

**MEDICO DI MEDICINA GENERALE COADIUVA IL NEFROLOGO
IL PROGETTO PIRP
Dott.ssa Giorgia Russo
U.O. di Nefrologia
AZ. OSP. Universitaria FERRARA**



**Regione
Emilia Romagna**

Registro Regionale

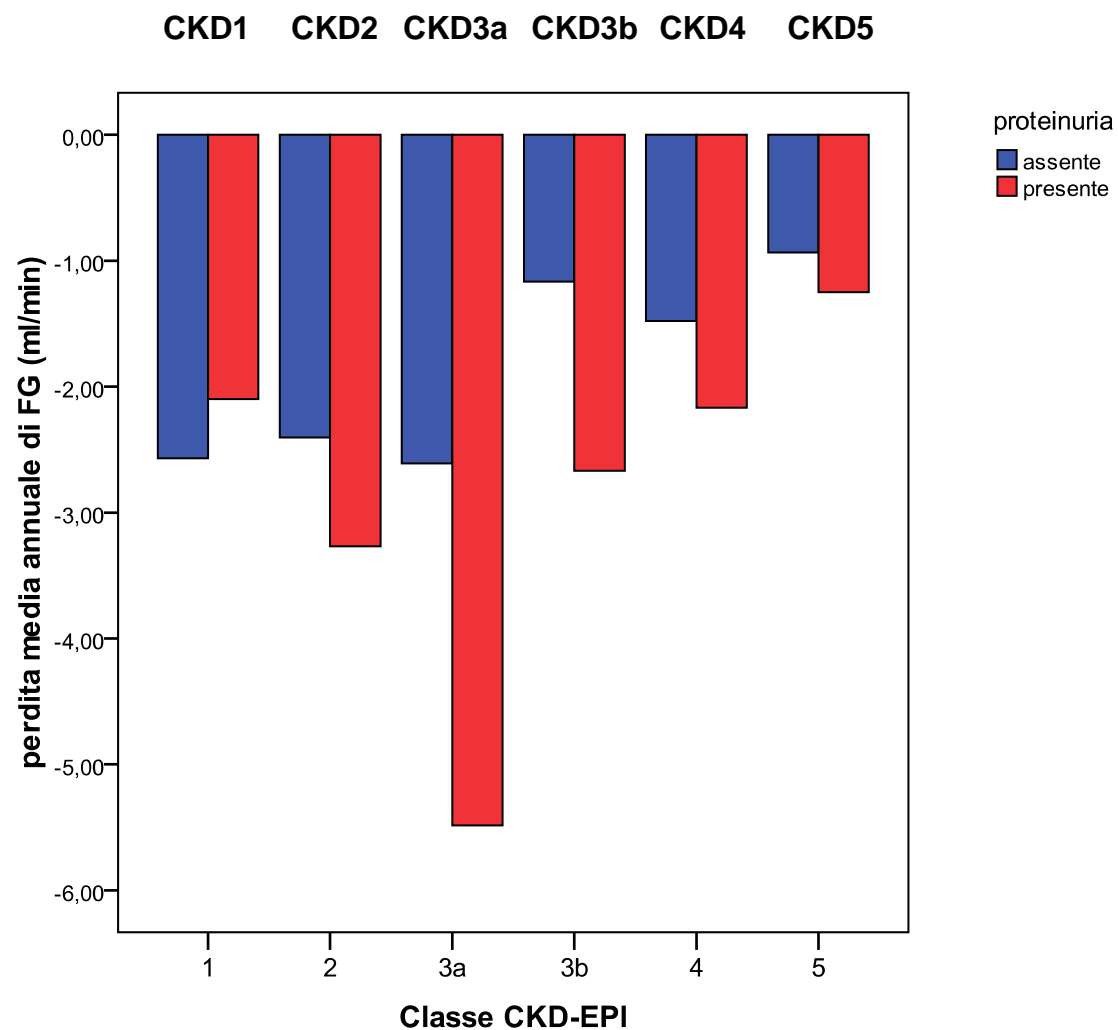
Prevenzione Insufficienza Renale Progressiva



MALATTIA RENALE CRONICA

ALTERAZIONE MORFOLOGICA/STRUTTURALE DEL RENE O RIDUZIONE DELLA VELOCITÀ DI FILTRAZIONE GLOMERULARE < 60 ML/MIN (CREATININA > 2 MG/DL NELL'UOMO E > 1,5 MG/DL NELLA DONNA) PRESENTE DA ALMENO TRE MESI AD ANDAMENTO PROGRESSIVO

Perdita media annua di FG (ml/min) per VFG basale (classi CKD-EPI) e presenza di proteinuria



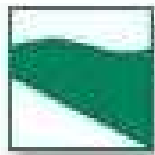
EPIDEMIOLOGIA DELLA MALATTIA RENALE CRONICA



← 0,15% pazienti con IRC V stadio/Dialisi

← 0,30% di pazienti con IRC IV stadio

← 13% della popolazione italiana (1:7) è affetta da IRC moderata



Regione
Emilia Romagna

Registro Regionale

Prevenzione Insufficienza Renale Progressiva



Il Progetto PIRP **non è un protocollo di studio, né una indagine epidemiologica sulla
incidenza prevalenza della MRC**, ma piuttosto un **progetto clinico-assistenziale** che si
basa sul concetto del "circolo virtuoso":

- migliorare il riconoscimento precoce dei soggetti con CKD o a rischio (MMG e altri specialisti),
- raccomandare e ottimizzare le terapie e le misure non farmacologiche che si sono dimostrate
efficaci (MMG e Nefrologi)
- analizzare i dati provenienti da REGISTRO PIRP per modificare e migliorare la pratica clinica
(Nefrologi, MMG)

Come un riferimento precoce può influire in maniera positiva sulla IRP ?

- Identificando nefropatie reversibili
- Rallentando la velocità di progressione della malattia renale
- Gestendo opportunamente e con anticipo le co-morbidità
- Correggendo le anomalie biochimiche ed impedendo che esse di ripercuotano in patologie secondarie
- Preparando il paziente per la dialisi e il trapianto

PAZIENTI DA **INVIARE** AL NEFROLOGO

- ❑ PAZIENTI CON CVFG < 30 ML/MIN

- ❑ PAZIENTI CON CVFG 30-60 ML/MIN E ALMENO UNA DELLE SEGUENTI CONDIZIONI:
 - **DIABETE MELLITO**
 - **PROGRESSIVO PEGGIORAMENTO DELLA FUNZIONALITÀ RENALE (CALO DEL CVFG > 15% IN 3 MESI)**
 - **ETÀ < 70AA**

- ❑ PAZIENTI CON ANOMALIE URINARIE PERSISTENTI (ES. PROTEINURIA ISOLATA O ASSOCIATA A MICROALBUMINURIA) E I DIABETICI CON MICROALBUMINURIA

- ❑ PAZIENTI CON ALTERAZIONI ALL'IMAGING RENALE (IN PARTICOLARE PER PAZIENTI CON DIABETE, IPERTENSIONE, MALATTIE CV E/O CON QUADRO RAPIDAMENTE EVOLUTIVO DELLE ALTERAZIONI FUNZIONALI)

INVIO AL NEFROLOGO

1. Il MMG richiede visita Nefrologica su apposita impegnativa del SSN (PRIMA VISITA)
2. Visita prenotabile al CUP/farmacia
3. Il paziente giunge a visita con: *esami ematochimici (recenti), esame urine (proteïnuria 24 ore), elenco dei farmaci, eco reni se disponibile*

L'invio in Urgenza o Urgenza differibile esula da questo percorso

Tab. 5 – Criteri di sorveglianza

Stadio MRC°	1	2	3A e 3B	4	5
VFG <u>mL/min</u>	> 90	89-60	59-30	29-15	<15
Frequenza dei controlli	Ogni 12-24 mesi: valutazione parametri clinici (PA, peso corporeo) e set minimo di esami		6 mesi: valutazione parametri clinici (PA, peso corporeo)	2-3 mesi	1 mese o più frequente
Set di esami	12-24 mesi** Funzione renale, es urine, glicemia, assetto lipidico		6 mesi**: Funzione renale, es urine, elettroliti sierici, glicemia, assetto lipidico, emocromo, bilancio ferro, bilancio Ca-fosforo, PTH (6-12 mesi.) 12-24 mesi: Eco reni	Tempistica di esami condivisa con i nefrologi, sulla base della velocità di progressione della MRC e delle eventuali altre complicanze e co-morbidità.	
Presa in carico MMG/Nefrologo	MMG+++ Nefrologo +	MMG++ Nefrologo + ±	MMG+ ± Nefrologo++	MMG+ Nefrologo +++	MMG ± Nefrologo +++++

°vedi Tab. 1

** E' opportuno controllare funzione renale ed elettroliti dopo malattie intercorrenti

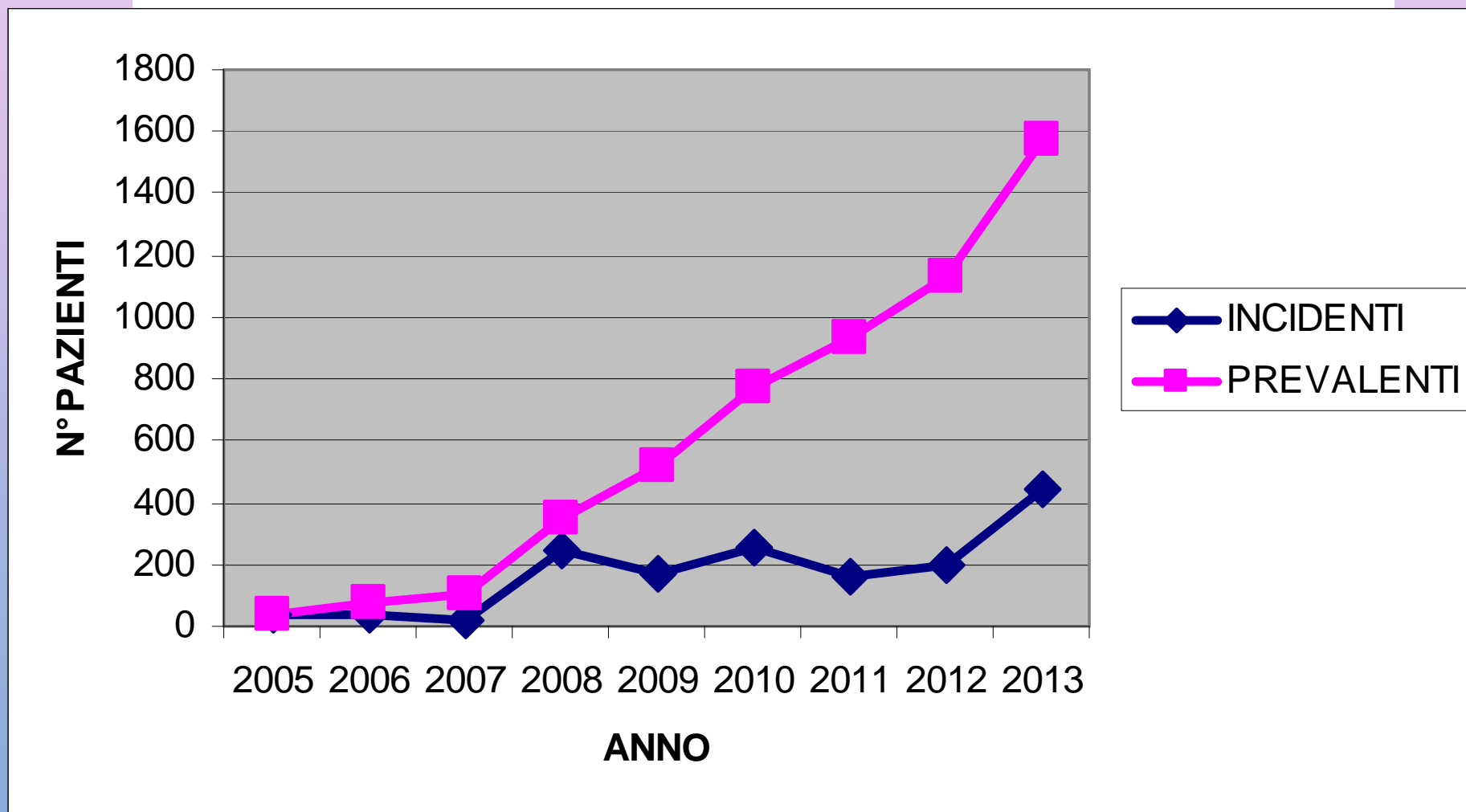
QUANDO ANTICIPARE LA VISITA NEFROLOGICA

UN DECLINO RAPIDO DELLA FUNZIONALITÀ RENALE (PERDITA DI CVFG > 15% IN TRE MESI)
ALTERAZIONI ELETTROLITICHE GRAVI (IPERK* O IPOK*; IPER O IPONA*)
ANEMIZZAZIONE IMPORTANTE E SPROPORZIONATA, SENZA ALTRE CAUSE EVIDENTI

PAZIENTI DA **NON INVIARE** AL NEFROLOGO

- PAZIENTI CON ETÀ >70 AA E RIDUZIONE DEL VFG <80 ML/MIN SENZA ANOMALIE URINARIE O STRUTTURALI REI RENI O FATTORI DI RISCHIO (DECLINO DELLA FUNZIONE RENALE LEGATO ALL'ETÀ (ATTENZIONE ALLA PRESCRIZIONE DEI FARMACI))
- PAZIENTI CON VFG >60 ML/MIN CON IPOTROFIA O AGENESIA RENALE SENZA ANOMALIE URINARIE E SENZA FATTORI DI RISCHIO (ATTENZIONE ALLA CONDIZIONE DI RENE UNICO)

INCIDENTI/PREVALENTI PIRP FERRARA



DATI DE
AMB US
MANCAI

31 DICEMBRE 2012



65%



35%

Totale visite inserite

43200

33900

25687

18216

12226

6909

653

2639

1514

3565

1242

2006

10002

Totale pazienti inseriti

11869

13755

Totale pazienti usciti

2972

3480

3607

parziale

2005

2006

2007

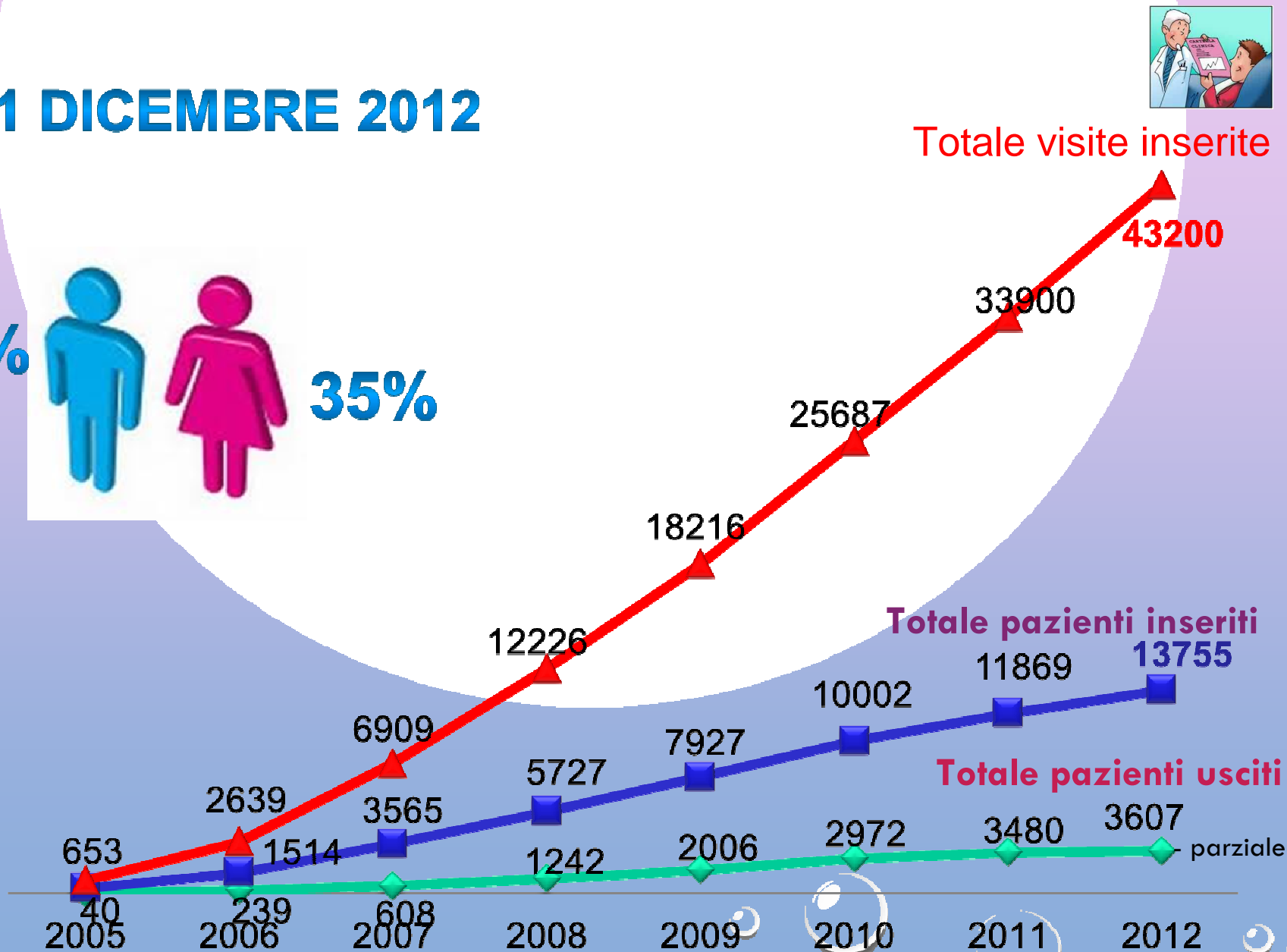
2008

2009

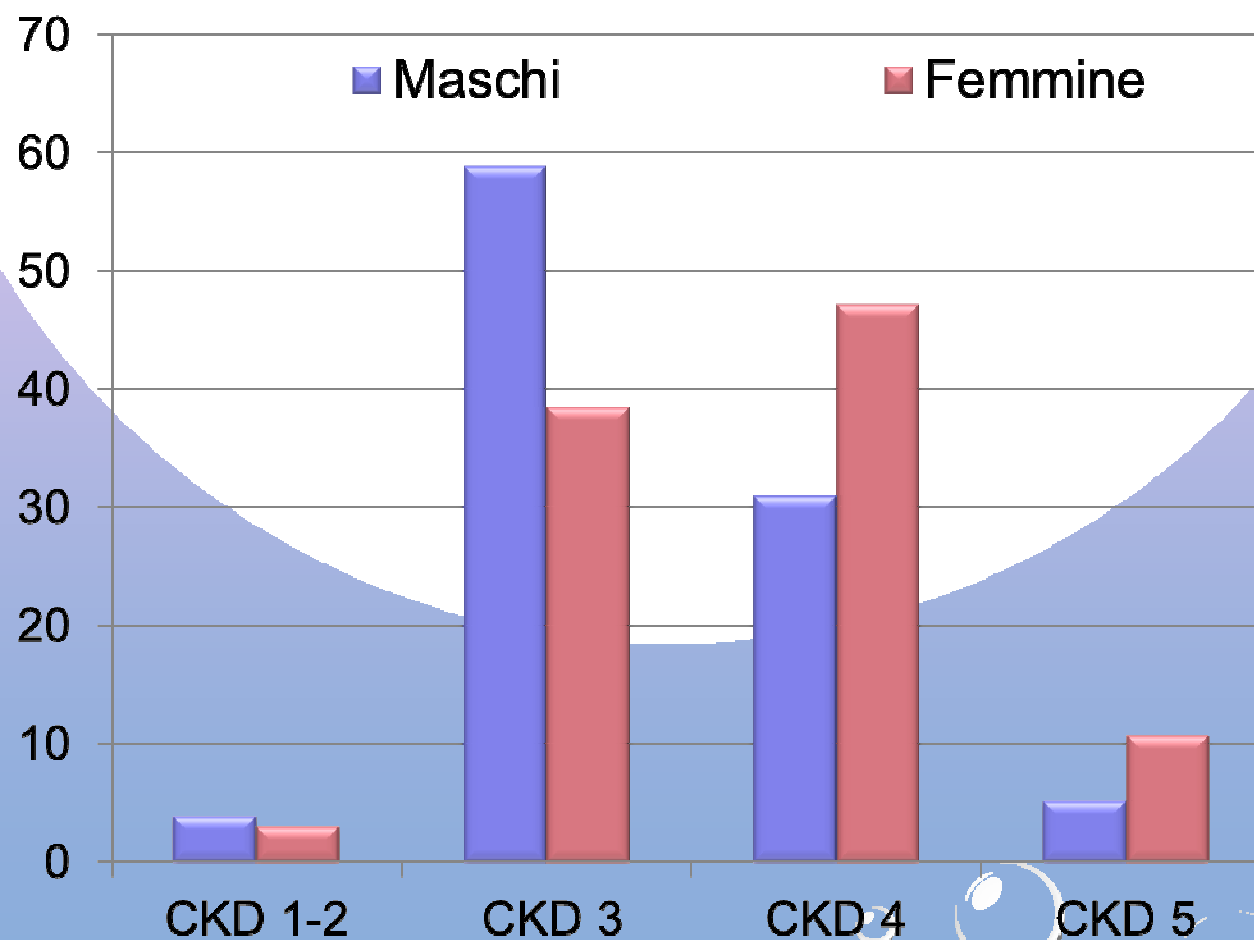
2010

2011

2012

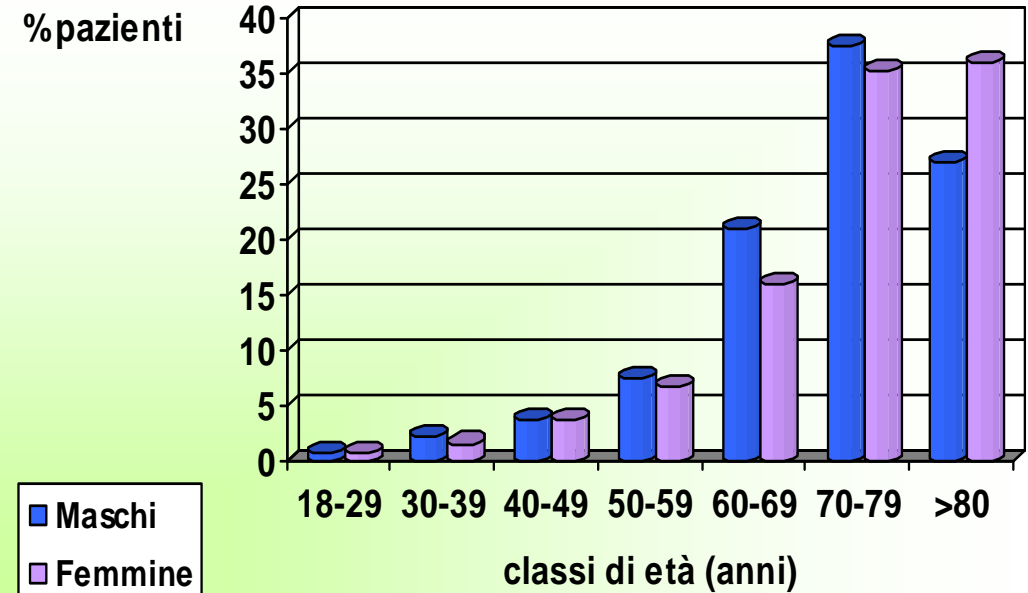
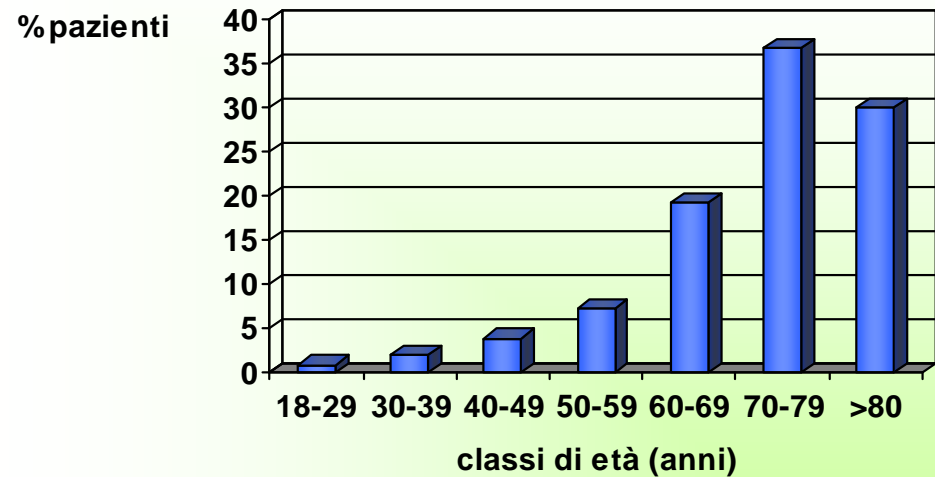


Distribuzione per stadi di CKD nei M e nelle F (primo ingresso)

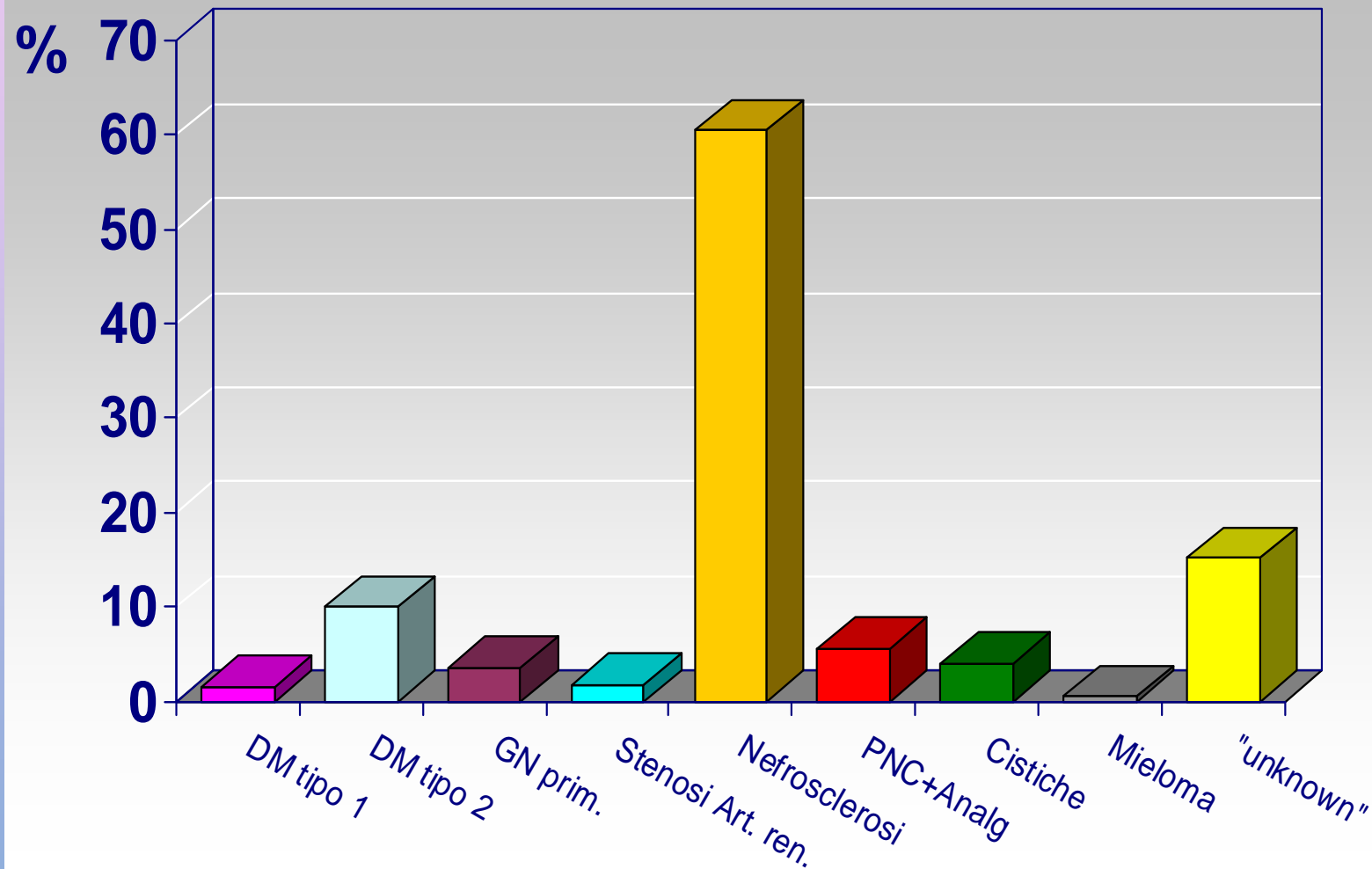


Distribuzione per classi di età

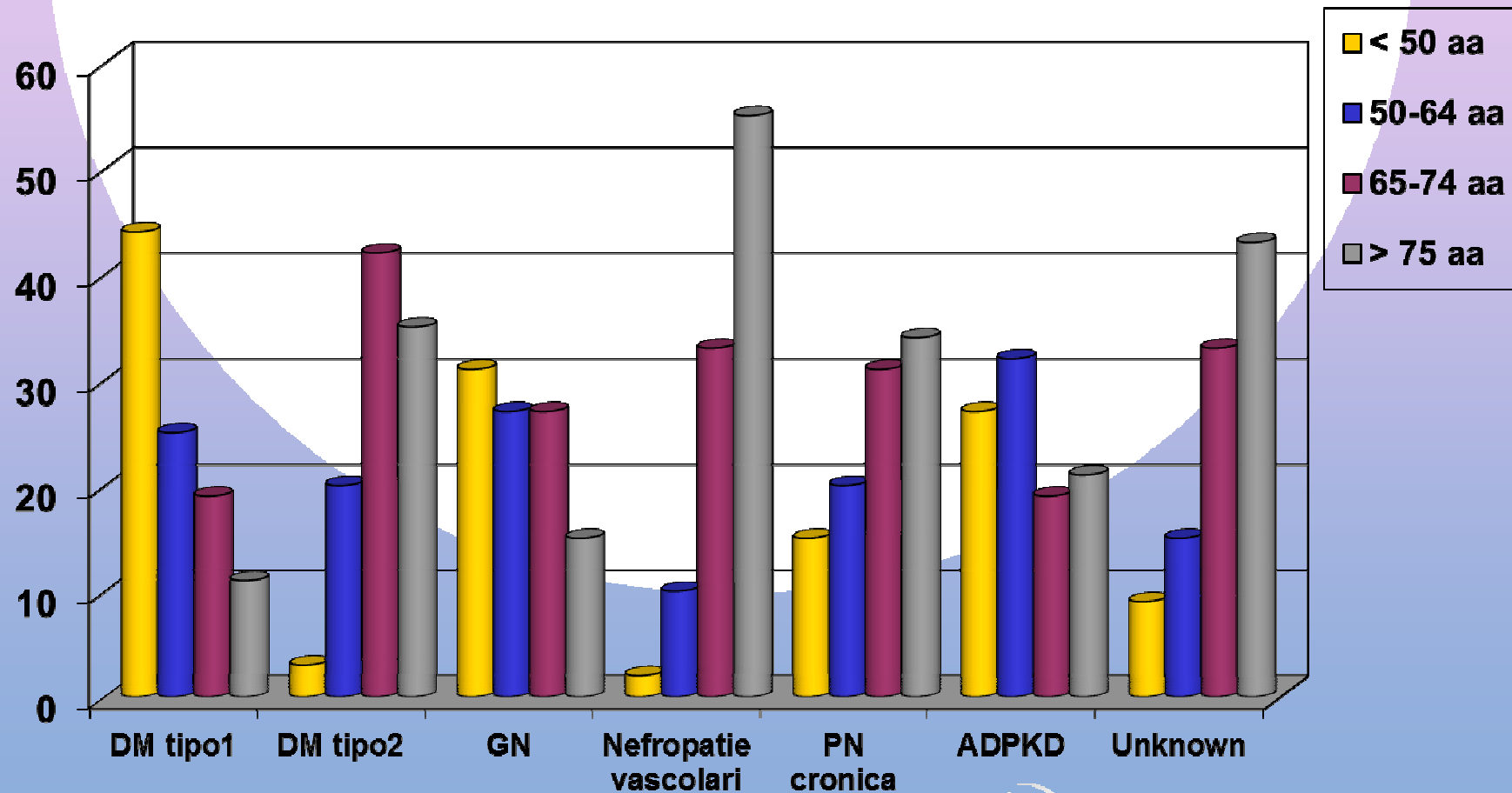
Distribuzione per classi di età, in base al genere (M/F)



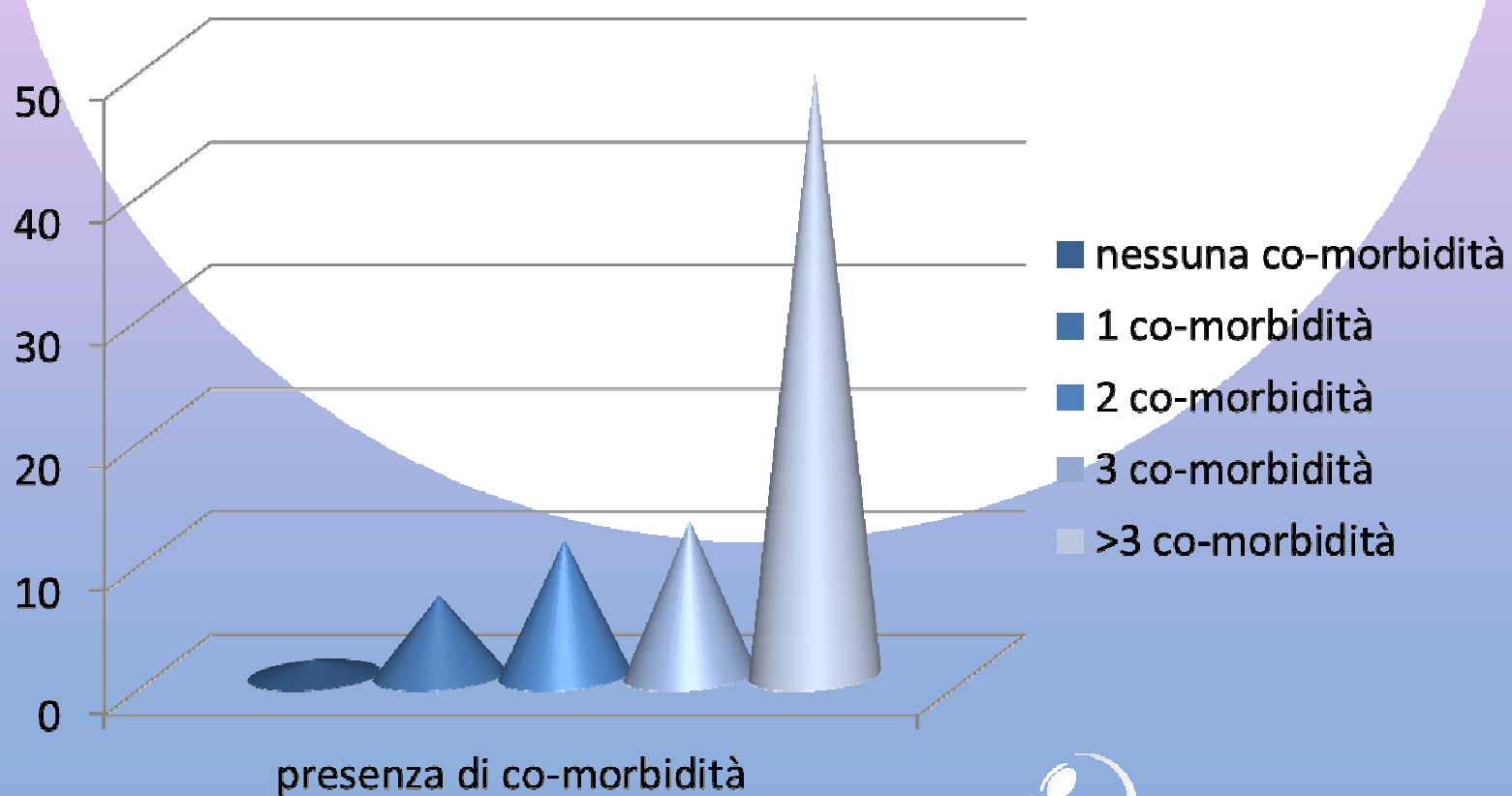
FREQUENZA DELLE PRICIPALI NEFROPATIE



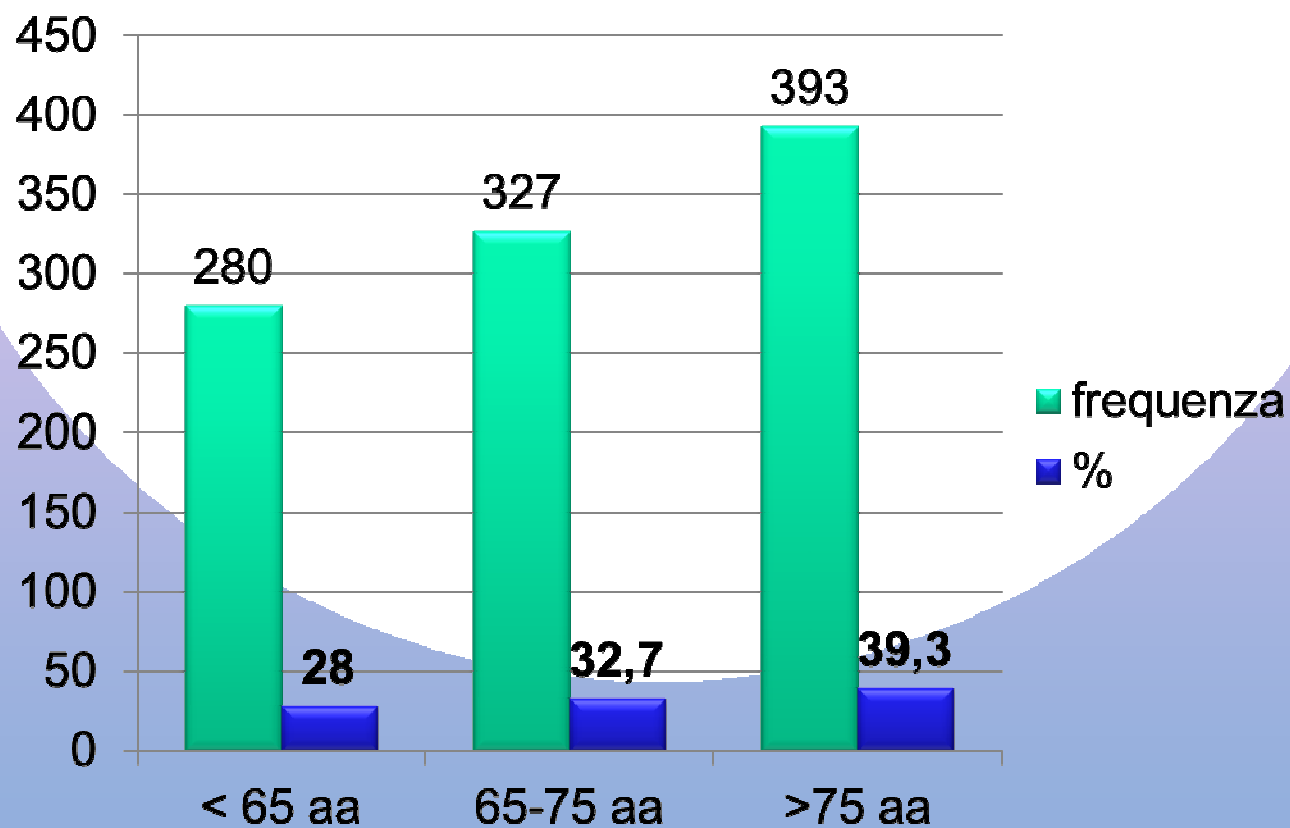
FASCE DI ETÀ IN RAPPORTO AL TIPO DI NEFROPATIA NELLA POPOLAZIONE INCIDENTE



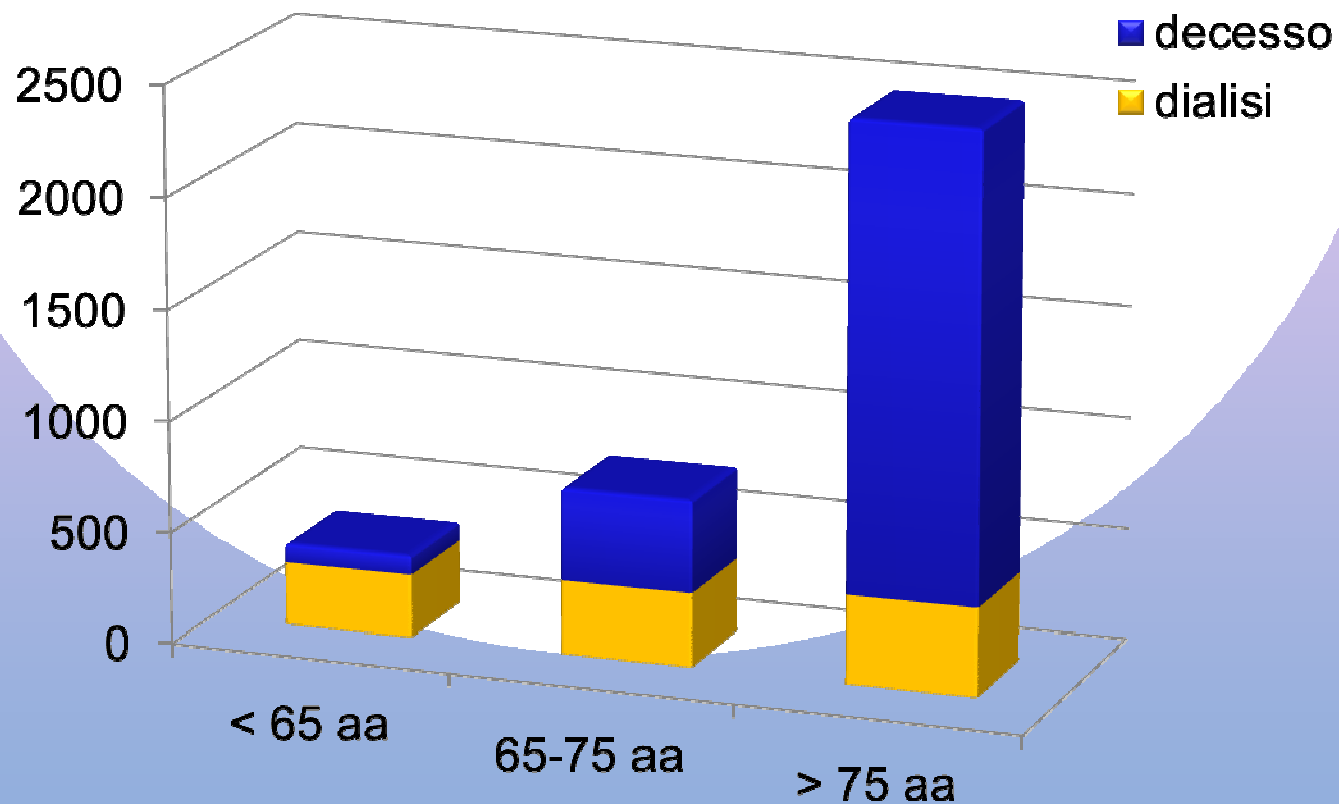
Pazienti Incidenti Registro PIRP: presenza di co-morbidità



Pazienti usciti dal registro causa ingresso in dialisi, ripartiti per classi d'età



Pazienti usciti dal registro causa ingresso in dialisi o decesso, ripartiti per classi d'età



Mortalità pazienti PIRP al 31.12.2012

Pazienti usciti dal registro causa decesso ripartiti per grandi cause di morte

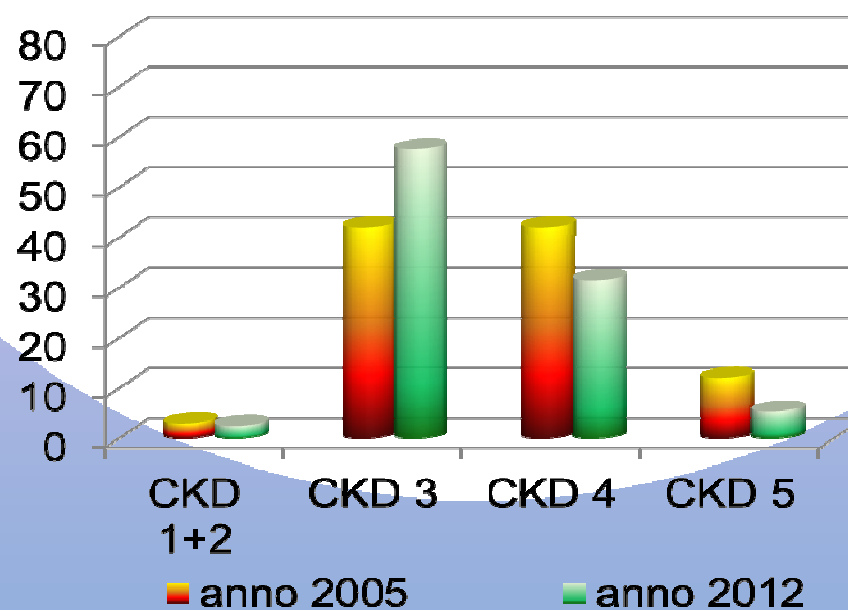
Grandi cause di morte	frequenza	percentuale
Infezioni	86	3,3
Tumori	540	20,7
Cause CV	1045	40,1
Altre cause	875	33,6
Totale	2601	100%

"Politica di inserimento"- riflette il tipo di referral

Confronto 2005 vs 2012

VFG stimato con MDRD 4 variabili

pazienti incidenti su tutto il Registro





**COSA SI PUO' FARE
PER
MIGLIORARE
ULTERIORMENTE?**

**GRAZIE
PER
L'ATTENZIONE!!!**