<b>Graziella</b>	<b>Bocciolotti</b> ●	
Dr.	<b>Giuliano</b>	<b>Brunori</b>	
Dr.	<b>Bruno</b>	<b>Cianciaruso</b>	
Dr.	<b>Adamasco</b>	<b>Cupisti</b>	
Prof.	<b>Salvatore</b>	<b>Digiulio</b>	
Dr <sup>ssa</sup> Dietista	<b>Anna Laura</b>	<b>Fantuzzi</b> ●	a nome di ANDID (associazione Nazionale Dietisti)
Dr <sup>ssa</sup> caposala	<b>Cristina</b>	<b>Gambirasio</b> ●	a nome di EDTNA
Dr.	<b>Lamberto</b>	<b>Oldrizzi</b>	
Dr.	<b>Deni</b>	<b>Procaccini</b> ●	
Dr <sup>ssa</sup> Psicologa	<b>Rita</b>	<b>Ricciarelo</b> ●	
Dr.	<b>Antonio</b>	<b>Santoro</b>	
Prof.	<b>F. Paolo</b>	<b>Schena</b>	
Dr.	<b>Pierluigi</b>	<b>Tosi</b> ●	
Dr.	<b>Giorgio</b>	<b>Triolo</b>	
Dr <sup>ssa</sup> caposala	<b>Stefania</b>	<b>Vacchi</b> ●	Caposala nefrologia Brescia

---

● Professioni sanitarie      ● Management (Direttori generali nefrologi)

Nome Consulente

# multidisciplinarietà

PR.1: Il programma prevede un approccio organizzato e globale al miglioramento della sicurezza e della qualità

---

Il sistema tiene conto degli interventi di altri professionisti interni al programma quali il **dietista e lo psicologo**. I processi che coinvolgono i cardiologi e i diabetologi sono oggetto di monitoraggio e di adatte procedure.

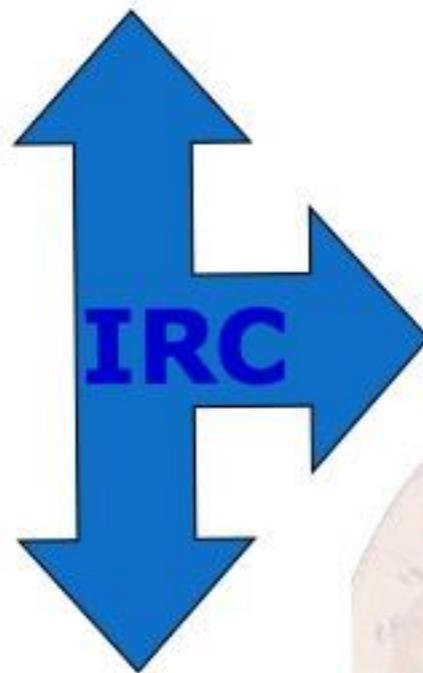
DF.5: Valutazione degli scostamenti dalle linee guida

La multidisciplinarietà dell'intervento (intesa come interazione tra le diverse figure professionali che compongono l'équipe di cura) **deve essere gestita, promossa e garantita**.

. È necessario che ci sia traccia delle **comunicazioni intercorse tra i professionisti** implicati nella cura/consulenza. Fondamentale è definire come vengono gestite le problematiche sanitarie urgenti, qualora si manifestino. Il processo di cura standardizzato (applicazione delle LG) deve essere **oggetto di riesame continuo da parte dell'équipe**.

# multidisciplinarietà

- Dietisti**

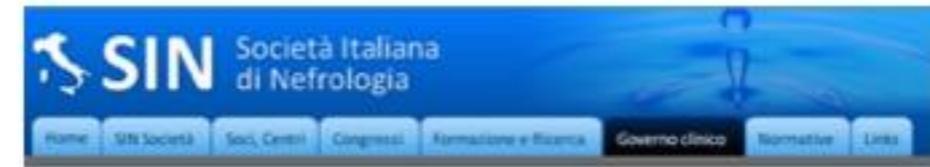


Il Dietista e la pratica professionale: Posizioni dell'ANDID

## Ruolo del Dietista nella gestione nutrizionale del paziente con malattia renale cronica

Anna Laura Fantuzzi, Annalisa Gonnari,  
Franca Paslicci, Margherita Selari, Roberta Turdo  
(Gruppo di lavoro ANDID Malattie Renali)

- Nefrologi**



### Governo clinico

Rete nefrologica

- Rete italiana
- Consenso 2004

Qualità e Accreditamento

- Glossario
- Accred. tra pari
- Accred. in parte terza
- Calcolatori Clinici

CKD

Linee guida SIN

- 1ª edizione
- 2ª edizione

Qualità e Accreditamento > Accreditamento in parte terza

Progetto di certificazione SIN-JCI

- Presentazione del progetto
- Gruppo di lavoro
- Premessa
- Il processo di certificazione e la survey
- EF - Erogazione e Agevolazione dell'Erogazione di Assistenza Clinica
- PM - Misurazione e Miglioramento delle Performance
- SE - Sostegno all'Autogestione
- PR - Gestione del Programma
- CF - Gestione informazioni cliniche

## Infermieri

**Insufficienza Renale Cronica: Una Guida per la Pratica Clinica**  
(Stadio 1-3)

Coordinatore dell'edizione italiana  
Marisa Pegoraro, infermiera - Milano  
Membro dell'Education Board

Collaboratori  
Simona Negroni, infermiera - Milano  
Maria Pia Zito, infermiera Case Manager - Bologna

Traduttori:  
Sandra Caselli, infermiera Dirigente  
Conegliano, TV - Presidente della F.I.S.I. Italiana  
Francesco Rossi, infermiere Nefrologico  
Firenze - Key Member - Rappresentante Nazionale  
Simona Negroni, infermiera  
Magenta, MI - Organizzazione Pirelli Remerci  
Maria Pia Zito, infermiera Case Manager  
Bologna - Tesoriere Manager F.I.S.I. Italiana  
Ada Tarantolo, infermiera insegnante  
Viterbo - Referente ECM  
Patrizia Calvetti, infermiera educatrice  
Viterbo - Esperta in Educazione Sanitaria  
Margherita Rivati, infermiera Dirigente  
Alto - Key Member - Rappresentante Nazionale del 2001/2007

## B) Area ambulatoriale

- Nefrologo dedicato alla attività di lista
- Nefrologo dedicato all'ambulatorio follow-up
- Infermiere con competenze specifiche per l'attività trapiantologica
- Disponibilità di personale amministrativo di segreteria
- Disponibilità di psicologo
- Disponibilità di dietista.

### **Altre figure professionali**

Per ogni SCN sono necessari 1 personale amministrativo per il reparto di degenza ed 1 personale amministrativo per la componente dialitica (1 unità ogni 80 pazienti), a tempo parziale uno psicologo, un assistente sociale, un dietista esperto di trattamento dietetico dell'insufficienza renale cronica (45-47), 1 informatico – *data manager*. Dove il volume dell'attività svolta lo richiada, è opportuno che alcune o tutte queste figure siano a tempo pieno, in particolare l'informatico – *data manager* con l'obiettivo di giungere ad una gestione totalmente elettronica della cartelle cliniche. Ausiliari: 1 ogni 10 pazienti. Dove il magazzino è autonomo è necessario un magazziniere, due se il centro supera i 150 pazienti in dialisi.

Regione	Dietista	Psicologo	Nessuno dei due
Abruzzo	7	4	8
Basilicata	2	3	2
Calabria	4	5	11
Campania	15	58	15
Emilia-Romagna	14	13	1
Friuli-Venezia Giulia	5	7	0
Lazio	22	19	22
Liguria	5	3	3
Lombardia	34	19	8
Marche	9	6	3
Molise	0	0	2
Piemonte	23	23	1
Puglia	24	8	19
Sardegna	5	6	7
Sicilia	9	7	33
Toscana	19	9	2
Trentino-Alto Adige	6	6	1
Umbria	6	1	0
Valle d'Aosta	1	1	0
Veneto	18	11	2
<b>ITALIA</b>	<b>228</b>	<b>209</b>	<b>140</b>

**Tabella 15:** Presenza di dietista e psicologo nei centri, pubblici e privati, per Regione

Un altro aspetto importante è la carenza di dietisti e psicologi

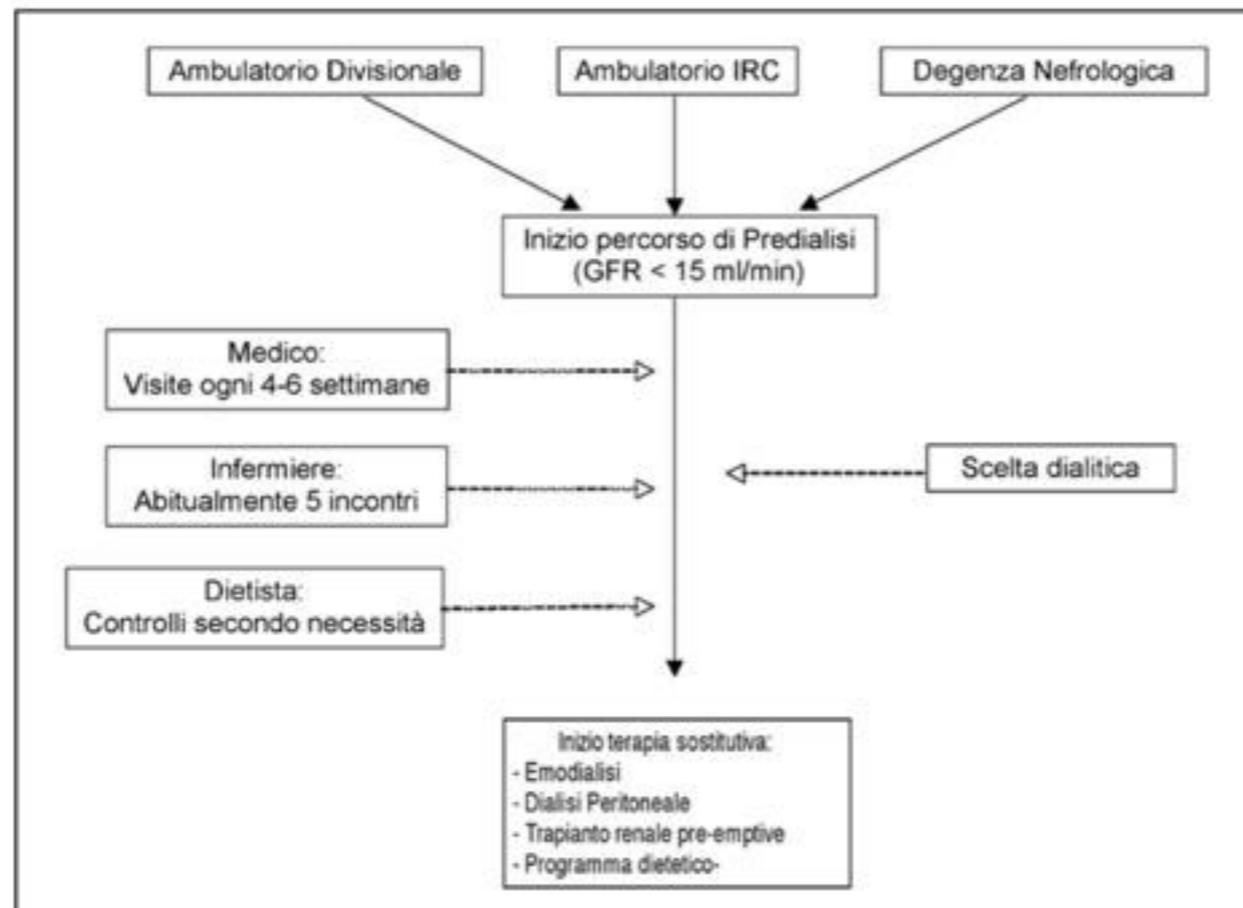
un centro pubblico su 4 (25,2%) non ha disponibilità né di dietista né di psicologo, e quasi la metà dei centri (47,8%) non si può avvalere della collaborazione di una delle due figure,

il documento di indirizzo ministeriale sulla malattia renale cronica abbia indicato come essenziale la presenza della figura del dietista nei centri di nefrologia

## L'AMBIGUITÀ DEL CONCETTO DI PREDIALISI: PROPOSTA DI UN MODELLO

**Elena Alberghini, Maria Cristina Gambirasio, Cristina Sarcina, Cecilia Biazzì, Francesca Ferrario, Enzo Corghi, Ivano Baragetti, Laura Buzzi, Bianca Visciano, Veronica Terraneo, Gaia Santagostino, Claudio Pozzi**

U.O. Nefrologia e Dialisi, Ospedale "Bassini", Azienda ICP Milano, Cinisello Balsamo (MI)



## Le Linee Guida ISS-NICE osservano che:



- “Laddove sia indicato un intervento dietetico, un professionista adeguatamente formato dovrebbe esplicitare i rischi e i benefici di una riduzione di proteine nella dieta, con particolare riguardo alla malnutrizione proteico-calorica”.

È nostra convinzione che **tale “professionista adeguatamente formato” sia il dietista con specializzazione renale (“dietista renale”).**

2.0 Statements on Medical Nutrition Therapy (MNT)

MNT to Improve Outcomes

2.1.1 In adults with **CKD 1-5D**, we recommend that a registered dietitian nutritionist (RDN) or an international equivalent, in close collaboration with a physician or other provider (nurse practitioner or physician assistant), provide MNT. Goals are to optimize nutritional status, and to minimize risks imposed by comorbid conditions and alterations in metabolism on the progression of kidney disease (1C) and on adverse clinical outcomes (OPINION).

3.0 Statements on Protein Amount

Protein Restriction, CKD Patients Not on Dialysis and Without Diabetes

3.0.1 In adults with **CKD 3-5** who are metabolically stable, we recommend, under close clinical supervision, protein restriction with or without keto acid analogs, to reduce risk for end-stage kidney disease (ESKD)/death (1A) and improve quality of life (QoL) (2C):

- a low-protein diet providing 0.55–0.60 g dietary protein/kg body weight/day, or
- a very low-protein diet providing 0.28–0.43 g dietary protein/kg body weight/day with additional keto acid/amino acid analogs to meet protein requirements (0.55–0.60 g/kg body weight/day)

Protein Restriction, CKD Patients Not on Dialysis and With Diabetes

3.0.2 In the adult with **CKD 3-5** and who has diabetes, it is reasonable to prescribe, under close clinical supervision, a dietary protein intake of 0.6–0.8 g/kg body weight per day to maintain a stable nutritional status and optimize glycemic control (OPINION).

3.1 Statement on Energy Intake

3.1.1 In adults with **CKD 1-5D (1C)** or posttransplantation (OPINION) who are metabolically stable, we recommend prescribing an energy intake of 25–35 kcal/kg body weight per day based on age, sex, level of physical activity, body composition, weight status goals, CKD stage, and concurrent illness or presence of inflammation to maintain normal nutritional status.

6.3 Statements on Phosphorus

Dietary Phosphorus Amount

6.3.1 In adults with **CKD 3-5D**, we recommend adjusting dietary phosphorus intake to maintain serum phosphate levels in the normal range (1B).

KDOQI CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR NUTRITION IN  
CKD: 2020 UPDATE

Un dietista esperto di nutrizione nella MRC



Una introduzione di proteine non  
superiore a 0,6 gr/kg/iBW

Una introduzione di calorie da 25 a  
35 Kcal/Kg/iBW

Una quantità di P necessaria per  
mantenere il P entro range normali

## Dove ci hanno portato?

---

La valutazione, la messa in discussione, l'aver stilato una check list sistematica ci hanno portato ad un cambiamento di immagine, di mentalità rinforzando alcuni aspetti che sono stati poi traslati in progetti clinico assistenziali ad alto livello

Perdita autoreferenzialità





## DOCUMENTO DI INDIRIZZO PER LA MALATTIA RENALE CRONICA

## Capitolo 3

### LA FILIERA DELLA MALATTIA RENALE CRONICA

#### 3.1 Criticità segnalate dai pazienti

Lo scenario dalla parte del malato riferito dalle associazioni di pazienti

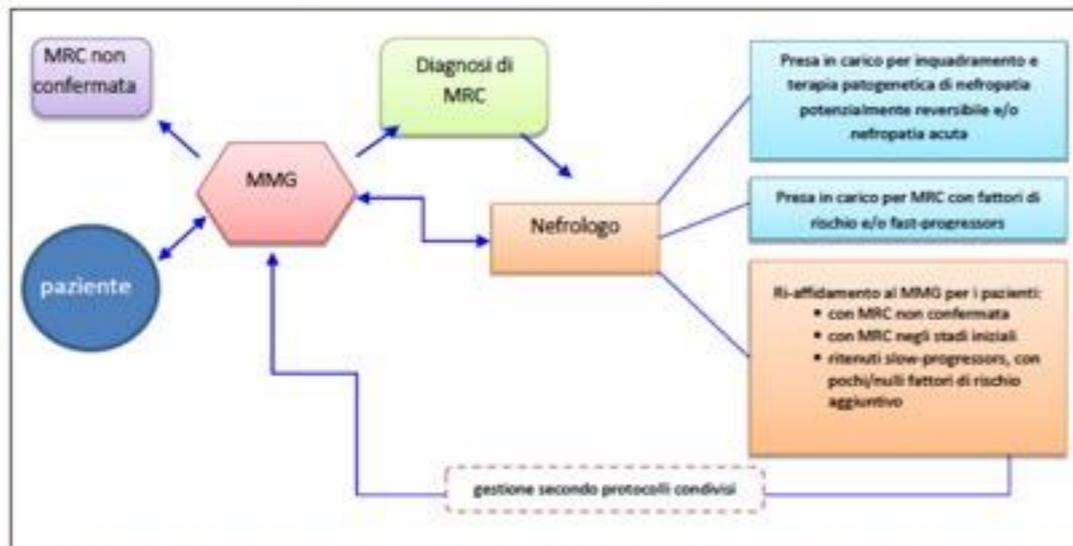
In riferimento alle criticità dell'assistenza le associazioni di pazienti hanno evidenziato che il cammino per la cura del nefropatico richiede il superamento di alcuni ostacoli quali:

1. inadeguata informazione da parte dei medici sia sugli aspetti generali della MRC sia sulle metodiche dialitiche (dialisi extracorporea ospedaliera, dialisi peritoneale domiciliare, emodialisi domiciliare) e/o dalla assenza di un servizio ambulatoriale nefrologico efficiente;

#### 3.2 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<sup>1,2</sup>.

Fig. 2 Percorso del paziente per 1° inquadramento di nefropatia



Il MMG deve essere il primo a segnalare il rischio per la MRC nei suoi pazienti e attuare le misure preventive, come l'ormai



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

## Piano Nazionale della Cronicità

# MALATTIE RENALI CRONICHE E INSUFFICIENZA RENALE

### MACRO ATTIVITA'

- Prevenzione e ritardo nell'evoluzione delle patologie croniche renali esitanti in insufficienza renale cronica
- Diagnosi precoce delle malattie renali croniche attraverso la prevenzione dei fattori di rischio e delle malattie prevenibili
- Personalizzazione della terapia non dialitica e sostitutiva
- Mantenimento del buon stato di funzionamento e stadiazione dei bisogni per l'autonomia e il massimo livello di partecipazione sociale



### OBIETTIVI GENERALI

- Identificare le persone a rischio di sviluppare malattie renali croniche
- Ritardare l'insorgenza della insufficienza renale
- Personalizzare le terapie sostitutive e in fase predialitica nonché quelle in fase dialitica
- Favorire la domiciliarità del paziente
- Incrementare il numero di trapianti

### OBIETTIVI SPECIFICI

- Definire il target di popolazione e la relativa stadiazione
- Individuare precocemente la MRC (stadio 1-2)
- Promuovere trattamenti appropriati e individualizzati del paziente inserito in un PDTA (stadio 3-5)
- Personalizzare la terapia dialitica mantenendo il paziente a domicilio (abitazione; RSA; Case di riposo; etc.).
- Promuovere un trattamento dietetico nutrizionale
- Incentivare il numero di trapianti da vivente

### RISULTATI ATTESI

- Riduzione della popolazione affetta da insufficienza renale cronica.
- Aumento, tra i soggetti in terapia dialitica, della domiciliarità delle prestazioni (dialisi peritoneale, emodialisi).
- Definizione dei criteri di personalizzazione delle terapie conservative e sostitutive.
- Mantenimento della domiciliarità dei pazienti affetti da MRC e riduzione delle istituzionalizzazioni.
- Incremento delle donazioni di organi e del numero dei trapianti di rene.

### INDICATORI

- % di persone con insufficienza renale cronica sulla popolazione affetta da MRC
- % di soggetti affetti da insufficienza renale cronica che non si giovano della terapia dialitica indirizzati alla terapia conservativa (farmacologica e dietetica)
- Numero di soggetti con insufficienza renale cronica in tele-dialisi assistita

### LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

1. Favorire la formazione dei MMG e PLS per la individuazione precoce delle malattie renali croniche e dei soggetti a rischio e promuovere l'appropriatezza nell'uso delle terapie
2. Sperimentare modelli di dialisi domiciliare sia peritoneale che di emodialisi utilizzando strumenti di tele-dialisi assistita.
3. Sviluppare studi che mirino a definire i criteri di personalizzazione delle terapie.
4. Promuovere la istituzione di unità operative specialistiche per le MRC, inserite nella rete nefrologica, con presenza di specialisti e personale infermieristico dedicato e consulenza di dietologi, psicologi, diabetologi, cardiologi.
5. Favorire l'applicazione di strumenti mirati alla individuazione dei fattori di progressione della malattia renale e delle sue traiettorie.
6. Implementare la personalizzazione della terapia conservativa.
7. Promuovere il rispetto dei criteri per la terapia conservativa favorendo l'utilizzo appropriato dei prodotti aproteici.
8. Sensibilizzare la popolazione generale, le istituzioni e i rianimatori per favorire le donazioni.
9. Incentivare il trapianto da vivente.
10. Utilizzare organi da donatori a cuore non battente.
11. Implementare modelli di valutazione del funzionamento della persona (ICF) con approccio biopsicosociale per la prevenzione e il contrasto della disabilità
12. Garantire la mobilità interregionale assicurando la possibilità di effettuare la dialisi, anche per brevi periodi, fuori dal luogo di residenza abituale.



# Manuale RAO per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali

CLASS_RAO 037	PRIMA VISITA NEFROLOGICA - Codice 89.7B.5 Incluso: stesura del piano di trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (dialisi extracorporea o peritoneale) o per trapianto	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
EMERGENZA***	INVIO AL PS	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Anuria in soggetto con insufficienza renale già nota</li><li>2. Crisi ipertensiva in paziente già in terapia farmacologica</li><li>3. Disonie gravi (ipokaliemia &lt;2,5 -iperpotassiemia &gt;6.5 mEq/L, sodiemia &lt;125 mEq/L o &gt;150 mEq/L); grave acidosi metabolica (bicarbonati &lt;17 mmol/L)</li><li>4. Edema polmonare in paziente con nefropatia già nota</li><li>5. Grave deficit o peggioramento acuto della funzione renale con oliguria</li><li>6. Iperazotemia di recente insorgenza (&gt; 250 mg/dL)</li><li>7. Sospetta pielonefrite acuta</li></ol>
EMERGENZA*** (PEDIATRIA)	INVIO AL PS	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Anuria/sovraccarico idrico in soggetto con sospetta insufficienza renale acuta</li><li>2. Diarrea emorragica con sospetto interessamento renale</li><li>3. Disonie e alterazioni acido base sintomatiche</li><li>4. Edemi con proteinuria o ematuria</li><li>5. Febbre in trapianto renale o paziente nefropatico in terapia immunosoppressiva</li><li>6. Ipertensione sintomatica</li><li>7. Macroematuria</li><li>8. Poliuria e disidratazione (sospetta Tubulopatia sintomatica)</li><li>9. Urosepsi e/o sospetta pielonefrite acuta</li></ol>

# I cardini

---

La qualificazione professionale del personale operante

La cartella clinica e l'adozione delle linee guida

La revisione periodica (cartella clinica, sistemi informatici, audit clinici-organizzativi)

La multidisciplinarietà

**La partecipazione del paziente**

---

### ***Sostegno all'Autogestione***

Il programma coinvolge il partecipante nel processo decisionale in merito alla gestione della **propria** patologia o quadro clinico.

Il programma affronta **le** modifiche dello stile di vita a sostegno dei **regimi** di autogestione.

Il programma affronta **i** bisogni di educazione sanitaria dei partecipanti.

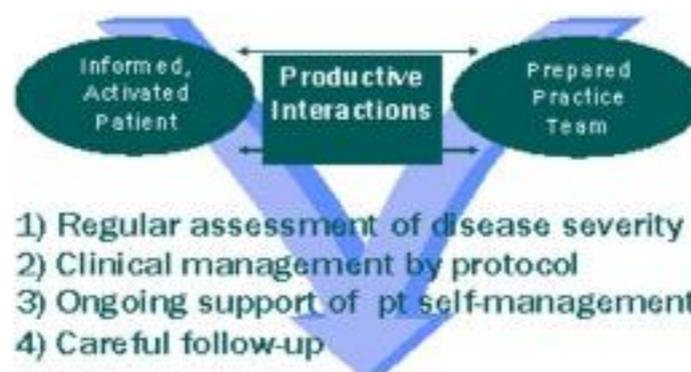


### SE - Sostegno all'Autogestione

Un principio **cardine** della gestione di qualsiasi patologia è che il partecipante deve essere attivamente coinvolto nella gestione della propria malattia. Gli standard di questo capitolo si focalizzano sui seguenti aspetti:

- Valutazione delle capacità di autogestione del partecipante;
- Offerta di un sostegno al partecipante nelle attività di autogestione;
- Coinvolgimento del partecipante nello sviluppo del proprio piano assistenziale;
- Educazione sanitaria del partecipante sulle competenze teoriche e pratiche necessarie a gestire la propria malattia;
- Riconoscimento e sostegno degli sforzi di autogestione.

What does it take to change health status  
in chronic disease?



# Il materiale informativo

---



## Readability of Written Materials for CKD Patients: A Systematic Review



*Suzanne Morony, PhD,<sup>1,2</sup> Michaela Flynn,<sup>3</sup> Kirsten J. McCaffery, PhD,<sup>1,2</sup>  
Jesse Jansen, PhD,<sup>1,2</sup> and Angela C. Webster, PhD<sup>3,4</sup>*

*Am J Kidney Dis.* 2015 Jun;65(6):842-50. (

Conclusions: These findings suggest that patient information materials aimed at patients with CKD are **pitched above the average patient's literacy level**. This issue is compounded by cognitive decline in patients with CKD, who may have lower literacy than the average patient. **It suggests that information providers need to consider their audience more carefully when preparing patient information materials, including user testing with a low-literacy patient population.**



**Carne.** E' possibile scegliere qualsiasi tipo, secondo il gusto personale: nell'alimentazione dell'insufficienza renale ciò che conta è la quantità. Consigliato 3-4 volte a settimana.



**I condimenti.** Possono essere usati con relativa libertà: olio extravergine di oliva, aceto aromi come peperoncino, aglio. Più prudenza con il limone.



**Pesce.** A parità di peso contiene meno proteine della carne e apporta grassi insaturi (comunemente detti "grassi buoni"). Consigliato 3-4 volte la settimana di cui una volta il pesce azzurro.



**Pizza.** Sono da evitare pizze con mozzarella. Condire con carciofini, funghetti, rucola, prosciutto cotto. Piatto unico.



**Formaggi.** Vanno assunti con moderazione perchè oltre alle proteine contengono elevate quantità di fosforo e di colesterolo. Non più di 1 volta a settimana. Se li evitate anche meglio (anche la mozzarella è un formaggio).



**Salumi.** Con moderazione in quanto contengono sale nascosto usato per la preparazione.



**Uova.** Sono alimenti molto ricchi di proteine ma anche di colesterolo e fosforo per questo l'uso dell'albume è da preferire. Si possono utilizzare anche nella preparazione di piatti unici.



**Frutta e verdura.** Contengono elevati quantitativi di potassio che può essere dannoso per il rene. Si consiglia di bollire l'acqua delle verdure due volte. Meglio se utilizzare verdure surgelate.



**Legumi.** Possono essere utilizzati come piatto unico in associazione alla pasta (es. pasta e fagioli, pasta e ceci) 2-3 volte a settimana. Meglio quelli freschi.



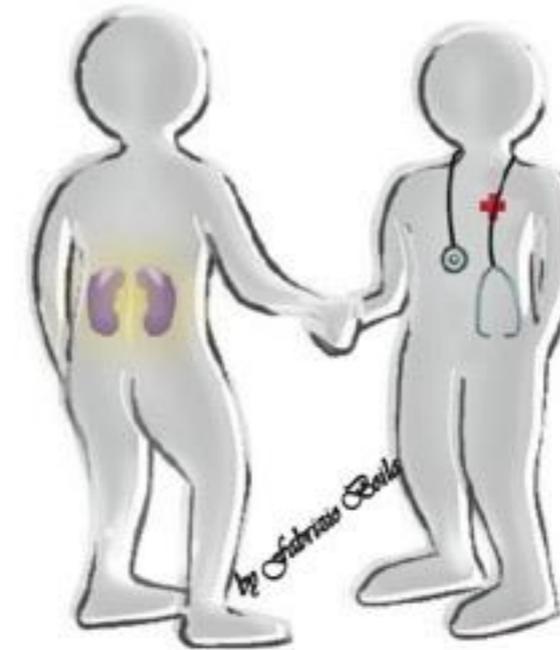
**Dolci.** Qualsiasi tipo di dolce nasconde sali, sostanze e procedimenti di preparazione dannosi per il rene. Limitare il consumo a una volta al mese. Meglio preparati in casa con farina apteica.



**Bevande.** Evitare le bibite, soprattutto quelle a base di cola. Preferire acqua ma evitare l'introduzione forzata, cioè è preferibile bere in risposta al senso di sete, salvo diversa indicazione del medico.

# IL PAZIENTE CON MALATTIA RENALE

V  
A  
D  
E  
M  
E  
C  
U  
M



La presente brochure non sostituisce in alcun modo l'intervento del medico e soprattutto del medico nefrologo e della dietista renale.

Raccomandiamo che in caso di malattia renale si effettui SEMPRE una consulenza nefrologica che chiarisca il grado di insufficienza, se presente, e che fornisca le giuste raccomandazioni.

Ricordatevi che la stima della funzione renale la si effettua con il dosaggio della creatinina.

A cura del gruppo "Trattamento Conservativo della Malattia Renale Cronica" della SIN.  
Ideazione di Giuseppe Quintalini  
con la collaborazione di Vincenzo Bellizzi, Adamasco Cupisti e Claudia D'Alessandro

**Altri consigli pratici:**

Se devi preparare un panino evita i salumi.	Scegli formaggi freschi e verdure.
Per uno snack o un aperitivo evita patatine in busta, salatini e arachidi salati.	Opta per frutta secca non salata, popcorn preparati in casa senza aggiunta di sale.
Aggiungi poco sale quando cucini carne e pesce.	Insaporisci con succo di limone, aceto di mele, erbe aromatiche e spezie.
Consuma pane senza sale.	Il pane è l'alimento responsabile del maggiore introito di sale (può contenere fino a 1,7 gr / 100 gr), perché lo mangiamo più volte al giorno, tutti i giorni.
Per le tue zuppe e minestrone non usare prodotti in scatola e il dado da brodo.	Acquista verdura fresca e legumi secchi.
Evita di acquistare pesce e carne già panata poiché le panature contengono molto sale.	Realizza la panatura a casa, puoi arricchirla con curcuma, curry, paprika e trito di prezzemolo.
Non aggiungere dappertutto il parmigiano, contiene molto sodio e copre i sapori.	Riscopri i veri sapori dei cibi al naturale.
La pizza è un piacere irrinunciabile, ma può apportare da sola il valore totale di sodio che dovremmo assumere in una giornata.	Tutte le volte che puoi preparala in casa. Se vai in pizzeria, scegli le pizze più semplici.

A questo punto starai dicendo che tutto ciò è molto complesso e il cibo non avrà lo stesso sapore: si tratta solo di educare il palato (la differenza si percepisce solo i primi giorni), e gli effetti sulla salute sono davvero notevoli: ridurre il consumo di sodio al di sotto dei 2 gr, abbassa la pressione sistolica (la massima) fino ad 8 mm Hg, e la diastolica (la minima) fino a 4.

E' importante che ciascuno di noi prenda coscienza del sodio che assume quotidianamente e faccia il possibile per ridurlo... la salute ringrazia!

Salvagente  
e prevenzione delle malattie cardiovascolari. Ridurre sale e sodio tutti i giorni: tutti i giorni... in un'attività come la "Spedizione salata" del Centro per la Misurazione dell'Attività dell'Asino e l'Asino (CASA) - Servizio Sanitario Regionale, Regione Emilia-Romagna - per il Progetto Salute del Istituto Superiore di Sanità - l'Università e la prevenzione delle malattie cardiovascolari. Dicembre 2018  
e Trova sale: i consigli del Ministero della Salute per ridurre l'eccessivo consumo. Il SNS proviene dagli alimenti trasformati artigianali ed industriali. Il sito: [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it), 22 marzo 2012.  
e Meno sale più salute per la prevenzione dell'ipertensione e il diabete. Società Italiana Nutrizione Umana, e ICI, ICI S.p.A., Gruppo di Lavoro Internazionale per la Riduzione del Sale in Sale.

**Alimentari**



**Acquista salute!**

**Consigli utili per ridurre l'introito di sale con la dieta**

## Ma anche i social assumono una importanza sempre maggiore nelle scelte sulla salute

Consumers, we found, access social media to very different degrees in different product categories. At the low end, only about 15 percent of our respondents reported using social media in choosing utility services. For other categories, such as travel, investment services, and **over-the-counter drugs, 40 to 50 percent of consumers looked to social recommendations.**

Product categories tend to have their own discrete groups of influencers. Our data showed that the overlap of recommenders between any two consumer categories was very small—a maximum of 15 percent for any two pairs of products we analyzed. Timing matters as well: a first-time purchaser, for example, is roughly 50 percent more likely to turn to social media than a repeat buyer.

*Getting a sharper picture of social media's influence*

McKinsey Quarterly July 2015



Album · Tutti gli album

Tutti gli album

+ Crea un album



Vaccino contro il Covid-19 - domande e risposte  
5 elementi



Sii Paziente in cucina  
66 elementi



Immagini di copertina  
38 elementi



Malattie Renali rare  
3 elementi



Definizioni  
8 elementi



FIR informa  
61 elementi



Lo sapevi che ...  
10 elementi



Raccolta delle urine delle 24h: cos'è e come farla.  
3 elementi



2019 - I numeri del trapianto in Italia  
1 elemento



Covid-19: malattia renale, dialisi, post trapianto e prevenzione.  
13 elementi



I sondaggi della FIR: le risposte  
58 elementi



Caldo e Malattia renale - alcuni consigli  
5 elementi



Farmaci e reni: cosa c'è da sapere  
4 elementi



2018 - I numeri del trapianto in Italia  
5 elementi



Giornata Mondiale del Rene 2019 - le vostre foto  
16 elementi



Fondazione Italiana del Rene

@FondazioneItalianaDelRene

Home

Informazioni

Post

Video

Foto

Eventi

Gruppi

Consigli

Community

Informazioni e inserzioni

Promuovi

Gestisci le promozioni

Ti piace

Pagina seguita

Condividi

...

## Come il fumo può danneggiare i reni

aumenta la pressione arteriosa



aumenta la quantità di tossine che il rene deve filtrare

aumenta la produzione di angiotensina II

riduce il flusso di sangue ai reni

danneggia le arterie

restringe e danneggia i vasi sanguigni nei reni

accelera la perdita della funzionalità renale



aumenta le proteine nelle urine - proteinuria



Fondazione Italiana del Rene

Affiliata alla International Federation of National Kidney Foundations

Presidente: A. Balducci - Segretario: G. Quintaliani - Social Content e Grafica: Maria Rinaldi Miliani e Freepik

Copertura: 17.082 persone

Metti in evidenza il post



## IL SONDAGGIO DEL LUNEDÌ: LA RISPOSTA

LA COTTURA DELLE VERDURE AL  
VAPORE PERMETTE DI RIDURRE  
LE QUANTITÀ DI POTASSIO

# FALSO

L'unico tipo di cottura che permette di ridurre il potassio negli alimenti è la **bollitura**.

Tutte le altre tecniche, come la cottura a vapore, la cottura in pentola a pressione o nel microonde, non hanno nessun effetto riduttivo sulle quantità di questo micronutriente.



Fondazione Italiana del Rene

Affiliate alla International Federation of National Kidney Foundations

Presidente: A. Balducci - Segretario: G. Quintaliani - Social Content e grafica: Maria Rinaldi Miliani/Canva



Fondazione Italiana del Rene ha creato un sondaggio.

Pubblicato da Maria Wendy Rinaldi [?] · 16 luglio · 🌐

La fistola artero-venosa si crea mettendo in comunicazione un'arteria con una vena?



94%

VERO



6%

FALSO

Questo sondaggio è terminato.

👤 Copertura: 2392 persone

Impossibile mettere in



Antonietta Cristiano Cho sbagliato 😞

Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 3 s

👉 Visualizza 1 altra risposta



Fondazione Italiana del Rene Vabbè, siamo qui per imparare 😊

Mi piace · Rispondi · Commento di Maria Wendy Rinaldi [?] · 3 s



Tiziana Liuzzi lo no era giusto

Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 3 s



Rosaria Oliva Questo sondaggio me lo sono perso. Ma ho imparato un'altra cosa

Mi piace · Rispondi · Invia messaggio · 3 s

# LO SAPEVI?



Fondazione Italiana del Rene

Publicato da Mariposa

La malattia renale è un fattore di rischio per la gravidanza. Mancano solo 3 notti alla fine dell'anno per la cura, alla prevenzione e alla sensibilizzazione. Associazione con la Società Italiana Red Cross e molti altri. Quale occasione migliore per importanti per il mondo femminile.

I Reni & la Salute delle Donne

8 Marzo 2018



## Iperensione gravidica: come contrastarla

L'ipertensione gravidica è un tipo di ipertensione che si manifesta durante la gravidanza. Fondazione Italiana del Rene



Fondazione Italiana del Rene

Publicato da Mariposa Rinaldi [?] · 3 marzo ·

Il 3% delle #donne in tutto il mondo soffre di una malattia renale. Per alcune di queste il desiderio di una #gravidanza è un sogno difficilissimo da realizzare che con il tempo viene abbandonato. Ma non sempre è necessario rinunciare: qualche volta è sufficiente prendere le precauzioni adatte a rendere la possibilità di diventare mamma una #realtà. #GMR2018 #8Marzo



## Gravidanza e malattia renale: un approfondimento per affrontarla al meglio

Durante la gravidanza il rene svolge un ruolo protagonista nell'influenziare l'andamento dello sviluppo del bambino e anche la salute della mamma. Inoltre, la...

FONDAZIONEITALIANADELRENE.ORG



**Fondazione Italiana del Rene**

Publicato da Mariposa Rinaldi [?] · 1 marzo · €

Martedì abbiamo parlato di **#donne** e di alcune patologie che le colpiscono, in linea di massima, maggiormente rispetto agli uomini. Fra quelle citate ci sono le **#infezioni** delle vie **#urinarie**. Queste problematiche possono portare a gravi complicanze se non trattate a dovere. E allora ecco un piccolo focus su evitando problemi più gravi.



### Come curare un'infezione alle vie urinarie: I igieniche principali

come curare un'infezione alle vie urinarie? Esistono delle misure standard che permettono di prevenire facilmente e con poco sforzo

FONDAZIONEITALIANADELRENE.ORG

...



**Fondazione Italiana del Rene**

Publicato da Mariposa Rinaldi [?] · 27 febbraio · €

Le infezioni alle vie urinarie sono una delle patologie che tipicamente possono colpire di più le **#donne** rispetto agli uomini. Se non sufficientemente trattate possono anche portare a complicanze **#renali** molto gravi. Per questo motivo è necessario, prima di ogni cosa, conoscerle e prevenirle. **#GMR2018 #8Marzo**

...



### Infezioni alle vie urinarie e mondo femminile. Prevenire quelle renali.

Le infezioni alle vie urinarie sono una condizione patologica conosciutissima da tutte le donne. Possono sfociare, se mal curate, anche in patologie renali persino gravi...

FONDAZIONEITALIANADELRENE.ORG

0



IL SONDAGGIO DEL LUNEDÌ:  
LA RISPOSTA

LA COTTURA DELLE VERDURE AL  
VAPORE PERMETTE DI RIDURRE  
LE QUANTITÀ DI POTASSIO

**FALSO**

L'unico tipo di cottura che permette di ridurre il potassio negli alimenti è la **bollitura**.

Tutte le altre tecniche, come la cottura a vapore, la cottura in pentola a pressione o nel microonde, non hanno nessun effetto riduttivo sulle quantità di questo micronutriente.



Fondazione Italiana del Rene

Affiliate alla International Federation of National Kidney Foundations

Presidente: A. Balducci - Segretario: G. Quintaliani - Social Content e grafica: Maria Rinaldi Miliani/Canva

## SPECIALIZZAZIONI INFER Dialisi, l'int relazionali

Pubblicato il 17.11.16

## SPECIALIZZAZIONI INF Seduta e

Pubblicato il 01.12.1

28 Azioni

RISORSE STUDE

## Dialisi endoge

Pubblicato il 19

< F

SPECIALIZI

## L'Info

Pubblicato

5 Azioni



rmiere

il paziente

## — Consenso Informato

La SIN ha esaminato e approvato una serie di modelli di **Consenso Informato**, che mette a disposizione dei colleghi per le più disparate necessità.

Di questo lavoro dobbiamo ringraziare un **Gruppo di lavoro di nefrologi della Puglia e Basilicata**, coordinati da **Carlo Manno**, che hanno redatto i consensi informati.

Questi sono poi stati riesaminati e approvati dal CD SIN e saranno certamente uno strumento utile nella pratica quotidiana.

### a. Biopsia renale

- Biopsia

### b. Trattamenti sostitutivi

- Dialisi Cronica
- Fistola Artero-Venosa
- CVC
- Catetere peritoneale
- Catetere peritoneale
- Scelta informata del paziente e deospedalizzazione

### c. Infusione di farmaci

- Informativa Immunosoppressori
- Ciclofosfamide
- Tacrolimus
- Micofenolato Mofetile
- Rituximab
- Eculizumab
- Anti-timoglobuline
- Indicazioni all'uso del ferro endovena (documento SIN convalidato da AIFA)

### d. Trasfusioni Sangue ed Emoderivati

- Trasfusioni ed Emoderivati
- Emotrasfusioni

# I consensi informati aiutati dai video

Cerca

Video informativo sulla dialisi n.19 - procedura attacco aghi e connessione paziente  
antonio melini  
GUARDATO 9:05

1  
GUARDATO 9:05

2  
GUARDATO 5:04

3  
GUARDATO 9:31

4  
GUARDATO 6:16

5  
GUARDATO 6:12

6  
GUARDATO 12:39

7  
GUARDATO 8:00

8  
GUARDATO 45:28

Dialisi  
20 video - 1.413 visualizzazioni - Ultimo aggiornamento in data 9 lug 2020

Film sull'accesso vascolare

renalgate ISCRIVITI

Cicatrice intervento (fistola) Vaso Ago prelievo sangue Ago restituzione sangue

G. Quitaliani  
Per www.renalgate.it

fistola AV per dialisi  
25.104 visualizzazioni - mar 2008

COMUNICAZIONE

---

### ***Sostegno all'Autogestione***

Il programma coinvolge il partecipante nel processo decisionale in merito alla gestione della **propria** patologia o quadro clinico.

Il programma affronta **le** modifiche dello stile di vita a sostegno dei **regimi** di autogestione.

Il programma affronta **i** bisogni di educazione sanitaria dei partecipanti.



---

Sappiamo che la mancata adesione comporta problemi

Ma **come possiamo sapere se** il paziente e' compliante oppure se dobbiamo aumentare i farmaci



112

**NTE**

FreeStyle Libre

Abbott

The advertisement features a smartphone on the left displaying a glucose reading of 112 and a line graph. To the right, a man and a young boy are sitting at a table, looking at a smartphone together. The table is cluttered with colorful blocks, a blue water bottle, and a small toy dinosaur. The background is a simple indoor setting with a dark blue couch.

The Future of Diabetes Management: 8 Reasons to be Optimistic! - The Medical Futurist

**The Future of Diabetes Management**

The video thumbnail shows a close-up of a person's finger with a small, circular sensor attached to it. The sensor has a gold-colored ring and a small black component. A red YouTube play button icon is overlaid on the image. The text 'The Future of Diabetes Management' is written in large, bold, black letters on the right side of the thumbnail.

Un'adolescente americana salvata dal suo Apple Watch #Rene  
I serra le uova frontiera della medicina  
Giuseppe Galliverti

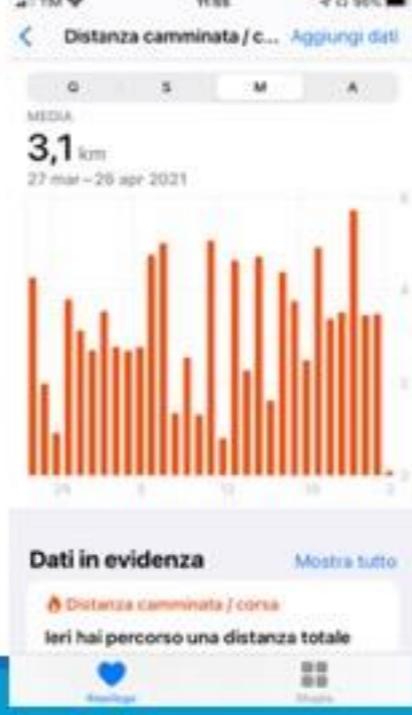


**Asso Renaloo**

3 maggio alle ore 11:18 · Scoop.it

Un'adolescente americana salvata dal suo Apple Watch #Rene  
[http://bfmbusiness.bfmtv.com/hightech/apple-une-adolescente-americaine-sauvee-par-son-apple-watch-1435335.html?utm\\_medium=social&utm\\_source=facebook](http://bfmbusiness.bfmtv.com/hightech/apple-une-adolescente-americaine-sauvee-par-son-apple-watch-1435335.html?utm_medium=social&utm_source=facebook)

⚙ · Vedi l'originale · Valuta questa traduzione

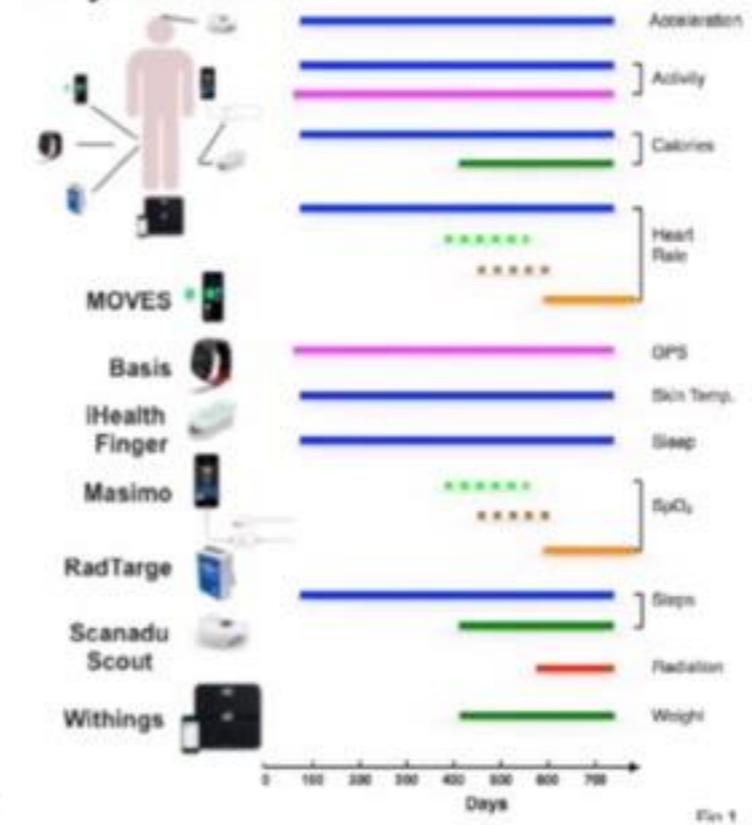


Nome Consulente

# Sensors: Over 900 Devices



## Many Parameters



Li, Dunn et al.  
PloS Biol 2017

Fig 1



## Perspective

# Virtually Perfect? Telemedicine for Covid-19

Judd E. Hollander, M.D., and Brendan G. Carr, M.D.

- ☰
- 🔖
- PDF
- 🔗
- ©
- ⋮

**Article**   **Figures/Media**   **Metrics**

---

5 References   207 Citing Articles   5 Comments

**R**ECOGNIZING THAT patients prioritize convenient and inexpensive care, Duffy and Lee recently asked whether in-person visits should become the second, third, or even last option for meeting patient needs.<sup>1</sup> Previous work has specifically described the potential for using telemedicine in disasters and public health emergencies.<sup>2</sup> No telemedicine program can be created overnight, but U.S. health systems that have already implemented telemedical innovations can leverage them for the response to Covid-19.

**Audio Interview**



Interview with Dr. Judd Hollander on how health systems can use telemedicine services during the Covid-19 pandemic. (15:47)

[Download](#)

## Telemedicina, non si torna più indietro: pubblicate le linee di indirizzo per tutte le Regioni.



Commissione Salute della conferenza Stato Regioni nei giorni scorsi, siamo passati da una situazione in cui ogni Regione deliberava per sé la possibilità di realizzare visite da remoto a un documento, valido per tutte le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, che finalmente delinea in **modo omogeneo tutto quello che si può fare con la telemedicina a livello di visite specialistiche.**

L'obiettivo è far entrare la telemedicina a pieno titolo nei Livelli Essenziali di Assistenza (art. 8 bis del D.Lgs. 502/1992) togliendo così qualsiasi dubbio sull'importanza che il nostro Paese ha deciso di dare a questa forma di assistenza sanitaria: non qualcosa da attivare a spot e secondo la libera iniziativa regionale, ma una modalità di visita che eroga le stesse prestazioni delle visite in presenza, con rendicontazione e tariffazione equiparabili alle visite in studio e prescrivibile dal medico come qualsiasi visita specialistica.

# Perché fare valutazione sistemica : **Conclusioni I**

---

Un processo di valutazione guidato da esperti ha diversi vantaggi

Si avvale di un'analisi sistemica e non saltuaria

Supera l'autoreferenzialità tipica della classe medica (siamo bravi a prescindere)

Valuta il sistema nel complesso e non il singolo caso (quello era difficilissimo ed io bravissimo)

## **Aiuta a valutare i percorsi**

- La Covid ha impattato duramente e quello che abbiamo scoperto nelle nefrologie è che i percorsi erano del tutto aleatori, si è arrivati a costruire ingressi con tendoni, ad aprire porte abbattendo muri, riorganizzare triage, chiamate telefoniche e orari appuntamenti etc.

## Perché fare valutazione sistemica : Conclusioni II

---

Gli aspetti che sono emersi più prepotentemente sono stati:

**la valutazione dei bisogni, delle carenze in maniera sistemica.** Di solito si richiedono spesso risorse umane, senza alcuna valutazione delle attività e degli outcome e senza materiale di riferimento (linee guida etc)

**Una buona analisi sistemica è in grado di produrre principi, modi di pensare e documenti atti a proporsi a livello politico amministrativo.** Spesso si arriva alle riunioni di budget con una serie di richieste senza alcun fondamento, o si segue pedissequamente una check list stilata del controllo di gestione aziendale. Un'analisi seria a priori aiuta a chiarire aspetti, procedure e percorsi in modo da permettere una interlocuzione più adatta alla reale situazione del reparto.

**La condivisione e multidisciplinarietà** con altri professionisti aiuta a rendere il lavoro più semplice, accettabile e riduce i contenziosi.

**La consapevolezza del paziente come interlocutore fondamentale** e non solo come oggetto, rende le dispute e le controversie molto meno frequenti e produce un clima di attiva consapevolezza e collaborazione adatto a migliorare le cure, la aderenza alla terapia e alla alleanza terapeutica. Riduce altresì i contenziosi legali

