

**Oggetto: Potenziamento delle cure domiciliari nei pazienti affetti da insufficienza renale terminale con necessità di trattamento dialitico tramite “Contributo economico di sostegno alla Dialisi Domiciliare” .**

**DGR n. 8-12316 del 12 ottobre 2009**

A relazione dell'Assessore Artesio:

**PREMESSO CHE**

Il D.P.C.M. 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza” con particolare riferimento all'All. 1, che classifica i livelli di assistenza e le prestazioni di assistenza sanitaria garantita dal servizio sanitario nazionale riconducibili ai LEA include, tra le particolari categorie dei cittadini aventi diritto ad una assistenza specifica, i nefropatici cronici in trattamento dialitico.

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 individua, tra gli obiettivi da raggiungere per ridurre le malattie croniche la promozione di una rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, poiché la cronicità va affrontata con nuovi mezzi e strategie essendo un'area in progressiva crescita con una copertura finanziaria insufficiente.

Nelle linee di indirizzo del Piano Sanitario Nazionale 2005-2008 vengono disegnate le “scelte politiche di fondo, naturalmente diversificate del governo del sistema salute regionale, ma al tempo stesso mostrano strategie generalmente condivise, quale quella del rafforzamento del rapporto tra ospedale e territorio, riservando finalmente a quest'ultimo un ruolo primario nel circuito dell'assistenza dalle cure al domicilio, all'assistenza ai malati terminali, alla lungodegenza, anche se con modalità attuative diverse”.

I Piani Sanitari Regionali perseguono anche un'altra finalità particolarmente rilevante nell'ambito della piena responsabilizzazione delle Regioni sul piano finanziario: quella del controllo della spesa sanitaria, senza limitare il servizio ai cittadini.

Il Piano Sanitario Regionale 2007-2010 nell'ambito del capitolo inerente l'integrazione socio-sanitaria (4.5.1) recita “le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria: caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica ed intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno infantile ..... inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico – degenerativo. Tali prestazioni sono quelle, in particolare, attribuite alla fase post-acuta, caratterizzati dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza... Dette prestazioni a elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle Aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario. Esse possono essere erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali o semiresidenziali....”

Sempre nel Piano Sanitario Regionale 2007-2010 (4.5.3.1) “Per aumentare la possibilità di permanenza al domicilio anche di coloro che necessitano di cure più intensive è necessario sperimentare soluzioni innovative anche attraverso la diffusione di nuove forme di servizi di assistenza a domicilio...”

La L.R. 25 novembre 1974 n. 34 regola l'assistenza dialitica domiciliare là ove vi siano le condizioni ambientali e di assistenza idonee per un trattamento senza la presenza di personale sanitario. In particolare all' art. 2 la suddetta Legge prevede che “gli enti ospedalieri presso i quali sono in funzione servizi di dialisi svolgono corsi di addestramento per l'apprendimento delle tecniche necessarie alla esecuzione della dialisi domiciliare”.

La D.C.R. 108 – 6534 del 28 settembre 1976 “Programma di interventi entro il quinquennio 1976 – 1980 per la prevenzione, diagnosi e cura dell'uremia cronica in Piemonte” definisce le linee programmatiche e i requisiti per i trattamenti dialitici e in particolare per il trattamento domiciliare, mettendo in evidenza che “il maggior impegno e responsabilizzazione del paziente e del familiare

sono largamente compensati dai numerosi vantaggi clinici, psicologici e socio-economici derivanti dal trattamento personalizzato dall'ambiente più confortevole e dalla possibilità di un pieno reinserimento familiare e lavorativo”.

Con la Deliberazione n. 8 – 6636 del 3 agosto 2007 la Giunta Regionale approva un progetto integrato sia sulla prevenzione della Insufficienza Renale sia sull'appropriatezza del percorso assistenziale di diagnosi e cura delle malattie renali. In tale atto, tra gli obiettivi, si riafferma l'importanza del procedimento dialitico domiciliare. Il paziente affetto da insufficienza renale cronica (IRC), o a rischio di IRC, è sempre più un soggetto anziano, affetto da patologie croniche multiple invalidanti e non in grado di provvedere ai propri bisogni: questa condizione rende più complesso il trattamento dialitico regolare e il raggiungimento degli obiettivi di deospedalizzazione (in ambienti che non prevedono la presenza del medico) e domiciliazione (da valutare anche metodologie innovative, quali la tele dialisi o altro).

Altresì la suddetta D.G.R. sancisce che in tutte le Aziende Sanitarie Locali (ASL) le strutture residenziali socio-sanitarie devono accogliere e trattare pazienti in dialisi peritoneale con il supporto di personale infermieristico preposto al trattamento dialitico domiciliare delle strutture di nefrologia e dialisi di riferimento, che si fanno carico di garantire la formazione del personale delle strutture in cui sono accolti i pazienti con uremia terminale e di coordinarsi con il Medico di Medicina Generale (MMG) del ospite della struttura.

I trattamenti sostitutivi della funzione renale sono: emodialisi, dialisi peritoneale, trapianto renale da cadavere o da vivente, come specificato nell'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

I dati evidenziano una progressivo e preoccupante diminuzione del numero di pazienti in trattamento di dialisi domiciliare, soprattutto nel corso degli ultimi anni in relazione anche alle variazioni clinico epidemiologiche della popolazione avviata al trattamento sostitutivo.

Considerato che i costi dei trattamenti emodialitici ospedalieri sono superiori a quello della dialisi peritoneale domiciliare e dell'emodialisi domiciliare, per evidenti maggiori incidenze dei costi relativi al personale sanitario, all'ammortamento della struttura ospedaliera e delle apparecchiature nonché del trasporto del paziente da e verso l'ospedale (rimborso previsto da D.G.R. 7 maggio 2002 n. 80-5989), si ritiene opportuno considerare strumenti di incentivazione del trattamento domiciliare attraverso un contributo economico di sostegno, come specificato nell'Allegato A parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

A tal fine sono stati approntati strumenti atti alla valutazione dell'autonomia della persona affetta da Insufficienza Renale Cronica (IRC) in dialisi peritoneale domiciliare sia riferita ad “elementi generali” che ad elementi propri della “preparazione della seduta dialitica”, graduati rispetto alla necessità di aiuto riferita a tali elementi.

La scheda “valutazione autonomia / gestione trattamento dialitico” assegna dei valori numerici ad ogni singolo elemento considerato.

Gli importi relativi al “Contributo Economico” sono erogabili con i massimali specificati nell'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, rapportati alla scala di intensità, rispettivamente per la Dialisi Peritoneale Continua Ambulatoriale (CAPD) e la Dialisi Peritoneale Automatizzata (APD), ottenuta dal punteggio conseguito dalle “Schede di valutazione della Gestione del trattamento dialitico”, presenti nell'Allegato C), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Le succitate Schede di valutazione sono parte del Piano Assistenziale Individuale Dialisi Domiciliare (P.A.I.D.D.), definito dalla competente Commissione Nefrologica Aziendale, la composizione e i compiti della stessa sono definiti nell'Allegato B), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Per quanto attiene l'Emodialisi domiciliare, il "Contributo economico" è finalizzato alla remunerazione del caregiver (Familiare), che partecipa attivamente al trattamento del paziente secondo un contributo fisso di 250,00 € mensili.

La stima della intensità di cura, basata sul pool di pazienti in trattamento di dialisi peritoneale domiciliare presso la ASL TO2 Presidio Ospedaliero S. G. Bosco, proiettata con l'ipotesi di un incremento della dialisi peritoneale del 5% sul pool totale di pazienti in trattamento dialitico, per i successivi tre anni, è la seguente:

1° anno

	n	N. pazienti per intensità di cura		
		Bassa	Media	Medio alta
Pazienti in HD domiciliare	20	20	--	--
Pazienti CAPD	180	54	14	27
Paz. APD	210	16	16	16

2° anno (incremento del 2,5% dei pazienti in DP)

	n	N. pazienti per intensità di cura		
		Bassa	Media	Medio-alta
Pazienti in HD domiciliare	20	20	--	--
Pazienti CAPD	215	66	16	33
Paz. APD	250	20	20	20

3° anno (incremento di altri 2.5% di pazienti in DP)

	n	N. pazienti per intensità di cura		
		BASSA	MEDIA	MEDIO-ALTA
Pazienti in HD domiciliare	20	20	--	--
Pazienti CAPD	249	76	19	38
Paz. APD	291	23	23	23

Facendo sempre riferimento al pool di pazienti in trattamento con dialisi peritoneale domiciliare presso l'ASL TO 2 è possibile ricavare i rimborsi medi per le diverse intensità di cura e la stima della contributo annuale per la Regione:

1 anno

	Bassa	Medio	Medio Alta	Costo mensile su tutti i pazienti	Costo annuale su tutti i pazienti
Paz. HD domiciliare	250,00	0	0	5.000,00	60.000,00
Paz CAPD	300,00	500,00	800,00	44.800,00	537.600,00
Paz. APD	370,00	560,00	950,00	30.080,00	360.960,00
Totale €					958.560,00

2° anno (incremento del 2,5% dei pazienti in DP)

	Bassa	Medio	Medio Alta	Costo mensile su tutti i pazienti	Costo annuale su tutti i pazienti
Paz. HD domiciliare	250,00	0	0	5.000,00	60.000,00
Paz CAPD	300,00	500,00	800,00	54.200,00	650.400,00
Paz. APD	370,00	560,00	950,00	37.600,00	451.200,00
Totale €					1.161.600,00

3° anno (incremento del 2,5% dei pazienti in DP)

	Bassa	Medio	Medio Alta	Costo mensile su tutti i pazienti	Costo annuale su tutti i pazienti
Paz. HD domiciliare	250,00	0	0	5.000,00	60.000,00
Paz CAPD	300,00	500,00	800,00	62.700,00	752.400,00
Paz. APD	370,00	56000	950,00	43.240,00	518.880,00
Totale €					1.331.280,00

Prevedendo, nei tre anni successivi all'entrata in vigore del presente provvedimento, un incremento del 5% dei pazienti in trattamento dialitico peritoneale con relativo incremento (del 10%) delle spese del contributo di incentivazione per i casi che ne presentano necessità e considerando una sostanziale stabilità del numero di pazienti in trattamento di emodialisi domiciliare possiamo delineare il seguente andamento :

1° anno	958.560,00
2° anno	1.161.600,00
3° anno	1.331.280,00
Totale triennio €	3.451.440,00

L'aumento del numero di pazienti in trattamento con dialisi peritoneale dovrebbe portare (visto il differente costo delle diverse metodiche di trattamento) ad una riduzione della spesa sanitaria complessiva per il trattamento dialitico. *Bisogna peraltro ipotizzare una sostanziale stabilità del pool di pazienti in trattamento sostitutivo artificiale (dialisi) e che la mortalità in trattamento dialitico rimanga stazionaria come pure la distribuzione delle metodiche extracorporee.* E' da sottolineare che le caratteristiche nei pazienti incidenti (nuovi ingressi in dialisi) sono sempre più complesse dal punto di vista clinico e non è scontato che la percentuale delle metodiche a più alta tolleranza cardiovascolare, in assenza di interventi atti a favorire la deospedalizzazione, non aumenti nel corso dei prossimi anni, determinando una ulteriore crescita della spesa dialitica.

Fatte queste considerazioni la previsione di spesa può essere quella riportata nella seguente tabella in cui si ipotizza un incremento dei pazienti in trattamento domiciliare peritoneale nei prossimi tre anni di 5 punti percentuali.

(DP = Dialisi Peritoneale / HD = emodialisi ospedaliera e Assistenza Limitata)

Dati al termine del Triennio	% paz. DP	n. paz in DP	n. paz in HD
con incremento 5% DP	17,7	540	2490

Spesa (€) prevista per pazienti in DP-HD Dom. nel triennio	Spesa (€) contributo economico per il triennio	Spesa totale (€) pazienti in DP-HD Dom.	Spesa (€) prevista per pazienti in HD nel triennio	Spesa totale (€) DP-HD Dom./HP con incentivi
50.414.603,40	3.451.440,00	53.866.043,40	389.442.804,98	443.308.848,38

Ipotizzando una ulteriore calo della DP secondo il trend attuale (3,7%) vista la stabilità del pool globale di pazienti in dialisi è prevedibile un ulteriore incremento della Emodialisi ospedaliera:

	% paz. DP	% paz. HD	n. paz in DP	n. paz in HD	n. Paz HD-DOM
Dati al termine del Triennio	9	91	272	2757	20

Spesa (€) prevista per pazienti in DP-HD Dom nel triennio	Spesa (€) prevista per pazienti in HD nel triennio	Spesa Totale (€)
36.501.723,40	409.741.946,28	446.243.669,68

Pur tenendo in conto il contributo economico per la dialisi domiciliare, il risparmio nel triennio potrebbe essere pari a circa 3 milioni di euro (€ 2.934.821,30)

Trattandosi di un provvedimento da cui non deriva obbligo per i Centri Dialisi di immettere una determinata percentuale di pazienti in trattamento domiciliare, ma piuttosto di una incentivazione a superare problematiche di ordine socio-assistenziale alla effettuazione della dialisi domiciliare, non è possibile fare altro che previsioni teoriche.

In questo senso la delibera ha carattere sperimentale per la durata di tre anni dalla sua adozione e il suo rinnovo sarà condizionato anche dal riscontro della reale efficacia del provvedimento.

Annualmente è fatto obbligo alle Aziende Sanitarie Regionali la valutazione delle spese sostenute per l'incentivo economico in rapporto all'incremento del pool di pazienti in trattamento con dialisi peritoneale.

Alla luce di quanto sopra evidenziato, al fine di incentivare i trattamenti di Dialisi domiciliare (CAPD, APD ed Emodialisi Domiciliare), visti i significativi vantaggi in termini di costo/beneficio e anche per rispondere alle mutate condizioni sociali ed epidemiologiche,

l'Assessore relatore propone alla Giunta Regionale:

- l'istituzione del "Contributo Economico di Sostegno alla Dialisi Domiciliare", sotto forma di erogazione economica da parte delle competenti Aziende Sanitarie Locali ai Pazienti con Insufficienza Renale Cronica in trattamento dialitico domiciliare così come indicato nell'Allegato A) parte sostanziale ed integrante del presente provvedimento,
- l'erogazione del Contributo Economico a Sostegno della Dialisi Domiciliare a favore di Pazienti con Insufficienza Renale in Dialisi Peritoneale Continua Ambulatoriale (CAPD) o Dialisi peritoneale Automatizzata (APD) o Emodialisi Domiciliare a totale carico delle Aziende Sanitarie Locali, nell'ambito della quota indistinta ad esse assegnata;
- la definizione della composizione e dei compiti della "Commissione Nefrologica del Centro Dialisi Aziendale", istituita presso i Centri Dialisi, come definito nell'Allegato B), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento,
- la definizione del Piano Assistenziale Individuale Dialisi Domiciliare (P.A.I.D.D.), di cui all'Allegato C) parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che deve essere predisposto dalla Commissione succitata, che ha in cura il Paziente con Insufficienza Renale Cronica, previo il sussistere delle condizioni favorevoli per un trattamento dialitico domiciliare.
- l'impegno per le Aziende Sanitarie Regionali alla valutazione delle spese sostenute per l'incentivo economico, in rapporto all'incremento del pool di pazienti in trattamento con dialisi peritoneale, comunicando annualmente i dati alla Direzione Sanità, secondo i tempi e le modalità che quest'ultima definirà.

Tutto ciò premesso,

#### LA GIUNTA REGIONALE

Sentita la relazione che precede e convenendo con le argomentazioni addotte in ordine al provvedimento proposto;

Acquisito il preventivo parere del CO.RE.SA., espresso in data 16 giugno 2009

Visto il D.P.C.M. 29 novembre 2001

Visto il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005

Visto il Piano Sanitario Nazionale 2005-2008

Vista la L.R. 25 novembre 1974 n. 34

Vista la D.C.R. n. 108 – 6534 del 28 settembre 1976

Vista la D.G.R. 230 – 23699 del 22 dicembre 1997

Vista la D.G.R. 42-6288 del 10 giugno 2002

Vista la D.G.R. 37-29527 del 1 marzo 2000

Vista la D.G.R. 17- 15226 del 30 marzo 2005

Vista la D.G.R. n. 8 – 6636 del 3 agosto 2007

Vista la D.G.R. n. 80-5989 del 7 maggio 2002

Vista la D.G.R. n. 38-11189 del 6 aprile 2009

Vista la D.G.R. n. 39-11190 del 6 aprile 2009

Con voto unanime reso in forma palese,

DELIBERA

- ❑ di stabilire, in via sperimentale per tre anni dalla data della presente deliberazione, l'istituzione del Contributo Economico a Sostegno della Dialisi Domiciliare a favore di Pazienti con Insufficienza Renale in trattamento dialitico, dichiarati eligibili al trattamento in Dialisi Peritoneale - Dialisi Peritoneale Continua Ambulatoriale (CAPD) o Dialisi peritoneale Automatizzata (APD) - o Emodialisi Domiciliare come indicato nell'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- ❑ di definire la composizione e i compiti della Commissione Nefrologica Aziendale, presso i Centri Dialisi, come indicati nell'Allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- ❑ di approvare il "Piano Assistenziale Individuale Dialisi Domiciliare" (P.A.I.D.D.) e le "Schede di valutazione della Gestione del trattamento dialitico domiciliare", come indicati nell'Allegato C) parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- ❑ di stabilire che il Contributo Economico a Sostegno della Dialisi Domiciliare a favore di Pazienti con Insufficienza Renale in Dialisi Peritoneale Continua Ambulatoriale (CAPD) o Dialisi peritoneale Automatizzata (APD) o Emodialisi Domiciliare è a totale carico delle Aziende Sanitarie Locali nell'ambito della quota indistinta a loro assegnata;
- ❑ di impegnare le Aziende Sanitarie Regionali alla valutazione delle spese sostenute per l'incentivo economico, in rapporto all'incremento del pool di pazienti in trattamento con dialisi peritoneale, comunicando annualmente i dati alla Direzione Sanità, secondo i tempi e le modalità che quest'ultima definirà.

Avverso la presente Deliberazione è ammesso ricorso al TAR nel termine di 60 giorni ovvero ricorso straordinario al capo dello Stato nel termine di 120 giorni dall'avvenuta conoscenza.

La presente deliberazione verrà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte, ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 14 del D.P.G.R. n° 8/R/2002.

## I TRATTAMENTI SOSTITUTIVI DELLA INSUFFICIENZA RENALE

### **Trattamento sostitutivo tramite emodialisi domiciliare**

L'Emodialisi in cui viene utilizzata una apparecchiatura extracorporea per depurare il sangue con il passaggio attraverso un filtro artificiale (rene-artificiale) può essere praticata oltre che in ospedale anche in Centri in cui non è prevista la assistenza medica continuativa (Centri ad Assistenza Limitata) o anche a domicilio, dopo un periodo di addestramento, presso il Centro dialisi, di un familiare. Il numero di pazienti in trattamento emodialitico domiciliare si è andato progressivamente riducendo nel tempo (il Piemonte ha rappresentato la Regione italiana in cui questa metodologia di trattamento ha trovato, in passato, il suo massimo sviluppo) sia per il "drenaggio" di questi pazienti, che in genere non presentano controindicazioni cliniche verso il trapianto renale, sia per la progressiva riduzione di pazienti clinicamente idonei al trattamento emodialitico domiciliare.

Alla fine del 2007 il numero di pazienti in trattamento con emodialisi domiciliare assommava a meno di 30 unità.

Il familiare è sempre necessario per l'esecuzione di questo tipo di trattamento dialitico, sia per coadiuvare il paziente in tutte le attività di controllo del monitor per dialisi, il suo montaggio e smontaggio sia per eseguire eventuali manovre per evenienze che si possono verificare durante la seduta dialitica (es. ipotensioni sintomatiche, crampi, ecc).

Tipologia: Emodialisi domiciliare ritmo trisettimanale o "giornaliero"

A chi è destinata	Chi la esegue	eventuale strumentazione	impegno orario per settimana
Paziente autonomo	Paziente / Familiare	Sistema depurazione acqua con necessità di rigenerazione/ Monitors per emodialisi	Ritmo trisettimanale = 15 - 20 ore settimanali (comprendendo rigenerazione sistema preparazione acqua per dialisi)
Paziente autonomo	Paziente / Familiare	Sistema depurazione acqua con necessità di rigenerazione / Monitors per emodialisi	Ritmo "giornaliero" = da 5 a 6 volte la settimana 15 - 20 ore settimanali (comprendendo rigenerazione sistema preparazione acqua per dialisi)

Il paziente in trattamento di emodialisi domiciliare presenta in media una buona autonomia per quanto concerne gli "elementi generali", ma necessita di una continua assistenza per la "preparazione/gestione della seduta dialitica" e, a differenza del trattamento di dialisi peritoneale, esiste solamente la necessità del riconoscimento della attività del familiare.

### **Trattamento sostitutivo tramite dialisi peritoneale**

La Dialisi Peritoneale utilizza come filtro per l'eliminazione delle sostanze tossiche la membrana peritoneale, che riveste le pareti interne dell'addome e avvolge le anse intestinali, delimitando la cavità peritoneale. In questa cavità, attraverso un catetere peritoneale, viene infusa e, dopo un periodo di stazionamento, rimossa la soluzione di dialisi.

E' un trattamento che viene effettuato prevalentemente a domicilio e solo raramente in ospedale.

A seconda della modalità con cui la soluzione dialitica viene infusa e rimossa, si distingue la tecnica manuale – Dialisi Peritoneale Continua Ambulatoriale (**CAPD**) - e automatizzata – Dialisi peritoneale Automatizzata (**APD**).

Nella **CAPD** il cambio della soluzione dialitica viene effettuato durante il giorno con una procedura che richiede circa 30 minuti per l'esecuzione, più il tempo necessario per la preparazione/cura del paziente e dei materiali, circa altri 30 minuti. Questa operazione deve essere effettuata fino a un massimo di 5 volte distribuite nell'arco della giornata, sulla base delle necessità dialitiche. Per l'esecuzione della metodica, nel caso di pazienti non autonomi a eseguire le procedure dialitiche, è necessaria l'assistenza di un caregiver opportunamente addestrato.

Nella **APD** il cambio della soluzione dialitica viene effettuato durante la notte, per circa 8-9 ore, mentre il paziente dorme, utilizzando un'apparecchiatura collegata al catetere peritoneale. Per la gestione della preparazione/attacco alla apparecchiatura alla sera sono richiesti circa 30 minuti più altri 30 minuti circa per la preparazione/cura del paziente e dei materiali, mentre al mattino, per la fase di stacco, sono necessari solamente 15 minuti.

Nel caso di pazienti non autonomi a eseguire le procedure dialitiche, si rende necessaria la presenza di un caregiver addestrato.

Le tabelle successive individuano, relativamente all' autonomia o non autonomia della persona, gli operatori di riferimento ed il relativo impegno orario, nonché l'eventuale necessità di strumentazione.

Tipologia: **CAPD** Diurna: da 1 a 5 procedure distribuite uniformemente durante l'arco della giornata.

A chi è destinata	Chi lo esegue	eventuale strumentazione	impegno orario per procedura di attacco e stacco
Paziente autonomo	Paziente	//	1 ora
Paziente non autonomo	Familiare\Affidatario Ass. familiare	//	1 ora
Paziente non autonomo con videosorveglianza	Personale sanitario del Centro dialisi	Sistema di videosorveglianza: unità domiciliare collegata al Centro dialisi	30 minuti
Paziente non autonomo con necessità di infermiere	Infermiere	//	1 ora

Tipologia: **APD** Diurna / Notturna con apparecchiatura semiautomatica fornita dal Centro dialisi\*

A chi è destinata	Chi lo esegue	Eventuale altra strumentazione	impegno orario per procedura di attacco e stacco
Paziente autonomo	Paziente	//	1 ora e 15 minuti
Paziente non Autonomo	Familiare\Affidatario Ass. familiare	//	1 ora e 15 minuti
Paziente non autonomo con videosorveglianza	Personale sanitario del Centro dialisi	Sistema di videosorveglianza: unità domiciliare collegata al Centro dialisi	1 ora
Paziente non autonomo con necessità di infermiere	Infermiera	//	1 ora e 15 minuti

\*E' essenziale per il trattamento la reperibilità infermieristica peritoneale del Centro Dialisi di appartenenza o di riferimento, per tutte le tipologie sopra individuate.

## DATI EPIDEMIOLOGICI DEI PAZIENTI IN TRATTAMENTO DIALITICO

Pazienti incidenti. L'immissione dei pazienti in dialisi nella Regione Piemonte, in modo analogo ad altre realtà regionali italiane e internazionali, è andata crescendo nel corso degli anni con un incremento annuo di circa il 4.5%

**Tabella 1.** Incidenza (pmp) dei pazienti entrati in dialisi nel corso degli anni nella Regione Piemonte

'81-82	'85-86	'87-88	'89-90	'91-92	'93-94	'95-96	'97-98	'99-2000	2001-02	2003-04	2005	2007
68	74	81	84	103	113	123	126	123	130	150	160	155

Nel corso del 2007 l'incidenza dei pazienti in dialisi nella Regione Piemonte è stata di 155 pmp del tutto sovrapponibile a quella italiana nello stesso periodo 158 pmp, secondo il Registro Italiano di Dialisi e Trapianto.

L'incremento dell'incidenza in particolare riguarda le fasce di età più avanzate come evidenzia la seguente Tabella 2.

**Tabella 2.** Incidenza

Età (anni)	1981-82	'85-86	'87-88	'89-90	'91-92	'93-94	'95-96	'97-98	'99-2000
60 – 69	165.56	182.5	193.82	189.93	201.46	238.65	232.12	211.53	206.02
70 – 79	131.59	183.23	221.17	222.51	314.63	375.34	414.6	553.34	605.46
≥ 80	57.65	62.74	102.81	177.37	185.54	220.61	253.89	272.00	243.89

La suddetta tabella riporta i dati fino all'anno 2000: questo trend si è ulteriormente accentuato negli anni successivi. L'età mediana dei pazienti entrati in dialisi nel corso del 2007 è di 70 anni con una età >di 70 anni nel 50% dei casi.

All'incremento dell'età dei pazienti si accompagna anche un aumento di frequenza di patologie associate - fattori di comorbilità - come indica la seguente Tabella 3. Nel corso degli anni si è passati da una percentuale di pazienti con fattori di comorbilità inferiore al 50% ad una percentuale che sfiora il 75%. Tra i vari fattori di comorbilità l'incremento maggiore è da addebitarsi alle patologie cardiovascolari. .

**Tabella 3.** Percentuale di pazienti con comorbilità sui nuovi ingressi globalmente considerati nell'anno

	1985	1990	1995	2000	2003
Almeno un fattore comorbido	46.8	49.6	61.7	72.2	73.0
Cardiopatìa	9.2	7.0	17.0	18.0	24.0
Vasculopatìa	9.2	13.0	24.0	22.0	22.0
Diabete	14.0	15.0	17.0	21.0	19.0
Neoplasia	3.5	8.3	10.0	10.7	11.9

Pazienti prevalenti. In Piemonte la prevalenza di pazienti trattati in dialisi (dati relativi al 31 dicembre 2007 – censimento e dati Registro Regione Piemonte di Dialisi e Trapianto) è di 3.061 pazienti pari a 705 pazienti per milione di popolazione e di 1.477 trapiantati.

Il numero dei dializzati è stato in costante aumento per tutti gli anni '80 e '90 ed ha subito un'iniziale stabilizzazione negli ultimi anni (Tabella 4), nonostante l'elevata incidenza di nuovi ingressi in dialisi, grazie al buon andamento dei trapianti renali nella Regione.

**Tabella 4.** Distribuzione nel corso degli anni dei paziente prevalenti in parti per milione (pmp). Registro Piemontese Dialisi e Trapianti 2007 ( **RPDT** )

Anno	1981	1986	1991	1996	1998	2000	2002	2003	2004	2007
Totale pmp	320	458	596	797	856	928	986	995	1033	1045
Dialisi pmp	299	400	496	635	667	701	714	714	708	705
Trapianto pmp	21	58	99	162	189	226	271	279	325	340

Dialisi Peritoneale Nel corso degli anni si è assistito ad una progressiva riduzione dei pazienti immessi in dialisi domiciliare ed in particolare in dialisi peritoneale (Tabella 5).

**Tabella 5** Percentuale di pazienti immessi nelle diverse modalità dialitiche nei diversi periodi

BIENNIO	1981-82	85-86	89-90	93-94	95-96	97-98	99	2003	2005	2007
DP	20.88	17.87	22.52	26.56	25.24	24.5	25	26	21.3	17.8
Extracorporea	73.74	78.84	73.57	71.46	72.94	73	75	74	78	82.2
Altro (*)	5.38	3.29	3.91	1.98	1.82	2.5	0	0	0.7	0.7

(\*) considerando la Dialisi Peritoneale intermittente ospedaliera (**IPD**) // nell'ultimo periodo si tratta di Trapianti "preemptive"

Nel 2007 sono entrati in dialisi 674 pazienti di cui 554 in trattamento con dialisi extracorporea (82.2%) e 120 in Dialisi peritoneale (17.8%). Tra i pazienti immessi nel corso dell'anno in emodialisi quelli trattati a domicilio assommano a meno dello 0.4%.

Al 31 dicembre 2007 sono 410 i pazienti in trattamento dialitico domiciliare, di cui 390 (95,1% dei trattamenti domiciliari) in trattamento con dialisi peritoneale domiciliare.

Nel corso degli anni la percentuale di pazienti prevalenti in dialisi peritoneale si è andata progressivamente riducendo passando da un percentuale intorno al 19-20% alla fine degli anni 90 a meno del 14% al 31dicembre 2007 (Tabella 6).

**Tabella 6:** Percentuale di pazienti prevalenti in trattamento dialitico peritoneale ed extracorporeo nell'ultimo decennio nella Regione Piemonte

	1997	1999	2000	2003	2005	2007
DP %	18.8	17.6	17.6	16.5	14.8	12.7
HD %	81.2	82.4	82.4	83.5	85.2	87.3

Le ragioni di questo progressivo declino del trattamento dialitico peritoneale non sono ascrivibili ai risultati clinici prodotti dalla metodica come si può evincere dal confronto dei risultati della sopravvivenza dei pazienti nelle diverse metodiche. Nel corso del 2007 i dati deducibili dai 14 Centri della Regione Piemonte dimostrano una mortalità (gross mortality) del 15.1% nei pazienti in trattamento dialitico. Dati sovrapponibili di gross mortality sono rilevabili in Lombardia (15.2% dato relativo al 2003) ed in Italia (13,7% dato relativo al 2004). In questi stessi Centri, la Gross Mortality in dialisi peritoneale è del 10.3%, mentre quella in emodialisi del 15.7%. Considerando gli studi presenti in letteratura, ancorché di tipo osservazionale, oggi è possibile affermare che non esiste una superiorità relativamente alla sopravvivenza di una metodica di dialisi rispetto all'altra. Molte analisi di sopravvivenza sono in accordo con i dati rilevati nella Regione Piemonte: la sopravvivenza è significativamente migliore nei primi due anni di trattamento per la dialisi peritoneale e diventa uguale negli anni successivi.

Per contro l'invecchiamento progressivo della popolazione con incremento delle fasce di età più avanzate nei pazienti immessi in dialisi, può rappresentare, unitamente ad un peggioramento

complessivo delle problematiche cliniche extrarenali, un problema all'avvio del trattamento dialitico in generale e a maggior ragione di quello domiciliare. Inoltre il mutamento sociale relativo all'aumento del numero di "famiglie mononucleari" può creare problemi assistenziali e difficoltà ad avviare i pazienti ad un programma di dialisi peritoneale domiciliare .

Occorre tuttavia rilevare che la percentuale di pazienti incidenti prevalenti in dialisi peritoneale nei diversi Centri piemontesi è notevolmente diversa (Tabella 7), questo fa ipotizzare anche la presenza di ostacoli culturali ed organizzativi alla diffusione di questa metodica . Il pregiudizio verso la dialisi peritoneale domiciliare, da parte di alcune équipes nefrologiche, spesso determina un'informazione non adeguata del paziente sulle diverse opzioni dialitiche e altresì un'induzione al trattamento extracorporeo con relativa allocazione delle risorse verso quest'ultima metodica.

**Tabella 7** Percentuale dei pazienti incidenti e prevalenti in DP nei diversi Centri Dialisi delle Aziende Sanitarie Regionali piemontesi

Centro	Pazienti in DP (%)	
	Incidenti	Prevalenti
<b>AZIENDE SANITARIE LOCALI</b>		
<b>ASL TO1</b> - P.O. Martini - Torino	7.5	5.4
<b>ASL TO2</b> - P.O. S. G. BOSCO	26.9	20.7
<b>ASL TO3</b> - P.O. Pinerolo	26.1	17.8
<b>ASL TO3</b> - P.O. Rivoli	12.5	18.6
<b>ASL TO4</b> - P.O. Chivasso	0.0	0.0
<b>ASL TO4</b> - P.O. Cirié	34.5	19.5
<b>ASL TO4</b> - P.O. Ivrea	7.5	7.5
<b>ASL TO5</b> P.O. Chieri	4.2	0.7
<b>ASL AL</b> - P.O. Casale	16.7	2.5
<b>ASL AL</b> - P.O. Novi Ligure		2.0
<b>ASL AT</b> – P.O. Asti	16.7	8.9
<b>ASL CN1</b> - P.O. Ceva	9.1	4.2
<b>ASL CN2</b> - P.O. Alba	31.0	31.0
<b>ASL BI</b> – P.O. Biella	16.7	15.5
<b>ASL NO</b> - P.O. Borgomanero	6.1	6.5
<b>ASL VCO</b> - P.O. Verbania	10.5	8.3
<b>ASL VC</b> - P.O. Vercelli	12.5	7.4
<b>AZIENDE OSPEDALIERE</b>		
A.O. Santa Croce e Carle Cuneo	26.9	21.5
A.O. CTO - Torino	30.4	18.6
A.O. Ordine Mauriziano - Torino	26.3	18.4
A.O. S.S. Antonio e Biagio e C. Arrigo - Alessandria	5.3	5.8
A.O. Ospedale Infantile Regina Margherita - Torino	36.4	
<b>AZIENDE OSPEDALIERE UNIVERSITARIE</b>		
A.O.U. Maggiore della Carità - Novara	3.4	2.9
A.O.U. S. Giovanni Battista - Torino	18.2	14.4

## I COSTI DEL TRATTAMENTO DIALITICO

I costi dei trattamenti dialitici extracorporeo e peritoneale sono stati ricavati da una recente indagine presentata nel marzo 2009 al Senato della Repubblica. ("I Trattamenti Sostitutivi Della Funzione Renale In Italia: Aspetti Clinici, Economici e Sociali")

L'indagine ha riguardato, per la nostra Regione, 4 centri del Piemonte, in cui sono stati analizzati i costi diretti (personale, manutenzione, materiali, apparecchiature/ Service Farmaci, Esami) quelli indiretti (servizi di trasporto, servizi alberghieri, servizi generali) e sociali (costo derivante dalla perdita di ore lavorative paziente/caregivers) dei diversi tipi di trattamento dialitico

Qui di seguito sono riportate per il Piemonte le tabelle relative ai costi diretti ed indiretti per le diverse metodiche dialitiche.

Metodica (DRG prestazione)	Costi diretti per seduta/ giorno di dialisi	Costi indiretti per seduta/ giorno di dialisi	Costi sociali per seduta/giorno di dialisi	Totale costi settimanali (diretti+indiretti + sociali) (tre sedute alla settimana o 6 giorni di DP settimana)	Costi anno per paziente
HD-b (39.95.4)	€ 171,78	€ 60,70	€ 79,19	€ 935,01	€ 48.620,52
HDF (39.95.5)	€ 198,29	€ 57,71	€ 79,19	€ 1.005,57	€ 52.289,64
HF (39.95.8)	€ 259,64	€ 63,81	€ 79,19	€ 1.207,91	€ 62.811,22
HDF-pb (39.95.7)	€ 226,69	€ 66,00	€ 79,19	€ 1.115,64	€ 58.013,28
HDF-CAL(39.95.6)	€ 186,63	€ 59,13	€ 79,19	€ 974,85	€ 50.692,20
HD-CAL(39.95.2)*	€ 118,70	€ 77,62	€ 98,73	€ 885,15	€ 46.027,80
HD DOM (39.95.4) **	€ 136,67	€ 25,00	€ 40,62	€ 606,87	€ 31.557,24
APD (54.98.1)	€ 80,17	€ 13,36	€ 0,66	€ 659,33	€ 34.285,16
CAPD (54.98.2) ***	€ 58,83	€ 14,06	€ 40,45	€ 680,04	€ 35.362,08

Note :

\* La HD-CAL non calcolata dal Censis per il Piemonte è stata ricavata dal dato medio delle 4 Regioni considerate nell'analisi.

\*\* Calcolo eseguito tenendo in considerazione i dati ricavati dal pool di pazienti in HD domiciliare presso Presidio Ospedaliero S. G. Bosco ASL TO2.

\*\*\* Per la CAPD sono stati calcolati 6 giorni medi di trattamento settimanale tenendo conto (differenza di quanto fatto dal CENSIS) della dialisi peritoneale incrementale eseguita in Regione in Centri non indagati dal CENSIS.

Stimando che in Piemonte la distribuzione dei programmi di trattamento di dialisi extracorporea è del 68 % ospedaliera e del 30,4% in trattamento in centri ad assistenza limitata (CAL) (solo il rimanente 1,2% è in trattamento extracorporeo domiciliare) possiamo riassumere la distribuzione delle metodiche di trattamento:

- Trattamenti Ospedalieri = 1813 pazienti così distribuiti : trattamenti ad alta tolleranza -HDF con membrane biocompatibili 580 pazienti (32%) e HF = 90 pazienti (5%) ; trattamento di Bicarbonato dialisi con membrane molto biocompatibili HDB 1143 pazienti (65%).
- Trattamenti in Assistenza Limitata = 807 pazienti così distribuiti: trattamenti ad alta tolleranza HDF 202 pazienti (25%); trattamento di Bicarbonato dialisi standard con membrane molto biocompatibili (HDB) 605 pazienti 75%.

Per quanto riguarda la **dialisi peritoneale** all'ultimo censimento disponibile (2007) sono 180 i pazienti in trattamento con CAPD e 210 i pazienti in trattamento con APD. I Pazienti in **Emodialisi Domiciliare** (HD-Dom) sono 20.

I costi complessivi dell'attività dialitica, calcolati sulla base dei precedenti dati, possono essere così riassunti:

		N. paz	Costo Settimanale per paziente €	Costo annuale totale €
Ospedaliera (1813 paz)	HDF-b	580	1.115,64	33.647.702,40
	HF	90	1.207,91	5.653.009,44
	HD-b	1143	935,01	55.573.254,36
<b>Totale Ospedaliera €</b>				<b>94.873.966,00</b>
Assistenza Limitata (807 paz)	HDF	202	974,85	10.239.824,40
	Hd-b	605	885,15	27.846.819,00
<b>Totale Assistenza Limitata €</b>				<b>38.086.643,00</b>
<b>Totale Dialisi Extracorporea €</b>				<b>132.960.609,00</b>
Dialisi Peritoneale domiciliare (390 paz)	APD	210	659,33	7.199.883,60
	CAPD	180	680,04	6.365.174,40
<b>Totale Dialisi Peritoneale Domiciliare €</b>				<b>13.565.058,00</b>
<b>Totale Emodialisi Domiciliare</b>	HD-Dom	20	606,87	<b>631.144,80</b>

	Costo annuo €	N pazienti	Costo medio stimato per paziente €
HD	132.960.609,00	2620	<b>50.748,32</b>
DP	13.565.058,00	390	34.782,20
HD-Dom	631.144,80	20	1.557,24
Totale Dialisi Domiciliare	14.196.202,80	410	<b>34.624,88</b>
Differenza	Spesa paziente / anno		<b>16.123,46</b>

### CONTRIBUTO ECONOMICO DI SOSTEGNO ALLA DIALISI DOMICILIARE

Gli importi relativi al "Contributo Economico" sono erogati con i massimali di seguito indicati, rapportati alla scala di intensità, rispettivamente per la Dialisi Peritoneale Continua Ambulatoriale (**CAPD**) e la Dialisi peritoneale Automatizzata (**APD**) ottenuta dal

punteggio conseguito dalle “Schede di valutazione della Gestione del trattamento dialitico” presenti nell’Allegato C), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, facenti parte del Piano Assistenziale Individuale Dialisi Domiciliare ( **P.A.I.D.D.**), definito dalla competente Commissione Nefrologica Aziendale, di cui all’Allegato B), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Pertanto in ogni Centro Dialisi delle Aziende Sanitarie Regionali deve essere istituita entro 90 giorni dall’emanazione del presente provvedimento la Commissione Nefrologica Aziendale, altresì i nominativi della medesima devono essere comunicati dalla Direzione Sanitaria della Azienda Sanitaria alla Direzione Sanità dell’Assessorato alla tutela della Salute e Sanità.

#### CAPD:

Bassa intensità	fino ad € 470,00 mensile
Media intensità	fino ad € 720,00 mensile
Media-Alta intensità	fino ad € 950,00 mensile

#### APD:

Bassa intensità	fino ad € 550,00 mensile
Media intensità	fino ad € 800,00 mensile
Media-Alta intensità	fino ad € 1100,00 mensile

Il “Contributo Economico” è finalizzato alla remunerazione del caregiver dei soggetti valutati parzialmente autonomi o non autonomi, secondo le Schede di valutazione dell’autonomia sopraindicate e che sono a loro volta parte integrante del P.A.I.D.D.

Il Caregiver può essere individuato:

- fra i familiari fino al 4° grado (comprendendo anche i nipoti indiretti) o il componente del nucleo familiare anagrafico o di fatto convivente con il beneficiario (con esclusione dell’assistente familiare convivente per ragioni lavorative);
- un Volontario affidatario;
- un Assistente familiare.

All’interno P.A.I.D.D. tali figure individuate come possibili caregiver possono anche essere integrate fra loro nel lavoro di cura nel rispetto dei massimali indicati dalla scala di intensità assistenziale.

Per quanto riguarda l’**Emodialisi domiciliare**, il “Contributo economico” è finalizzato alla remunerazione del caregiver (Familiare), che partecipa attivamente al trattamento del paziente secondo un contributo fisso di 250,00 € mensili.

#### **Destinatari.**

I destinatari del presente provvedimento sono i Pazienti con Insufficienza Renale in trattamento dialitico, dichiarati eleggibili al trattamento di dialisi peritoneale in CAPD e APD e Emodialisi Domiciliare dalla competente Commissione Nefrologica Aziendale secondo il P.A.I.D.D. .

**Ai soggetti non auto sufficienti** con progetti di cure domiciliari in lungoassistenza o agli anziani non autosufficienti, che usufruiscono del “Contributo economico a sostegno della domiciliarità in lungoassistenza”, ai sensi della DGR 39-11190 del 6 aprile 2009, e che siano Pazienti con Insufficienza Renale dichiarati già in trattamento dialitico domiciliare o che siano dichiarati eligibili dalla succitata Commissione Nefrologica Aziendale, viene riconosciuta un’indennità mensile aggiuntiva in base ai seguenti standard riportati nella successiva tabella a totale carico dell’Azienda Sanitaria Locale di residenza:

**CAPD:**

Bassa intensità	fino ad € 250,00 mensile
Media intensità	fino ad € 350,00 mensile
Media-Alta intensità	fino ad € 450,00 mensile

**APD:**

Bassa intensità	fino ad € 300,00 mensile
Media intensità	fino ad € 400,00 mensile
Media-Alta intensità	fino ad € 500,00 mensile

Ai soggetti e agli anziani in strutture residenziali per disabili o non autosufficienti, in Centri Diurni per disabili, in Centri Diurni Integrati (D.G.R. n. 37-29527 del 1 marzo 2000) e Centri Diurni per soggetti affetti da morbo di Alzheimer e da altre demenze (D.G.R. n. 38-11189 del 6 aprile 2009) residenti nella Regione Piemonte, anche non in convenzione con il Sistema Sanitario Regionale, che siano Pazienti con Insufficienza Renale, dichiarati già in trattamento dialitico domiciliare o che siano dichiarati eligibili dalla succitata Commissione Nefrologica Aziendale, viene riconosciuta alla struttura residenziale o semiresidenziale un’indennità mensile (aggiuntiva per i convenzionati) in base agli standard riportati nella precedente tabella a totale carico dell’Azienda Sanitaria Locale di residenza.

**Condizioni e modalità di erogazione.**

E’ condizione indispensabile all’erogazione del Contributo Economico l’accettazione da parte del soggetto destinatario, o del familiare, o, ove necessario, dell’amministratore di sostegno, del curatore, del tutore, dell’intero P.A.I.D.D. di Dialisi peritoneale/ emodialisi domiciliare redatto dalla competente Commissione Nefrologica Aziendale.

**A) Assistente familiare**

Nei casi in cui il P.A.I.D.D preveda l’attività di un “assistente familiare”, questo/a deve essere regolarmente assunto/a secondo il C.C.N. del Lavoro Domestico.

L’assistente familiare può essere assunto/a dal soggetto beneficiario o da fornitore riconosciuto da A.S.L. e/o da Ente Gestore dei servizi socio-assistenziali.

**B) Familiare**

Nel caso in cui il ruolo di caregiver è svolto da un familiare, sono previste quote di riconoscimento economico differenti rapportate all’intensità assistenziale valutata nel P.A.I.D.D.

Il ruolo di caregiver del familiare deve essere formalizzato con un documento di impegno sottoscritto dal medesimo con Aziendale Sanitaria Locale di residenza del Paziente in dialisi.

Si riconoscono ai familiari, che svolgono funzioni di caregiver, le seguenti quote:

- € 250,00 mensile per la bassa intensità assistenziale;
- € 375,00 mensile per la media intensità assistenziale;
- € 500,00 mensile per la media-alta intensità assistenziale.

Il Contributo Economico ai familiari non si configura come una remunerazione delle attività di assistenza svolte, ma si giustifica in relazione alle spese sostenute e all'eventuale mancato guadagno.

### **C) Affidatario**

Nei casi in cui il P.A.I.D.D. preveda il ricorso ad un Volontario affidatario il Contributo Economico è concesso all'affidatario con le stesse modalità del familiare di cui sopra.

Ad ogni affidatario non può essere affidata più di una persona. E' possibile la valutazione di eventuali eccezioni, legate a casi di coniugi, strette parentele, convivenze, particolari condizioni di vicinato, nonché situazioni specifiche in aree geografiche ad alta dispersione territoriale. 90 giorni dall'emanazione del presente provvedimento la Commissione Nefrologica Aziendale, altresì i nominativi della medesima devono essere comunicati dalla Direzione Sanitaria della Azienda Sanitaria alla Direzione Sanità dell'Assessorato alla tutela della Salute e Sanità.

### **Erogazione del Contributo Economico.**

Il Contributo Economico a Sostegno della Dialisi Domiciliare a favore di Pazienti con Insufficienza Renale in Dialisi Peritoneale Continua Ambulatoriale (**CAPD**) o Dialisi peritoneale Automatizzata (**APD**) o Emodialisi Domiciliare è a totale carico delle Aziende Sanitarie Locali.

## **COMPOSIZIONE E COMPITI DELLA COMMISSIONE NEFROLOGICA AZIENDALE**

La Commissione Nefrologica Aziendale, istituita nei Centri Dialisi, ha la seguente composizione:

- il Direttore responsabile del Centro Dialisi,
- il Medico responsabile dell'attività di Dialisi peritoneale / Emodialisi domiciliare,
- l'infermiere esperto in Dialisi peritoneale/addestramento Emodialisi domiciliare,
- l'assistente sociale sanitaria dell'Azienda Sanitaria

La Commissione può avvalersi inoltre della consulenza di Medici specialisti della Azienda Sanitaria.

Il Medico responsabile con l'infermiere, l'assistente sociale sanitaria e il Paziente in Insufficienza Renale Cronica o un suo familiare o altra persona di riferimento predispongono una proposta di Piano Assistenziale Individuale per la Dialisi Domiciliare (P.A.I.D.D), preferibilmente sentito anche il Direttore del Distretto dell'Azienda Sanitaria di residenza del Paziente.

Altresì, il P.A.I.D.D, compilato in ogni sua parte, deve essere presentato e discusso in sede di Commissione Nefrologica Aziendale per l'approvazione definitiva e deve essere inviato al Direttore del Distretto di residenza del Paziente in Insufficienza Renale Cronica per l'autorizzazione entro 30 gg dalla seduta della Commissione stessa.

L'erogazione del Contributo Economico per la Dialisi Domiciliare deve essere erogato al soggetto beneficiario entro 60 giorni dalla ricezione del P.A.I.D.D. da parte del Direttore del Distretto, previa comunicazione di accettazione sia al Direttore del Centro Dialisi sia Paziente in Insufficienza Renale Cronica.

Nel caso in cui il Direttore del Distretto abbia delle osservazioni in merito, che ostano l'erogazione del contributo, questi deve motivarle e comunicarle entro 30 gg dal ricevimento P.A.I.D.D. alla Commissione Nefrologica, che valuterà congiuntamente al Direttore del Distretto il P.A.I.D.D. medesimo.

Il P.A.I.D.D. deve essere verificato periodicamente dalla Commissione Nefrologica e variato al variare delle necessità cliniche ed assistenziali, che si eventualmente si presentano. Nel caso in cui il P.A.I.D.D. necessiti di variazione lo stesso deve essere nuovamente concordato, compilato e trasmesso con le modalità di cui sopra.

Il P.A.I.D.D. deve essere sottoscritto dal Direttore responsabile del Centro dialisi e dal Paziente in Insufficienza Renale Cronica o un suo familiare o altra persona di riferimento.

Al Direttore del Distretto di \_\_\_\_\_

dell'Azienda Sanitaria Locale \_\_\_\_\_

**PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE DIALISI DOMICILIARE (P.A.I.D.D.)**

**PROPOSTA di supporto al trattamento dialitico domiciliare**

Cognome e nome del paziente: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Data nascita (gg/mm/aaaa) \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Sesso : [M] / [F]

Residenza \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

Esenzione Ticket: \_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

SINTESI ANAMNESTICA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Centro DIALISI di riferimento: \_\_\_\_\_

ASL di residenza: \_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_

DIAGNOSI Insufficienza Renale Cronica terminale

Terapia in atto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Valutazione nefrologica: : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Valutazione sociale \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Trattamento che è stato scelto per il trattamento del paziente :

/\_\_ / HD

/\_\_ / CAPD

/\_\_ / APD

Domiciliare (presso il domicilio sopra eletto) [ ]

Struttura socio sanitaria per persona non autosufficiente [ ]

Centro Diurno Alzheimer [ ]

Centro Diurno Integrato [ ]

Programma di trattamento dialitico (specificare le ore e i giorni di trattamento extracorporeo / Scambi o numero di litri eseguiti e frequenza per i trattamenti di dialisi peritoneale ): descrivere qui di seguito e allegare scheda programmazione trattamento dialitico extracorporeo o di dialisi peritoneale manuale o automatizzata (che fa parte integrante del presente documento)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PAZIENTI IN DIALISI PERITONEALE:**

**Valutazione autonomia (elementi generali e preparazione seduta dialitica )**

punteggio ottenuto: \_\_\_\_\_ (scheda allegata)

**Valutazione gestione procedura dialitica**

punteggio ottenuto : \_\_\_\_\_ (scheda allegata)

Totale complessivo : \_\_\_\_\_

Si viene quindi a delineare una situazione di assistenza di

Bassa intensità [ ]

Media intensità [ ]

Media-Alta intensità [ ]

	Bassa intensità	Media intensità	Alta intensità
Assistente Familiare *			
Familiare			
Affidatario			
Personale struttura socio sanitaria per non autosufficienti **			

Addestramento completato	Cognome e nome del familiare / Affidatario /Assistente Familiare
Assistente Familiare *	
Familiare	
Affidatario	
Personale struttura socio sanitaria per non autosufficienti **	

<i>Impegno orario settimanale previsto (può esistere integrazione fra le varie figure)</i>	Ore settimanali
Assistente Familiare *	
Familiare	
Affidatario	
Personale struttura socio sanitaria per non autosufficienti **	

\* Nei casi in cui il P.A.I.D.D. preveda l'attività dell'Assistente Familiare, questo/a deve essere regolarmente assunto con l'applicazione del C.C.N. del lavoro domestico.  
L'Assistente Familiare può essere assunto/a dal soggetto beneficiario o da fornitore riconosciuto da A.S.L. e/o EE.GG.

\*\* Il P.A.I.D.D. va ad integrare il P.A.I.

### **OBIETTIVI DEL P.A.I.D.D.:**

-----

-----

-----

-----

-----

**PAZIENTE IN EMODIALISI DOMICILIARE**

**OBIETTIVI DEL P.A.I.D.D.:**

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

Sulla base degli elementi valutati dalla Commissione Nefrologica si propone l'erogazione al Signor/a \_\_\_\_\_ per l'esecuzione del trattamento

**[ ] Dialisi peritoneale**

**[ ] Emodialisi Domiciliare**

del contributo economico di sostegno alla Dialisi Domiciliare di € \_\_\_\_\_ mensili.

Data di monitoraggio del P.A.I.D.D. il \_\_\_\_\_ .

Il Direttore del Centro dialisi

Il Paziente o familiare o persona di riferimento

firma \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

[Recapiti telefonici \_\_\_\_\_]

[Recapiti telefonici \_\_\_\_\_]

[Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_]

[Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_]

Informato, ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per la proposta di supporto al trattamento dialitico domiciliare, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'erogazione del contributo economico a sostegno della dialisi domiciliare; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art.84 del citato D.Lgv.196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Informato della possibilità di esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi al Centro dialisi di competenza o al Distretto sanitario del Azienda Sanitaria Locale di residenza.

Il Paziente o familiare o persona di riferimento

firma \_\_\_\_\_

VISTO di AUTORIZZAZIONE

Il Direttore del Distretto dell'ASL

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## SCHEDA DI VALUTAZIONE DELLA GESTIONE DEL TRATTAMENTO DIALITICO

(da compilare solamente per i Pazienti da avviare al trattamento di DIALISI PERITONEALE e da allegare obbligatoriamente al Piano Assistenziale per la Dialisi Domiciliare)

<b>SCHEDA VALUTAZIONE DELL'AUTONOMIA</b>		
<b>ELEMENTI GENERALI</b>		
Igiene personale		
0	completamente autonomo	
1	necessita di aiuto parziale	
2	completamente dipendente	
Igiene ambientale (area destinata alla dialisi)		
0	completamente autonomo	
1	necessita di aiuto parziale	
2	completamente dipendente	
Assunzione di farmaci		
0	completamente autonomo	
1	necessita di aiuto parziale	
2	completamente dipendente	
Rispetto delle prescrizioni dietetiche		
0	completamente autonomo	
2	necessita di aiuto parziale	
4	completamente dipendente	
Rispetto delle prescrizioni dialitiche		
0	completamente autonomo	
2	necessita di aiuto parziale	
4	completamente dipendente	
<b>PREPARAZIONE DELLA SEDUTA DIALITICA</b>		
Rilevazione del peso		
0	completamente autonomo	
1	necessita di aiuto parziale	
2	completamente dipendente	
Rilevazione della pressione		
0	completamente autonomo	
1	necessita di aiuto parziale	
2	completamente dipendente	
Cura del Catetere Peritoneale		
0	completamente autonomo	
2	necessita di aiuto parziale	
4	completamente dipendente	
Compilare schede dialitiche, bilanci giornalieri		
0	completamente autonomo	
1	necessita di aiuto parziale	
2	completamente dipendente	
Allestire il materiale necessario al trattamento dialitico		
0	completamente autonomo	
2	necessita di aiuto parziale	
4	completamente dipendente	
Punteggio Totale		

Note:

Il totale del punteggio (da 0 a 28) definisce con sufficiente approssimazione il grado di autonomia della persona rispetto all'esecuzione della seduta dialitica domiciliare.

Tale grado di autonomia è espresso, in relazione al punteggio conseguito, secondo le seguenti indicazioni:

Da 0 a 5	Paziente Autonomo
Da 6 a 18	Paziente Parzialmente non autonomo
Da 19 a 28	Paziente non autonomo

Per quanto riguarda, infine, la determinazione del grado di aiuto necessario allo svolgimento delle procedure dialitiche per pazienti parzialmente autonomi o non autonomi, essa deve essere diversificata a secondo se trattasi di CAPD o APD.

Le schede di valutazione successive, rispettivamente, assegnano un punteggio numerico con riferimento al grado di non autonomia, come precedentemente classificato, e dell'intensità di cura calcolata in base al numero di scambi giornalieri e al numero di giorni settimanali in cui devono tenersi le sedute dialitiche per la CAPD, mentre per l'APD devono essere considerate le manovre di connessione/sconnessione/smontaggio del monitor dialitico.

<b>SCHEDA GESTIONE PROCEDURA DIALITICA CAPD</b>		
1,5	Parzialmente non autonomo	
3	Non autonomo	
Scambi al giorno (numero) – punti da 1 a 4		
Dialisi giorni alla settimana - punti da 1 a 7		
Punteggio Totale		

<b>SCHEDA GESTIONE PROCEDURA DIALITICA APD</b>		
SCHEDA :Preparazione/connessione del monitor dialitico		
4	Parzialmente non autonomo	
8	Non autonomo	
Sconnessione/smontaggio del monitor dialitico		
2	Parzialmente non autonomo	
4	Non autonomo	
Dialisi giorni alla settimana - punti da 1 a 7		
Punteggio Totale		

Il grado di intensità assistenziale è espresso in relazione al punteggio conseguito, secondo le seguenti indicazioni:

Bassa intensità	Media intensità	Medio-Alta intensità
da 15 a 20	da 20 a 30	> 30