

➤ MEETING THE **UNMET NEED**



# ImpACT

*Change management e call to action*  
per migliorare la presa in carico e la gestione  
del paziente con anemia da malattia renale cronica

**DOCUMENTO DI BACKGROUND**



Realizzato da



In collaborazione con



Con il contributo non condizionante di



*Change management e call to action*  
per migliorare la presa in carico e la gestione  
del paziente con anemia da malattia renale cronica

## **DOCUMENTO DI BACKGROUND**



# INDICE

Pg. 7

**IL CAMBIAMENTO NEL MONDO DELLA  
COMPLESSITÀ**

Pg. 8

**IL *CHANGE MANAGEMENT* NEL SISTEMA  
SANITARIO**

Pg. 10

**LA MALATTIA RENALE CRONICA**

Pg. 12

**ANEMIA DA MALATTIA RENALE CRONICA**

Pg. 14

**CAMBIARE LA STORIA DELLA MALATTIA  
È POSSIBILE**

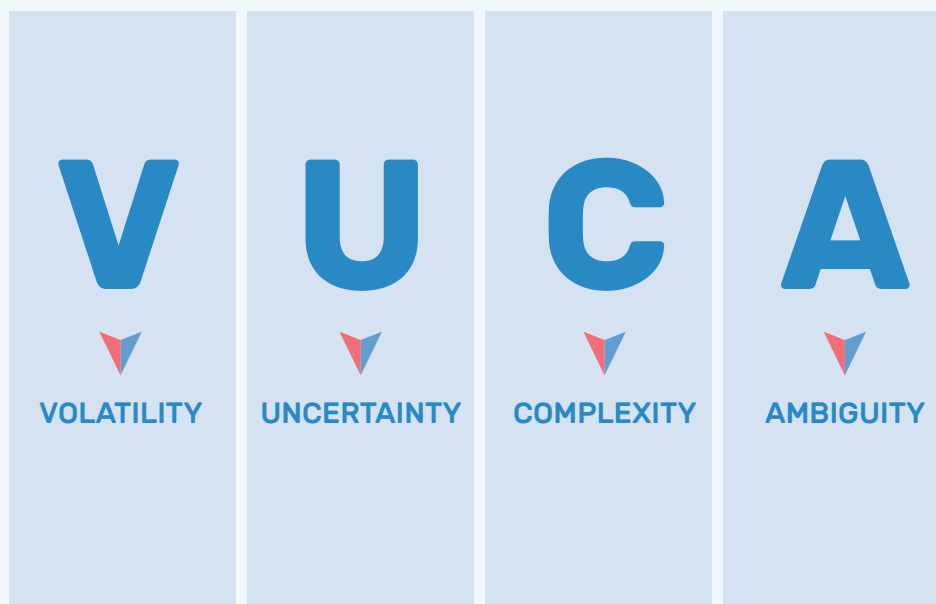
Pg. 17

**BIBLIOGRAFIA**



## ➤ IL CAMBIAMENTO NEL MONDO DELLA COMPLESSITÀ

Le crisi di carattere politico, economico-finanziario, ma soprattutto sociale che si sono verificate negli ultimi anni – basti pensare alla pandemia da COVID-19 – hanno mutato radicalmente il modo di vedere il mondo, ponendo l'accento sull'importanza della sanità e sul ruolo centrale che essa occupa – o, più propriamente, che dovrebbe occupare – in un Paese. Nel mondo contemporaneo, le organizzazioni – sanitarie e no – si trovano ad affrontare una realtà sempre più caratterizzata da alcuni elementi chiave che sono stati raccolti in un acronimo, utile a darne una descrizione esplicativa: **VUCA** (*Volatility, Uncertainty, Complexity, Ambiguity*)<sup>1</sup>.



Il concetto di VUCA riassume le caratteristiche principali di un mondo in cui il cambiamento, il rischio e l'imprevedibilità sono diventati la nuova prassi. L'incertezza ed il costante capovolgimento delle azioni fanno parte del nuovo mondo e conviverci non è più una predisposizione naturale, bensì un adattamento necessario. Basti pensare al massiccio progresso scientifico, all'aumento dell'età media, alle emissioni globali di CO2 e alla quantità di denaro circolante a livello mondiale. Questi esempi, come altri fenomeni, hanno avuto un andamento lineare e stabile nel corso dei millenni, assumendo, invece, un *trend* esponenziale negli ultimi decenni<sup>2</sup>. Il mondo VUCA è quindi un mondo in cui volatilità, incertezza, complessità ed ambiguità creano un contesto in cui il cambiamento è la norma, rendendo la gestione della complessità un'abilità cruciale. La recente pandemia da COVID-19 ha portato a rivedere anche il *new normal* che adesso è sempre più pensato come *never normal*<sup>3</sup>. Il paradosso di Bauman per cui «*il cambiamento è l'unica cosa permanente e l'incertezza è l'unica certezza*» è oggi più che mai parte della nostra vita quotidiana<sup>4</sup>.

## IL CHANGE MANAGEMENT NEL SISTEMA SANITARIO

Curiosità, collaborazione multidisciplinare e *mindset* intuitivo dovrebbero, dunque, fare da traino per le nuove aziende e organizzazioni per trovare delle soluzioni atte alla risoluzione di *gap* – sociali e no – e il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Alla luce di ciò, è chiara la complessità e l'importanza del *Change Management*, definizione che nel mondo precedentemente descritto suona quasi come un ossimoro, ma su cui è doveroso impostare una discussione e un tavolo di lavoro per uno sviluppo pienamente sostenibile dell'ecosistema sociosanitario.

Affrontare l'incertezza e la complessità richiede la capacità di adattarsi rapidamente alle nuove circostanze, implementare nuove strategie e gestire efficacemente il cambiamento. Questo significa che il *Change Management* deve essere non solo un'abilità, bensì una filosofia che possa permeare le organizzazioni in cui si opera a tutto tondo.

Per descrivere il contesto in cui il *Change Management* deve orientarsi, è utile considerare che la sanità è uno dei settori paradigmatici di quella configurazione organizzativa definibile "burocrazia professionale" (da H. Mintzberg), in cui i professionisti altamente qualificati e indipendenti, esercitano un alto grado di autorità basato sulla loro competenza e sull'aver il completo controllo sulla quasi interezza del processo produttivo<sup>5</sup>. Il *leitmotiv* di cambiamento in una "burocrazia professionale" ha, quindi, delle peculiarità di cui è fondamentale tener conto; le resistenze al cambiamento e la diffusione di nuovi comportamenti all'interno delle organizzazioni sanitarie, si distribuiscono in maniera significativamente diversa rispetto ad altre configurazioni organizzative. Gli elementi della complessità organizzativa e le inerzie al cambiamento di oggi rendono tortuosa la navigazione e il cambio di visione a favore di un rinnovamento generale. È doveroso, però, impegnarsi per creare i presupposti e le condizioni affinché questo possa accadere, *in primis* partendo dalle esigenze della collettività, esigenze che, tra l'altro, essendo in continua evoluzione (invecchiamento della popolazione e *consumerization* del settore *healthcare*, solo per citarne alcuni) vengono a costituire un altro vettore che si aggiunge alla complessità dello scenario.

In questo contesto è importante tenere conto del quadro normativo che contiene le indicazioni sui vettori di evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Nel Piano Nazionale delle Cronicità (PNC), nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e nel DM77 ci sono alcuni elementi fondamentali su cui è necessario lavorare per i prossimi anni per il rafforzamento dell'ecosistema sociosanitario, in una direzione che lo porti ad essere sostenibile e in grado di dare risposte ai bisogni ad oggi insoddisfatti. Tra gli elementi fondamentali:

Assistenza di prossimità diffusa sul territorio, cure primarie e intermedie (Case di comunità e Ospedali di comunità);

Case come primo luogo di cura (assistenza domiciliare) e telemedicina;

Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica, Data Center, diffusione ed effettivo utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico.



In sintesi, si può concludere che il SSN di domani dovrà incentrarsi sui principi base del cosiddetto *Value Based Healthcare* (VBH), che è possibile sintetizzare in questi punti cardine:

- La sanità deve diventare paziente-centrica (progettazione dei servizi sulla base della domanda e non più dell'offerta);
- Aumento del focus sugli esiti di cura e non più sulle prestazioni (fino ad arrivare al finanziamento in base agli *outcome* e non più in base alla produzione);
- Massimizzazione dell'integrazione tra i professionisti, le strutture e i territori;
- Costruzione di piattaforme informatiche che seguano e misurino il percorso di cura del paziente.

Questi principi sono orientati alla creazione di valore in sanità, definito da Porter già nel 2008<sup>6</sup> come «*la relazione che sussiste tra i risultati di salute e i costi reali sostenuti durante l'intero ciclo di cura*».

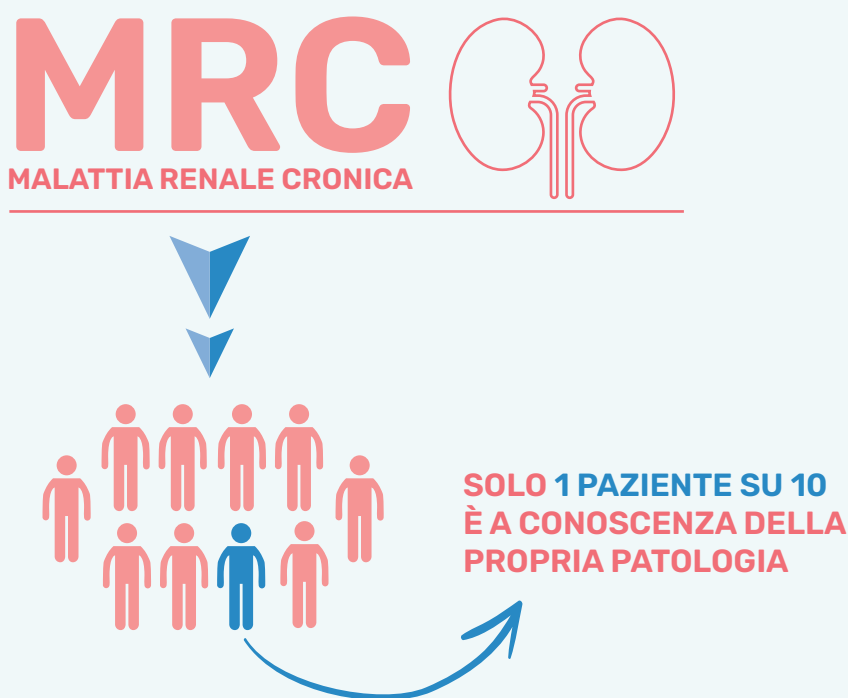
È intuibile, ora, come questo progetto nasca con l'ambizione di contribuire ad innescare un processo di cambiamento nel SSN partendo dalla gestione dell'**Anemia da Malattia Renale Cronica** che – per le sue caratteristiche organizzative e di impatto sulla salute dei pazienti – rappresenta un laboratorio di idee e riflessioni in cui scoprire modi di avviare cambiamenti che vadano nella direzione descritta.

➤ ➤ AFFRONTARE L'INCERTEZZA E LA COMPLESSITÀ RICHIEDE LA **CAPACITÀ DI ADATTARSI** RAPIDAMENTE ALLE NUOVE CIRCOSTANZE, **IMPLEMENTARE NUOVE STRATEGIE** E **GESTIRE EFFICACEMENTE IL CAMBIAMENTO.**

## ➤ LA MALATTIA RENALE CRONICA

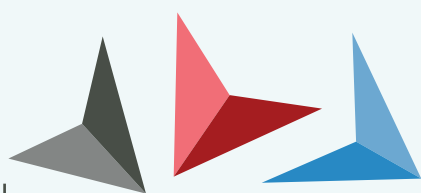
**Malattia Renale Cronica (MRC)** è il termine che viene utilizzato per definire un danno irreversibile e persistente ai reni; le caratteristiche cliniche di questa patologia comprendono sia un danno strutturale ai reni sia una ridotta funzionalità renale (diminuzione della velocità di filtrazione glomerulare o GFR) osservata per 3 o più mesi<sup>8</sup>. La MRC è una patologia molto diffusa nel mondo ed in progressiva espansione nella popolazione generale. Si tratta di una condizione che interessa circa il **10% della popolazione mondiale**<sup>9</sup>.

I dati epidemiologici relativi alla diffusione della MRC destano molta preoccupazione anche tra i Paesi dell'Unione Europea. Secondo lo studio CARHES (*CARDIOVASCULAR RISK PROFILE IN RENAL PATIENTS OF THE ITALIAN HEALTH EXAMINATION SURVEY*) la prevalenza della CKD nella popolazione adulta italiana è di circa il 7,5% negli uomini e del 6,5% nelle donne con un tasso standardizzato del 6,3% per tutti gli stadi della MRC<sup>10</sup>.



Lo studio CHARES, inoltre, ha indagato e posto in evidenza un altro importante aspetto di rilevanza globale legato alla patologia: la scarsa consapevolezza della stessa. La MRC è, infatti, misconosciuta nella maggior parte dei casi proprio a causa dell'assenza di sintomatologia specificatamente associata negli stadi iniziali ed intermedi. Tra i pazienti affetti da MRC, lo studio ha evidenziato come solo **1 su 10** fosse a conoscenza della propria patologia<sup>11</sup>. È necessario considerare che la scarsa consapevolezza porta inevitabilmente il paziente ad un significativo peggioramento della propria funzionalità renale – poiché non seguito e trattato

– e aumenta sensibilmente l’insorgenza di complicanze ed eventi avversi potenzialmente letali. Difatti, dal 2003 al 2017, i tassi di mortalità della MRC in Italia per cause multiple sono aumentati del 60% nei maschi e del 54% nelle femmine, mentre diverse condizioni – tra cui si annoverano, in ordine di rilevanza, il diabete, l’obesità, i disturbi sistemici del tessuto connettivo, l’anemia e le malattie del sistema genitourinario – sono state associate alla MRC<sup>12</sup>. L’elevato rischio di morte associato alla MRC, l’epidemiologia (paragonabile a quella del diabete mellito di tipo 2) e gli elevati costi sociali ed economici riconducibili alla terapia renale sostitutiva (RRT), rendono la MRC uno dei temi principali dei piani di prevenzione e di pianificazione sanitaria<sup>13</sup>.



## DIMENSIONE ECONOMICA DELLA MALATTIA

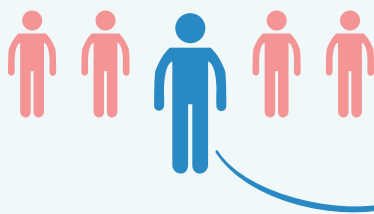
Negli ultimi 30 anni il numero di nuovi casi di dialisi è aumentato del 43%, mentre del 41% è aumentata la mortalità relativa alla MRC, e si stima che nel 2040 sarà la quinta causa di morte nel mondo<sup>14</sup>.

I costi relativi alla dialisi in Italia possono arrivare sino a €44.000/paziente per anno, che – considerando la popolazione italiana in dialisi – vuol dire €2,5 miliardi all’anno. Ciò significa che **il 2% dell’intero budget del Servizio Sanitario Nazionale viene assorbito dall’0,1% della popolazione**<sup>15</sup>. Non tralasciando, poi, i costi del trapianto, stimati al 2022 – ultima analisi del Ministero della Salute – in €52.000 per il primo anno e in €15.000 per ogni anno successivo al primo<sup>15</sup>.

## ▶ ANEMIA DA MALATTIA RENALE CRONICA

I pazienti con MRC sono soggetti ad un rischio più elevato di sviluppare **anemia**, condizione che rappresenta una delle **complicanze più frequenti della MRC**. A livello globale si stima che la MRC colpisca 1 persona su 10, di cui **1 su 5 sviluppa anemia**<sup>16, 17</sup>, e la sua prevalenza aumenta al diminuire della VFG (Velocità Filtrazione Glomerulare) stimata<sup>18</sup>, suggerendo così che l'anemia può essere un *marker* di una più rapida progressione della MRC<sup>19</sup>. In Italia, lo studio italiano Minutolo et al. del 2013 ha dimostrato rispettivamente una prevalenza di anemia lieve e severa del 44% e del 18%<sup>20</sup>, mentre uno studio del 2023 ha stimato l'incidenza annuale dell'anemia lieve e severa rispettivamente del 13,7% e del 6,2%<sup>19</sup>.

### PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIA RENALE CRONICA

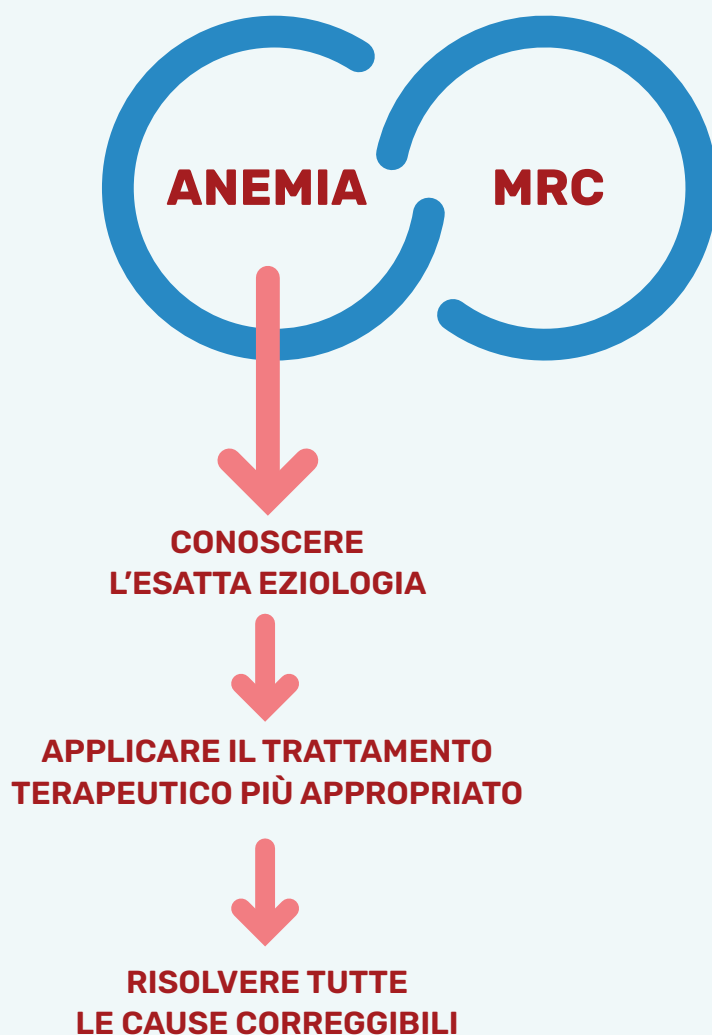


**1 PAZIENTE SU 5 SVILUPPA ANEMIA DA MRC**

▶▶▶ I PAZIENTI CON MRC SONO SOGGETTI AD UN RISCHIO PIÙ ELEVATO DI SVILUPPARE **ANEMIA**. L'ANEMIA PUÒ ESSERE UN *MARKER* DI UNA RAPIDA PROGRESSIONE DELLA **MRC**.

L'anemia secondaria a MRC è una condizione che compromette in modo significativo la **qualità di vita** del paziente e può essere associata a **progressione della malattia renale cronica**, aumento del rischio di malattie cardiovascolari e della mortalità, con un impatto sulle ospedalizzazioni e sulle risorse sanitarie<sup>21</sup>. Lo studio Minutolo et al. del 2022 ha evidenziato, rispetto ai pazienti non anemici, che nei pazienti affetti da anemia di grado lieve e grave si registri un aumento del rischio "aggiustato" di ESKD (*End Stage Kidney Disease*) – rispettivamente – del 42% e del 73% ed un significativo aumento anche del rischio di mortalità, che è del 55% nei pazienti con anemia lieve e dell'83% nei pazienti con anemia grave<sup>19</sup>. L'associazione significativa dell'anemia con l'esito avverso rappresenta una ragione convincente per promuovere una misurazione più estesa dei parametri anemici (emoglobina, saturazione della transferrina e ferritina) che oggi è sub-ottimale, anche in un contesto di cure terziarie dove questi indici non vengono misurati nel > 40% dei pazienti anemici<sup>19</sup>.

Risulta, dunque, fondamentale comprendere che anemia e MRC sono interconnesse e non possono essere trattate separatamente. In particolare, l'anemia è una condizione caratterizzata da una patogenesi multifattoriale e, in quanto tale, le linee guida internazionali stabiliscono che il primo obiettivo da raggiungere nei pazienti affetti da anemia associata a MRC sia conoscere l'**esatta eziologia dell'anemia per applicare il trattamento terapeutico più appropriato**. La gestione dell'anemia da MRC richiede, infatti, la **risoluzione di tutte le cause di anemia correggibili** (inclusi carenza di ferro e stati infiammatori) prima di iniziare la terapia con gli agenti eritropoietici (ESA, *Erythropoietin Stimulating Agents*). La comprensione della presenza di molteplici fattori che concorrono a determinare la patogenesi dell'anemia ha portato a importanti progressi nello sviluppo di nuove opzioni di trattamento, quali gli inibitori della prolil-idrossilasi, enzimi che degradano il fattore inducibile dell'ipossia (*Hypoxia-Inducible Factor*, HIF), farmaci orali indicati per il trattamento dell'anemia da malattia renale cronica. La classe degli HIF-PHI (*Hypoxia-Inducible Factor – Prolyl Hydroxylase Inhibitor*) ha un meccanismo d'azione innovativo; questi farmaci, simulando una condizione di ipossia, sono in grado di stimolare la produzione di eritropoietina endogena da parte del rene, aumentano la disponibilità di ferro e riducendo i livelli di epcidina, un fattore legato alla condizione di infiammazione cronica che riduce la biodisponibilità di ferro per l'eritropoiesi.

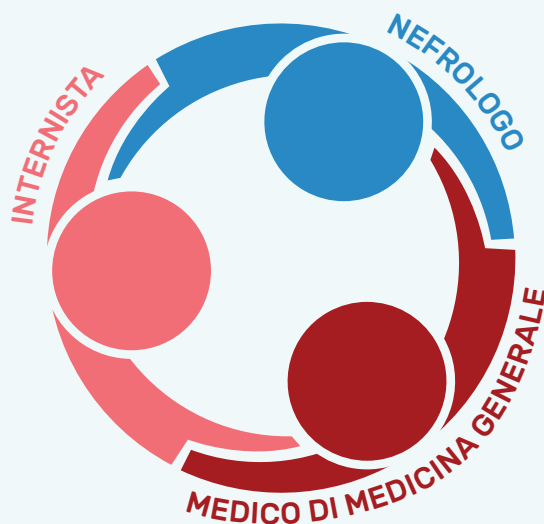


## CAMBIARE LA STORIA DELLA MALATTIA È POSSIBILE


Negli ultimi 50 anni la priorità sanitaria in ambito nefrologico si è focalizzata sulla terapia sostitutiva renale per la gestione dello stadio terminale della patologia: dialisi e trapianto<sup>22</sup>. Ad oggi, alla luce dell'ingresso di nuove e promettenti strategie terapeutiche e gestionali che mirano a prevenire la progressione della MRC, è auspicabile un cambio di *mindset* che possa supportare un cambio di paradigma nella gestione del paziente nefropatico: ritornare al focus tradizionale sulla fisiopatologia e preservare la funzionalità renale.

In una prospettiva di cura che mira a **preservare la funzione renale** piuttosto che sostituirla, l'anemia, in quanto predittore indipendente di progressione ad ESRD, diviene parte in causa. L'anemia e la malattia renale cronica possono essere concomitanti e, per una gestione ottimale atta a garantire al paziente la migliore qualità di vita per il tempo maggiore possibile, è necessario un intervento che tenga conto di entrambe le condizioni cliniche.

L'associazione tra le due condizioni rappresenta, in tal senso, una importante opportunità che deve essere colta non solo per un vantaggio diagnostico, ma per consentire una ottimale **gestione del quadro patologico completo**. Per questa ragione bisogna intervenire in maniera tempestiva e gestire la MRC e l'anemia, favorendo l'interazione multidisciplinare tra specialisti quali il nefrologo, l'internista ed il medico di medicina generale in un'ottica di condivisione di informazioni relative alla condizione del paziente, che miri a garantire un'assistenza di qualità e continuativa per i pazienti. Un approccio clinico globale potrebbe essere una soluzione, in un'ottica di integrazione reciproca delle competenze in modo collaborativo e non sostitutivo. Il lavoro trasversale crea un ponte fra gli specialisti e uniformità di approccio, mentre la corretta informazione offerta ai cittadini aiuterebbe a migliorare la comunicazione, favorendo una corretta consapevolezza.



UN **APPROCCIO CLINICO GLOBALE** CHE FAVORISCA  
L'**INTERAZIONE MULTIDISCIPLINARE** TRA  
SPECIALISTI È FONDAMENTALE PER **GARANTIRE**  
**UN'ASSISTENZA DI QUALITÀ E CONTINUATIVA,**  
VOLTA AL CONTROLLO DELLA PATOLOGIA.



L'identificazione nei giusti tempi porterebbe all'avvio di un percorso assistenziale e di cura costruito *ad hoc*, basato su terapie mirate, approfittando di finestre terapeutiche ipotizzabili solo nelle fasi precoci della malattia. Inoltre, questo favorirebbe un netto risparmio economico in termini di accesso alle cure e presa in carico del paziente poiché si eviterebbero importanti costi dovuti a trattamenti e terapie intensive, come la dialisi. Nello specifico, oltre ai costi sanitari diretti ed indiretti, ci sono anche elevati costi sociali, in termini di giorni di lavoro persi e di riduzione della produttività.

È evidente, dunque, come in un'ottica di presa in carico del paziente affetto da anemia secondaria a MRC, le soluzioni da introdurre rimandino ad un cambio di gestione e di atteggiamento da parte di tutti gli attori coinvolti.

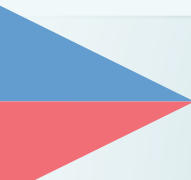
L'attuale gestione dei pazienti risente di due fattori che concorrono alla progressione della patologia verso gli stadi più severi, che portano, dunque, all'insorgenza di anemia: *late referral* e inerzia clinica e terapeutica. Un ulteriore elemento di complessità è rappresentato dall'organizzazione della continuità assistenziale sul territorio.

Il **referral tardivo** dei pazienti con malattia renale cronica è un problema noto e rappresenta una grande sfida per i nefrologi. Tale fenomeno determina un impatto negativo sulla condizione clinica del paziente, aggravandone lo stato di funzionalità renale fino all'insufficienza renale. In questi pazienti, considerando lo stato dell'arte, sarebbe utile impostare delle strategie di diagnosi – oltre che di diagnosi precoce – per poter intervenire laddove la condizione renale sia già progredita verso un'anemia. Le ragioni del *referral* tardivo, che ha oltretutto un impatto socioeconomico notevole, sono diverse, tra cui la non consapevolezza di una malattia renale fino a quando il paziente non manifesti sintomi uremici, la mancanza o l'inadeguato *screening* di routine dei pazienti ad alto rischio di sviluppare la malattia renale, come pure per i pazienti affetti da ipertensione o diabete. Un ruolo determinante è svolto dal medico di medicina generale, il quale ha il gravoso compito di identificare i pazienti nella popolazione definita "sana" e deve essere in grado – attraverso strumenti opportuni che è necessario mettere a disposizione – di valutare i segnali di allerta – tra cui l'anemia come sentinella – per identificare i pazienti potenzialmente affetti da MRC, e inviarli con rapidità al nefrologo. La **Scheda Nefrologica**, un innovativo strumento di *early detection*, può concretamente fornire un contributo alla causa, in quanto inserirebbe un secondo livello di *referral*, andando ad individuare tempestivamente il paziente che è più probabile abbia bisogno di un consulto nefrologico specialistico, con importanti conseguenze sul percorso di cura, sulla qualità di vita e sulla dignità della persona.

Un altro aspetto importante da considerare, che ha un impatto importante sulla prognosi dei pazienti è l'**inerzia clinica e terapeutica** nel trattamento dell'anemia da MRC, che rappresenta un fenomeno clinicamente significativo e ad elevato impatto sociale, poiché associato ad un'alta prevalenza di anemia anche in un *setting* di pazienti regolarmente seguiti dal nefrologo. Lo studio italiano Minutolo et al. 2013<sup>20</sup> ha identificato una certa inerzia clinica nella prescrizione della terapia a base di ESA nei pazienti anemici, che rappresenta un'area critica di miglioramento considerando che l'inerzia terapeutica è associata in questo caso ad una minore "*renal survival*" dei pazienti affetti da MRC. Un grado ancora maggiore di inerzia clinica è stato evidenziato in relazione alla prescrizione di ferro. Oggi viviamo un momento di **rinnovamento del paradigma di cura per i pazienti con MRC e anemia**, grazie all'introduzione di opportunità terapeutiche gestionali.

Il Sistema Sanitario è dunque chiamato a prendere atto di tali cambiamenti, recependo l'introduzione nel comune utilizzo di validi strumenti a supporto dell'attività clinica come la Scheda Nefrologica, identificando strumenti digitali che consentano e agevolino la comunicazione tra tutti gli attori coinvolti nel percorso di presa in carico, cura e *follow-up* del paziente, e rendendo disponibili le nuove terapie al pari dei regimi terapeutici finora utilizzati. È doveroso – alla luce di quanto illustrato – ricordare che si tratta di **patologie croniche** e di pazienti che, di fatto, necessitano di assistenza *long-life*, per cui è necessario assicurare **continuità assistenziale** sul territorio e approvvigionamento costante dei nuovi farmaci secondo le modalità di distribuzione opportune.

È possibile oggi cambiare la storia di questa malattia ma, soprattutto, la storia delle persone che ne sono affette, attuando un *Change Management* – non solo nella classe medica ma, soprattutto, nell'amministrazione della sanità nazionale e regionale – atto alla valorizzazione del concetto di diagnosi precoce, di presa in carico del paziente, di recepimento e messa in trattamento tempestiva. Il cambio di paradigma nella presa in carico dei pazienti affetti da Malattia Renale Cronica è possibile, così come è possibile gestire l'anemia secondaria a MRC, ma è necessario un coinvolgimento di tutte le parti per attuare – definitivamente – un cambio di passo. L'anemia da malattia renale cronica è un esempio paradigmatico di come la forza delle abitudini possa ostacolare il cambiamento.



È POSSIBILE **CAMBIARE LA STORIA** DI QUESTA MALATTIA ATTUANDO UN **CHANGE MANAGEMENT** ORIENTATO ALLA VALORIZZAZIONE DEL CONCETTO DI **DIAGNOSI PRECOCE**, DI **PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE**, DI **RECEPIMENTO DELLE INNOVAZIONI TERAPEUTICHE**.

La MRC rappresenta una condizione cronica ed una importante causa di morbi-mortalità nella popolazione generale, costituendo – di fatto – un problema di salute pubblica. È possibile oggi realizzarne un contenimento nella incidenza e progressione con adeguate misure di prevenzione, eppure il Piano Nazionale della Cronicità (PNC), che dovrebbe aggiornare le risposte per quasi la metà della popolazione italiana affetta da patologie croniche, è fermo al 2016 e non ha avuto operatività, a differenza del Piano Nazionale Oncologico 2023-2027 (PON) e di quello sulle malattie rare 2023-2025 (PNMR), nonostante le malattie croniche siano anche un obiettivo della Missione 6 del PNRR. È necessario investire sulla medicina di prossimità, valorizzando i servizi territoriali e il lavoro in rete dei medici di medicina territoriale, dotandoli e individuando opportuni strumenti digitali per porli in connessione con gli specialisti.

L'impatto del cambiamento clinico ed organizzativo sul sistema sanitario è profondo. Affrontare le resistenze al cambiamento è cruciale per garantire che il SSN possa adattarsi alle nuove sfide. Un elemento fondamentale quanto radicale è progettare e riorganizzare il sistema sulla base della domanda, ascoltando e rispondendo alle esigenze dei pazienti e migliorando costantemente le pratiche cliniche ed organizzative.



## BIBLIOGRAFIA

1. U.S. Army Heritage and Education Center. Online: <https://usawc.libanswers.com/faq/84869>
2. Our World in Data. Online: <https://ourworldindata.org/grapher/population>
3. Harvard Business Review, 2021. Online: <https://www.hbritalia.it/draft/2021/03/01/news/dal-new-normal-al-never-normal-14977/>
4. Basuman, Z., 1999. *Modernità liquida*. Laterza, Roma-Bari.
5. Mintzberg, H., 1983. *Structure in Fives. Designing Effective Organizations*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall.
6. Porter et al. Value-Based Health Care Delivery. *Annals of Surgery* 2008, 248, 503-509.
7. International Society of Nephrology, 2019. Online: [https://www.theisn.org/wp-content/uploads/2021/05/GKHAtlas\\_2019\\_WebFile-1.pdf](https://www.theisn.org/wp-content/uploads/2021/05/GKHAtlas_2019_WebFile-1.pdf).
8. O de Lusignan S et al. Association of anaemia in primary care patients with chronic kidney disease: cross sectional study of quality improvement in chronic kidney disease (QICKD) trial data. 2013, *BMC*.
9. Malattia renale cronica. Ministero della Salute. Data di pubblicazione: 23 ottobre 2020, ultimo aggiornamento 9 novembre 2020. Online: [https://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_3\\_1\\_1.jsp?lingua=italiano&menu=dossier&p=dossier&id=65](https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_3_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=dossier&p=dossier&id=65)
10. Documento di indirizzo per la Malattia Renale Cronica. Ministero della Salute. 5 novembre 2014. Online: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2244\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2244_allegato.pdf)
11. De Nicola L, Donfrancesco C, Minutolo R, Lo Noce C, Palmieri L, De Curtis A, Iacoviello L, Zoccali C, Gesualdo L, Conte G, Vanuzzo D, Giampaoli S; ANMCO-SIN Research Group. Prevalence and cardiovascular risk profile of chronic kidney disease in Italy: results of the 2008-12 National Health Examination Survey. *Nephrol Dial Transplant*. 2015 30, 806-14.
12. Navarra S, Solini A, Baroni MG, Frova L, Grande E. A long-term nationwide study on chronic kidney disease-related mortality in Italy: trends and associated comorbidity. *J Nephrol* 2022, 35, 505-515.
13. Bellasi, Antonio & Iorio, Biagio & Di Lullo, Luca. *Kidney Diseases: Challenges and Opportunities of the Third Millennium*. AboutOpen 2020, 7, 1-3.
14. GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2020, 395, 709-733.
15. Documento di indirizzo per la malattia renale cronica, 2022. Online: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2244\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2244_allegato.pdf)
16. Nephrology ISo. Chronic kidney disease. *Global kidney health atlas 2019*. Online: [https://www.theisn.org/wp-content/uploads/2021/05/GKHAtlas\\_2019\\_WebFile-1.pdf](https://www.theisn.org/wp-content/uploads/2021/05/GKHAtlas_2019_WebFile-1.pdf)
17. Dmitrieva O, de Lusignan S, Macdougall I.C. et al. Association of anaemia in primary care patients with chronic kidney disease: cross sectional study of quality improvement in chronic kidney disease (QICKD) trial data. *BMC Nephrol* 2013, 14, 24.
18. Wong MMY, Tu C, Li Y, Perlman RL, Pecoits-Filho R, Lopes AA, Narita I, Reichel H, Port FK, Sukul N, Stengel B, Robinson BM, Massy ZA, Pisoni RL; CKDopps Investigators. Anemia and iron deficiency among chronic kidney disease Stages 3-5ND patients in the Chronic Kidney Disease Outcomes and Practice Patterns Study: often unmeasured, variably treated. *Clin Kidney J* 2019, 13, 613-624.
19. Minutolo R, Provenzano M, Chiodini P, Borrelli S, Garofalo C, Andreucci M, Liberti ME, Bellizzi V, Conte G, De Nicola L; Collaborative Study Group on the Conservative Treatment of CKD of the Italian Society of Nephrology. New-onset anemia and associated risk of ESKD and death in non-dialysis CKD patients: a multicohort observational study. *Clin Kidney J* 2022, 15, 1120-1128.
20. Minutolo R, Locatelli F, Gallieni M, Bonofiglio R, Fuiano G, Oldrizzi L, Conte G, De Nicola L, Mangione F, Esposito P, Dal Canton A; REport of COmorbidities in non-Dialysis Renal Disease Population in Italy (RECORD-IT) Study Group. Anaemia management in non-dialysis chronic kidney disease (CKD) patients: a multicentre prospective study in renal clinics. *Nephrol Dial Transplant*. 2013, 28, 3035-45.
21. Palaka E, Grandy S, van Haalen H, McEwan P, Darlington O. The Impact of CKD Anaemia on Patients: Incidence, Risk Factors, and Clinical Outcomes-A Systematic Literature Review. *Int J Nephrol* 2020, 2020, 7692376.
22. Klinger AS, Brosius FC; Diabetic Kidney Disease Task Force of the American Society of Nephrology. Preserving Kidney Function Instead of Replacing It. *Clin J Am Soc Nephrol* 2020, 15, 129-131.

*Le informazioni riportate nel testo non devono essere considerate come sostitutive di diagnosi e consulto medico e parere scientifico. ISHEO non può essere considerata come responsabile delle informazioni riportate se utilizzate a scopi differenti dall'obiettivo del testo e dell'iniziativa a cui si riferisce, anche per eventuali riferimenti a informazioni mancanti o non esaustive.*





# ImpACT

Realizzato da



In collaborazione con



Con il contributo  
non condizionante di

