DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 3 marzo 1998, n. **619.**

Piano regionale in materia di nefrologia e dialisi.

LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta dell'assessore alla salvaguardia e cura della salute;

Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;

Vista la legge 23 dicembre 1994, n. 724;

Vista la legge 28 dicembre 1995, n. 549;

Vista la legge 23 dicembre 1996, n. 662;

Vista la legge regionale 30 aprile 1979, n. 39;

Viste le leggi regionali nn. 18 e 19 del 16 giugno 1994;

Visto il decreto ministeriale del 22 luglio 1996, relativo a «prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del S.S.N.e relative tariffe»;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 relativo ai requisiti minimi delle strutture sanitarie;

Vista la deliberazione del Consiglio regionale 11 maggio 1994, n. 1004;

Vista la deliberazione della Giunta regionale 15 dicembre 1987, n. 7940;

Vista la deliberazione della Giunta regionale 14 marzo 1995, n. 1650;

Vista la deliberazione della Giunta regionale 11 marzo 1997, n. 1165;

Vista la deliberazione della Giunta regionale 8 luglio 1997, n. 4238;

Presto atto le circolari dell'assessorato regionale alla sanità n. 37 del 26 luglio 1980 e n. 5 del 23 gennaio 1985, concernenti il riborso spese di viaggio agli assistiti in trattamento emodialitico;

Preso atto la circolare dell'assessore regionale alla sanità, prot. n. 1041/60 del 13 aprile 1995, concernente il servizio di trasporto gratuito ai centri dialisi a favore degli emodializzati che si trovano in particolare situazioni di salute e familiari;

Preso atto la circolare dell'assessore regionale alla sanità n. 39 del 9 giugno 1995, attuativa della citata D.G.R. n. 1650/95;

Tenuto conto del contributo che la commissione regionale di vigilanza per l'emodialisi, istituita ai sensi della citata legge regionale n. 39/79, ha apportato in collaborazione con le competenti strutture regionali, per l'elaborazione dell'allegato documento;

Tenuto conto del parere espresso dal settore regionale per la programmazione santiaria;

Visto l'art. 17 comma 32, della legge 15 maggio 1997, n. 127;

Sentito il parere della competente commissione consiliare;

Tutto ciò premesso, all'unanimità.

Delibera:

1) Di approvare i documenti di cui agli allegati 1 e 2, concernenti al «piano regionale per la nefrologia e dialisi», che costituiscono parte integrante della presente deliberazione;

La presente deliberazione non è soggetta a controllo ai sensi dell'art. 17, comma 32 della legge 15 maggio 1997, n. 127.

ALLEGATO N. 1

PIANO SANITARIO REGIONALE PER LA NEFROLOGIA E LA DIALISI

1. Premessa:

1.1. Il piano sanitario nazionale 1994-96 pone l'assistenza al nefropatici cronici tra i progetti obiettivi e le azioni programmatiche da perseguire (punto c.5.3).

In proposito, il suddetto documento individua come obiettivi prioritari la promozione delle attività di prevenzione o di diagnosi precoce delle nefrapatie, la diffusione delle consulenze nefrologiche e degli ambulatori di nefrologia nel territorio, la diffusione delle unità operative di nefrologia, l'organizzazione della rete regionale dei servizi per il trattamento dialitico, il collegamento funzionale delle strutture ambulatoriali di dialisi alle unità ospedaliere di nefrologia, il potenziamento dell'attività di trapianto renale.

Particolare rilievo viene dato all'ampia variazione fra le diverse regioni dei trattamenti dialitici effettuati in strutture private: si passa dall'1.9% nelle regioni del nord al 56.7% in quelle del sud, con una media nazionale del 27.4%.

Nel Lazio tale percentuale supera il 60%, e nella città di Roma è attestata intorno all'80%.

Secondo i dati dal «registro dialisi Lazio, rapporto anno 1997» elaborato dall'osservatorio epidemiologico e del settore medicina sociale dell'assessorato regionale salvaguardia e cura della salute, alla data del 30 giugno 1997 risultavano in trattamento dialitico 3.159 pazienti, di cui 14 pediatrici con età inferiore ai 14 anni.

Le strutture, pubbliche operanti erano 38 di cui 5 centri ad assistenza limitata (CAL), e le strutture private 36.

In particolare presso i CAL effettuava dialisi il 2,5%, dei pazienti, mentre quelli che la praticavano a domicilio risultavano il 4,6% (di cui 3,3 in peritoneale).

Per quanto riguarda il fabbisogno dei trattamenti dialitici si riscontra un trend in costante aumento I nuovi ingressi sono stati 615 nel periodo 1° luglio 1994 30 giugno 1995, 635 nell'annualità successiva e 746 nel periodo 1° luglio 1996 30 giugno 1997.

Si hanno quindi circa 170 pazienti per milione di abitanti che arrivano annualmente all'uremia terminale. Le uscite dal programma di dialisi sono risultate pari al 10-11% per mortalità ed al 2-3% per trapianto renale.

Si rileva, pertanto, un incremento annuo del numero dei pazienti dializzati di circa il 6-8% e cioè, in termini assoluti, di circa 250-350 unità.

Nella Regione Lazio le problematiche inerenti la pratica dialitica sono, come già detto, peculiari per la prevalenza delle strutture private su quelle pubbliche. Le situazioni rilevate dalla commissione regionale di vigilanza, in numerosi centri privati di dialisi, durante l'attività di controllo, in relazione alla qualità dell'assistenza erogata ed al rispetto della normativa, hanno reso evidente l'assoluta necessità di definire i criteri e i requisiti minimi indispensabili per l'esercizio dell'attività dialitica in regime ambulatoriale. Tutte le strutture pubbliche e private debbono attenersi ai criteri e requisiti (D.G.R. n. 1650/95) strutturali, tecnici ed igienico-sanitari previsti; quest'ultime sono tenute, inoltre, a conformarsi a quanto stabilito dalla suadetta delibera in relazione al rapporto di lavoro del personale addetto.

1.2. Appare oppprtuno richiamare gli elementi innovativi della D.G.R. n. 1650/95;

1.2.1. definizione delle strutturali e tecniche dei centri dialisi, in funzione del rilevante, peso delle innovazioni tecnologiche, ai fini di una ottimale, gestione della terapia;

1.2.2. definizione di precise caratteristiche ambientali che consentano di effettuare la terapia in locali idonei a garantire un'adeguata riservatezza ed una sdrammatizzazione del trattamento;

1.2.3. limitazione del numero di posti dialisi, con una conseguente riduzione del numero complessivo dei pazienti trattati per ogni centro e conseguente maggiore attenzione alle esigenze individuali e più puntuale personalizzazione della strategia dialitica;

1.2.4. presenza in ogni centro di un organico proprio, onde garantire la qualificazione professionale del personale assegnato, la formazione e l'aggiornamento continuo, l'integrazione dell'equipe ai assistenza a tutto vantaggio della qualità delle prestazioni e del rapporto fiduciario con il paziente;

1.2.5. collegamento funzionale delle strutture private con i centri di riferimento territorialmente competenti ed in grado di fornire consulenza multidisciplinare per i casi che richiedano tale approccio;

2. Obiettivi prioritari.

2.1. Tutto ciò premesso, la Regione1 Lazio, nell'ambito della strategia d'intervento, indica i seguenti obiettivi prioritari;

2.1.1 attivazione di una rete di unità operative e di ambulatori di nefrologia, che tenga conto della domanda dell'utenza residente e che sia distribuita in modo diffuso ed equilibrato sul territorio regionale, supportata da un adeguato sistema informatico che li colleghi in tempo reale; a tal fine dovrà essere ultimata entro sei mesi dell'entrata in vigore del presente documento l'esecuzione di interventi relativi alla realizzazione o potenziamento di unità per la dialisi per le quali sono già stati concessi finanziamenti regionali alle aziende sanitarie, in particolare;

2.1.2 coinvolgimento dei servizi di base per il controllo della popolazione a rischio: nefrologico per l'orientamento dei pazienti alle strutture nefrologiche con l'obiettivo di ridurre la percentuale di pazienti non diagnosticati per nefropatia o diagnosticati come uremici solo all'inizio della dialisi cronica;

2.1.3. avvio di significative campagne di informazione e sensibilizzazione di tutta la popolazione sui problemi delle nefropatie, della dialisi, della donazione e del trapianto d'organo;

2.1.4. incremento delle attività da parte delle unità, operative e degli ambulatori di cui al punto 2.1.1., in modo da ofrire livelli differenziati di assistenza, con particolare riferimento alla distinzione fra pazienti stabilizzati e pazienti ad alto rischio (urernici cronici con più fattori conorbidi, pazienti con insufficienza renale acuta, portatori di trapianto di rene con complicanze etc). A fronte, infatti, di centri ospedalieri di riferimento finalizzati al trattamento dei casi di particolare complessità ed investiti del compito dell'addestramento e dell'aggiornamento permanente del personale medico ed infermieristico, operante anche nelle sedi periferiche, è necessario incrementare i centri di dialisi decentrata, unità di dialisi decentrata e centri ad assistenza limitata, che saranno collegati funzionalmente con centri di riferimento competenti per territorio: ciò, sia per favorire una distribuzione delle strutture che agevoli l'accesso dei pazienti, tenuto anche conto che circa il 50% di loro ha superato i 65 anni di età, sia per garantire comunque, la qualità delle prestazioni attraverso la consulenza e l'attività formativa svolta dai centri di riferimento;

2.1.5. sviluppo dell'attività di emodialisi domiciliare con l'obiettivo, al termine del triennio, di trattate con tale metodo almeno il 2% dei pazienti prevalenti pari a circa 60 pazienti incidenti. Deve essere, comunque, garantito il rientro in emodialisi in caso di interruzione del trattamento domiciliare;

2.1.6. sviluppo della attività di dialisi peritoneale per raggiungere l'utilizzazione di questa metodica in almeno il 30% dei nuovi accessi al trattamento dialitico nel terzo anno di realizzazione del piano e con l'obiettivo di 300 casi prevalenti in trattamento con dialisi peritoneale al termine del triennio pari al 10% dei casi prevalenti;

2.1.7. realizzazione di un servizio di trasporto per i pazienti non autosufficienti o rimborso spese per chi usufruisce di mezzi propri;

2.1.8. disponibilità, da parte di ogni centro dialisi, a favorire la mobilità dei pazienti tra centri (regionali, nazionali ed esteri), sia per esigenze lavorative e familiari che per periodi di vacanza ed in particolare per la mobilità legata al giubileo;

2.1.9. la massima appropriatezza del trattamento dialitico in base ai documenti ed alle linee guida definite dalla società italiana di nefrologia;

2.1.10. potenziamento delle attività di prelievo d'organo e di trapianto renale;

2.2. Il raggiungimento degli obiettivi indicati dovrà essere realizzato mediante:

2.2.1. la istituzione di centri di riferimento ai nefrologia e dialisi;

2.2.2. la istituzione di punti di coordinamento per la dialisi peritoneale presso alcuni dei centri di riferimento indicati al punto 2.2.1;

2.2.3. la istituzione dei servizi di nefrologia e dialisi;

2.2.4. la istituzione delle unità decentrate di dialisi (UDD, UDDA e CAL);

2.2.5. l'adozione, con successivo provvedimento, di modalità tariffarie che tengano conto dell'offerta differenziata di metodiche di trattamento, inclusa la dialisi peritoneale, prevedendo incentivi per i centri che raggiungano proporzioni, definite di pazienti assistiti con questa metodica e per i centri che assistano pazienti di elevata complessità;

2.2.6. la definizione, con successivo provvedimento, di linee di guida che stabiliscano criteri di accesso e di uso delle varie forme di trattamento dialitico e che subordinino comunque l'avvio e le modalità del trattamento ad una verifica dei criteri di accesso da parte di una dei centri di riferimento;

2.2.7. l'assolvimento, da parte di tutte le strutture di dialisi operanti nella ragione degli obblighi informativi previsti dalla normativa regionale vigente, in particolare per quanto riguarda l'aggiornamento del registro regionale della dialisi secondo le indicazioni stabilite dall'OER del Lazio;

2.2.8 la promozione ed il finanziamento di iniziative di educazione alla donazione di organi.

3. Funzioni, compiti, individuazione e dotazione strutturali dei centri di riferimento di nefrologia e dialisi

3.1. Funzioni e compiti del centro di riferimento.

I centri di riferimento svolgono attività di prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie renali, sia in regime ambulatoriale che di degenza autonoma.

I centri di riferimento, in particolare:

3.1.1. formulano proposte e programmi per la prevenzione delle malattie renali e verificano, successivamente, i relativi interventi attuativi;

3.1.2. svolgono opera di educazione e sensibilizzazione dei medici di base e della popolazione sulle tematiche della nefrologia, dialisi e trapianto mediante incontri pubblici e conferenze;

3.1.3. realizzano programmi di aggiornamento e ricerca;

3.1.4. vigilano e sovrintendono sullo stato di salute dei pazienti in attesa di trapianto e/o trapiantati. Sulla base di protocolli operativi concordati, attivano il necessario collegamento funzionale con il sistema regionale di riferimento dei trapianti e con i vari centri di trapianto mediante l'aggiornamento clinico, l'iscrizione ed il mantenimento nelle liste attive di attesa regionali, nazionali ed estere dei pazienti candidati al trapianto di rene; assicurano, inoltre, l'assistenza post trapianto, garantendo al paziente sia la programmazione ed esecuzione degli esami periodici che l'assistenza in condizioni d'urgenza. Ogni centro è tenuto a comunicare alla direzione sanitaria dell'azienda ed alla commissione regionale di vigilanza il nominatilvà del medico ref erente per le attività connesse al trapianto;

3.1.5. devono effettuare non meno di due turni giornalieri di dialisi per sei giorni la settimana per tutti i mesi con un indice minimo di utilizzo di 3.2 pazienti per posto di dialisi e debbono garantire l'assistenza in condizioni di urgenza 24 ore su 24 per tutti i giorni dell'anno. Tale direttiva si applica nei confronti di tutti i centri di riferimento, inclusi quelli operanti presso strutture universitarie in rapporto di convenzione regionale. Tutte le prestazioni di dialisi eseguite in regime di urgenza sono da considerare come attività svolte nell'ambito del DEA di primo e secondo livello;

3.1.6. devono garantire una proiezione territoriale mediante dialisi domiciliare intra ed extracorporea e(o attivazione di UDD o CAL;

3.1.7. i centri di riferimento identificati come punti di coordinamento per la dialisi peritoneale oltre ai compiti descritti dovranno promuovere l'uso della metodica, formare il personale sanitario al suo impiego e svolgere appropriata opera di informazione e di educazione sanitaria nei confronti degli altri operatori e del pubblico;

3.2. Individuazione dei centri di riferimento.

I centri di riferimento sono collocati:

3.2.1. negli ospedali, nelle aziende ospedaliere, nei policlinici universitari sede di DEA di secondo livello;

3.2.2. negli ospedali delle ASL sede di Dea di primo livello, ove siano già attivati ed operanti centri di riferimento di nefrologia e dialisi individuati dalla delibera di Giunta regionale n. 7940/87, e successive integrazioni e negli ospedali non sede di DEA che già svolgono per ubicazione o casistica un ruolo di centro di riferimento;

3.2.3. in relazione alla distribuzione della popolazione sul territorio, alle caratteristiche oro-geografiche e alle condizioni di viabilità dell'area, le aziende sanitarie possono proporre l'istituzione, negli ospedali con DEA di I livello, di centri di riferimento se in possesso dei requisiti indicati nel presente documento. La Giunta regionale, previo parere tecnico della commissione regionale di vigilanza, sentito il parere della commissione consigliare permanente competente, delibera in proposito;

3.2.4. atteso che successivamente all'entrata in vigore della delibera di Giunta regionale n. 7940/87 sono state istituite le aziende sanitarie, che sono state attivate nuove strutture pubbliche di nefrologia e dialisi e che occorre procedere all'aggiornamento dei centri di riferimento identificandone almeno uno per ogni azienda USL, tenuto conto dell'attività svolta in questi anni da tutte le strutture pubbliche, sono individuati i seguenti centri di riferimento per la nefrologia e dialisi:

ASL RM A, ospedale S. Giacomo di Roma;
ASL RM B, ospedale Sandro Pertini di Roma;
ASL RM C, ospedale S. Eugenio di Roma;
ASL RM D, ospedale G.B. Grassi di Ostia;
ASL RM E, ospedale S. Spirito di Roma;
ASL RM F, ospedale S. Paolo di Civitavecchia;
ASL RM H, ospedale civile di Anzio;
ASL Viterbo, ospedale Grande Degli Infermi di Viterbo;
ASL Rieti, ospedale S. Camillo De Lellis di Rieti;
ASL Latina, ospedale S. Maria Goretti di Latina; ospedale Dono Svizzero di Formia;
ASL Frosinone, ospedale Umberto I di Frosinone; ospedale G. De Bosis di Cassino;
Centro regionale dialisi pediatrica Ospedale Bambin Gesù di Roma.

Sono inoltre identificati come punti di coordinamenti per la dialisi peritoneale i seguenti centri di riferimento:

ASL RM A, ospedale S. Giacomo di Roma;
ASL RM E, ospedale S. Spirito di Roma;
ASL RM H, ospedale civile di Anzio.

Sono altresì individuati quali centri di riferimento i centri ubicati presso i policlinici universitari e le aziende ospedaliere in possesso dei requisiti indicati nel presente documento e che ne facciano richiesta.

3.3. Con successivo provvedimento, la Giunta regionale procederà, sulla base di quanto previsto al punto 3.2.4. e previa verifica del possesso dei requisiti prescritti dal presente documento, a confermare ovvero ad attribuire alle strutture in questione la qualifica di centro di riferimento regionale per la nefrologia e la dialisi.

3.4. La Giunta regionale, sulla base della valutazione annuale delle attività svolte, valutazione condotta dall'assessorato alla salvaguardia e cura della salute con il supporto della commissione regionale di vigilanza per la dialisi, sentito il parere della commissione consigliare permanente competente, conferma o meno la qualifica di centro di riferimento attribuita.

3.5. Dotazioni strutturali del centro di riferimento.

Sono costituite da: area di degenza autonoma, centro dialisi ospedaliero, area ambulatoriale e/o di Day-Hospital, centri dialisi sul territorio (CAL e UDD).

3.5.1. Area di degenza.

Premesso che il fabbisogno complessivo di posti letto di nefrologia è pari ad un posto ogni 20.000 residenti, la degenza può essere realizzata come:

a) reparto autonomo di degenza;
b) area di degenza in reparti.

In quest'ultimo caso il servizio di nefrologia deve essere identificato come centro di costo autonomo per l'attività di degenza oltre che per l'attività ambulatoriale e si dovrà tenere conto di tutti i casi, dovunque ricoverati, con diagnosi e DGR di interesse nefrologico nel definire annualmente il budget per il centro di costo di nefrologia.

L'area di degenza, comunque realizzata, si avvale di personale medico, infermieristico ed ausiliario, adeguato numericamente e professionalmente all'assistenza nefro-dialitica ed è strutturata tecnicamente e strumentalmente per garantire prestazioni di dialisi d'urgenza «bedside» (emodialisi, tecniche extra corporee ed intracorporee continue).

La stessa area deve essere dotata delle apparecchiature necessarie all'esercizio della nefrologia d'urgenza (ecografo, osmometro, emogasanalizzatore, elettrocardiografo, monitors per la rilevazione dei parametri vitali, lettori per diagnostica su stick).

3.5.2. Centro dialisi.

Il numero di pazienti dializzati per centro di riferimento non può essere inferiore a 3.2 per posto dialisi e il numero dei posti dialisi non può essere inferiore a 12. Il fabbisogno dei posti dialisi per la popolazione dell'area interessata deve essere coperto anche mediante attivazione di UDD, Cal, dialisi domiciliare ed eventuale integrazione con centri di emodialisi a gestione privata.

I requisiti igienico-sanitari, strutturali e tecnologici minimi del centro dialisi sono definiti dalla DGR 1650/95. Il centro deve disporre di unità di dialisi ad alta assistenza per pazienti acuti e cronici ad alto rischio. Per la dialisi peritoneale, deve essere disponibile un'area separata dedicata all'addestramento, terapia e controllo dei pazienti.

3.5.3. Area ambulatoriale e/o di Day-Hospital.

Il centro di riferimento deve disporre di un'area ambulatoriale e/o di day-hospital per l'attività di diagnostica e terapia delle malattie renali e dell'ipertensione arteriosa, controllo periodico dei pazienti in dialisi ospedaliera e domiciliare, preparazione al trapianto e controllo post-trapianto. Oltre che in sede ospedaliera il centro può attivare, ambulatori di nefrologia nelle sedi esistenti sul territorio.

3.5.4. Aree di dialisi sul territorio.

Sono costituite dalle unità decentrate di dialisi (UDD), unità decentrate di dialisi per anziani (UDDA) e dai centri ad assistenza limitata (CAL).

Queste strutture dipendono funzionalmente dal centro di riferimento e devono rispettare i requisiti minimi previsti dalla D.G.R. n. 1650/95.

La loro tipologia verrà descritta successivamente.

4. Servizi di nefrologia e dialisi

4.1. Si collocano negli ospedali non identificati sede di centro di riferimento. Svolgono attività di prevenzione, diagnosi e terapia della malattie renali, effettuano assistenza dialitica dell'insufficienza renale acuta e cronica nel centro dialisi per la dialisi domiciliare. Possono organizzare e gestire UDD, CAL, dialisi domiciliare ed attività ambulatoriali e devono garantire l'assistenza in condizioni d'urgenza 24 ore su 24 per tutti i giorni dell'anno.

4.2. I servizi di nefrologia e dialisi dispongono per la loro attività di:

4.2.1. possibilità di ricovero con le modalità indicate per i centri di riferimento;

4.2.2. centro dialisi con almeno 10 posti, con i requisiti minimi definiti dalla D.G.R. n. 1650/95. L'area destinata alla dialisi peritoneale deve essere separata dall'area emodialitica;

4.2.3. area ambulatoriale ospedaliera o extraospedaliera per la prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie renali, controllo dei pazienti in dialisi e di quelli in attesa di trapianto e trapiantati. Oltre che in sede ospedaliera, gli ambulatori possono essere attivati sul territorio secondo le necessità dell'utenza.

5. Tipologia delle aree di dialisi sul territorio.

5.1. Unità decentrata di dialisi (UDD).

Sono situate, di norma, in ospedali non sede di DEA, ma possono essere collocate anche in strutture extraospedaliere.

Nelle UDD effettuano dialisi con assistenza medica prioritariamente i pazienti che insistono, per motivi residenziali o di lavoro, nell'area assistita dall'UDD. Non possono essere sottoposti a dialisi soggetti a rischio definito, con potenziale necessità di emergenza a carattere polidisciplinare, i quali devono essere trattati nel centro di riferimento.

Se nell'area assistita da una UDD situata in ospedale la richiesta dell'utenza dovesse risultare particolarmente elevata con riconosciuta difficoltà di accesso ad altre strutture, l'UDD deve essere trasformata in servizio di nefrologia e dialisi.

5.2. Unità decentrate di dialisi per anziani (UDDA).

Sono situate presso le residenze sanitarie assistenziali (R.S.A.) con presenza significativa di ospiti nefropatici.

Come le UDD, le UDDA dipendono dal centro di riferimento.

5.3. Centri ad assistenza limitata (CAL).

Sono così definite le strutture ambulatoriali finalizzate al trattamento di pazienti capaci di autogestirsi; possono essere collocate sia in sede ospedaliera che extraospedaliera.

Il personale infermieristico, addestrato e dipendente funzionalmente dal centro di riferimento, dovrà essere numericamente tale da garantire un rapporto di 1 a 3 con i pazienti. In caso di necessità e per garantire un aggiornamento costante, il personale infermieristico opera turni con quello del centro di riferimento.

6. Dialisi domiciliare

6.1. Tenuto conto che il presente piano ha, tra i propri obiettivi anche quello di assistere almeno 300 pazienti in dialisi peritoneale al termine del triennio, preso atto della ancora limitata diffusione della dialisi peritoneale nel territorio regionale, si ritiene opportuno che i punti di coordinamento per la dialisi peritoneale si colleghino tra loro individuando nel centro di riferimento dell'ospedale S. Giacomo la struttura regionale di raccordo al fine di:

6.1.1. individuare linee comuni di informazione dei pazienti e dei medici di famiglia per una scelta consapevole tra i trattamenti di dialisi disponibili;

6.1.2. elaborare comuni protocolli di addestramento e follow-up;

6.1.3. individuare gli standards e le necessità fondamentali per l'avvio e la migliore condizione operativa dei programmi;

6.1.4. definire criteri di sorveglianza sulle tecniche ed i risultati.

Per la dialisi peritoneale questo compito viene svolto dalla unità operativa di nefrologia e dialisi dell'ospedale S. Giacomo, ASL RM A quale centro di riferimento regionale per la dialisi peritoneale;

6.1.5. i requisiti per svolgere accanto alla dialisi extracorporea anche la dialisi peritoneale verranno definiti con successivo provvedimento nella disciplina dell'accreditamento.

7. Dipartimenti di nefro-urologia.

7.1. L'organizzazione delle funzioni di assistenza ai pazienti nefropatici, compresi quelli in assistenza dialitica, rientra nei compiti e nelle responsabilità delle aziende sanitarie, che potranno prevedere l'istituzione di dipartimenti aziendali o di presidio ospedaliero. L'organizzazione dell'assistenza dovrà comunque prevedere l'integrazione di attività svolte da unità operative con differenti competenze specialistiche nelle strutture ospedaliere e sul territorio.

7.2. Articolazione della funzione di assistenza nefrourologica e del dipartimento di nefrourologia.

7.2.1. La funzione di assistenza nefrologica si articola in un'area ospedaliera e un'area territoriale, coordinate a livello di azienda.

7.2.2. L'area ospedaliera si configura come dipartimento d'organo o area funzione, a seconda della complessità e della numerosità dei casi trattati.

7.2.3. L'area territoriale, incentrata sul distretto, si configura come l'insieme degli interventi di educazione alla salute e promozione della salute sui problemi nefrologici e comprende eventuali presidi decentrati di dialisi.

7.3. Tipologia del dipartimento di nefro-urologia.

7.3.1. Confluendo in esso funzioni omologhe e omogenee, la tipologia è quella definita «d'organo». Si caratterizza per la prevalente collocazione in ambito ospedaliero e per la presenza di specifiche professionalità dotate di autonomia rispetto agli interventi preventivi, diagnostici e terapeutici di competenza. Come richiamato dalla già citata D.G.R. n. 3140/95 è inteso che anche i dipartimenti d'organo dovranno realizzare il coordinamento degli interventi con quelli da erogare nell'area-sistema distrettuale, al fine di assicurare la continuità terapeutica in fase pre e post-ricovero nonché il collegamento con i medici di famiglia.

7.4. Struttura del dipartimento nefro-urologico.

7.4.1. Nell'ottica di una gestione integrata degli spazi e delle risorse tecnologiche ed umane disponibili, anche attraverso la mobilità del personale, il dipartimento si avvale di:

area dialitica;

area di chirurgia urologica e di chirurgia connessa alla pratica dialitica;

area ambulatoriale e/o di day-hospital nefro-urologico;

posti letto per la degenza nefrologica ed urologica. In caso di ricovero la responsabilità clinica e l'onere relativo dovrà essere attribuito al dipartimento in riferimento alla unità funzionale interessata.

8. Piante organiche dei centri di nefrologia e dialisi.

8.1. Gli organici delle varie tipologie in cui si articolano le unità di nefrologia e dialisi vengono individuate in base ai calcoli dei carichi di lavoro corretti per gli indici di assistenza obbligatori per la dialisi, svolta sia in regime ambulatoriale che di degenza. Requisiti di personale saranno comunque compresi tra quelli previsti per l'accreditamento.

8.1.1. L'esperienza maturata dall'entrata in vigore della D.G.R. n. 7940/87 indica che l'organico minimo di base non può essere inferiore a 9 unità mediche per il centro di riferimento, integrato da una unità medica per ogni turno attivato presso CAL/UDD, ed a 7 unità mediche per il servizio di nefrologia e dialisi.

8.1.2. Per quanto riguarda il personale infermieristico, poiché il centro dialisi ospedaliero è inevitabilmente destinato ad essere sede del trattamento di pazienti ambulatoriali sia a basso che altro indice di rischio, è necessario un indice di assistenza di un infermiere ogni 4 pazienti per ogni turno di dialisi e di ausiliari ogni 8 pazienti.

9. Attività assistenziale in regime di degenza.

9.1. Comprende la diagnosi e terapia delle malattie renali in fase non dialitica, l'assistenza in regime di degenza a pazienti con insufficienza renale acuta e a pazienti in dialisi cronica con necessità di trattamenti suppletivi per patologie intercorrenti o per complicanze legate alla dialisi.

9.2. Vengono pertanto individuate due aree in cui suddividere l'assistenza in regime di degenza:

a) area di assistenza per pazienti a grande rischio, siano essi in terapia dialitica che conservativa;

b) area di assistenza a rischio ordinario.

9.3. Ai pazienti a grande rischio deve essere garantito sia in dialisi bedside nell'area di degenza che durante la degenza in generale un livello di assistenza basato su un rapporto infermieristico di 1 a 3.

9.4. Ai pazienti a rischio ordinario deve essere garantita l'assistenza tipo reparto di chirurgia generale e se in dialisi secondo quanto definito dal presente piano.

9.5. La definizione di ciascun paziente come appartenente all'area *a)* o all'area *b)* deve risultare evidenziata nella cartella clinica con le date di passaggio da un area all'altra. Ai fini del calcolo dell'organico generale del reparto di degenza deve essere individuato il numero medio prevedibile dei pazienti a grande rischio.

10. Commissione regionale di vigilanza.

10.1. La commissione regionale di vigilanza per l'esercizio dell'emodialisi nel Lazio è un organismo istituito ai sensi della legge regionale n. 39/79, del quale fanno parte medici nefrologi e rappresentanti dei pazienti dializzati.

10.2. I compiti di tale commissione sono essenzialmente di vigilanza sul corretto esercizio della terapia dialitica nella nostra Regione e di supporto tecnico-scientifico all'attività legislativa, regolamentare ed amministrativa della Regione.

10.3. Le funzioni della commissione si sostanziano, in particolare, nella:

10.3.1. la valutazione dei controlli effettuati sul rispetto delle prescrizioni previste dalla normativa comunitaria, nazionale e regionale in materia di terapia dialitica, e sull'attività dei centri dialisi e dei servizi di dialisi domiciliare e ad assistenza limitata;

10.3.2. la vigilanza che ciascun centro privato di dialisi autorizzato non abbia più di 24 posti dialisi ed in aprticolare che non venga violato il principio sancito dlala delibera Regione Lazio n. 1650 del 14 marzo 1995;

10.3.3. la proposizione di provvedimenti conseguenti alla suddetta attività di valutazione e di vigilanza;

10.3.4. il rilascio di pareri e proposte in ordine al piano regionale per la nefrologia e dialisi, in ordine all'accreditamento dei centri dialisi, nonché per l'istituzione, da parte della Regione, dei centri di riferimento;

10.3.5. l'esplicazione, in generale, di attività consultiva nei confronti degli organi regionali in materia di nefrologia e dialisi.

11. Registro regionale sulla dialisi ed il trapianto renale.

11.1. Il registro regionale sulla dialisi ed il trapianto regionale, istituito con la D.G.R. n. 7949/87, dovrà valutare la dimensione di tali fenomeni in termini di prevalenza ed incidenza, nonché lo stato di salute della popolazione in trattamento dialitico cronico. Inoltre dovrà descrivere la tipologia dell'assistenza fornita e produrre degli indicatori sintetici utili al processo di accreditamento.

Il registro dovrà rappresentare un supporto informativo al sistema di pagamento delle prestazioni dialitiche in regime ambulatoriale, domiciliare ed a assistenza decentrata e limitata.

12. Accreditamento dei centri dialisi.

12.1. La terapia dialitica, per sua natura, è caratterizzata dall'anelasticità della domanda; conseguentemente, una volta determinato il numero complessivo dei pazienti che hanno bisogno di dialisi e effettuata la relativa proiezione triennale, è possibile determinare il fabbisogno complessivo e, quindi, adeguare ad esso l'offerta di prestazioni erogabili di sistema sanitario regionale.

12.2. L'accreditamento di tutti i centri dialisi, pertanto, potrà essere disposto, con successivo provvedimento, qualora ricorrano congiuntamente le seguenti condizioni:

a) accertato possesso dei requisiti strutturali, tecnici ed organizzativi previsti dalla vigente normativa. Per quanto riguarda i centri privatil il rilascio dell'autorizzazione regionale all'esercizio dell'attività, di cui alla D.G.R. n. 1650/95, costituisce requisito indispensabile per l'accreditamento;

b) accertata l'esigenza di avvalersi delle prestazioni offerte dla centro dialisi, in relazione al documentato fabbisogno delle stesse per ogni singola azienda USL ed anche in relazione alle caratteristiche del territorio e alla dispersione dell'utenza;

c) accettazione da parte dei soggetti erogatori del sistema tariffario per le prestazioni effettuate;

d) accertamento dei criteri di accesso e di mantenimento per l'accreditamento che verranno successivamente determinati;

e) in ogni caso ciascun centro dialitico, ad eccezione dei centri ospedalieri inseriti nella rete dell'emergenza, non potrà essere accreditato all'assistenza dialitica di un numero di pazienti superiore al numero di posti dialisi moltiplicato per quattro;

f) assolvimento degli obblighi informativi.

12.3. I titolari o legali rappresentanti di nuovi centri dialisi privati, debitamente autorizzati ai sensi della D.G.R. n. 1650/95, che intendono ottenere l'accreditamento provvisorio sono tenuti a presentare istanza in tal senso presso la competente azienda sanitaria locale. L'azienda esperita l'istruttoria dell'istanza pervenuta e verificata l'esigenza di avvalersi o meno delle prestazioni offerte dalla struttura richiedente per poter far fronte all'accertato fabbisogno, formula, con apposita idonea e documentata relazione, il parere circa l'accoglibilità o il diniego alla richiesta, trasmettendolo ai competenti uffici regionali.

12.4. La Giunta regionale, valutata la relazione del direttore generale dell'azienda e acquisito il parere tecnico della commissione regionale di vigilanza sull'emodialisi, su proposta dell'assessore alla salvaguardia e cura della salute, delibera in ordine all'istanza di accreditamento.

12.5. L'accreditamento e il suo mantenimento è subordinato oltre che al possesso dei requisiti tecnico-strutturali e di personale anche alla verifica di attività e di risultato.

ALLEGATO N. 2

Distribuzione delle unità operative di nefrologia e dialisi, esistenti e di prossima istituzione, presso ospedali presidio di ASL, aziende ospedaliere, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, policlinici universitari e presidi territoriali di ASL.

RM/A

Esistenti:
S. Giacomo;
Bambino Gesù;
Policlinico Umberto I;
Clinica Urologica;
Nefrologia Medica;
2ª Clinica Chirurgica;
Ospedale Fatebenefratelli.

Da istituire:
Ambulatorio via Luzzatti (UDD).

RM/B

Esistenti:
Pertini;
Policlinico Casilino.

RM/C

Esistenti:
S. Giovanni;
S. Eugenio (Università);
Laurentino 38 CAL da convertire in UDD.

Da istituire:
CTO.

RM/D

Esistenti:
S. Camillo;
Grassi Ostia.

Da istituire:
Spallanzani;
CPO (UDD).

RM/E

Esistenti:
S. Spirito;
Columbus (2ª Università);
Università Cattolica (Clinica Chirurgica).

Da istituire:
S. Filippo.

RM/F

Esistenti:
Ospedale Civitavecchia;
Ospedale Bracciano CAL da convertire in UDD.

RM/G

Esistenti:
Ospedale Palestrina;
Ospedale Colleferro.

Da istituire:
Ospedale Tivoli.

RM/H

Esistenti:
Ospedale Anzio;
Ospedale Albano.

AVVISI DI RETTIFICA

Comunicato relativo alla deliberazione della Giunta regionale 3 marzo 1998, n. 619 concernente: «Piano regionale in materia di nefrologia e dialisi» (pubblicata nel *Bollettino Ufficiale* n. 14 del 20 maggio 1998, parte I).

Nella deliberazione citata in epigrafe e pubblicata nel sopraindicato *Bollettino Ufficiale*, alla pag. 16, è stata omessa la seguente:

FROSINONE
Osp. Frosinone;
Osp. Cassino;
Osp. Pontecorvo CAL da convertire in UDD;
Osp. Sora;
Osp. Alatri;
Osp. Anagni.

LATINA
Osp. Latina;
Cisterna (UDD);
Latina Scalo (UDD);
Osp. Formia;
Terracina CAL da convertire in UDD;
Ponza CAL e UDD;
Osp. Priverno;
Osp. Sezze da accorpare con Priverno.

RIETI
Osp. Rieti;
Magliano Sabina (UDD).

VITERBO
Osp. Viterbo;
Osp. Montefiascone CAL da convertire in UDD;
Osp. Civitacastellana CAL da convertire in Servizio autonomo.

(*) secondo convenzioni da stipulare tra Regione e i rispettivi Enti con l'obbligo di attenersi a quanto specificato al punto 3.1.5.