

Censimento a cura della Società Italiana di Nefrologia delle strutture nefrologiche e della loro attività in Italia nel 2014-2015: il lavoro del nefrologo



Giuseppe Quintaliani, Marina Di Luca, Anteo Di Napoli, Giusto Viglino, Maurizio Postorino, Alessandro Amore, Simeone Andrulli, Antonio Bellasi, Giuliano Brunori, Erasmo Buongiorno, Santina Castellino, Alessandro D'Amelio, Luca De Nicola, Loreto Gesualdo, Domenico Di Landro, Sandro Feriozzi, Giovanni Strippoli, Ugo Teatini, Antonio Santoro

Referenti regionali: M.Campanella (Abruzzo), G.Santarsia (Basilicata), G.Fuiano (Calabria), C.Paglione (Campania), E.Fiaccadori (Emilia - Romagna), L.Martimbianco (Friuli-Venezia Giulia), A.Santoboni (Lazio), Garibotto (Liguria), G.Pontoriero (Lombardia), M.Zeiler (Marche), M.Brigante (Molise), R.Boero (Piemonte), F.Aucella (Puglia), M.Cossu (Sardegna), B.Ricciardi (Sicilia), A.Capitanini (Toscana), E.Nunzi (Umbria), B.Giacon (TAA), M.Nordio (Veneto).



Centri nefrologici partecipanti al Censimento per Regione



Regioni	Centri Privati			Centri Pubblici			Totale Centri		
	presenti	rispondenti	%	presenti	rispondenti	%	presenti	rispondenti	%
Abruzzo	2	1	50,0	15	15	100,0	17	16	94,1
Basilicata	1	0	0,0	7	6	85,7	8	6	75,0
Calabria	1	1	100,0	18	18	100,0	19	19	100,0
Campania	105	41	39,0	29	17	58,6	134	58	43,3
Emilia-Romagna	3	2	66,7	14	15	107,1	17	17	100,0
Friuli-Venezia Giulia	1	0	0,0	7	7	100,0	8	7	87,5
Lazio	47	12	25,5	28	26	92,9	75	38	50,7
Liguria	1	1	100,0	10	10	100,0	11	11	100,0
Lombardia	11	11	100,0	37	37	100,0	48	48	100,0
Marche	1	1	100,0	14	14	100,0	15	15	100,0
Molise	1	1	100,0	4	4	100,0	5	5	100,0
Piemonte	0	0	-	22	22	100,0	22	22	100,0
Puglia	20	14	70,0	26	26	100,0	46	40	87,0
Sardegna	4	4	100,0	15	15	100,0	19	19	100,0
Sicilia	83	22	26,5	28	28	100,0	111	50	45,0
Toscana	1	1	100,0	22	22	100,0	23	23	100,0
Trentino-Alto Adige	1	1	100,0	6	6	100,0	7	7	100,0
Umbria	0	0	-	6	6	100,0	6	6	100,0
Valle d'Aosta	0	0	-	1	1	100,0	1	1	100,0
Veneto	0	0	-	23	23	100,0	23	23	100,0
ITALIA	283	113	39,9	332	318	95,8	615	431	70,1

Incidenza



1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008

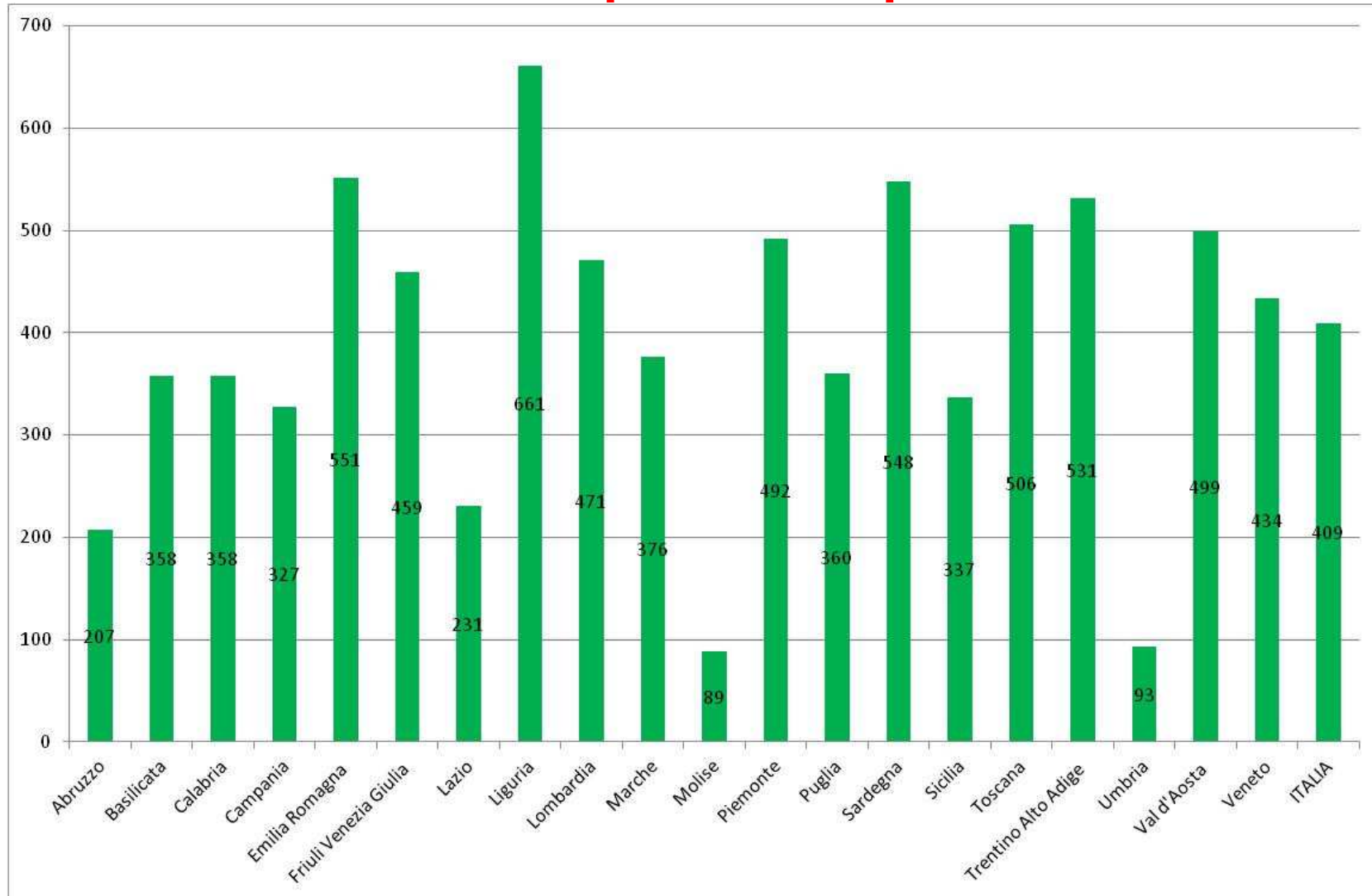
Prevalenza dializzati in Italia



2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014

45.000 pazienti in dialisi

Pazienti trapiantati (pmp) per Regione circa 25000 pazienti trapiantati



Incidenti in dialisi (numero e pmp) per Regione

Regione	HD	DP	Totale	pmp
Marche	313	79	392	253
Umbria	159	38	197	220
Liguria	286	54	340	215
Calabria	340	50	390	197
Friuli-Venezia Giulia	197	40	237	193
Abruzzo	174	77	251	188
Molise	51	8	59	188
Lombardia	1.507	292	1.799	180
Sardegna	252	46	298	179
Piemonte	637	132	769	174
Puglia	588	93	681	166
Emilia-Romagna	620	94	714	160
Toscana	458	97	555	148
Valle d'Aosta	14	2	16	125
Trentino-Alto Adige	107	23	130	123
Veneto	398	161	559	113
Basilicata	58	0	58	101
Campania	476	32		
Lazio	380	87		
Sicilia	785	118		
Totale	7.800	1.523	7.445	169

Se non teniamo conto delle regioni dove non abbiamo il 100% di risposte, su 43 milioni di abitanti l'incidenza è 169 (RIDT= 159)

Posti dialisi del centro principale e di quelli satelliti per Regione



Posti dialisi Regione	Centro principale			Centro satellite			Tutti	
	Totale	Media	Mediana	Totale	Media	Mediana	Totale	pmp
Abruzzo	162	16	12	67	22	0	229	172
Basilicata	75	15	13	10	10	0	85	147
Calabria	247	15	14	162	18	0	409	207
Campania	700	15	12	31	16	0	731	125
Emilia-Romagna	359	21	21	393	33	25	752	169
Friuli-Venezia Giulia	125	18	16	141	24	18	266	217
Lazio	397	18	15	166	21	0	563	96
Liguria	185	21	16	68	11	4	253	160
Lombardia	1.136	24	19	691	20	12	1.827	183
Marche	270	23	18	33	11	0	303	195
Molise	79	16	12	21	11	0	100	319
Piemonte	506	24	19	282	19	11	788	178
Puglia	767	21	18	254	16	0	1.021	250
Sardegna	350	18	17	189	21	0	539	324
Sicilia	479	13	11	68	17	0	547	107
Toscana	475	23	21	207	19	2	682	182
Trentino-Alto Adige	106	15	12	62	62	0	168	159
Umbria	153	26	23	32	16	0	185	207
Valle d'Aosta	16	16	16	15	15	15	31	242
Veneto	405	21	17	164	13	7	569	115
Totale	6.992	19	16	3.056	19	13	10.048	165

Tabella 18. Pazienti acuti trattati in **Terapia Intensiva** (numero e pmp) per Regione

Regione	Totale	pmp
PUGLIA	2.331	570
SICILIA	1.795	353
EMILIA ROM.	1.451	326
VAL D'AOSTA	39	304
SARDEGNA	453	272
MOLISE	71	227
PIEMONTE	993	224
VENETO	1.088	221
LIGURIA	322	203
ABRUZZO	241	181
CALABRIA	250	177
Incidenti:		
Totale	7.800	1.523
LAZIO	663	113
TOSCANA	401	107
TRENTINO AA	106	100
FRIULI VG	106	86
CAMPANIA	210	36
BASILICATA	5	9
Totale	12.206	201

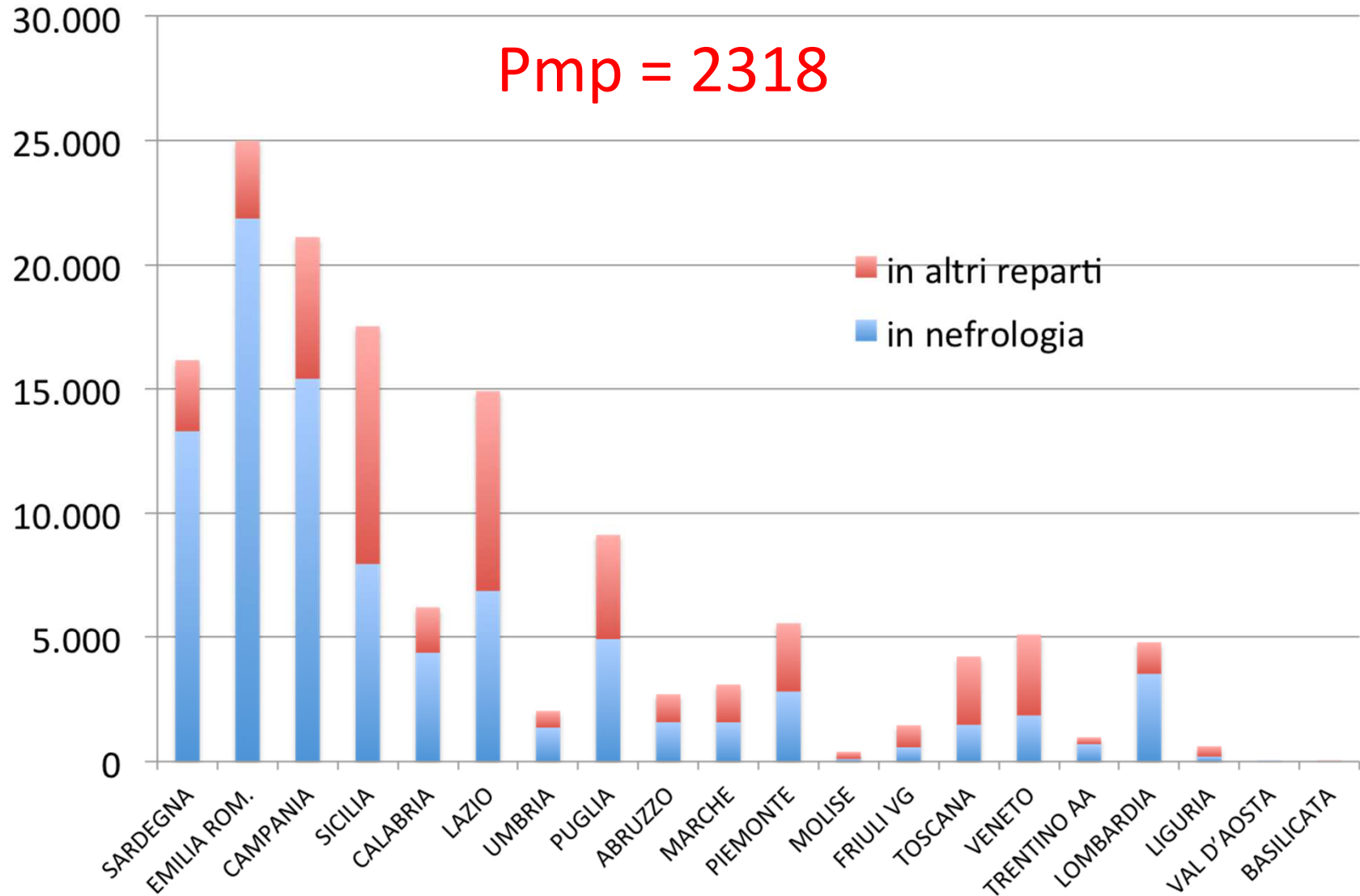
Tabella 17. numero di **trattamenti** per paz. acuti di HD effettuati in Nefrologia o in altri reparti



Regione	in nefrologia	in altri reparti	Totale	pmp
SARDEGNA	13.298	2.856	16.154	9712
EMILIA ROM.	21.880	3.118	24.998	5617
CAMPANIA	15.406	5.727	21.133	3605
SICILIA	7.958	9.559	17.517	3440
CALABRIA	4.357	1.857	6.214	3144
LAZIO	6.874	8.042	14.916	2531
UMBRIA	1.359	670	2.029	2286
PUGLIA	4.904	4.218	9.122	2230
ABRUZZO	1.577	1.118	2.695	2024
MARCHE	1.570	1.513	3.083	1988
PIEMONTE	2.804	2.770	5.574	1260
MOLISE	100	286	386	1232
FRIULI VG	572	880	1.452	1183
TOSCANA	1.472	2.733	4.205	1121
VENETO	1.847	3.237	5.084	1082
TRENTINO AA	700	266	966	915
LOMBARDIA	3.514	1.259	4.773	477
LIGURIA	202	406	608	384
VAL D'AOSTA	6	0	6	47
BASILICATA	0	22	22	38
Totale	90.400	50.537	140.937	2.318

Trattamenti di HD effettuati in Nefrologia o Altri reparti a pazienti acuti e a pazienti cronici non conosciuti prima, nel corso del 2014

CENSIMENTO SIN
IL NOSTRO PRESENTE - IL NOSTRO FUTURO
2014

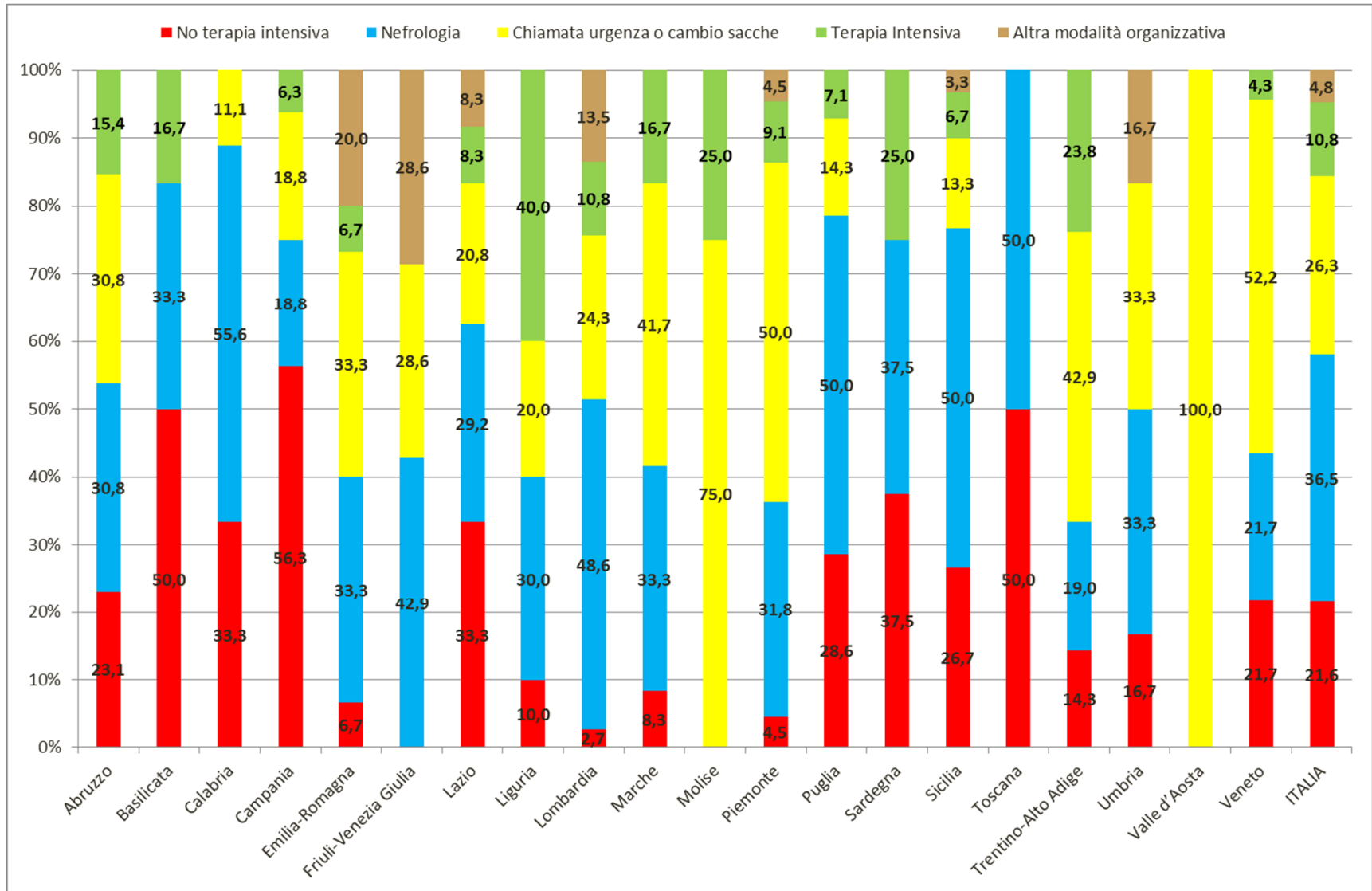


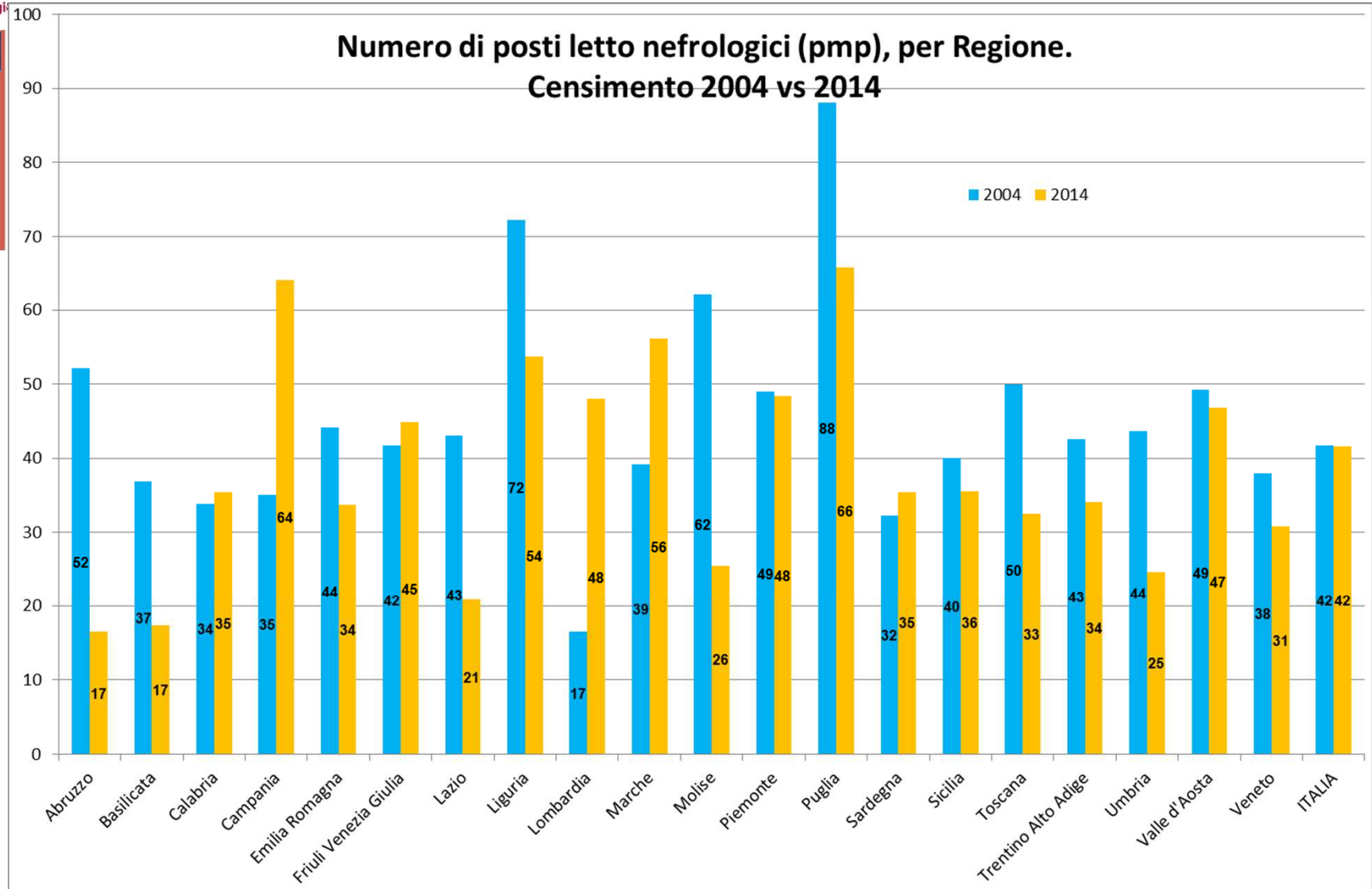
Quintaliani

Gestione dell'assistenza infermieristica durante i trattamenti in Terapia Intensiva per Regione (solo centri pubblici)

CENSIMENTO SIN
IL NOSTRO PRESENTE - IL NOSTRO FUTURO

2014





Distribuzione dei letti di nefrologia ordinaria e semi-intensiva per Regione

CENSIMENTO SIN
IL NOSTRO PRESENTE - IL NOSTRO FUTURO

2014

Regione	PL ordinari	PL semi-intensivi	PL totali	PL mediana	PL pmp
Abruzzo	22	1	23	0	17
Basilicata	10	0	10	0	17
Calabria	70	0	70	0	35
Campania	132	6	138	0	0
Emilia-Romagna	150	20	170	10	38
Friuli-Venezia Giulia	55	0	55	6	45
Lazio	115	2	117	6	20
Liguria	85	0	85	10	54
Lombardia	480	10	490	12	49
Marche	87	2	89	4	57
Molise	8	0	8	0	26
Piemonte	214	10	224	0	51
Puglia	269	15	284	10	69
Sardegna	59	2	61	0	37
Sicilia	181	31	212	6	42
Toscana	122	5	127	5	34
Trentino-Alto Adige	36	0	36	1	34
Umbria	22	0	22	4	25
Valle d'Aosta	6	0	6	6	47
Veneto	152	16	168	6	34
ITALIA	2.275	120	2.395	6	41

Quintaliani

Distribuzione dei posti letti nefrologici per tipologia di degenza nefrologica

Regione	Degenza						pmp
	autonoma	altri dipartimenti	consulenza	nessuna	altro	totale	
Abruzzo	2	3	2	5	0	12	4
Basilicata	1	0	1	3	0	5	2
Calabria	5	1	5	6	0	17	3
Campania	8	4	2	2	1	17	2
Emilia-Romagna	9	4	2	0	0	15	3
Friuli-Venezia Giulia	4	1	2	0	0	7	4
Lazio	7	6	2	2	1	18	2
Liguria	6	0	3	0	0	9	4
Lombardia	26	6	5	0	0	37	3
Marche	2	11	0	0	0	13	8
Molise	1	1	0	2	0	4	6
Piemonte	8	13	0	0	1	22	5
Puglia	19	2	2	4	2	29	5
Sardegna	3	4	6	2	1	16	4
Sicilia	22	2	2	2	0	28	5
Toscana	6	10	2	1	1	20	4
Trentino-Alto Adige	2	1	0	2	1	6	3
Umbria	2	2	2	0	0	6	4
Valle d'Aosta	0	1	0	0	0	1	8
Veneto	8	8	2	2	2	22	3
ITALIA	141	80	40	33	10	304	4

Autonoma: 46,4%/54,0% Altri dipartimenti: 26,3%/30,7% Consulenza: 13,2%/15,3%

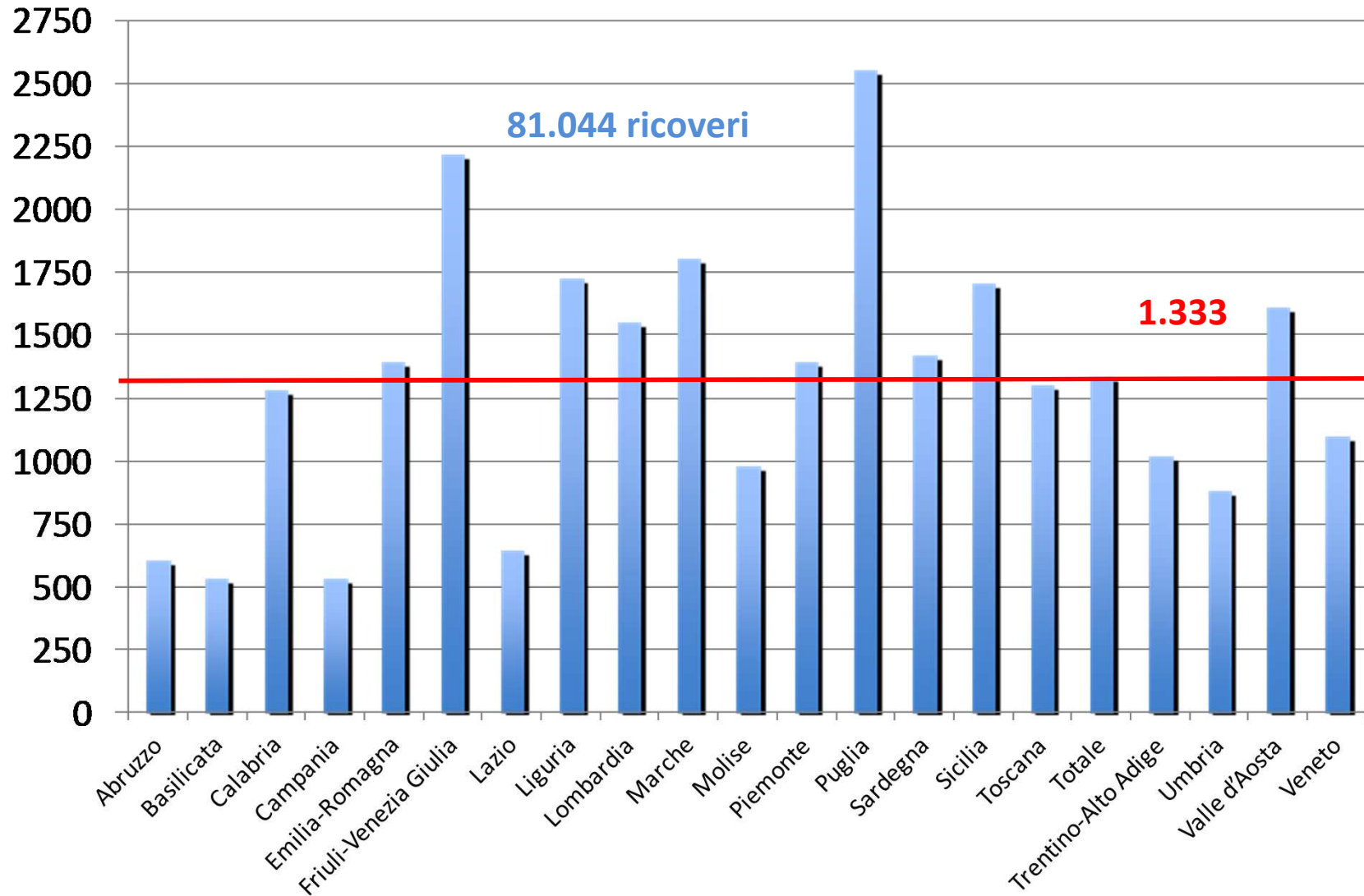
Nessuna: 10,9% Altro: 3,3%

Tabella 2. Ricoveri nefrologici in numero assoluto e pmp nelle varie regioni italiane

Regione	Totale	Pmp
Puglia	10.448	2.554
Friuli-Venezia Giulia	2.729	2.224
Marche	2.805	1.809
Liguria	2.738	1.729
Sicilia	8.714	1.711
Valle d'Aosta	207	1.613
Lombardia	15.555	1.555
Sardegna	2.368	1.424
Emilia-Romagna	6.212	1.396
Piemonte	6.162	1.393
Toscana	4.890	1.303
Calabria	2.535	1.282
Veneto	5.431	1.102
Trentino-Alto Adige	1.079	1.022
Molise	308	983
Umbria	791	884
Lazio	3.816	648
Abruzzo	807	606
Basilicata	310	538
Campania	3.139	536
Totale	81.044	1.333

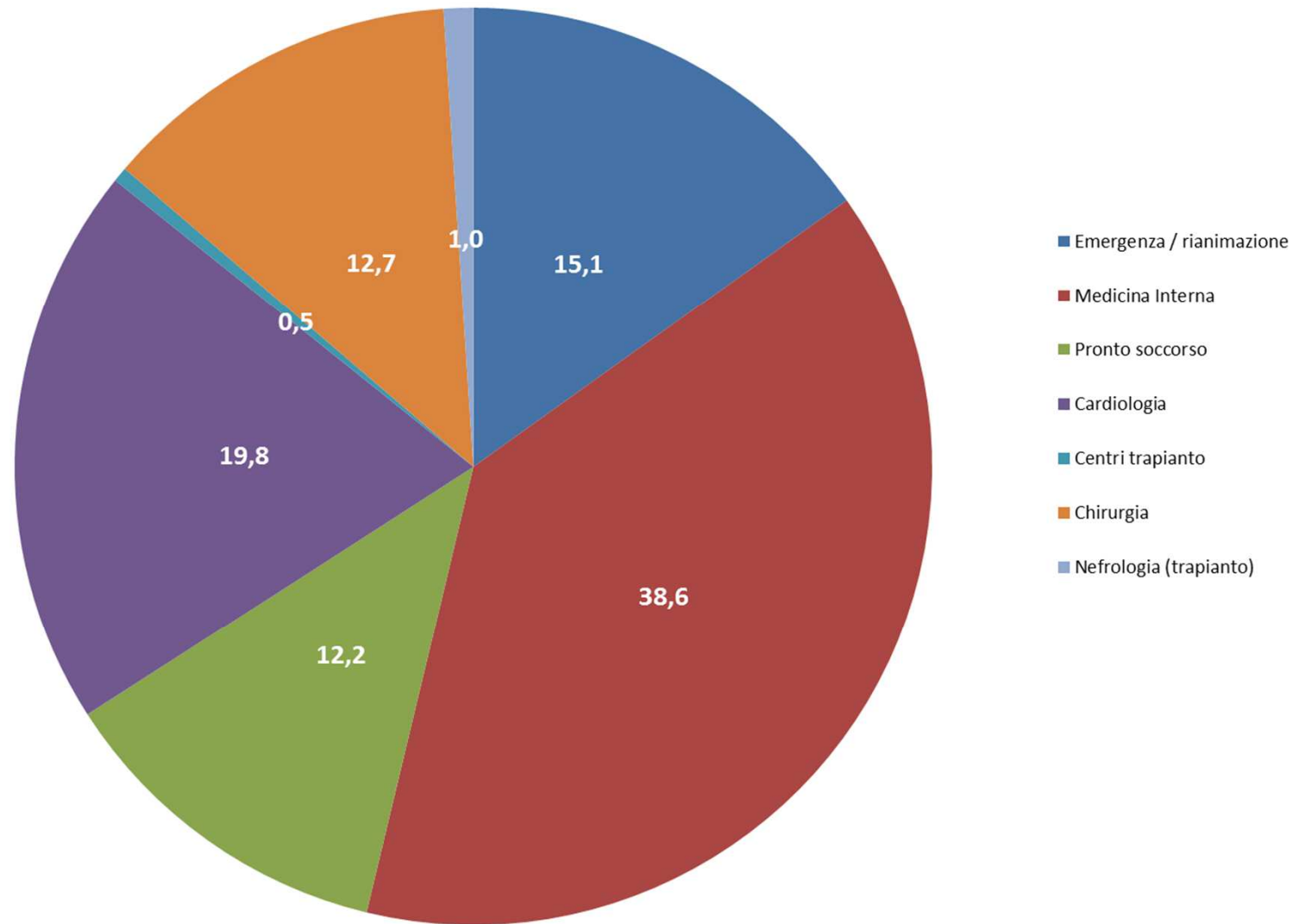
2014

Ricoveri nefrologici (pmp) per regione



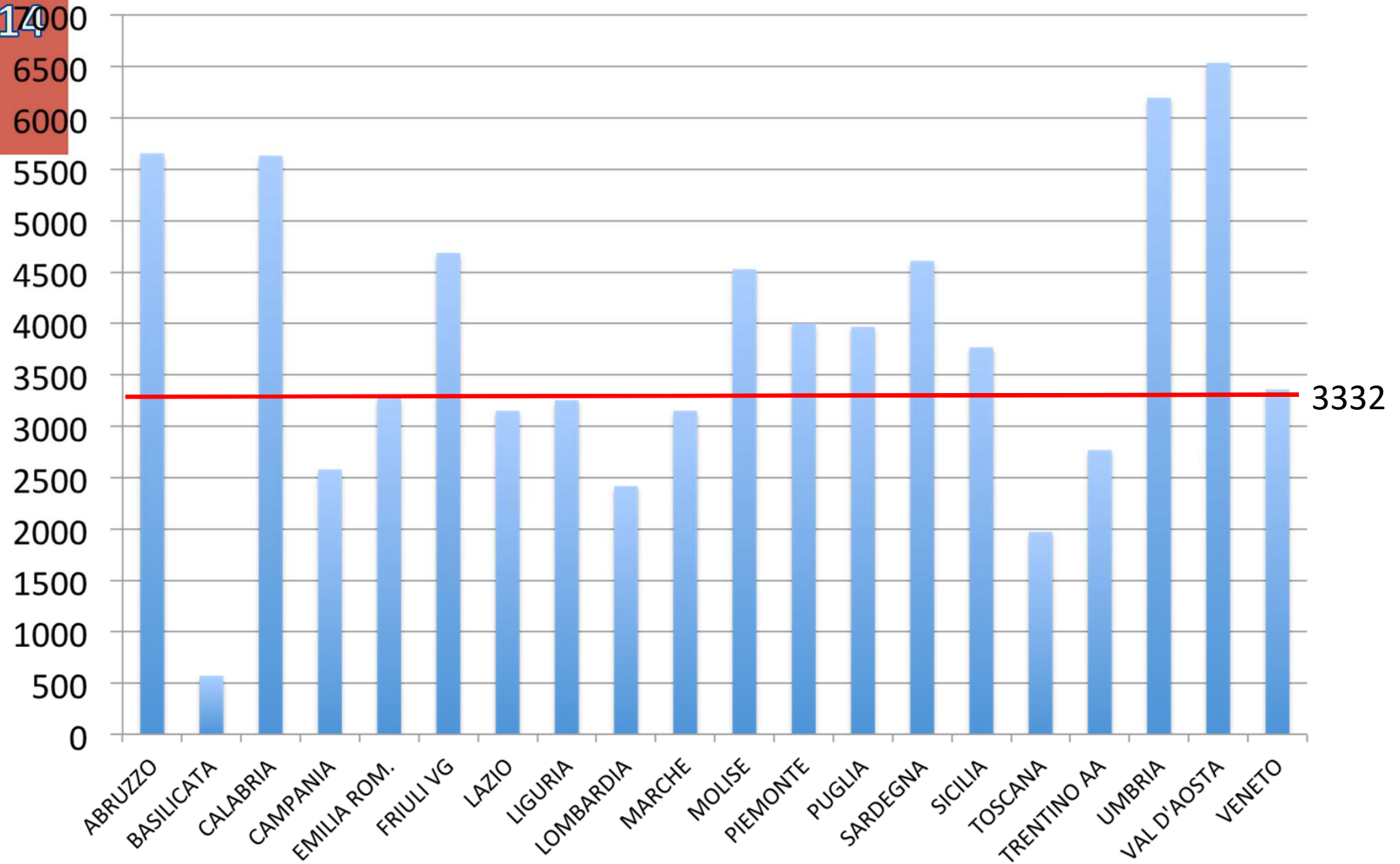
Reparti che trasferiscono in Nefrologia

CENSIMENTO SIN
IL NOSTRO PRESENTE - IL NOSTRO FUTURO
2014



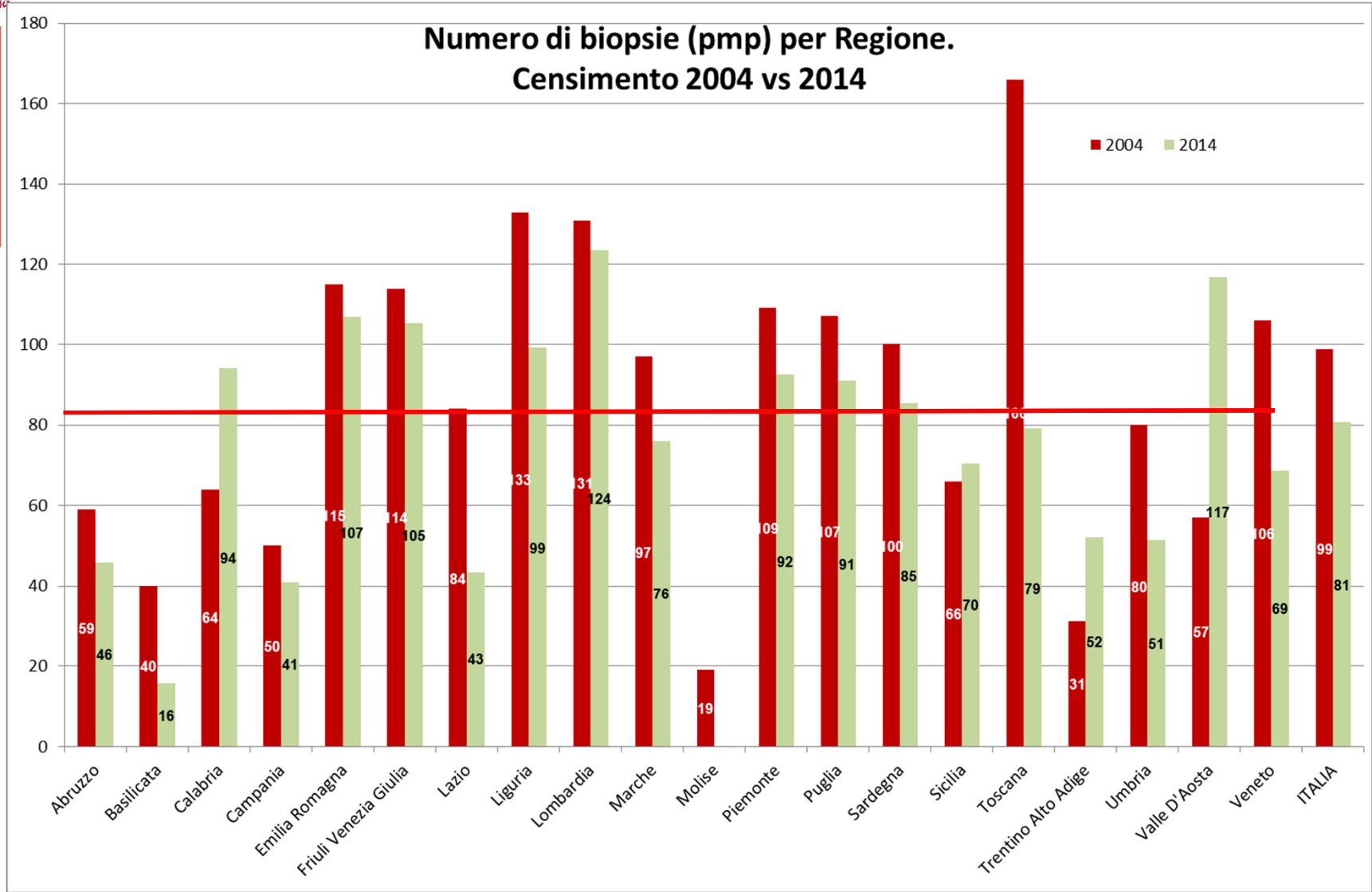
2014

Consulenze pmp



Quintaliani

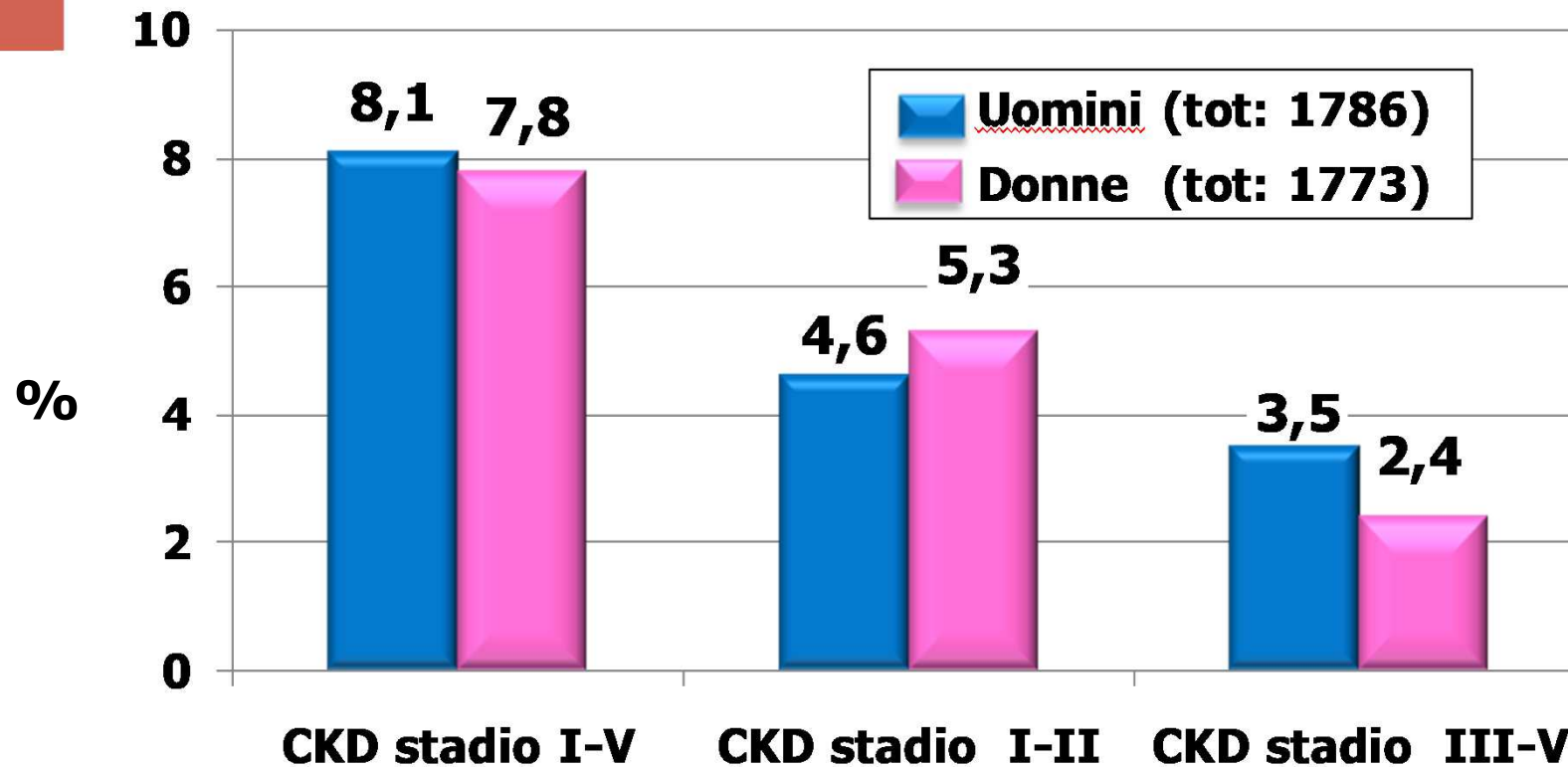
81



Prevalenza CKD in Italia

(N=3559)

2014



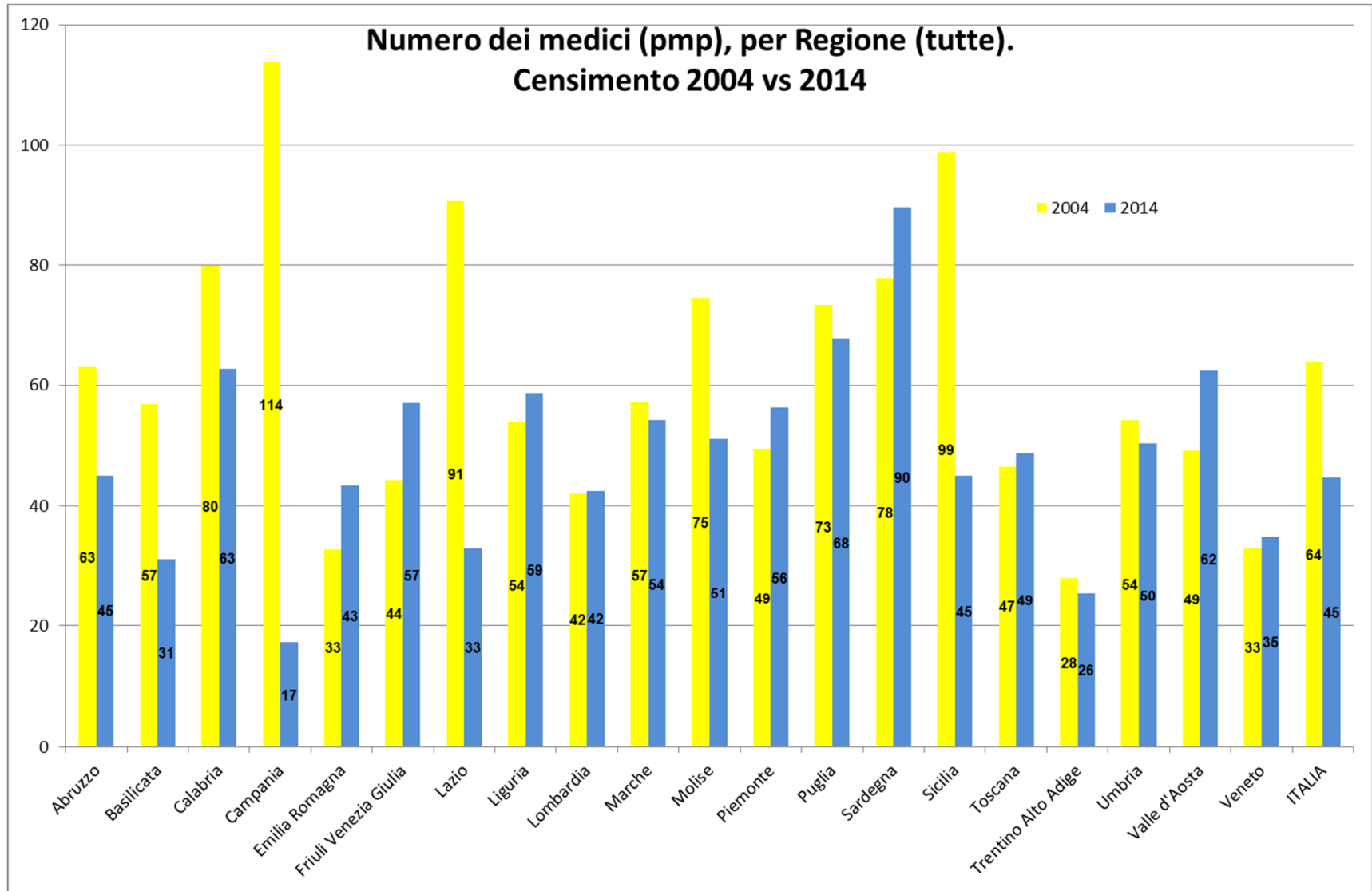
Circa 2 milioni di persone con filtrato inf a 60 ml/min - IRC

Tipologia di ambulatori nefrologici presenti in Regione pmp

Regione	generale	CKD stadio 1-2	CKD stadio 3-4	CKD stadio 5	cure palliative	trapianto	ipertensione	calcolosi	gravidanza	fluidi/elettroliti	rare/genetiche
Abruzzo	7,5	3,8	5,3	5,3	0,0	3,8	5,3	1,5	0,0	1,5	0,8
Basilicata	8,7	3,5	5,2	6,9	0,0	1,7	3,5	0,0	0,0	1,7	1,7
Calabria	8,6	4,0	4,0	4,6	1,0	5,1	6,6	4,6	3,0	4,0	1,5
Campania	1,9	0,5	0,7	1,0	0,3	1,0	0,9	0,5	0,2	0,7	0,7
Emilia-Romagna	3,4	2,2	2,9	2,9	0,2	2,7	1,1	1,4	0,4	0,0	1,3
Friuli-Venezia Giulia	5,7	0,8	1,6	4,9	0,0	5,7	0,8	0,8	0,8	0,0	0,8
Lazio	2,5	0,5	1,0	1,4	0,0	2,5	1,7	1,2	0,2	0,0	0,3
Liguria	4,4	1,3	3,2	4,4	0,6	5,1	1,9	1,9	0,6	0,6	0,6
Lombardia	3,7	1,0	2,6	3,6	0,5	3,1	1,1	1,7	0,6	0,0	0,6
Marche	7,7	4,5	5,8	6,4	0,0	5,2	1,3	1,3	0,6	0,0	0,6
Molise	9,6	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2	0,0	0,0	3,2	3,2
Piemonte	5,0	1,8	4,3	4,7	0,5	4,7	2,7	2,9	1,4	0,5	1,6
Puglia	6,6	2,9	3,4	3,9	0,2	5,1	2,9	1,2	1,0	1,5	1,0
Sardegna	9,0	2,4	5,4	7,2	0,6	4,2	1,2	1,2	1,2	1,8	1,2
Sicilia	4,9	2,6	2,9	3,3	0,4	3,5	2,2	1,6	1,2	0,6	1,4
Toscana	5,1	1,3	3,5	5,1	0,0	4,5	1,3	1,3	0,3	0,5	0,8
Trentino-Alto Adige	2,8	0,9	1,9	1,9	0,0	3,8	0,9	0,0	1,9	0,9	1,9
Umbria	6,7	3,4	4,5	5,6	0,0	4,5	1,1	0,0	0,0	1,1	2,2
Valle d'Aosta	7,8	0,0	0,0	7,8	0,0	7,8	0,0	7,8	0,0	0,0	0,0
Veneto	3,9	2,2	2,8	3,7	0,2	3,2	1,2	1,8	1,4	0,2	1,0
ITALIA	4,5	1,8	2,9	3,5	0,3	3,5	1,8	1,5	0,8	0,6	1,0

Distribuzione per genere dei medici dei centri nefrologici pubblici per Regione

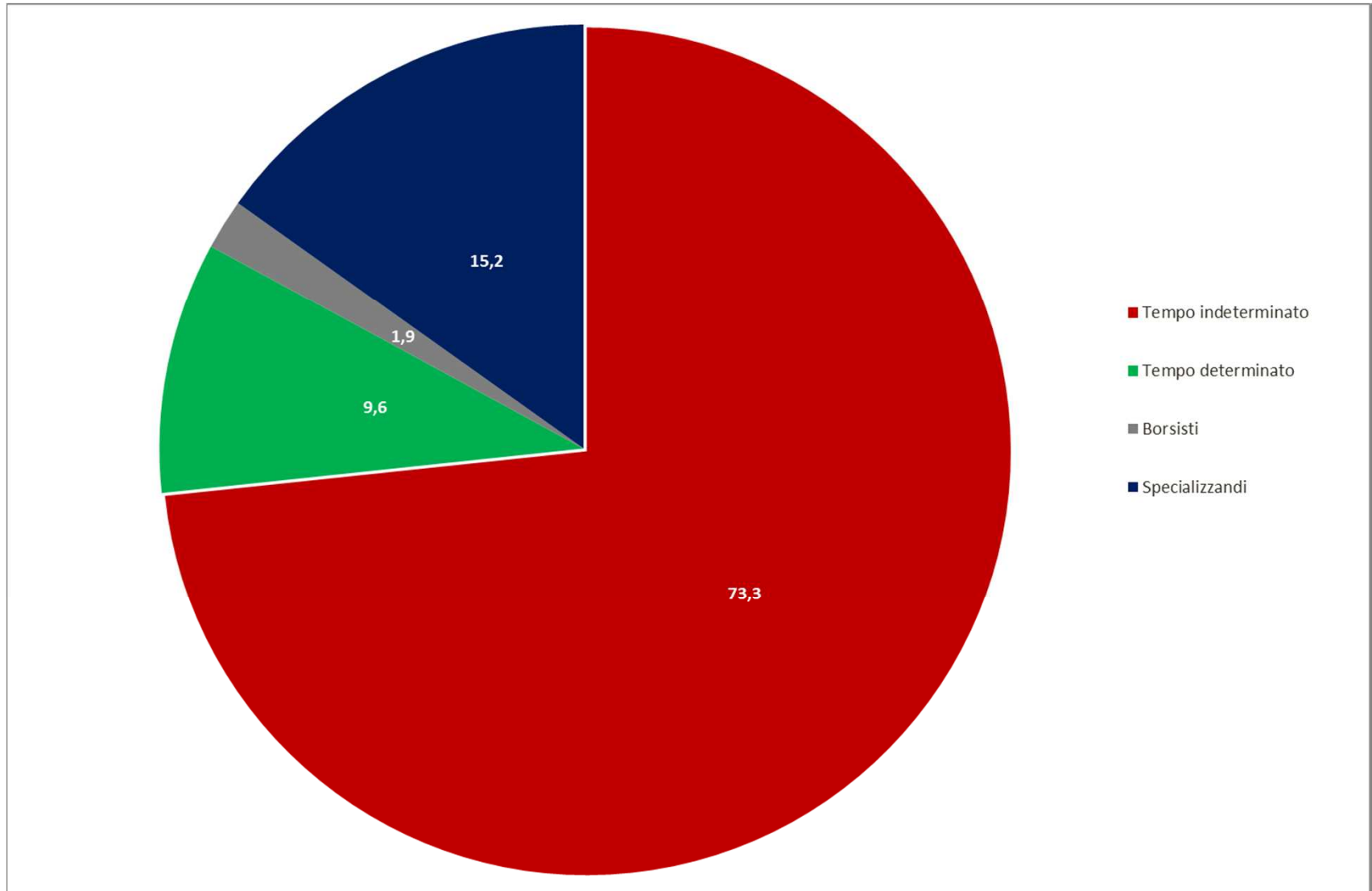
Regione	Totale	pmp	Uomini	Donne
Abruzzo	60	45	60,0	40,0
Basilicata	18	31	77,8	22,2
Calabria	124	63	64,5	35,5
Campania	101	17	62,4	37,6
Emilia-Romagna	193	43	45,1	54,9
Friuli-Venezia Giulia	70	57	42,9	57,1
Lazio	194	33	49,5	50,5
Liguria	93	59	48,4	51,6
Lombardia	425	42	45,6	54,4
Marche	84	54	51,2	48,8
Molise	16	51	62,5	37,5
Piemonte	249	56	44,6	55,4
Puglia	277	68	60,3	39,7
Sardegna	149	90	40,9	59,1
Sicilia	229	45	52,8	47,2
Toscana	183	49	45,4	54,6
Trentino-Alto Adige	27	26	63,0	37,0
Umbria	45	50	51,1	48,9
Valle d'Aosta	8	62	50,0	50,0
Veneto	172	35	49,4	50,6
ITALIA	2.717	45	50,4	49,6



Tipologia contrattuale dei medici dei centri nefrologici pubblici

CENSIMENTO SIN
IL NOSTRO PRESENTE - IL NOSTRO FUTURO

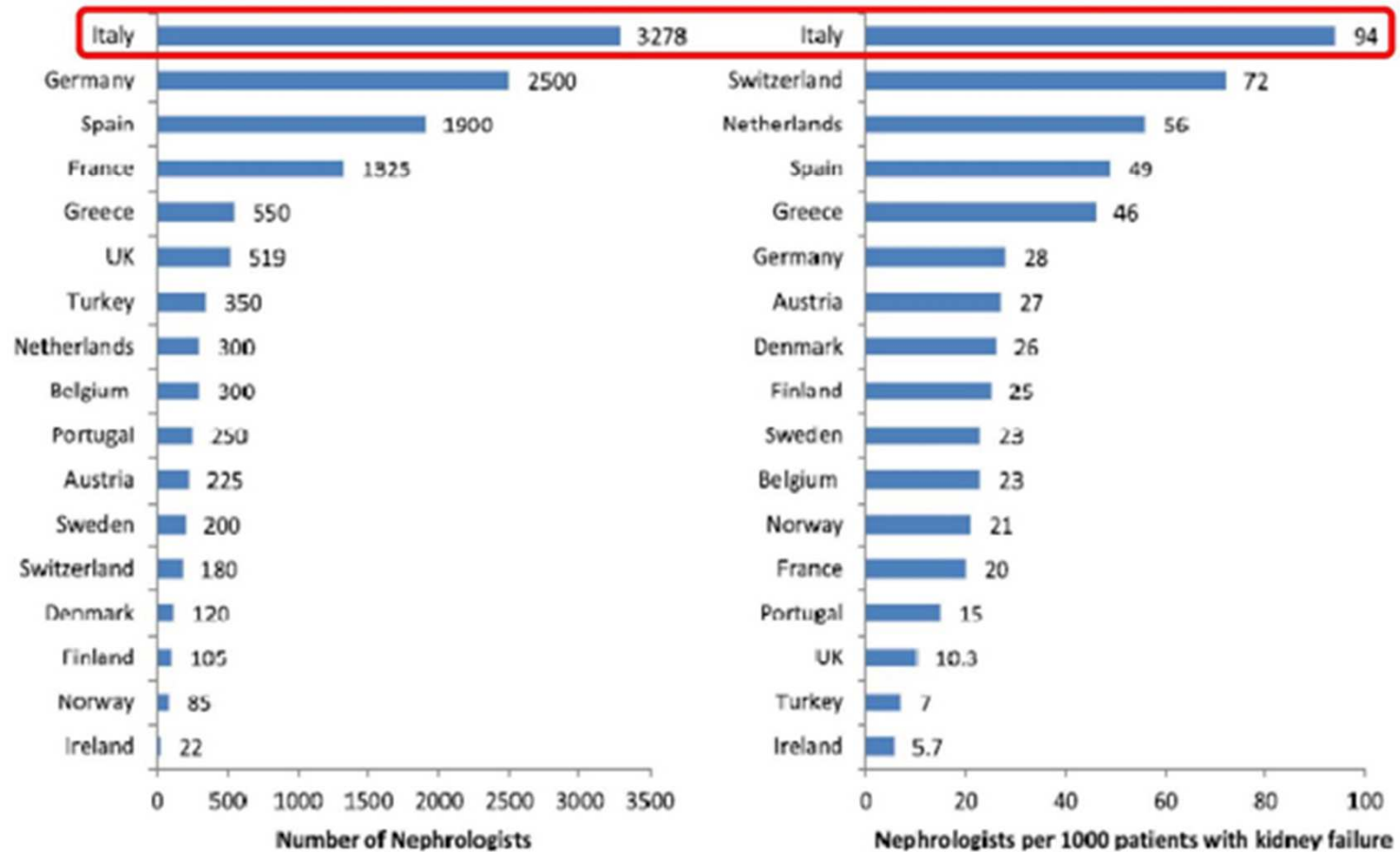
2014



AJKD

Special Report

Effective CKD Care in European Countries: Challenges and Opportunities for Health Policy



Emergency Department Visits after Kidney Transplantation.

Schold JD¹, Elfadawy N², Buccini LD³, Goldfarb DA², Flechner SM², P Phelan M⁴, Poggio ED².

- There were 17,575 emergency department visits. The cumulative incidences of emergency department visits at 1, 12, and 24 months were **12%, 40%, and 57%**, respectively, with median time =19 months; **48% of emergency department visits led to hospital admission.**
- **CONCLUSIONS:**
- The majority of kidney transplant recipients will visit an emergency department in the first 2 years post-transplantation, with significant variation by patient characteristics and individual centers.

This Issue

Views **569** | Citations **0** |  **86**

Research Letter

October 2016

Emergency Department Use and Hospital Admissions Among Patients With End-Stage Renal Disease in the United States

Brendan P. Lovasik, MD¹; Rebecca Zhang, MS²; Jason M. Hockenberry, PhD²; [et al](#)

» [Author Affiliations](#)

JAMA Intern Med. 2016;176(10):1563-1565. doi:10.1001/jamainternmed.2016.4975

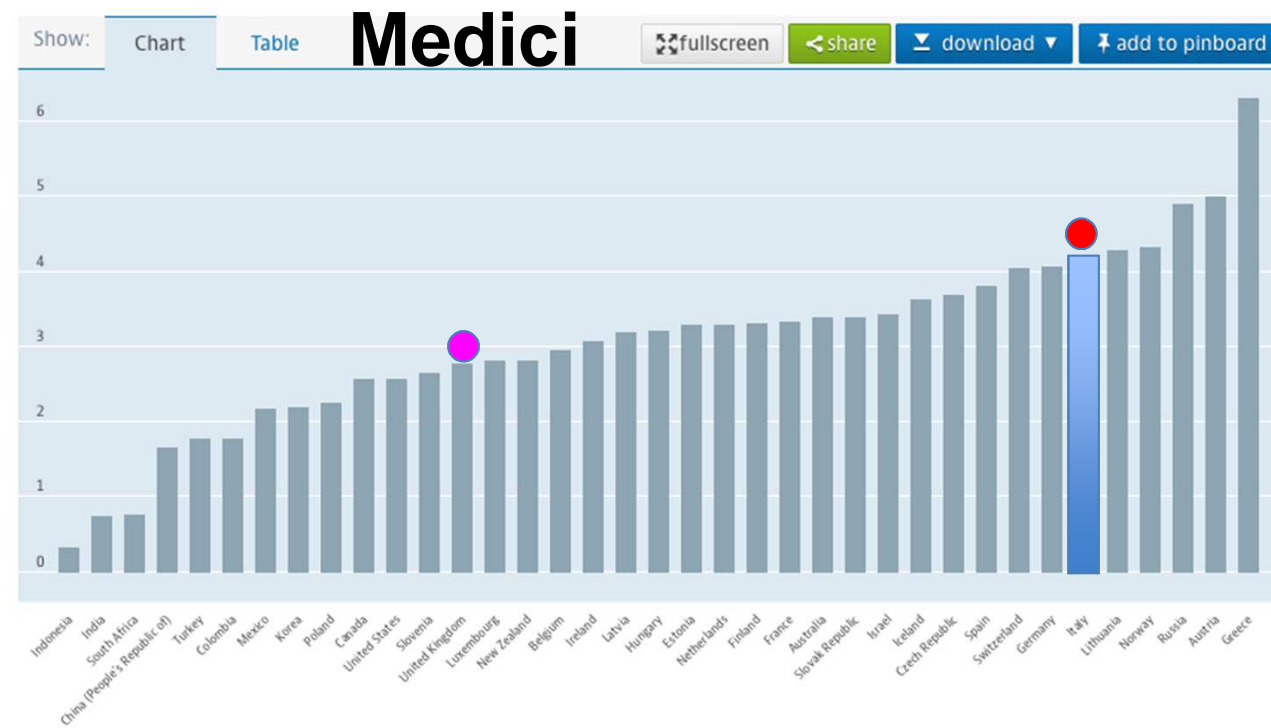
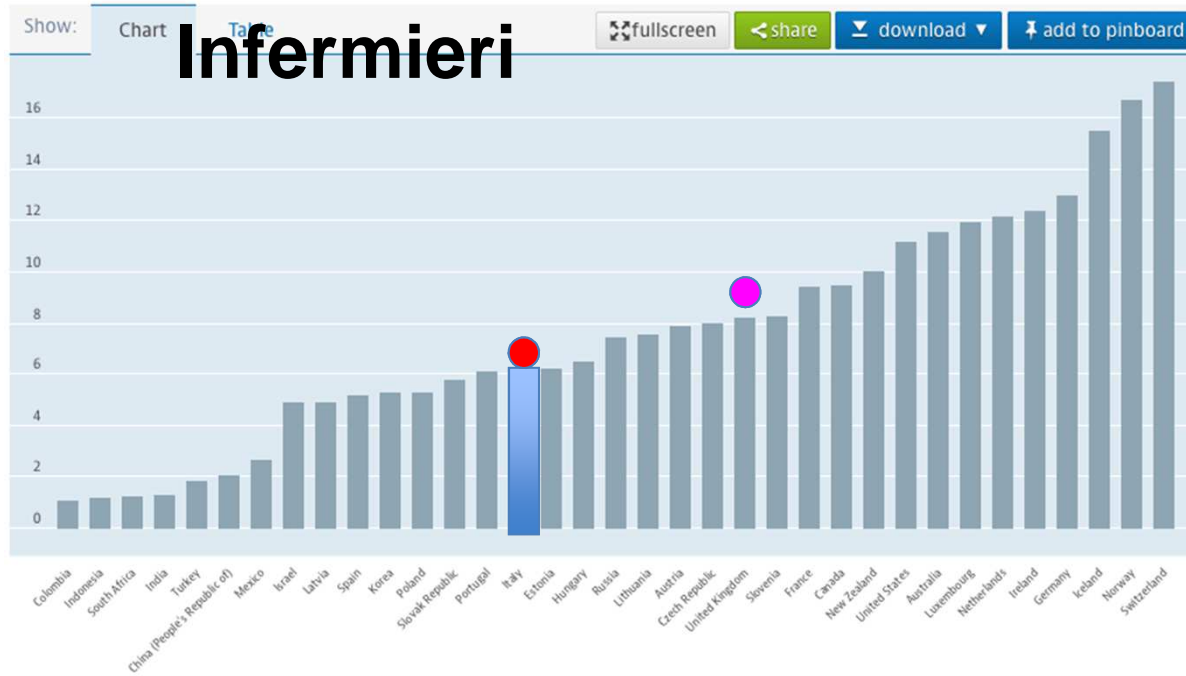
The Quality and Outcomes Framework (QOF)

Voluntary annual reward and incentive programme

Five main domains each with a set of indicators



- **Clinical care:** 80 indicators across 19 clinical areas (e.g. coronary heart disease, heart failure, hypertension)
- **Organisational:** 43 indicators across five organisational areas – records & information; information for patients; education & training; practice management & medicines management.
- **Patient experience:** four indicators that relate to length of consultations and to patient surveys
- **Additional services:** eight indicators across four service areas which include cervical screening, child health surveillance, maternity services, contraceptive services
- **holistic care:** the domain is a measure of the breadth of care across the clinical domain



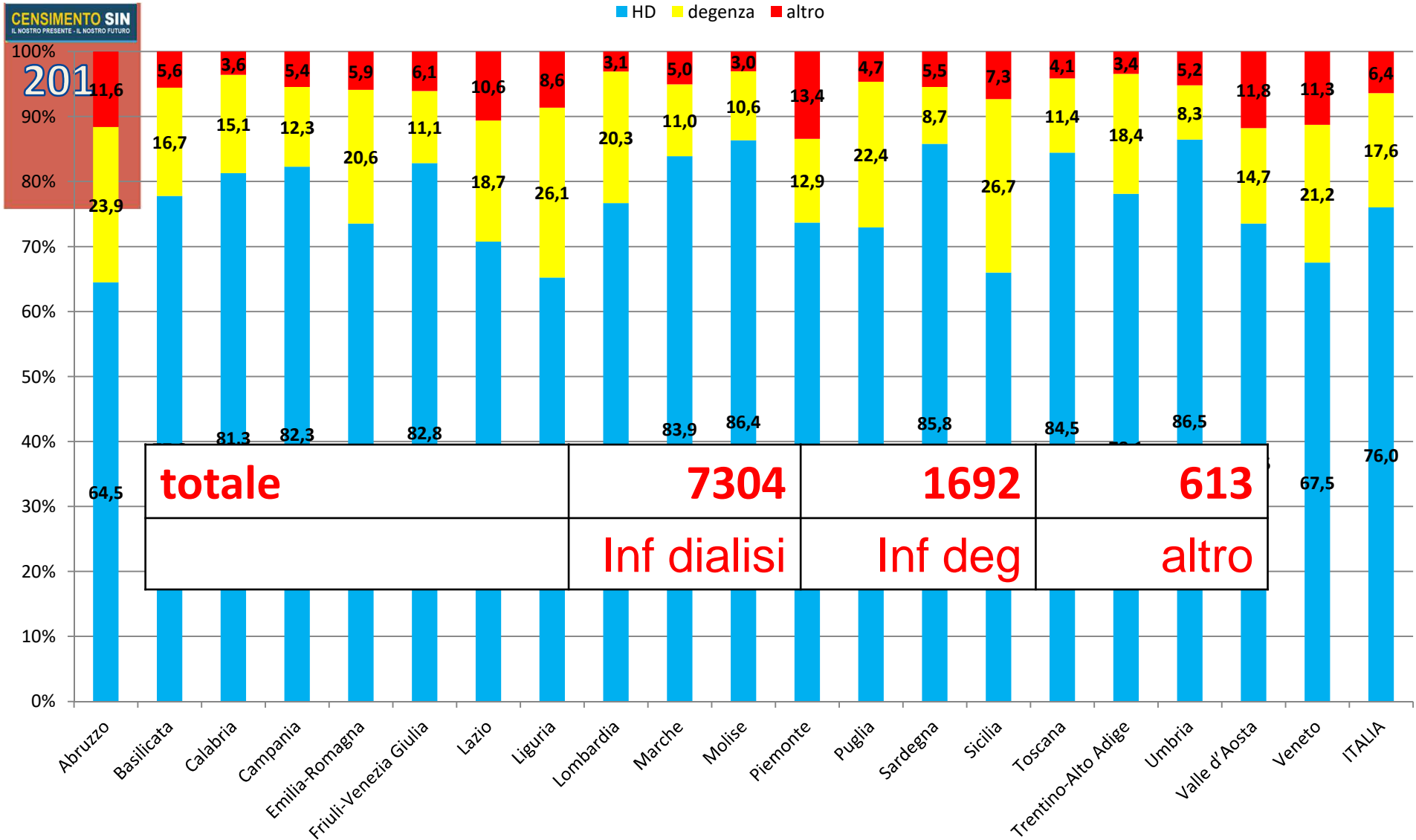
Infermieri e rapporto infermieri/prevalenti nel Centro per Regione

CENSIMENTO SIN
IL NOSTRO PRESENTE - IL NOSTRO FUTURO

2014

Regione	infermieri pmp	rapporto prevalenti/infermieri	rapporto prevalenti/infermieri (netto ferie)
Abruzzo	67	8,0	8,7
Basilicata	97	4,1	4,5
Calabria	172	4,0	4,3
Campania	62	8,4	9,2
Emilia-Romagna	125	5,2	5,7
Friuli-Venezia Giulia	200	3,6	3,9
Lazio	48	9,1	9,9
Liguria	143	5,4	5,9
Lombardia	150	4,4	4,8
Marche	172	3,8	4,1
Molise	182	4,4	4,7
Piemonte	156	4,1	4,4
Puglia	161	5,7	6,2
Sardegna	236	3,4	3,7
Sicilia	57	5,7	6,2
Toscana	525	3,9	4,2
Trentino-Alto Adige	35	3,7	4,1
Umbria	186	4,5	4,9
Valle d'Aosta	195	3,3	3,6
Veneto	85	4,7	5,2
ITALIA	120	4,8	5,3

Utilizzo degli infermieri per Regione





Struttura Organizzativa e attività assistenziali in nefrologia

- Gli infermieri svolgono un **ruolo fondamentale** nelle attività di nefrologia e dialisi e hanno contribuito certamente agli ottimi risultati della nefrologia Italiana.
- In dialisi, i pazienti sono gestiti per gran parte dagli infermieri, come risulta chiaro anche dai dati del censimento Sin dove, soprattutto nel caso dei CAL (Centri dialisi ad assistenza limitata), l'infermiere assume forti e importanti responsabilità'.
- Nella dialisi, infermiere e medico lavorano con ruoli ben definiti, il che favorisce la collaborazione e limita le situazioni di possibile attrito interprofessionale, allo stesso modo di quanto per esempio avviene in rianimazione.
- Tuttavia, anche alla luce di quanto esposto in precedenza **sembra un passaggio inevitabile per i Nefrologi una rinnovata collaborazione con gli infermieri**
-

CI SONO DIFFERENZE NEL TRATTAMENTO DEL NEFROPATICO SE IL PAZIENTE È RICOVERATO IN MEDICINA O IN NEFROLOGIA?
Sì le differenze sono notevoli

Giuseppe Quintaliani¹, Cristina Gambirasio², Giovanni F.M. Strippoli^{3,4,5}

- Un infermiere preparato nell'assistenza Nefrologica saprà sempre come **evitare complicanze importanti** dell'accesso venoso o arteriovenoso, risparmiare il patrimonio vascolare, come suggerire una dieta adeguata, come insegnare una corretta raccolta urinaria, come impostare un adeguato piano terapeutico al paziente nefropatico nelle sue varie forme (in fase conservativa, in predialisi, in dialisi nelle sue varie forme, nel percorso di diagnosi senza malattia renale conclamata), ecc.
- In un'ottica di CCM l'infermiere non è più quindi un automa che si uniforma alle direttive ricevute, **ma un professionista che collabora attivamente alle cure ed a cui spetta il compito di informare, assistere e spiegare le malattie al paziente e alla famiglia.**

SPECIALIZZAZIONI INFERMIERISTICHE

Seduta emodialitica, fasi e responsabilità dell'infermiere

Pubblicato il 01.12.16 di [Alba Tavolaro](#) Aggiornato il 13.04.17

14 Azioni



EMODIALISI



[< Precedente](#)

[Successivo >](#)

L'obiettivo della dialisi non è sostituire tutte le funzioni del rene, ma depurare l'organismo dalle sostanze tossiche che si accumulano nel sangue a seguito della perdita della funzione escretoria, ripristinare l'equilibrio idro-elettrolitico, controllare l'acqua corporea, che non viene più eliminata adeguatamente e, infine, ripristinare l'equilibrio acido-base.

Che cos'è l'emodialisi?

Le principali funzioni del rene sono il controllo dell'equilibrio idro-elettrolitico, il controllo dell'equilibrio acido-base - in quanto responsabile dell'equilibrio acido-base.



L'emodialisi e l'infermiere **esperto**

Il trattamento dialitico più utilizzato è l'emodialisi, che generalmente si esegue in centri ospedalieri ed è **gestito da infermieri esperti**.

L'infermiere, dunque, è colui che è responsabile sia della **gestione tecnica del Rene Artificiale** - dalla preparazione dell'apparecchiatura, alla gestione delle complicanze tecniche fino alla conclusione del trattamento - che della **complessa gestione clinica del malato** sottoposto al trattamento dialitico, che va dal corretto management dell'accesso vascolare (Fistola Artero-Venosa o CVC), passando per il monitoraggio dei parametri clinici e la **cura della sfera relazionale**, fino alla prevenzione e gestione delle complicanze intradialitiche fino al termine della seduta dialitica.

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*

- La dotazione di personale infermieristico dovrebbe tenere conto che in caso di turn-over un IP è **parzialmente operativo solo dopo 3 mesi** di addestramento specifico, **totalmente operativo dopo 6 mesi** ed **“esperto” non prima di 1-2 anni di attività**. Un IP tutor (non in turno) qualifica l'addestramento dei nuovi IP e accelera i tempi di addestramento.



Health systems

About

Health systems topics

Universal health coverage

Publications

Health systems

First Global Conference on Task Shifting

8-10 JANUARY 2008 | ADDIS ABABA, ETHIOPIA -- One of the major constraints to tackling both the HIV/AIDS pandemic and global access to essential health care services is a serious shortage of health workers. At least 57 countries have a crisis shortage of health workers: 36 of those are

olic
nts

ere




*Ministero della
Salute*

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA

UFFICIO VIII – Promozione salute e prevenzione, controllo malattie cronico-degenerative

Oggetto: *Istituzione tavolo di lavoro: Uso più efficiente delle risorse professionali (ipotesi di task shifting)* – “Documento di indirizzo per l’attuazione delle linee di supporto centrali al Piano nazionale della Prevenzione 2014-2018” (decreto del ministro Lorenzin del 25 gennaio 2016, pubblicato sulla GU n.36 del 13-2-2016).

Task-shifting = ridistribuzione razionale dei compiti all’interno di un gruppo di lavoro sanitario grazie alla quale competenze tecniche specifiche sono spostate da operatori sanitari a qualificazione formale più elevata ad altri di qualificazione formale meno elevata ma specificamente formati permette di raggiungere gli obiettivi di salute mediante l’utilizzo più efficiente delle risorse disponibili (task shifting). Esiste già una corposa letteratura che dimostra

Dialisi, l'infermiere tra tecnologia e competenze relazionali

Publicato il 17.11.16 di [Alba Tavolaro](#) Aggiornato il 13.04.17

6 Azioni



EMODIALISI

< [Precedente](#)

La responsabilità del professionista in dialisi non si limita alla gestione tecnologica del cosiddetto Rene Artificiale, ma riguarda l'area educativa, l'empowerment della persona che ha bisogno di mantenere la miglior qualità di vita possibile nella convivenza con la patologia.

Patologia renale e dialisi, la situazione in Italia

La prevalenza della **Malattia Renale Cronica** in Italia risulta essere del 7,5% negli uomini e del 6,5% nelle donne. Il dato è destinato ad aumentare a causa dell'invecchiamento della popolazione e della sempre più crescente presenza di comorbilità nella stessa persona.

Ciò significa che circa 2,2 milioni di italiani sono affetti da **Insufficienza Renale Cronica (IRC)**. Di questi si stima che circa 42.000 sono in trattamento dialitico.



ACCREDITATO ECM

MARTEDÌ 9 MAGGIO 2017

SALA Le Stelle 2

08.30
13.00

WORKSHOP 3 - Prima Parte

Educare l'empatia nei professionisti sanitari

Responsabile Scientifico: **Mariangela Mettifogo** (Vicenza)

Docenti: **Mariangela Mettifogo** (Vicenza), **Ilaria Filippeschi** (Pisa)
Francesca Loprieno (Parigi), **Viola Zangheri** (Cesena)
Marilù Bartiromo (Firenze), **Lucia Rizzato** (Roma)
Alberto Rosati (Firenze)

Tutors: **Mariangela Mettifogo, Ilaria Filippeschi, Francesca Loprieno, Viola Zangheri**

ACCREDITAMENTO



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E 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 sul documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento", in attuazione dell'articolo 7, comma 1, del nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 (Rep. Atti n. 243/CSR del 3 dicembre 2009).

Rep. n. *258/CSA DEL 20/12/2012*



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/CSL del 19 febbraio 2015*

Fabbisogno personale Ssn e orario di lavoro.
Lorenzin incontra i sindacati: “Il lavoro medico non si può misurare con criteri fordisti”. E c'è l'impegno a trovare un metodo condiviso

La misurazione del tempo medio di produzione delle attività sanitarie sul quale sta lavorando il Governo non convince i sindacati medici che guardano ad altri indicatori. Presto un nuovo incontro a livello tecnico con il ministero per capire quali metodologie verranno utilizzate e quali saranno gli effetti, in previsione di un futuro incontro con Ministero e Regioni ancora da concordare



[🏠](#) [ATTUALITÀ](#) [LAVORO E PREVIDENZA](#) [DALLA PARTE DEI MEDICI](#) [MALASANITÀ](#) [MEDICINA LEGALE](#)

[Home](#) > [In evidenza](#) > [Fabbisogno personale medico, Intersindacale: totale dissenso su modalità di calcolo Ministero-Regioni](#)

Fabbisogno personale medico, Intersindacale: totale dissenso su modalità di calcolo Ministero-Regioni

[In evidenza](#)[Le altre rubriche](#)[Lavoro e Previdenza](#)

dic 26, 2016

0

METODOLOGIA DI VALUTAZIONE PIANI DI FABBISOGNO PERSONALE

Ai fini di quanto previsto dalla legge 208/2015, art. 1, commi 541 e seguenti, il Ministero della salute ha elaborato una metodologia di valutazione dei piani di fabbisogno del personale. Tale metodologia è stata definita all'interno di un gruppo tecnico composto dai alcuni componenti regionali del Tavolo ex DM 70/2015 e clinici specializzati in organizzazione delle strutture sanitarie.

La metodologia si articola in due livelli:

- 1) Metodologia per la definizione di un fabbisogno teorico di personale**
- 2) Metodologia per la valutazione dei piani di fabbisogno regionali**

Descrizione prestazione ambulatoriale
T medico **T infermiere**

	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO	25	120
39954	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI	20	120
39955	EMODIAFILTRAZIONE	20	50
39957	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE	15	30
39958	EMOFILTRAZIONE	25	50
	EMODIALISI EXTRACORPOREA IN COSTANZA DI RICOVERO	25	120
	VALUTAZIONE DEL RICIRCOLO DI FISTOLA ARTEROVENOSA	15	30
39956	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA	10	20
39952	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, AD ASSISTENZA LIMITATA	10	120
	VISITA DI CONTROLLO	15	15
	PRIMA VISITA	20	20

Tabella 5 - Standard medici per ruolo struttura ospedaliera

Disciplina	PS	DEA1°	DEA 2°
Ostetricia e ginecologia		6	6
Pediatria		6	6
Cardiologia (incl emodinamica nel DEA 1°)		6	6
Neurochir			3
Neurologia			3
Radiologia			6
Chirurgia vascolare (3 persone per la guardia notturna)			3
Cardiologia –integrazione per emodinamica 3 persone			3
Anestesisti (dotazione di base)	3	8	10
Rianimatori della cardiocirurgia			9

Nefrologia ?

Infermieri

OSS

Disciplina

Min/paz/dieMIN

Min/paz/dieMAX

Min/paz/dieMIN

Min/paz/dieMAX

29 nefrologia

+ 54 emodialisi 180

232

80

103

nefrologia

(trapianto di rene) 361

547

164

248