



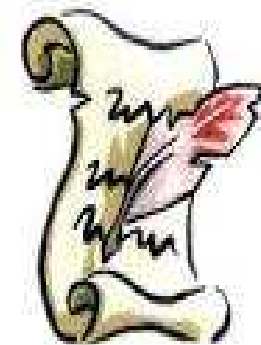
La Rete Nefrologica a Ferrara: Esempio di Integrazione tra Azienda Ospedaliera, Università' e Azienda Usi

Sabato 29 marzo 2014

**Dott.ssa Alda Storari
Unità operativa di Nefrologia
Azienda Ospedaliera Universitaria Ferrara**



Da dove siamo partiti?
Notizie storiche



Georg Haas medico tedesco

esegue le prime dialisi nel 1924 e poi nel 1928 su esseri umani partendo da studi di "vividiffusion" di **John Abel**. *Nessuno sopravvive* .

Nel 1937 Haas utilizza come anticoagulante l'Eparina (scoperta dall'americano MacLean nel 1916) diventando - e rimanendo l'anticoagulante di eccellenza

"Questa sostanza ha causato meno complicazioni rispetto ad Hirudin e potrebbe essere prodotto in quantità molto più grandi"

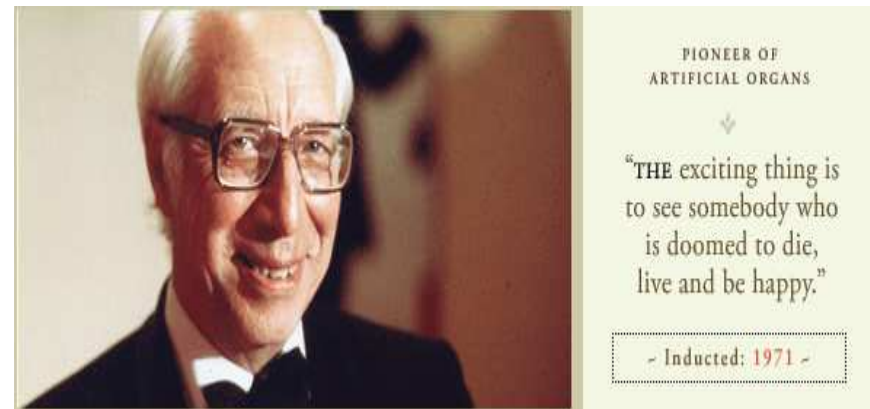


Willem Johan Kolff

Leida 1911 –Filadelfia 2009 medico olandese naturalizzato statunitense , pioniere dell'emodialisi padre degli organi artificiali , uno dei massimi esponenti dell'ingegneria biomedica . Dimostra l'utilità dei concetti sviluppati da Abel e Haas.

"Lavora con i tamburi di legno, tubi di cellophane, e vasche da lavanderia,... costruisce una macchina che pulisce il sangue del paziente, lo pompa di nuovo nel paziente. ..."

I primi 15 pazienti non vivono più di un paio di giorni sulle macchine di Kolff.



Kolff sapeva che alla fine sarebbe stato in grado di prolungare la vita di un paziente,,,,,,

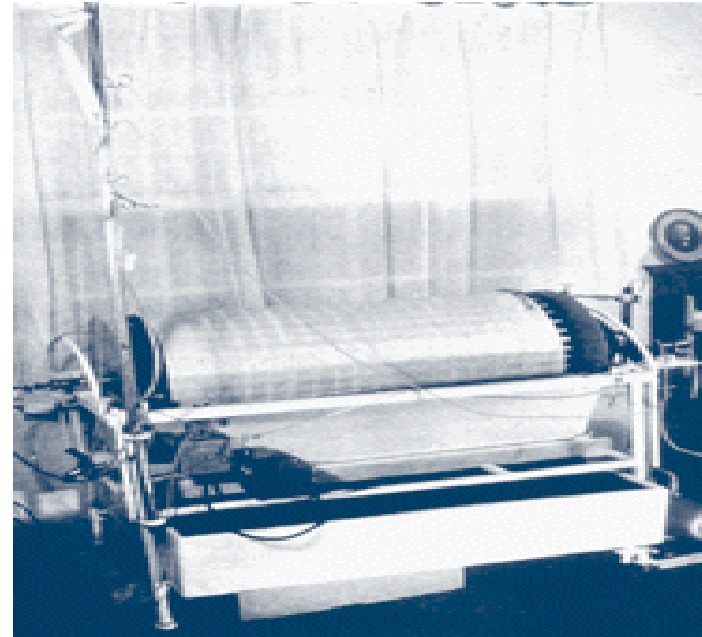
Dopo 17 pazienti morti e 14 mesi di sospensione delle ricerche a causa dell'invasione nazista, Il 18 settembre 1945 Willem Kolff riesce a salvare la sua prima paziente con il rene artificiale: è una donna di kampen con IRA , sopravvive recupera funzione renale



Nel 1946 pubblica la sua ricerca
È il primo nel mondo
Invia il suo "apparato" a Londra (Hammersmith Hospital), in Polonia (Jagiello University in Krakow), in Canada (Royal Victoria Hospital in Montreal) e New York (Jewish Mount Sinai Hospital).

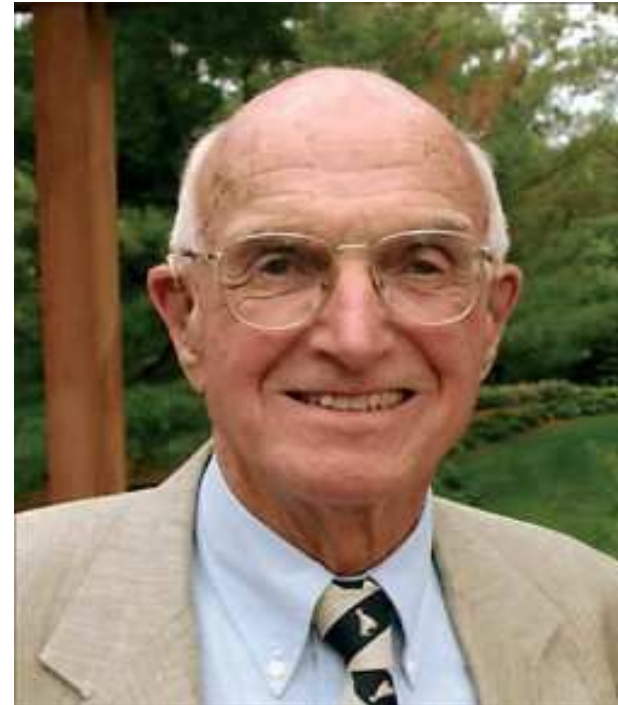


- *Dal 1965 i primi 13 pazienti sopravvissuti con la dialisi in cronico*
- *Solo dal 1969 vi sono i dializzatori con buone clearance*
- *Nel 1972 il Congresso Americano estese la possibilità di usufruire dell'emodialisi a tutti.*



Joseph E. Murray 1919 – 2012 chirurgo statunitense

- Murray e la sua équipe completano il primo trapianto di organo umano nel 1954, prendendo un rene da un gemello omozigote e trapiantandolo sul fratello gemello
- Nel 1962, primo trapianto di rene prelevato da un cadavere.
- E' uno dei principali specialisti nel campo della biologia dei trapianti, dell'uso delle tecniche di immunosoppressione e degli studi sui meccanismi di rigetto.
- Negli anni sessanta, la scoperta di medicinali antirigetto come l'azatioprina permette di effettuare trapianti da donatori senza vincoli di parentela con i riceventi.

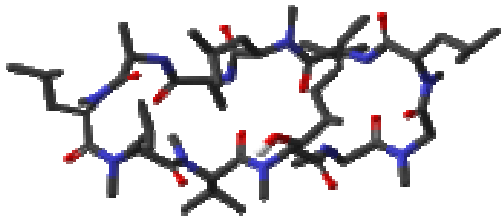


Nobel per la Medicina nel 1990

- Biopsia renale

- **1951**: Iversen e Brun praticarono la prima **biopsia renale** nei pazienti con insufficienza renale acuta degenti nell'Ospedale Municipale di Copenhagen

- Ciclosporina 1976



- All'inizio degli anni '80 ha rappresentato un progresso decisivo nel trapianto, ha dato inizio alla nuova era della trapiantologia
-

■ Eritropoietina

Alla fine del 1980, l'infermiera Spaeth Nancy perde il suo secondo trapianto...

Si offre di far parte ad una sperimentazione clinica per un farmaco

"Dr. Eschbach aveva lavorato sull'anemia nei pazienti con insufficienza renale dal 1963 ",
Era il signor EPO in quel momento.

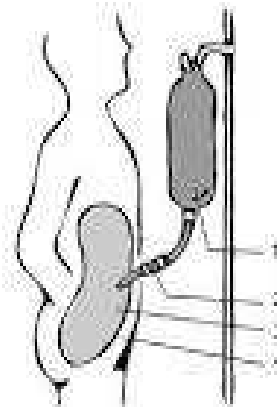
"E 'stato un miracolo", dice Spaeth.
"Dopo poche settimane, ho potuto correre su per le scale."

La Food and Drug Administration ha approvato EPOGEN nel 1989.



Nancy with Dr. Scribner in 2001

Dialisi peritoneale 1980







*Società
Medico Chirurgica
di Ferrara*



REGISTRI

Dialisi e trapianto



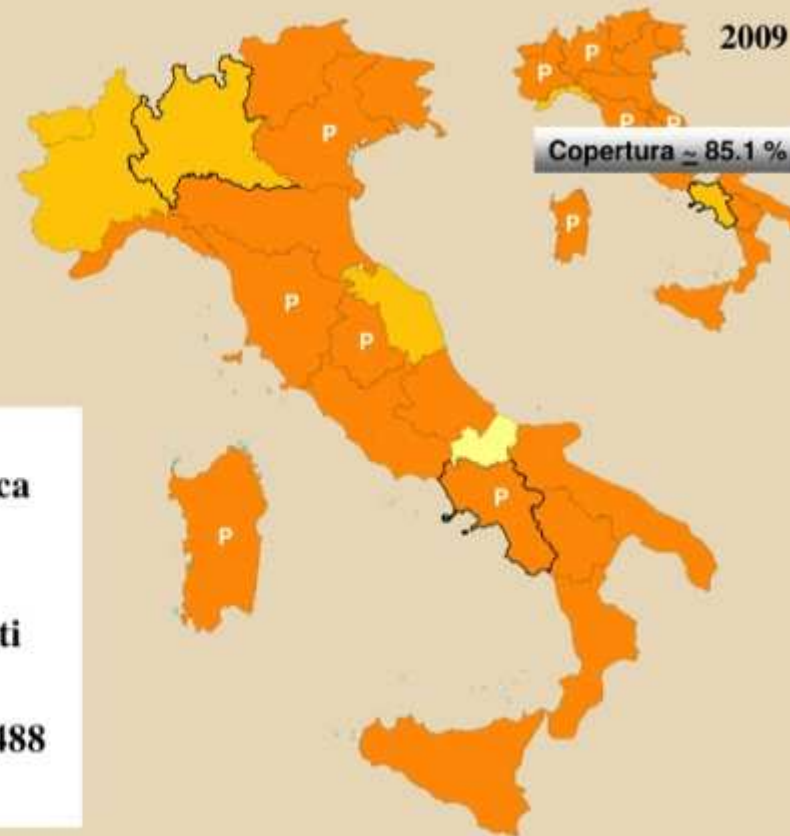
Importanza dei registri

- “fotografia” annuale della situazione regionale /nazionale relativa a dialisi e trapianto
 - strumento epidemiologico: dati relativi alla incidenza dell’insufficienza renale severa, alle necessità dialitiche, alla sopravvivenza e/o alla mortalità in dialisi ed infine alle condizioni clinico-sociali dei pazienti in dialisi cronica
 - strumento di consultazione scientifica e di audit clinico
 - fonte ufficiale per l’Archivio europeo gestito dalla European Dialysis and Transplantation Association (EDTA).
-

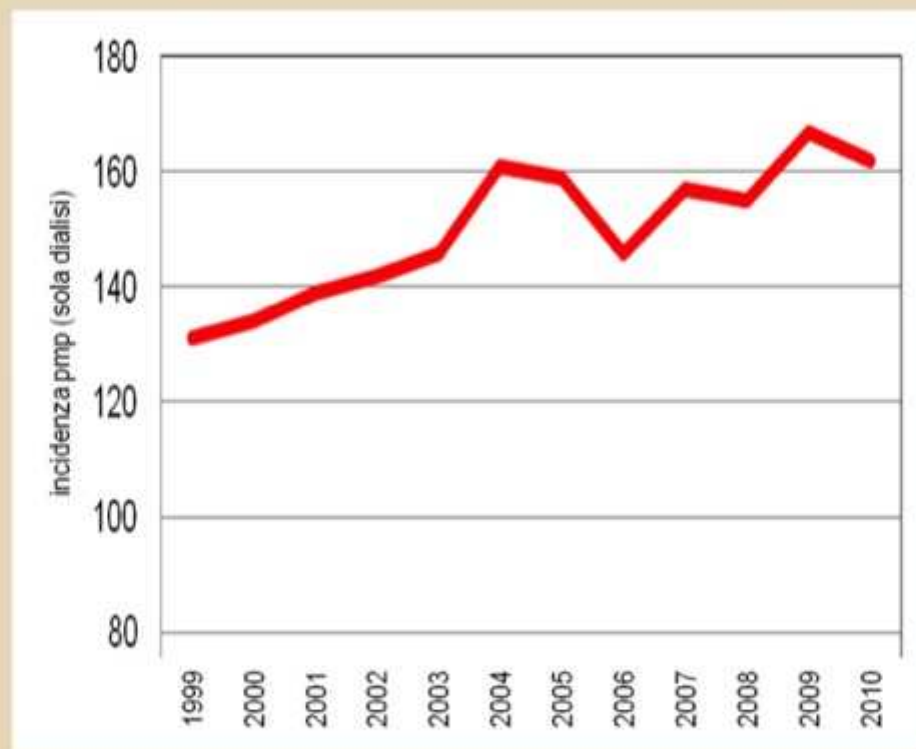
RIDT Report 2012 (anno 2010)

- Dati disaggregati
- Dati aggregati
- Dati dal 2011

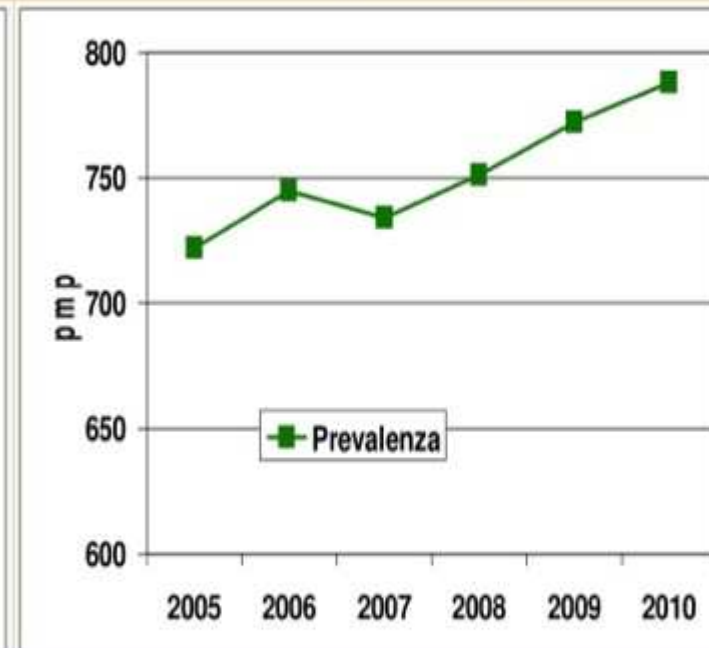
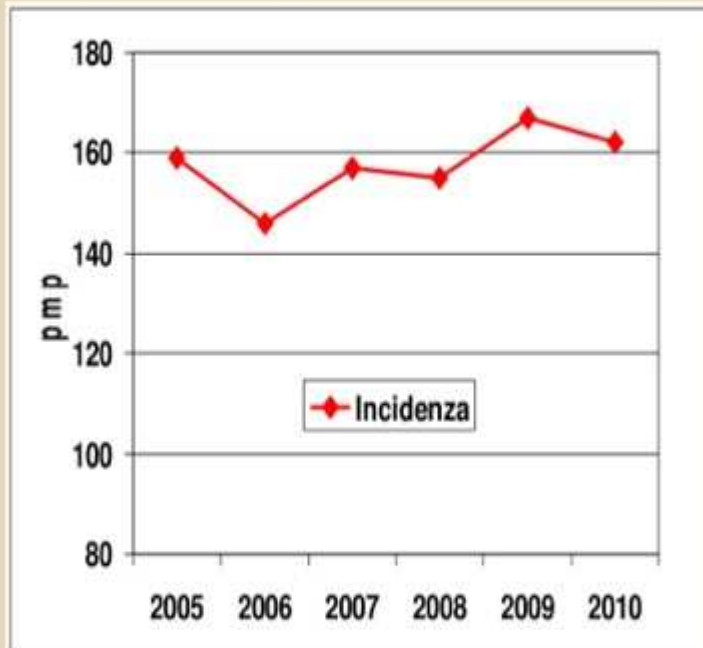
- Copertura della popolazione (dati disaggregati + aggregati) pari a circa 53.600.000 abitanti = 88,7% della popolazione residente
- Casi incidenti = 8.638 nuovi pazienti entrati in dialisi (162 p.m.p.)
- Casi prevalenti al 31/12/2010 = 42.488 pazienti in dialisi (788 p.m.p.)



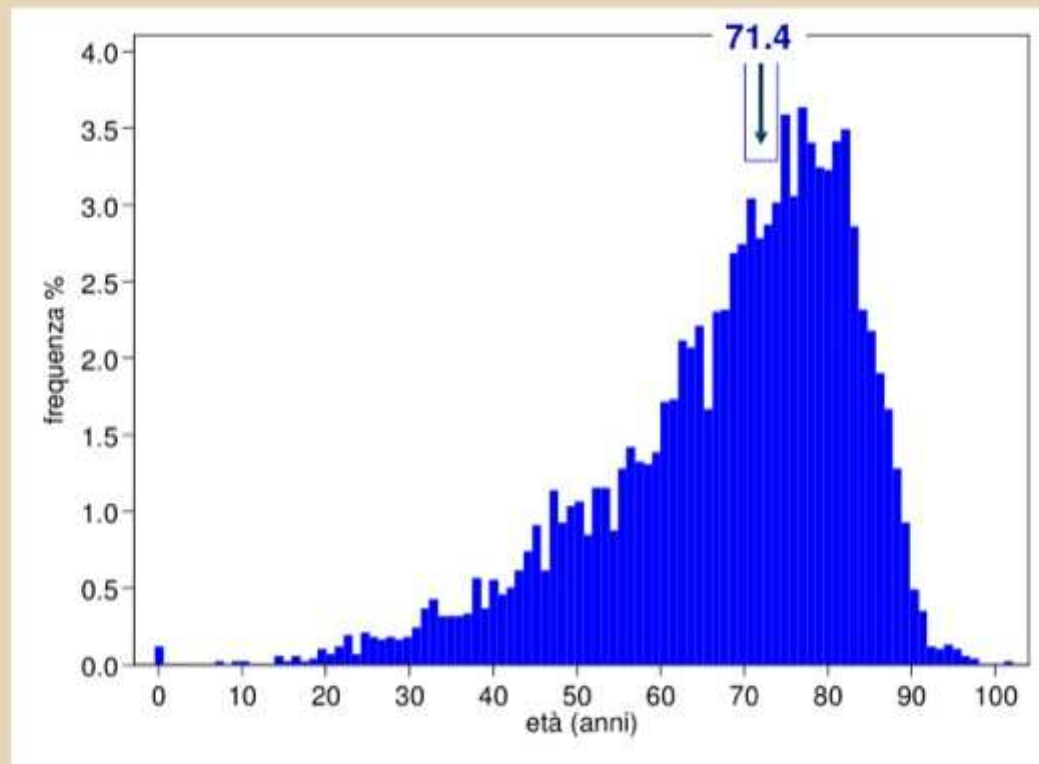
Andamento storico incidenza p.m.p.



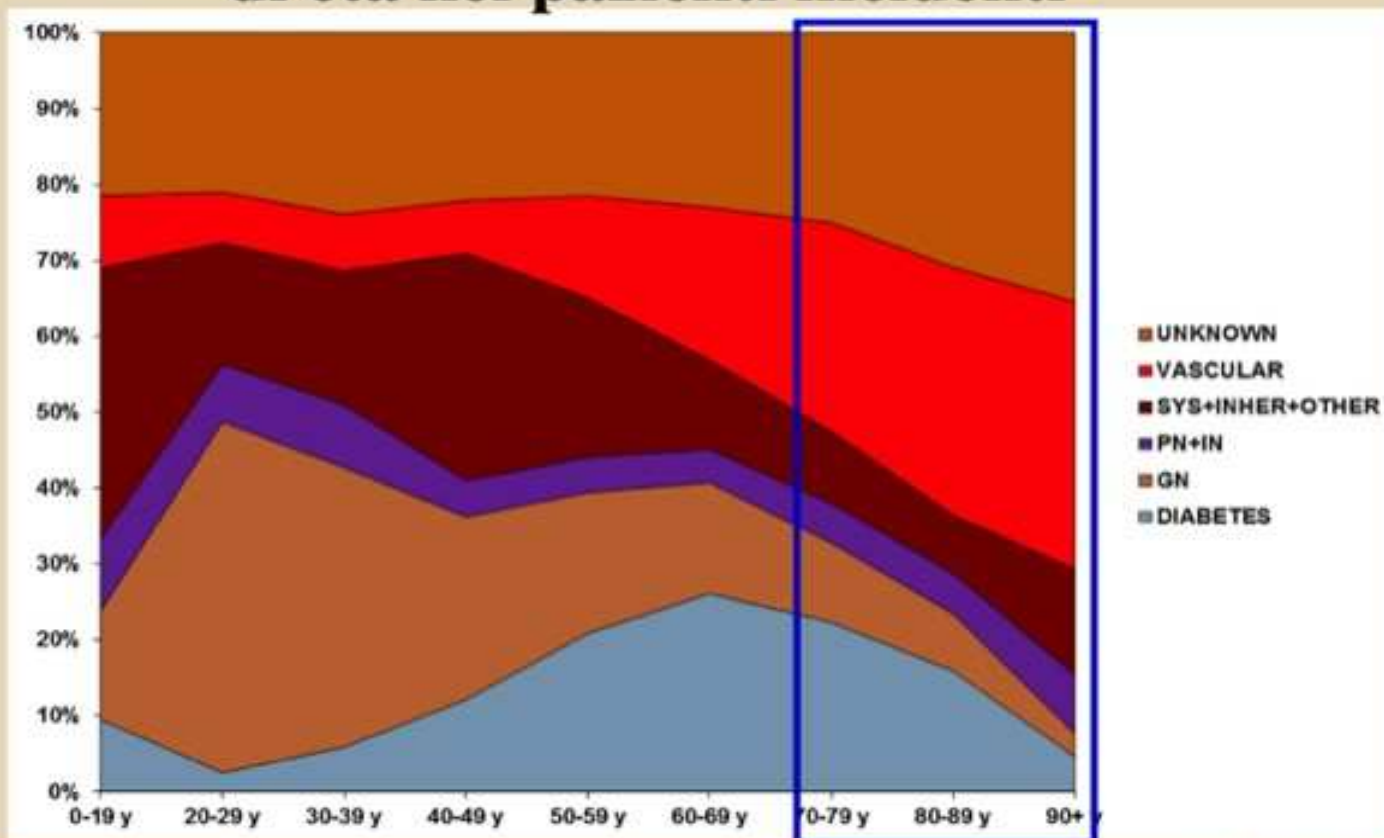
Andamento storico incidenza e prevalenza p.m.p.



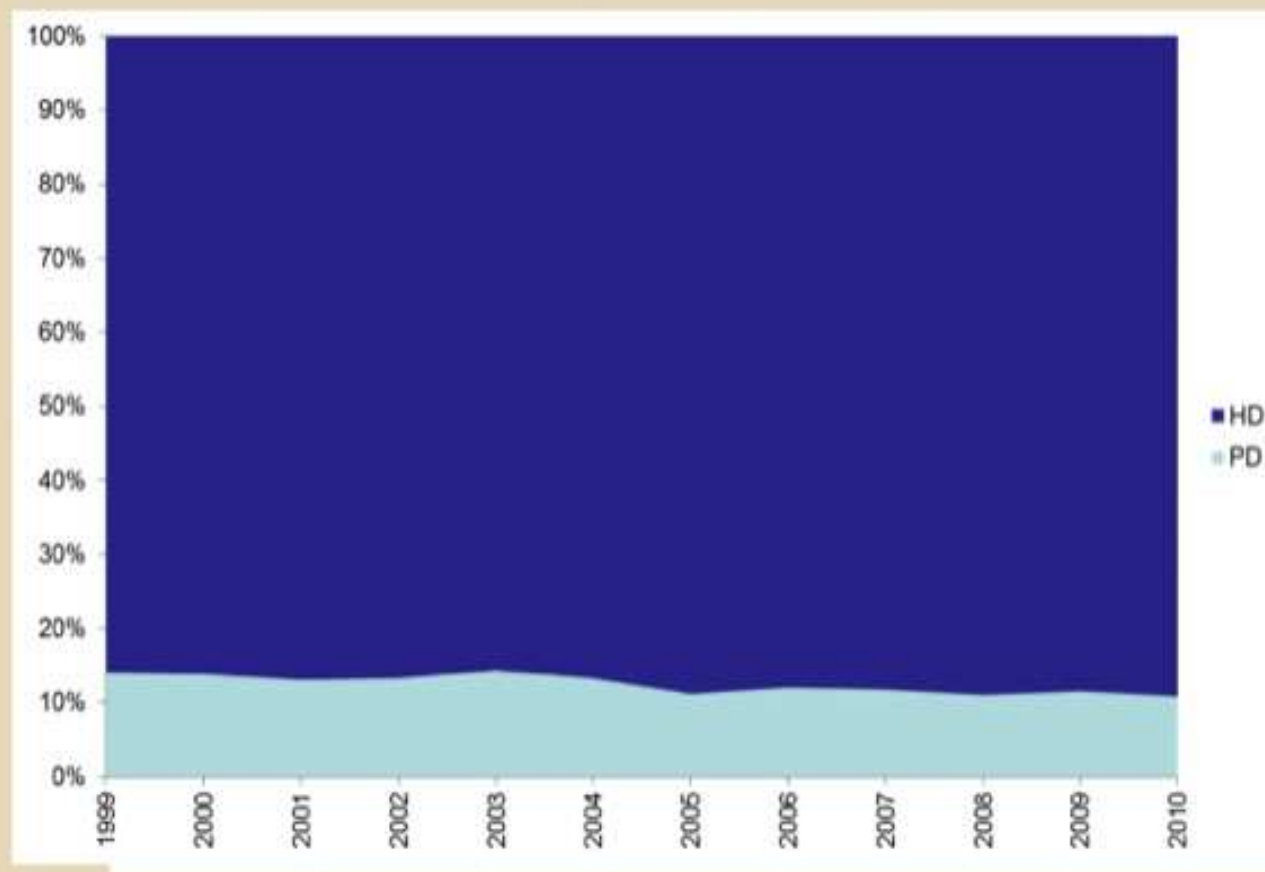
Età pazienti incidenti



Patologia di base per classe di età nei pazienti incidenti



PD vs. HD nei pazienti incidenti



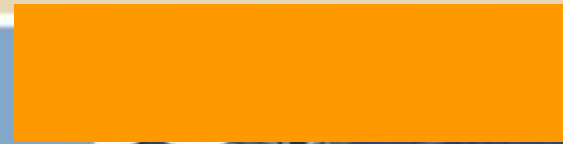
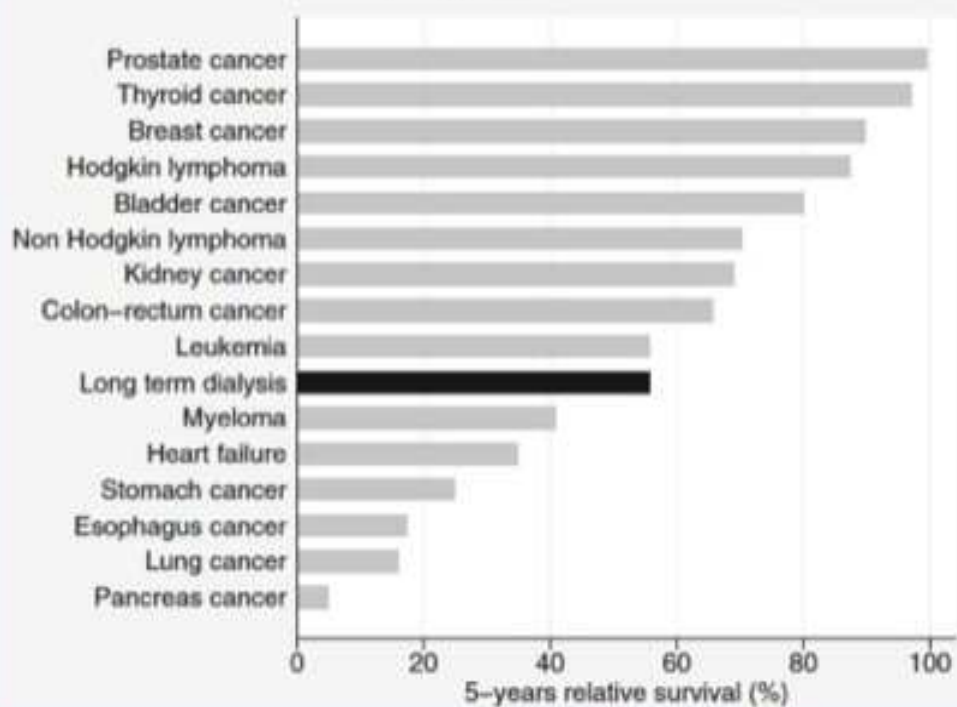
Società Italiana di Nutrizione, Registro Italiano di Dialisi e Trasfusione



2012; 59(6):819-828



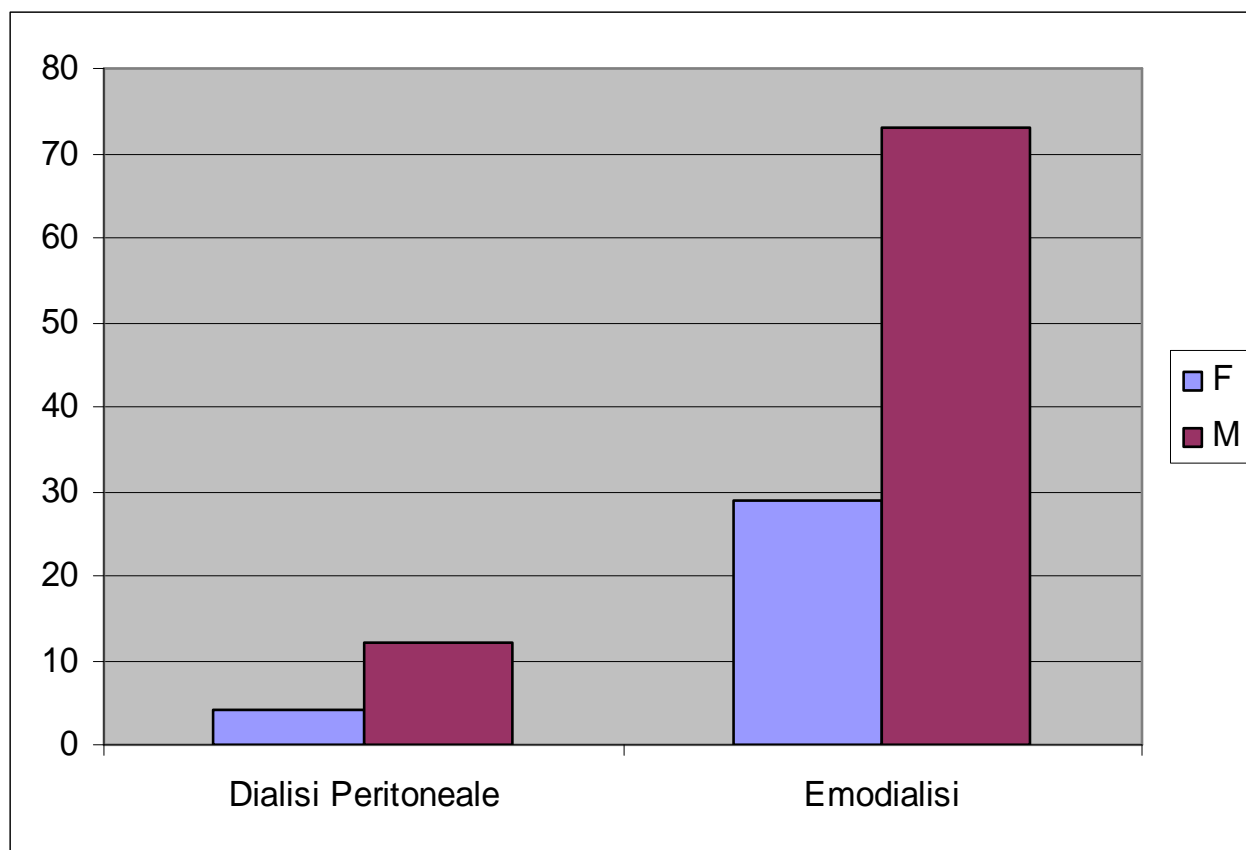
Comparison of 5-year relative survival of most important cancers and heart failure with long-term dialysis. Diseases are sorted by severity of prognosis.



Registro Regionale Emiliano-
Romagnolo di Dialisi e Trapianto
(RER-DT)

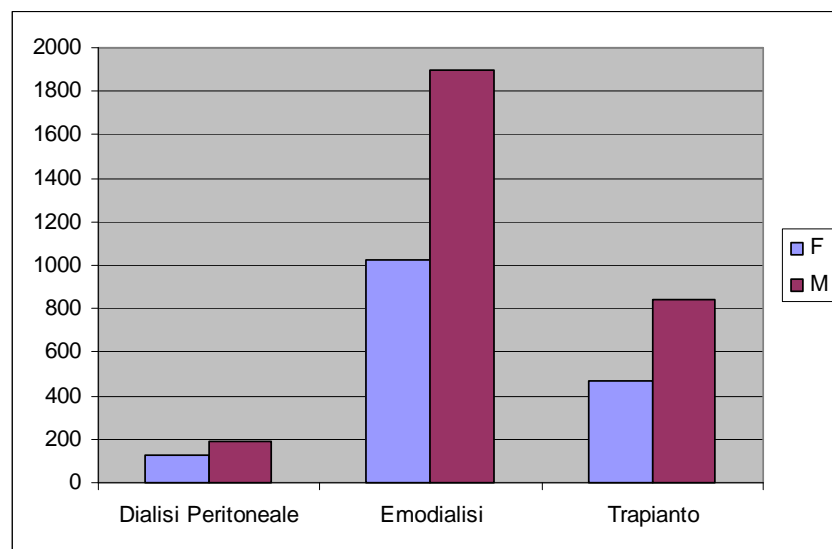


Incidenti per sesso e tipo di trattamento dal 01/01/2013 al 31/12/2013 - Registro Emilia Romagna



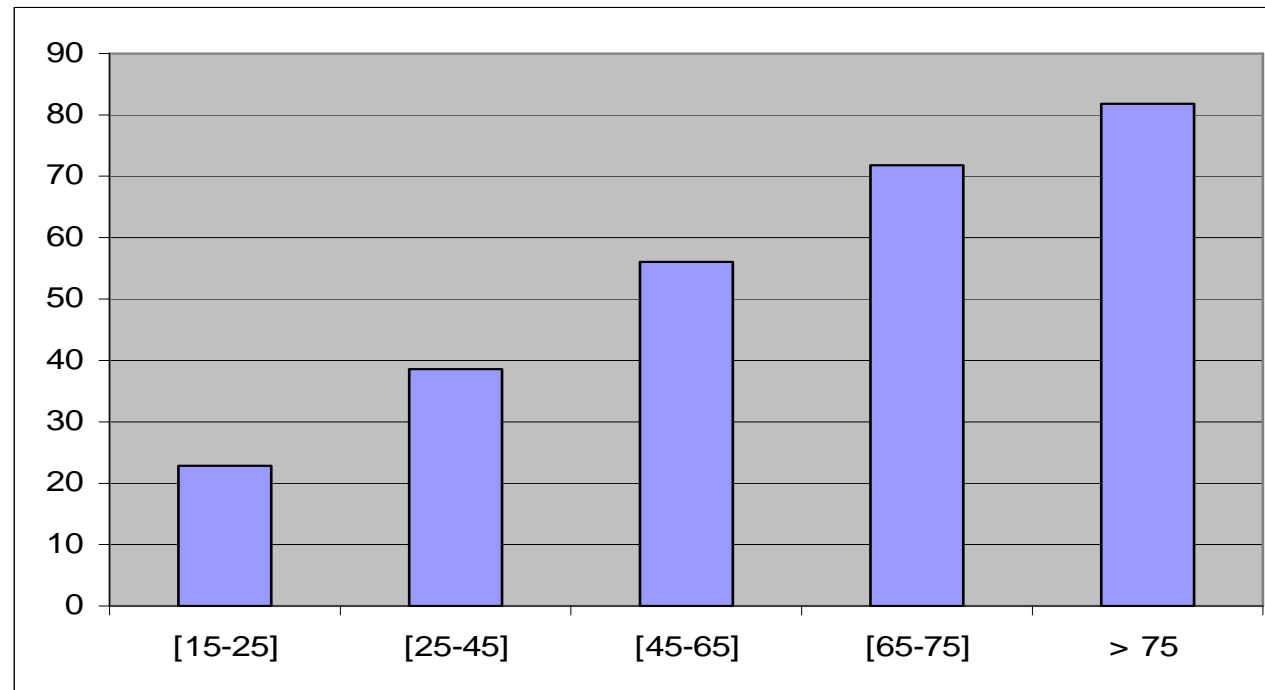
DP F 4
M 12
HD F 29
M 73
Tot 118

Prevalenti per sesso e tipo di trattamento al 31/12/2013 - Registro Emilia Romagna

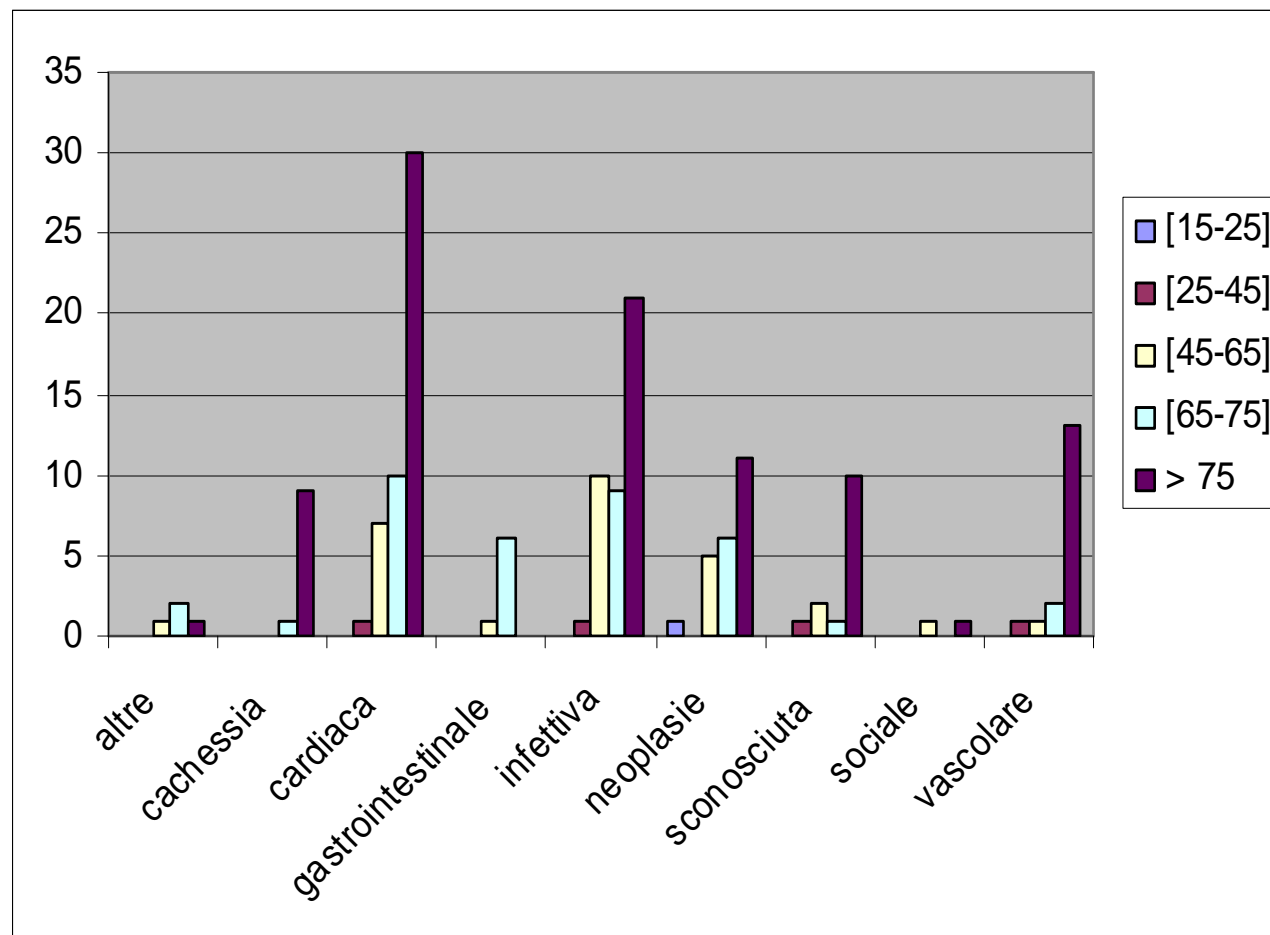


	F	M	T
Dialisi Peritoneale	125	189	314
Emodialisi	1026	1900	2926
Trapianto	465	843	1308

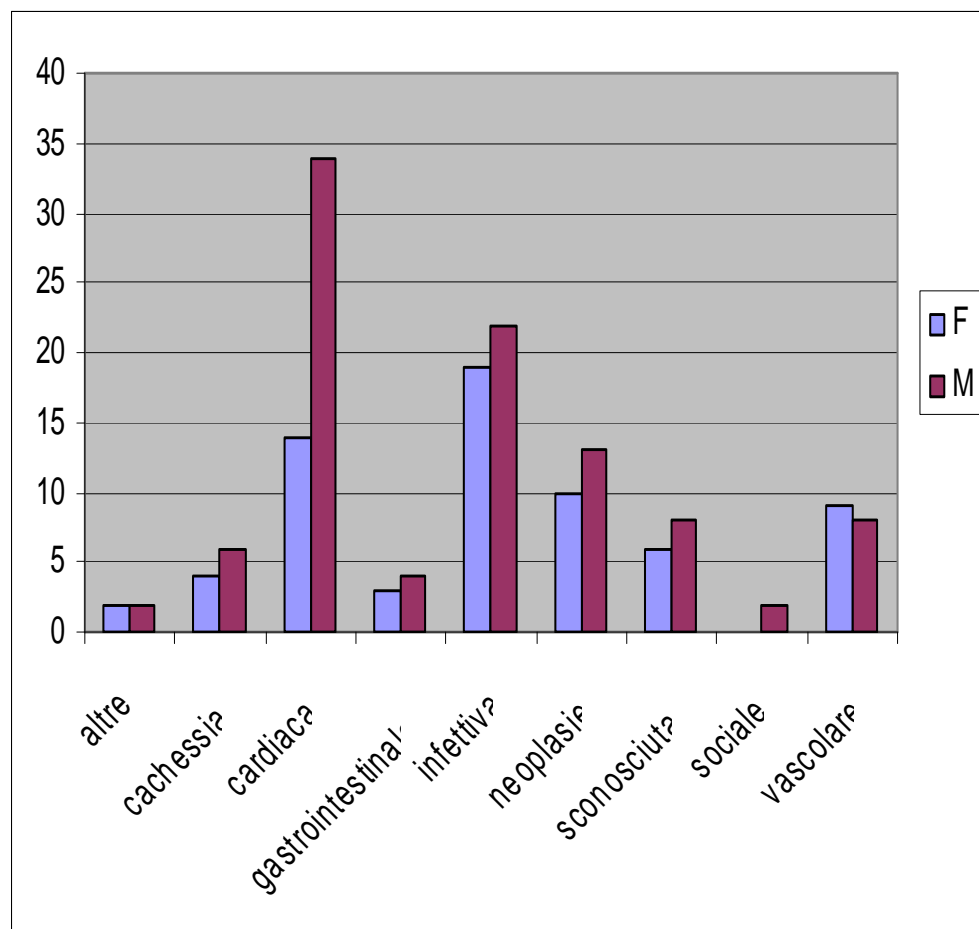
Età media per classi di età dal 01/01/2013 al 31/12/2013 - Registro Emilia Romagna



Deceduti per classi di età e cause decesso dal 01/01/2013 al 31/12/2013 - Registro Emilia Romagna



Deceduti per sesso e cause decesso dal 01/01/2013 al 31/12/2013 - Registro Emilia Romagna

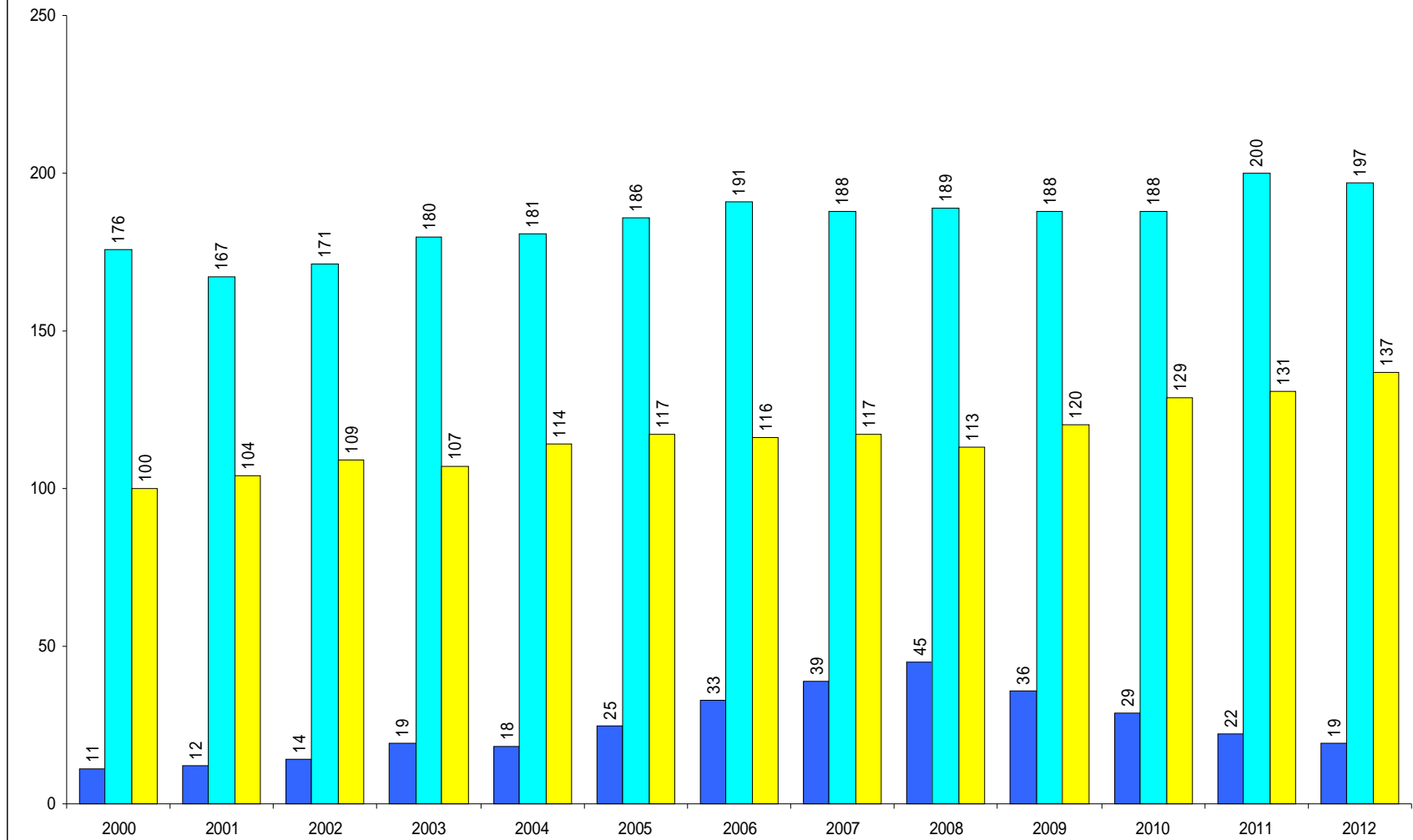


	F	M
altre	2	2
cachessia	4	6
cardiaca	14	34
gastrointestinale	3	4
infettiva	19	22
neoplasie	10	13
sconosciuta	6	8
sociale	0	2
vascolare	9	8

PREVALENZA

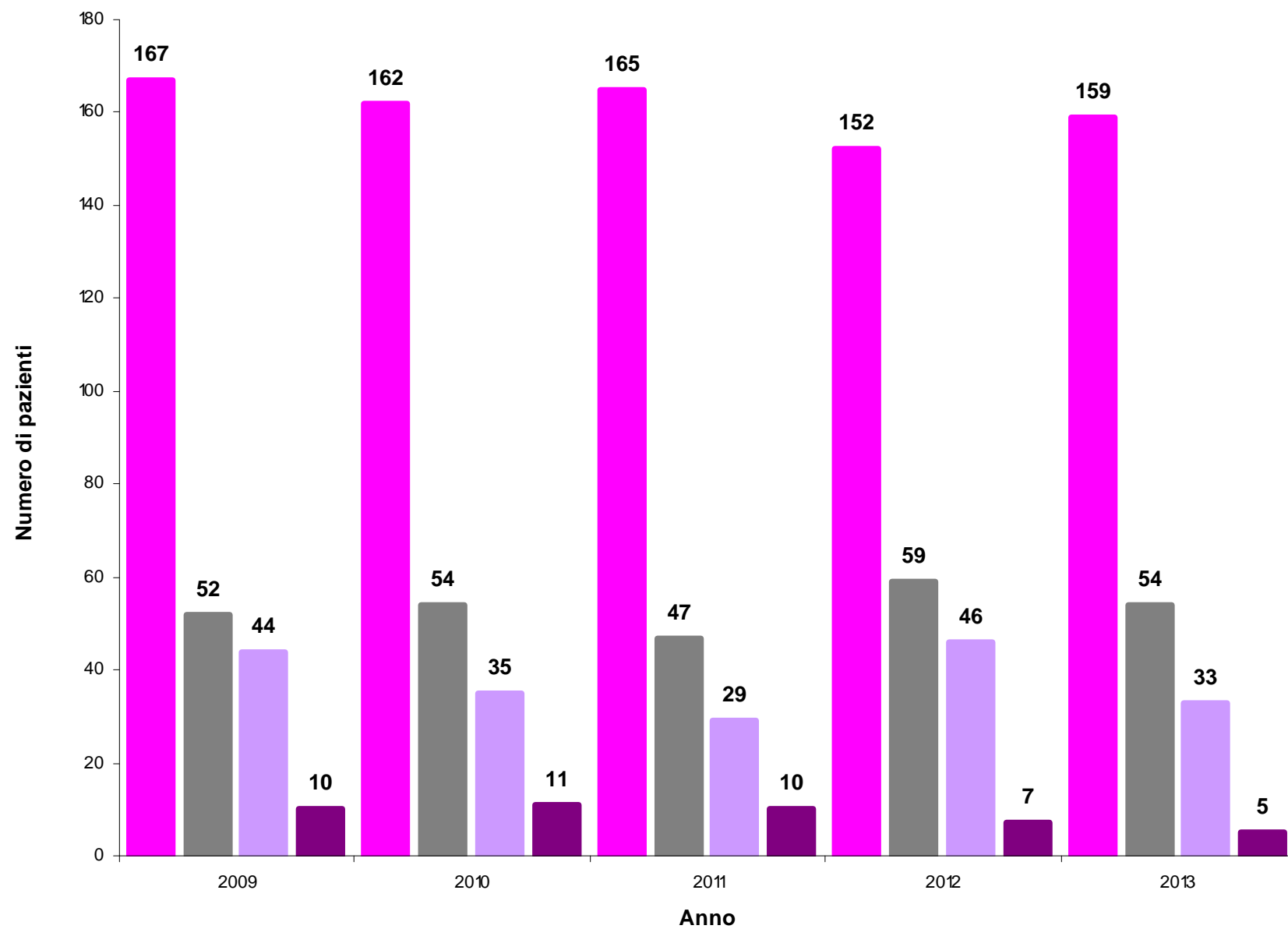
FERRARA

- prevalenti al 31/12 DP
- prevalenti al 31/12 HD
- prevalenti al 31/12 TR



Flussi annuali dialisi (HUB + CAL FE)

- prevalenti al 31/12
- incidenti
- deceduti
- trapiantati





*Società
Medico Chirurgica
di Ferrara*



rete nefrologica



Rete nefrologica

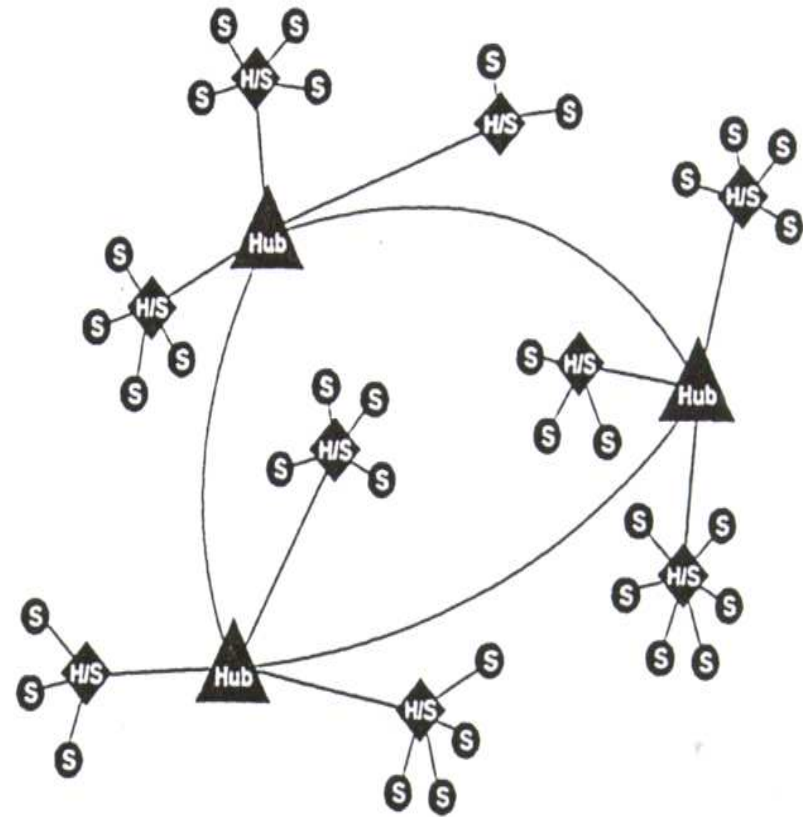
- Il modello della Rete Nefrologica per la cura delle malattie renali deve partire dalla terapia conservativa per arrivare a quella sostitutiva con una programmazione condivisa
- I costi per paziente / anno
 - 50.000 euro per emodialisi
 - 30-35.000 euro per dialisi peritoneale
 - 10.000 euro** per un **trapianto** stabilizzato
 - 11.000 euro** terapia conservativa

curare meglio.....

.....spendendo meno

RETI INTEGRATE DEI SERVIZI SECONDO IL MODELLO HUB & SPOKE

- Produzione dell'assistenza di maggior complessità in centri di eccellenza (HUB)
- Organizzazione del sistema di assistenza in centri periferici sotto-ordinati (SPOKE) con compiti di assistenza, selezione e invio di pazienti al Centro di riferimento quando una determinata soglia di complessità viene superata

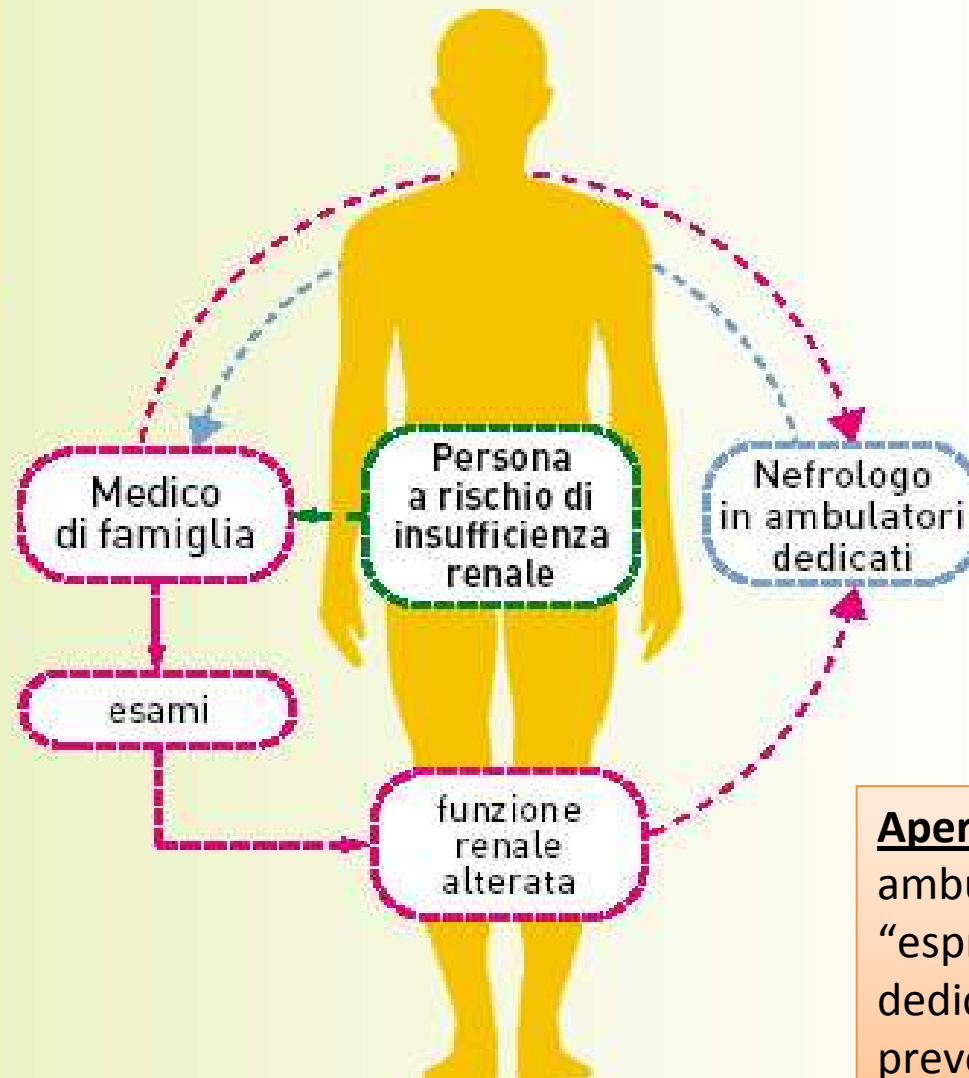


Modello Hub and spoke con livelli intermedi

Background - 2004

PROGETTO DI PREVENZIONE DELL'INSUFFICIENZA RENALE PROGRESSIVA

Il medico di famiglia prescrive accertamenti diagnostici alla persona a rischio di insufficienza renale. Nel caso in cui la funzione renale risulti alterata, indirizza l'assistito allo specialista nefrologo che lo visiterà e prescriverà ulteriori esami. Da quel momento, nefrologo e medico di famiglia assicurano la "presa in carico" della persona con insufficienza renale per tutte le fasi della diagnosi e delle cure.



Apertura di ambulatori "espressamente dedicati" alla prevenzione dell'IRP



Provincia di Ferrara

Informazioni Base

Regione **Emilia-Romagna**

Capoluogo **Ferrara**

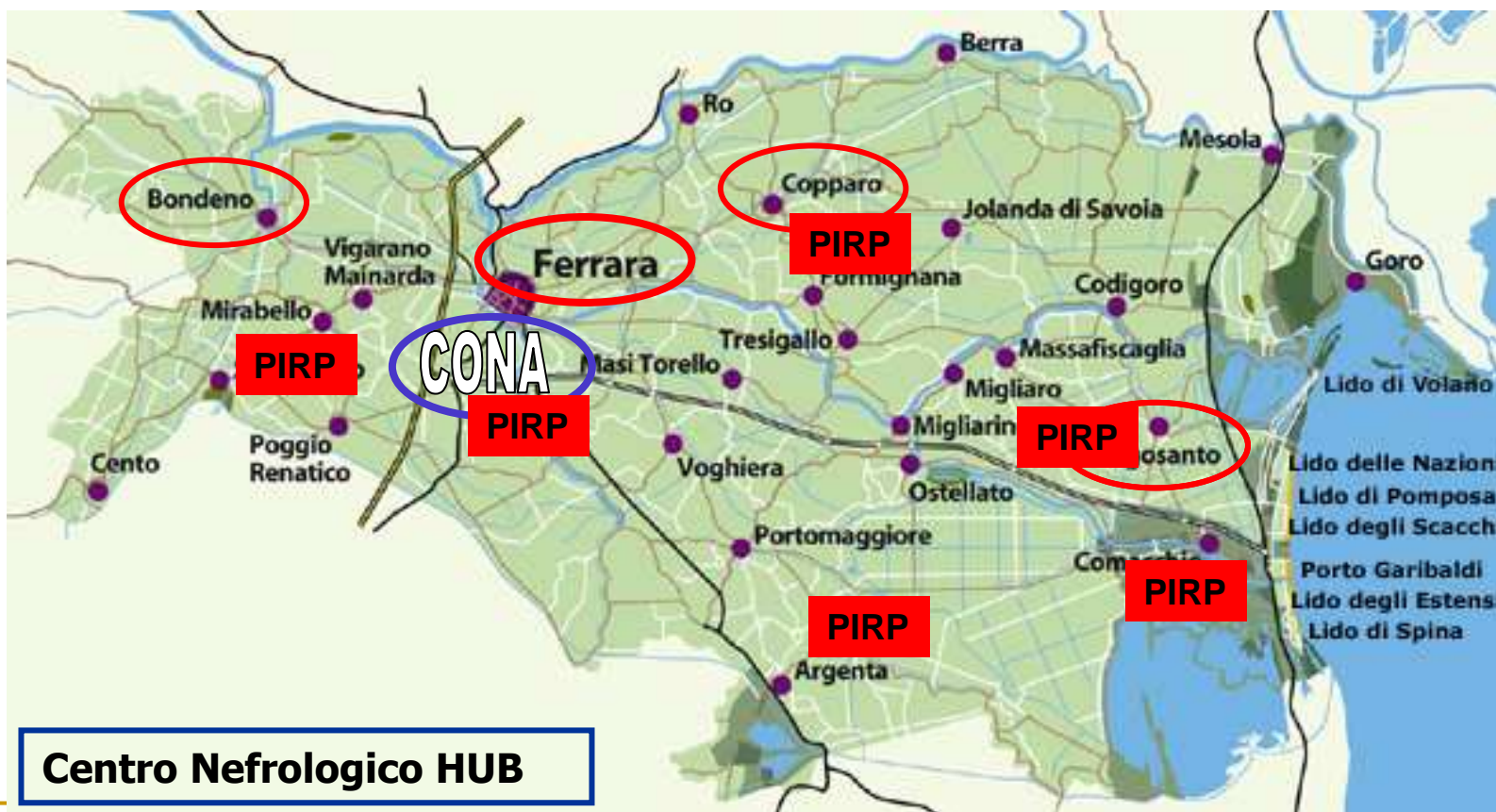
Numero Comuni 26

Popolazione Residente

Totale 344.323

Maschi 164.379

Femmine 179.944

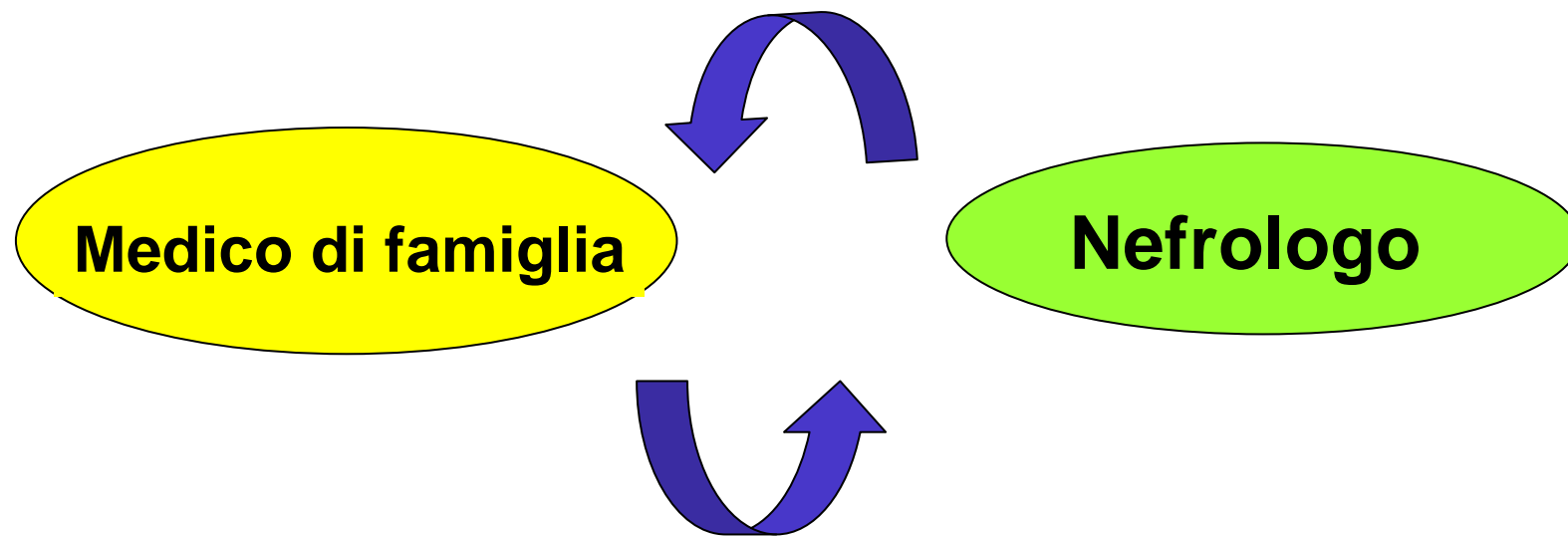


Centro Nefrologico HUB



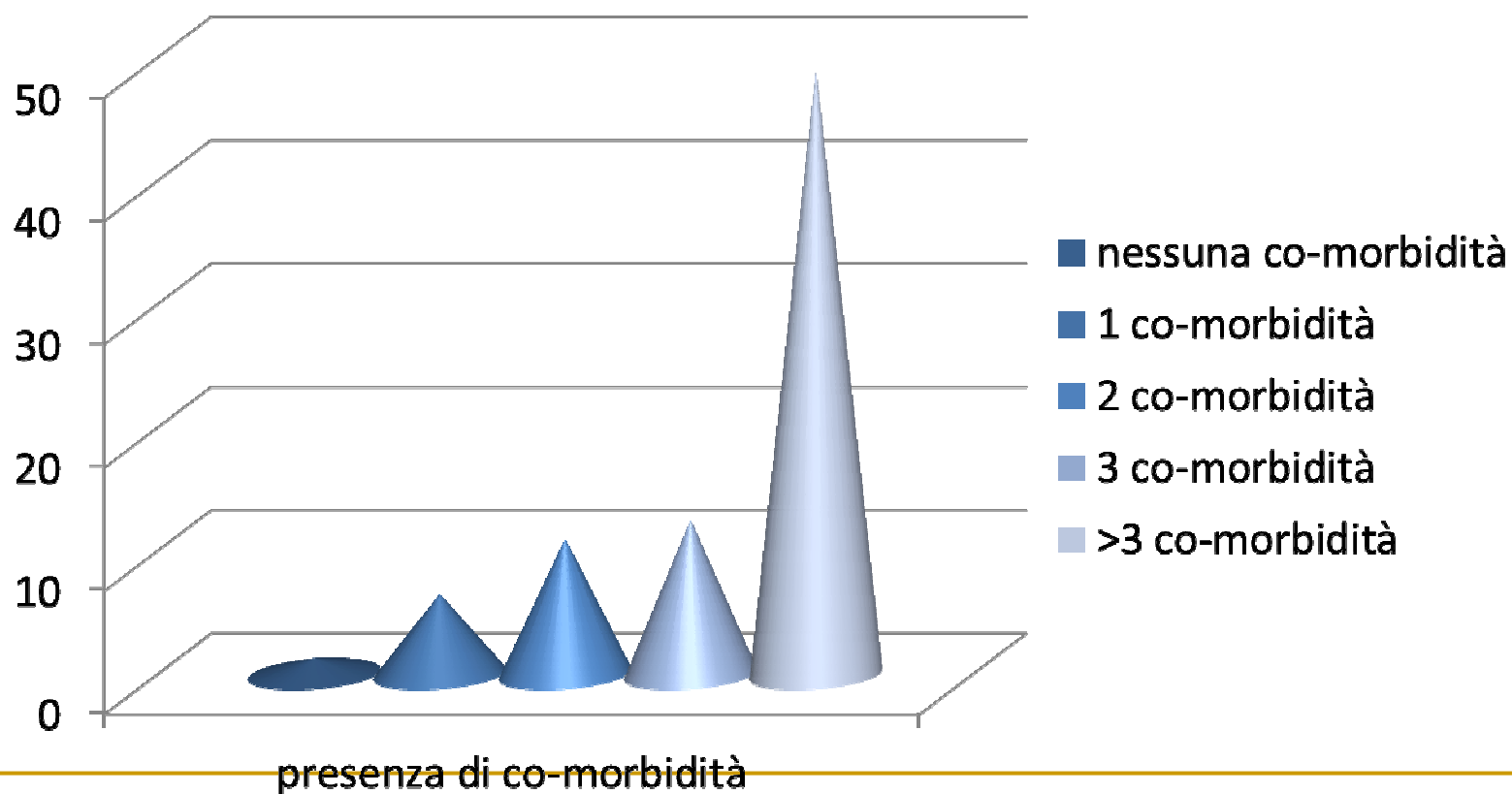
Centro SPOKE

Il coinvolgimento diretto del Medico di famiglia è fondamentale per la prevenzione dal territorio e per la gestione integrata del paziente con IRC

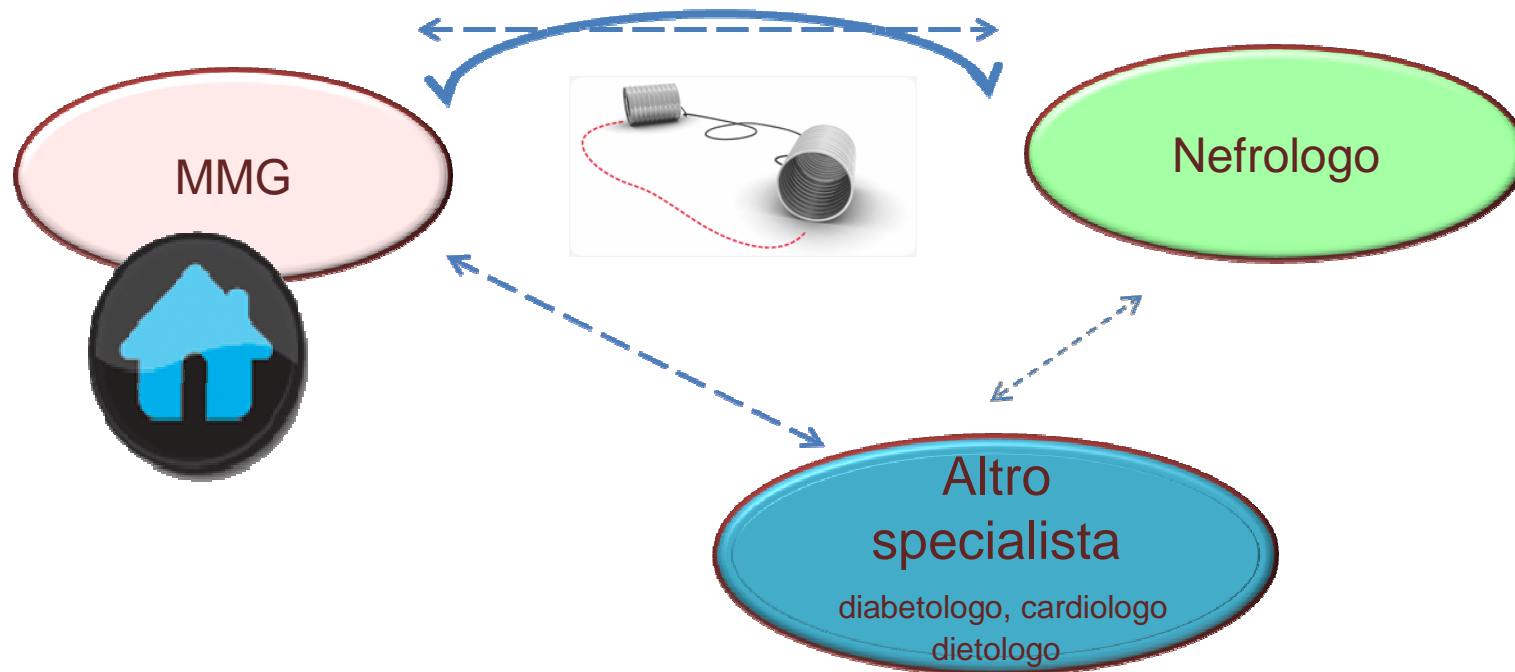




Pazienti Incidenti Registro PIRP: presenza di co-morbidità



Instaurare un **collegamento bidirezionale** fra lo specialista nefrologo e il medico di famiglia dell'assistito cosiddetto *"Filo Diretto"*



Filo Diretto permette la condivisione di informazioni fra medico di famiglia e specialista e la richiesta di consulenza a uno o più colleghi

Rete nefrologica

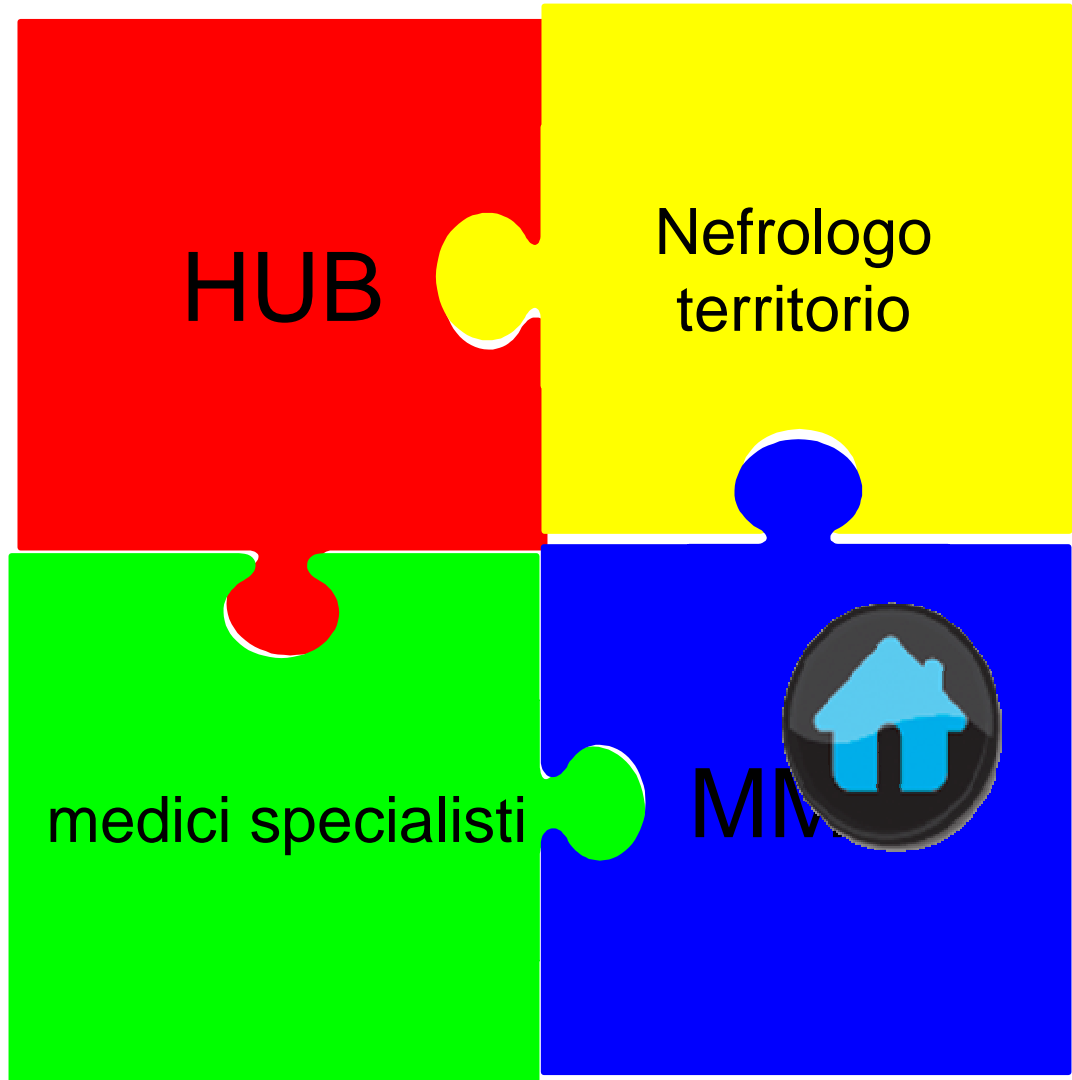
- Modello organizzativo credibile ed integrato con le necessità del sistema sanitario
- Reale confronto tra clinici (dati di appropriatezza clinica) e gestori (dati di sostenibilità economica)

Come agire

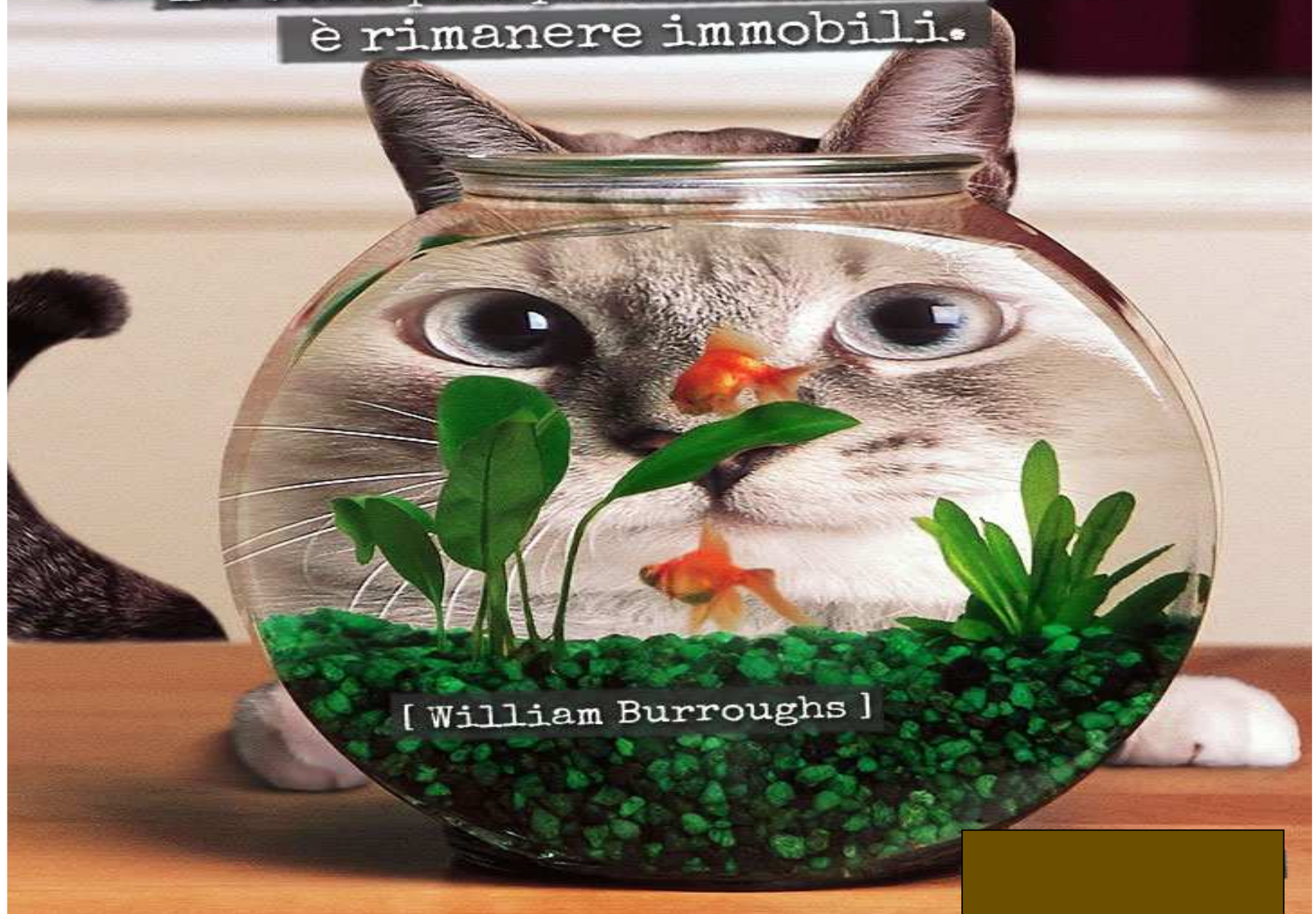
- Formazione del “nefrologo di territorio” propaggine più avanzata nel territorio del centro HUB
 - Formazione per i MMG : quali pazienti inviare? Linee comuni per il follow-up, chi reinviare ?
 - Processo di PDTA per il paziente con VFG minore di 30 ml/m per pianificare la transizione a ESRD e/o TX vivente
 - Pianificare conseguentemente l'impiego di risorse
-

-
- Curare la malattia cronica è difficile perché è una malattia che non può guarire, ma lavorare insieme per rendere migliore la **qualità di vita** dei nostri pazienti cronici è un dovere.
 - La stretta collaborazione e l'impegno comune può solo portare a indiscutibili vantaggi
 - E poco importante se i nefrologi si devono muovere in un sistema misto, l'importante è avere gli stessi percorsi e sapersi confrontare in un sistema dove ciascuno deve fare la propria parte e la prevenzione fa parte di questo sistema
-


**Rete
nefrologica**



La cosa più pericolosa da fare
è rimanere immobili.



[William Burroughs]



La mente è come un paracadute.
Funziona solo se si apre.

[Albert Einstein]