

# **IL PDTA DELLA MRC E L'ORGANIZZAZIONE DELLE CURE PER IL PAZIENTE NEFROLOGICO NELLA PROVINCIA DI PARMA**

Dott.ssa Chiara Cantarelli

UO Nefrologia

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

# MRC RICHIEDE APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE INTEGRATO NELLE VARIE FASI



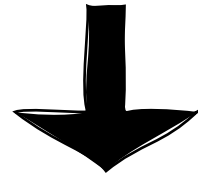
# PDTA DELLA MALATTIA RENALE CRONICA

- ❑ *Documento di indirizzo per la malattia renale cronica del Ministero della Salute [Agosto 2014]*
- ❑ *Delibere della Regione Emilia Romagna - Definizione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente con insufficienza renale cronica nella Regione Emilia-Romagna- strutturazione Progetto Prevenzione Insufficienza Renale Progressiva - Delibera Num. 696 del 14/05/2018*
- ❑ *Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie in materia di dialisi domiciliare - Delibera Num. 1501 del 10/10/2017*
- ❑ *Progetto regionale Prevenzione dell'Insufficienza Renale Progressiva (Progetto PIRP), iniziato in Emilia Romagna nel 2004 e ratificato dalla delibera della Regione Emilia Romagna N° 696 del 14/05/2018.*

**PERCHE'**

## **PDTA DELLA MALATTIA RENALE CRONICA**

Early referral was associated with **better preparation** and **earlier placement of dialysis access** and **better uptake of peritoneal dialysis** and **access to transplant**.



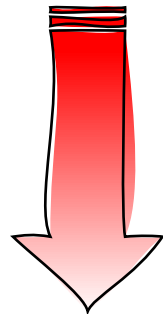
**Costs reduction**

HD

PD

Transplant

Conservative management



# **PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE**

- IDENTIFICARE GLI STADI PRECOCI DELLA MRC E ATTUARE SORVEGLIANZA ATTIVA DEI SOGGETTI A RISCHIO DI SVILUPPARE MRC
- PROMUOVERE EDUCAZIONE E MISURE DI PREVENZIONE
- FAVORIRE INVIO APPROPRIATO AL NEFROLOGO

# CLASSIFICAZIONE DELLA MALATTIA RENALE CRONICA E STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO

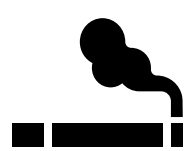
				Grado di Albuminuria persistente			Rischio aumentato
				A1	A2	A3	
				Normale o lievemente aumentata	Moderatamente aumentata	Gravemente aumentata	
				<30 mg/g	30-300 mg/g	>300 mg/g	
				VFG mL/min			
Stadio del danno renale	G1	Normale	>90				↕
	G2	compromissione lieve	89-60				
Stadio del danno renale	G3a	compromissione da lieve a moderata	59-45				
	G3b	compromissione moderata	44-30				
	G4	compromissione grave	29-15				
	G5	Insufficienza renale severa in fase di predialisi	<15				
				Rischio aumentato			↕ ↕ ↕ ↕

# IDENTIFICAZIONE DEGLI STADI PRECOCI DELLA MRC E SORVEGLIANZA ATTIVA DEI SOGGETTI A RISCHIO DI SVILUPPARE MRC

Tab. 2 - Elenco delle patologie che espongono a rischio di avere o poter sviluppare una MRC

- Ipertensione Arteriosa
- Diabete mellito
- Malattie cardiovascolari (cardiopatía ischemica, insufficienza cardiaca cronica, arteriopatia periferica e vasculopatia cerebrale)
- Familiarità per malattie renali
- Glomerulonefrite (anamnestica)
- Malattie sistemiche autoimmuni
- Infezioni urinarie ricorrenti
- Calcolosi reno/ureterale complicata
- Anomalie urinarie persistenti (escluse cause urologiche)
- Assunzione abituale di farmaci nefrotossici (FANS, Litio, mesalazina, inibitori della calcineurina) ATB?
- Tabagismo e alcolismo
- Condizione di rene unico (chirurgico o funzionale)
- Proteinuria persistente > di 300 mg/dL, isolata o associata ad ematuria
- Riscontro, anche occasionale di VFG <60mL/min o di creatinina > 1,5 mg/dL nel maschio e > di 1,3 mg/dL nella donna

# PROMUOVERE EDUCAZIONE E MISURE DI PREVENZIONE



## STILE DI VITA

FUMO

PESO CORPOREO

ATTIVITA' FISICA

DIETA

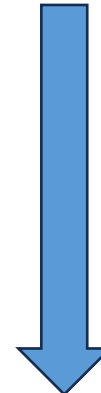
## FATTORE DI RISCHIO

PRESSIONE ARTERIOSA

DISLIPIDEMIA

GLICEMIA

PROTEINURIA



# INVIO APPROPRIATO AL NEFROLOGO

**COSA**



QUESITO CLINICO BEN ESPlicitATO

ESAMI EMATOCHIMICI RECENTI

ESAMI EMATOCHIMICI PREGRESSI

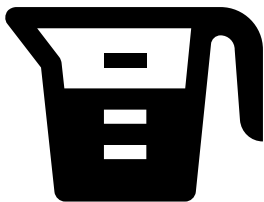
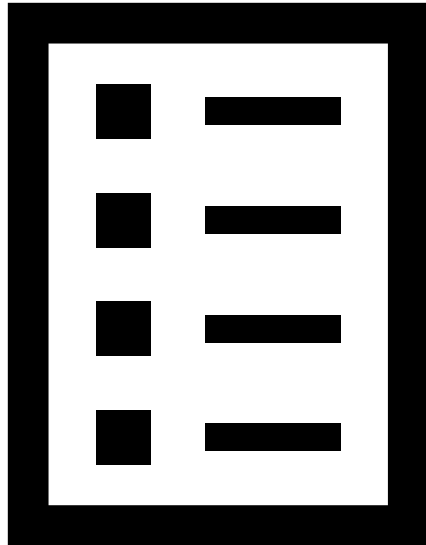
EVENTUALI ESAMI STRUMENTALI, VISITE  
SPECIALISTICHE, LETTERE DI DIMISSIONE DA  
RICOVERO

(Es. ECG, ecocardiogramma, visita cardiologica, diabetologica...)

ELENCO DEI FARMACI ASSUNTI A DOMICILIO

# INVIO APPROPRIATO AL NEFROLOGO

**COSA**



## ESAMI EMATOCHIMICI RECENTI

Urea

Creatinina

Emocromo

Glicemia (+ HbA1c nei diabetici)

Acido urico

Assetto lipidico

Sodio

Potassio

Calcio

## Esame chimico fisico urine

Microalbuminuria (se diabete o malattia cardiovascolare)

Proteinuria 24 ore o rapporto proteinuria/creatininuria su campione estemporaneo se proteinuria dosabile all'esame chimico-fisico urine

## ECOGRAFIA RENALE

Sempre utile ma non viene indicata come indagine di primo livello, tranne nei casi di:

- ematuria visibile e/o persistente
- storia di ostruzione delle vie urinarie (es. ipertrofia prostatica, calcolosi vie urinarie...)
- monorene funzionale o chirurgico già noto
- storia familiare di rene policistico ed età superiore a 20 anni
- rapida riduzione di VFG



## CARATTERISTICHE DEI PAZIENTI DA INVIARE A CONTROLLO NEFROLOGICO

- VFG < 30 ml/min
- VFG < 60 ml/min e con diabete mellito e/o età < 70 anni e/o progressivo peggioramento della funzione renale
- Presenza di anomalie urinarie **persistenti** (es. proteinuria isolata, microematuria...)
- Pazienti diabetici con microalbuminuria (anche con valori di VFG stimato tra 90 e 60 mL/min)
- Rapida progressione del danno renale (riduzione VFG > 5 ml/min/anno)
- Pazienti con MRC associata a cause genetiche già note o sospette o con familiarità per insufficienza renale severa/dialisi
- Alterazioni dell'imaging renale

# ALTERAZIONI DELL'IMAGING RENALE

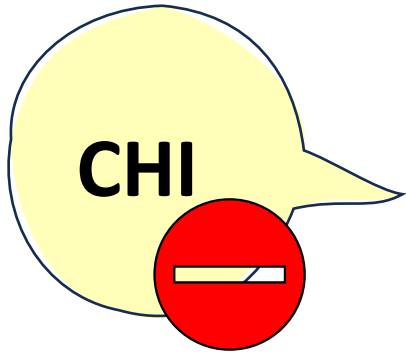
reperti riscontrati in corso di ecografia o altre indagini strumentali



cisti renali bilaterali in giovani o giovani adulti o con familiarità  
significativa asimmetria dei reni  
riduzione severa di volume o dello spessore corticale renale  
ipotrofia o agenesia renale/malformazioni renali soprattutto se familiarità  
reflusso vescico ureterale

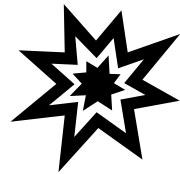


cisti semplici isolate e senza anomalie urinarie  
cisti complesse/tumori renali → pertinenza urologica  
idronefrosi da cause ostruttive (calcoli, neoplasie, ipertrofia prostatica...) → pertinenza urologica (anche in presenza di alterazioni della funzionalità renale)  
angiomiolipomi  
"Iperecogenicità come da nefropatia medica" in assenza di dati laboratoristici di MRC o alterazioni urinarie

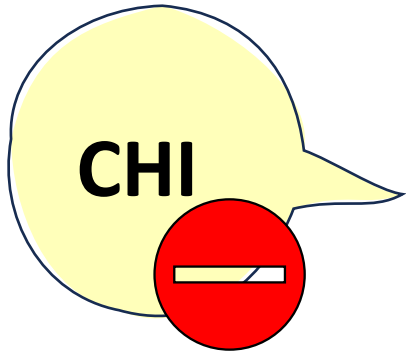


## ALTRE CONDIZIONI CHE POSSONO NON NECESSITARE DI VISITA NEFROLOGICA

- Pazienti età > 70 anni con sola riduzione del VFG (> 60 mL/min), senza altre anomalie urinarie o senza alterazioni morfologiche/strutturali dei reni, o altri fattori di rischio.
- persone con ipotrofia-agenesia renale e tutte le condizioni di rene unico che abbiano un VFG > 60 mL/min, non anomalie urinarie e non altri fattori di rischio.



**Ma attenzione alla prescrizione dei farmaci!**



## ALTRE CONDIZIONI DA NON INVIARE A VISITA NEFROLOGICA AMBULATORIALE

- Insufficienza renale acuta, specie se oligo-anurica
- Edema polmonare o sovraccarico idrosalino grave
- Iperpotassiemia grave ( $K > 6,5$  mEq/L), *escludendo emolisi del campione*
- Iposodiemia grave ( $Na < 130$  meq/L)
- Febbre elevata persistente con segni e sintomi di tipo uro-settico



PRONTO SOCCORSO

### Relazione medico

26/10/2020

Alla cortese attenzione dei Colleghi del PS.

Vi inviamo la Sig.ra [redacted] di anni 74, che abbiamo visto oggi in ambulatorio per la prima volta, inviata dal Curante per "insufficienza renale cronica"

La paziente riferisce che oltre 20 anni fa era già stata valutata in Nefrologia in seguito a una colica renale; verosimilmente era stata diagnosticata una nefrite in età infantile. Manca del tutto documentazione.

Negli ultimi anni è sempre stata bene e non ha avuto alcun problema né ricoveri ospedalieri. Non ha più fatto controlli degli esami ematochimici.

Ultimamente lamentava astenia e calo ponderale per cui ha effettuato analisi del sangue ed altri accertamenti.

Claudicatio per cui ha eseguito ecodoppler AAll e visita chirurgica vascolare: arteriopatia obliterante (classe 3). Da giugno prescritta ASA.

[redacted] riferisce appetito conservato. Beve poco, riferisce diuresi valida.

Si visionano gli esami del 15/10/2020:

severa anemia Hb 5.4 g/dl!!! Ferritinemia 8 ng/ml.

insufficienza renale di grado severo (urea 144 mg/dl, creatininemia 6.11 mg/dl) con iperkaliemia (6.78 mEq/l)

ipocammaglobulinemia alla foresi

Ha eseguito Rx torace in data 20/10/20: versamento pleurico basale bilaterale che risale a camicia obliterando i seni costofrenici. Presenza di 2 piccoli addensamenti nodulari del lobo linguolare. Consigliato controllo TC.

Ricontrollato EGA venoso:

-Hb 4.8 g/dl, HCO<sub>3</sub> 13 mmol/l, K 4.9 mEq/l.

In terapia con sola ASA da giugno. Non assume gastroprotettore.

Apparentemente l'astenia è in peggioramento da giugno.

Iperpesa alla visita. MV diffusamente ridotto.

Il quadro clinico richiede accesso urgente in Pronto Soccorso per correzione e inquadramento dell'anemia (ulcera gastrica?) nonché del restante quadro clinico (insufficienza renale severa, versamento pleurico bilaterale a camicia e noduli polmonari).

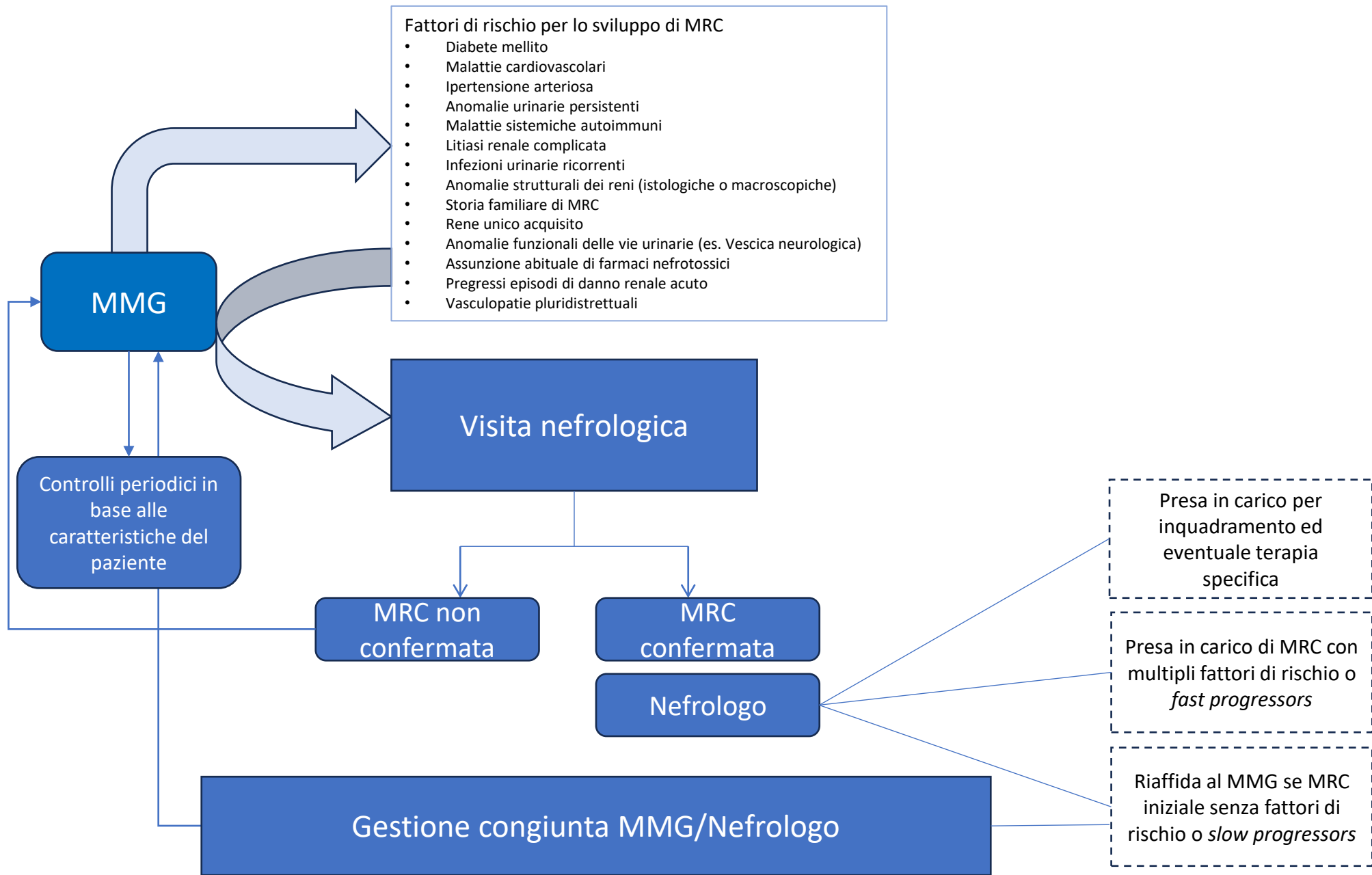
Non tutti i pazienti intercettati dal MMG e inviati allo specialista necessitano presa in carico costante del nefrologo.

Per molti soggetti sarà sufficiente ma comunque indispensabile la “**sorveglianza attiva**” nel tempo da parte del MMG.

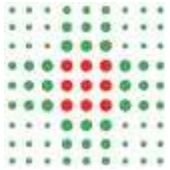
Questo vale anche per i casi in cui non si conferma una MRC, nei quali il MMG ha il compito di monitorare ma soprattutto di agire sui fattori di rischio attraverso adeguati percorsi terapeutici e di prevenzione.

Per altri soggetti può essere effettuata una gestione condivisa con il nefrologo (MMG o altro specialista, es. oncologo, ematologo...)

<b>Stadio MRC</b> VFG (ml/min)	<b>1</b> >90	<b>2</b> 89-60	<b>3a – 3b</b> 59-30	<b>4</b> 29-15	<b>5</b> <15
<b>Frequenza orientativa degli esami</b>	12-20 mesi		6 mesi	Da valutare da parte del nefrologo sulla base della velocità di progressione della MRC, delle eventuali complicanze e comorbidità	
<b>Carico orientativo nel rapporto MMG/Nefrologo</b>	MMG +++ Nefrologo +	MMG ++ Nefrologo + ±	MMG + ± Nefrologo ++	MMG ± Nefrologo +++	MMG ± Nefrologo ++++



**ORGANIZZAZIONE DEL PERCORSO DI CURA DEL  
PAZIENTE NEFROPATICO NELLA PROVINCIA DI  
PARMA**



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

# Unità Operativa NEFROLOGIA

Direttore Prof. Enrico Fiaccadori

**DOVE**

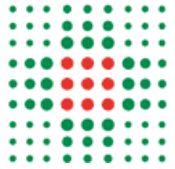


- **Degenza Nefrologica (20 posti letto)**
- **Degenza Semintensiva Trapianti (5 posti letto)**
- **Degenza Semintensiva Emodialisi Acuti (5 posti letto + 1 emergenze)**
- **Sezione Emodialisi Cronici (20 posti dialisi)**
- **Day-hospital (4 posti letto)**
- **Ambulatorio Chirurgico (Fistole arterovenose e biopsie renali)**
- **Ambulatorio Nefrologico Generale**
- **Ambulatorio Prevenzione Insufficienza Renale Progressiva (PIRP)**
- **Ambulatorio Malattie Rare di Interesse Nefrologico (Glomerulonefriti, Vasculiti etc.)**
- **Ambulatorio Malattie Cistiche Renali (Rene policistico adulto etc.)**
- **Ambulatorio Dietologico per MRC**
- **Ambulatorio Pre-dialisi**
- **Ambulatorio Dialisi Peritoneale**
- **Gestione Lista Trapianti**
- **Ambulatorio Trapianti primi 6 mesi**
- **Ambulatorio Trapianti**
- **Gestione urgenze-emergenze nefrologiche provinciali, e dialisi nelle Terapie Intensive dell'AOU (1° e 2° Rianimazione, Cardiochirurgia, Ustionati, Pediatrica)**

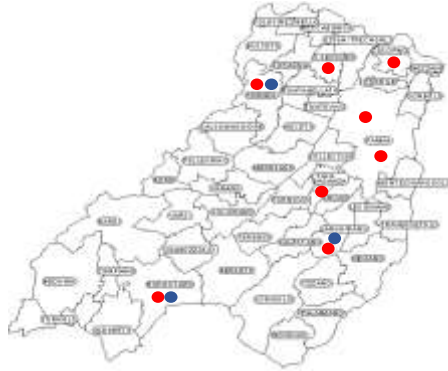
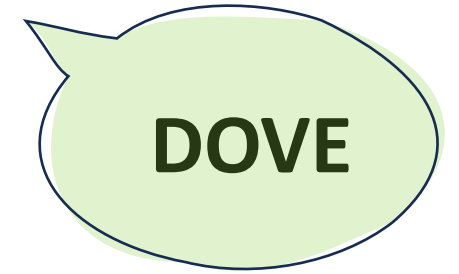


**UNIVERSITÀ  
DI PARMA**

Scuola di Specializzazione in Nefrologia  
(sede autonoma accreditata)



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma



## Strutture nefrologiche AUSL Parma

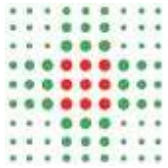
(Responsabile Prof. Enrico Fiaccadori)

### ● Ambulatori Nefrologici 1° livello

Ambulatorio Nefrologico Borgotaro  
Ambulatorio Nefrologico Fidenza  
Ambulatorio Nefrologico Langhirano

### ● Centri Assistenza Limitata con attività di emodialisi esclusivamente per pazienti cronici

CAL Parma presso Casa Comunità Lubiana-S.Lazzaro  
CAL presso Ospedale Vaio (Fidenza)  
CAL San Secondo  
CAL Sala Baganza  
CAL Colorno  
CAL Langhirano  
CAL Borgotaro (presso Ospedale Borgotaro)



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma



**Prima visita nefrologica, priorità:**

**P / D -> CUP**

**B\***

**U\***



**\*Specialista On-call (Nefrologo) dalle 10 alle 12 dei giorni feriali per prenotazione visite nefrologiche urgenti/urgenze differibili e/o per consulti telefonici:  
0521-703450 (SOLO PER IL MEDICO RICHIEDENTE)**

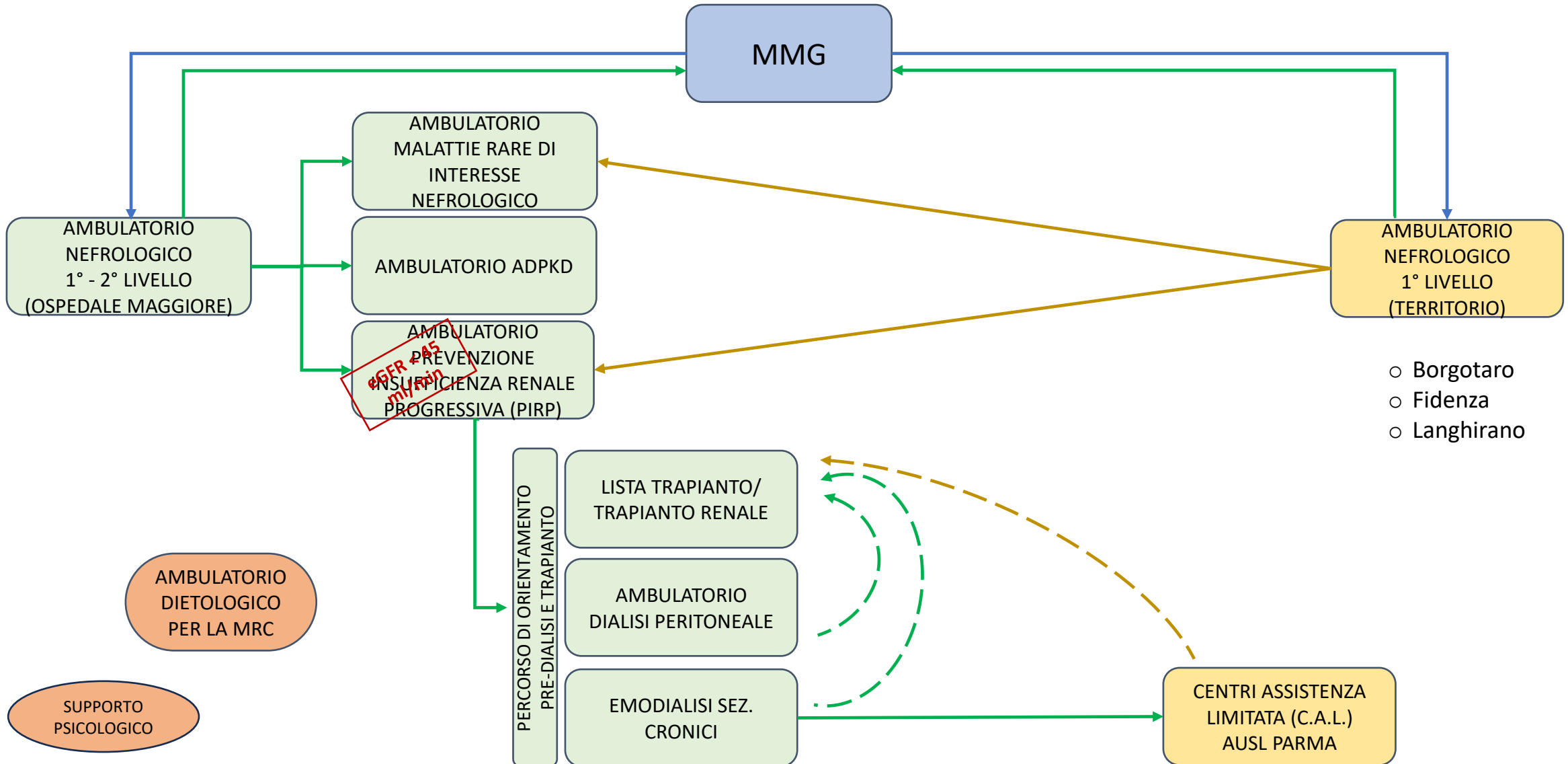
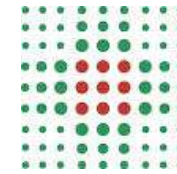
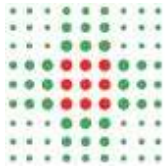
**0521-703998 PDA (8.30-13.30 LUN-VEN)**

**0521-702126**

**0521-702388**



**[ambulatorionefrologicoparma@gmail.com](mailto:ambulatorionefrologicoparma@gmail.com) per comunicazioni NON URGENTI**



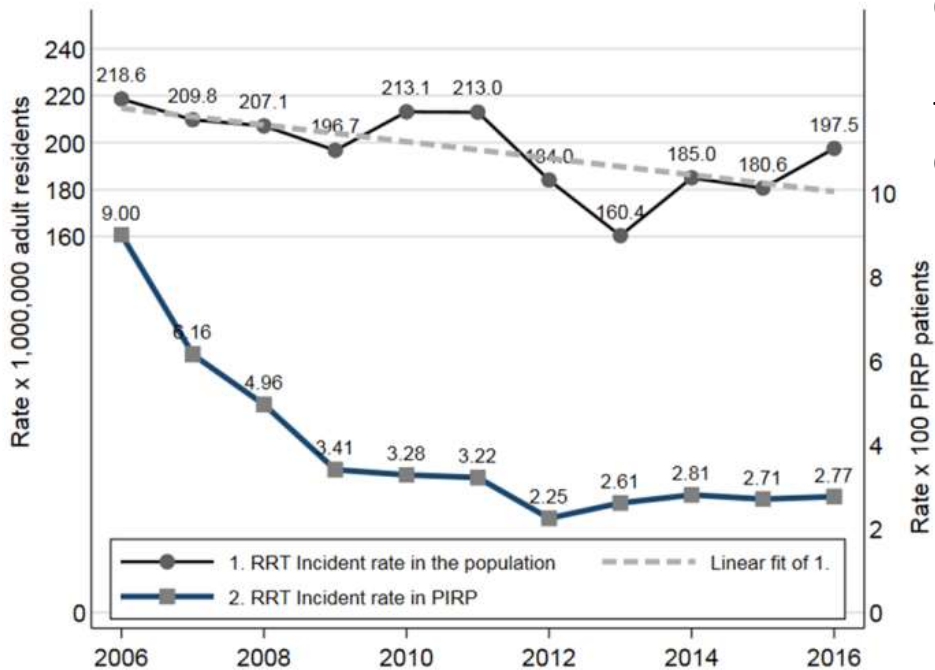
- Borgotaro
- Fidenza
- Langhirano

# PROGETTO PIRP

The PIRP (Prevenzione Insufficienza Renale Progressiva) project is endorsed and funded by the Emilia-Romagna Regional Health Board and involves all the Nephrology Units of the EmiliaRomagna Region (Italy).

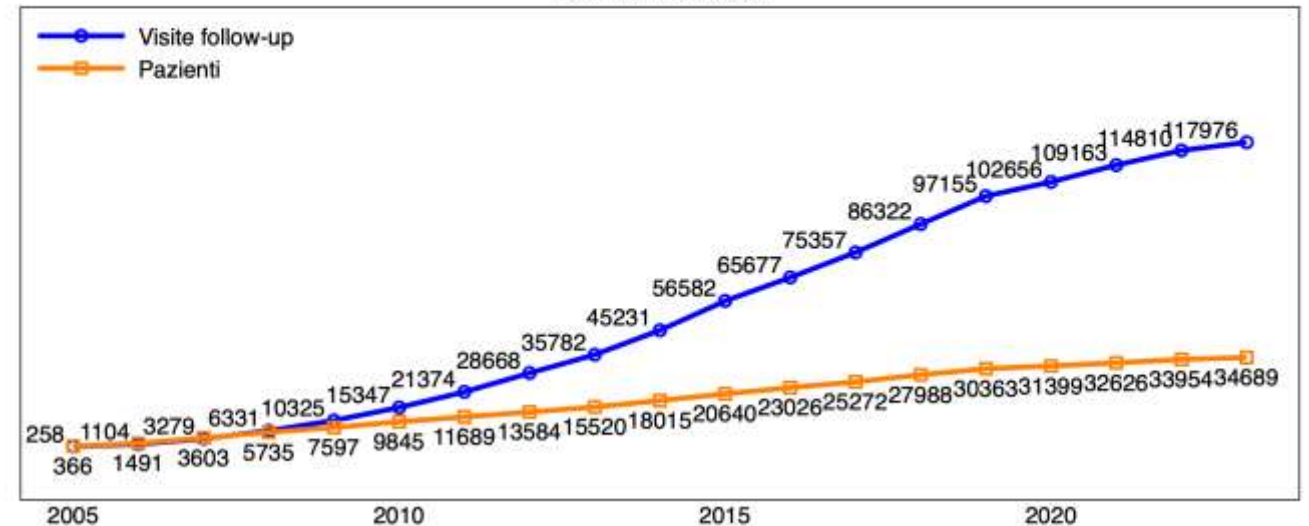
The project has a predominantly clinical purpose and is expected to bring about a continuous quality improvement in the treatment of patients with CKD.

The effects of a closer and joint monitoring of CKD patients by GPs and nephrologists can be quantified by the reduction of the mean annual GFR decline (average annual CKD-EPI change:  $-0.34$  ml/min), and by the decrease in the overall incidence of patients who annually started dialysis in the Emilia-Romagna Region, that dropped from 218.6 ( $\times$  million) in 2006 to 197.5 ( $\times$  million) in 2016, corresponding to about 100 cases.

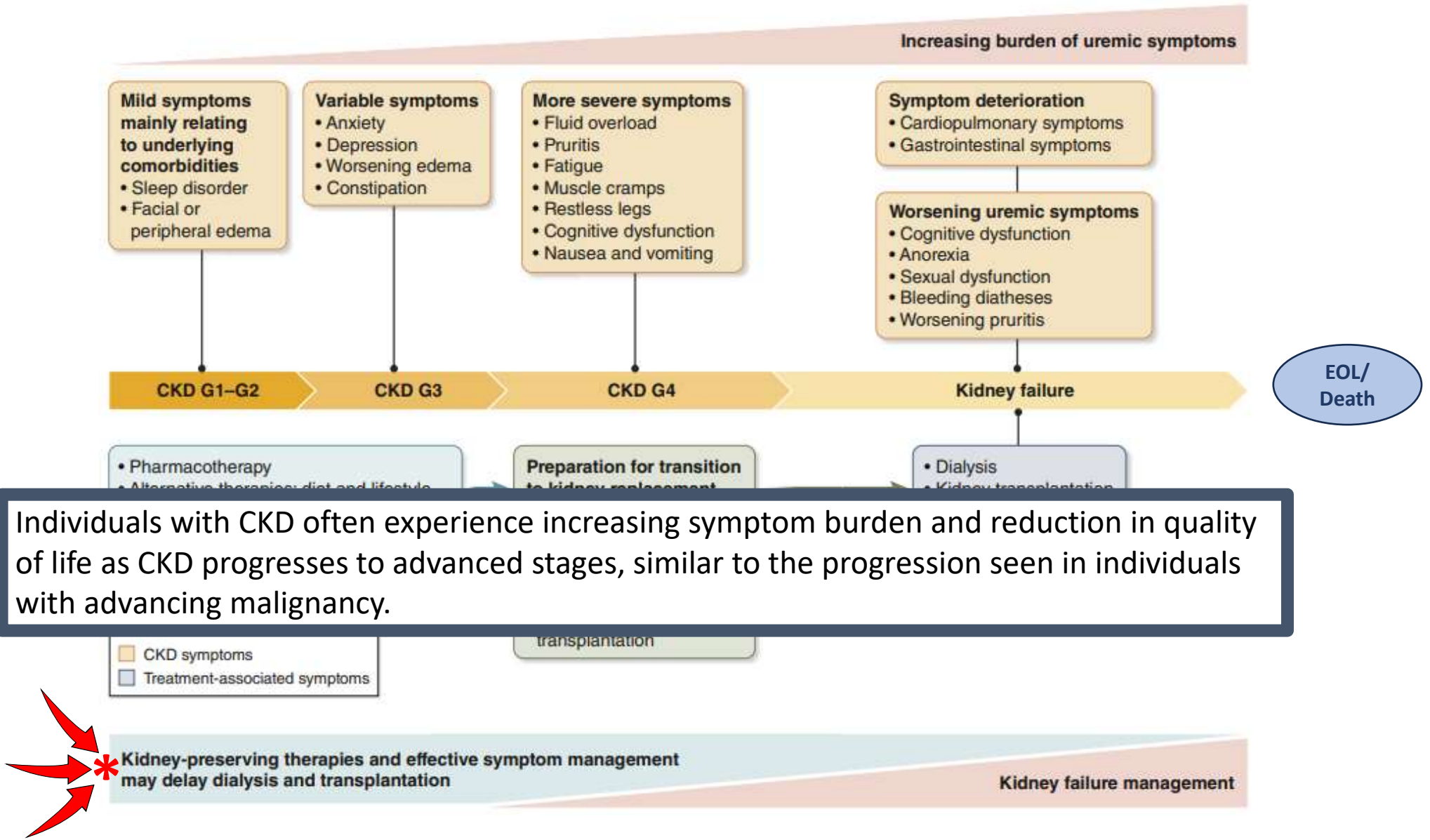


## Attività del registro PIRP, cumulata negli anni

Dati al 31.08.2023



# MODELLO DI CURA



# **COSA RESTA DA FARE: OBIETTIVI A BREVE NELL'AMBITO DEL PDTA-MRC**

- Maggiore coinvolgimento dei MMG, attraverso il completamento della disseminazione delle informazioni sul PDTA
- Più ampia utilizzazione delle modalità di rapido contatto e confronto tra MMG e Nefrologi
- Miglioramento dell'appropriatezza
- Aumentare la consapevolezza sulla donazione d'organo, finalizzata all'aumento del numero di trapianti, anche da donatore vivente
- Promozione delle vaccinazioni dei soggetti fragili
- Percorso per cure palliative per il paziente con MRC terminale, nel quale non sia indicata la terapia sostitutiva, o per il paziente in dialisi che sospenda il trattamento dialitico