

# L'accreditamento istituzionale in Emilia Romagna e Lazio: i contenuti professionali

P. Gilli

UO di Nefrologia e Dialisi, Dipartimento di Medicina Specialistica, Azienda Ospedaliera Universitaria, Arcispedale S. Anna, Ferrara

## The institutional accreditation process in the Italian Regions of Emilia Romagna and Lazio: professional contents

*The problems related to the institutional accreditation of the structures of Nephrology, Dialysis and Transplantation has been dealt with in various documents of the Regional Scientific Societies and in Regional Legislative Decrees. Two of these documents are particularly important, one is a special experimental project by the city councillor office for Health Policies issued by the region of Lazio and the other drafted by the Regional Health Agency for the region of Emilia Romagna. What is special about these documents is the fact that nephrologists have actually participated in the drafting process and consequently great attention was given to the professional aspects of the specialised activity.*

*The document issued by the region of Lazio tends to monitor – through criteria, indicators and standards – the various phases of health intervention in Nephrology, by following the different sectors of the process and health care areas identified by the Manual of Accreditation of the Italian Nephrology Society.*

*The document of the region of Emilia Romagna, more complex and articulated, deals systematically with specific requirements (structural, technological, organisational), services, clinical competence and teaching, qualification of diagnostic and therapeutic processes and health care.*

*The Italian Society of Nephrology has been asked to give an official evaluation of both documents. At this particularly uncertain stage, this approach is to be considered as being essential in maintaining consistent performance in the protection of the professional quality of the specialisation in Nephrology. (G Ital Nefrol 2002; 19 (suppl 21): S38-42)*

**KEY WORDS:** Institutional accreditation, Professional contents

**PAROLE CHIAVE:** Accredimento istituzionale, Contenuti professionali

L'accreditamento istituzionale delle strutture di Nefrologia, Dialisi e Trapianto è stato affrontato in questi ultimi anni in documenti delle Società Scientifiche Regionali o in Decreti Legislativi Regionali, andando ad integrarsi con il Manuale di Accredimento della funzione specialistica di Nefrologia (1), sviluppato dalla Commissione "Qualità & Accredimento" della Società Italiana di Nefrologia.

I documenti di riferimento sono i più vari. Alcuni assai dettagliati, come quello della Società Scientifica della Regione Basilicata o quello istituzionale della Regione Marche, altri, invece, di grande genericità, come quello della Lombardia.

In alcune Regioni, pur assai rilevanti nel panorama nefrologico nazionale, come il Veneto o il Piemonte, l'argomento è stato sino ad ora disatteso.

In linea generale, questi documenti hanno affrontato

prevalentemente l'articolazione organizzativa dei presidi nefrologici, rispettando a grandi linee l'organizzazione a quattro livelli di assistenza prevista dal Piano Sanitario Nazionale 1994-96.

Le eccezioni importanti riguardano:

a) i Centri Dialisi Autonomi – distinti dalle UO di Nefrologia – previsti da alcune Regioni, come ad esempio la Regione Marche;

b) le strutture dialitiche private – autonome dall' UO di Nefrologia – tuttora presenti in alcune Regioni, come la Sicilia, la Campania e il Lazio.

Una significativa costante di tutti i documenti reperibili è l'indicazione che l'assistenza ai pazienti in dialisi deve essere garantita da medici specialisti in Nefrologia.

Anche in questo campo, peraltro, esiste qualche ambiguità: in effetti, alcuni documenti sembrano lasciare aperta la possibilità che l'assistenza sia assicurata con il contribu-

to di medici non specialisti. In questo senso non sembrano di grande chiarezza né il documento della Regione Marche – che prevede nei cosiddetti Centri Dialisi Ambulatoriali che solo il responsabile sia uno specialista in Nefrologia – né quello della Regione Lombardia, che sollecita procedure per il ricovero di pazienti dializzati, con complicazioni, presso generiche “unità operative di degenza”.

Queste discrepanze, apparentemente trascurabili, assumono rilievo in un’organizzazione dipartimentale, che può comportare che l’attività di guardia interna sia affidata a non specialisti o addirittura la possibilità che la Nefrologia o la Dialisi siano identificate come strutture semplici, affidabili a un non specialista.

In questo contesto così diversificato e di grande incertezza, assumono particolare rilievo due documenti recentemente formulati, uno della Regione Lazio, l’altro della Regione Emilia Romagna, entrambi orientati ad affrontare anche gli aspetti professionali dell’attività specialistica di nefrologia.

I documenti si differenziano tra loro in modo significativo. Quello della Regione Emilia-Romagna è un documento istituzionale dell’Agenzia Sanitaria Regionale; quello della Regione Lazio è un progetto speciale dell’Assessorato alle Politiche per la Sanità, che ha come obiettivo la sperimentazione e validazione di un modello per l’accreditamento delle strutture che erogano dialisi.

I due documenti si riferiscono a realtà profondamente diverse.

L’organizzazione in Emilia Romagna è di tipo “Hub & Spoke”: i Centri “Hub” si identificano con le UO di Nefrologia, abitualmente con un bacino di utenza tra 200.000 e 400.000 abitanti, collocate in un presidio ospedaliero complesso; i Centri “Spoke” sono rappresentati da CAD (Centri Dialisi Decentrati ad assistenza continuativa) e da CAL (Centri Dialisi decentrati ad assistenza Limitata); le UO di Nefrologia possono inoltre gestire attività di dialisi domiciliare o presso Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) o altre strutture Socio-Sanitarie.

L’organizzazione prevista dalla Regione Lazio, con la Delibera n. 619/98 “Piano Regionale in materia di Nefrologia e Dialisi” – è fondamentalmente simile. Sono infatti previsti Centri di Riferimento di Nefrologia e Dialisi, Servizi di Nefrologia e Dialisi, CAL (Centri ad Assistenza Limitata), UDD (Unità Decentrate di Dialisi), UDDA (Unità Dialisi Decentrate per Anziani) e attività di dialisi domiciliare, corrispondendo in pratica gli UDD ai CAD dell’Emilia Romagna.

In realtà, mentre le articolazioni organizzative previste sono parte integrante del documento dell’Emilia Romagna, in quello della Regione Lazio si fa riferimento ad un progetto la cui realizzazione rimane per lo meno opinabile. Al documento della Regione Lazio, infatti, è allegato un elenco di Centri Dialisi, aggiornato al 31.12.99, così classificati: 37 Centri Privati, non meglio

**TABELLA I - DISTRIBUZIONE DELLE TIPOLOGIE DI STRUTTURE NEFROLOGICHE E DIALITICHE IN ALCUNE REGIONI ITALIANE**

Regione	Popolazione x 1.000	UO	Servizi dialisi	CAL	CAD
Piemonte	4.294	23		32	
Veneto	4.453	17	4	25	
Lombardia	8.959	36	9 *	70	
Emilia Rom.	3.938	10		47 **	5

\* alcuni collocati in strutture private

\*\* alcuni collocati in strutture private, funzionalmente collegati alle UO di riferimento

definiti; 38 Centri Pubblici, di cui: 6 Universitari, 1 in Istituto di Ricerca, 1 “Classificato”, 4 CAL, 1 UDD. Da rilevare, inoltre, che la distribuzione dei pazienti è nettamente prevalente nelle strutture private.

Nell’organizzazione dell’Emilia Romagna va poi tenuto conto di una distribuzione fra le varie articolazioni organizzative, che non ha riscontro in altre Regioni, come si può vedere nella Tabella I, che riporta il confronto delle varie tipologie di strutture nefrologiche e dialitiche in alcune Regioni Italiane.

Queste precisazioni sulle differenze organizzative non appaiono fuori luogo, pur dovendo noi affrontare specificamente gli aspetti professionali. È infatti ampiamente condivisibile il concetto espresso dal Manuale di Accreditamento di eccellenza della SIN, secondo cui “la professionalità (va) intesa non solo come competenza tecnica, ma anche (come) capacità di esercitare quest’ultima entro un sistema organizzativo strutturato, talora complesso”, concetto che applica al nostro contesto il modello organizzativo di Allaire e Firsiroto (2), secondo il quale non è possibile, in una organizzazione, scindere la dimensione culturale da quella strutturale.

D’altra parte solo una struttura organizzativa complessa, che tenga conto dell’inscindibilità di Nefrologia, Dialisi e Trapianto, e che sviluppi un modello di tipo reticolare capace di coordinare le varie aree operative e le diverse attività, con integrazione fra i diversi livelli di erogazione del servizio, sembra in grado di garantire una prestazione qualitativamente adeguata alle necessità del paziente nefropatico.

## Analisi dei documenti

Il documento elaborato dalla Regione Lazio tende a monitorare le varie fasi dell’intervento sanitario in Nefrologia, ripercorrendo l’articolazione per settori e aree assistenziali individuata dal Manuale di Accreditamento SIN. Vengono analizzati, utilizzando criteri, indicatori e

standard:

- gestione della persona affetta da malattia renale in terapia conservativa
- scelta, accesso e inizio del trattamento dialitico
- adeguatezza della terapia dialitica e dello stato nutrizionale
- trattamento dialitico
- prevenzione delle infezioni virali
- accesso dialitico
- trattamento dell'acqua
- trapianto
- insufficienza renale acuta

Nell'insieme, la formulazione del documento sembra tener conto in modo adeguato, nella definizione degli indicatori, dei requisiti di qualità formulati dall'International Society for Quality in Health care (ISQua). In particolare, vi è attenzione: al paziente, ai suoi diritti e al processo di cura; alla tempestività e alla continuità dell'assistenza; all'adeguatezza delle prestazioni.

In senso critico, possono essere segnalati: l'eccessiva numerosità degli indicatori scelti e il ricorso a valori di riferimento (*standard*) numerici, spesso troppo lontani dalla realtà attuale e dal contesto.

Nell'impostazione del documento, inoltre, si evidenzia spesso un sovrapporsi di requisiti dell'accreditamento autorizzativo istituzionale con requisiti di eccellenza. Nel primo modello, come è noto, la valutazione di un indicatore soddisfa una logica di tipo dicotomico (sì/no), ritenendo che la rispondenza a requisiti o a specifiche di qualità pre-determinati sia garanzia di qualità.

Il secondo utilizza abitualmente valori di riferimento, spesso numerici, e si basa su una logica di tipo comparativo propria dei sistemi di *benchmark*, avendo come obiettivo sia una valutazione tra strutture, comparando realtà omogenee, sia una valutazione nel tempo della propria performance, al fine di conseguire un miglioramento continuo delle prestazioni.

Anche se questa seconda metodologia sembra garantire una maggior continuità nella ricerca della qualità, va tenuta presente la necessità di mantenere una posizione di grande prudenza, almeno in questa prima fase di applicazione di metodologie del tutto nuove. In questo senso, appare opportuno raccomandare l'uso di pochi indicatori, semplici, facilmente valutabili, privi di ponderazione, ovvero riservarsi di indicare in un secondo tempo, quale esito di una fase di sperimentazione, valori di riferimento individuati nel contesto abituale, ai quali potranno tendere le attività di miglioramento.

Il documento della Regione Emilia Romagna è più complesso e articolato.

Si affrontano in modo sistematico:

- a) requisiti specifici: strutturali, tecnologici e organizzativi
- b) servizi
- c) competenza clinica e formazione
- d) qualificazione dei percorsi diagnostico-terapeutici e

assistenziali.

Con riferimento ai primi due punti, appare evidente lo sforzo di garantire una struttura organizzativa adeguata alla complessa tipologia della prestazione nefrologica, dialitica e di trapianto, al fine di assicurare omogeneità dell'intervento, accessibilità alla struttura, tempestività e continuità dell'intervento, integrazione tra i servizi, appropriatezza della prestazione, soddisfazione del paziente/cliente.

In questo senso appaiono di rilievo alcuni elementi:

- la richiesta di un numero minimo di posti letto, sia per l'attività di degenza, sia per quella di emodialisi, all'interno dell'UO o nei CAL e nei CAD;
- lo spazio/posto letto, non inferiore a 9 m<sup>2</sup>;
- la garanzia di un'attività di Day Hospital e di un ambulatorio diagnostico-terapeutico;
- la continuativa presenza di almeno un medico specialista in nefrologia non solo nell'UO, ma anche nei CAD durante le ore di attività dialitica, con un richiamo alla necessità che la presenza medica sia tale da garantire la continuità assistenziale, di fronte alla molteplicità delle prestazioni erogabili dall'UO;
- la disponibilità nei CAL di un medico specialista in nefrologia su chiamata, ma con obbligo di accessi al Centro non inferiore a 2/mese/turno;
- l'indicazione al raggiungimento di un rapporto personale infermiere/paziente in emodialisi non inferiore a 1/3, tenendo presente l'esigenza di personale aggiuntivo dedicato per la dialisi peritoneale e per le eventuali ulteriori attività del Centro (per esempio, dialisi per *acuti*);
- la sottolineata necessità di creare un pool di personale infermieristico addestrato;
- il tentativo di una definizione delle caratteristiche dei pazienti da trattare nelle varie tipologie di struttura dialitica;
- la disponibilità di servizi di supporto, tali da garantire le prestazioni urgenti in tutte le tipologie strutturali, nonché la diagnostica più complessa e i servizi consulenziali alle UO;
- la precisazione che al medico specialista in nefrologia spetta un ruolo nell'acquisizione di beni, attrezzature e servizi.

La parte dedicata alla qualificazione dei percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali è quella che più si avvicina al documento della Regione Lazio. Vengono affrontate alcune fasi del processo assistenziale, con particolare attenzione a:

- gestione delle emergenze
- gestione dei pazienti con insufficienza renale cronica
- trasporto ed esigenze sociali dei pazienti
- trapianto
- dialisi domiciliare

Anche se l'approccio ai singoli problemi è in linea generale abbastanza generico, basato su raccomandazioni di carattere generale, finalizzate alla definizione di procedure

**TABELLA II - COMPETENZE PROFESSIONALI DEL PERSONALE MEDICO DELL'UO DI NEFROLOGIA**

- Capacità di prevenire, diagnosticare e trattare le malattie mediche del rene, i disordini del metabolismo idro-elettrolitico e dell'equilibrio acido-base, l'ipertensione arteriosa complicata
- Capacità di intervenire nelle emergenze nefrologiche, anche con tecniche dialitiche
- Padronanza delle tecniche di assistenza dialitica
- Capacità di gestire l'assistenza ai pazienti trapiantati, nonché l'attività di studio del paziente per la selezione e l'inserimento nelle liste di attesa

**TABELLA III - COMPETENZE TECNICHE DEL PERSONALE MEDICO DELL'UO DI NEFROLOGIA**

- Esecuzione di biopsia renale
- Applicazione di catetere venoso, temporaneo e definitivo, per emodialisi
- Allestimento di fistola artero-venosa \*
- Applicazione di catetere peritoneale \*
- Esecuzione e interpretazione di ecografia renale e vescicale \*

\* anche avvalendosi di collaborazioni esterne all'UO

o indicazioni/istruzioni operative, emergono alcuni spunti di rilevante interesse. In particolare va sottolineato il valore di informazione e comunicazione contenuto nel richiamo ad un invio precoce dei pazienti alle UO di Nefrologia, attraverso l'istituzione di procedure concordate con le altre UO ospedaliere e con i medici di medicina generale, nonché l'individuazione di un insieme di indicatori finalizzati a monitorare le varie fasi del processo assistenziale.

Ad esempio, vengono introdotti:

*a) indicatori di attività*

- quanti pazienti con insufficienza renale acuta/anno
- quanti pazienti con insufficienza renale cronica (Creatininemia  $>1.6$  e  $<5$  mg%) seguiti a livello ambulatoriale

*b) indicatori di processo*

- quante chiamate nei CAL per "urgenze"
- quanti accessi inappropriati all'UO di pazienti in trattamento dialitico con situazioni di emergenza
- quanti pazienti "early referral" (noti da  $> 6$  mesi) iniziano la dialisi con un accesso vascolare temporaneo
- quanti pazienti "early referral", HbsAg e HbsAb negativi, iniziano la dialisi senza essere stati sottoposti alla vaccinazione HBV

*c) indicatori di risultato*

- quanti pazienti in trattamento sostitutivo
- \* con Kt/V adeguato (Linee guida SIN)
- \* con Hb  $> 11$  g%
- \* con Ca x P  $< 65$
- incidenza di peritonite nei pazienti in dialisi peritoneale.

Anche in questo documento, come in quello del Lazio, all'uso di indicatori è associata l'identificazione di valori di riferimento (*standard*), spesso indicati da valori numerici. A tal proposito, possono farsi alcune delle riflessioni critiche già avanzate per il documento della Regione Lazio, anche se va sottolineato come venga chiaramente detto che "gli standard numerici vanno considerati come riferimenti orientativi, almeno per i primi tre anni di applicazione dei requisiti, e andranno rivalutati sulla base dell'esperienza accumulata nel periodo".

L'ultimo aspetto affrontato nel documento è dedicato alla "*clinical competence*", con riferimento sia al personale medico che a quello infermieristico.

Molto dettagliata appare la definizione delle competenze del personale infermieristico, a ribadire il ruolo fondamentale svolto nel processo assistenziale del paziente nefropatico, in particolare per quanto attiene al trattamento dialitico.

Al personale infermieristico viene richiesta:

- conoscenza delle apparecchiature, dei materiali, delle tecniche dialitiche, dei farmaci di comune impiego
- capacità di conduzione della seduta dialitica
- conoscenza delle precauzioni universali, oltre che delle procedure di gestione dei cateteri venosi centrali, di disinfezione delle apparecchiature, di smaltimento dei rifiuti.

Vengono inoltre considerati necessari:

- un addestramento non inferiore a 3 mesi presso l'UO di riferimento per il personale addetto alle varie tipologie di struttura dialitica, CAL e CAD compresi
- una valutazione finale dell'apprendimento
- un riaddestramento almeno triennale, con valutazione
- il conseguimento del diploma di BLS-D (*Basic Life Support Defibrillator*) da considerarsi obbligatorio per il personale dei CAL, con periodiche fasi di riaddestramento.

Più cauto e generico è il contenuto del capitolo dedicato al personale medico. Vengono in effetti richieste competenze professionali e tecniche (Tab. II e III), ma il riferimento è sempre all'equipe e non al singolo, mentre per alcune voci è prevista la possibilità di avvalersi di collaborazioni esterne all'UO.

Nonostante questa prudenza nel definire le competenze, appare chiaro l'obiettivo di mantenere al nefrologo professionalità specifiche, ad evitare che diventi un internista con competenze in nefrologia, rischio insito in certe modalità di organizzazione dipartimentale, tanto più oggi che la padronanza delle tecniche dialitiche appare sempre più una competenza di personale infermieristico opportunamente qualificato.

A questo proposito, si può porre alla discussione l'ipotesi che la difesa della professionalità del nefrologo passi per la strada indicata dal Dr. O'Neil in un recente articolo (3), in cui si sottolinea la necessità di un "*new nephrologist*", con le caratteristiche del nefrologo interventista, capa-

ce di ecografie, biopsie, fistole artero-venose, accessi peritoneali, angioplastiche, indagini angiografiche.

La stessa strada sembra d'altra parte indicata, seppure in termini più generici, da quanto richiesto allo specializzando in Nefrologia nell'ordinamento didattico pubblicato nella GU n.139 del 17.6.1997 dal Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica.

A commento conclusivo, alcune brevi considerazioni.

È chiaro che l'accREDITAMENTO è un percorso obbligato, da cui non si può prescindere.

La raccomandazione a tutti i nefrologi è quella di avvicinarsi all'accREDITAMENTO, consapevoli di disporre di un mezzo utile per combattere l'autoreferenzialità, per misurare in modo obiettivo il proprio lavoro, per migliorare la qualità del servizio offerto, per rivendicare il diritto a lavorare in reparti idonei dal punto di vista delle strutture, dei servizi e dell'organizzazione.

In questo senso, sembra di dover sottolineare il valore etico del contributo che il professionista può dare allo sviluppo di una metodologia che persegue l'ottimizzazione delle prestazioni sanitarie.

Un'ulteriore raccomandazione è quella di sottoporre ogni documento istituzionale – anche se realizzato con un importante contributo dei professionisti, com'è il caso dei documenti delle Regioni Lazio ed Emilia Romagna – ad un parere ufficiale della Società Italiana di Nefrologia. Questo percorso appare indispensabile, in una fase così incerta, per mantenere comportamenti uniformi, tali da evitare errori che possano compromettere l'individualità professionale dello specialista in Nefrologia e conseguentemente sottrarre al paziente la possibilità di fruire delle conoscenze tecniche necessarie per perseguire il miglior risultato in termini di salute e di qualità della vita.

## Riassunto

Il problema dell'accREDITAMENTO istituzionale delle strutture di Nefrologia, Dialisi e Trapianto è stato affrontato in vari documenti delle Società Scientifiche Regionali o in Decreti Legislativi Regionali. Fra questi, un particolare rilievo assumono un documento della Regione Lazio – progetto speciale di sperimentazione dell'Assessorato alle Politiche per la Sanità – e uno della Regione Emilia Romagna, formulato dall'Agenzia Sanitaria Regionale.

Le caratteristiche di questi documenti sono la partecipazione dei nefrologi alla loro stesura e l'attenzione dedicata agli aspetti professionali dell'attività specialistica.

Il documento della Regione Lazio tende a monitorare – utilizzando criteri, indicatori e standard – le varie fasi dell'intervento sanitario in Nefrologia, ripercorrendo l'articolazione per settori e aree assistenziali individuata dal Manuale di AccREDITAMENTO della Società Italiana di Nefrologia (SIN).

Il documento della Regione Emilia Romagna, più com-

plesso e articolato, affronta in modo sistematico: requisiti specifici (strutturali, tecnologici, organizzativi), servizi, competenza clinica e formazione, qualificazione dei processi diagnostico-terapeutici e assistenziali.

Per entrambi i documenti è stata richiesta una valutazione ufficiale della SIN. Questa modalità di comportamento viene ritenuta indispensabile, in una fase così incerta, per mantenere comportamenti uniformi, a difesa della professionalità dello specialista in Nefrologia.

Indirizzo dell'Autore:

Prof. Paolo Gilli  
UO di Nefrologia e Dialisi  
Arcispedale S. Anna  
Corso Giovecca, 203  
44100 Ferrara  
e-mail: gll@unife.it

---

## Bibliografia

1. Manuale di accREDITAMENTO di eccellenza della funzione specialistica di Nefrologia – Società Italiana di Nefrologia – <http://www.sin-italia.org/qaccred>
2. Allayre Y, Firsirotu ME. Considérations générales sur la stratégie et la structure d'ensemble de l'ouvrage. Dans: L'entreprise stratégique : penser la stratégie. Boucherville: Gaetan Morin, 1993.
3. O'Neill WC. The new nephrologist. Am J Kidney Dis 2000; 35: 978-9.