



# Costi economici, ruolo della prevenzione e competenze nefrologo-urologo

L. Borghi

*Professore Ordinario di Medicina Interna, Dipartimento di Scienze Cliniche, Università di Parma, Parma*

1) *Le prestazioni erogate dal SSN per la patologia nefrolitiasica sono in continuo aumento. Parte di queste spese è dovuta a recidive e complicazioni. A vostro parere è possibile che una riallocazione di queste risorse verso la profilassi della malattia e delle sue recidive possa nel medio-lungo periodo rivelarsi cost-effective?*

Come per molte altre malattie, sicuramente anche per la calcolosi renale è economicamente vantaggiosa la profilassi della malattia stessa e delle sue recidive e/o complicanze. Negli USA i vantaggi economici della prevenzione delle recidive sono stati anche quantificati. Se poi consideriamo che il numero delle recidive riduce l'efficacia delle terapie, e che la calcolosi renale è in netta progressione nei Paesi più sviluppati, diventano ancora più evidenti i vantaggi di una sua prevenzione.

Il problema, a mio parere, sta nel fatto che agli amministratori interessa ben poco il risparmio che può essere realizzato in tempi lunghi (come quelli richiesti dalla prevenzione) o, nella migliore delle ipotesi, trovano diffici-

le effettuare questo calcolo e, quando anche esso possa essere effettuato, non pensano certamente di reinvestire il risparmio in questa direzione.

2) *Quanta parte della spesa per la gestione medica della nefrolitiasi grava sul paziente e quanto sul SSN nella vostra realtà regionale?*

Non conosco il complesso della realtà della Regione in cui opero (Emilia Romagna), ma credo non sia molto diversa dalla realtà di Parma.

A Parma il ricovero ordinario o in day-hospital della calcolosi medica è ritenuto improprio, per cui la gestione è in gran parte ambulatoriale e quindi basata sui ticket. In assenza di complicanze serie, personalmente ritengo corretta questa procedura.

3) *È possibile prefigurare modelli organizzativi che consentano al paziente con NL di accedere a prestazioni del SSN, senza che questo comporti un eccessivo aggravio di spesa per la Regione?*

Ritengo che i modelli organizzativi basati sulle competenze professionali siano un buon mezzo per risparmiare. Nel caso della calcolosi, per esempio, è frequente osservare diagnosi parziali, gestioni pasticciate o interventi sproporzionati che consumano inutilmente risorse.

4) *A quali pazienti dovrebbe essere destinato lo studio metabolico della nefrolitiasi? È opportuno distinguere l'intervento in diversi livelli?*

I costi per uno studio metabolico di base sono molto contenuti. A mio parere, allo stato attuale delle conoscenze, uno studio metabolico di base andrebbe fatto, almeno una volta, in tutti i pazienti, anche al primo episodio. Sarebbe però opportuno che gli specialisti si mettessero d'accordo su che cosa si intende per studio metabolico di base.

5) *La litotrissia extracorporea ha recato reali vantaggi ai pazienti con NL. Nella vostra esperienza la gestione di questa procedura è fatta in mo-*



*do ottimale? Quale secondo voi il ruolo del nefrologo nel paziente affetto da NL? È opportuna una gestione della ESWL fatta direttamente dal nefrologo?*

Ritengo che il nefrologo e l'urologo debbano avere due competenze ben distinte e nel contempo integrate.

In prima istanza il paziente calcolotico dovrebbe essere gestito dal nefrologo, fatta eccezione per i casi di evidente uropatia ostruttiva. Dovrebbe essere il nefrologo a richiedere l'intervento dell'urologo quando ritenuto necessario. Terminato l'iter urologico, il paziente dovrebbe tornare di competenza medica.

Non ritengo opportuna una gestione della ESWL fatta direttamente dal nefrologo.

*6) Oltre alla ESWL si sono diffuse negli ultimi anni procedure semi-invasive quali la ureteroscopia e la PUL. Ritenete opportuno che il nefrologo intervenga nella scelta delle procedure di trattamento dei calcoli?*

Anche per altre procedure semi-invasive, non ritengo opportuna la gestione diretta da parte del nefrologo.

*7) Vi sono presso il vostro Centro esperienze di gestione integrata (nefrologo/urologo) della NL? Sareste in grado di proporre modelli organizzativi in tal senso?*

Presso l'Ospedale di Parma è attuata una pratica clinica non formalizzata, ma abbastanza corretta. Il paziente con colica renale in atto accede al PS che effettua non solo la terapia antalgica ma spesso anche le prime essenziali pratiche diagnostiche (prelievo di sangue, esame urine, ecografia e radiografia diretta). Se necessario, esso trattiene il paziente per 24-48 ore in Medicina d'Urgenza e, in caso di idronefrosi, richiede una consulenza urologica con conseguenti decisioni operative. Se la colica si risolve rapidamente e senza complicanze il paziente è dimesso con l'eventuale consiglio di prenotare una visita speciali-

stica presso il Centro Medico della Calcolosi per ulteriori approfondimenti.

Come dicevo, il percorso ha un suo razionale; esso andrebbe meglio codificato nei suoi punti di snodo e formalizzato.

Questo potrebbe permettere un miglior risultato qualitativo sul piano diagnostico-terapeutico e anche un migliore risultato quantitativo nel senso di non perdere pazienti per una corretta prevenzione.

Si dirà: «E perché non lo fate?». La risposta è tanto semplice quanto complessa: «L'integrazione non è né magica né gratuita».