

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N° 471 DEL 15/03/2022	
STRUTTURA PROPONENTE: DIPARTIMENTO GOVERNO DELL'OFFERTA E CURE PRIMARIE	
OGGETTO:	Rete di Nefrologia e Dialisi nella Provincia di Viterbo
Estensore : Maximiliano Marenghi	
Il direttore amministrativo Dott.ssa Simona Di Giovanni ha espresso parere FAVOREVOLE. Proposta firmata digitalmente da Dott.ssa Simona Di Giovanni in data 08/03/2022	
Il direttore sanitario Dott.ssa Antonella Proietti ha espresso parere FAVOREVOLE. Proposta firmata digitalmente da Dott.ssa Antonella Proietti in data 09/03/2022	
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. Proposta firmata digitalmente dal Direttore della UOC Pianificazione e Programmazione Controllo di Gestione Bilancio e Sistemi Informativi Dott.ssa Federica Formichetti per Dott.ssa Patrizia Boninsegna in data 08/03/2022	
Il dirigente sottoscrivendo il presente provvedimento, attesto che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi dell'art. 1 della L. n° 20/1994 e ss.mm.ii. assumendone di conseguenza la relativa responsabilità, ex. Art. 4, comma 2, L. 165/2001, nonché garantendo l'osservanza dei criteri di economicità, di efficacia di pubblicità, di imparzialità e trasparenza di cui all'art.1, comma 1° L. n° 241/1990, come modificato dalla L. n° 15/2005.	
<p>Responsabile del procedimento</p> <p>Dott. Giuseppe Cimarello</p> <p>Proposta firmata digitalmente da Dott. Giuseppe Cimarello in data 08/03/2022</p>	<p>Il Direttore</p> <p>Giuseppe Cimarello</p> <p>Proposta firmata digitalmente da Dott. Giuseppe Cimarello in data 08/03/2022</p>
Atto soggetto al controllo della Corte dei Conti: NO	
Il presente atto si compone di n° 7 pagine e degli allegati che ne formano parte integrante e sostanziale.	

OGGETTO:	Rete di Nefrologia e Dialisi nella Provincia di Viterbo
-----------------	---

IL DIRETTORE DIPARTIMENTO GOVERNO DELL'OFFERTA E CURE PRIMARIE

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ss.mm.ii.;

VISTO l'Atto Aziendale, adottato con la deliberazione del Commissario Straordinario n. 221 del 26 febbraio 2015 e successivamente approvato con il Decreto del Commissario ad Acta n. 115 del 20 marzo 2015, successivamente modificato ed approvato con deliberazione n. 2111 del 22.11.18 ed approvato con Decreto del Commissario ad Acta n. U00501 del 13/12/2018;

TENUTO CONTO della programmazione aziendale triennale condivisa dalla Direzione Strategica con il Collegio di Direzione nell'incontro del 9 settembre 2020;

TENUTO CONTO del Piano Triennale delle Performance 2021-2023, approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 139 del 29/01/2021;

PRESO ATTO del Piano Strategico Aziendale 2021-2023, redatto nel mese di gennaio 2021 a seguito degli incontri programmatori, tra cui la Conferenza Programmatica Interna di Tarquinia del 2 ottobre 2020;

CONSIDERATO che la ASL di Viterbo è orientata in una logica organizzativa a rete, concepita come un insieme di servizi interdipendenti ed in relazione funzionale mediante connessioni e modalità di interazione fortemente strutturate al fine di consentire:

- accessibilità a risposte di salute contenute clinici avanzati;
- maggiore garanzia della sicurezza e della qualità delle prestazioni, attraverso la concentrazione della casistica per le risposte a maggiore complessità organizzativa e tecnologica, in modo da favorire la specializzazione delle equipe mediche e la sostenibilità degli investimenti;
- recupero di efficienza, da un lato con investimenti mirati in relazione alla riorganizzazione delle specialità e dell'assistenza all'interno del sistema ospedaliero, dall'altro con una migliore organizzazione e lo sviluppo dell'assistenza territoriale;
- personalizzazione delle cure alle persone attraverso un sistema di valutazione dei bisogni tale da consentire un'assistenza adeguata e integrata nel setting e nelle modalità appropriate;

PRESO ATTO che la ASL di Viterbo "è organizzata oltre che per livelli gerarchici formali (Dipartimenti, UOC, UOSD, UOS) in Reti, Centri e Percorsi che la coinvolgono sia per la componente ospedaliera che territoriale", così come previsto all'art. 19.4 dell'Atto Aziendale approvato con DCA n. U00501 del 13 dicembre 2018 "Approvazione dell'Atto Aziendale della ASL Viterbo" e richiamato nel Piano Strategico Triennale 2020-2022 approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 1007 del 19/05/2021;

CONSIDERATO che nel Piano Strategico Aziendale 2021-2023 viene definita l'articolazione e le caratteristiche delle reti e dei centri di expertise nella ASL di Viterbo e, al fine di garantire su tutto il

territorio provinciale standard assistenziali omogenei in termini di qualità, appropriatezza e sicurezza delle cure, i criteri di caratterizzazione e connotazione degli stessi secondo il livello di appartenenza come di seguito richiamati:

- svolgere funzioni di coordinamento a livello aziendale;
- casistica annua di numerosità adeguata secondo standard scientifici o normativi;
- caratteristiche cliniche di funzionamento in relazione alle specialità afferenti per la corretta presa in carico dei pazienti;
- garantire attività su almeno 3 giorni/settimana;
- garantire la prossimità degli interventi, anche attraverso l'attivazione di sedi satellite e la condivisione delle risorse disponibili;
- adeguata dotazione strumentale;
- raccordo con gli Hub regionali di Alta specialità;
- integrazione con le Centrali operative delle cronicità e con la Centrale Operativa dei Servizi (COS), anche finalizzata all'attivazione dell'USCAT, nel rispetto delle modalità e delle disposizioni previste nella apposita Rubrica degli interventi;
- promuovere attività di formazione e di informazione, in raccordo con le attività del board scientifico;

TENUTO CONTO del sistema di networking aziendale approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 455 del 15/03/2021, al fine di rendere coerente l'organizzazione aziendale alla nuova logica delle responsabilità al fine di governare e gestire le reti per patologia, i centri, le centrali operative, i percorsi assistenziali, attraverso una modalità e responsabilizzazione diffusa, graduata in base ai livelli di complessità e coerente con l'intero disegno organizzativo aziendale;

TENUTO CONTO del Piano Territoriale della ASL di Viterbo, presentato al Collegio di Direzione il 10/09/2021, alle Organizzazioni Sindacali del Comparto e della Dirigenza il 16/09/2021 ed al Comitato di Rappresentanza dei Sindaci il 7/10/2021 che, in particolare, attraverso la reingegnerizzazione della rete territoriale, garantisce la trasformazione del modello organizzativo ed il passaggio da una medicina "di attesa" ad una medicina "di iniziativa e di opportunità", in una logica proattiva;

TENUTO CONTO del DGR 3.3.1998, n. 619, Piano regionale in tema di nefrologia e dialisi.

- DCA 10.10.2010, n. 90 inerente l'approvazione dei "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio della attività sanitarie e socio sanitarie", "Requisiti ulteriori per l'accreditamento",
- DCA 23.03.2011, N.13, Procedimento di accreditamento definitivo strutture sanitarie e socio sanitarie, regolamentazione e verifica requisiti.
- 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 cha 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)";

TENUTO CONTO di :

- DCA U00368 2014 Riorganizzazione della Rete Ospedaliera
- DCA n. 376 del 2014 Riorganizzazione dell'Assistenza territoriale e la medicina di iniziativa
- DCA 20 n 115 2015 Approvazione dell'Atto Aziendale della ASL Viterbo

- DCA n. 474 del 2015 "Linee di indirizzo per la gestione a livello territoriale della presa in carico del paziente cronico e relativo percorso attuativo " e suoi allegati.
- Istruzione Operativa ASL/VT n. 05/22 – PO03/21 del 19.01.2022 “ Gestione integrata del paziente dialitico Covid positivo”

DATO ATTO che l'organizzazione dei servizi attualmente erogati per i soggetti nefropatici cronici in attesa di trapianto, nella azienda ASL presenta una disomogeneità di gestione tra le strutture pubbliche, private e accreditate.

CONSIDERATO che lo scopo della presente istituzione della rete è proprio quello di riportare a unità tale processo e parallelamente richiamare il massimo impegno perchè 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

RAVVISATA la necessità di procedere all'approvazione della rete di nefrologia e dialisi per l'assistenza ai Pazienti trapiantati e nefropatici in valutazione o in attesa per trapianto renale, risultato del lavoro svolto nell'ambito delle attività del tavolo misto pubblico/privato/accreditato per sottolineare l'importanza che assume per i soggetti nefropatici cronici in trattamento sostitutivo, il miglioramento dell'assistenza attraverso la messa in rete delle strutture sanitarie così assiduamente frequentate da questi soggetti, parte integrante della presente delibera.

PRESO ATTO che il Dirigente, sottoscrivendo il presente provvedimento, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi dell'art. 1 della legge del 14 gennaio 1994, n. 20 e ss.mm.ii. assumendone di conseguenza la relativa responsabilità, ex art. 4 comma 2, D.Lgs. del 30 marzo 2001, n. 165, nonché garantendo l'osservanza dei criteri di economicità, di efficacia di pubblicità, di imparzialità e trasparenza di cui all'art. 1, comma 1, della legge 7 agosto 1990, n. 241;

ATTESTATO che il presente provvedimento è stato predisposto nel pieno rispetto delle indicazioni e dei vincoli stabiliti dai decreti del Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di Rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Lazio;

Nell'osservanza delle disposizioni di cui alla legge del 6 novembre 2012, n. 190, recante «*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità della Pubblica Amministrazione*»,

PROPONE

Per i motivi espressi nella premessa, che si intendono integralmente richiamati:

- di approvare la rete di nefrologia e dialisi per l'assistenza ai pazienti trapiantati e nefropatici in valutazione o in attesa per trapianto renale, parte integrante e sostanziale della delibera.
- di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi per l'Azienda.
- di trasmettere il presente atto alla UOC Affari Generali e UOC Pianificazione e Programmazione Controllo di Gestione Bilancio e Sistemi Informativi per i provvedimenti di competenza;
- di dichiarare l'immediata esecutività del presente atto.

**IL DIRETTORE DIPARTIMENTO GOVERNO DELL'OFFERTA E
CURE PRIMARIE**

Dott. Giuseppe Cimarello

II DIRETTORE GENERALE

In virtù dei poteri previsti:

- dall'art. 3 del D.Lgs. 502/1992 e ss.mm.ii.;
- dall'art. 9 della L.R. n. 18/1994 e ss.mm.ii.;

nonché dalle funzioni e dei poteri conferiti con Decreto del Presidente della Regione Lazio n. T001810 del 03/11/2020 con il quale viene nominato il Direttore Generale della ASL di Viterbo approvato con delibera n. 2327 del 03/11/2020;

VISTA la proposta di delibera sopra riportata presentata dal **IL DIRETTORE** del **DIPARTIMENTO GOVERNO DELL'OFFERTA E CURE PRIMARIE**

PRESO ATTO che il Dirigente, sottoscrivendo il presente provvedimento, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi dell'art. 1 della L. n° 20/1994 e ss.mm.ii. assumendone di conseguenza la relativa responsabilità, ex art. 4 comma 2, L. 165/2001, nonché garantendo l'osservanza dei criteri di economicità, di efficacia di pubblicità, di imparzialità e trasparenza di cui all'art. 1, comma 1°, L. n° 241/1990, come specificato dalla L. n° 15/2005;

ACQUISITI i pareri del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

D E L I B E R A

di adottare la proposta di deliberazione di cui sopra così come formulata rendendola dispositiva.

Il presente atto sarà pubblicato all'Albo Pretorio on line dell'Azienda ai sensi dell'art.32, comma 1 della Legge 69/2009 e dell'art. 12 L.R. Lazio 1/2011.

Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Simona Di Giovanni

Proposta firmata digitalmente

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Antonella Proietti

Proposta firmata digitalmente

Il Direttore Generale
Dott.ssa Daniela Donetti

Firmato digitalmente



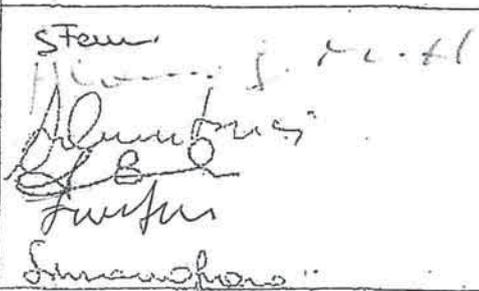
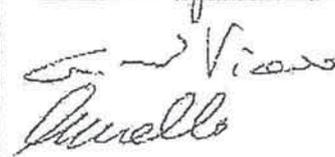
SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL
VITERBO



REGIONE
LAZIO

Gestione integrata della malattia renale cronica (MRC) del paziente dialitico

**LA RETE DI NEFROLOGIA E DIALISI
NELLA PROVINCIA DI VITERBO**

	Edizione 1	Data 02/02/2022
Rev. 1		
Distribuito in forma	<input checked="" type="checkbox"/> X cartacea	<input type="checkbox"/> X informatica
A	Direzioni sanitarie Direzioni di distretto Direttori di dipartimento Direttore GoPS	
A.		
<input type="checkbox"/> Copia controllata (soggetta ad aggiornamento)	N°	
<input type="checkbox"/> Copia non controllata		
<input type="checkbox"/> Copia riservata		
Data di ricezione da parte delle UUOD/servizio*	Firma per ricevuta	
Redazione a cura di Dr. Ferjazzi Alessandro Dr. Aloisio Giuseppe Dr. Carabuci Antonio Dr. Florè Michele Dott.ssa Brecciaroli Elisa Per il supporto metodologico Dott.ssa Giacomini Simona		
Valutata da Direttore UOC Formazione, valutazione dell'applicazione dei processi assistenziali e degli esiti di salute - Dr. Gianni Vicario Direttore Dipartimento cure primarie - Dr. Giuseppe Cimarello		
APPROVATO DA Direttore Sanitario ASL - Dr.ssa Antonella Proietti		

INDICE

Bibliografia e normativa di riferimento	Pag.	3
1. Oggetto	Pag.	4
2. Razionale	Pag.	4
3. Contesto di riferimento	Pag.	5
4. Proposta di attivazione della Rete di Nefrologia e Dialisi provinciale	Pag.	8
5. Scopo e obiettivi	Pag.	8
6. Ambiti di intervento e target di interesse	Pag.	9
7. Modello organizzativo e tecniche di funzionamento	Pag.	9
8. Obiettivi a tendere	Pag.	12

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 2	Cure primarie

Normativa e bibliografia di riferimento

- Ministero della Salute, Piano Nazionale della Cronicità. 2016. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf
- Ministero della Salute, Documento di Indirizzo per la Malattia Renale Cronica. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2244_allegato.pdf
- Kane-Gill S, Rincon F. Expansion of Telemedicine Services: Telepharmacy, Telestroke, Teledialysis, Tele-Emergency Medicine. Crit Care Clin 2019 Jul; 35(3):519-33. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2019.02.007>
- Fiorini F, Granata A. Consenso informato: aspetti deontologici e giuridici. G Ita Nefrol 2011; 28(1):89-94. <https://giornaleitalianodinefrologia.it/wp-content/uploads/sites/3/pdf/storico/2011/1/pp.089-094.pdf>
- Gotch FA. The current place of urea kinetic modelling with respect to different dialysis modalities. Nephrol Dial Transplant 1998; 13(S6):10-14. https://doi.org/10.1093/ndt/13.suppl_6.10
- Piccoli GB, Ferraresi M, Caputo F, et al. Dialisi Domiciliare sì, ma quale? Emodialisi Domiciliare e dialisi peritoneale a confronto: una controversia non controversa. G Ital Nefrol 2012; 29(2):148-59. https://giornaleitalianodinefrologia.it/wp-content/uploads/sites/3/pdf/storico/2012/2/p.148-159_PICCOLI_proecontro.pdf
- Kjellstrand CM, Ing T. Daily Hemodialysis History and revival of a superior Dialysis Method. ASAIO J 1998; 44(3):117-22.
- United Kingdom Renal Registry (UKRR). <https://www.renalreg.org/>
- Mc Laughlin, et al. Why patients with ESRD do not select self-care dialysis as a treatment option? Am J Kid Dis 2003; 41(2):380-5. <https://doi.org/10.1053/ajkd.2003.50047>
- Hager D, Ferguson TW, Komenda P. Cost Controversies of a "Home Dialysis First" Policy. Can J Kidney Health Dis 2019; 6:2054358119871541. <https://doi.org/10.1177/2054358119871541>

NORMATIVE DI RIFERIMENTO

- DCA n.474 2015 "Linee di indirizzo per la gestione a livello territoriale della presa in carico del paziente cronico e relativo percorso attuativo" e suoi allegati
- Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute sulle linee progettuali 2015 -Linea progettuale 5 - Gestione della cronicità
- Decreto del Commissario ad Acta 22 dicembre 2014, n. U00441 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
- DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 dicembre 1987, n. 7940. Approvazione piano per l'adeguamento e la riorganizzazione dei servizi di emodialisi nel Lazio.
- DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 3 marzo 1998, n. 619. Piano regionale in materia di nefrologia e dialisi.
- LEGGE REGIONALE 24 dicembre 2010, n. 9
- ACCORDO DI COLLABORAZIONE FRA DIPARTIMENTO DI EPIDEMIOLOGIA DELLA REGIONE LAZIO E RIDT 2019-2021
- Decreto Commissario ad Acta 90 2010 Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie, comprende i nuovi requisiti minimi degli ambulatori di emodialisi ambulatoriali
- Delibera 619 1998 Piano nefrologico regionale
- Delibera 238 2012 Modificazioni ed integrazioni alla DGR 30.5.2008 n. 403 Percorso assistenziale al trapianto di rene Approvazione linee guida regionali"
- Decreto del Commissario ad Acta 7 agosto 2019, n. 352 recante "Istituzione del Coordinamento Regionale della Rete Nefrologica Ospedale-Territorio";
- Atto di Organizzazione 25 giugno 2020, n. G07543 ,Individuazione dei componenti del Coordinamento Regionale della Rete Nefrologica Ospedale – Territorio, in attuazione del Decreto del Commissario ad acta 24 luglio 2019, n. 352;

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 2	Cure primarie

1. Oggetto

Nel presente documento è disegnata la proposta di rete organizzativo-funzionale dell'offerta nefrologica ospedale-territorio, in un'articolazione di modello HUB e SPOKE nel quale sono definite le funzioni delle varie tipologie di presidi pubblici e accreditati e le rispettive competenze utili per affrontare le tematiche poste dalla presa in carico della persona affetta da malattia renale, acuta o cronica. La rete si propone lo scopo di armonizzare tutte le attività di nefrologia e dialisi che si svolgono nella ASL/Viterbo per fornire un'assistenza sanitaria nefrologica omogenea per qualità, efficienza ed outcome in tutti i centri dialitici aziendali.

È apparso rilevante operare all'interno di una progettualità che fosse condivisa da tutte le strutture, pubbliche e private-accreditate, nonché da tutte le figure professionali sanitarie coinvolte nel processo di cura a garanzia di una corretta gestione intra ed extra-ospedaliera, indispensabile per far fronte alla domanda sanitaria e per rispondere con appropriatezza nei vari livelli assistenziali.

2. Razionale

Il continuo aumento in termini di prevalenza della Malattia Renale Cronica (MRC) a seguito dell'aumento dell'aspettativa di vita media e del miglioramento delle condizioni di vita dei pazienti affetti da patologie croniche costituisce uno dei problemi principali di salute per la popolazione occidentale. È di tutta evidenza che una diagnosi tempestiva con conseguente approccio terapeutico possono prevenire e rallentare l'evoluzione sfavorevole della MRC. Punti cardine dell'approccio alla Malattia Renale Cronica sono la diagnosi della malattia renale primitiva, di condizioni di comorbidità e la conoscenza delle complicanze sistemiche e l'intercettazione di possibili cause reversibili di riacutizzazioni di deficit renale in pazienti già con MRC.

La malattia renale cronica è considerata un problema di salute pubblica di prima grandezza. Istituzioni internazionali, come il "Center for Disease Control and Prevention", identificano questa patologia come una delle grandi priorità dell'era della transizione epidemiologica. Si stima che nella popolazione adulta circa 1 individuo ogni 7 (13%) abbia un grado d'insufficienza renale moderata, cioè una funzione renale (espressa come Filtrato Glomerulare) dimezzata o più che dimezzata rispetto alla norma (ISS - Malattia renale cronica, 2012). Il dato epidemiologico assume un'importanza ancora maggiore quando si ricorda l'associazione tra insufficienza renale e probabilità di sviluppare complicanze cardiovascolari.

Poiché i costi del trattamento dialitico e del trapianto di rene sono tra i più elevati nel contesto delle prestazioni sanitarie (rappresentano circa l'1% della spesa sanitaria nazionale), si comprende come possa risultare di rilevante impatto qualsiasi iniziativa volta, sia a razionalizzare e riorganizzare i servizi pubblici e privati accreditati e convenzionati nefrologici/dialitici sul territorio, sia ad attuare programmi di prevenzione primaria e diagnosi precoce, con lo sviluppo sul territorio di attività di collaborazione multispecialistiche (compresa la medicina del territorio) sul modello già in atto della "Casa della Salute".

Nel 2016 è nato il Piano Nazionale delle Cronicità (PNC), con l'intento di armonizzare a livello nazionale le attività nell'ambito delle cronicità, il documento, condiviso con le Regioni, che individua un disegno strategico comune inteso a promuovere, compatibilmente con le risorse disponibili, interventi basati sulla unitarietà di approccio, centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi.

Con Decreto del Presidente dei Ministri, a Marzo 2017, viene pubblicato l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza. Nell'ambito della attività di assistenza distrettuale viene specificato il ruolo della assistenza specialistica ambulatoriale e sottolineato quello dell'assistenza domiciliare e territoriale, l'obiettivo prefissato è quello di prediligere gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, attraverso la attivazione delle risorse disponibili. Il SSN si prende carico della persona con una valutazione multidisciplinare delle cronicità e delle fragilità.

L'attuale configurazione delle strutture di nefrologia e dialisi pubbliche è il frutto della DGR n. 619/1998.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 2	Cure primarie

La riorganizzazione dell'offerta nefrologica dialitica sul territorio aziendale si colloca nell'ambito del riordino complessivo, della razionalizzazione e riqualificazione dell'assistenza territoriale e ospedaliera tuttora in corso con l'obiettivo di ottimizzare le risorse disponibili a tutela del paziente nefropatico.

Presso la ASL Viterbo sono attivi n. 5 Centri di emodialisi: 2 sono pubblici (Ospedale Belcolle, Ospedale Civita Castellana); 3 sono accreditati (Nuova Clinica Santa Teresa a Viterbo, CRAL Nepi, Etruria dialisi a Tarquinia). Questi centri hanno in terapia circa 200 pazienti suddivisi come riportato dalla tabella estratta dal RRDTL.

Attualmente i centri sono interconnessi sulla base di collaborazioni informali con il Centro Dialisi di Belcolle che funge da Hub Aziendale senza alcuna procedura condivisa ufficialmente.

Il presente documento si propone come una procedura condivisa all'insegna della collaborazione e della interoperabilità tra i centri nell'ottica di una Rete che preveda un Centro di riferimento (Hub) e 4 strutture sul territorio (Spoke).

Tabella 3.1 - Descrizione dei centri dialisi, numero di posti e dei pazienti emodializzati in carico al 31/12/2018

Identificativo centro	Denominazione Centro	Comune	Azienda ^A	Distretto	Tipologia ^B	Posti emodialisi ^C			Prevalenti 2018 in emodialisi ^D
						Cronici ^E	HBsAg ^F	Totali	
106	Etruria Medica S.r.l.	TARQUINIA	Viterbo	VT-A	CDA-PR	10	1	11	16
57	Ospedale di Belcolle	VITERBO	Viterbo	VT-B	CR	20	2	22	77
58	Casa di Cura Nuova Santa Teresa	VITERBO	Viterbo	VT-B	CDA-PR	5	1	6	20
56	Ospedale di Civita Castellana	CIVITA CASTELLANA	Viterbo	VT-C	CO	16	2	18	45
70	Casa di Cura Nepi ^G	NEPI	Viterbo	VT-C	CDA-PR	8	2	10	9

3. Contesto di riferimento

Attività nefrologiche dialitiche nella Regione Lazio

I dati del fabbisogno di dialisi sono ricavabili dal registro di dialisi e trapianto della regione Lazio (RDTL). L'ultima edizione disponibile è relativa al 2019. Di seguito si riportano i dati descritti in tale registro. Nella Regione Lazio il numero delle persone notificate, a partire dal 1994 nelle 18 indagini di prevalenza, varia da 2834 casi incidenti nel 1994 a 4750 casi nel 2019. Il numero di nuovi ingressi in dialisi (casi incidenti) varia da 314 nel secondo semestre del 1994 e 620 casi nel 1995 a 956 nel 2019. Tra i 4750 pazienti in carico al 31.12.2012, il 17,5% aveva un'anzianità dialitica inferiore ad 1 anno, il 32,4% inferiore a 2 anni, il 44,8% inferiore a 3 anni, mentre il 37,8% era in dialisi cronica da almeno 5 anni e il 17,2% da almeno 10 anni.

L'offerta di dialisi peritoneale tra i prevalenti è pari al 7,8%; considerando solo i centri pubblici, l'offerta di dialisi peritoneale è del 13,4%. Tra i casi incidenti l'offerta è maggiore, pari al 12,0% e 22,0% (centri pubblici). Negli anni di attività del registro si è assistito ad un notevole cambiamento della struttura per età della popolazione in trattamento dialitico. Dal 1994 al 2012 la quota di persone con età >74 anni è passata dal 13,1% al 37,5% fra i casi prevalenti e dal 16,6% al 39,8% fra i casi incidenti. L'elevato numero di persone di età molto avanzata indica un sostanziale cambiamento nella tipologia e complessità della domanda assistenziale, che deve coniugarsi ad una offerta sempre maggiore di programmi assistenziali integrati, soprattutto di tipo riabilitativo.

Vi sono 2179 trapianti notificati dal 1.7.1994 al 31.12.2019. Nel periodo considerato, il numero di trapianti effettuati tra le persone in dialisi nel Lazio non è stato costante, con un valore medio di quasi 125 trapianti l'anno.

Le persone in trattamento emodialitico sono 167 e quelle in dialisi peritoneale sono 13. (dati RDTL al 31/12/2019) e circa il 30% (600 persone) sono potenzialmente candidati a ricevere un trapianto di rene. Nel documento allegato al DCA N. 1 del 11/01/2017 (BURC n. 5 del 16/01/2017) si legge che "mediamente ogni anno abbiamo un incremento pari al 2% della popolazione dialitica, con un'età media superiore ai 65 anni e di questi il 60% è costituito da uomini.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 2	Cure primarie

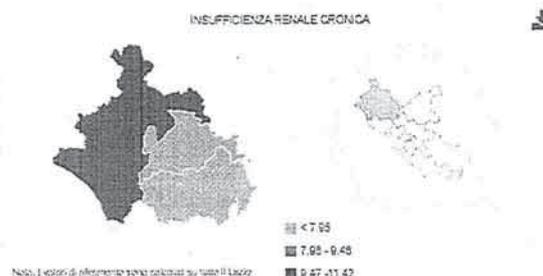
ASL	EMODIALISI	EMODIAFILTRAZIONE	PERITONEALE	INDICIA PREVALENTI	TREND
LAZIO	3652	895	353	4900	
Rieti	50	18	12	90	
Viterbo	153	30	8	191	
Roma 4	176	49	17	242	
Frosinone	274	56	10	340	
Roma 5	352	90	19	461	
Latina	363	88	32	483	
Roma 6	375	85	8	468	
Roma 3	415	78	49	542	
Roma 2	713	246	69	1048	
Roma 1	771	155	109	1035	

Fonti informative - Registro Regionale Dialisi e Trapianto del Lazio (RRDTL) PRéVale

INSUFFICIENZA RENALE CRONICA. ANNO 2020

Protocollo

DISTRETTO	Casi	Assistiti	Proporzione (x1000)
LAZIO	49.192	5.595.255	8,79
ASL VITERBO	2.462	300.021	8,21
VT - A	974	92.370	10,54
VT - B	659	92.520	7,12
VT - C	829	115.131	7,20



Approfondimento

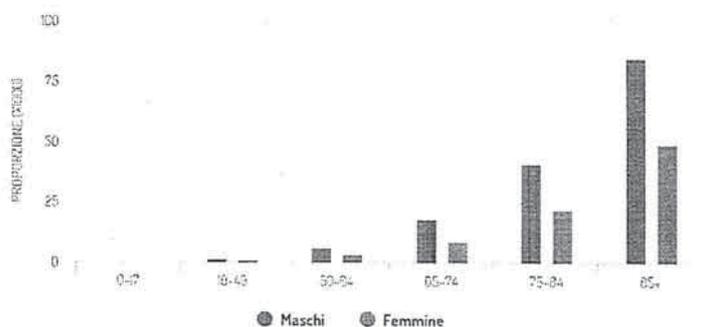


GENERE



ETÀ

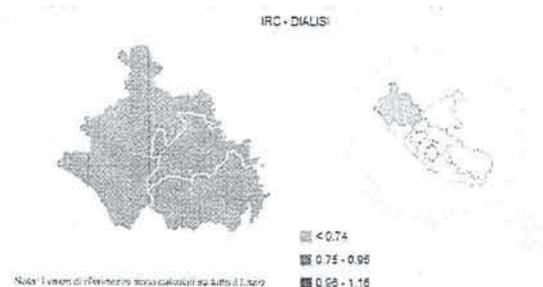
INSUFFICIENZA RENALE CRONICA



IRC - DIALISI. ANNO 2020

Protocollo

DISTRETTO	Casi	Assistiti	Proporzione (x1000)
LAZIO	4.789	5.595.255	0,86
ASL VITERBO	182	300.021	0,61
VT - A	62	92.370	0,67
VT - B	51	92.520	0,55
VT - C	69	115.131	0,60



Approfondimento



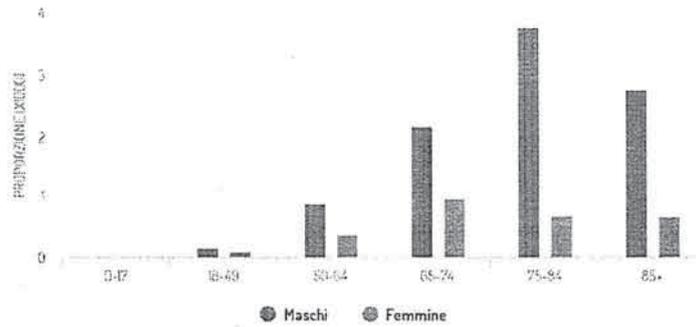
GENERE



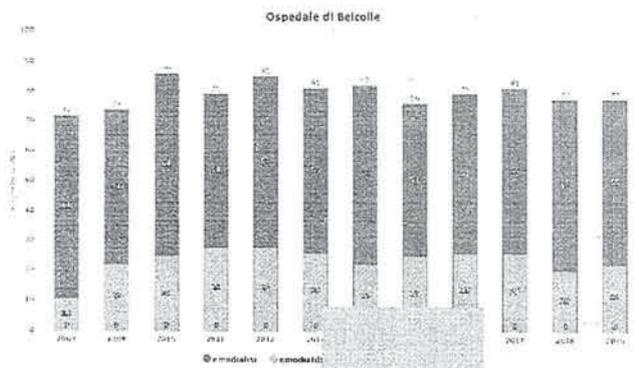
ETÀ

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 2	Cure primarie

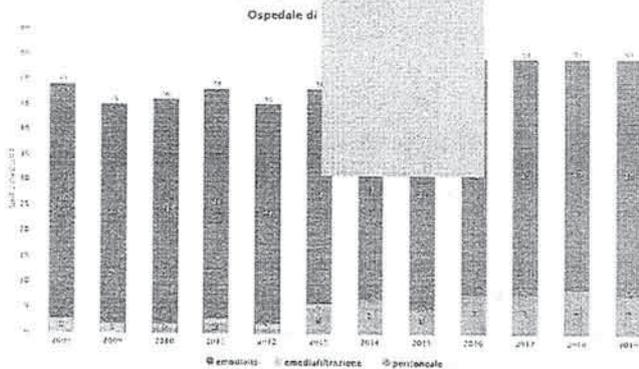
IRC - DIALISI



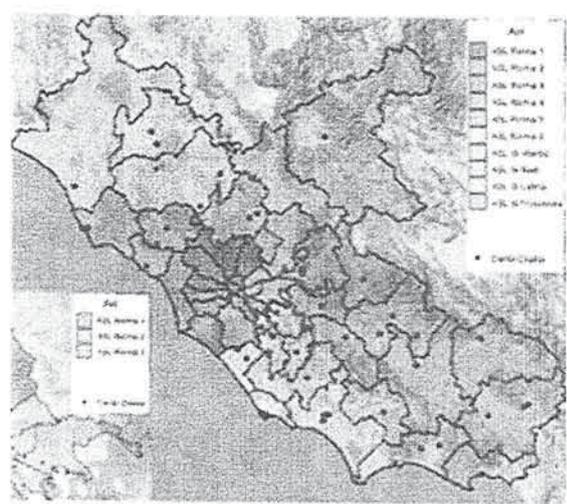
Fonti informative - MIStraL



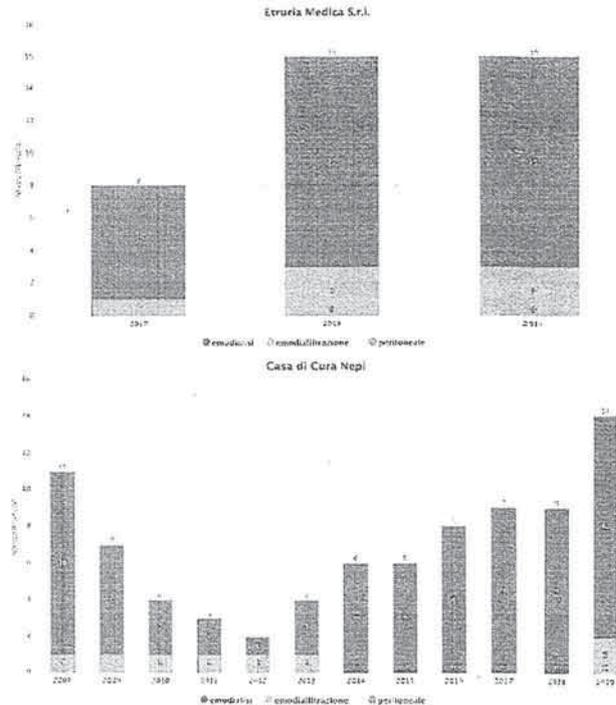
Attività al 2019
ASL VT



Attività al 2019
Accreditati



Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 2	Cure primarie



4. Proposta di attivazione della Rete di Nefrologia e Dialisi provinciale

Allo scopo di razionalizzare e migliorare le cure nefrologiche, il piano di riorganizzazione della Rete Nefrologica Ospedale–Territorio Provinciale non può prescindere dal nuovo concetto di “Disease Management” applicato al paziente nefropatico.

Tale visione della malattia renale cronica prevede la presa in carico, possibilmente in una fase precoce di malattia renale, del paziente nefropatico da parte di un team specialistico nefrologico; il nefrologo si pone come riferimento specialistico territoriale funzionale ad una cooperazione multidisciplinare per la presa in carico del paziente nel lungo e difficoltoso percorso di malattia, nelle sue diverse fasi, dal territorio all’ospedale e viceversa.

È ampiamente dimostrato che l’assistenza del paziente nefropatico deve essere affidata agli specialisti nefrologi il più precocemente possibile, cioè all’esordio della malattia: il cosiddetto “late referral” costituisce già un danno per il paziente e per i costi della sanità pubblica, mentre la precoce presa in carico da parte del nefrologo migliora i risultati clinici a breve, medio e lungo termine.

Lo specialista nefrologo inoltre, date le numerose comorbidità tipiche del paziente uremico, in molti casi è chiamato a coordinare, gestire ed armonizzare le attività cliniche di altri specialisti ed operatori professionali coinvolti nelle cure del paziente nefropatico, in una collaborazione multispecialistica e multiprofessionale. Per quanto sopra, la organizzazione della rete sarà basata sul concetto di “presa in carico globale” del paziente nefropatico, con una potenziata organizzazione territoriale che permetterà di seguire, con competenze specifiche, il percorso di diagnosi e cura in maniera coordinata e bidirezionale con l’ospedale HUB-SPOKE, al fine di ottemperare sia alle necessità di cura che all’ottimizzazione delle risorse.

La nuova riorganizzazione tiene conto di atti normativi e programmi operativi, quali il Piano sanitario Regionale in materia di nefrologia e dialisi (PSR 619/1998), il RRDT 2019, il censimento della Società Italiana di Nefrologia del 2018, di alcune documentazioni programmatiche di altri paesi, della tipologia del territorio, con la presenza di un consistente privato accreditato e convenzionato (circa il 45 % delle prestazioni dialitiche del Lazio) e del percorso relativo allo sviluppo della presa in carico del paziente nefrologico.

5. Scopo e obiettivi

Lo scopo della Rete nefrologica è offrire una presa in carico dei pazienti nefropatici integrata pubblico-privato accreditato, Ospedale e Territorio. A tal fine è necessaria la definizione di percorsi diagnostici terapeutici

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 2	Cure primarie

assistenziali (PDTA) all'interno dei quali siano assicurati interventi specialistici e stratificati per livello di complessità.

L'organizzazione in rete delle strutture e dei servizi:

- ↳ favorisce la diffusione di conoscenze e competenze tra i professionisti;
- ↳ consente le opzioni terapeutiche più appropriate;
- ↳ facilita l'accesso e la tracciabilità del paziente, permettendole di orientarsi in modo più consapevole all'interno di percorsi assistenziali di elevata complessità.

Per assicurare la continuità assistenziale sono coinvolti i Medici di Medicina Generale per la condivisione dei percorsi di prevenzione, diagnosi e cura delle patologie in integrazione con i medici specialisti delle strutture pubbliche e private accreditate del territorio.

La creazione della rete multiprofessionale e multidisciplinare, garantisce una ottimizzazione di risorse sia in campo economico che gestionale:

- decongestionare e diminuire le problematiche relative a situazioni di urgenza e ricovero presso le strutture pubbliche, dato che i pazienti con problematiche nefrologiche una volta seguiti e tenuti sotto controllo, verranno automaticamente e preventivamente indirizzati verso il percorso più idoneo, sia per quanto concerne un percorso di cura e prevenzione sia in caso di dialisi.
- dilazionare i tempi di ingresso del paziente in dialisi, comportando un notevole risparmio economico, tenuto conto che la vita media del paziente nefropatico ha una durata nettamente maggiore rispetto al passato.
- garantire la scelta di cure appropriate e tempestive, con una diminuzione di esami a volte inutili ed un notevole risparmio relativamente alla spesa farmaceutica.
- miglioramento della qualità di vita del paziente dialitico che ha una elevata disabilità.
- aumento dei pazienti in dialisi peritoneale.
- miglioramento della attività di coordinamento e sviluppo dell'attività dei trapianti
- migliorare la raccolta di informazioni strutturate al fine di descrivere l'epidemiologia della malattia renale nei suoi vari stadi iniziando dai pazienti in trattamento sostitutivo e di trapianto".

6. Ambiti di intervento e target di interesse

Alla Rete competono le attività di prevenzione, diagnosi e cura delle nefropatie primitive e secondarie a malattie sistemiche, la terapia farmacologica e nutrizionale conservativa della malattia renale cronica, la terapia sostitutiva della funzione renale (emodialisi, dialisi peritoneale). Garantiscono anche il trattamento nei pazienti con malattia renale cronica giunta allo stadio terminale, così come il supporto dialitico temporaneo per i pazienti che sviluppano un danno renale acuto. Per quanto riguarda i trapianti renali, pur non essendo oggetto di questo documento, va ricordato che i centri di Nefrologia svolgono un importante lavoro per la messa in lista dei pazienti in dialisi e il successivo follow-up clinico. I volumi dati di tale attività si possono desumere ancora dal registro regionale di dialisi e trapianto.

Le strutture della Rete nefrologica svolgono dunque attività rivolte sia a pazienti acuti che a pazienti cronici, sia in elezione che in emergenza, effettuando prestazioni ambulatoriali e in regime di ricovero ordinario o day hospital sia mediche che dialitiche e interventistiche (biopsie renali e confezionamento accessi dialitici vascolari o peritoneali) sulla base della classificazione di HUB e spoke di primo o secondo livello.

La stima del numero dei pazienti affetti da malattia renale cronica nella nostra ASL è deducibile tenendo conto i dati del Registro Regionale di Dialisi e Trapianto che, secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità, la prevalenza di nefropatici è del 13% circa della popolazione. Pertanto, tenuto conto che la popolazione della provincia di Viterbo è circa 350.000 persone, la malattia renale cronica interessa circa 455 individui.

7. Modello organizzativo e tecniche di funzionamento

La Rete Nefrologia e Dialisi è basata sul concetto di articolazione, non più solo per competenze prestazionali legate alla specialistica ambulatoriale in modo indistinto, bensì per funzioni legate ai livelli di complessità, secondo il modello HUB-SPOKE.

Come già efficacemente applicato in altre regioni, tale organizzazione prevede che la produzione dell'assistenza di maggior complessità sia organizzata e coordinata in centri ospedalieri ad alta assistenza

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 2	Cure primarie

integrata (HUB), DEA di I o di II livello autonomamente dotati di tutte le attività assistenziali necessarie alla gestione del paziente nefropatico: centro dialisi ospedaliero, centri satelliti, degenza autonoma, dialisi peritoneale, assistenza alla fase pre e post trapianto, ambulatori di I e di II livello, attività chirurgica per accessi vascolari e peritoneali per dialisi, servizio di emergenza-urgenza nefrologica, area critica, attività di consulenza, ambulatori nefrologici sul territorio, attività domiciliare.

Oltre all' HUB dell'Ospedale Belcolle, la Rete prevede centri periferici rappresentati dai centri SPOKE (strutture pubbliche / private accreditate) già presenti sul territorio (Civita Castellana, Nepi, Santa Teresa, Etruria Medica).

Centri territoriali pubblici: Svolgono attività clinico-assistenziale, come emodialisi ospedaliera, domiciliare, controllo ambulatoriale dei pazienti in dialisi peritoneale, consulenza per altri reparti e ambulatori specialistici, attività sinergiche con i Medici di Medicina Generale. Quando una determinata soglia di complessità (definita da protocolli regionali periodicamente aggiornati in base agli esiti) viene superata, i pazienti verranno inviati al centro HUB di riferimento.

Centri territoriali accreditati: Sono rappresentati dai Centri di emodialisi territoriali dove si erogano terapie emodialitiche ambulatoriali/residenziali. Essi comprendono anche i Centri di Riabilitazione, RSA, lungodegenze ed hospice dotati di emodialisi o dialisi peritoneale, presso cui possono essere allocati pazienti con gravi disabilità, privi di adeguato supporto familiare e/o intrasportabili.

Caratterizzazione dei nodi della Rete:

La Rete Nefrologica prevede il coordinamento da parte del Direttore della UOC di Nefrologia e Dialisi ASL/VT. La Rete è interconnessa tramite Piattaforma informatica Aziendale e alimenta i flussi informativi del Registro Regionale di Dialisi e Trapianti.

Sede	Responsabile	Nodo della rete
UOC nefrologia e dialisi Belcolle	Dr. Sandro Feriozzi	HUB SSR
Centro nefrologia e dialisi Civita Castellana	Dr. Sandro Feriozzi	Spoke SSR
Centro nefrologia e dialisi Nuova Santa Teresa Viterbo	Dr. Giuseppe Aloisio	Spoke accreditato
Centro nefrologia e dialisi CdC Nepi	Dr. Antonio Carnabuci	Spoke accreditato
Centro nefrologia e dialisi Etruria Medica Tarquinia	Dr. Luciano Meschini	Spoke accreditato

Gli HUB hanno il compito di interagire con i centri SPOKE nell'ottica di fornire un'assistenza clinica adeguata ed omogenea alla popolazione attraverso protocolli e procedure condivise ed informatizzazione della cartella clinica accessibile attraverso piattaforme web.

L'area operativa governata da un HUB ha un raggio di azione territoriale provinciale, determinata in base alle esigenze ed ai volumi di attività. Gli HUB possono altresì svolgere funzioni di consulenza e terapia anche per altre strutture sanitarie che non abbiano al loro interno reparti di Nefrologia, sulla base di specifici accordi.

I pazienti in trattamento presso i centri spoke, anche se in misura variabile da centro a centro, ricorrono al temporaneo transito, anche in emergenza, presso le strutture hub in relazione a motivazioni clinico diagnostiche di secondo livello o per patologie extra-renali necessitanti di prestazioni da parte di Alte specialità non presenti negli ospedali spoke.

Questa frequente commistione di pazienti, che spesso necessita anche di adeguato supporto dialitico, rende a maggior ragione indispensabile la codifica di percorsi condivisi e strumenti informatizzati per la condivisione di informazioni.

PERCORSI ASSISTENZIALI PAZIENTI AFFETTI DA SARS Cov-2

Per i pazienti uremici, dializzati e trapiantati Covid positivi, è necessario fare riferimento alla Istruzione Operativa ASL/VT N.05/22 - PO03/21 "Gestione Integrata del paziente dialitico Covid positivo" del 19/01/2022 che ha recepito la nota Regionale Prot. N. 38278 del 17.01.2022.

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 2	Cure primarie

TECNICHE DI FUNZIONAMENTO DELL' HUB:

- ⇒ formula proposte e programmi per la prevenzione delle malattie renali e verifica, successivamente, i relativi interventi attuativi;
- ⇒ svolge, in collaborazione con gli SPOKE competenti per territorio, interlocuzione continua con Medici di Medicina Generale e campagne di sensibilizzazione della popolazione su tematiche inerenti i percorsi di accesso alle prestazioni di nefrologia, dialisi e trapianto;
- ⇒ realizza programmi di aggiornamento e ricerca e formazione indirizzata a tutte le professioni sanitarie ospedaliere e territoriali;
- ⇒ monitora lo stato di salute dei pazienti in attesa di trapianto e/o trapiantati.
- ⇒ attiva, sulla base di protocolli operativi condivisi, i percorsi di accesso al trapianto con il Sistema Regionale di riferimento 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;
- ⇒ assicura la presa in carico mediante follow up post trapianto garantendo al paziente sia la programmazione che l'esecuzione degli esami periodici oltre che l'intervento in condizioni d'urgenza.

Ogni centro è tenuto a comunicare alla Direzione Sanitaria dell'Azienda il nominativo del medico referente per le attività connesse al trapianto che sarà anche responsabile del flusso alimentante il Registro di Dialisi e Trapianto della Regione Lazio; deve garantire, a regime, l'assistenza con almeno due turni giornalieri di dialisi per sei giorni la settimana per 12 mesi/anno con un indice minimo di utilizzo di 3.2 pazienti per posto di dialisi e deve garantire l'assistenza in condizioni di urgenza 24 ore su 24 per tutti i giorni dell'anno. Tutte le prestazioni di dialisi eseguite in regime di urgenza sono da considerare come attività svolte nell'ambito del DEA di primo livello;

deve garantire una presa in carico a livello territoriale mediante dialisi domiciliare intra ed extracorporea e/o attivazione di UDD.

Premesso che il fabbisogno complessivo di posti letto di Nefrologia è pari ad 1 pl ogni 50.000 residenti, l'HUB dovrà quindi avere le seguenti caratteristiche e svolgere le seguenti attività cliniche:

Reparto di degenza autonomo (con almeno 8 posti letto) dialisi

Area di degenza nel Dipartimento di afferenza con definizione del numero dei posti letto assegnati numero posti letto

L'area di degenza 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) anche in reparti diversi da quello di Nefrologia e Dialisi.

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

L'area di degenza prevede:

- Attività clinica h24 con servizio di guardia interna a servizio del DEA e delle strutture del territorio di competenza (accessi vascolari semplici e complessi, CVC) ad essa afferenti;
- Attività chirurgica nefrologica, comprovata dal volume degli interventi eseguiti;
- Centro emodialisi Ospedaliero ed ambulatoriale;
- Attività di immunopatologia renale con esecuzione delle biopsie ed invio dei campioni biotici al laboratorio di nefropatologia di riferimento;
- Ambulatorio di emodialisi "satellite" sul territorio di competenza (le attuali Unità Dialitiche Decentrate);
- Ambulatorio nefrologico, articolato per complessità e stadiazione di malattia renale (ad es.:

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 2	Cure primarie

- Ambulatorio Nefrologico di base, di secondo livello (predialisi), educativo, per lo studio degli accessi vascolari, per trapianti, per l'immunopatologia, per l'emato-nefrologia, etc.);
- Attività ambulatoriale nefrologica domiciliare: emodialisi e dialisi peritoneale;
 - Attività di consulenza nefrologica e dialitica interna;
 - Attività di gestione e trattamento di pazienti in emergenza-urgenza;
 - Attività di consulenza nefrologica e dialitica sul territorio per altre strutture sanitarie sprovviste di nefrologia interna;
 - Terapie extracorporee non renali per patologie che richiedono trattamenti di "salvataggio";
 - Diagnostica ultrasonografica di interesse nefrologico e vascolare;
 - Trapianto: valutazione di tutti i pazienti eleggibili per trapianto renale e assistenza clinica ai pazienti con trapianto.

TECNICHE DI FUNZIONAMENTO DEGLI SPOKE:

Il centro territoriale, ubicato presso Strutture pubbliche e private accreditate, ha compiti di assistenza ordinaria, selezione e invio di pazienti al Centro HUB di riferimento al riscontro di maggior complessità clinico-assistenziale.

Presso i Centri Spoke, in relazione alle proprie caratteristiche, vengono svolte attività di:

- emodialisi ospedaliera (pubblico);
- emodialisi ambulatoriale;
- emodialisi residenziale;
- dialisi domiciliare peritoneale;
- ambulatori I livello (non suddivisi per attività sotto-specialistiche);
- attività di consulenza nefrologica

Laddove il paziente sottoposto ad emodialisi o dialisi peritoneale sia degente presso Centri di Riabilitazione, RSA, Lungodegenze, Hospice, Case della Salute, il Centro territoriale, anche su proposta del Centro HUB, attiva la presa in carico supportandone la gestione in un setting assistenziale a carattere residenziale.

La Dialisi domiciliare – Dialisi Peritoneale

Menzione a parte, per la sua rilevanza organizzativa, economica e clinica è da fare sulla Dialisi Peritoneale. Nella strategia complessiva del trattamento dell'insufficienza renale, infatti, un ruolo di grande rilevanza assumono le alternative alla emodialisi tradizionale, soprattutto in considerazione della efficacia e della migliore qualità di vita che offrono ai pazienti. Già nel Piano Regionale Regione Lazio in Materia di Nefrologia (DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 3 marzo 1998, n. 619) si auspicava lo "sviluppo delle 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".

Le Reti HUB /SPOKE aziendali devono garantire nel territorio di competenza su tutta una offerta adeguata di dialisi domiciliare ed in particolare la dialisi peritoneale e avranno l'onere di coordinamento, gestione e programmazione di tale metodica terapeutica, al fine di rendere omogenei i protocolli di accessi a tali tipi di programmi terapeutici.

8. Obiettivi a tendere per l'anno 2022:

A) Stesura di PDTA /PIC: Percorso Integrato di Cura per la gestione integrata della malattia renale cronica (MRC)

Valutando anche l'integrazione tra la rete, il sistema delle Centrali Operative e le USCAT

B) Implementazione attività Dialisi domiciliare – Dialisi Peritoneale da n. 12 a n.15 pazienti

L'implementazione della dialisi domiciliare consente:

- a) incrementare la potenzialità erogativa di prestazioni emodialitiche nella rete dialitica pubblica senza aumento di posti tecnici per emodialisi ospedaliera;
- b) la continuità del governo clinico dei processi assistenziali e la gestione di un completo percorso di

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 2	Cure primarie

- cura ed assistenza da erogare ai pazienti uremici;
- c) la disponibilità di una modalità tecnica che consente un ottimo controllo dei parametri clinici e metabolici.

Il raggiungimento degli obiettivi rappresenta anche il raggiungimento degli indicatori di process

Gruppo di riferimento del documento	Classificazione documento	Editore del documento
Modelli organizzativi	Interno ASL Livello 2	Cure primarie

