

PARTE I

ATTI DEL PRESIDENTE DELLA REGIONE LAZIO

DECRETO DEL PRESIDENTE IN QUALITÀ DI COMMISSARIO AD ACTA 3 febbraio 2011, n. 8.

Modifica dell'Allegato 1 al decreto del Commissario ad Acta 90/2020 per: a) attività di riabilitazione (cod. 56), b) attività di lungodegenza (cod. 60); c) attività erogate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per i livelli prestazionali: R1, R2, R2D e R3. Approvazione Testo Integrato e Coordinato denominato «Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie».

LA PRESIDENTE In Qualità di Commissario ad Acta

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n.6 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il Regolamento Regionale n.1 del 6 settembre 2002, concernente l'organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale e successive integrazioni e modificazioni;

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, con la quale la Presidente della Regione Lazio è stata nominata Commissario ad Acta per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel piano di rientro dai disavanzi regionali nel settore sanitario;

DATO ATTO, altresì, che con delibera del Consiglio dei Ministri del 17 ottobre 2008 il dr. Mario Morlacco è stato nominato Sub Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 luglio 2008;

VISTO il Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modificazioni ed integrazioni recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23.10.92, n. 421";

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 66 del 12 febbraio 2007 concernente: "Approvazione del Piano di Rientro per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180, della Legge 311/2004";

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n.149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: "Presenza d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del Piano di Rientro" e i seguenti obiettivi:

- 1.1.2 Definizione dei requisiti per l'autorizzazione
- 1.1.3 Modalità e termini per l'adeguamento ai requisiti autorizzativi
- 1.1.4 Ulteriori requisiti per l'accreditamento
- 1.2.2 Ridimensionamento di reparti con bassa performance organizzativa.
- 1.2.4 Riorganizzazione della rete ospedaliera e separazione dei percorsi tra l'emergenza, l'urgenza e l'elezione;

VISTO il nuovo Patto per la Salute sancito dalla Conferenza Stato – Regioni e Provincie Autonome di Trento e Bolzano del 3 dicembre 2009 con il quale, all'art. 13, comma 14 è stato stabilito che per le Regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate all'entrata in vigore delle norme attuative del medesimo patto restano fermi l'assetto commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario ad Acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;

CONSIDERATO, altresì, che il suddetto Patto all'art.7, stabilisce di dover “promuovere una revisione normativa in materia di accreditamento e remunerazione”, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge n.131/03;

VISTO l'art. 1, co. 796, lett. s), legge 27 dicembre 2006, n. 296, secondo cui a decorrere dal 1° gennaio 2008 cessano i transitori accreditamenti, e la successiva lettera t) e s.m.i., secondo cui, invece, con specifico riferimento agli accreditamenti provvisori, “le Regioni provvedono ad adottare provvedimenti finalizzati a garantire che dal 1° gennaio 2011 cessino gli accreditamenti provvisori delle strutture private (*omissis*) .. non confermate dagli accreditamenti definitivi”;

VISTA la Legge Regionale 10 Agosto 2010, n. 3 “Assestamento del bilancio annuale e pluriennale 2010-2012 della Regione Lazio” Art. 1, commi da 18 a 26 – “Disposizioni per l'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private”;

VISTA la Legge Regionale 3 marzo 2003, n. 4 “Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio – sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali” e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 424 del 14 luglio 2006, concernente: “Legge regionale 3 marzo 2003, n. 4. Requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e socio sanitarie”;

VISTO il Regolamento Regionale n. 2 del 26 gennaio 2007 e successive modificazioni, recante: “Disposizioni relative alla verifica di compatibilità e al rilascio dell'autorizzazione all'esercizio, in attuazione dell'articolo 5, comma 1, lett. b), della legge regionale 3 marzo 2003, n. 4, (Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali) e successive modificazioni”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U0090 del 10.11.2010 che nel disciplinare le procedure per l'accreditamento definitivo ai sensi dell'art. 1, commi da 18 a 26 (Disposizioni per l'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private), approvava i “Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie” nonché i “Requisiti ulteriori per l'accreditamento” integrando in tal modo il contenuto della DGR n.424/2006;

VISTO la Legge Regionale n. 9 del 24.12.2010, concernente: “Disposizioni collegate alla Legge finanziaria regionale per l’esercizio 2011, ed in particolare l’art. 2, comma da 13 a 17;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U0103 del 17.12.2010 avente ad oggetto: “Residenze sanitarie assistenziali (RSA). Riorganizzazione e riqualificazione dell’offerta assistenziale ai sensi dei decreti commissariali n. U0017/2008 e n. U0048/2010. Definizione degli elementi di riferimento per l’articolazione dell’offerta nei diversi livelli prestazionali finalizzato alla predisposizione del nuovo sistema di tariffazione”;

VISTE le note del 29.10.2010 a firma di Confindustria Lazio e ARIS, del 26.10.2010 (prot. 733/10/2010) di CONFINDUSTRIA Lazio, del 18.11.2010 a firma congiunta di AIOP Lazio, ARIS, CONFINDUSTRIA Lazio e FEDERLAZIO Salute (Rif. prot. 51385/10), del 24.11.2010 dell’ANASTE (Rif. prot. n. 1419) e le successive del 25.11.2010 (Rif. prot. 31864) e del 16.12.2010 (Rif. prot. int. 1168/10), dell’1.12.2010 a firma congiunta di AIOP Lazio, ARIS, CONFINDUSTRIA Lazio e FEDERLAZIO Salute (Rif. prot. n. 1451), del 9.12.2010 dell’AIOP (Rif. prot. n.1492), del 10.12.2010 rispettivamente di EUROPEAN HOSPITAL S.p.a., VILLA VON SIEBENTHAL, CONFINDUSTRIA Lazio (Rif. prot. n. 1080, n. 1081, n. 1117);

CONSIDERATO che nelle suddette note veniva rappresentata da un lato l’insostenibilità economica dei requisiti organizzativi contenuti nel Decreto del Commissario ad Acta n. U0090/2010, superiori rispetto a quanto previsto dalla normativa nazionale, e dall’altro richiamata l’attenzione su alcune sentenze del TAR e del Consiglio di Stato che ribadiscono l’esigenza di correlazione tra i costi che le imprese sanitarie private sostengono per garantire i requisiti richiesti e le tariffe che la parte pubblica prevede per le relative prestazioni;

PRESO ATTO altresì della mancata attuazione della DGR n. 424/2006, come oggettivamente si deduce dalle note circolari del 26.06.2007 (Rif. prot. n. 69764), del 4.04.2008 (Rif. prot. 37751), del 26.08.2008 (Rif. prot. n. 99819/45/01);

CONSIDERATO che

- le Associazioni di Categoria hanno richiesto un incontro urgente per esaminare le criticità riconducibili all’adeguamento rispetto ai criteri organizzativi contenuti nel citato Decreto n. U0090/2010 con riferimento alle seguenti tipologie assistenziali: Riabilitazione intensiva (codice 56); Lungodegenza medica (codice 60); RSA;
- la Regione Lazio ha soddisfatto detta richiesta attivando un confronto con le stesse, con il supporto tecnico di LazioSanità-ASP e dell’advisor contabile per il piano di rientro KPMG, a partire dal 24 novembre 2010;
- a seguito dell’incontro è stato richiesto supporto tecnico a LazioSanità-ASP ed a KPMG al fine di verificare la fondatezza delle eccezioni sollevate e, se del caso, individuare un’ipotesi di modifica dei requisiti, sempre nel rispetto dei livelli di assistenza specifici e secondo quanto previsto dalle Linee Guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione (pubblicate sulla Gazzetta ufficiale n. 124 del 30.5.1998);

CONSIDERATO che, a partire dal 9 dicembre 2010 (nota prot. 41876 del 7.12.2010) si sono susseguiti numerosi incontri nel corso dei quali è stata condivisa la necessità di attivare un Tavolo Tecnico composto da esperti qualificati del settore, indicati da LazioSanità-ASP e dalle Associazioni di categoria e integrato da un rappresentante del SIMMFIR del Lazio (Sindacato dei Medici di Medicina Fisica e Riabilitativa) a seguito di telegramma del 13.12.2010;

TENUTO CONTO che il Tavolo Tecnico ha prodotto i seguenti documenti (All. A) contenenti i requisiti organizzativi necessari a garantire i minutaggi di assistenza previsti dalle Linee Guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione del 1998, distintamente per:

- a - attività di riabilitazione (cod. 56) (prot. n. 6979 del 13.1.2011);
- b - attività di lungodegenza (cod. 60) (verbale del 22.12.2010);
- c - attività erogate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali per i livelli prestazionali: R1, R2, R2D e R3 (verbale del 22.12.2010);

PRESO ATTO che LazioSanità-ASP, in risposta alla nota prot. 121/SP del 7.1.11, ha formulato osservazioni relative all'attività di riabilitazione (cod. 56), nulla eccedendo sul contenuto degli altri documenti relativi alla lungodegenza e per le attività erogate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali, assunte agli atti con nota prot.138/SP del 25.1.11;

TENUTO CONTO che nei suddetti Allegati è previsto il personale minimo necessario a garantire i livelli di assistenza per le diverse tipologie dimensionali in rapporto al numero dei posti letto eccetto che per l'Attività di Riabilitazione Intensiva (cod. 56) di cui all'All. Aa – attività di riabilitazione (cod. 56) che si riferisce ad una ipotetica struttura con una dotazione di n. 100 posti letto;

PRECISATO che i requisiti di cui al presente provvedimento sono da intendersi necessari ai fini dell'autorizzazione all'esercizio e non possono invece rilevare ai fini della durata dei trattamenti, che in ogni caso devono essere garantiti nel rispetto delle linee guida, dei protocolli diagnostico-terapeutici e degli altri atti di programmazione ed organizzazione sanitaria;

RAVVISATA la necessità di esplicitare i requisiti organizzativi minimi anche per strutture che erogano attività di riabilitazione (codice 56) con capacità ricettiva diversa da 100 p.l. (All. B);

RITENUTO, alla luce di quanto precede, di dover modificare ed integrare l'Allegato 1 del Decreto del Commissario ad Acta n. U0090 del 10.11.2010, in coerenza con le risultanze documentali contenute negli atti sottoscritti dagli esperti del Tavolo Tecnico e validati dalla LazioSanità-ASP.

DECRETA

Per le motivazioni richiamate in premessa che si intendono integralmente riportate:

1. di approvare le modifiche, elaborate dagli organismi tecnici e validati da LazioSanità-ASP, ai requisiti organizzativi di cui allegato 1 del Decreto U0090 del 10.11.2010, come indicato negli Allegati A e B al presente Decreto di cui costituiscono parte integrante e per l'effetto modificare ed integrare l'All. 1 al Decreto U0090 del 10.11.2010 approvando il testo integrato e coordinato denominato "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie" (Allegato C), che sostituisce il testo precedentemente approvato;

2. Sono fatte salve le dichiarazioni rese dai soggetti erogatori nell'ambito della procedura attivata ai sensi dell'art. 1, commi da 18 a 26 della L.R. 3/2010, relativamente a quanto dichiarato nella compilazione del questionario di autovalutazione circa il possesso dei requisiti autorizzativi concernenti l'impegno ad adeguarsi ai criteri specificati dalla normativa regionale.

La Presidente
Renata POLVERINI

ALLEGATO C

***REQUISITI MINIMI AUTORIZZATIVI
PER L'ESERCIZIO DELLE ATTIVITA' SANITARIE
E SOCIO-SANITARIE***

1.9. DIALISI OSPEDALIERA

Finalità

La dialisi è un trattamento terapeutico per pazienti affetti da insufficienza renale in fase uremica, che può essere effettuata in ambito extraospedaliero ed intraospedaliero, valutate le condizioni cliniche del paziente da parte del medico nefrologo e comunque sotto la responsabilità dello stesso specialista.

La rete dei servizi di dialisi ospedaliera della Regione Lazio si articola come segue:

- Centri di riferimento.
- Servizi di Nefrologia e Dialisi.

1.9.1. Centri 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:

- formulano proposte e programmi per la prevenzione delle malattie renali e verificano, successivamente, i relativi interventi attuativi;
- 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;
- realizzano programmi di aggiornamento e ricerca;
- 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;
- assicurano, inoltre, l'assistenza post trapianto, garantendo al paziente sia la programmazione ed esecuzione degli esami periodici che l'assistenza in condizioni d'urgenza;
- devono effettuare non meno di due turni giornalieri di dialisi per 6 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 H24 per tutti i giorni dell'anno;
- devono garantire una proiezione territoriale mediante dialisi domiciliare intra ed extra corporea e o attivazione di U.D.D. ;
- i centri di riferimento identificati come punti di coordinamento per la dialisi peritoneale, oltre ai compiti descritti, devono promuovere l'uso della relativa metodica, formare il personale

sanitario e svolgere appropriata opera di informazione e di educazione sanitaria nei confronti degli altri operatori e del pubblico.

I Centri di Riferimento sono collocati:

- nelle Aziende Ospedaliere, nei Policlinici Universitari sedi di DEA. di II livello;
- negli strutture ospedaliere sedi di DEA di I livello, ove siano già attivati ed operanti centri di riferimento di nefrologia e dialisi;
- nelle strutture ospedaliere non sede di DEA che già svolgono per ubicazione o casistica un ruolo di centro di riferimento.

Il Centro di Riferimento si articola in:

- area di degenza autonoma;
- centri di dialisi a collocazione intraospedaliero;
- area ambulatoriale e/o di Day-Hospital.

1.9.1.1. Area di Degenza Autonoma

Fermo restando quanto previsto nel punto 1.2., la degenza può essere realizzata come:

- U.O. autonoma di degenza;
- Letti di degenza in altre UU.OO..

Attività assistenziale in regime di degenza 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.

Al riguardo vengono, pertanto, individuate due tipologie in cui suddividere l'assistenza in regime di degenza:

- a) assistenza per pazienti a grande rischio, siano essi in terapia dialitica che conservativa;
- b) assistenza a rischio ordinario.

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 1:3.

La definizione di ciascun paziente come appartenente alla tipologia a) o 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.

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

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

1.9.1.2. Centri di dialisi a collocazione intraospedaliera

Fermo restando quanto previsto al punto 3.5.1., 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.

1.9.1.3. Area Ambulatoriale e/o di Day Hospital

Fermo restando quanto previsto ai punti 3.0.1., 3.0.2., 3.0.3. e 1.3., 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.

1.9.2. Servizi di Nefrologia e Dialisi

I Servizi di Nefrologia e Dialisi si collocano all'interno di strutture ospedaliere non individuate quali sedi di centri di riferimento. Detti servizi svolgono attività di prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie renali, effettuano assistenza dialitica dell'insufficienza renale acuta e cronica nel centro dialisi, per il trattamento domiciliare. Possono organizzare e gestire U.D.D., dialisi domiciliare ed attività ambulatoriali e devono garantire l'assistenza in condizioni d'urgenza in H24 per tutti i giorni dell'anno.

I Servizi di Nefrologia e Dialisi dispongono per le loro attività di:

- possibilità di ricovero con le modalità indicate per i centri di riferimento;
- centro di dialisi a collocazione intraospedaliera con almeno 10 posti, con i requisiti minimi di cui al punto 3.5.1. l'area destinata alla dialisi peritoneale deve essere separata dall'area emodialitica;
- area ambulatoriale ospedaliera o extra ospedaliera per la prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie renali, controllo dei pazienti in dialisi e di quelli in attesa di trapianto e trapiantati.

3.5.1. CENTRO DIALISI AMBULATORIALE

3.5.1.1. Requisiti Strutturali

- E' presente una sala di attesa, accessibile anche ai pazienti non deambulanti, con posti a sedere per tutti gli utenti di un turno.
- La capacità massima di un Centro dialisi è di n. 24 posti.
- I posti per sala dialisi non devono superare il numero di 15.
- Per ciascun posto dialisi sono previsti almeno 6 mq e lo spazio centrale tra due file di letti contrapposti non può essere inferiore a metri 0,90, deve essere accessibile almeno da 3 lati.
- Disponibilità di tavolo servitore per ogni posto dialisi per posare oggetti d'uso del paziente durante la seduta di dialisi.
- Tutte le sale dialisi sono collocate in unica area funzionale in cui tutti i locali e servizi sono destinati all'attività di dialisi.

Devono essere presenti:

- una sala dialisi contumaciale per pazienti infetti (con almeno un posto dialisi dedicato), dotata di spogliatoi, servizi igienici con interposta zona filtro;
- spogliatoi, distinti in uomini e donne, forniti di armadietti, sedie e servizi igienici, completi di materiali d'uso, per gli utenti, entrambi con accesso esterno dalle sale dialisi;
- locale di medicheria per i controlli clinici e le manovre di medicazione;
- un magazzino per i materiali di consumo;
- un locale di stoccaggio e riparazione delle apparecchiature;
- un locale per lo stoccaggio dei rifiuti.

3.5.1.2. Requisiti Tecnologici Impiantistici

Devono essere presenti:

- Un sistema pesa persone (letto o poltrona bilancia) per ogni posto dialisi.
- Un armadio ed un frigo per l'adeguata conservazione dei farmaci sia di emergenza che per quelli connessi alla terapia dialitica.
- Un elettrocardiografo, un defibrillatore, un ambu di cui è controllata periodicamente la funzionalità, kit di farmaci e presidi medico chirurgici necessari per le prime emergenze cardiorespiratorie.
- Apparecchiature per esami di laboratorio semplici (emoglobina e/o ematocrito, elettroliti, emogas).

- Un gruppo elettrogeno o di continuità che assicuri il termine dei trattamenti in atto in ogni condizione.
- Un monitor per metodiche dialitiche in “continuo”, ove il centro sia collocato in struttura con pronto soccorso, unità di rianimazione e/o terapia intensiva.
- Apparecchiature per il monitoraggio cardiocircolatorio e pressorio.

Le apparecchiature di dialisi (monitor) rispettano le norme di sicurezza CE. Sono in numero di almeno 1 per ogni posto dialisi, vengono revisionate ogni anno e comunque sostituite ogni 8anni; le apparecchiature di riserva sono in numero proporzionato di 1 ogni 5 posti dialisi.

Sono garantiti monitor dedicati per pazienti HBV, HCV, HIV positivi e per dialisi in emergenza. Le stanze di dialisi sono dotate di climatizzazione dell'aria in grado di garantire una temperatura tra 20 e 26 °C ed umidità compresa tra 40 e 60%; è comunque consigliabile una temperatura non inferiore di 6/7 °C rispetto alla temperatura esterna.

Il trattamento dell'acqua per dialisi, situato in locale idoneo separato è dotato di sistema di controllo ed allarme, è attuato mediante:

- serbatoi di stoccaggio con quantità necessaria almeno per un turno di dialisi;
- pretrattamento;
- osmosi inversa con due gruppi di preparazione dell'acqua posti in parallelo e/o in serie (biosmosi);
- circuito di distribuzione dell'acqua trattata di tipo biosanitario posto a vista o comunque facilmente ispezionabile.

In caso di trattamento di pazienti in regime di assistenza domiciliare, sono disponibili posti tecnici di dialisi extracorporea in caso di complicanze della dialisi domiciliare o cambiamento di metodica.

3.5.1.3. Requisiti Organizzativi

L'attività dialitica è articolata su due o tre turni giornalieri, per sei giorni la settimana.

Il Direttore Responsabile, regolarmente assunto, è uno specialista in Nefrologia o figura equipollente. Detta figura risponde della regolarità dei servizi, dell'invio dei pazienti nella sala contumaciale e dell'organizzazione del Centro, ferma restando la responsabilità professionale dei singoli operatori.

Durante i turni di dialisi, è garantita:

- la presenza nel centro dialisi, durante tutte le ore di trattamento, di personale medico (Nefrologo, o specializzazione equipollente, che abbia 6 mesi di frequenza regolare e comprovata presso un Centro ospedaliero; 1 medico fino a 10 pazienti, più 1 medico fino a ulteriori 10 pazienti)
- la presenza continua di infermieri con almeno 6 mesi di addestramento regolare e comprovato (2 infermieri fino a 8 pazienti più 1 infermiere fino a ulteriori 4 pazienti).

L'assistenza al paziente in trattamento dialitico in sala contumacia deve essere effettuata da personale infermieristico specificatamente dedicato.

Durante le ore di attività del centro è garantita la presenza di almeno 1 ausiliario ogni 12 pazienti più 1 ausiliario fino a ulteriori 12.

E' assicurato:

- l'uso da parte di tutto il personale di materiali protettivi monouso per le operazioni di tipo sanitario verso il paziente, nonché kit monouso contenenti il materiale sanitario;
- il cambio di biancheria nei letti o poltrone ad ogni turno di dialisi, o in alternativa l'uso di biancheria monouso.

Va considerato il cambio turno per necessità impellenti del paziente.

Deve essere assicurata la disponibilità di indumenti monouso per l'accesso in sala dialisi.

Sono previsti collegamenti funzionali ed organizzativi precisi (protocolli scritti) con una struttura di ricovero ospedaliera (Pubblica o Privata) vicina dotata di pronto soccorso e rianimazione che garantisce la pronta disponibilità medica ed infermieristica nelle 24 ore per la dialisi d'urgenza.

E' garantita la nomina con le funzioni proprie del medico referente per le problematiche degli accessi vascolari.

Esiste un programma di formazione aggiornato continuo "ad hoc" per il personale infermieristico di dialisi.

Esistono criteri formalizzati per l'effettuazione della terapia presso il Servizio Ospedaliero, U.D.D., U.D.D.A., o domicilio.

Sono consegnati gratuitamente al paziente la carta dei servizi e la documentazione informativa sulla dialisi.

E' garantita la possibilità per i pazienti di effettuare dialisi extracorporea e/o dialisi peritoneale, quest'ultima anche in accordo con altre strutture.

Per ciascun paziente è predisposto un piano di trattamento con le indicazioni delle modalità di presa in carico, della strategia dialitica e terapeutica sulla base delle condizioni cliniche e sociali del paziente.

Per ciascun paziente ad ogni trattamento è redatta una scheda dialitica, con specifica delle membrane dialitiche, linee per circolazione extracorporea, liquidi e concentrati utilizzati e farmaci somministrati.

Esiste una cartella corredata dal profilo clinico anamnesico e relativi aggiornamenti e terapia domiciliare somministrata.

Ad ogni paziente viene effettuata con cadenza massimo mensile una visita medica con comunicazione delle informazioni cliniche (analisi, referti).

Esistono criteri formalizzati per l'immissione dei pazienti trapiantabili in lista d'attesa per il trapianto e per la gestione della lista.

Ogni centro Dialisi indicherà un medico di riferimento che garantirà il percorso di immissione in lista d'attesa per il trapianto renale e il collegamento funzionale con il Centro di Riferimento Regionale di Nefrologia e Dialisi competente per territorio.

E' garantita l'integrazione tra l'assistenza del servizio e i centri trapianto di riferimento (sia per i pazienti in lista che per i trapiantati).

Esistono e vengono seguiti:

- protocolli di disinfezione delle attrezzature, dell'impianto dell'acqua e del circuito di distribuzione dell'acqua per dialisi, delle modalità di sanificazione ambientale e smaltimento rifiuti;
- protocolli dei controlli chimici e biologici dell'acqua per dialisi.

E' disponibile un sistema informatico gestionale.

E' predisposto un regolamento di centro, valido anche sulle U.D.D., U.D.D.A. dipendenti, concordato con le Associazioni dei pazienti. Devono essere previsti: la disponibilità di accesso e bacheche nel centro dialisi riservati alle Associazioni, i criteri di trasparenza e gestione della lista di attesa, la corretta modalità di informazione, i comfort di tipo alberghiero per i pazienti durante le ore di dialisi (es. telefono al posto dialisi per comunicazioni improcrastinabili).

Disponibilità di idoneo parcheggio gratuito riservato ai pazienti, facilmente accessibile con capacità di almeno la metà dei posti dialisi del centro.

Il Centro può avvalersi di specialisti psicologi e dietologi.

3.5.2. UNITÀ DI DIALISI DECENTRATE PER ANZIANI (U.D.D.A.)

Le U.D.D.A. sono situate presso le R.S.A., con presenza significativa di ospiti nefropatici. Queste strutture dipendono funzionalmente dal Centro di riferimento.

3.5.2.1 Requisiti strutturali, tecnologici ed impiantistici

Sono gli stessi dei centri dialisi ambulatoriali di cui al punto 3.5.1.1. e 3.5.1.2.

3.5.2.2 Requisiti specifici organizzativi

E' garantita l'effettuazione di almeno il 50% delle prestazioni dialisi ai pazienti ricoverati nella struttura rispetto ai pazienti ambulatoriali esterni.

Il Centro ambulatoriale è aperto per almeno tre giorni alla settimana. Il responsabile della U.D.D.A. è il responsabile del centro di riferimento.

Per gli altri requisiti organizzativi si fa riferimento a quelli dei centri ambulatoriali di cui al punto 3.5.1.3..

3.5.3. UNITÀ DI DIALISI DECENTRATE (U.D.D.)

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

Nelle U.D.D. effettuano dialisi con assistenza medica prioritariamente i pazienti che insistono per motivi residenziali o di lavoro nell'area assistita dall'U.D.D..

Non possono essere sottoposte a dialisi persone a rischio definito con potenziale necessità di emergenza a carattere polidisciplinare, i quali devono essere trattati nel Centro di riferimento.

Le U.D.D. dipendono funzionalmente dal Centro di riferimento.

3.5.3.1 Requisiti strutturali, tecnologici ed impiantistici

Sono gli stessi dei centri ambulatoriali di cui al punto 3.5.1.1. e 3.5.1.2..

3.5.3.2 Requisiti organizzativi specifici

L'Unità di Dialisi Decentrata è aperta per almeno 3 giorni alla settimana.

Il responsabile della U.D.D. è il direttore del Centro di Riferimento.

Per gli altri requisiti organizzativi si fa riferimento a quelli dei centri ambulatoriali di cui al punto 3.5.1.3..

4. STRUTTURE CHE EROGANO PRESTAZIONI IN REGIME RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE

4.1. RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (R.S.A.)

Finalità

Le R.S.A. sono strutture sanitarie residenziali socio-sanitarie, gestite da soggetti pubblici o privati, organizzate per nuclei, finalizzate a fornire ospitalità, prestazioni sanitarie, assistenziali di recupero funzionale e di inserimento sociale nonché di prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale per patologie croniche nei confronti di persone non autosufficienti, non assistibili a domicilio e che non necessitano di ricovero in strutture tipo ospedaliero o in centri di riabilitazione di cui all'art. 26 della L 833/78.

L'ospitalità può essere anche temporanea e programmata per:

- a) completamento di programmi riabilitativi già iniziati presso una struttura ospedaliera.
- b) riduzione del carico assistenziale della famiglia per brevi e determinati periodi.

L'ospitalità temporanea può essere prevista come permanenza dell'ospite per tutto l'arco della giornata ovvero durante la notte per specifiche patologie.

Le R.S.A. possono costituire presidi autonomi o essere ubicate all'interno di strutture polifunzionali ove sono organizzati:

- servizi socio sanitari a ciclo diurno diretti a persone parzialmente autosufficienti e non autosufficienti;
- servizi sanitari ambulatoriali aperti alla fruizione della generalità dei cittadini;
- unità di degenza preferibilmente per la riabilitazione e lungodegenza post-acuzie;
- servizi socio-assistenziali residenziali e non residenziali rivolti ad anziani e persone con disabilità.

Nelle R.S.A. possono essere istituite Unità di Dialisi Decentrate per Anziani (U.D.D.A.) che dovranno assicurare le prestazioni di dialisi con priorità agli ospiti nefropatici rispetto agli utenti esterni

Destinatari

Le R.S.A. sono diversamente strutturate, in termini organizzativi in funzione delle seguenti aree di intervento:

- **senescenza** riferita a persone anziane con temporanea, totale o prevalente limitazione della propria autosufficienza per patologie cronicodegenerative;
- **disabilità** riferita a persone adulte portatrici di disabilità fisica, psichica sensoriale o mista, in condizione di notevole dipendenza, per i quali la contemporanea presenza di malattie cronicodegenerative ha reso i bisogni assistenziali, infermieristici e tutelari assimilabili a quelli dell'area della senescenza.

Le R.S.A. sono inoltre organizzate in funzione dei seguenti livelli prestazionali in linea con le indicazioni della Commissione Ministeriale LEA Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali (maggio 2007) :

- “R1”, Unità di cure residenziali intensive: Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario; trattamenti residenziali intensivi di cura, recupero e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario ed assistenziale rivolti alle persone con patologie non acute, in condizioni di responsività minimale, stati vegetativi e comi prolungati, con gravi patologie neurologiche degenerative progressive, caratterizzate da complessità, instabilità clinica e/o gravissima disabilità, con insufficienza respiratoria grave con ventilazione meccanica, che richiedono supporto alle funzioni vitali e continuità assistenziale con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24h. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, psicologico, riabilitativo, infermieristico e tutelare, assistenza farmaceutica ed accertamenti diagnostici.
- “R2”, Unità di cure residenziali estensive: Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone non autosufficienti; trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale rivolti a persone non autosufficienti con patologie che pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi richiedono elevata tutela sanitaria (es. ospiti in nutrizione artificiale o con lesioni da decubito estese) con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e tutelare, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici
- “R2D”, Nuclei Demenza: Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone non autosufficienti; trattamenti estensivi di riorientamento e tutela personale in ambiente “protesico” rivolti a persone con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento o dell'affettività; i trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, con garanzia di continuità assistenziale.
- “R3”, Unità di cure residenziali di mantenimento: Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone non autosufficienti; trattamenti sanitari di lungoassistenza a forte rilevanza sociale, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, rivolte a persone non autosufficienti. I trattamenti sono costituiti da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, con garanzia di continuità assistenziale e da attività di socializzazione e animazione.

- “SR” Prestazioni Semiresidenziali – Trattamenti di mantenimento per anziani erogate in centri diurni
- “SRD” Prestazioni Semiresidenziali Demenze – Prestazioni di cure estensive erogate in centri diurni a pazienti con demenza senile che richiedono trattamenti di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale

In ciascun nucleo sono ospitate di norma persone afferenti alla medesima area di intervento e al medesimo livello prestazionale.