

PUBBLICAZIONE

Copia della presente DELIBERA è stata pubblicata all'Albo on-line

Istituito sul sito www.asl.latina.it dal _____ al _____

L'ADDETTO ALLA PUBBLICAZIONE

IL FUNZIONARIO INCARICATO

Per copia conforme all'originale per uso amministrativo

IL FUNZIONARIO INCARICATO

Copia della presente è stata trasmessa alla Regione Lazio in data _____

Ai sensi dell'art. 6, comma 2, dell'Intesa Stato - Regioni del 23.03.2005

IL FUNZIONARIO INCARICATO

AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE LATINA

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

n. 633 C.S. del 23/12/2016

STRUTTURA PROPONENTE: UOS COMUNICAZIONE E RELAZIONI CON IL PUBBLICO

PROPOSTA N. 19/C DEL 15/12/2016 634

Oggetto: : Approvazione e adozione Protocollo per la assistenza ai Pazienti trapiantati e nefropatici in valutazione o in attesa per trapianto renale

Il Dirigente e/o il responsabile del procedimento, con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico.

Il Responsabile del procedimento: Dr.ssa Roberta De Grandis Firma: [Firma]

Data: _____

Il Dirigente: Dr.ssa Assunta Lombardi Firma: [Firma]

Data: _____

Il Funzionario addetto al controllo di budget, con la sottoscrizione del presente atto, attesta che lo stesso

NON COMPORTA scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico

COMPORTA scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico

Voce di conto economico su cui si imputa la spesa: _____

Visto del Funzionario addetto al controllo di budget _____

Data _____ Firma _____

Il Dirigente e/o il responsabile del procedimento, ai sensi e per gli effetti dell'art.6, comma 2, dell'Intesa Stato-Regioni del 23.03.2005, attesta che:

- la spesa è stata autorizzata dalla Regione, in quanto non prevista dal budget aziendale, ma necessaria per esigenze di natura straordinaria;
- trattasi di atto contingibile e urgente e/o necessario ad evitare il pericolo di interruzione di pubblico servizio, la cui spesa non è prevista nel budget aziendale.

Data _____ Firma _____

Parere del Direttore Amministrativo Aziendale

Favorevole Non Favorevole (con motivazioni allegare al presente atto)

Data: 21/12/2016 Firma Dr. Bruno Riccardi [Firma]

Parere del Direttore Sanitario Aziendale

Favorevole Non Favorevole (con motivazioni allegare al presente atto)

Data: 22.12.2016 Firma Dr. Luciano Cifaldi [Firma]

Il Commissario Straordinario

Data: 22.12.16 Firma Dr. Giorgio Casati [Firma]

Staff Direzione Aziendale
UOS Comunicazione e Relazioni con il Pubblico

TENUTO CONTO della/del:

- DGR 14.3.1995, n. 1650, Criteri/Requisiti per l'esercizio della terapia dialitica in regime ambulatoriale. Centri dialisi;
- DGR 3.3.1998, n. 619, Piano Regionale in tema di nefrologia e dialisi;
- Legge 1° aprile 1999, n. 91, Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti;
- DGR 30.5.2008, n. 403, Legge 1 aprile 1999, n. 91, Disposizioni in materia di prelievi e trapianti di organi e tessuti. Percorso assistenziale al trapianto di rene. Approvazione linee guida regionali;
- DCA 10.10.2010, n. 90 inerente l'approvazione di "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie", "Requisiti ulteriori per l'accreditamento",...;
- DCA 23.3.2011, n. 13, Procedimento di accreditamento definitivo strutture sanitarie e socio sanitarie private, regolamentazione e verifica requisiti;
- DGR 1.6.2012, n. 238, Modificazioni ed integrazioni alla DGR 30.5.2008, n. 403 "...Iscrizione in lista di attesa trapianto di rene pazienti in fase pre-emptive, approvazione testo modificato ed integrato";
- DCA 22.12.2014, n. 441, Disposizioni normative in materia di nefropatie e dialisi, di contributi per spese di trasporto e prestazioni dialitiche e contestuale revoca della DGR n: 1614/2001;

VISTO il DCA U00247 del 25 luglio 2014 con il quale si è provveduto all'adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013/2014 che al punto 3, Intervento 1, Cure primarie e rete territoriale, recita: "La Regione intende ripensare, coinvolgendo i professionisti interessati, il modello organizzativo e funzionale delle cure primarie secondo l'attuale evoluzione dei bisogni assistenziali con particolare riferimento alla presa in carico della popolazione con patologie croniche e con soluzioni complementari e coerenti alla riorganizzazione degli altri sottosistemi della rete assistenziale sanitaria (ospedaliera, specialistica ambulatoriale, sociosanitaria territoriale,)";

DATO ATTO che, l'organizzazione dei servizi attualmente erogati per i soggetti nefropatici cronici in attesa di trapianto, nella azienda ASL Latina presenta una disomogeneità di gestione tra le strutture del polo di Latina e gli altri centri della provincia;

CONSIDERATO che lo scopo del presente protocollo è proprio quello di riportare a unità tale processo e parallelamente richiamare il massimo impegno perché il sistema in rete sia efficace con la cooperazione ~~coordinata di tutti gli attori coinvolti, secondo quelli che sono i principi dell'azione programmata, vale a dire:~~

- centralità del paziente nell'organizzazione dei servizi rivolti ai soggetti nefropatici cronici,
- coordinamento ed integrazione tra i diversi livelli in cui si articola l'assistenza ai pazienti;

PRESO ATTO della deliberazione del Direttore Generale ASL Latina n. 246 del 22 maggio 2015 avente ad oggetto, recepimento del Commissario ad Acta della Regione Lazio 22 dicembre 2014, n. U000441 "Disposizioni normative in materia di nefropatie e dialisi, di contributi per spese di trasporto e prestazioni dialitiche e contestuale revoca della DGR n. 1614/2001" e relative prime disposizioni applicative in ambito Aziendale", che al punto 6) assegnava al Tavolo Misto Permanente" istituito presso l'Azienda e coordinato dalla UOSD Comunicazione Integrata Aziendale, oggi denominata UOS Comunicazione e Relazioni con il Pubblico, la predisposizione dei percorsi preferenziali in favore dei soggetti sottoposti al trattamento dialitico per l'esecuzione di prestazioni di diagnostica strumentali, di laboratorio e terapeutiche presso le strutture aziendali;

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

In virtù dei poteri conferitigli con il Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00106 del 06.05.2016 avente ad oggetto: Nomina del Commissario Straordinario dell'Azienda Sanitaria Locale di Latina";

Vista la proposta avente ad oggetto: "Approvazione e adozione Protocollo per l'assistenza ai pazienti trapiantati e nefropatici in valutazione o in attesa per trapianto renale" che precede;

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo Aziendale e del Direttore Sanitario Aziendale;

DELIBERA

- 1) Di approvare il Protocollo per l'assistenza ai Pazienti trapiantati e nefropatici in valutazione o in attesa per trapianto renale, garantendo il mantenimento delle relative risorse impiegate;
- 2) Di dare mandato alla UOS Comunicazione e Relazioni con il Pubblico di provvedere alla massima diffusione del Protocollo in argomento presso tutti gli attori del TMP interessati e presso gli stakeholders interni ed esterni;
- 3) Di dare mandato ai Direttori di Macrostruttura ospedaliera e territoriale di procedere all'implementazione delle attività inerenti il protocollo per l'assistenza ai Pazienti trapiantati e nefropatici in valutazione o in attesa per trapianto renale ;
- 4) Di dare mandato alla UOC Formazione e Rapporti con Università di provvedere al perfezionamento o alla realizzazione delle attività formative di pertinenza del protocollo suddetto, rivolte a tutti gli stakeholders;
- 5) Di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi per l'Azienda, pertanto il presente atto non necessita di essere trasmesso alla U.O.C. Bilancio e Contabilità;
- 6) Di trasmettere il presente atto alla U.O.C. Affari Generali e Controllo Interno per i provvedimenti di competenza;


IL Commissario Straordinario
Dott. Giorgio Casali

RAVVISATA la necessità di procedere all'approvazione del protocollo per l'assistenza ai Pazienti trapiantati e nefropatici in valutazione o in attesa per trapianto renale, risultato dal lavoro svolto nell'ambito delle attività del Tavolo misto permanente delle Associazioni per sottolineare l'importanza che assume, per i soggetti nefropatici cronici in trattamento sostitutivo, il grado di accoglienza e attenzione all'aspetto umano dell'assistenza offerto dagli operatori coinvolti nonché dalle strutture sanitarie così assiduamente frequentate da questi soggetti, parte integrante della presente delibera;

PROPONE

Per le motivazioni indicate in premessa che qui si intendono integralmente riportate;

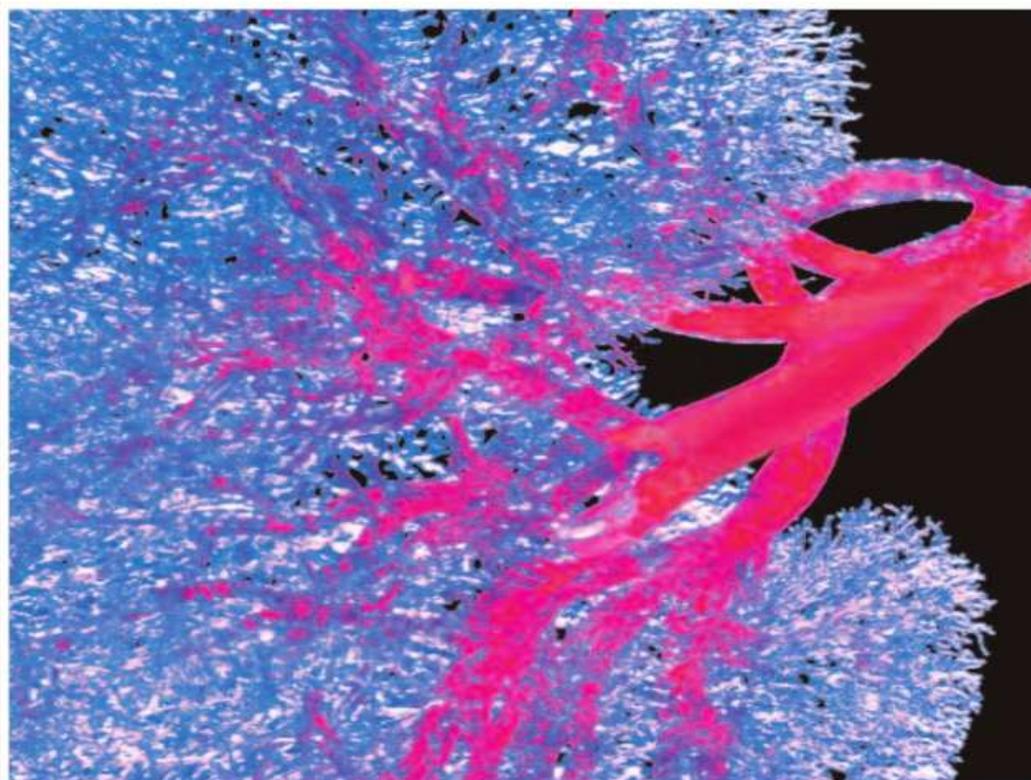
- 1) Di approvare il Protocollo per l'assistenza ai Pazienti trapiantati e nefropatici in valutazione o in attesa per trapianto renale, garantendo il mantenimento delle relative risorse impiegate;
- 2) Di dare mandato alla UOS Comunicazione e Relazioni con il Pubblico di provvedere alla massima diffusione del Protocollo in argomento presso tutti gli attori del TMP interessati e presso gli stakeholders interni ed esterni;
- 3) Di dare mandato ai Direttori di Macrostruttura ospedaliera e territoriale di procedere all'implementazione delle attività inerenti il protocollo per l'assistenza ai Pazienti trapiantati e nefropatici in valutazione o in attesa per trapianto renale ;
- 4) Di dare mandato alla UOC Formazione e Rapporti con Università di provvedere al perfezionamento o alla realizzazione delle attività formative di pertinenza del protocollo suddetto, rivolte a tutti gli stakeholders;
- 5) Di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi per l'Azienda, pertanto il presente atto non necessita di essere trasmesso alla U.O.C. Bilancio e Contabilità;
- 6) Di trasmettere il presente atto alla U.O.C. Affari Generali e Controllo Interno per i provvedimenti di competenza;

Con la sottoscrizione del presente atto il Responsabile del procedimento e/o il Dirigente attestano, inoltre, l'assenza di conflitto di interessi, ai sensi della normativa vigente e del Codice di Comportamento.

Il Responsabile del procedimento
Dr.ssa Roberta De Grandis

Il Direttore UOS Comunicazione e
Relazioni con il Pubblico
Dr.ssa Assunta Lombardi

Protocollo per la assistenza ai Pazienti trapiantati e nefropatici in valutazione o in attesa per trapianto renale



A cura del:

dott. Biondi Brunello Referente trapianti Polo Nord

dott.ssa Lombardi Responsabile Comunicazione e relazioni con il pubblico

dott.ssa Marialisa Coluzzi Comunicazione e relazioni con il pubblico

Con la collaborazione dei membri del

TAVOLO MISTO DI PARTECIPAZIONE ASL LATINA:

Cittadinanza Attiva

A.N.T.R. - Associazione Nazionale Trapiantati di Rene

ANED- Associazione Nazionale Dializzati e Trapiantati

Associazione malati di reni

Ass. Trapiantati "Sese Caldarini"

AVIS

AIDO di Latina

UOS Comunicazione e relazione con il pubblico

UOC Nefrologia e Dialisi PO Sud

UOSD Nefrologia e Dialisi PO Centro

UOC Nefrologia e Dialisi PO Nord

Asl Latina



INDICE

PREMESSA NORMATIVA

1.0 INTRODUZIONE E DESCRIZIONE DEL PERCORSO

2.0 REQUISITI

3.0 II PERCORSO

4.0 FASE 1: INFORMAZIONE SUL TRAPIANTO

4.1 Informazione rivolta al paziente con insufficienza renale cronica

4.2 Formazione rivolta agli operatori sanitari

4.3 Informazione rivolta alla popolazione

5.0 FASE 2: SELEZIONE DEI PAZIENTI CANDIDABILI AL TRAPIANTO RENALE

5.1 indagini di Screening

5.2 Attivazione “Vie preferenziali”

6.0 FASE 3: INSERIMENTO IN LISTA ATTESA PER TRAPIANTO RENALE (LAT)

6.1 Le responsabilità del Centro Dialisi

6.2 Attività del Centro Trapianti

7.0 FASE 4: MANTENIMENTO

7.1 Invio dei sieri per aggiornamento delle liste attese per trapianto

8.0 FASE 5: CHIAMATA AL TRAPIANTO

9.0 FASE 6: FOLLOW – UP POST-TRAPIANTO

9.1 Ruolo del centro trapianti e centro dialisi nelle situazioni di urgenza

10.0 FASE 7: RE-IMMISSIONE IN DIALISI ED EVENTUALE RIVALUTAZIONE

11.0 MONITORAGGIO DEL PROTOCOLLO

12.0 DIFFUSIONE E REVISIONE DEL PROTOCOLLO

13.0 RIFERIMENTI NORMATIVI

14.0 ALLEGATI



PREMESSA NORMATIVA.

I Centri di Riferimento (CdR) di Nefrologia e Dialisi vigilano e sovrintendono sullo stato di salute dei pazienti in **attesa di trapianto e trapiantati**, 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 nazionali ed estere di 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 di urgenza (DGR 619 del 3/3/1998, punto 3.1.4). I Servizi di Nefrologia e Dialisi dispongono per la loro attività di un'area ambulatoriale per il controllo dei pazienti in attesa di trapianto e trapiantati (DGR 619 del 3/3/1998, punto 4.2.3; DCA 90/2010 punto 1.9.2). I Centri Dialisi Ambulatoriali indicheranno un medico di riferimento che garantirà il percorso di immissione in lista d'attesa per il trapianto renale ed il collegamento funzionale con il CdR competente per territorio nonché l'integrazione tra l'assistenza del servizio ed i Centri Trapianto di riferimento (sia per i pazienti in lista che per i trapiantati) (DCA 90/2010 punto 1.9.2; DCA 13/2011 punti 3.5.1.3.11/12/13). Infine la DGR 238 del 1/6/2012 approva le Linee Guida regionali in materia di prelievi e trapianti di organi e tessuti, disegnando il percorso assistenziale al trapianto di rene.

1.0 INTRODUZIONE E DESCRIZIONE DEL PERCORSO

L'attività di trapianto di rene in Italia ha da anni raggiunto, se non superato, la media europea.

L'organizzazione dei servizi attualmente erogati per i soggetti nefropatici cronici in attesa di trapianto, nella azienda ASL Latina presenta una disomogeneità di gestione tra le strutture del polo di Latina e gli altri centri della provincia. Scopo del presente percorso è proprio quello di riportare a unità tale processo e parallelamente richiamare comunque il massimo impegno perché il sistema in rete sia efficace con la cooperazione coordinata di tutti gli attori coinvolti, secondo quelli che sono i principi dell'azione programmata :

- centralità del paziente nell'organizzazione dei servizi rivolti ai soggetti nefropatici cronici ;
- coordinamento ed integrazione tra i diversi livelli in cui si articola l'assistenza ai pazienti.

Tale percorso nasce volutamente nell'ambito delle attività del Tavolo misto permanente delle Associazioni per sottolineare l'importanza che assume, per i soggetti nefropatici cronici in trattamento sostitutivo, il grado di accoglienza e attenzione all'aspetto umano dell'assistenza offerto dagli operatori coinvolti nonché dalle strutture sanitarie così assiduamente frequentate da questi soggetti.

2.0 REQUISITI

Per la implementazione del percorso di assistenza ai pazienti trapiantati o in attesa di trapianto così come di seguito descritto sono necessari i seguenti requisiti logistici, organizzativi e di personale:

- Personale dedicato e motivato (incrementare di una unità medica ed una infermieristica l'attuale dotazione organica di ogni Presidio Ospedaliero, da destinare all'ambulatorio trapianti).

- spazi dedicati ed idonei per prelievi e terapia ed impostazione di esami strumentali e visite specialistiche.
- possibilità di ricovero dei Trapiantati presso i CdR di competenza territoriale, possibilità di rapidi contatti con i Centri Trapianto di appartenenza dei Pazienti
- sviluppo e/o mantenimento delle vie preferenziali per gli esami di controllo
- possibilità di avere a disposizione un congruo pannello di esami laboratoristici di controllo, comprendenti anche i dosaggi degli immunosoppressori, e di avere in tempi reali i risultati di questi esami.

Anche per la Popolazione dei trapiantati sono in vigore, dunque, le “vie preferenziali”, disponibili ed attive, soprattutto, per il controllo del donatore vivente di rene: questo è a rischio di diventare un “perso di vista” con il passare degli anni, specialmente se il “dono fallisce”, cioè se il ricevente torna in dialisi.

3.0 IL PERCORSO

Nella tabella sottostante vengono riportate le diverse fasi del percorso aziendale

PERCORSO AZIENDALE TRAPIANTATI O IN ATTESA DI TRAPIANTO	
1)	Informazione sul Trapianto rivolto ai candidati, operatori sanitari e alla popolazione
2)	Selezione dei Pazienti candidabili a trapianto renale
3)	Iscrizione in Lista attesa (LAT) per trapianto renale
4)	Mantenimento in lista attesa
5)	Chiamata al trapianto renale
6)	Follow – up del trapianto renale
7)	Re-immissione in dialisi ed eventuale rivalutazione per trapianto

4.0 FASE 1: INFORMAZIONE SUL TRAPIANTO

L’informazione sul trapianto deve essere rivolta sia al paziente candidato al trattamento sia alla popolazione per quanto relativo al tema delle donazioni

4.1 INFORMAZIONE RIVOLTA AL PAZIENTE CON INSUFFICIENZA RENALE CRONICA

Tutti i pazienti con I.R.C. terminale devono essere presi in considerazione come candidati al Trapianto renale, **salvo quelli con controindicazioni assolute, perché il trapianto renale offre**

statisticamente sopravvivenze maggiori, complicanze minori, costi minori e qualità di vita superiore rispetto alla dialisi; l'informazione sul trapianto renale, quindi, deve essere:

a) sistematica, a cura del nefrologo di ogni centro accreditato o pubblico di nefrologia, che segua il Paziente; ogni supporto in tal senso può essere fornito dal CdR di Nefrologia.

b) tempestiva: deve essere fornita quando si prospetta la possibilità di un trattamento dialitico, in ambulatorio nefrologico od in consulenza dal **nefrologo**. In particolare tale informazione va fornita a TUTTI i pazienti allo stadio **IIIa** o **IIIb** o **IV** della IRC, in modo da riuscire ad inserire i Pazienti in LAT con una funzionalità renale residua stimata con CKD-epi ≤ 15 ml/min progressivamente calante verificata in tre successive misurazioni a distanza di un mese una dall'altra e residenti in Regione Lazio (così come previsto dalle linee guida regionali DGR 238 del 1/6/12), per avere la possibilità, ove esistente, di trapianto da vivente e da cadavere pre-emptive.

c) completa e corretta: devono essere chiaramente indicate **tutte le opzioni terapeutiche** possibili: emodialisi, dialisi peritoneale, trapianto da donatore cadavere e da donatore vivente, e trapianto prima della dialisi, **indipendentemente** dalle proprie convinzioni e dal fatto di eseguire in quel centro tutte le terapie dell'uremia. L'informazione deve provvedere anche le statistiche di mortalità, morbilità, le complicanze, ed i rischi da immunosoppressione e quant'altro utile al processo decisionale. Deve essere utilizzata **l' informativa sul trapianto**, prevista dal **DGR 238/12**, firmata dal nefrologo che informa.

4.2 FORMAZIONE RIVOLTA AGLI OPERATORI SANITARI

Saranno progettati percorsi formativi per il personale sanitario aziendale, che seguiranno ad altre esperienze **già in atto nella Azienda sul tema dei trapianti, per implementare le conoscenze teorico-pratiche necessarie alla gestione di tali pazienti e per diffondere la cultura della donazione.**

4.3 INFORMAZIONE RIVOLTA ALLA POPOLAZIONE

Deve essere pianificata e progettata una campagna di informazione avente come target principale le scuole per sensibilizzazione ed informazione in tema di donazioni e trapianti d'organo a cui sarà richiesta la partecipazione alle Associazioni di settore e MMG.

Obiettivo FASE 1 INFORMAZIONE: garantire le stesse possibilità di trapianto a tutti i Pazienti candidabili ed assicurare la migliore terapia possibile per ogni diverso Paziente uremico.

INDICATORI DI EFFICACIA: per tutti i centri dialisi, al momento dell'accettazione in dialisi cronica del Paziente registrare data informazione, a che livello di creatininemia è stata data, e se ha compreso il trapianto da vivente

5.0 FASE 2 SELEZIONE DEI PAZIENTI CANDIDABILI AL TRAPIANTO RENALE

Per la selezione dei Pazienti da candidare a trapianto valgono le **Linee Guida** della **European Dialysis and Transplantation Association (E.D.T.A.)** : E.B.P.G. Part I, Section I, Nephrology, Dialysis and Transplantation (2000) 15 (Suppl. 7): 3 – 38, e successiva revisione 2013 (allegato 2).

La selezione avviene in ambulatorio di nefrologia, o in ambulatorio trapianti, o in dialisi, ed è eseguita dai **nefrologi** del Centro. Al termine di una prima selezione si inizierà la valutazione per l'idoneità al trapianto renale, con la collaborazione anche del **Personale Infermieristico** delle dialisi e delle nefrologie; almeno nei CdR di Nefrologia, per la mole di lavoro che selezione e valutazione comportano, la procedura corretta prevede l'utilizzo di spazi idonei e Personale motivato e dedicato al Programma Trapianto.

- **a) Tutti** i Pazienti devono essere valutati: l'età non è una controindicazione al trapianto.
- **b)** Devono essere **esclusi i Pazienti con controindicazioni assolute** al Trapianto: neoplasie in atto o pregresse in remissione non ancora sufficiente, e malattie infettive acute o croniche non in remissione o controllo. Le controindicazioni relative sono più numerose, ma non fermano la selezione; comunque, tutte vanno riesaminate periodicamente.
- **c)** Il trapianto prima dell'inizio della dialisi (pre – emptive) **deve essere incentivato in tutti i pazienti**, specialmente nei casi in cui sia disponibile un donatore vivente. I pazienti con una clearance della creatinina $< 15 \text{ ml} \setminus \text{min} \setminus 1,73 \text{ m}^2$ devono essere considerati candidati al trapianto "pre-emptive", anche da donatore cadavere.
- **d)** Il trapianto renale pre-emptive deve essere considerato **la terapia di prima scelta per tutti gli uremici da nefropatia diabetica**. Il diabetico con I.R.C. deve essere considerato per un trapianto precoce e pre-emptive, quando il G.F.R. è $< 20 \text{ ml} \setminus \text{min}$, anche da donatore cadavere. Se il paziente è affetto da diabete mellito di tipo I esiste l'indicazione per trapianto combinato rene – pancreas. L'obiettivo è inserire in LAT ai $20 \text{ ml} \setminus \text{min}$.
- **e)** La selezione per l'eventuale trapianto renale deve essere **tempestiva**, perchè l'età media dei Pazienti dializzati è molto elevata, ed un Paziente con età $> 65 \text{ aa}$. potrebbe non risultare idoneo a lungo, a causa del sopraggiungere di complicanze o comorbidità. L'iter della prima valutazione non può andare oltre i 4 mesi.
- **f)** La selezione avrà come conclusione la **idoneità** o la **non idoneità** al trapianto renale.

5.1 INDAGINI DI SCREENING

I cardini della valutazione di **idoneità come ricevente di trapianto renale (PAC P 585B**, con autorizzazione richiesta dalla A. S. L. di appartenenza del Centro di Riferimento alla Regione Lazio \ Centro Regionale Trapianti Lazio, allegato 3 pag.78-81, e **codice esenzione ticket 050**, rilasciato da un nefrologo) consistono negli screening, come di seguito specificati.

IMMUNOLOGICI

- Tipizzazione tissutale HLA eseguita presso un laboratorio accreditato e specializzato.
- Anamnesi e valutazione immunologica.

LABORATORISTICI

- Gruppo ABO (due determinazioni eseguite in date diverse);
- Emocromo F.L. , Fibrinogeno, PT , PTT, INR, Na, K, Transaminasi AST e ALT, Gamma GT, Bilirubina totale e frazionata, Glicemia, azotemia, creatininemia, prot. totali ed elettroforesi proteica, Ca, P, VES o PCR, fosfatasi alcalina, PTHi, creatininuria e creatinina clearance, CPK, LDH, PseudoCHE, Na, K, Cl, Mg,, uricemia, sideremia, transferrina, ferritina, colesterolo totale, HDL ed LDL, trigliceridi, amilasi, sangue occulto nelle feci, alfafeto proteina, CEA, CA 125, Ca 15-3, Ca 19-9 e Ca 50 (solo alcuni Centri).
- HbA1c.
- Urinocoltura (2 controlli); esame urine completo, proteinuria\die ed eventuale elettro-foresi proteine urinarie
- Markers Epatite B: HBsAg, HBsAb, HBcAb, HBeAg, HBeAb;
- Anti-HCV; Anti-HIV; Anti-CMV (IgG, IgM); Anti-Toxoplasma IgG\IgM; Anti-EBV IgG\IgM; VDRL o TPHA; Mantoux; anti HSV IgG\IgM,
- Anti-VZV (IgG, IgM). Nei pazienti HBsAg Positivi ricerca dell'HBV DNA; Nei pazienti HCV Positivi ricerca HCV RNA quantitativa e determinazione del genotipo. Esami particolari per i Pazienti sotto i 18 anni per il programma trapianto pediatrico.

CARDIOLOGICI

- ECG (con copia tracciato);
- ECOCARDIOGRAFIA con valutazione della frazione d'eiezione (FE);
- Prova da sforzo cardiologica al cicloergometro o ecoStress test o scintigrafia miocardica con dipiridamolo con imaging
- Coronarografia in Pazienti a rischio di ischemia miocardica
- Holter pressorio delle 24 ore.

RADIOLOGICI

- RX Addome (per calcificazioni vascolari), Rx torace
- RX scheletro (cranio in 3 proiezioni, bacino, mani)
- Rx Arcate Dentarie
- Mammografia (> 40aa);
- RX Cistografia retrograda e minzionale (capacità vescicale, reflussi, residuo post-minzione)
- Eco Addome completo; prostatica transrettale o, Ecografia Tiroide e Paratiroidi.
- TC ed angio TC su indicazione, nei Pazienti policistici e nei trapianti reiterati.

OCULISTICI

- visita oculistica + Fundus Oculi;

OTORINO - Visita ORL (se indicata);

DERMATOLOGICI - Visita dermatologica

ODONTOIATRICI- Visita Odontoiatrica;

GINECOLOGICI - Visita Ginecologica + Pap Test ; ecomammaria ove indicata, ecografia pelvica transvaginale, se necessaria

VASCOLARI

- Eco-Doppler aorta, vasi iliaco-femorali e vasi degli arti inferiori;
- Eco-Doppler TSA;

DIGESTIVI

- **EGDS con ricerca Helicobacter Pyl. ed ev. istologico**
- **Colonscopia nei policistici, nei pazienti >50 anni e in quelli con familiarità per neoplasia ed altre patologie del colon, con eventuale istologico**

RESPIRATORI – visita pneumologica + Spirometria

UROLOGICI

- PSA Totale: per gli uomini al di sopra dei 50 anni
- PSA Totale e Libero/Totale: quando il PSA Totale supera il valore soglia
- Ecografia prostatica trans-rettale: per pazienti d'età superiore a 50 anni o con livelli di PSA totale > 4 ng/ml o con rapporto PSA Libero/Totale < 25%

La idoneità sarà raggiunta dopo attenta valutazione anche delle seguenti problematiche:

- età
- nefropatie di base
- stato vascolare, ipertensione
- malattia ossea della IRC, comorbidità urologiche, disordini sfera psichica, stato broncopolmonare, epatico e metabolico e fattori rischio individuali.

Nel caso di **non idoneità definitiva** le cause devono essere indicate chiaramente nel **Registro Trapianti**, obbligatorio per ogni centro dialisi, e contenente i dati dei trapiantati, Centri Trapianto, fonti di contatto per le urgenze, i dializzati del Centro in lista attesa, in valutazione, e quelli con non idoneità definitiva.

Nel caso di disponibilità di uno o più potenziali donatori viventi la selezione consiste anche nel definire la **idoneità come donatore vivente** di rene (**PAC PV 594**, con autorizzazione richiesta dalla A. S. L. di appartenenza del Centro di Riferimento alla Regione Lazio \ Centro Regionale Trapianti Lazio , allegato 3, pagine 82-84, codice di esenzione ticket **T01** (che probabilmente nei nuovi LEA diventerà 058); questa valutazione è ancora più completa e complessa di quella per ricevente, perché ha lo scopo di permettere **solo** la donazione di un **organo sano** proveniente **da un individuo sano**. Per questa valutazione è necessaria la collaborazione del Centro Trapianti prescelto come da procedure allegate (Allegato 4: **Documento informativo sul programma di trapianto di rene da donatore vivente del Centro Nazionale Trapianti.**)

Tutti gli esami specialistici, strumentali e laboratoristici necessari per arrivare a definire la idoneità come ricevente di trapianto renale (allegato 1 , pagine 24 – 27) devono essere eseguiti **utilizzando vie preferenziali**, attraverso lo sportello speciale del CUP, (codici 050 o 052 ritrapianto), **e\o attivando il PAC presso le strutture aziendali autorizzate**: Centri di riferimento di nefrologia di Latina e Formia.

Per quanto relativo a Terracina in cui non è presente un CdR di Nefrologia, è necessaria l'autorizzazione ad eseguire i PAC, oppure programmare altre vie preferenziali, anche con la collaborazione dei 2 CdR presenti in Azienda per l'erogazione di accertamenti diagnostici non

eseguibili presso le strutture del Presidio Centro. **I PAC devono essere espletati entro 1 mese, come da normativa regionale** (infra Processo delle vie preferenziali).

5.2 ATTIVAZIONE “VIE PREFERENZIALI”

Per la capillare attivazione di vie preferenziali dedicate sono necessari le seguenti azioni:

- un programma di **sensibilizzazione** ed informazione sul Trapianto, per l'**esatta comprensione** di cosa rappresenta il Trapianto per il nefropatico e del risparmio che rappresenta per la società.

Tale processo coinvolgerà:

- **la struttura di Comunicazione aziendale,**
- **i Servizi diagnostici:**
- **Radiologia,**
- **Servizio di Patologia Clinica,**
- **la sede diagnostica di Holter pressorio (ABPM 24 ore, nel P.O. Nord la Medicina post-acuzie, attualmente non più disponibile),**
- **la Endoscopia digestiva,**
- **la Medicina Nucleare,**
- **la Cardiologia,**
- **la Ginecologia,**
- **la Urologia,**
- **la Chirurgia Vascolare,**
- **la Pneumologia,**
- **la Dermatologia,**
- **la Oculistica,**
- **l’Otorinolaringoiatria.**
- **il servizio CUP che individuerà degli spazi da riservare alle richieste “preferenziali” e programmerà gli appuntamenti prevedendo una certa flessibilità, per eventuali “scambi”.**

- **Attivazione P.A.C. “trapiantologici” per donatore vivente potenziale, PV 498 e per idoneità del ricevente, P585B (allegato 3).**

Tale attivazione prevede da parte dei servizi di diagnostica la destinazione di posti riservati, per trapiantandi e donatori.

Nell’eventualità che alcuni esami previsti nel P.A.C., non possano essere eseguiti entro il mese canonico previsto dalla normativa, gli esami mancanti vanno richiesti seguendo le altre vie preferenziali, già in atto da tempo.

Verrà, inoltre, attivato il PAC PV 420 (allegato 5), via preferenziale richiesta il 16\12\2015 in attivazione, ancora non autorizzata ed operativa, per il controllo dei trapiantati , e il PAC PV 58 per la somministrazione controllata dei farmaci (allegato 6).

L’utilizzo di “risorse dedicate” al programma trapianto è strategicamente efficace: “investire” nel trapianto conduce ad un **risparmio aziendale**, sfruttabile per reinvestire dentro e fuori il Programma Trapianto.

Attualmente la maggior parte dello sforzo e impegno di risorse economiche e professionali , nei Centri di Nefrologia e Dialisi è rivolto alla gestione della terapia dialitica che, a fronte di una relativa bassa incidenza nella popolazione (circa 700 dializzati/milione di abitanti), presenta costi elevatissimi in media di 50 mila EURO/ANNO/paziente per l'emodialisi , 35 mila EURO/ANNO/paziente per la dialisi peritoneale.

Considerando quindi che almeno il 30% dei dializzati sono potenzialmente trapiantabili, l'obiettivo è

- 1) Il "non" ingresso in dialisi tramite trapianto pre-emptive
- 2) l'uscita dalla terapia dialitica tramite trapianto da cadavere o da vivente
- 3) I controlli clinici sui trapiantati, in particolare quelli con lunga durata del trapianto, ritardando in tal modo il rientro in dialisi

Questo al fine di determinare un enorme risparmio economico per l'Azienda e la comunità ma, e soprattutto, la qualità delle cure fornite ai pazienti nefropatici.

I percorsi preferenziali sono garantiti al paziente dal decreto del Commissario ad acta n. 441/2014 .

Obiettivo della FASE 2 SELEZIONE: raggiungere l'idoneità al trapianto renale nel maggior numero di uremici, con le minori differenze possibili nei diversi centri di nefrologia e dialisi .

INDICATORI DI EFFICACIA: per ogni centro dialisi, periodicamente: a) % di Pazienti valutati per Tx \ totale dei Pazienti; b) % dei Pazienti anziani (> o = 70 aa.) valutati \ totale dei Pazienti "anziani"; c) % di Pazienti in valutazione per trapianto pre-dialisi \ totale Pazienti ambulatoriali di nefrologia (solo per le strutture con ambulatorio di nefrologia); d) % di Pazienti diabetici valutati \ totale dei Pazienti diabetici; e) periodo di valutazione e selezione con data inizio e data fine della procedura fino alla idoneità o non idoneità; % di Pazienti valutati per trapianto da vivente

6.0 FASE 3: INSERIMENTO IN LISTA ATTESA PER TRAPIANTO RENALE (LAT)

Il trapianto pre-emptive è il migliore trapianto possibile per tutti i Pazienti candidabili, ancora di più nei Pazienti con possibilità di trapianto da donatore vivente e nei diabetici; comunque, tutti i Pazienti possono entrare in LAT pre-emptive a 15 ml\ di clearance della creatinina.

6.1 LE RESPONSABILITÀ DEL CENTRO DIALISI

Le responsabilità del Centro Dialisi sono:

- **Iscrizione alla lista di attesa**
- Sottoscrizione e raccolta del consenso informato e della scelta del Centro Trapianti
- Esecuzione di tutte le procedure necessarie all'inserimento del paziente in LAT.
- Collegamento costante con il Centro Trapianti attraverso linee telefoniche e fax \ posta elettronica per le comunicazioni verso e da i Centri Trapianto e Centro Regionale Trapianti, anche e soprattutto in urgenza e per gli aggiornamenti non differibili.

Secondo la direttiva del Centro Nazionale Trapianti, ogni Candidato al Trapianto renale (TX) può inserirsi **in LAT presso non più di 2 centri trapianto**, di cui uno Regionale, ovvero uno dei 4 centri trapianto per adulti della Regione Lazio, e l'altro extraregionale; è opportuno, in questa fase, con tutti gli esami pronti, utilizzare gli stessi per entrambi i Centri scelti, sia quello Regionale, che quello extra-Regionale, eventualmente anche in un Centro Dialisi in ambito U.E.

Per il trapianto pediatrico il riferimento è l'ospedale "Bambino Gesù" di Roma, dal momento che per il trapianto pediatrico la lista attesa è unica e nazionale.

6.2 ATTIVITÀ DEL CENTRO TRAPIANTI

Il Paziente verrà inserito presso il Centro Trapianti quando avrà ultimato tutte le indagini richieste in cartella di inserimento (allegato 1, pagine 28 – 33).

Il centro trapianti :

 ① prende visione della documentazione inviata,

 ① richiede eventuali altre indagini

 ① provvede a fissare un appuntamento per la visita di Idoneità al Trapianto.

 ① esegue la valutazione trapiantologica, può:

- **iscrivere il paziente**, qualora ritenuto idoneo, nella lista unica regionale per trapianto di rene, inviandone i dati al CRT Lazio, attraverso la rete regionale trapianti e previa verifica da parte del CRT Lazio del numero di iscrizioni raggiunte dal paziente.

- **rifiutare l'iscrizione** del paziente trasmettendo al nefrologo referente per il trapianto del paziente stesso una relazione scritta contenente le motivazioni della decisione presa.

 ① Consegna :

a) **l'attestazione di iscrizione in lista** e l'eventuale sospensione dalla lista con le relative motivazioni al paziente ed al nefrologo referente per il trapianto del Centro dialisi

b) **l'informativa relativa al programma di mantenimento in lista**, al nefrologo referente per il trapianto del Centro dialisi, con il calendario dei controlli clinici ed immunologici da effettuare.

Il percorso assistenziale al trapianto di rene prevede, dunque, la necessità di garantire un **accesso preferenziale ai servizi diagnostici** per l'esecuzione degli esami clinici e strumentali necessari per la visita di ammissione al Centro di Trapianto, e per il mantenimento in LAT, ed operare un **costante collegamento** con tutte le strutture di dialisi del proprio territorio. Queste vie preferenziali sono **indispensabili** in ogni momento del percorso assistenziale al trapianto renale, dalla selezione fino al follow-up del trapianto.

7.0 FASE 4: MANTENIMENTO

Come previsto dalla DRG 441/2014, deve essere garantito il continuo aggiornamento dello stato

clinico dei pazienti iscritti in lista di attesa presso ogni Centro di Trapianto, e predisposto in ogni momento dal Centro dialisi del paziente l'invio periodico gratuito (a spese del Centro dialisi) dei sieri necessari per la ricerca degli anticorpi linfo-citotossici anti-HLA e gli aggiornamenti clinici per l'esecuzione del cross-match pre-trapianto.

7.1 INVIO DEI SIERI PER AGGIORNAMENTO DELLE LISTE ATTESA PER TRAPIANTO

Per i pazienti iscritti in lista di attesa e idonei al trapianto bisogna inviare, con periodicità trimestrale, campioni di siero per la ricerca di anticorpi anti-HLA di classe I e II per testare la compatibilità in caso di selezione per trapianto renale.

Procedura di invio.

Gli invii devono essere effettuati di norma **ogni 3 mesi**. I sieri devono essere prelevati, conservati e spediti al Centro Regionale Trapianti Lazio (CRT) presso Pal.na Marchiafava - Ospedale "S.Camillo" di Roma, per la Regione Lazio, in ogni Centro Trapianti indicato in ogni Regione, per quelli extraregionali, nonché in quelli della U.E.

- Si deve inviare il siero dopo un trasfusione o dopo vaccinazioni e siero-profilassi entro 15 giorni. Il siero di Pazienti potenzialmente contagiosi (HBsAg +, HCVAb +, etc.) deve essere spedito con contenitori particolari, infrangibili, con corrieri specializzati, anche della A.S.L., che detengono la autorizzazione alla spedizione, anche all'estero, dei sieri "infetti".

- Le schede di aggiornamento devono essere complete e **devono corrispondere alla attualità clinica** del paziente. Per tal motivo devono essere compilate dal **Nefrologo che meglio conosce e segue il Paziente**, cioè chi gestisce il turno dialisi del Paziente, e/o dal Referente del Centro.

- L'aggiornamento clinico, sia quello trimestrale, che quello annuale, vanno inviati ad ognuno dei diversi Centri in cui è iscritto il candidato.

Esami di controllo.

I controlli di mantenimento sono abbastanza variabili tra i diversi Centri Trapianto, per cui sarà necessario verificare la "lista della spesa" di ciascun centro per aggiornare correttamente.

In linea di massima gli esami di aggiornamento, effettuati di norma ogni 3 mesi, sono compresi tra i seguenti:

- Anticorpi anti-HLA di classe I e II: ogni tre mesi;
- Esami di laboratorio: non superiori a 3 mesi - PTH, glicemia, colesterolo, trigliceridi, emocromo, coagulazione (PT con INR, PTT e Ratio, Fibrinogeno), ferritinemia, calcemia, fosforemia, transaminasi, bilirubina, fosfatasi alcalina, gammaGT, proteina totali ed elettroforesi, markers virali (HBsAg, HBaAb con titolo, HBcAb, HBeAg, HBeAb, anti-HCV, anti-CMV, HIV, sierologia Toxo e anti-EBV, Mantoux e VDRL);
- Nei pazienti HBsAg positivi HBV DNA - Nei pazienti anti-HCV positivi HCV RNA
- Visite specialistiche: se motivate;
- Visita oculistica: esame di non oltre 1 anno;
- Rx Torace: se ci sono indicazioni cliniche;
- ECG: ogni anno;
- Ecocardiogramma con F.E.: se asintomatico ogni anno;

- Ecografia addome: se non ci sono indicazioni cliniche ogni anno;
- Ecografia tiroide e paratiroidi: esame di non oltre 1 anno;
- EGDS: se ci sono le indicazioni cliniche;
- Scintigrafia miocardica con test al dipiridamolo: solo su indicazione specifica:
 - Pazienti di età >50 anni o indipendentemente dall'età:
 - Pazienti con età dialitica > 10 anni
 - Pazienti con storia di angina o infarto o ictus o TIA
 - Pazienti con segni clinici di arteriopatia (claudicatio, soffi vascolari)
 - Pazienti con segni di arteriopatia all'eco doppler dei TSA e vasi arti inferiori
 - Pazienti con storia di scompenso cardiaco
 - Pazienti con ecocardio che mostra alterazioni della cinetica
 - Tutti i diabetici
- Mammografia: la frequenza dell'esame dipende dall'età e dalla presenza di eventuali fattori di rischio (storia familiare e/o presenza di mutazione BRCA1 e BRCA2). Al di sopra dei 40 anni l'esame deve essere ripetuto ogni 2-3 anni;
- PTHi ogni sei mesi, avendo cura di indicare il range di normalità relativo al kit di laboratorio);
- PSA tot. e libero (ogni anno se uomini di età > 50 anni);
- Ecoprostata transrettale se ci sono le indicazioni cliniche;
- Cistografia: con valutazione capacità in cc al massimo riempimento, residuo ed eventuale reflusso. Può essere accettato un esame di non oltre 2 anni nei pazienti anurici.
- Spirometria ed eventuale EGA: ogni 2 anni nei fumatori o pazienti con BPCO.
- **Visita periodica per mantenimento in Lista d'attesa: ogni anno per alcuni Centri, per altri ogni 2 anni.**
 - Alcuni esami non sono compresi nella routine trimestrale prescritta per la dialisi dalla Regione Lazio: dovranno essere chiesti a parte come da normative vigenti. Tutto ciò che riguarda l'invio dei sieri e degli aggiornamenti clinici è **a carico del centro dialisi** dove viene trattato il paziente, in quanto **compreso** nella retta di dialisi.
 - Il referente del Centro dialisi deve verificare ogni 3 mesi c/o i Centri di Trapianto lo status in lista dei propri pazienti. e mantenere un costante collegamento con tutti i Centri di Trapianto presso i quali sono iscritti i propri pazienti, garantendone l'aggiornamento clinico periodico. In tal modo si supereranno alcune criticità evidenziate quali: permanenza in LAT di paziente non idonei o non conoscenza di esclusione da parte del Centro trapianti di pazienti erroneamente ritenuti in lista. Ogni Centro Trapianti ha uno schema di mantenimento in LAT da seguire ed un modulo diverso da completare ed inviare. Il mancato invio sieri non consentirà l'esecuzione delle prove crociate in occasione di eventi donativi per cui i pazienti, anche se selezionati, verranno esclusi dal trapianto
 - Il mantenimento in lista attesa **NON** significa soltanto spedire i sieri, ed assicurarsi che il dializzato si rechi presso il Centro Trapianti prescelto. Mantenimento in lista attesa significa, soprattutto, **mantenere il Paziente nelle migliori cliniche, con la migliore dialisi possibile.** Il paziente seguendo le normative del decreto del ministero della salute 31 marzo 2008 può iscriversi ad un centro trapianti nell'ambito UE o extra UE.

Obiettivo della FASE 4 INSERIMENTO E MANTENIMENTO in LAT consiste nell'assicurare le massime possibilità di trapianto, ed il migliore trapianto possibile per ognuno dei propri candidati.

Indicatori di valutazione della efficacia in inserimento e mantenimento:

a) No. \ annuo dei diversi PAC eseguiti, b) no. annuo esami eseguiti con le "vecchie" vie preferenziali; c) no. Pazienti in LAT e no. di LAT; d) no. Pazienti > o = 70 aa. in LAT; e) % di mantenimento in LAT dei Pazienti

8.0 FASE 5: CHIAMATA AL TRAPIANTO

Il Centro Trapianti chiama il reperibile del Centro Dialisi di afferenza in caso di difficoltà il Referente del medesimo centro, che deve fornire un aggiornamento completo sullo stato clinico del paziente. Per questo motivo è richiesto ai referenti dei centri Dialisi il rilascio di recapito telefonico per contatto costante con il Centro Trapianti.

Il nefrologo:

- convoca il paziente presso il centro dialisi
- **valuta le condizioni cliniche,**
- esegue eventuali esami e dialisi in urgenza.
- redige relazione clinica finale,
- invia il paziente al Centro Trapianti
- mantiene stretti contatti telefonici con il centro trapianti

Tale procedura permetterà, in caso di chiamata a trapianto renale di Pazienti che non appartengono al centro dialisi del centro di riferimento, di avere le informazioni necessarie relative al quadro clinico del paziente e eventuali problematiche che potrebbero inficiare il trapianto stesso. Il trasporto del Paziente verso il Centro Trapianti deve essere assicurato dal Centro regionale Trapianti del Lazio, anche in caso di indisponibilità di trasporto da parte di Familiari od amici del trapiantando.

Obiettivo FASE 5 CHIAMATA AL TRAPIANTO: assicurare ai nostri Pazienti le massime possibilità di trapianto

9.0 FASE 6: FOLLOW – UP POST-TRAPIANTO

Il trapiantato verrà dimesso con relazione clinica e programma di controllo

Il controllo post-trapianto può iniziare da 10 giorni a parecchi mesi ed è correlato al decorso clinico del trapiantato e al centro trapianto.

Il follow-up consiste in contatti "fittissimi" con i diversi Centri Trapianto, per concordare la terapia e collaborare nella risoluzione dei problemi

Controllo post – trapianto:

Attore	Tempo	Frequenza
CENTRO TRAPIANTI	1° mese	2 – 3 a settimana
	2° e 3° mese	1 a settimana
	Dal 13° mese	semestrale/annuale
CENTRO DIALISI		
	4°-6° mese	1 al mese
	6°-12° mese	Ogni 1/2 mesi
	Dal 13° mese	Ogni 3-4 mesi

I controlli vanno eseguiti anche nei Pazienti “invulnerabili” e non aderenti a controlli e terapia, perché ogni Paziente che rientra in dialisi per “non aderenza” alle direttive provoca un danno economico alla Società in termini di spesa sanitaria.

9.1 RUOLO DEL CENTRO TRAPIANTI E CENTRO DIALISI NELLE SITUAZIONI DI URGENZA

In caso di complicanze ed urgenze le competenze cliniche vengono, solitamente, così suddivise:

Pertinenza Istituzionale Centro Trapianti :

- Modificazioni qualitative protocollo immunodepressivo
- Procedure di accertamento bioptico e disfunzione severa del trapianto
- Complicanze maggiori, soprattutto infettive e neoplastiche
- Complicanze urologiche e chirurgiche vascolari pertinenti il trapianto
- Complicanze chirurgiche maggiori (compresi laparocele e colecistectomia).
- Espianto

Competenze Centro di appartenenza/Referenti :

- Monitoraggio clinico del Paziente
- Modificazioni quantitative terapia immunodepressiva
- Controllo e prevenzione della patologia iatrogena
- Screening patologia neoplastica
- Prevenzione, diagnosi e cura delle complicanze cardiovascolari
- Monitoraggio della aderenza alla terapia
- Chirurgia oculistica, ortopedica, ORL per complicanze non severe
- Gestione della fase predialitica, procedura di immissione in dialisi in caso di cessata funzione, valutazione e preparazione per eventuale ritrapianto

Le Nefrologie “periferiche”, ed in particolare quelle appartenenti a Centri di Riferimento, devono dare il **massimo supporto** nel controllo dei trapiantati, specialmente in caso di **urgenza – emergenza**. Anche al di fuori dell’emergenza, bisogna, comunque, assicurare un supporto periferico di controllo, diagnosi, terapia e studio ai soggetti portatori di trapianto renale, attraverso la condivisione del percorso assistenziale del trapianto.

Obiettivo della 6 FASE FOLLOW-UP e' ritagliare una terapia immunosoppressiva selettiva e personalizzata in modo da trovare il punto di equilibrio fra la prevenzione del rigetto, la sopravvivenza a lungo termine dell'organo e la minimizzazione degli eventi avversi.

INDICATORI DI EFFICACIA NEL FOLLOW-UP: a) no. trapianti per centro dialisi \ anno; b) no. trapianti \ aa. per i Centri di Riferimento e\o aziendale, sia in termini di incidenza che di prevalenza; c) media dei controlli \ anno per Paziente; d) % delle dialisi con personale "dedicato", anche part time per il follow - up post-trapianto e nel pre-trapianto; e) no. interventi ambulatoriali per le dialisi, e di ricoveri per le nefrologie per Pazienti trapiantati; f) rapporto ricoveri dializzati in valutazione o LAT \ Trapiantati; g) rapporto di presidio od aziendale no.dializzati \ no. trapiantati; h) valutazione del risparmio aziendale ottenuto con i Pazienti Trapiantati (da scegliere quale formule di confronto costo-efficacia scegliere tra quelle più significative).

10.0 FASE 7: RE-IMMISSIONE IN DIALISI ED EVENTUALE RIVALUTAZIONE

Il compito di reindirizzare in dialisi i Pazienti, in cui il rene trapiantato sta finendo la sua funzione, presenta le seguenti criticità:

- il Paziente che ha vissuto da trapiantato **non vuole ritornare in dialisi**
- è difficile stabilire con certezza il momento di re-immissione in dialisi, lasciando il più possibile il rene trapiantato a funzionare, ma senza rischiare clinicamente complicanze uremiche
- deve essere operata una valutazione per un eventuale ri-trapianto, e l'iter di valutazione della idoneità come ricevente deve seguire quanto già enunciato per il primo trapianto: deve essere rapido ed iniziare per tempo, avendo come obiettivo, anche in questo caso, il trapianto pre-dialisi. Nella valutazione della idoneità al ri-trapianto, ancora più importante è il contatto ed il supporto del Centro Trapianti di appartenenza del Paziente, anche per l'eventuale necessità di espianto del rene trapiantato non più o scarsamente funzionante.

11.0 MONITORAGGIO DEL PROTOCOLLO

Il monitoraggio relativo all'attuazione del presente protocollo sarà realizzato dal Referente delle attività connesse alle liste di attesa del trapianto renale dell'ASL Latina, al quale dovranno essere inviati semestralmente da ciascun Referente dei Centri periferici i dati necessari per la verifica degli indicatori previsti nel presente protocollo. A tal fine ci si potrà avvalere di un esperto informatico per la gestione dei flussi informativi e l'elaborazione statistica dei relativi dati.

Il Referente delle attività connesse alle liste di attesa del trapianto renale dell'ASL Latina dovrà provvedere ad elaborare un report annuale sull'andamento degli indicatori e di analisi dell'attuazione delle attività previste dal presente protocollo. Egli, dovrà inoltre, partendo dalle eventuali criticità rilevate, produrre un piano di proposte migliorative per il superamento delle

problematiche riscontrate, al fine di predisporre in collaborazione con la Direzione Strategica eventuali piani e azioni di miglioramento.

12.0 DIFFUSIONE E REVISIONE DEL PROTOCOLLO

Tale documento verrà rivisto annualmente alla luce delle eventuali variazioni normative o delle problematiche riscontrate in fase di attuazione.

La UOS Comunicazioni e relazioni con il pubblico avrà cura di diffondere il presente protocollo a tutti gli Stakeholders interessati, attraverso i canali informativi quali il sito web istituzionale e *l'house horgan*, ma anche attraverso conferenze rivolte a specifici target di popolazione, in collaborazione con le associazioni di volontariato e/o la predisposizione di una specifica Carta dei servizi per il paziente nefropatico e/o in attesa di trapianto.

13.0 RIFERIMENTI NORMATIVI

Legge 1° aprile 1999, n. 91: Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti.

DGR 3.3.1998, n. 619: Piano regionale in tema di nefrologia e dialisi.

DGR 30.5.2008, n. 403: Legge 1 aprile 1999, n. 91 - Disposizioni in materia di prelievi e trapianti di organi e tessuti. Percorso assistenziale al trapianto di rene. Approvazione linee guida regionali.

DCA 10.10.2010, n. 90: Approvazione di "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie", "Requisiti ulteriori per l'accreditamento",...

DCA 23.3.2011, n. 13: Procedimento di accreditamento definitivo strutture sanitarie e socio sanitarie private. Regolamentazione e verifica requisiti.

DGR 1.6.2012, n. 238: Modificazioni ed integrazioni all **DGR 30.5.2008, n. 403** "...Iscrizione in lista di attesa trapianto di rene pazienti in fase pre-emptive. Approvazione testo modificato ed integrato".

DCA 22.12.2014, n. 441: Disposizioni normative in materia di nefropatie e dialisi, di contributi per spese di trasporto e prestazioni dialitiche e contestuale revoca della DGR n: 1614/2001.

14.0 ALLEGATI (IN FORMATO ELETTRONICO)

Allegato 1: **DGR 403/2008** Regione Lazio

Allegato 2: **European Dialysis and Transplantation Association (E.D.T.A.)**, E.B.P.G. Part I, Section I, Nephrology, Dialysis and Transplantation, revisione 2013, Nephrol Dial Transplant (2013) 28: ii1–ii71.

Allegato 3: **20-2-2010 - Supplemento ordinario n. 25 al BOLLETTINO UFFICIALE n. 7**

Allegato 4: **Documento informativo sul programma di trapianto di rene da donatore vivente del Centro Nazionale Trapianti**

Allegato 5: **Decr_U00155_19_05_14_Criteri_per_l_ erogazione_PAC**

Allegato 6 : **DGR-114-2008-elenco-PAC**

Allegato 7: **DCA 441/2014 e DCA 90/2010**

Allegato 8: **Decreto del ministero della salute 31 marzo 2008**

FIRME PARTECIPANTI AL TAVOLO MISTO PERMANENTE della PARTECIPAZIONE – SOTTO GRUPPO “ATTIVITÀ DI TRAPIANTO”

Dr.ssa Assunta Lombardi Responsabile
UOS Comunicazione e relazione con il cittadino
Referente TMP

Sig. ra Sangiorgi Gianna Referente Civico
del Tavolo Misto Permanente
della Partecipazione e dell’Audit Civico

D.ssa Marialisa Coluzzi
UOS Comunicazione e relazione con il cittadino

Roberta De Grandis
UOS Comunicazione e relazione con il cittadino

Dr. Biondi Brunello Referente Trapianti Polo Nord

Sig. Giuseppe Iacovelli A.N.T.R.

Al Dott. Rifici Nunzio
Direttore UOC Nefrologia e Dialisi PO Nord Latina

Al Dott. Vittorio Stranges Responsabile
UOSD_Nefrologia e Dialisi PO Centro

Al Dott. Francesco Amoroso
Direttore UOC Nefrologia e Dialisi PO Sud

Al Dott. Riccardo D’Alessandro
Referente Trapianti Polo Sud

Al dott.ssa Chiara Tritto
AIDO di Latina

Al dott. Roberto Costanzi
Ass. Malati di reni

Al dott.ssa Annamaria Visco
AVIS

Al dott. Agostino Mastrogiacomo
Ass. Trapiantati “Sese Caldarini”

Al dott. ssa Anna Viola
ANED

ASL Latina
UOS Comunicazione e relazione con il pubblico
A cura di Assunta Lombardi e Marialisa Coluzzi