

**Una esperienza maturata con un
sistema internazionale di
certificazione dei percorsi**

Giuseppe Quintaliani

**Responsabile Governo Clinico SIN
(Società Italiana Nefrologia)**

Preparing the 21st century global healthcare workforce

Sheri D Pruitt, JoAnne E Epping-Jordan

To meet the growing global demands of caring for the increasing numbers of patients with chronic conditions, we need to develop a new approach to training



diseases. Educational leaders, health professional bodies, and the World Health Organization recognise such models as inadequate for health workers caring for a growing population of patients with health problems that persist across decades or lifetimes.²⁻⁵ Training should be restructured to include a new set of core competencies (knowledge, skills, abilities, personal qualities, experience, or other characteristics)—new “tricks” that prepare 21st century health workers to manage today’s most prevalent health problems.

I leader istituzionali, Le associazioni professionali e l’ OMS riconoscono l’ attuale modello come inadeguato per i lavoratori della sanità’ che si trovano di fronte ad un aumento dei pazienti con problemi di durata decennale.

L’ aggiornamento deve essere ristrutturato per includere un nuovo set di competenze (conoscenza, capacità’ di saper fare, qualità’ personali e esperienza etc) che sono i nuovi trucchi per prepararsi ai problemi di salute che si affacciano al 21° secolo

Perché certificare un percorso

clinico?



Linee guida per la diagnosi precoce e il trattamento della malattia renale cronica negli adulti

Antonino Cartabellotta^{1*}, Giuseppe Quintaliani²

¹Medico Chirurgo, Fondazione GIMBE, ²Medico Chirurgo, SC Nefrologia Dialisi e Trapianto, Azienda Ospedale di Perugia. Chairman Comitato del

Governo Clinico, Società Italiana di Nefrologia

				Categorie del rapporto urinario albumina:creatinina		
				Descrizione e range di valori		
				A1 Normale o modestamente aumentato	A2 Moderatamente aumentato	A3 Severamente aumentato
				<30 mg/g <3 mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	>300 mg/g >30 mg/mmol
Categorie di GFR (ml/min/1,73 m ²) descrizione e range di valori	G1	Normale o elevata	≥90	No MRC in assenza di marker di malattia renale		
	G2	Riduzione modesta in relazione al normale valore dei giovani adulti	60-89			
	G3a*	Riduzione modesta-moderata	45-59			
	G3b	Riduzione moderata-severa	30-44			
	G4	Severa riduzione	15-29			
	G5	Insufficienza renale	<15			

Aumentato rischio di outcome sfavorevoli

Aumentato rischio di outcome sfavorevoli

- Basso rischio (in assenza di altri markers di malattia renale o di MRC)
- Rischio moderatamente aumentato
- Rischio elevato
- Rischio molto elevato

Number of patients with CKD in dialysis in Italy –

Epidemiology

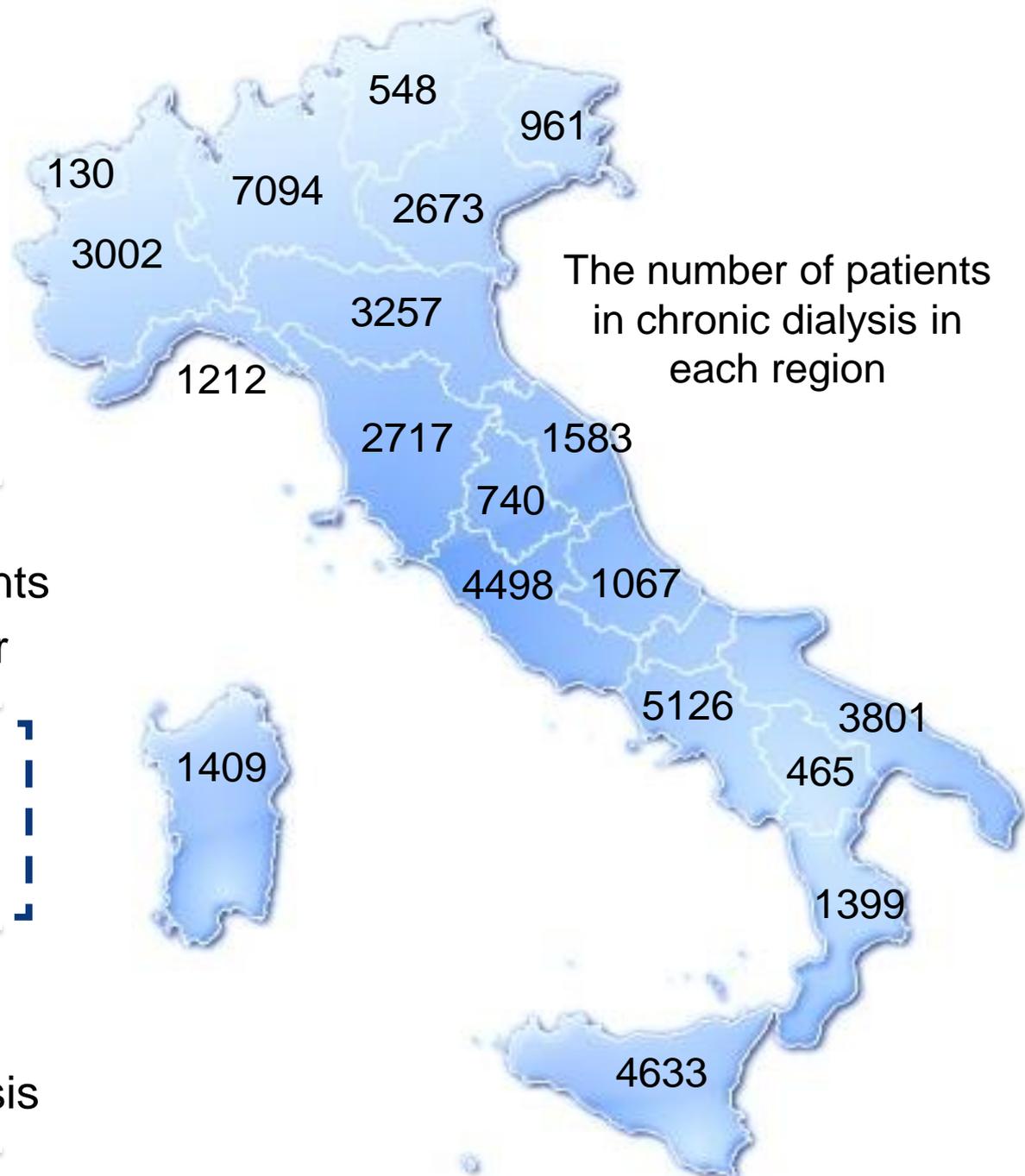
50 thousands

patients in dialysis in Italy

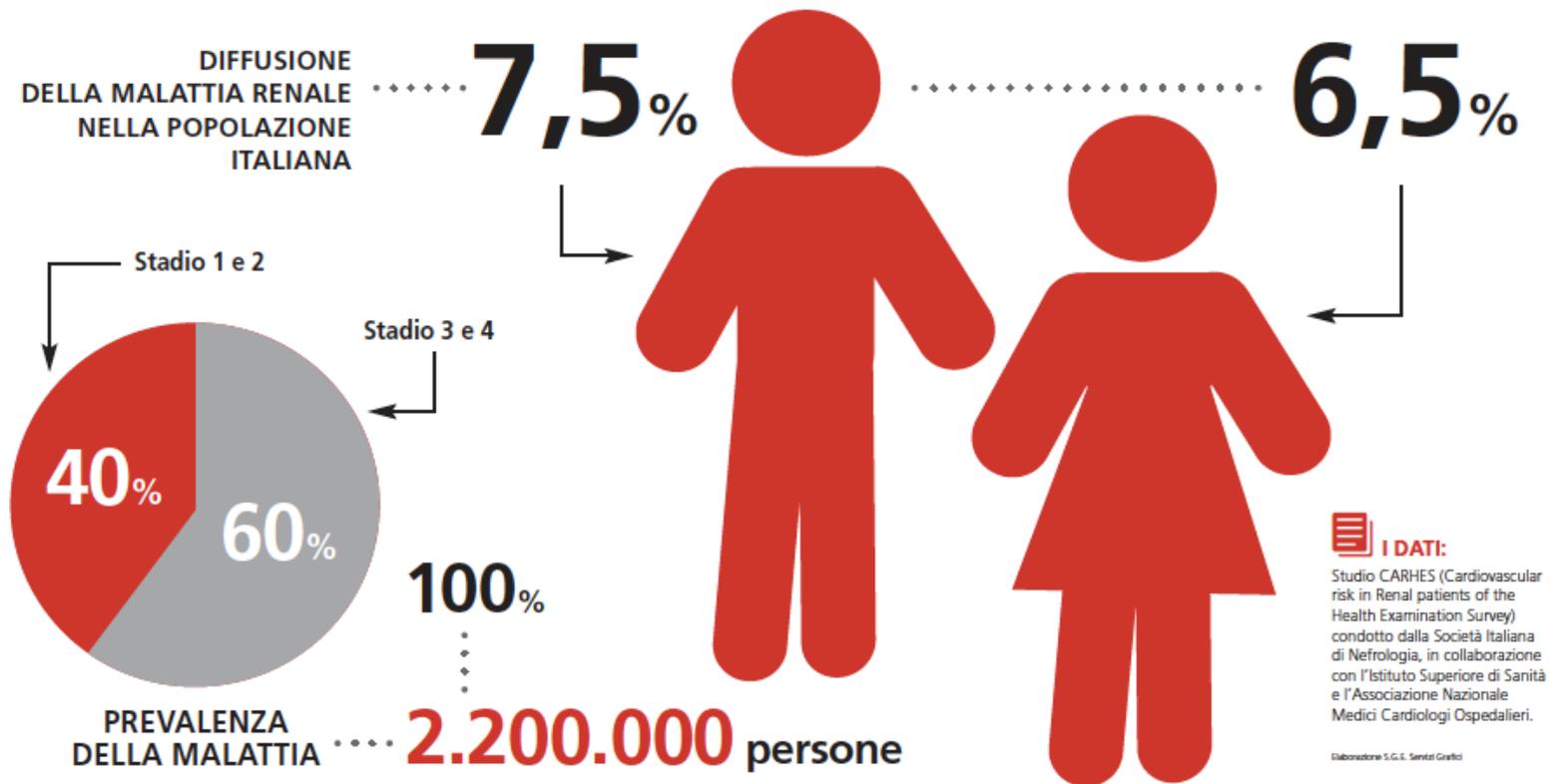
10 thousands new patients entering dialysis every year

90 % **45** thousands of patients in hemodialysis

10 % patients in peritoneal dialysis



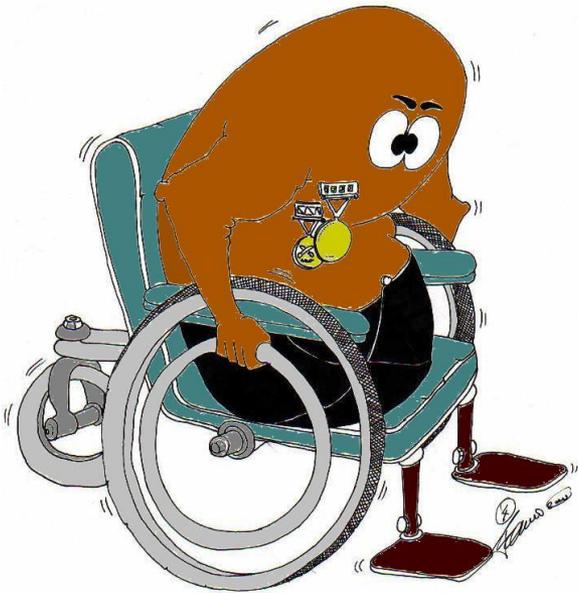
Source: Italian Register of Dialysis and Transplant



Prevalenza CKD in Italia: dati CARHES da 3848 uomini e 3704 donne (35-79 anni)

Dal problema alla ricerca di una soluzione:

tornare indietro dalla dialisi alla MRC



Gennaio 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

Società Italiana
SIN
di Nefrologia



LA MALATTIA RENALE CRONICA

Scenari del III millennio

Presentazione
del Rapporto SIN
sulla Prevenzione Renale

ROMA

mercoledì 26 settembre 2007 - ore 11,30

SENATO DELLA REPUBBLICA

Sala Conferenze Stampa - *Piazza Madama*

Intervengono:

Vittorio E. Andreucci (*Presidente Fondazione Italiana del Rene*)

Donato Greco (*Capo Dipartimento Prevenzione e Comunicazione, Ministero della Salute*)

Carmine Zoccali (*Presidente Società Italiana di Nefrologia*)

Cesare Corsi (*Vice Presidente Commissione Sanità, Senato della Repubblica*)

Serafino Zucchelli (*Sottosegretario di Stato al Ministero della Salute*)

RSVP:

PUBLICA - Organizzazione & Strategia

(@) publica@publicasl.it

(T) 0636005418

Per motivi di sicurezza, l'accesso sarà consentito solo a partecipanti registrati



Identificazione, prevenzione e gestione della malattia renale cronica nell'adulto

Gennaio 2012



Gruppo di lavoro

RESPONSABILE DEL PROGETTO

Alfonso Mele Istituto superiore di sanità

COMITATO PROMOTORE

Alessandro Balducci Complesso ospedaliero San Giovanni-Addolorata, Roma

Giovanni Cancarini Università degli studi e Azienda ospedaliera Spedali Civili, Brescia

Carmine Zoccali Dipartimento di nefro-urologia, CNR, Reggio Calabria

COORDINATORI

Franca D'Angelo Istituto superiore di sanità, Roma

Salvatore De Masi Azienda ospedaliero-universitaria Meyer, Firenze

PANEL

Alessandro Balducci Società italiana di nefrologia (SIN)

Giovanni Cancarini Università degli studi e Azienda ospedaliera Spedali Civili, Brescia

Achille Caputi Società italiana di farmacologia (SIF)

Roberto Cauda Società italiana di malattie infettive e tropicali (SIMIT)

Claudio Chiodi Associazione nazionale dializzati e trapiantati (ANED)

Franca D'Angelo Istituto superiore di sanità, Roma

Salvatore De Masi Azienda ospedaliero-universitaria Meyer, Firenze

Francesco Fedele Società italiana di cardiologia (SIC)

Sandro Geatti European dialysis transplant nurses association – European renal care association (EDTNA-ERCA)

Simona Giampaoli Istituto superiore di sanità, Roma

Arnaldo Ippoliti Società italiana di chirurgia vascolare ed endovascolare (SICVE)

Alberto Morganti Società italiana dell'ipertensione arteriosa (SIIA)

Rodolfo Passalacqua Associazione italiana oncologia medica (AIOM)

Mario Plebani Federazione italiana società della

medicina di laboratorio (FISMeLAB)

Gaetano Piccinocchi Società italiana di medicina generale (SIMG)

Roberto Pontremoli Società italiana di medicina interna (SIMI)

Giuseppe Pugliese Società italiana di diabetologia (SID)

Filippo Salvati Federazione delle associazioni dei dirigenti ospedalieri internisti (FADOI)

Pasquale Strazzullo Società italiana di nutrizione umana (SINU)

Massimo Uguccioni Associazione nazionale medici cardiologi ospedalieri (ANMCO)

Carmine Zoccali Dipartimento di nefro-urologia, CNR, Reggio Calabria

FORMATORI DEI VALUTATORI DELLA LETTERATURA

Franca D'Angelo Istituto superiore di sanità, Roma

Salvatore De Masi Azienda ospedaliero-universitaria Meyer, Firenze

Eleonora Lacorte Istituto superiore di sanità, Roma

VALUTATORI DELLA LETTERATURA

Davide Bolignano CNR-IBIM, Reggio Calabria

Maria Antonietta Catania Università degli studi di Messina

Guido Jeannin Università degli studi e Azienda ospedaliera Spedali Civili, Brescia

Italia Perruzza Complesso ospedaliero San Giovanni-Addolorata, Roma

DOCUMENTALISTI

Maurella Della Seta Istituto superiore di sanità, Roma

Scilla Pizzarelli Istituto superiore di sanità, Roma

COMITATO DI SCRITTURA DEL DOCUMENTO

Franca D'Angelo Istituto superiore di sanità, Roma

Salvatore De Masi Azienda ospedaliero-universitaria Meyer, Firenze

Italia Perruzza Complesso ospedaliero San Giovanni-Addolorata, Roma

Indice

Introduzione

Metodi

- Percorso di elaborazione di una linea guida
- Chi ha elaborato la linea guida
- Fasi di sviluppo della linea guida
 - Gruppo promotore
 - Costituzione del *panel* multidisciplinare di esperti
 - Adattamento/aggiornamento della linea guida NICE
 - Nuova revisione sistematica
 - Grading delle raccomandazioni
 - Revisione esterna del documento finale
- Aggiornamento, diffusione, implementazione
- Disponibilità del testo integrale

Quesiti e raccomandazioni

- **Quesito 1:** Qual è il miglior test diagnostico per valutare la funzionalità renale nella pratica clinica?
- **Quesito 2:** Nei soggetti affetti da malattia renale cronica (MRC) qual è la variabilità biologica e analitica della stima del filtrato glomerulare e da quali fattori è influenzata?
- **Quesito 3:** Quali sono la sensibilità e la specificità delle strisce reattive per individuare proteine e sangue nelle urine dei pazienti?
- **Quesito 4:** Quali sono i vantaggi, in termini di precisione e di costi, della misura del rapporto albumina/creatinina vs il rapporto proteina per quantificare la proteinuria nei soggetti affetti da MRC?
- **Quesito 5:** Quali sono le indicazioni all'ecografia renale per i soggetti affetti da MRC?
- **Quesito 6:** Quali valori di filtrato glomerulare influenzano in modo significativo la prognosi dei soggetti con MRC? Qual è l'influenza di sesso, etnia o presenza di proteinuria?

- Quesito 7: Quali soggetti dovrebbero essere valutati per la presenza di MRC?	39		
- Quesito 8: Quando la velocità di riduzione del filtrato glomerulare può essere considerata clinicamente significativa nei soggetti affetti da MRC?	42	diminuisce la morbilità e la mortalità negli adulti affetti da MRC con iperuricemia?	88
- Quesito 9: Quali fattori possono essere associati a incremento della progressione della MRC?	45	- Quesito 22: Quali sono gli esiti sfavorevoli associati a ematuria microscopica isolata e le sue modalità di gestione nei soggetti affetti da MRC?	89
- Quesito 10: Quali sono i criteri per l'invio del paziente alle cure dello specialista?	49	- Quesito 23: Quando e con quale frequenza dovrebbero essere testati i livelli di calcio, vitamina D, fosfati e ormone paratiroideo intatto nei soggetti affetti da MRC?	90
- Quesito 11: Nei pazienti con MRC il miglioramento degli stili di vita può rallentare la progressione della malattia?	50	- Quesito 24: Quali sono i rischi e i benefici dell'uso di bifosfonati nella prevenzione dell'osteoporosi nei soggetti affetti da MRC?	93
- Quesito 12: Quali interventi sulla dieta sono associati al miglioramento degli esiti renali nei soggetti affetti da MRC?	53	- Quesito 25: Quale tipo, se necessario, di vitamina D o analogo dovrebbe essere somministrato ai soggetti affetti da MRC?	97
- Quesito 13: Quali sono i valori ottimali per la pressione arteriosa nei soggetti con MRC proteinurica/non proteinurica, utili a rallentare la progressione della malattia e a ridurre i rischi di morbilità e mortalità cardiovascolare?	56	- Quesito 26: Quali chelanti del fosforo, se necessario, dovrebbero essere somministrati ai soggetti affetti da MRC?	104
- Quesito 14: Quali sono i farmaci antipertensivi più appropriati per rallentare la progressione della malattia e ridurre la mortalità?	58	- Quesito 27: Il trattamento dell'anemia in pazienti con malattia renale cronica	117
- Quesito 15: Dopo l'inizio del trattamento con farmaci inibitori del SRAA (sistema renina angiotensina aldosterone), quali parametri devono essere monitorati e con quale frequenza? Quali valori-soglia dovrebbero suggerire l'interruzione di trattamenti con inibitori del SRAA?	71	- Quesito 28: Quali informazioni, istruzioni e supporto è necessario fornire ai soggetti affetti da MRC e ai loro familiari per comprendere e affrontare la diagnosi, il trattamento e gli esiti della malattia?	120
- Quesito 16: Il rapporto rischio/beneficio degli inibitori del SRAA varia con l'età?	74	- Quesito 29: Quali strumenti sono necessari nella gestione territoriale per i medici di famiglia e per gli operatori di cure primarie?	123
- Quesito 17: Nei soggetti affetti da malattia renale cronica proteinurica o non proteinurica, la mortalità e il rischio di progressione della malattia possono essere ridotti con spironolattone associato o meno a inibitori del SRAA?	76		
- Quesito 18: Nei soggetti affetti da MRC con proteinuria, le statine riducono la proteinuria e il rischio di progressione della malattia?	81	Appendice 1: Acronimi e abbreviazioni	127
- Quesito 19: Nei soggetti affetti da MRC con dislipidemia, gli agenti ipolipemizzanti riducono gli eventi cardiovascolari e la mortalità confrontati con placebo?	81	Appendice 2: Glossario dei termini epidemiologici	129
- Quesito 20: Le terapie antiaggreganti e anticoagulanti riducono la morbilità e la mortalità cardiovascolare nei soggetti affetti da MRC?	86		
- Quesito 21: La riduzione farmacologica dell'uricemia con allopurinolo agenti uricosurici (probenecid, sulfipirazone), rasburicasi (urato ossidasi)			

CENSIMENTO SIN 2008: IL MODELLO ORGANIZZATIVO

Giuseppe Quintaliani¹, Maurizio Postorino⁶, Anteo Di Napoli⁶, Aurelio Limido⁶, Antonio Dal Canton², Alessandro Balducci³, Bruno Contu⁸, Mario Salomone⁶, Maurizio Nordio⁶, Jung Hee Levialedi Ghiron⁶, Giusto Viglino⁷, Francesco Pizzarelli⁵, Rosanna Coppo⁴

	Struttura Complessa	Struttura Semplice	Totale
Numero strutture	201	88	289
Pazienti in HD totali (N, %)	20.441 (81.8%)	4.562 (18.8%)	25.003 (100%)

TABELLA IX - CENTRI CON AMBULATORIO NEFROLOGICO E VISITE EROGATE PER ANNO, PER TIPOLOGIA DI STRUTTURA

	Struttura Complessa	Struttura Semplice	Totale
Centri con ambulatorio nefrologico	194	59	253
Percentuale dei Centri censiti	96.5%	67.0%	87.5%
Numero visite all'anno	45.3403	49.910	503.313
Visite in ambulatorio nefrologico per Centro (media, DS, mediana)	2.337±1.903 (1.696)	846±1.013 (500)	1.989±1.847 (1.110)

Se teniamo conto che le visite potrebbero essere circa 1 milione se ne potrebbe dedurre che, tenendo conto che la popolazione italiana affetta dovrebbe essere di circa 2,2 milioni. **copriamo circa il 40% della popolazione affetta**

Demonstrate Your Commitment to
Excellence and Improved Outcomes



Chronic Kidney Disease Program Evaluation

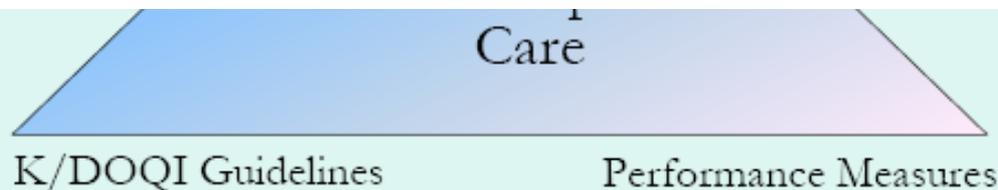
GIORNALE ITALIANO DI NEFROLOGIA / ANNO 25 N. 2, 2008 / pp. 000-000

DOCUMENTO

LA CERTIFICAZIONE DI QUALITÀ DEL PERCORSO "INSUFFICIENZA RENALE CRONICA". IL PROGETTO SIN-JCI

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

The Joint Commission
Certification
Disease-Specific Care



SOCIETÀ ITALIANA DI NEFROLOGIA

Presidente: Carminè 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 – JCI)**

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.^{ssa} L. Lodetti

LOGIN

REGISTRAZIONE

Inserisci i termini di ricerca

HOME

LA RETE NEFROLOGICA

QUALITÀ E ACCREDITAMENTO

LINEE GUIDA E BEST PRACTICE

MALATTIA RENALE CRONICA

TUTELA LEGALE E CONSENSO

ALTRI DOCUMENTI

STATISTICA E METODOLOGIA

PROTOCOLLI DI RICERCA

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)

AccREDITAMENTO in parte terza

Progetto di certificazione SIN.

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

Chronic kidney disease certification process manual by the Italian Society of Nephrology (SIN): Part I: clinical care delivery and performance measurements and improvement

Chronic kidney disease certification process manual by the Italian Society of Nephrology (SIN): Part II: programme management and clinical information management

**Giuseppe Quintaliani¹, Gianni Cappelli²,
Laura Lodetti³, Corrado Manno⁴, Virgilio Petrucci⁵,
Cosimo Spinelli⁶, Renzo Tarchini⁷, Michele Virgilio⁸,
Mario Faini³, Sandro Alloatti⁹, Giovanni Cancarini¹⁰,
Carmine Zoccali¹¹**

I cardini

quello che abbiamo imparato e cercato di applicare

Multidisciplinarietà

Job description

Clinical competence

Comunicazione al paziente

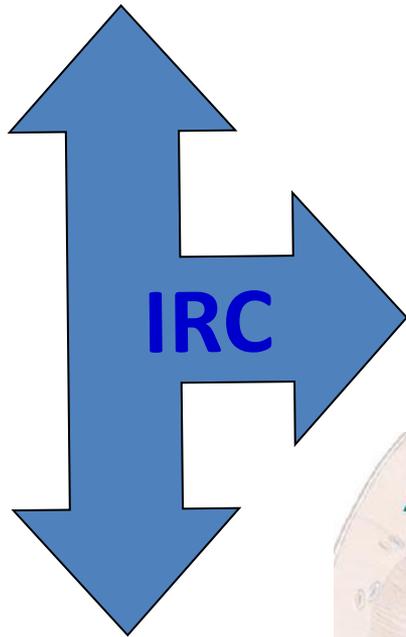
multidisciplinarietà

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

Dietisti

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

Anna Laura Fantuzzi, Annalisa Gennari,
Franca Pasticci, Margherita Setari, Roberta Tundo
(Gruppo di lavoro ANDID Malattie Renali)



Nefrologi



Governo clinico

Rete nefrologica

- ▶ Rete italiana
- ▶ Censimento 2004

Qualità e Accreditamento

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

CKD

Linee-guida SIN

- ▶ 3ª 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**
- **DF - Erogazione o Agevolazione dell'Erogazione di Assistenza Clinica**
- **PM - Misurazione e Miglioramento delle Performance**
- **SE - Sostegno all'Autogestione**
- **PR - Gestione del Programma**
- **CT - Gestione informazioni cliniche**

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:
Sandro Geatti, infermiere Dirigente
Conegliano, TV - Presidente della Filiale Italiana
Francesco Rossi, infermiere Nefrologico
Firenze - Key Member - Rappresentante Nazionale
Simona Negroni, infermiera
Magenta, MI - Organizzazione Eventi Formativi
Maria Pia Zito, infermiera Case Manager
Bologna - Tesoriere Manager Filiale Italiana
Ada Taratufolo, infermiera insegnante
Viterbo - Referente ECM
Patrizia Galeotti, infermiera educatrice
Viterbo - Esperta in Educazione Sanitaria
Margherita Rivetti, infermiera Dirigente
Alba - Key Member - Rappresentante Nazionale dal 2004-2007

Infermie

Infermie

I cardini

Multidisciplinarietà

Job description

Clinical competence

Comunicazione al paziente

Chronic kidney disease certification process manual by the Italian Society of Nephrology (SIN): Part I: clinical care delivery and performance measurements and improvement

TABLE I
MEMBERS OF THE CHRONIC KIDNEY DISEASE TREATMENT TEAM

Last / First name	Professional qualification	Job title	Responsibility	Contact info / Work location
		Medical director	Coordination Physician	
		Physician (employee)	Medical care	
		Physician (contractual)	Medical care	
		Nursing coordinator	Nursing coordination	
		Nurse	Nursing care	
	●	Psychologist	Supervisory activities	
		Social worker	Patient support	
	●	Dietitian		
	●	IT specialist	Data processing and management	

Updated on _____

By project manager _____

Contact info _____

Esempi di privilegi

lista privilegi (capacità)	nefrol ogo A	nefrol ogo B	nefrol ogo C	nefrol ogo D
di valutare e interpretare indagini di laboratorio e strumentali				
di valutare e interpretare indagini istopatologiche				
di eseguire la bioimpedenza				
di interpretare la bioimpedenza				
di eseguire un holter pressorio				
di valutare un holter pressorio				
di valutare lo stato nutrizionale e compilazione di una corretta terapia nutrizionale				
di eseguire biopsia renale sotto controllo ecografico				

DF.1 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 figure¹:

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

L'aderenza agli elementi misurabili dello standard DF1 implica:

- a. disporre dati riguardanti la formazione curricolare (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*"² per tutti i componenti, e dell'elenco dei privilegi³ 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);

Governo clinico

Rete nefrologica

Per migliorare la cura delle malattie renali

Comitato del Governo Clinico

Chairman: Giuseppe Quintaliani

Commissioni

- **Registro Italiano di Dialisi e Trapianto** (A. Limido)
- **Linee guida di pratica clinica - Percorsi assistenziali** (P. Ravani)
- **Health Technology Assessment (HTA) - Innovazione gestionale** (G. Battaglia)
- **Accreditamento professionale - Gestione del rischio clinico - Audit clinico** (G. Meneghel)

Competenze clinico professionali e tecniche

- Prescrizione e monitoraggio metodiche emodialitiche
- Prescrizione e monitoraggio metodiche dialisi peritoneale
- Prescrizione e monitoraggio metodiche dialitiche continue
- Conoscenza e prescrizione terapia farmacologica non specifica nefrologica (terapia antidiabetica, terapia antibiotica, terapia cardiovascolare, etc..)
- Selezione e gestione lista candidato a trapianto renale
- Impostazione e/o monitoraggio terapia antirigetto
- Individuazione complicanze mediche e chirurgiche post-trapianto
- Posizionamento CVC
- Esecuzione doppler vascolare per accesso dialitico
- Monitoraggio e indicazione a correzione interventistica degli accessi
- Correlazioni e discussione casi clinico/ istopatologici
- Conoscenza metodiche di valutazione problematiche nutrizionali
- Conoscenza indicazioni a nutrizione artificiale
- Esecuzione ed interpretazione bioimpedenza
- Indicazione a correzione di stenosi dell'arteria renale
- Interpretazione monitoraggio holter pressorio
- Rianimazione cardiopolmonare avanzata (BLS; BLS/D)
- Conoscenze applicativi informatici
- Conoscenza complicanze mediche post-trapianto
- Conoscenza complicanze chirurgiche post-trapianto
- Esecuzione ecografia apparato urinario

Governo clinico

Rete nefrologica

Per migliorare la cura delle malattie renali

Comitato del Governo Clinico

Chairman: Giuseppe Quintaliani

Commissioni

- **Registro Italiano di Dialisi e Trapianto** (A. Limido)
- **Linee guida di pratica clinica - Percorsi assistenziali** (P. Ravani)
- **Health Technology Assessment (HTA) - Innovazione gestionale** (G. Battaglia)
- **Accreditamento professionale - Gestione del rischio clinico - Audit clinico** (G. Meneghel)

Competenze Organizzative

- Integrazione nella mission di UO/Aziendale
- Partecipazione a gruppi di lavoro
- Interazione con servizi dialitici territoriali (CAL, CAD)
- Interazioni con altre UU.OO. aziendali
- Integrazione con servizi di supporto (dietetico, psicologico, sociale)
- Interazione con i distretti territoriali ed i medici di base
- Definizione di protocolli operativi con altre UU.OO. (118, Centro antidiabetico, cardiologia, TIPO e rianimazione, urologia, chirurgia dei Tx, etc...)
- Integrazione con rete Tx
- Efficienza turnover degenti
- Disponibilità posti letto nefrologici da seguire in prima persona
- Disponibilità posti dialisi per acuti
- Elaborazione/Aderenza linee guida
- Elaborazione/Aderenza percorsi clinico assistenziali (presa incarico, dimissione, continuità assistenziale)
- Partecipazione e implementazione ad attività di audit clinico-gestionali interni
- Valorizzazione risorse umane con organigramma pubblicato
- Formazione personale medico e non solo con la partecipazione a congressi ma anche tramite corsi effettuati all'interno della propria organizzazione
- Monitoraggio incidenza attività su spesa/fatturato
- Monitoraggio incidenza attività su spesa/punto DRG
- Efficienza rete ambulatoriale-Monitoraggio tempi attesa della attività
- conoscenze di base di epidemiologia e statistica
- Partecipazione a gruppi di lavoro scientifici
- Conoscenza problemi medico-legali (rischio clinico, consenso informato, malpractice)
- Partecipazione a Registri (Regionali, Nazionali, Internazionali, ...)



Governo clinico

Rete nefrologica

Per migliorare la cura delle malattie

Comitato del Governo Clinico

Chairman: Giuseppe Quintaliani

Commissioni

- **Registro Italiano di Dialisi e Trapianto** (A. Limido)
- **Linee guida di pratica clinica - Percorsi assistenziali** (P. Ravani)
- **Health Technology Assessment (HTA) - Innovazione gestionale** (G. Battaglia)
- **Accreditamento professionale - Gestione del rischio clinico - Audit clinico** (G. Meneghel)

Competenze relazionali

- **Comunicazione con paziente e familiari**
- **Comunicazione con colleghi**
- **Contributo al clima di UO**
- **Segnalazioni/elogi/reclami**
- **Numero riunioni sia medici che infermieri sia per singoli servizi**
- **Partecipazione a protocolli aziendali**
- **Partecipazione a gruppi di lavoro**
- **Attività in Società Scientifiche**
- **Interazione con Associazioni Pazienti**
- **Allestimento materiale informativo per utenti**

I cardini

Multidisciplinarietà

Job description

Clinical competence

Sostegno all'autogestione e

Comunicazione al paziente

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.

Questa è l'area sulla quale viene posta una particolare attenzione. Essa infatti coinvolge in modo centrale il paziente che, per la certificazione JCI, è il fulcro dei processi di miglioramento continuo della qualità. Uno degli obiettivi principale della certificazione è migliorare le sue condizioni di vita.

Risponde al criterio del modello "*Chronic Care*:"

PR.11: Il programma dispone di materiali di riferimento e di risorse per la consultazione prontamente accessibili.

1. Esiste evidenza che c'è disponibilità non solo della "carta dei servizi" specifica per l'ambulatorio di insufficienza renale cronica ma che debbano esistere anche altri supporti informativi che prevedano
 - Le LG SIN di riferimento
 - Materiale illustrativo sulla insufficienza renale cronica
 - Materiale illustrativo sulla terapia collegata alla insufficienza renale cronica
 - Materiale illustrativo sulla terapia nutrizionale
 - Materiale illustrativo sui problemi del metabolismo Ca-P e dell'apparato scheletrico
 - Materiale illustrativo sulla dialisi nelle sue varie forme con indicazioni dei vantaggi e svantaggi di ognuna delle tecniche offerte e NON offerte dalla organizzazione in cui si opera
 - Materiale illustrativo sugli accessi dialitici (vascolari e peritoneali)
2. Il materiale deve provenire da fonti interne al reparto che abbia provveduto a svilupparlo appositamente o essere recepito da fonti autorevoli nazionali ed internazionali
3. Esiste evidenza che il materiale è sottoposto a periodici aggiornamenti
4. Esiste evidenza che gli aggiornamenti riportino la data e l'edizione e che le edizioni precedenti siano ritirate e/o annullate in maniera chiara
5. Esiste evidenza che i materiali siano sempre disponibili in originale o in copia o su supporto visivo e/o informatico (scaricabili da computer o comunque facilmente consultabili)
6. Esiste evidenza che i materiali disponibili appartengano sempre alla stessa revisione
7. Esiste evidenza che ai pazienti sia stata fornita precisa indicazione su come reperire tale materiale



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E DI BOLZANO

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie.

Rep. n. 32/cse del 19 febbraio 2015

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA
PROVINCE AUTONOME DI TRENTO

5.4 coinvolgimento dei pazienti, dei suoi famigliari e caregiver nelle scelte clinico-assistenziali	5.4.1	Presenza, formalizzazione e messa in atto di una procedura per l'informazione al paziente e ai suoi familiari sui diritti e le responsabilità, per l'ascolto, l'educazione e il coinvolgimento dei pazienti al processo di cura;
	5.4.2	Presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per l'informazione partecipata del paziente e l'acquisizione del consenso informato;
	5.4.3	Addestramento del personale sulle politiche e procedure per il coinvolgimento;
	5.4.4	Valutazione dell'efficacia dei processi di coinvolgimento e partecipazione dei pazienti e caregiver ed i miglioramenti degli stessi se necessario.

Guarda il video appositamente realizzato per la GMR 2016 per l'educazione dei bam



Guarda anche questo video, appositamente realizzato per la GMR 2016, che spiega



La dialisi: cos'è e come funziona



Guarda il video della Regione Umbria: Una scelta in comune - Donazione organi e tessuti



Progetto Dialisi e Gusto

Responsabilizzazione del paziente nella gestione della propria insufficienza renale cronica

Nefrologia e Dialisi Niguarda - 2014

Fondazione Italiana del Rene FIR Onlus

Associata alla "International Federation of Kidney Foundations"
Presidente: Alessandro Balzucchi - Viale dell'Università 11 - 00185 Roma
www.fondazioneitalianadelrene.org
Email: contatti@fondazioneitalianadelrene.org - Tel. 06.4465270
A cura di Vittorio E. Andreucci
Presidente Onorario
Email: firendreucci@yahoo.it



TRAPIANTO DI RENE DA DONATORE VIVENTE

Documento Informativo per Medici, Pazienti e Personale addetto alla cura dei soggetti nefropatici

Stampato e distribuito a cura della FONDAZIONE ITALIANA DEL RENE ONLUS



Le ricadute istituzionali

- > Biblioteca del Ministero
- > **Pubblicazioni**
- > Bandi di gara

- > Opuscoli e poster
- > Normativa
- > Concorsi

Documento di indirizzo per la malattia renale cronica

Documento di indirizzo per la malattia renale cronica

A cura di Ministero della Salute

Abstract

La malattia renale cronica (MRC) è definita come “una condizione di alterata funzione renale che persiste per più di 3 mesi” ed è classificata in 5 stadi di crescente gravità. I dati epidemiologici derivati dalla National Health and Nutrition Examination Survey III (NHANES III) dimostrano che la MRC è una patologia molto diffusa nel mondo, con una prevalenza crescente nella popolazione generale...

Download

Piano nazionale della cronicità

Titolo: Piano nazionale della cronicità

Sommario: Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016

Data del documento: 2016

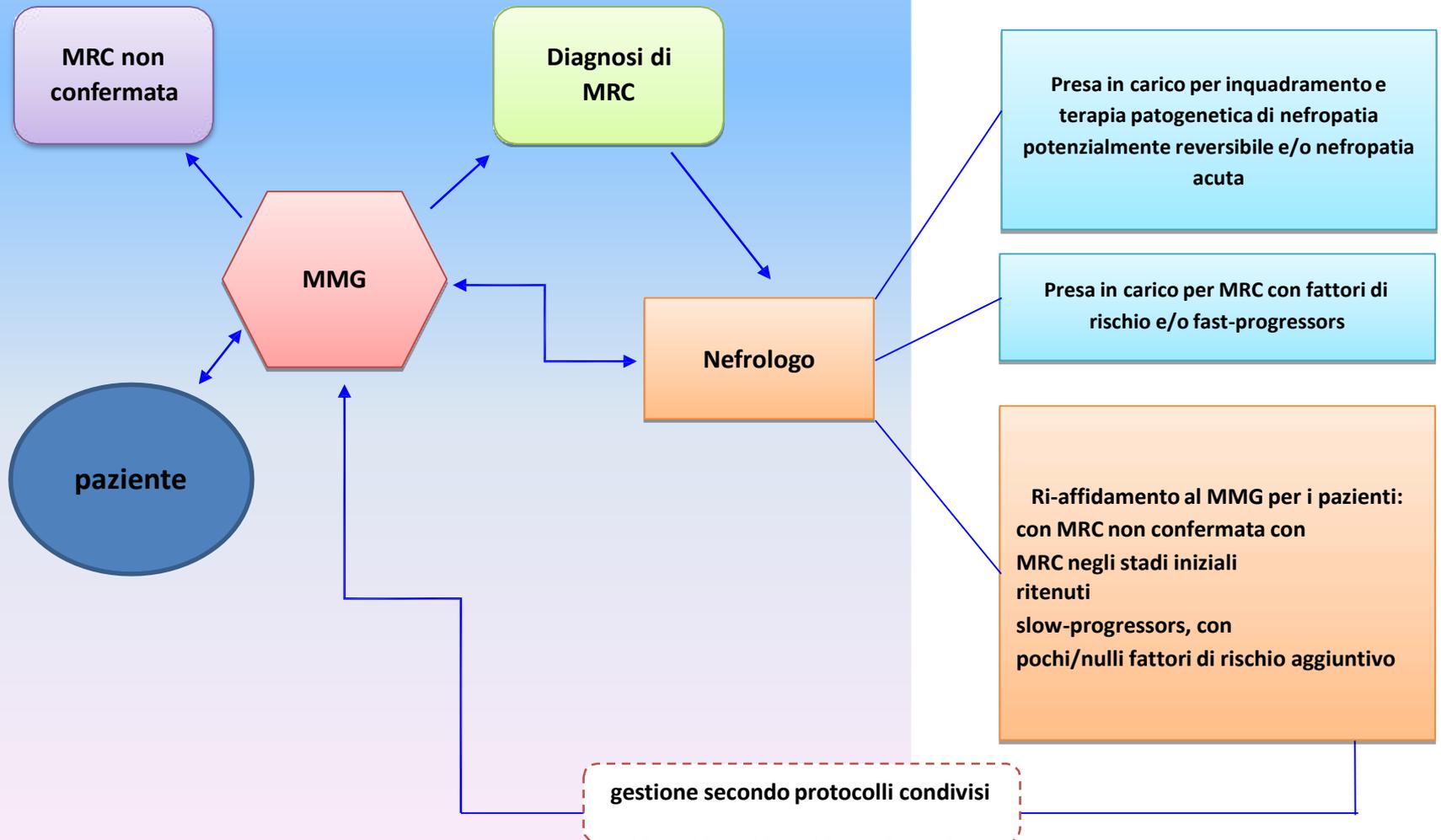
A cura di: Direzione generale della Programmazione sanitaria - Ministero della Salute

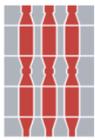
Download

- [Piano nazionale della cronicità](#) (PDF 2.83 Mb)

Data di pubblicazione: **22 dicembre 2016** , ultimo aggiornamento **20 marzo 2017**

Percorso del paziente



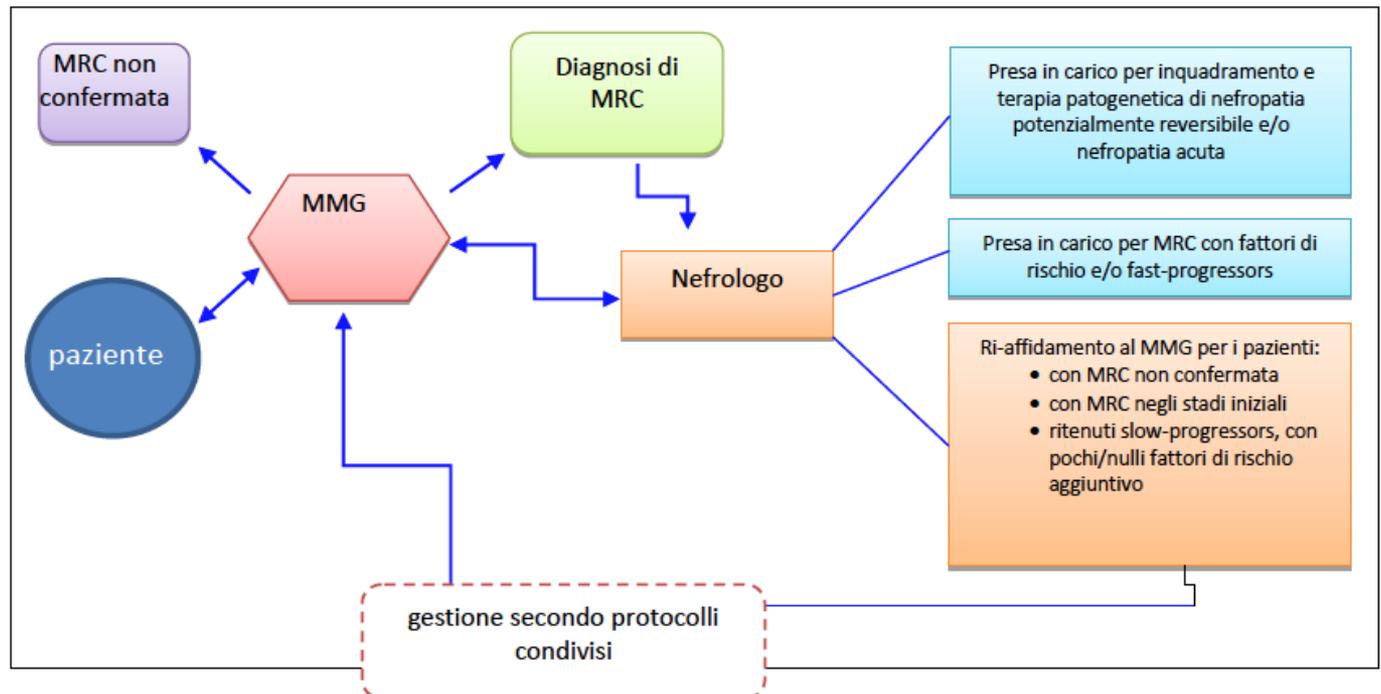


Regione Umbria

PIANO REGIONALE CRONICITA'

- Attivazione di modelli di valutazione dello stato di salute della persona** secondo la Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute, con approccio bio-psico-sociale per la prevenzione e il contrasto della disabilità;
- Perseguimento dell'incremento delle donazioni di organi;**
- **Attivazione del programma sperimentale di trapianto di rene da vivente.**

FLOW CHART INQUADRAMENTO MRC



PR - Gestione del Programma

Requisito fondamentale per fornire un'assistenza di qualità è un'infrastruttura in grado di supportare le attività del partecipante e degli operatori. I dirigenti devono quindi impegnare le risorse necessarie a sostenere, valutare e migliorare i servizi.

Gli standard di questo capitolo si focalizzano sui seguenti aspetti:

- Progettazione e implementazione del programma
- Valutazione del programma
- Creazione di un programma pertinente per i partecipanti
- Garanzia di un accesso adeguato all'assistenza
- Conduzione del programma secondo criteri di eticità
- Messa a disposizione dei professionisti sanitari di risorse di riferimento
- Adozione di un approccio organizzato e globale alla gestione e al miglioramento della qualità e della sicurezza

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

Deve essere definito un programma di miglioramento condiviso all'interno dell'équipe nel quale individuare le azioni di miglioramento rispetto alle problematiche emergenti dall'applicazione degli standard JCI. Per ogni azione devono essere individuati gli obiettivi attesi le modalità di valutazione/verifica, i tempi di realizzazione. Il piano di miglioramento deve essere periodicamente aggiornato alla luce dei risultati conseguiti e dell'emergere di nuove situazioni critiche.

1. Il miglioramento della qualità è elemento trainante del sistema. A tale scopo deve essere implementato in modo da:
 - individuare gli indicatori di qualità
 - sviluppare sistemi di validazione dei percorsi
 - implementare audit professionali ed organizzativi da eseguire periodicamente

Piano Nazionale della Cronicità

MACRO ATTIVITA'

- Prevenzione e ritardo nell'evoluzione delle patologie croniche renali esitante 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



MINISTERO DELLA SALUTE



AGENAS



REGIONE



AZIENDA SANITARIA

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 teledialisi assistita
3. Sviluppare studi che mirino a definire i criteri di personalizzazione della terapia
4. Promuovere la istituzione di unità operative specialistiche per la MRC, inserite nella rete nefrologica con presenza di specialiste e personale infermieristico dedicato e consulenza di dietologi, psicologi, diabetologi e 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 apoteici
8. Sensibilizzare la popolazione generale 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

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 pre-dialitica 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 ed individualizzati del paziente, inserito in un PTDA (stadio 3-5).
- Personalizzare la terapia dialitica mantenendo il paziente al proprio domicilio (abitazione, RSA, case di riposo, ecc)
- 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 e emodialisi)
- Definizione di criteri di personalizzazione delle terapie conservative e sostitutive
- Mantenimento della domiciliarità dei pazienti affetti da MRC e riduzione delle istituzionalizzazioni.

INDICATORI

- % di pazienti con insufficienza renale cronica sulla popolazione affetta da malattia renale cronica.
- % di pazienti 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 teledialisi assistita

Registro di patologia

Cosa mi aspetto da un registro della MRC ?

- rilevare le dimensioni del fenomeno: incidenza, prevalenza, mortalità e sopravvivenza
- consentire di pianificare interventi di prevenzione della malattia e della sua evoluzione
- orientare l'offerta di assistenza e permettere una adeguata programmazione regionale.

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;
- trattare la qualità e l'integrità dei dati;
- integrare e interpretare i dati provenienti da fonti diverse.

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 (intra-tracciabilità 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.

SANCISCE INTESA
tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano
nei termini sotto indicati

Art.1
Aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza

2. Conseguentemente con riferimento all'anno 2017 si provvede entro il 15 marzo 2017 ad adottare il ... dal comma

Capo II
Prevenzione collettiva e sanità pubblica

Art. 2
Aree di attività della prevenzione collettiva e sanità pubblica

1. Nell'ambito della Prevenzione collettiva e sanità pubblica, il Servizio sanitario nazionale garantisce, attraverso i propri servizi nonché avvalendosi dei medici ed i pediatri convenzionati, le seguenti attività:
- a) sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
 - b) tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati;
 - c) sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro;
 - d) salute animale e igiene urbana veterinaria;
 - e) sicurezza alimentare - tutela della salute dei consumatori;
 - f) sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
 - g) attività medico legali per finalità pubbliche.

IL P.

VISTO il decreto legislativo con particolare riferimento

MALATTIE RENALI CRONICHE E INSUFFICIENZA RENALE

MACRO ATTIVITA'

Individuare precocemente la MRC (stadi 1 e 2)

- Diagnosi precoce delle malattie renali croniche attraverso la prevenzione dei fattori di rischio e delle malattie prevenibili
- Personalizzazione della terapia non dialitica e sostitutiva



2. Sperimentare modelli di dialisi domiciliare sia peritoneale che di emodialisi utilizzando strumenti di teledialisi assistita.
3. Sviluppare studi mirino a definire i criteri di personalizzazione delle terapie.

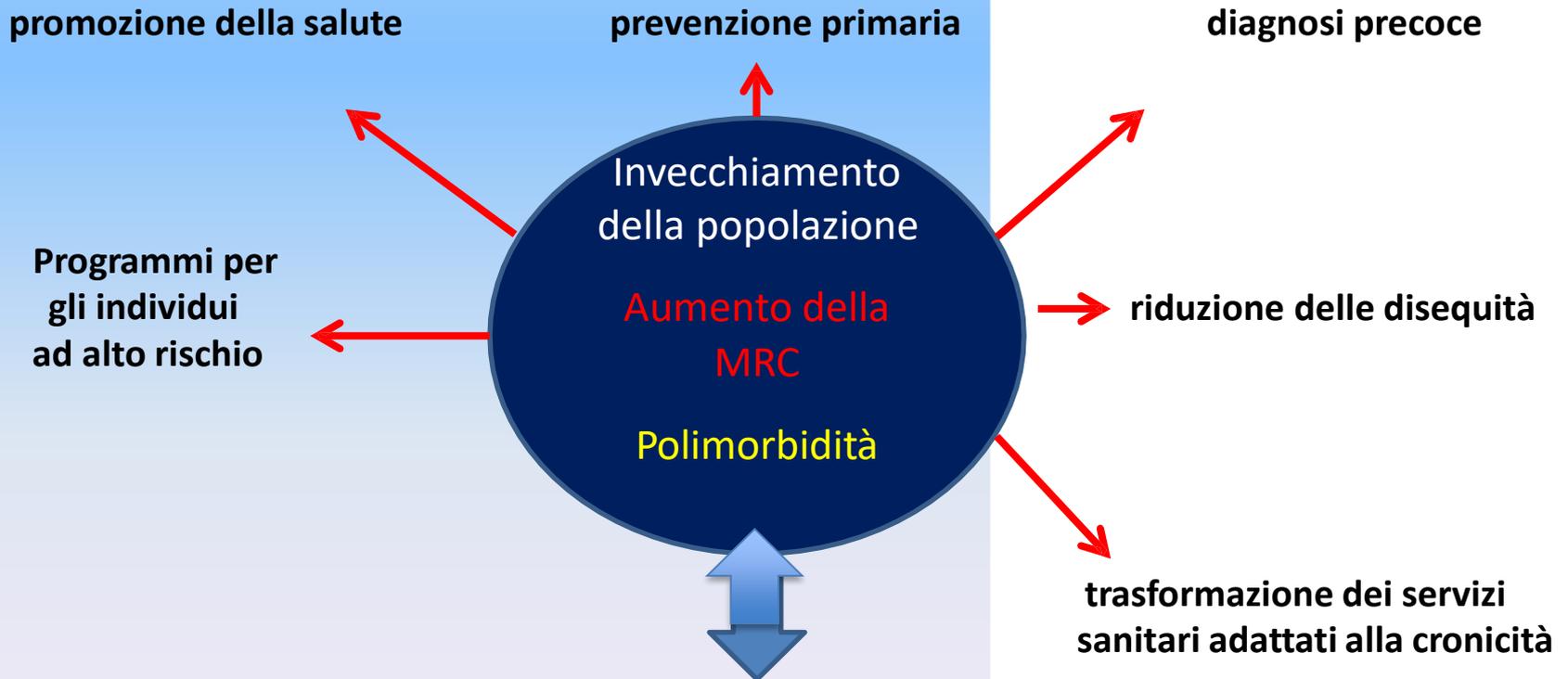
Favorire l'applicazione di strumenti mirati alla individuazione dei fattori di progressione della MRC e delle sue traiettorie

- nonché quelle in fase dialitica
- Favorire la domiciliarità del paziente

8. Sensibilizzare la popolazione generale, le istituzioni e i

Promuovere la istituzione di unità operative specialistiche per la MRC, inserite nella rete nefrologica, con presenza di specialistici e personale infermieristico dedicato, consulenza di dietologi, psicologi, diabetologi,

Prospettive future



Gestione della MRC con approccio integrato
Aggiornare il percorso MRC con la certificazione C.O.P.
Certification of Pathways



Ognuno è un genio.

**Ma se si giudica un pesce
dalla sua abilità di arrampicarsi sugli alberi,
lui passerà tutta la sua vita a crederci stupido.**

— Albert Einstein

