

# REGIONE EMILIA-ROMAGNA

## Atti amministrativi GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 696 del 14/05/2018

Seduta Num. 21

**Questo** lunedì 14 **del mese di** maggio  
**dell' anno** 2018 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA  
**la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:**

1) Bonaccini Stefano	Presidente
2) Gualmini Elisabetta	Vicepresidente
3) Bianchi Patrizio	Assessore
4) Caselli Simona	Assessore
5) Corsini Andrea	Assessore
6) Costi Palma	Assessore
7) Donini Raffaele	Assessore
8) Gazzolo Paola	Assessore
9) Mezzetti Massimo	Assessore
10) Petitti Emma	Assessore

**Funge da Segretario l'Assessore:** Costi Palma

**Proposta:** GPG/2018/747 del 08/05/2018

**Struttura proponente:** SERVIZIO ASSISTENZA OSPEDALIERA  
DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

**Assessorato proponente:** ASSESSORE ALLE POLITICHE PER LA SALUTE

**Oggetto:** DEFINIZIONE DEL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO  
ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE CON INSUFFICIENZA RENALE CRONICA  
NELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA - STRUTTURAZIONE PROGETTO  
PREVENZIONE INSUFFICIENZA RENALE PROGRESSIVA (PIRP)

**Iter di approvazione previsto:** Delibera ordinaria

**Responsabile del procedimento:** Anselmo Campagna

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visti e richiamati:

- il Piano Sanitario Regionale 1999-2001, approvato dal Consiglio regionale con deliberazione n. 1235/1999, il Piano Sociale e Sanitario Regionale 2008-2010, approvato dall'Assemblea legislativa con deliberazione n. 175/2008, la cui validità è stata prorogata per gli anni 2013 e 2014 con delibera assembleare n. 117/2013 e il Piano Sociale e Sanitario 2017-2019, approvato dall'Assemblea legislativa con deliberazione n. 120/2017, i quali ribadiscono come il sistema delle cure ospedaliere sia basato su organizzazioni ad elevata qualificazione, per garantire trattamenti sicuri e di qualità;
- le proprie deliberazioni n. 556/2000 e 1267/2002, e ss.mm.ii, le quali hanno dato ampia attuazione alla programmazione sopra richiamata;
- il DM Salute 2/4/2015, n.70, pubblicato sulla G.U. n.127 del 4/6/2015, con il quale è stato formalizzato il "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- la propria deliberazione n. 2040/2015 con cui questa Amministrazione ha approvato, in attuazione della normativa sopraindicata, le linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete ospedaliera regionale;

Visto e richiamato l'Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lettera c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sancito in sede di Conferenza Unificata nella seduta del 5 agosto 2014, Rep. Atti 101/CSR, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e le Autonomie locali sul documento recante "Documento di indirizzo per la malattia renale cronica", recepito con propria deliberazione n. 1501 del 10 ottobre 2017, il quale si occupa di definire strategie di contenimento e prevenzione della malattia renale cronica, in quanto:

- la Malattia Renale Cronica è una patologia molto diffusa, con una prevalenza crescente nella popolazione generale con una stima a livello mondiale di circa il 10% della popolazione e in Italia una prevalenza della malattia del 7,5% negli uomini e del 6,5% nelle donne;
- le cause principali dell'aumento della Malattia Renale Cronica sono legate soprattutto all'invecchiamento della popolazione, all'aumentata prevalenza nella popolazione generale di condizioni cliniche caratterizzate da un elevato rischio di manifestare un danno renale (diabete mellito di tipo II, sindrome metabolica, ipertensione arteriosa) e all'aumentata sopravvivenza dei pazienti che presentano compresenza di più patologie e complessi;

- le attività di prevenzione nefrologica, la maggior disponibilità di mezzi diagnostici e terapeutici e la sempre più precoce presa in carico dei pazienti stanno migliorando visibilmente la prognosi della malattia renale cronica, consentendo spesso un rallentamento della sua progressione verso la malattia renale terminale e ritardando quindi l'inizio del trattamento sostitutivo dialitico;
- nonostante tali positivi risultati l'incidenza e la prevalenza dei pazienti che necessitano di trattamenti sostitutivi della funzione renale sono in lieve aumento sia a livello nazionale che regionale in relazione alle cause sopramenzionate;

Visto e richiamato altresì l'Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "Piano nazionale della cronicità" di cui all'art. 5, comma 21, dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016, Rep. Atti n. 160/CSR del 15/09/2016, il quale

- nasce dall'esigenza di armonizzare a livello nazionale le attività nel campo della assistenza alla cronicità, proponendo indirizzi per la progettazione di percorsi, condivisi con le Regioni, che, compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali, individuino un disegno strategico comune inteso a promuovere interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza; ciò in quanto il mondo della cronicità è un'area in progressiva crescita che comporta un notevole impegno di risorse, richiedendo continuità di assistenza per periodi di lunga durata e una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali e necessitando di servizi residenziali e territoriali finora non sufficientemente disegnati e sviluppati nel nostro Paese;
- trae fondamento dall'attuale contesto di riferimento, caratterizzato dal progressivo invecchiamento della popolazione, dal conseguente aumento dell'incidenza delle malattie croniche e dal permanere di differenze assistenziali nelle singole realtà regionali;
- delinea un diverso modello integrato ospedale/territorio; il Piano ribadisce come "l'ospedale va concepito come uno snodo di alta specializzazione del sistema di cure per la cronicità che interagisca con la specialistica ambulatoriale e con l'assistenza primaria, attraverso nuove formule organizzative che prevedano la creazione di reti multispecialistiche dedicate e 'dimissioni assistite' nel territorio finalizzate a ridurre il drop-out della rete assistenziale, causa frequente di riospedalizzazione a breve termine e di outcome negativi nei pazienti con cronicità";

- affronta la problematica della malattia cronica renale e dell'insufficienza renale individuando gli obiettivi dell'azione sanitaria, declinandone le macroattività e proponendo le conseguenti linee di intervento;

Premesso che l'attenzione verso la problematica della malattia renale cronica e dell'insufficienza renale è stata presente in modo costante nelle strategie di programmazione sanitaria di questa Regione, ed il massimo impegno è stato profuso verso la individuazione delle migliori soluzioni organizzative per garantirne la prevenzione e l'assistenza;

Richiamata la L.R. 9 marzo 1990, n. 15 "Piano Sanitario Regionale per il triennio 1990-1992", il quale, all'allegato H "Nefropatie", dava atto della difficoltà di attuare interventi organici di prevenzione della patologia renale, dell'ancora non ottimale livello di sviluppo dell'attività di trapianto renale raggiunto e della conseguente estensione del trattamento dialitico, condizioni che il documento di programmazione riteneva prioritario affrontare ponendo i seguenti obiettivi:

- attivazione di un programma di prevenzione delle patologie nefrologiche
- strutturazione a regime della rete dei presidi di nefrologia e terapia dialitica
- ottimizzazione delle attività di prelievo e trapianto di rene

da attuarsi tramite la realizzazione delle seguenti azioni:

- istituzione del Registro regionale dei pazienti uremici in trattamento sostitutivo, diretto a rilevare la distribuzione delle nefropatie uremizzanti nei pazienti della Regione Emilia-Romagna; la finalità del Registro è quella di fungere da strumento per la identificazione delle cause e la definizione epidemiologica delle nefropatie uremizzanti in Emilia-Romagna, anche allo scopo di avviare piani "mirati" di prevenzione primaria
- approfondimento delle conoscenze sulla nefrotossicità di alcune sostanze ad uso industriale, agricolo ed alimentare, nonché sui rischi connessi alla tossicità dei farmaci;
- diagnosi e trattamento precoce delle nefropatie uremizzanti anche attraverso l'attuazione di programmi terapeutici, farmacologici e dietetici volti a rallentare la progressione dell'insufficienza renale verso l'uremia terminale e la dialisi;
- assestamento strutturale e organico dei Servizi di Nefrologia in rapporto ai compiti di prevenzione e assistenziali da assicurare nel territorio di competenza
- sviluppo dell'attività ambulatoriale di Nefrologia

- organizzazione delle attività di dialisi in strutture e con strategie di trattamento differenziate in relazione alle caratteristiche cliniche dei pazienti;
- ottimizzazione delle modalità di effettuazione del trattamento sostitutivo, anche al fine di aumentare le indicazioni al trapianto renale;
- istituzione e funzionalità del Centro regionale di riferimento per i trapianti, ex art. 13 L. 2 dicembre 1975, n. 644
- organizzazione delle attività di prelievo di rene nell'ambito della più generale funzione del prelievo multiorgano, con effettuazione di almeno 100 interventi/anno di trapianto renale in regione
- realizzazione di interventi di prevenzione, concretizzabili, oltre che nella attivazione del Registro regionale dei pazienti uremici in trattamento sostitutivo sopra descritto, in iniziative di educazione sanitaria, da attuarsi da parte dei Servizi di Nefrologia con il coinvolgimento delle strutture sanitarie di base, dirette alla sensibilizzazione della popolazione sui fattori di rischio di cui è conosciuta la connessione con alcune forme di nefropatie, tramite il coordinamento, anche attraverso la definizione di protocolli operativi tra i servizi di nefrologia e i servizi di medicina del lavoro, per l'individuazione e la sorveglianza clinica di gruppi di popolazione esposta a tossici industriali, individuazione di modalità operative, d'intesa con le strutture sanitarie di base e specialistiche, che consentano un approccio nefrologico nel trattamento delle malattie metaboliche e vascolari;

Dato atto che con la propria deliberazione n.4316 del 6 dicembre 1995, si è proceduto ad assegnare alla Divisione di Nefrologia e Dialisi dell'Azienda Ospedaliera di Bologna l'incarico di attivare, secondo le previsioni contenute nel Piano Sanitario Regionale 1990-1992, il Registro regionale per pazienti uremici in trattamento sostitutivo (Registro Dialisi), al fine di consentire al sistema sanitario regionale di disporre di informazioni utili a definire gli interventi necessari nel settore, nonché ad avviare adeguati programmi di prevenzione;

Atteso che il Registro Dialisi è attivo dal 30 giugno 1996;

Rilevato che dal novembre 2005 sono stati attivati sul territorio della nostra Regione gli ambulatori PIRP (Prevenzione Insufficienza Renale Progressiva), finalizzati a prevenire l'insorgenza dell'insufficienza renale o, quantomeno, procrastinare il momento della dialisi; il PIRP, la prima rete pubblica europea per la prevenzione dell'insufficienza renale progressiva deriva dall'attuazione di un progetto clinico e organizzativo riconosciuto e sostenuto dall'Assessorato alle Politiche per la salute di questa Regione, la cui realizzazione è stata affidata all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna,

coinvolge tutte le strutture nefrologiche regionali, prevede corsi di formazione per i medici di medicina generale, l'apertura di ambulatori dedicati PIRP, la produzione di materiale divulgativo rivolto ai cittadini e per i pazienti con malattia renale progressiva, l'allestimento di una cartella clinica e di un registro informatizzato per la raccolta dei dati clinici dei pazienti presi in carico dalla rete PIRP;

Considerato che il progetto PIRP ha sino ad oggi assistito pazienti che per il 42% soffrono di una insufficienza renale moderata, mentre il 48% hanno già raggiunto il livello di nefropatia grave o severa con caratteristica evolutiva, migliorandone le condizioni di vita e consentendo il miglior controllo della malattia;

Ritenuto pertanto di interesse di questa Amministrazione promuovere la prosecuzione del progetto di cui si tratta, strutturandolo in via continuativa nei percorsi clinici del Servizio Sanitario Regionale;

Premesso che, sulla base dei principi fondanti delle strategie di organizzazione sanitaria promosse da questa Amministrazione:

obiettivo dell'assistenza non deve essere soltanto la cura dei sintomi, bensì la promozione della salute, la prevenzione primaria e secondaria delle ricadute, il miglioramento dello stato funzionale e della qualità della vita unitamente ad una maggiore attenzione al contesto sociale e relazionale della persona; per raggiungere questi obiettivi è necessario collocare il paziente al centro del sistema di cura, le cure devono essere coordinate, continue nel tempo e accessibili;

la ridefinizione di modelli di "presa in carico" e di "continuità assistenziale" che mettono il paziente al centro dell'assistenza, in un continuum dalla prevenzione alla diagnosi, al trattamento, al follow up e al fine vita, trova supporto nello sviluppo e nel disegno di PDTA che attraverso il coinvolgimento ed il coordinamento di professionisti/servizi diversi, rivedano non solo i comportamenti ed i percorsi all'interno dei nodi della rete ma anche i sistemi per governarli;

agire sull'appropriatezza degli interventi terapeutico-assistenziali, riorganizzando e standardizzando i processi di cura e monitorandone l'impatto non solo clinico ma anche organizzativo ed economico, consente non solo di migliorare la qualità delle cure ma anche di affrontare il tema generale della limitatezza delle risorse attraverso una razionalizzazione dell'offerta e non solo una loro riduzione;

l'utilizzo dello strumento PDTA consente di promuovere percorsi di miglioramento delle cure ed assicurare l'effettiva presa in carico di determinate categorie di pazienti unitamente alla maggiore integrazione dei servizi;

Ritenuto pertanto necessario ed opportuno istituire, contestualmente alla definitiva strutturazione del Percorso

Prevenzione Insufficienza Renale Progressiva, come dettagliato nel documento allegato al presente atto quale sua parte integrante e sostanziale, un Comitato Tecnico Scientifico che ne supporti la definizione, l'implementazione e lo sviluppo;

Ritenuto opportuno che tale Comitato sia composto da professionisti Nefrologi e rappresentanti della Direzione generale Cura della Persona, Salute e Welfare di questa Regione, e costituito come indicato nel dispositivo del presente atto;

Richiamati:

- la L.R. 12 maggio 1994, n. 19 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517" e successive modifiche;
- la L.R. 23 dicembre 2004, n. 29 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale", e successive modifiche, che prevede che questa Regione, nell'esercizio dell'autonomia conferitale dalla riforma del Titolo V della Costituzione, definisce i principi ed i criteri generali di organizzazione e di funzionamento del Servizio sanitario regionale;
- la L.R. 26 novembre 2001, n. 43 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e successive modificazioni;
- il D.Lgs. n. 33 del 14 marzo 2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" e ss.mm.ii.;

Vista la propria deliberazione n. 2416 del 29 dicembre 2008 "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007", e successive modifiche, per quanto applicabile;

Richiamate altresì le proprie deliberazioni:

- n. 468 del 10 aprile 2017 "Il sistema dei controlli interni nella Regione Emilia-Romagna" e le circolari del Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta regionale PG72017/0660476 del 13 ottobre 2017 e PG/2017/0779385 del 21 dicembre 2017 relative ad indicazioni procedurali per rendere operativo il sistema dei controlli interni predisposte in attuazione della propria deliberazione n. 468/2017;
- n. 93 del 29 gennaio 2018 di "Approvazione Piano triennale di prevenzione della corruzione. Aggiornamento 2018-2020", ed in particolare l'allegato B) "Direttiva di indirizzi interpretativi per l'applicazione degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.lgs. n. 33 del 2013. Attuazione del piano triennale di prevenzione della corruzione 2018-2020";

Richiamate infine le proprie deliberazioni n. 193/2015, n. 516/2015, n. 628/2015, n. 1026/2015, n. 56/2016, n. 106/2016, n. 270/2016, n. 622/2016, n. 702/2016, n. 1107/2016, n. 1681/2016, n. 2123/2016, n. 2344/2016, n. 3/2017, n. 161/2017, n. 578/2017 e n. 52/2018 relative alla riorganizzazione dell'Ente Regione e alle competenze dirigenziali;

Dato atto che il responsabile del procedimento ha dichiarato di non trovarsi in situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi;

Dato atto dei pareri allegati;

Su proposta dell'Assessore Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi

D E L I B E R A

1. di approvare, per le motivazioni espresse nelle premesse del presente atto e che qui si intendono integralmente richiamate, la strutturazione del Percorso Prevenzione Insufficienza Renale Progressiva, come dettagliato nel documento allegato al presente atto quale sua parte integrante e sostanziale, quale percorso diagnostico terapeutico assistenziale del Servizio Sanitario Regionale, deputato alla prevenzione dell'insorgenza dell'insufficienza renale e al controllo dell'insufficienza renale cronica;
2. di istituire un Comitato Tecnico Scientifico con il compito di formulare proposte a questa Giunta per l'implementazione e lo sviluppo del Percorso Prevenzione Insufficienza Renale progressiva, composto da professionisti Nefrologi;
3. di costituire il Comitato Tecnico Scientifico di cui al precedente punto 2., nominando quali componenti:
  - Dr Antonio Santoro - con funzioni di Coordinatore;
  - Dr. Roberto Scarpioni -Azienda USL di Piacenza
  - Prof. Salvatore David - Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
  - Dr.ssa Maria Cristina Gregorini - Azienda USL di Reggio-Emilia
  - Prof. Gianni Cappelli - Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena
  - Dr. Decenzio Bonucchi - Azienda USL di Modena
  - Prof. Gaetano La Manna - Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna
  - Dr.ssa Elena Mancini - Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna
  - Dr.ssa Marcora Mandreoli - Azienda USL di Imola
  - Dr.ssa Alda Storani - Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara
  - Dr. Andrea Buscaroli - Azienda USL della Romagna

Dr. Giovanni Mosconi - Azienda USL della Romagna

Dr. Angelo Rigotti - Azienda USL della Romagna

*per la Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare*

Dr. Antonio Brambilla - Responsabile del Servizio Assistenza Territoriale

Dr. Anselmo Campagna - Responsabile del Servizio Assistenza Ospedaliera

Dr.ssa Immacolata Cacciapuoti - Servizio Assistenza Territoriale

Dr.ssa Monica Cocchi - Servizio Assistenza Ospedaliera

Dr.ssa Elisa Rozzi - Servizio Assistenza Ospedaliera

4. di stabilire che il Comitato Tecnico Scientifico di cui si tratta:
  - resti in carica 3 anni, e che i componenti siano rinnovabili
  - si riunisca con periodicità e ordine del giorno stabilito dal Coordinatore
  - operi senza alcun costo aggiuntivo a carico del bilancio regionale
5. di dare atto che per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, si provvederà ai sensi delle disposizioni normative ed amministrative richiamate in parte narrativa;
6. di pubblicare il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna Telematico.

ALLEGATO

**IL PROGETTO PIRP: PREVENZIONE DELLA INSUFFICIENZA RENALE PROGRESSIVA**

PREMESSA

L'insufficienza renale cronica (IRC) è una malattia di grande impatto sulla sanità pubblica per tre ordini di motivi:

a) il numero di pazienti con IRC è in costante ascesa a causa dell'aumento dell'età della popolazione generale e delle patologie ad essa correlate, quali ipertensione e diabete di tipo 2, che rappresentano oggi le principali cause di IRC;

b) la mortalità e la morbidità cardiovascolare nell'IRC sono elevate sia nei pazienti in dialisi cronica, sia nei pazienti con danno renale iniziale. Infatti i pazienti con creatininemie tra 1.5-2.0 mg/dl hanno un aumento significativo di 3/4 volte della morbidità cardiovascolare;

c) il trattamento dialitico, ma anche lo stesso trapianto renale, punti di arrivo della quasi totalità dei pazienti con IRC, sono terapie ad alto costo sia sul piano sociale (il paziente dializzato è costretto a interrompere la propria attività a giorni alterni per 4-5 ore) che su quello economico (sia la dialisi che il trapianto richiedono un largo impiego di risorse).

L'identificazione dei pazienti con IRC nelle fasi iniziali è essenziale per implementare al meglio una terapia conservativa multifattoriale, la cui efficacia nel rallentamento della progressione del danno cardiovascolare e renale è stata ampiamente riconosciuta ed è suggerita dalle principali Linee Guida nazionali ed internazionali sulla cura dell'IRC non uremica.

Allo stato attuale, per quanto riguarda le malattie renali croniche, in Italia si conosce solo la prevalenza dell'IRC in fase terminale. Nel 2015, il Registro Italiano di Dialisi e Trapianto della Società Italiana di Nefrologia ha censito 42.375 pazienti in emodialisi, 4.438 in dialisi peritoneale e 23.467 portatori di trapianto renale per un totale di 70.280 in terapia sostitutiva renale (2). La prevalenza in dialisi nel 2015 è risultata di 770 per milione di abitanti, mentre l'incidenza era di 154 pazienti per milione di abitanti (2). In Emilia ogni anno giungono alla fase terminale della insufficienza renale e quindi alla dialisi o al trapianto tra i 700 ed gli 800 pazienti.

Per identificare i pazienti con IRC non è sufficiente la misura della sola creatininemia in quanto la concentrazione ematica di questa sostanza non dipende esclusivamente dal grado di funzione renale ma anche dalla taglia corporea del paziente, dall'età, dalle masse

muscolari ed è diversa nell'uomo e nella donna. Per valutare in modo adeguato la funzione renale si deve ricorrere alla stima del filtrato glomerulare o in maniera diretta con valutazione del filtrato glomerulare o con formule (per es. Cockcroft-Gault, CKD-EPI) che tengano conto non solo della creatininemia, ma anche di peso, altezza, età e sesso del paziente. Inoltre per definire lo stadio di Malattia Renale Cronica (MRC) serve anche la misura della proteinuria come escrezione di proteine (albumina) nelle 24 ore. Le due variabili, filtrato glomerulare e proteinuria servono ad identificare lo stadio della MRC, che è identificabile in cinque diverse classi che vanno in gravità crescente dallo stadio 1 allo stadio 5. In Italia lo studio CARHES fatto dalla Società Italiana di Nefrologia insieme con AMCO (Associazione Medici Cardiologi Ospedalieri) e con l'istituto superiore di Sanità ha stimato, con una ampia survey, una prevalenza di MRC del 7,2 % nella popolazione generale adulta. Sono quindi circa 2.200.000 i soggetti portatori di MRC e che necessitano di un inquadramento nefrologico.

Un problema che si incontra di questi soggetti è rappresentato dal riferimento tardivo allo specialista nefrologo. Il cosiddetto "late referral" è spesso determinato da una minore sensibilizzazione dei Medici di Medicina Generale nei confronti dell'IRC rispetto agli altri fattori di rischio cardiovascolari, quali l'ipertensione essenziale, il diabete, la dislipidemia. Quello che è certo, è che il riferimento nefrologico tardivo si associa ad un aumentato rischio di mortalità e di ospedalizzazione sia nella fase pre-dialitica che durante la fase dialitica. Oggi, le Linee Guida consigliano di inviare al più presto il paziente con diagnosi di IRC a consulenza dal nefrologo e di non tardare ulteriormente quando il valore di filtrato glomerulare si è ridotto a meno di 30 mL/min.

Da quando detto risulta evidente la necessità di identificare con strumenti adatti i pazienti con IRC in fase conservativa al fine di poter attuare tutti gli interventi volti alla prevenzione dell'evoluzione della malattia renale e delle complicanze cardiovascolari. E queste sono le ragioni che sono alla base di un programma di Prevenzione della Insufficienza Renale cronica Progressiva che ha preso il nome di progetto PIRP.

## IL PROGETTO

Il progetto PIRP è stato riconosciuto e sostenuto dall'Assessorato alle Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna sin dal 2004 ed ha visto coinvolte tutte le strutture nefrologiche della Regione.

Il progetto ha come finalità principali:

La riduzione della progressione della Malattia Renale Cronica (MRC) verso la fase terminale della malattia.

La prevenzione dell'insorgenza e la riduzione del carico delle complicanze cardiovascolari.

La "presa in carico" e la continuità assistenziale APPROPRIATA, EFFICACE, ed EFFICIENTE dei pazienti con MRC, in regime ambulatoriale.

La integrazione della gestione del paziente con MRC al fine di ridurre i ricoveri in ambiente ospedaliero del paziente con MRC.

Il progetto ha carattere prevalentemente clinico assistenziale e prevede una fase formativa ed una attuativa.

La fase formativa è stata rivolta soprattutto ai MMG per il corretto e tempestivo riconoscimento della popolazione a rischio, e per l'implementazione delle varie strategie (modificazione stile di vita, correzione dei fattori di rischio modificabili) e terapie che si sono dimostrate efficaci nel ridurre lo sviluppo e l'evoluzione della MRC. Verranno, ed in gran parte sono stati effettuati, seminari volti a sottolineare tutti gli aspetti della patologia ed i fattori coinvolti nella progressione delle nefropatie. In questa fase si prevede anche l'implementazione da parte dei Laboratori Analisi della nostra Regione di equazioni di calcolo per la valutazione del filtrato glomerulare al fine di facilitare il riconoscimento dei pazienti con deficit funzionale renale anche iniziale e l'allestimento di un software dedicato alla raccolta dati e che abbia le funzioni di registro informatizzato.

La fase attuativa ha previsto l'apertura di ambulatori espressamente dedicati alla cura e alla gestione dell'insufficienza renale progressiva da parte delle UU.OO di Nefrologia. Tali ambulatori hanno preso il nome di ambulatori PIRP, hanno un accesso diretto tramite CUP e hanno diversi compiti: corretto inquadramento del paziente, valutazione del grado di insufficienza renale; valutazione delle comorbidità, programmazione di indagini di completamento o ricovero specialistico; ed infine stima del ritmo di progressione della nefropatia ed analisi delle possibili soluzioni terapeutiche individualizzate. A seconda del grado di MRC e della presenza/assenza di fattori co-morbidi il paziente viene riaffidato alle cure del MMG (pazienti con MRC ai primi stadi e assenza di co-morbidity) oppure viene preso progressivamente in carico dall'equipe nefrologica. In ogni fase però vi è una cogestione del paziente che viene facilitata attraverso l'utilizzo di un sito Internet dedicato dall'istituzione di una casella e-mail che permette ai MMG di avere un continuo punto di riferimento nell'equipe nefrologica.

Inoltre durante la fase attuativa il paziente viene seguito con una cartella clinica informatizzata (Registro PIRP) che viaggia via WEB e che permette la raccolta in formato elettronico di dati clinici e laboratoristici.

#### OBIETTIVI PROGETTUALI

Diversi sono gli obiettivi di questo ambizioso progetto:

La individuazione precoce di pazienti con alterata funzione renale nella popolazione generale e la messa in evidenza di stadi precoci

di malattia renale che spesso non danno sintomi, ma solo alterazioni degli esami di laboratorio.

Una corretta epidemiologia della diffusione delle malattie renali.

La caratterizzazione delle malattie renali ed una loro migliore comprensione in termini di evolutività.

Interventi sui cosiddetti fattori modificabili di progressione del danno renale. Non tutte le malattie renali hanno la stessa velocità di progressione e gli stessi fattori di progressione non sono generalizzabili.

La prevenzione secondaria e terziaria delle complicanze delle malattie renali come le cardiopatie, le vasculopatie, la anemia, ecc.

La riduzione del numero dei pazienti che giungono alla fase terminale dell'insufficienza renale e quindi del numero dei pazienti in trattamento dialitico.

In termini strettamente pratici i risultati attesi sono riassumibili in una serie di obiettivi:

Riduzione della velocità di progressione delle malattie renali

Riduzione dell'entità delle complicanze della insufficienza renale, in particolare degli eventi cardiovascolari.

Riduzione del numero di pazienti cosiddetti late referral (cioè pazienti che giungono al nefrologo solo in prossimità della terapia dialitica sostitutiva). Questo risultato si traduce in un minor ricorso alla dialisi in urgenza, in una riduzione dei tempi di ospedalizzazione, e nella possibilità di pianificazione dell'accesso vascolare. Inoltre il riferimento precoce permette una migliore gestione delle comorbidità.

Individuazione di almeno il 70-80 % dei soggetti affetti da malattie renali nelle diverse aree della Regione Emilia-Romagna. Sorveglianza attiva nei pazienti con rapida progressione di malattia.

Naturalmente perché questo progetto possa avere successo e questi obiettivi vengano realizzati è necessario che vi sia la collaborazione di diverse figure. Primi fra tutti i soggetti con malattia renale, i loro medici di Medicina Generale, e tutti i colleghi medici che, a vario titolo, vengono in contatto con pazienti con malattie renali croniche.

## PERCORSO

Il servizio fornito: Il paziente con malattia renale cronica può essere intercettato da diverse figure professionali, Medico di Medicina Generale, cardiologi, diabetologi, internisti, ecc ed inviato agli ambulatori PIRP delle Unità di Nefrologia territoriali. Il paziente viene accolto dall'infermiere che provvede alla compilazione dei dati anagrafici della cartella e della modulistica necessaria. Il Medico che esegue la visita raccoglie l'anamnesi con particolare riguardo all'identificazione dei fattori di rischio per

le malattie renali e per le complicanze cardio-vascolari correlate; attiva il Registro informatizzato, completando le informazioni necessarie, imposta l'iter diagnostico finalizzato ad inquadrare correttamente la patologia di base. Al termine del processo diagnostico - che in alcuni casi può prevedere anche il ricovero nel Settore di Degenza Nefrologica per eseguire particolari accertamenti, come la biopsia renale o l'arteriografia, sofisticati esami immunologici, ecc. - il paziente viene riaffidato alle cure del medico curante con una prescrizione terapeutica ed eventualmente dietetica. Il successivo follow-up e la tempistica dei controlli dipendono da diversi fattori come la velocità di progressione della malattia, complicanze, co-morbidità. Vi sarà una gestione congiunta, tra Medico di famiglia e specialista nefrologo, che vedrà un maggior carico del Medico di famiglia negli stadi iniziali di malattia e successivamente con l'avanzare della insufficienza renale un maggiore coinvolgimento del nefrologo (Tabella 1). Qualora il paziente dovesse raggiungere stadi più avanzati della malattia renale cronica verrà preso in carico dal Day Service della insufficienza renale cronica per un avviamento a terapie sostitutive come la dialisi o il trapianto o ad una massimizzazione del trattamento conservativo .

**Tabella 1. Monitoraggio e co-gestione con i MMG dei pazienti con malattia renale cronica.**

STADIO	Malattia Renale Cronica (eVFG ml/min)				
	1 (>90)	2 (60-90)	3 (30-59.9)	4 (15-29.9)	5 (<15)
<b>MRC</b>					
<b>Frequenza del controllo</b>	Ogni 12-18 mesi (ad eccezione dei pazienti con macroproteinuria, glomerulonefriti, nefropatie immunologiche)		6 mesi	2-3 mesi	1-2 mesi, a seconda della velocità di riduzione della filtrate glomerulare.
<b>Valutazione Clinica</b>	Pressione arteriosa (PA), peso, misurazione ambulatoriale della PA, controllo del sovraccarico idro-sodico				
<b>Laboratorio</b>	Esami di laboratorio finalizzati alla diagnosi ed a stadiare la MRC		Ogni 6 mesi : funzione renale, esame urine, elettroliti sierici, glicemia, lipidi, emocromo, bilancio del ferro, Ca-PO4, PTH (6-12 mesi)	Controllo esami condiviso con i nefrologi e basato sulla velocità di progressione della MRC, complicanze e comorbidità.	
<b>Trattamento</b>	Identificazione del rischio di MRC; diagnosi specifica della nefropatia; modificazione dei fattori di rischio cardiaci e renali. Trattare la PA con target di <130/80 mmHg o <125/75 mmHg se è presente proteinuria . Ottimizzare il controllo glicemico. Evitare i farmaci nefrotossici		Come negli stadi 1-2 + trattare le complicanze ,modulare e personalizzare I farmaci ed il loro dosaggio. Portare a target lipidi e emoglobina glicata , modificare la dieta con attenzione proteine animali, sale, ecc.	Come nello stadio 3 + restrizione proteine e fosforo, valutazione dietologica	Come nello stadio 4 + educazione alla dialisi preparazione dell'accesso vascolare o peritoneale; preparazione al trapianto. Massimizzazione del trattamento conservativo su richiesta del paziente.
<b>Modificazione dello stile di vita e pianificazione delle azioni cliniche</b>	Educazione e promozione di un corretto stile di vita (attività fisica, controllo del peso corporeo, sospensione fumo). Ridurre o evitare un uso eccessivo di farmaci.		Ridurre ed evitare I farmaci nefrotossici, prevenire la nefropatia da mezzi di contrasto. Aggiustamenti delle dosi di farmaci sulla base della loro escrezione renale.	Come lo stadio 3 + preservare il patrimonio venoso	
<b>Co-gestione integrata tra MMG e nefrologo</b>	MMG +++ Nefrologo +	MMG ++ Nefrologo +±	MMG +± Nefrologo ++	MMG ± Nefrologo +++	MMG ± Nefrologo ++++

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Anselmo Campagna, Responsabile del SERVIZIO ASSISTENZA OSPEDALIERA esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di legittimità in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2018/747

IN FEDE

Anselmo Campagna

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Kyriakoula Petropulacos, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di merito in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2018/747

IN FEDE

Kyriakoula Petropulacos

**REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

**Atti amministrativi**

**GIUNTA REGIONALE**

Delibera Num. 696 del 14/05/2018

Seduta Num. 21

OMISSIS

---

L'assessore Segretario

Costi Palma

---

Servizi Affari della Presidenza

Firmato digitalmente dal Responsabile Roberta Bianchedi