



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

Linee di indirizzo
regionali



G O V E R N O C L I N I C O

Sviluppo e organizzazione della Dialisi Peritoneale nei setting territoriali e nella residenzialità



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

Linee di indirizzo
regionali



G O V E R N O C L I N I C O

Sviluppo e organizzazione della Dialisi Peritoneale nei setting territoriali e nella residenzialità

REGIONE FRIULIVENEZIA GIULIA
Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità
Direttore: Gianna Zamaro
Servizio assistenza distrettuale e ospedaliera
Direttore: Alfredo Perulli

Gruppo di lavoro designato dalla Commissione regionale di coordinamento per l'attività di nefrologia, dialisi e trapianti di rene per la redazione del documento

Amici Gianpaolo	Direttore Nefrologia PO Tolmezzo - Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale
Bosco Manuela	Dirigente Medico Nefrologia PO Gorizia e Monfalcone - Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale
Castenetto Enza	Coord.re infermieristico Nefrologia PO Tolmezzo - Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale
Cimolino Michele	Dirigente Medico Nefrologia PO Pordenone - Azienda Sanitaria Friuli Occidentale
Leonardi Sabina	Dirigente Medico Nefrologia PO Cattinara - Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina
Lo Cicero Antonina	Dirigente Medico Nefrologia PO Tolmezzo - Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale
Manias Enni Paola	Infermiere Nefrologia PO Pordenone - Azienda Sanitaria Friuli Occidentale
Mian Lucia	Infermiere Nefrologia PO Gorizia - Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina
Miranda Nunzia	Dirigente Medico Nefrologia - Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale
Savio Barbara	Infermiere Nefrologia - Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale

Hanno collaborato

Agnoletto Anna Paola	Direttore Distretto Cividale - Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale
Boscutti Giuliano	Direttore Nefrologia e trapianto di rene PO Udine - Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale
Mancini Walter	Direttore ff Nefrologia PO Pordenone - Azienda Sanitaria Friuli Occidentale
Paduano Romano	Medico di Medicina Generale - Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale
Peressutti Roberto	Responsabile Centro Regionale Trapianti - Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale
Prezza Marisa	Servizi assistenza distrettuale e ospedaliera – Direzione Centrale Salute, politiche sociali e disabilità
Tosto Massimiliano	Direttore ff Nefrologia PO Palmanova - Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale
Zelanda Paola	Associazione Provinciale pordenonese emodializzati, trapiantati e nefropatici (Apped)

Approvazione a cura di

Commissione Regionale di Nefrologia e Trapianto Renale dicembre 2019
Alfredo Perulli - Servizio assistenza distrettuale e ospedaliera - Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità

Pubblicazione sul sito internet della regione FVG: dicembre 2020

Link: <https://www.regione.fvg.it/rafvg/cms/RAFGV/salute-sociale/sistema-sociale-sanitario/FOGLIA134/>

Gli autori dichiarano che le informazioni contenute nella presente pubblicazione sono prive di conflitti di interesse

SOMMARIO

INTRODUZIONE.....	4
SCOPO DEL DOCUMENTO	5
DESTINATARI DEL DOCUMENTO	5
COS'E' LA DIALISI PERITONEALE (DP).....	6
Inquadramento clinico	6
Inquadramento epidemiologico.....	7
SETTING OSPEDALIERO DI RIFERIMENTO	8
ambulatorio nefrologico di orientamento al trattamento sostitutivo	8
SETTING TERRITORIALI DI RIFERIMENTO	9
domicilio con assistenza domiciliare integrata (ADI).....	9
Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)	9
Residenze per anziani.....	10
CONTINUITÀ DELLE CURE E DIMISSIONI PROTETTE NEI PAZIENTI IN DP	11
Flow Chart.....	12
COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE E DEL CAREGIVER NELLA SCELTA TERAPEUTICA	13
Educazione terapeutica e terapie domiciliari.....	13
ORGANIZZAZIONE SPECIFICA DEL PROGRAMMA DI DP	14
Responsabilità delle strutture coinvolte nel programma di DP	15
ATTIVITÀ INTEGRATE TRA NEFROLOGIA E SERVIZI TERRITORIALI PER LA DIMISSIONE DI PAZIENTE IN DP	16
FORMAZIONE PER LA PERSONA, PER IL CAREGIVER E PER GLI OPERATORI.....	19
Formazione per la DP per il personale dei servizi territoriali e delle strutture residenziali	19
Contenuti della formazione.....	19
INDICATORI DI MONITORAGGIO DEL PERCORSO	19
TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI.....	20
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	21
ALLEGATO 1 - VALUTAZIONE DEI BISOGNI ASSISTENZIALI DEI PAZIENTI IN DP	22
ALLEGATO 2 - JOB DESCRIPTION DEL MEDICO NEFROLOGO	23
ALLEGATO 3 - JOB DESCRIPTION INFERMIERE DEDICATO ALLA DP	24
ALLEGATO 4 - DATI EPIDEMIOLOGICI	25
Tabelle di analisi epidemiologica regionale sulla popolazione in dialisi, analisi delle caratteristiche di polipatologia, età e basso reddito che possono richiedere elevati bisogni assistenziali.....	25

INTRODUZIONE

La malattia renale cronica (MRC) e l'insufficienza renale sono tra le condizioni affrontate nel Piano Nazionale della Cronicità (PNC) del 2016. Il documento identifica le macroattività, gli obiettivi, le linee d'intervento e i risultati attesi che i servizi sanitari devono perseguire per garantire la presa in carico assistenziale del paziente affetto da MRC. In particolare, una delle macroattività prevede il mantenimento dello stato funzionale, la stadiazione dei bisogni per l'autonomia e il massimo livello di partecipazione sociale. A questo scopo viene indicata e raccomandata la personalizzazione delle terapie sostitutive e la domiciliarità (abitazione, RSA e residenze per anziani) e la sperimentazione di modelli di dialisi domiciliare (sia peritoneale che emodialisi), utilizzando anche strumenti di tele dialisi.

Allo stato attuale la dialisi peritoneale (DP) è la metodica dialitica più utilizzata a domicilio in Italia mentre le esperienze di emodialisi domiciliare risultano ancora limitate anche se potrebbero rappresentare un'ulteriore area di crescita dei trattamenti domiciliari.

Il gruppo di studio sulla DP della Società Italiana di Nefrologia (SIN), ha pubblicato alcune *best-practice* (migliore pratica clinica) con lo scopo di fornire indicazioni sulla migliore conduzione clinica del percorso di dialisi peritoneale. Le *best-practice* rappresentano un documento di consenso tra esperti in DP e sono state utile riferimento per la stesura del presente documento.

Rispetto invece alle indicazioni e controindicazioni alla DP, ai provvedimenti di politica sanitaria e di sostegno dei singoli e delle famiglie, allo sviluppo e articolazione delle organizzazioni territoriali, non vi sono linee guida o *best-practice* nefrologiche specifiche. E' perciò doveroso fare riferimento al documento regionale PDTA della malattia renale cronica¹ che, nell'inquadramento dei percorsi del nefropatico in fase avanzata, descrive specificamente la DP come modalità dialitica da proporre nell'ambito di un percorso ambulatoriale dedicato.

Lo sviluppo della DP nei pazienti nefropatici è da alcuni anni uno degli obiettivi che la Regione persegue e che riporta nelle linee per la gestione del SSR.

La DP è considerata vantaggiosa rispetto ad altri trattamenti per il comfort, la qualità di vita che offre ai pazienti giovani, impegnati in attività scolastiche e lavorative e anche negli anziani, in quanto la specifica metodica presenta una migliore tollerabilità garantendo un maggior benessere complessivo ed evitando loro spostamenti disagiati e frequenti.

Nonostante i numerosi vantaggi della metodica, la DP non mostra una dinamica di crescita a livello nazionale. Tale fenomeno è in parte attribuibile all'invecchiamento della popolazione, alla frammentazione dei nuclei familiari e all'incremento di quelli composti da un unico individuo, all'aumento della istituzionalizzazione e all'inadeguato e spesso non sufficiente supporto sociale per le fasce di popolazione più fragili. Al fine di favorire la diffusione della DP, è pertanto opportuno ripensare all'offerta assistenziale regionale della specifica metodica nei *setting* territoriali (domicilio, RSA e residenza per anziani).

Il coinvolgimento diretto, a vari livelli, delle strutture di riferimento territoriale, nell'avvio alla metodica peritoneale permette di evitare ai pazienti i disagi derivanti dalla necessità di spostarsi verso la struttura ospedaliera di riferimento.

Il presente documento rappresenta il *consensus* sul tema della DP raggiunto dai professionisti della Regione e dai rappresentanti dell'associazione provinciale pordenonese emodializzati, trapiantati e nefropatici-Apped, i rappresentanti dell'Associazione Nazionale Dialisi e Trapianto ONLUS-ANED si dissociano dal *consensus* sul documento che è stato redatto tenendo in considerazione le raccomandazioni della SIN, il Piano Nazionale della Cronicità 2016 e i documenti di indirizzo regionali.

Seppur nell'ambito delle indicazioni regionali definite con le linee di gestione sia lasciata autonomia organizzativa alle singole aziende sanitarie sulle modalità utili all'implementazione della DP, si è ritenuto di individuare le migliori condizioni possibili per lo sviluppo della specifica metodica in funzione delle risorse disponibili.

Il documento è stato strutturato considerando la DP nei due *setting* principali:

1. **Domicilio:** gestione autonoma della DP da parte del paziente o attraverso *caregiver* con eventuale supporto socio-sanitario personalizzato;
2. **Residenzialità:** gestione della DP attraverso i servizi istituzionali nelle strutture residenziali socio assistenziali e socio-sanitarie del territorio (RSA per temporanea riabilitazione e/o assistenza, Residenze per anziani per residenzialità prolungata).

¹ Decreto n. 799/SPS del 28/06/2016 -Percorso assistenziale del paziente con malattia renale cronica stadi 1-3 e 4-5 KDOQI-KDIGO

SCOPO DEL DOCUMENTO

Il presente documento è finalizzato ad implementare e supportare la pratica della DP nei diversi assetti assistenziali, garantendo una efficace, efficiente ed equa presa in carico territoriale dei pazienti in continuità all'assistenza ospedaliera, da parte di professionisti ed operatori dei servizi socio-sanitari.

Obiettivo principale è intervenire in particolare sulla fascia di pazienti nefropatici fragili e bisognosi di dialisi: anziani temporaneamente o stabilmente istituzionalizzati; persone che vivono nel proprio domicilio con ridotta autonomia o con disabilità più o meno severa, che necessitano di supporto per l'effettuazione della terapia domiciliare soprattutto se sole e senza un valido supporto sociale.

Lo sviluppo di programmi di DP, siano essi proposti nell'ambito di strutture residenziali territoriali o domiciliari, consente di ridurre gli spostamenti del paziente limitando i costi del Sistema per i trasporti sanitari, migliorare il profilo di cura degli Istituti coinvolti e soprattutto garantire stabilità clinica ai pazienti.

DESTINATARI DEL DOCUMENTO

Destinatari del presente documento sono i professionisti sanitari e sociali con ruolo apicale e con funzioni di programmazione e organizzazione delle attività socio sanitarie, nonché i professionisti dei servizi di nefrologia e dialisi della Regione, i medici di medicina generale (MMG), i pediatri di libera scelta (PLS), tutti i professionisti sanitari operanti a livello territoriale, sia in ambito domiciliare che residenziale (es. RSA, Residenze per anziani) e gli assistenti sociali che operano a vario titolo nell'area della disabilità e fragilità.

COS'E' LA DIALISI PERITONEALE (DP)

INQUADRAMENTO CLINICO

La DP è una delle possibili scelte terapeutiche praticabile nello stadio V della MRC, alternativa all'emodialisi o al trapianto. Utilizza la membrana peritoneale come agente filtrante per depurare il sangue, a contatto con un liquido dializzante introdotto nella cavità peritoneale attraverso un catetere permanente. Il sistema dialitico peritoneale è dunque costituito da: cavità addominale, membrana peritoneale, catetere peritoneale, liquido per dialisi in sacche sterili.

La DP si può effettuare con due metodiche:

1. **Manuale o CAPD** (*Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis*): si effettuano scambi di liquido con una frequenza che varia da 3 a 4 volte durante la giornata dopo uno stazionamento in addome di circa 5 ore. La procedura dello scambio del liquido usato con quello nuovo richiede in media 30 minuti. Nel periodo di stazionamento (il liquido è nell'addome) il paziente è libero di muoversi e di svolgere le normali attività di vita quotidiana.
2. **Automatizzata o APD** (*Automated Peritoneal Dialysis*): si effettuano gli scambi di liquido con l'utilizzo di una apparecchiatura automatica durante la notte mentre il paziente dorme, per una durata del trattamento di circa 8-9 ore, lasciando quindi il periodo diurno libero. Qualche volta può essere necessario eseguire un cambio manuale durante il giorno.

La procedura è articolata in tre fasi:

- a) infusione di liquido fresco;
- b) stazionamento o sosta;
- c) drenaggio del liquido saturo di tossine.

Sia per la CAPD che per la APD esistono diverse possibilità di personalizzazione del trattamento. La dialisi peritoneale è una terapia che il paziente può eseguire in autonomia a casa propria qualora le condizioni cliniche ed il contesto familiare lo consentano, dopo un periodo di preparazione ed educazione eseguito presso il centro dialisi di riferimento. Lo stesso trattamento può essere effettuato, in alternativa, in una struttura residenziale (RSA, Residenza per anziani, ecc.), ad opera del paziente stesso o del personale della residenza.

Dal punto di vista clinico la DP è considerata vantaggiosa per il ridotto impegno cardiovascolare, la maggiore libertà alimentare e la stabilità idroelettrolitica. Inoltre rispetto al trattamento emodialitico presenta ulteriori **vantaggi**:

- è un trattamento domiciliare che può essere autogestito o gestito con il caregiver (familiare, badante, o altra figura deputata alla cura del paziente);
- permette una maggiore autonomia, minori vincoli di orario, incide in misura minore sulla attività scolastica o lavorativa del soggetto;
- mantiene la funzione renale residua più a lungo rispetto all'emodialisi;
- è una metodica più fisiologica che offre una maggiore stabilità idrica, elettrolitica e metabolica;
- il paziente trattato soffre meno la sete.

Tuttavia questa metodica presenta anche alcuni **svantaggi**:

- il catetere peritoneale può rappresentare per alcuni pazienti un ingombro antiestetico;
- sono possibili, seppur spesso facilmente gestibili, complicanze infettive dell'addome;
- la durata dell'efficacia del trattamento può variare ed è limitata nel tempo.
- La sopravvivenza dei soggetti trattati con DP è sovrapponibile a quella dei soggetti in emodialisi, se non migliore nei primi 4 anni di trattamento, rispetto alle metodiche extracorporee².

² Plos ONE; Relative Survival of Peritoneal Dialysis and Haemodialysis Patients; Effect of Cohort and Mode of Dialysis Initiation; James G. Heaf, Sonja Wehberg; March 2014

INQUADRAMENTO EPIDEMIOLOGICO

Dati di incidenza in Friuli Venezia Giulia tratti dal Registro Regionale Dializzati indicano nell'anno 2016 229 casi incidenti (nuovi uremici cronici sottoposti a dialisi per almeno 3 mesi) (149 maschi e 80 femmine; 44,1% con età ≥ 75 anni), con una incidenza standardizzata sulla popolazione italiana (censimento 2011) di 162 PMP (dato incidenza nazionale RIDT 160 PMP). Dei casi incidenti il 22% era posto in trattamento con dialisi peritoneale e nello specifico 34 persone effettuavano APD e 16 CAPD. Dati di prevalenza nell'anno 2016 in FVG rilevavano 1798 pazienti in terapia sostitutiva (dialisi o trapianto) di cui 155 (13,4%) in dialisi peritoneale (105 APD e 50 CAPD). Il benchmark nazionale del Registro Italiano di Dialisi e Trapianto (RIDT) riporta per il 2012 un'incidenza percentuale della DP del 12,6% ed una prevalenza del 9,8%. (aggiornamento dati 2018 registro)

Dai dati del Sistema Informativo Socio Sanitario Regionale (SISSR) riferiti alle prestazioni di dialisi si osserva una marcata eterogeneità tra le diverse Aziende, in particolare nell'erogazione e nella tipologia della DP. Questa considerazione rende evidente la necessità di avviare percorsi di miglioramento sia nella classificazione e registrazione delle prestazioni che nella pratica clinica.

I dati del Registro Regionale Dializzati hanno consentito di determinare la fascia di pazienti prevalenti in dialisi cronica con caratteristiche di fragilità, sia fisica che economica, che potrebbero rappresentare la popolazione di riferimento per l'attivazione degli interventi previsti dal presente documento.

Nel totale dei 1143 dializzati cronici al 31/12/2016 (989 HD e 154 PD), 513 pazienti (44,9%) hanno più di 75 anni; 433 (37,9%) sono gli over 75 anni affetti da comorbidità quali diabete, ictus, infarto miocardico e neoplasie.

Tabella 1. Distribuzione della popolazione dei pazienti dializzati 2016 per età, pluripatologia e basso reddito.

	ETA'		PLURIPATOLOGIA								REDITO BASSO	
	N° soggetti	%	N° soggetti	%	N° soggetti	%	N° soggetti	%	N° soggetti	%	N° soggetti	%
UNDER 75	630	55,12%	255	22,31%	61	5,34%	38	3,32%	79	6,91%	167	14,61%
OVER 75	513	44,88%	210	18,37%	59	5,16%	49	4,29%	115	10,06%	90	7,87%
Totale	1143	100%	465	40,68%	120	10,50%	87	7,61%	194	16,97%	257	22,48%

Considerando le condizioni sopracitate (età e patologie concomitanti) e la contemporanea presenza di reddito basso (dichiarazione ISEE) la popolazione fragile in dialisi è il 4,8%. Escludendo la variabile dell'età, i soggetti con reddito basso sono il 10,5% e quelli con pluripatologia sono il 44,5%. Indipendentemente dall'età i pazienti dializzati pluripatologici e a reddito basso sono complessivamente il 12% e rappresentano quindi i soggetti potenzialmente bisognosi di assistenza da parte del SSR nella dialisi a domicilio.

Tabella 2. Stratificazione della popolazione dializzata per variabili considerate.

	UNDER 75		OVER 75		TOTALE	
	N° soggetti	%	N° soggetti	%	N° soggetti	%
DIALISI	214	18,72%	164	14,35%	378	33,07%
DIALISI-REDDITO BASSO	85	7,44%	35	3,06%	120	10,50%
DIALISI-CRONICITA'	249	21,78%	259	22,66%	508	44,44%
DIALISI-CRONICITA'-REDDITO BASSO	82	7,17%	55	4,81%	137	11,99%
Totale	630	55,12%	513	44,88%	1143	100,00%

Quindi nell'articolazione di un intervento territoriale per lo sviluppo della dialisi domiciliare in Regione, risulta importante tenere in adeguata considerazione le condizioni cliniche, sociali ed economiche della popolazione di riferimento ([Allegato 4: dati epidemiologici](#)).

Per completezza la fragilità non coincide necessariamente con la disabilità, un anziano fragile non è per sua natura disabile ma rischia di diventarlo se non adeguatamente curato.

La fragilità è così una sindrome che se viene trascurata può portare alla perdita dell'autonomia. Esistono alcuni semplici criteri che identificano un anziano come fragile: la perdita di peso, la debolezza, la lentezza, il basso livello di attività e la spossatezza. Le persone con MRC avanzata presentano in generale tutte queste condizioni. Il basso reddito rappresenta invece un impedimento organizzativo e assistenziale che espone i pazienti fragili alle complicazioni conseguenti al loro stato.

SETTING OSPEDALIERO DI RIFERIMENTO

AMBULATORIO NEFROLOGICO DI ORIENTAMENTO AL TRATTAMENTO SOSTITUTIVO

L'Ambulatorio nefrologico di orientamento al trattamento sostitutivo rappresenta il *setting* appropriato per la presa in carico, la definizione del percorso di cura e degli interventi socio-sanitari nei pazienti con una condizione di MRC conosciuta e programmabile. Qualora il paziente sia orientato alla dialisi peritoneale domiciliare ma non sia in grado di effettuarla in maniera autonoma o con il supporto di familiari/*caregiver*, è necessario che i professionisti dell'ambulatorio di orientamento attivino le risorse territoriali anche eventualmente attraverso una UVD. In tale *setting* i professionisti definiscono il piano assistenziale individualizzato (PAI) che consente l'effettuazione del trattamento a domicilio e garantisce il coordinamento dei processi e dei vari interventi professionali.

La presa in carico del paziente, da parte dei Servizi Territoriali, deve iniziare precocemente in ambulatorio o durante la degenza in ospedale; nel percorso devono essere sempre coinvolti i MMG e PLS e ogni altra figura potenzialmente contributiva in relazione ai bisogni clinico assistenziali della persona. Per garantire un appropriato percorso di cura i professionisti da coinvolgere pertanto sono:

- Specialista Nefrologo;
- MMG e PLS
- Medico Responsabile dell'RSA e/o Residenza per anziani (nuclei ad alta intensità di cura);
- Infermieri del Centro Dialisi;
- Infermieri del Distretto di residenza;
- Infermiere dell'RSA e/o Residenza per anziani;
- Assistente Sociale del Distretto e del Comune di residenza;

Informazioni utili possono essere fornite anche dalle Associazioni dei pazienti Nefropatici presenti sul territorio.

Una quota importante di pazienti "sfugge" all'Ambulatorio di orientamento (*late-referral*); per questi pazienti deve essere previsto un processo analogo a quanto descritto durante il ricovero dopo che gli stessi hanno optato per la dialisi peritoneale.

I professionisti delle Nefrologie hanno la responsabilità di avviare il percorso di presa in carico congiunta ospedale-territorio tramite la compilazione di strumenti condivisi per documentare la situazione clinica e assistenziale dei pazienti fragili. Agli operatori dei Distretti compete la valutazione socio assistenziale della persona e la definizione dei possibili interventi di supporto territoriali formali ed informali.

Ai fini della presa in carico congiunta del paziente, oltre alle informazioni cliniche, la documentazione deve includere anche informazioni di tipo organizzativo:

- fattibilità della metodica domiciliare;
- necessità assistenziali e di supporto;
- indagini e parametri sanitari da monitorare;
- programma terapeutico con prescrizione dialitica in dettaglio.

La valutazione dei bisogni assistenziali dei pazienti in DP può essere effettuata con l'utilizzo di Scale/Indici di valutazione validati sensibili e specifici ([Allegato 1: Valutazione dei bisogni assistenziali nei pazienti in DP](#)).

SETTING TERRITORIALI DI RIFERIMENTO

Lo sviluppo della DP a domicilio con il supporto dei servizi distrettuali domiciliari e sociali, nelle Residenze per anziani e RSA è importante per la Regione FVG. L'attivazione di percorsi con il coinvolgimento del personale delle strutture territoriali nella presa in carico e gestione del paziente in DP richiede una stretta e fattiva collaborazione tra le Nefrologie, i Servizi Territoriali e le strutture alle quali vengono affidati i pazienti per il *follow-up* quotidiano.

Per garantire l'avvio di percorsi di continuità assistenziale tra ospedale e strutture territoriali è fondamentale la presenza e rispondenza, da parte di queste ultime, a specifici requisiti sia strutturali che professionali. Il personale operante in ADI, RSA e nelle Residenze per anziani, deve sviluppare competenze specifiche sia tecniche, per consentire lo svolgimento della DP quotidianamente e continuativamente, che comunicative e relazionali finalizzate all'aiuto, alla cura e di supporto all'autocura (protocolli di comunicazione, confronto, audit clinico e *counselling*) in collaborazione con i centri nefrologici di riferimento. Di converso, le Nefrologie devono acquisire conoscenze in merito agli strumenti culturali e operativi tipici del Territorio ed accettare una condizione paritaria.

DOMICILIO CON ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

L'art 22 del DPCM del 12 febbraio 2017 sulle cure domiciliari afferma che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali nel proprio domicilio attraverso le "cure domiciliari": trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi, necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. Le cure domiciliari si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, generalmente erogate dal Comune di residenza della persona. Il bisogno clinico-assistenziale viene accertato tramite idonei [strumenti di valutazione](#) multiprofessionale e multidimensionale che consentono la presa in carico globale della persona e la definizione del progetto di assistenza individuale sociosanitario integrato. L'assistenza domiciliare è uno dei livelli essenziali di assistenza (LEA) finalizzata a garantire un'adeguata continuità di risposta sul territorio ai bisogni di salute, anche complessi, delle persone non autosufficienti anziane, e/o disabili ai fini della gestione della cronicità e della prevenzione della disabilità. L'ADI pertanto può rappresentare una risposta efficace nell'assistenza ai pazienti in DP domiciliare in integrazione con le Strutture di Nefrologie e Dialisi attraverso l'adozione di percorsi formativi e modelli organizzativi trasversali e comuni.

Per il paziente la DP con assistenza a domicilio rappresenta un vantaggio per la riduzione degli spostamenti e dei ricoveri con un positivo rapporto costo/beneficio e per il raggiungimento dell'obiettivo di permettere al soggetto il mantenimento nel proprio ambiente di vita.

RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (RSA)

Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) sono individuate dall'art. 23 della L.R. 17/2014 nell'ambito delle strutture intermedie, cioè articolazioni operative del sistema sanitario dell'assistenza primaria integrate nella rete dei servizi distrettuali. Tali strutture svolgono infatti una funzione intermedia fra l'ospedale, riservato alle patologie acute e complesse ed i servizi domiciliari e ambulatoriali. Sono destinate alla presa in carico del paziente in una fase post acuta o al paziente affetto da malattie croniche e che necessita di assistenza o monitoraggio clinico al di fuori dell'ospedale. Assicurano quindi la continuità delle cure nel soggetto che non ha raggiunto il completo recupero dell'autonomia nel corso del ricovero o non vi siano le condizioni per una terapia di tipo ambulatoriale o domiciliare. In particolare le RSA sono destinate a fornire assistenza continuativa a elevato contenuto sanitario e a prevalente indirizzo riabilitativo a "soggetti anziani non autosufficienti, a soggetti temporaneamente non autosufficienti e a soggetti affetti da disabilità di carattere fisico e psichico, esclusi i minori". (DGR 2151/2015).

Rispetto alla DP nella citata DGR si legge: "Al fine di evitare il ricorso ad accessi ospedalieri non necessari, la struttura di Nefrologia e Dialisi competente per territorio assicura la formazione del personale di assistenza per l'attivazione del servizio di dialisi peritoneale ai pazienti accolti nelle RSA e assicura la fornitura del materiale di consumo anche alle strutture private accreditate con le modalità previste negli accordi contrattuali".

Tali strutture garantiscono l'accoglimento di pazienti in DP:

- in dimissione da ospedali per acuti e che per problematiche organizzative o strutturali non possono rientrare al proprio domicilio o siano in attesa di accoglimento in residenza per anziani.
- che abbiano iniziato la DP in ospedale e necessitino di stabilizzazione clinica e/o i cui familiari necessitino di organizzare il rientro a domicilio.

- precedentemente assistiti a domicilio per permettere ai familiari/*caregiver* un periodo di sosta dall'attività di assistenza: "modulo sollievo" o per sopravvenuti eventi invalidanti o critici.

RESIDENZE PER ANZIANI

Strutture che hanno l'obiettivo di farsi carico della residenzialità a lungo termine (o permanente) dei pazienti con polipatologie e disabilità che richiedano assistenza sanitaria ed alberghiera, in nuclei con standard assistenziali e strutturali diversificati in funzione del profilo di bisogno.

In tali Strutture possono accedere i pazienti in dimissione da ospedali per acuti che hanno bisogno di istituzionalizzazione permanente dopo inizio della DP, e pazienti già residenti che vengono riaccolti a seguito di eventi invalidanti o critici che hanno determinato l'inizio della DP.

L'avvio della DP nei pazienti affetti da MRC che necessitano di terapia sostitutiva renale e accolti in queste strutture è uno degli obiettivi che la Regione si è posta negli ultimi anni.

Negli ultimi anni la Regione FVG ha emanato una serie di atti di indirizzo per le Residenze per anziani:

1. Decreto del Presidente n. 0144/2015 - Regolamento di definizione dei requisiti, dei criteri e delle evidenze minime strutturali, tecnologici e organizzativi per la realizzazione e per l'esercizio di servizi semiresidenziali e residenziali per anziani - Il comma 1 dell'articolo 7 riporta la definizione di residenza per anziani: *"le residenze per anziani sono strutture che offrono interventi a ciclo continuo finalizzati a fornire una risposta adeguata ai bisogni delle persone anziane che non possono o non intendono permanere al proprio domicilio"*.
2. Decreto del Presidente n. 290/2017 "Regolamento di modifica al regolamento di definizione dei requisiti, dei criteri e delle evidenze minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per la realizzazione e per l'esercizio di servizi semiresidenziali e residenziali per anziani, emanato con decreto del presidente della regione 13 luglio 2015, n. 144".

I documenti hanno dato il via alla riclassificazione delle Residenze per anziani in base al livello di complessità clinico-assistenziale dei pazienti classificati in *profili di bisogno*, da accogliere, ipotizzando anche eventuali concentrazioni di pazienti in determinate strutture. Il DPR del 2017. inoltre contengono informazioni sui dei requisiti della residenzialità per garantire il trattamento dialitico nei pazienti istituzionalizzati.

CONTINUITÀ DELLE CURE E DIMISSIONI PROTETTE NEI PAZIENTI IN DP

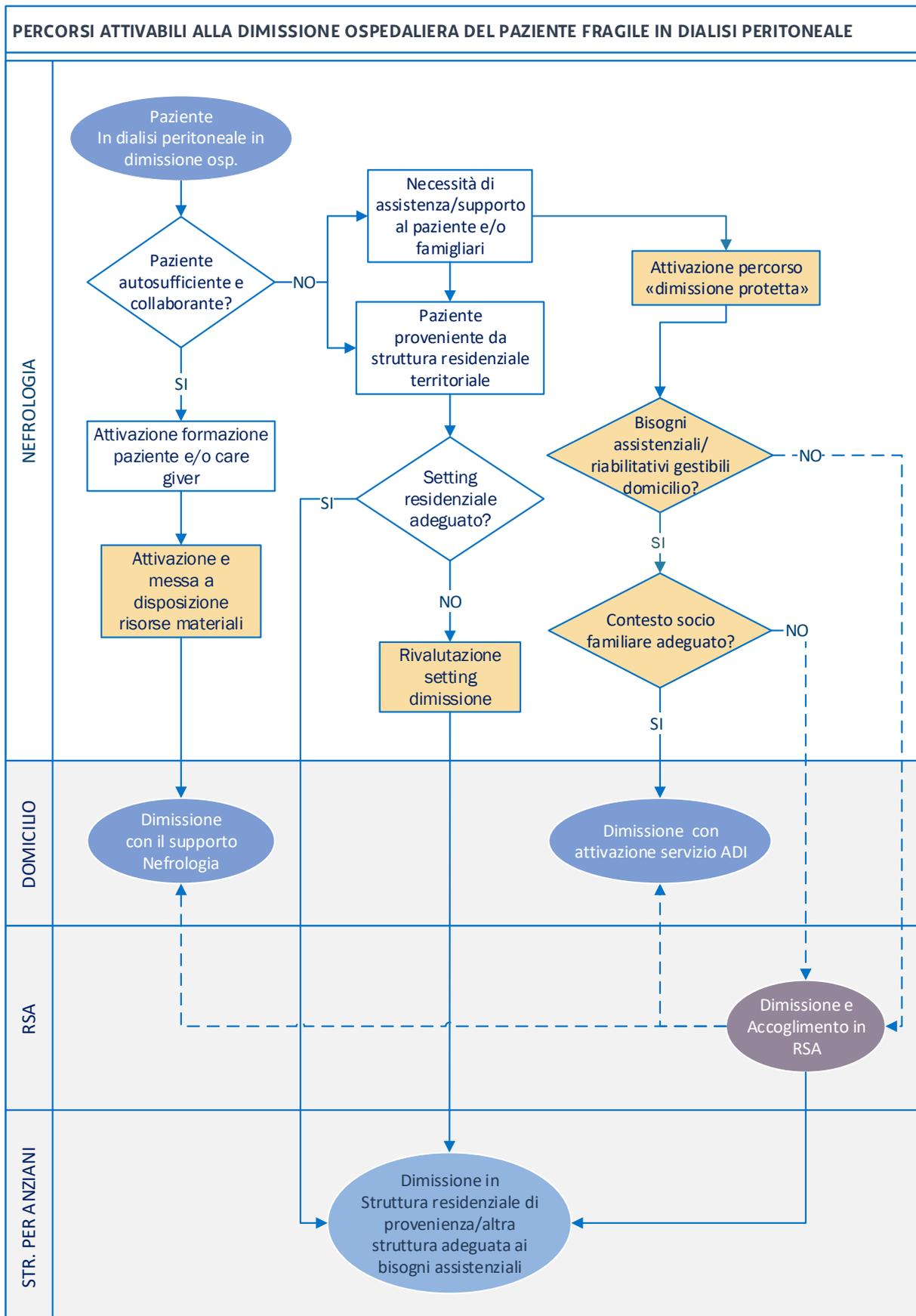
I pazienti posti in DP domiciliare che fanno parte della categoria dei pazienti anziani fragili, dei disabili e dei pazienti con problemi sociali e familiari necessitano, alla dimissione da una struttura di Nefrologia, dell'attivazione di un "percorso protetto", in continuità assistenziale. Per questi pazienti può non essere possibile, almeno nel breve periodo, il rientro a domicilio senza un supporto di tipo assistenziale. In base alle condizioni cliniche e al contesto familiare, la dimissione del paziente potrà avvenire nei *setting* sopracitati (domicilio con attivazione del servizio infermieristico o ADI, RSA, Residenze per anziani).

Se è opportuno limitare gli spostamenti del paziente può essere attivato un programma di visite domiciliari, modulabile secondo i bisogni rilevati, ad opera dei professionisti delle strutture di Nefrologia con integrazione/cooperazione con l'ADI/SID.

I pazienti che hanno bisogno di un accoglimento temporaneo in RSA sono coloro che:

1. hanno iniziato la DP durante un ricovero in ospedale per un evento acuto e non possono rientrare al proprio domicilio (abitazione propria o Residenza per anziani) per i seguenti motivi:
 - necessità di un ricovero temporaneo per il superamento della fase post acuta, il trattamento riabilitativo o il *training* personale e/o dei *caregiver* sulla metodica dalla DP;
 - condizioni sanitarie della propria abitazione e del contesto socio familiare non adeguate,
 - necessità di un periodo di ricovero in RSA in attesa della collocazione definitiva in Residenza per anziani;
2. sono già in DP domiciliare con supporto del *caregiver* ma necessitano del periodo di "solievo" in RSA;
3. sono già in DP domiciliare con il supporto di un *caregiver* ma lo "perdono" e non essendo autosufficienti devono essere accolti in RSA come "soluzione ponte" e/o in residenza per anziani come soluzione permanente;
4. erano in una condizione di autonomia nella DP domiciliare ma per eventi sopravvenuti (ictus, scadimento delle condizioni generali) non sono più autonomi e non sono reinscrivibili nel loro ambiente domiciliare;
5. necessitano di essere trasferiti in Residenze per anziani in modo permanente;
6. non autonomi/autosufficienti, già residenti in Residenza per anziani che iniziano il trattamento di DP e devono rientrare nella struttura in modo permanente.

FLOW CHART



COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE E DEL CAREGIVER NELLA SCELTA TERAPEUTICA

Un approccio clinico-assistenziale adeguatamente pianificato ed integrato consente al paziente e alla famiglia di partecipare con maggiore serenità alla scelta del trattamento più idoneo e di adattarsi meglio alla nuova situazione. I programmi ambulatoriali di orientamento sono previsti dal PDTA regionale per il paziente con MRC³ ma ogni sforzo va fatto allo scopo di rendere sempre più efficace l'approccio umanistico, narrativo ed educativo, per raggiungere quello che viene descritto come "empowerment" del paziente verso l'autogestione e l'auto-cura.

La DP è una delle modalità di sostituzione della funzione renale, rappresenta una opzione terapeutica che deve essere offerta a tutti i pazienti, valutando di volta in volta le variabili cliniche, personali e sociali, senza scelte precostituite ma con consapevolezza educativa. La DP è da preferire, in prima istanza, rispetto alla dialisi extracorporea perché assicura ai pazienti i vantaggi psicologici e sociali derivanti dall'autogestione della malattia lasciando loro la libertà di curarsi a domicilio. Inoltre, non è trascurabile il fatto che, dopo l'addestramento dei pazienti e il loro invio a domicilio, l'impiego di personale sanitario si riduca significativamente.

Allo stato attuale in Regione, la maggior parte dei pazienti in DP è rappresentata da persone autosufficienti o che godono dell'assistenza di un *caregiver* idoneo. Uno degli scopi da perseguire nel presente documento è garantire la possibilità della DP come metodica domiciliare anche a quei pazienti che non raggiungono queste caratteristiche.

EDUCAZIONE TERAPEUTICA E TERAPIE DOMICILIARI

L'infermiere impegnato nei diversi *setting* del percorso di DP ha un ruolo di primaria importanza in quanto ha la responsabilità di pianificare e attuare il programma educativo della persona fino al raggiungimento della maggiore autonomia possibile della stessa nella gestione del trattamento dialitico.

Un'educazione terapeutica efficace permette al paziente di conoscere, comprendere, acquisire e mantenere le capacità e le abilità che gli consentono di convivere con la malattia e gestire la propria terapia in modo autonomo e in sicurezza.

All'inizio del percorso educativo, lo *staff* nefrologico stipula un patto terapeutico con il paziente, non si tratta di un percorso unidirezionale con un rapporto *up-down*. Al paziente vengono illustrati gli obiettivi del percorso che devono essere semplici, chiari e facilmente realizzabili e vengono fornite tutte informazioni del caso. Lo *staff* favorisce l'apprendimento sia dei contenuti teorici che pratici riguardanti il trattamento dialitico, accompagnando il paziente nella fase di "riorganizzazione" della sua vita in presenza del trattamento sostitutivo (orari, spazi, coinvolgimento dei familiari, ecc.).

Il processo educativo è il punto focale per il successo del trattamento domiciliare e deve prevedere e garantire la continuità a lungo termine con periodici *re-training* per valutare e recuperare i contenuti e le abilità che si perdono nel tempo.

Nel caso di un paziente fragile è fondamentale l'educazione terapeutica diretta al *caregiver*, al personale delle Residenze sanitarie/RSA, all'infermiere dell'ADI e all'infermiere delle Residenze per anziani. È importante ricordare che la trasmissione di questa cultura alle diverse figure che ruotano intorno al paziente abbia un ruolo non secondario nel facilitare l'inserimento di altri pazienti in questi *setting*. Diffondere il più possibile la conoscenza di queste tecniche in maniera pratica e semplice rende sicuramente più facile introdurre i pazienti a questa possibilità terapeutica.

³ http://www.regione.fvg.it/rafvfg/export/sites/default/RAFVG/salute-sociale/sistema-sociale-sanitario/FOGLIA137/allegati/PubblicazionePDTA_MRC.pdf

ORGANIZZAZIONE SPECIFICA DEL PROGRAMMA DI DP

Per lo sviluppo della DP a domicilio e nelle strutture residenziali è in primo luogo necessario avere un programma di DP ben organizzato nei Centri di riferimento.

È opportuno che il personale medico e infermieristico sia formato e dedicato ([Allegato 2: job description del medico nefrologo](#); [Allegato 3: job description dell'infermiere dedicato alla DP](#)). Sono necessari dei locali dedicati alle attività di dialisi peritoneale per svolgere le visite di controllo, i test di funzionalità, le medicazioni e i cambi sacca, gli addestramenti e i colloqui informativi con pazienti e *caregiver*.

Alcune pratiche cliniche risultano essere necessarie per il programma ed è opportuno che siano supportate da un corpus documentale di percorsi, procedure e protocolli specifici.

Posizionamento del catetere peritoneale - è la base indispensabile di partenza per un buon risultato. Le pratiche chirurgiche ottimali sono descritte nella *best-practice* (BP) "[Il catetere per dialisi peritoneale](#)" del Gruppo di Progetto (GdP) di dialisi peritoneale della Società Italiana di Nefrologia⁴ pubblicate nel 2012 che descrivono il posizionamento chirurgico standard *open* in anestesia locale. Un intervento ben fatto può consentire anche di iniziare subito la DP in caso di necessità e assicura un buon funzionamento della DP a lungo. Nei LEA 2017 il posizionamento del catetere è indicato come prestazione nefrologica.

Visite domiciliari e nelle strutture di ricovero che ospitano i pazienti - oltre alle visite ambulatoriali previste nel follow-up è auspicabile organizzare visite specifiche (domicilio e negli istituti di ricovero che ospitano i pazienti in DP consentendo al personale delle Nefrologie di uscire nel territorio).

Follow-up - un buon *follow-up* dei pazienti in DP non può fare a meno della misurazione periodica dell'efficienza dialitica mediante raccolta dei fluidi, dosaggio e calcolo del Kt/V e della CLCR totali settimanali. All'efficienza dialitica si aggiunge la valutazione del funzionamento del peritoneo con il *Peritoneal Equilibration Test* (PET) come descritto nelle BP del GdP pubblicate nel 2012 sui [Test funzionali](#).

Sistemi di tele monitoraggio e video monitoraggio - sistemi che risultano interessanti e pratici in generale e in particolare nei *setting* assistenziali residenziali per un efficace *follow-up* evoluto.

Diagnostica di laboratorio - un programma di DP per essere efficace, organizzato e stabile necessita del massimo supporto anche della diagnostica di laboratorio, in particolare nella valutazione della funzionalità peritoneale e nelle complicanze infettive (microbiologia e conta precisa dei globuli bianchi nel liquido) come definito nelle Linee guida dell'ISPD⁵ "*Infections in PD*".

In considerazione del numero di pazienti da avviare o da mantenere in DP, con vari bisogni assistenziali, è indispensabile valutare l'impegno lavorativo dei professionisti, delle varie strutture, coinvolti nel processo e quindi l'impegno, anche economico, necessario per lo sviluppo e la diffusione della metodica. In particolare per le RSA e Residenze per Anziani è opportuno procedere preliminarmente a valutazioni organizzative indirizzando gli interventi (formativi, strutturali, ecc.) eventualmente solo su alcune strutture definite idonee per ogni Azienda Sanitaria (concentrazione delle funzioni e competenze).

I punti fondamentali per l'attuazione del programma sono di seguito riportati

- Definizione di un numero adeguato di posti letto per i pazienti che necessitano del trattamento (in linea con il fabbisogno aziendale rilevato).
- Eventuale conseguente stipula di convenzione tra Comune, Responsabile della gestione delle Strutture Protette e Azienda Sanitaria con individuazione di una o più RSA e Residenze per anziani con caratteristiche idonee alla specializzazione in DP e concentrazione dei pazienti bisognosi di assistenza temporanea o permanente.
- Attivazione di convenzione (eventuali) tra Enti responsabili: Comuni, Dirigenza delle CDR, Aziende Sanitarie.
- Valutazione dei costi gestionali aggiuntivi e loro ripartizione.
- Definizione delle modalità di accesso per il paziente in DP considerando una accelerazione delle procedure ai fini clinici e assistenziali.

⁴ <https://dialisiperitoneale.org/>

⁵ <https://ispd.org/ispd-guidelines/>

I *setting* territoriali e di cure intermedie per assicurare la presa in carico e continuità assistenziale del paziente in DP devono garantire la presenza e rispondenza a requisiti e standard specifici relativi sia agli aspetti tecnici e strutturali che alla qualità dell'assistenza erogata (conoscenze e competenze degli operatori, *expertise*) con evidenza della formazione continua.

Deve essere introdotto il concetto di presa in carico congiunta di ogni paziente in procinto di iniziare il trattamento dialitico domiciliare per valutare la globalità dei bisogni sanitari, assistenziali e sociali con attività concertata in equipe multi professionali con produzione di evidenze documentali. A questo conseguono opportune, multiple e differenziate attività fornite dai diversi Servizi (Nefrologia, Territorio, MMG etc.) a sostegno del trattamento del paziente.

Oltre alla rispondenza a requisiti e standard qualitativi è fondamentale l'avvio di programmi specifici di:

- formazione continua degli operatori per favorire l'acquisizione di conoscenze, lo sviluppo e mantenimento delle competenze nel tempo e in linea con il turnover del personale (utile elaborazione e condivisione di strumenti ad hoc su competenze e funzioni specifiche in linea con l'organizzazione territoriale dei Distretti, CAP e AFT).
- condivisione di strumenti operativi di integrazione (protocolli, procedure, percorsi assistenziali) tra strutture diverse (Ospedale e Territorio) per la presa in carico assistenziale del paziente;
- utilizzo di un sistema documentale informatico e/o cartaceo per la trasmissione delle informazioni relative al paziente, la puntuale e sistematica registrazione dei bisogni, la pianificazione degli interventi di cura e assistenziali e la valutazione dei risultati raggiunti dal paziente.
- miglioramento continuo della qualità, sistema di registrazione, comunicazione efficace, informazione, revisione delle attività e delle criticità.

RESPONSABILITÀ DELLE STRUTTURE COINVOLTE NEL PROGRAMMA DI DP

A seguito dell'individuazione da parte dell'Aziende Sanitaria (AAS e/o ASUI) della Struttura/Servizio territoriale di riferimento aziendale per la DP, è necessario verificare il possesso dei requisiti relativi alle risorse umane (dotazione, competenze) e ai materiali per garantire il trattamento al paziente.

Nello sviluppo del percorso assistenziale, oltre ai necessari rapporti di collaborazione tra professionisti vi sono chiare responsabilità cliniche, assistenziali ed organizzative attribuibili alle diverse strutture/servizi che, nei vari momenti ed ai vari livelli dell'articolazione sanitaria, sono direttamente coinvolte nella cura del paziente (presa in carico congiunta multi professionale).

Nel capitolo successivo si dettagliano le attività che devono essere attuate in integrazione tra Nefrologia e Distretto (ADI) per la dimissione del paziente in DP.

ATTIVITÀ INTEGRATE TRA NEFROLOGIA E SERVIZI TERRITORIALI PER LA DIMISSIONE DI PAZIENTE IN DP

OBIETTIVO: Formazione degli Operatori		
AZIONI	RESPONSABILITÀ	STRUMENTI
<ul style="list-style-type: none"> - Rilevare il fabbisogno formativo del personale sanitario dei servizi territoriali (medici, infermieri e personale di supporto) delle Strutture individuate: ADI, una RSA e una Residenza per anziani. 	Nefrologia, Distretto, RSA, Residenza per anziani	<ul style="list-style-type: none"> - Questionari, test per la rilevazione del fabbisogno e/o colloqui
<ul style="list-style-type: none"> - Progettare intervento/i formativo/i specifici sulla DP. <p><i>Gli interventi formativi devono essere progettati ed effettuati durante il ricovero; un refresh o l'applicazione di una formazione già definita ad un gruppo specifico può essere utile al momento della dimissione. La diffusione generale di una cultura dialitica peritoneale ai Distretti è impegnativa per tutti ma di comprovata efficacia.</i></p>		<ul style="list-style-type: none"> - Progetto formativo (con definizione di: obiettivi formativi, contenuti, tempi, tipo di formazione, docenti, n. e qualifica discenti, modalità di valutazione)
<ul style="list-style-type: none"> - Avviare, congiuntamente con Responsabili delle Strutture coinvolte l'iter amministrativo di richiesta e attivazione del percorso formativo (accreditamento, ...) 		<ul style="list-style-type: none"> - Note di richiesta a firma congiunta
<ul style="list-style-type: none"> - Favorire la partecipazione di tutto il personale sanitario individuato delle Strutture territoriali agli incontri formativi previsti. 	Distretto, RSA, Residenza per anziani	<ul style="list-style-type: none"> - Programmazione turni di attività adeguato al numero di edizioni
<ul style="list-style-type: none"> - Attuare gli interventi formativi come previsto dal progetto - Verificare e documentare la presenza degli operatori - Valutare gli esiti della formazione in termini di conoscenze e competenze acquisite dagli operatori. 	Nefrologia	<ul style="list-style-type: none"> - Documenti FOR (fogli docenza, e di presenza) - Registri presenza - Questionari post formazione, (test o colloquio)

OBIETTIVO: Garantire le risorse umane e materiali per la gestione del paziente in DP		
AZIONI	AZIONI	AZIONI
Se dimissione a domicilio		
1. Effettuare una valutazione congiunta a tipo UVD del paziente in procinto di dimissione a domicilio coinvolgente tutti gli attori (familiari, paziente, MMG, Distretto, nefrologo, infermiere di dialisi) - Eventuale ispezione domiciliare.	Nefrologia, Distretto, Famiglia, MMG	Riportare in cartella di ricovero i quanto stabilito e/o verbale condiviso ed eventualmente sottoscritto.
2. Effettuare un follow-up domiciliare concordato e personalizzato per rilevare informazioni ed ev. criticità cliniche legate o meno alla DP domiciliare di pazienti fragili o allettati.	Distretto/Nefrologia	Documentazione in uso.
3. Individuare, a domicilio del paziente, uno spazio per lo stoccaggio del materiale per i trattamenti dialitici (consegna generalmente su base mensile).		
Se dimissione in RSA o Residenza per anziani		
1. Valutare con i referenti delle Strutture coinvolte esistenza di eventuali criticità legate alle risorse umane o logistiche	Nefrologia, Distretto/RSA/Residenza per anziani	Riportare in cartella di ricovero i quanto stabilito e/o verbale condiviso ed eventualmente sottoscritto
Per tutti i pazienti in dimissione		
- Disporre che il materiale necessario per il trattamento dialitico del paziente venga consegnato al domicilio o nel luogo/Struttura in cui viene dimesso il paziente.	Nefrologia	Contatto diretto e/o invio richiesta (specifica modulistica) a ditta fornitrice
- Verificare presenza e corrispondenza, al domicilio/struttura di dimissione del paziente, di tutto il materiale indicato e necessario al trattamento. - Garantire l'ispezione periodica dello spazio dedicato allo stoccaggio del materiale per il trattamento dialitico	Nefrologia, Distretto, domicilio paziente, RSA, Residenza per anziani	Confronto diretto e/o contatto telefonico con personale ADI, famigliari, RSA, Residenza per anziani
- Elaborare e mettere a disposizione del personale strumenti informativi ed operativi condivisi.	Nefrologia, Distretto, RSA, Residenza per anziani	Procedure/protocolli/manuali operativi su: - gestione clinico-assistenziale del paziente in DP; - comunicazione efficace tra strutture - flussi informativi. - materiali di utilizzo, - recapiti e orari del personale di riferimento (ditta e del reparto di nefrologia di riferimento) - informazioni per l'accesso diretto alla struttura di Nefrologia (in caso di problemi clinici di rilievo)
- Garantire l'attuazione di tutti gli interventi utili al mantenimento dell'igiene del paziente e dell'ambiente (locale occupato dal paziente e sede del trattamento). Se il paziente è in struttura residenziale considerare le caratteristiche della struttura e della presenza di altri ospiti nella stanza e dei loro diritti di assistenza. Garantire stanze di degenza che permettano di gestire eventuali rischi infettivi.	Distretto, RSA o residenza per anziani RSA, Residenza per anziani	Procedure e protocolli specifici

<ul style="list-style-type: none"> - Attivare trattamento DP a domicilio con supporto infermieristico o presso le strutture residenziali e garantire l'effettuazione della terapia dialitica con modalità e orari che consentano al paziente degente, alimentazione e riabilitazione adeguate per qualità e comfort. - Sorvegliare il paziente in trattamento dialitico secondo i criteri oggetto della formazione e di prescrizione terapeutica, segnalando eventuali criticità alla Nefrologia. 	Distretto RSA o Residenza per anziani Infermiere ADI, RSA, Residenza per anziani	Scheda o diario dialitici
<ul style="list-style-type: none"> - Garantire supporto, collaborazione e disponibilità al personale dell'ADI, RSA o Residenza per anziani in caso di necessità clinico-assistenziali 	Nefrologia	Contatto telefonico, informatico Disponibilità di un Medico nefrologo in ospedale durante le ore diurne e reperibilità durante le ore notturne e festive
<ul style="list-style-type: none"> - Garantire l'invio dell'utente, presso l'ospedale di riferimento, all'avverarsi di situazioni critiche in riferimento allo stato di salute dello stesso o in caso di necessità diagnostiche non altrimenti fornibili. Garantire l'assistenza medica specialistica dei pazienti (visite di controllo, prescrizione o modifiche del trattamento) da parte del personale medico della Nefrologia di riferimento. Le visite di controllo saranno effettuate presso la struttura che ospitano il paziente, evitando così gli spostamenti di pazienti parzialmente o completamente allettati. 	Distretto, MMG RSA, Residenza per anziani Nefrologia	Contatto telefonico, informatico Visite di controllo/consulenza, Attivazione trasporto sanitario
<ul style="list-style-type: none"> - Garantire l'accesso/accoglimento dei pazienti con problemi clinico-assistenziali di rilievo 	Nefrologia	Accesso diretto per valutazione clinica Accesso diretto ed eventuale ricovero o proposta di ricovero (per strutture sprovviste di posti letto)
<ul style="list-style-type: none"> - Garantire un adeguato flusso informativo bidirezionale riguardo il paziente secondo le modalità definite dai protocolli. 	Nefrologia, Distretto, RSA, Residenza per anziani	Documentazione in uso

Carichi di lavoro

Una volta a regime, alla dimissione del paziente al proprio domicilio, la Nefrologia di riferimento deve garantire le visite domiciliari per i pazienti con caratteristiche di allettamento o severa disabilità definiti da protocollo. Il tempo impiegato per ciascuna visita può essere variabile in funzione della distanza ma ripercorre una serie di controlli da protocollo e scheda di accesso attivo.

Il tempo medio per preparare l'apparecchiatura di DP e connettere il paziente è pari a circa 30 minuti. Non è necessario seguire direttamente il paziente per tutta la durata della seduta in quanto la macchina è dotata di un sistema di allarme (acustico, luminoso e di testo) che segnala prontamente eventuali criticità presenti. Qualora emergano problemi tecnici non immediatamente risolvibili, il paziente deve essere sconnesso (staccato) dalla macchina e la seduta viene riprogrammata per la giornata successiva. Se il problema è legato all'apparecchiatura, è possibile richiedere alla Nefrologia di riferimento l'uso di un apparecchio di scorta (solitamente disponibile). La dialisi peritoneale può essere interrotta in caso di necessità senza pericolo per la vita del paziente, la continuità del trattamento mette al sicuro il paziente stesso da importanti squilibri idroelettrolitici o metabolici. La presenza del catetere peritoneale richiede una medicazione dalla sede di emergenza dall'addome ogni 2 giorni; tale manovra richiede 10 minuti e viene normalmente svolta al termine della seduta dialitica. Nel caso di pazienti allettati, la seduta dialitica può essere svolta durante le ore diurne, riducendo così il carico di lavoro per il personale in servizio nelle ore notturne.

FORMAZIONE PER LA PERSONA, PER IL CAREGIVER E PER GLI OPERATORI

Il processo formativo secondo standard utili all'acquisizione delle conoscenze e delle capacità di base per la gestione della dialisi peritoneale generalmente viene svolta nei pazienti autonomi e nei *caregiver* per circa una settimana fatto salvo particolari e diverse esigenze quali difficoltà di apprendimento o superamento di particolari ostacoli alle manovre che possono richiedere tempi più lunghi.

FORMAZIONE PER LA DP PER IL PERSONALE DEI SERVIZI TERRITORIALI E DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI

Considerando la cultura sanitaria di base e l'esperienza lavorativa degli infermieri operanti nel territorio si suggerisce un pacchetto formativo di 3-4 giorni con lezioni teoriche frontali e formazione pratica con modalità FSC (un docente ogni tre discenti) per un totale di 12 ore (4 ore X 3 giorni). Da prevedere un *retraining-refresh* periodico e il training nei nuovi assunti. Al termine del percorso formativo può essere rilasciato un certificato attestante la formazione specifica con inserimento nel fascicolo personale dell'operatore.

CONTENUTI DELLA FORMAZIONE

- ✓ Conoscenza ed esecuzione pratica delle manovre dialitiche secondo procedure e protocolli dei centri di Nefrologia di riferimento.
- ✓ Organizzazione del *setting* e degli spazi con attenzione alla prevenzione delle infezioni.
- ✓ Conoscenza delle apparecchiature di dialisi automatica e delle principali cause di malfunzionamento e allarmi con correzione nei limiti delle competenze.
- ✓ Conoscenza e orientamento di base delle principali possibili complicanze della DP.
- ✓ Sorveglianza e medicazione corretta della sede di emergenza del catetere dall'addome e del set di connessione.
- ✓ Conoscenza dei protocolli, modulistica e modalità per la trasmissione delle informazioni e delle problematiche.

INDICATORI DI MONITORAGGIO DEL PERCORSO

Il presente documento rivolto alle Nefrologie e a tutte le Strutture Territoriali coinvolte nella cura dei pazienti cronici, deve essere diffuso, applicato e regolarmente revisionato e aggiornato. A questo scopo è necessario procedere al regolare monitoraggio di alcuni indicatori:

- Evidenza documentale di deliberazioni, protocolli e procedure che rispondono all'adozione e all'attuazione dei contenuti del documento.
- Valutazione dell'incidenza della DP domiciliare: Numero nuovi utenti incidenti in DP domiciliare (autogestita + ADI) /totalità dei pazienti incidenti in trattamento sostitutivo. Indicatore per azienda sanitaria e globale regionale.
- Valutazione della prevalenza della DP domiciliare: Numero utenti prevalenti in DP domiciliare (autogestita + ADI) /totalità dei pazienti prevalenti in trattamento sostitutivo. Indicatore per azienda sanitaria e globale regionale.
- Numero di utenti in DP accolti in RSA nell'anno (numero totale trattati per dare una dimensione del lavoro svolto)
- Numero di utenti in DP accolti in residenza per anziani nell'anno (numero totale trattati per dare una dimensione del lavoro svolto).

TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI

ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
APD	<i>Automated Peritoneal Dialysis</i>
CAPD	<i>Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis</i>
DP	Dialisi peritoneale
GDP	Gruppo di Progetto
MMG	Medici di medicina generale
MRC	Malattia renale cronica
PDTA	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale
PLS	Pediatri di libera scelta
PMP	<i>Per million people</i>
RIDT	Registro Italiano di Dialisi e Trapianto
RSA	Residenze Sanitarie Assistenziali
SID	Servizio infermieristico distrettuale
SIN	Società Italiana di Nefrologia
SISSR	Sistema informativo sociosanitario regionale

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- DGR 1539 31/07/2015 "Rete delle gravi insufficienze d'organo e trapianti della regione Friuli Venezia Giulia: avvio della filiera rene". <http://www.regione.fvg.it/rafvfg/cms/RAFVG/salute-sociale/sistema-sociale-sanitario/FOGLIA44/>
- Il PDTA della MRC stadi 1-5: http://www.regione.fvg.it/rafvfg/export/sites/default/RAFVG/salute-sociale/sistema-sociale-sanitario/FOGLIA137/allegati/PubblicazionePDTA_MRC.pdf
- Documento ASUITS organizzazione territorio e DP: http://www.asuits.sanita.fvg.it/opencms/export/sites/ass1/it/_organigramma/docs/servizio_infermieristico/innovazioni/pres_carico_dialisi_allegato.pdf
- Articolo giornale Trieste: <http://www.triesteallnews.it/2016/02/20/sinergia-tra-ospedale-e-territorio-per-assicurare-una-presenza-in-carico-sicura-della-persona/>
- Articolo dialisi nell'anziano: <http://dialisiperitoneale.org/2017/11/07/dialisi-peritoneale-o-emodialisi-nellanziano-fragile-scelta-tra-due-demoni/>
- DP nell'anziano articolo internazionale: *Kidney Int.* 2017 Feb;91(2):294-303. doi: 10.1016/j.kint.2016.08.026. Epub 2016 Oct 20. Peritoneal or hemodialysis for the frail elderly patient, the choice of 2 evils? [Brown EA¹](#), [Finkelstein FO²](#), [Iyasere OU³](#), [Kliger AS⁴](#).
- DP nei pazienti con gravi problemi assistenziali a Belluno: <http://corrierealpi.gelocal.it/belluno/cronaca/2016/03/29/news/pazienti-gravi-la-dialisi-si-fa-in-casa-di-riposo-1.13209378>
- BP GDS DP: <http://dialisiperitoneale.org/2017/07/18/la-prescrizione-dialitica-in-dialisi-peritoneale/>
- BP GDS DP: <http://dialisiperitoneale.org/2017/07/17/ultrafiltrazione-peritoneale-nello-scompenso-cardiaco/>
- BP GDS DP: <http://dialisiperitoneale.org/2017/07/17/adequatezza-dialitica-in-dialisi-peritoneale/>
- BP GDS DP: <http://dialisiperitoneale.org/2017/07/17/valutazione-funzionale-della-membrana-peritoneale/>
- BP GDS DP: <http://dialisiperitoneale.org/2017/07/18/capd-vs-apd/>
- Articolo internazionale sulle infezioni: *Perit Dial Int.* 2011 Nov-Dec;31(6):614-30. doi: 10.3747/pdi.2011.00057. Epub 2011 Aug 31. ISPD position statement on reducing the risks of peritoneal dialysis-related infections. [Piraino B¹](#), [Bernardini J](#), [Brown E](#), [Figueiredo A](#), [Johnson DW](#), [Lye WC](#), [Price V](#), [Ramalakshmi S](#), [Szeto CC](#).
- DP e addestramento nell'anziano: <http://www.nephromeet.com/web/procedure/protocollo.cfm?List=WsIdEvento,WsPageNameCaller&c1=00059&c2=%2Fweb%2Feventi%2FNEPHROMEET%2Findex%2Ecfm>

ALLEGATO 1 - VALUTAZIONE DEI BISOGNI ASSISTENZIALI DEI PAZIENTI IN DP

Le Scale o Indici di valutazione sono strumenti validati, sensibili, specifici, condivisi, documentabili e confrontabili che rendono oggettive e riproducibili le valutazioni dei bisogni assistenziali della persona assistita e dei *caregiver*. Tali strumenti sono citati nel PNC 2016 e nel Piano Sanitario Regionale del Veneto e dell'Emilia Romagna. Le scale di valutazione, attraverso una analisi multidimensionale della persona che comprende l'aspetto funzionale-organico, cognitivo-comportamentale, socio-relazionale e valoriale permettono di standardizzare il linguaggio, la modalità di osservazione dei problemi e il monitoraggio nel tempo, favoriscono il passaggio di informazioni e la comunicazione all'interno del team di cura.

Di seguito sono indicate alcune delle Scale che possono essere utilizzate per la valutazione clinico-assistenziali del paziente:

- **BARTHEL INDEX**

Valuta il grado di dipendenza assistenziale sia fisico che verbale. Considera 10 attività di base di vita quotidiana (ADL): alimentazione - fare il bagno - igiene personale - vestirsi - controllo retto - vescica - trasferimento in bagno - sedia - letto - deambulazione - salita e discesa scale, varia da 0 a 100

- **MNA** (*Mini Nutritional Assessment*)

Valuta il rischio malnutrizione e ne permette il monitoraggio, si basa sul calo di peso involontario, l'apporto di nutrienti, il BMI, l'autonomia e le malattie concomitanti, varia da 0 a 30.

- **CBI** (*Caregiver Burden Inventory*)

Misura il carico assistenziale del *caregiver*, con approccio multidimensionale su 5 aspetti diversi di stress: temporale, di aspettative, fisico, sociale, emozionale, varia da 0 a 20.

- **NRS** (*Numerical Rating Scale*)

Valuta la presenza di dolore fisico ed emotivo, varia da 0 a 10.

- **CONLEY**

Misura il rischio di cadute considerando episodi pregressi e il decadimento cognitivo, varia da 0 a 10.

- **BRASS** (*Blaylock Risk Assessment Screening*)

Valuta condizioni di vita e supporto sociale, livelli di autonomia o dipendenza ADL, deficit fisici, sensoriali e comportamentali, problemi clinici, farmaci assunti e numero di ricoveri pregressi, varia da 0 a 40. Strumento utile per le dimissioni protette ed inserimento nella residenzialità.

- **Val.Graf.FVG**

Strumento di valutazione multidimensionale in uso e deliberato in FVG dal 2007 per la presa in carico complessa a domicilio e per la valutazione dei bisogni delle persone ospiti delle residenze per anziani. La compilazione della scheda Val.Graf. produce in automatico varie scale di valutazione: Katz (indice di dipendenza nelle attività di vita quotidiana) *Barthel*, *CPS* (*Cognitive Performance Scale*), *DRS* (*Depression Rating Scale*), Norton (lesioni da pressione), *NRS*, a breve anche *LAPMER* (*Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation*) e *CDR* (*Clinical Dementia Rating Scale*).

ALLEGATO 2 - JOB DESCRIPTION DEL MEDICO NEFROLOGO

Attività in pazienti incidenti

1. Follow-up ambulatoriale del paziente affetto da uremia terminale e definizione della scelta condivisa del trattamento sostitutivo.
2. Confronto con i colleghi chirurghi atto a definire la fattibilità e la modalità della procedura di posizionamento del catetere peritoneale in pazienti con controindicazioni relative (es. portatori di ernie, laparocoele).
3. Posizionamento catetere peritoneale (comprensivo del percorso di programmazione condiviso con il pre-ricovero chirurgico).
4. Valutazione eventuali criticità durante il *break-in* (dall'inserimento del catetere all'inizio della DP).
5. Programmazione della tempistica di avvio del trattamento dialitico peritoneale (pianificazione del training domiciliare, gestione di eventuali criticità durante il *training*, stesura piano dialitico).
6. Prima valutazione ambulatoriale dopo l'avvio del trattamento dialitico (verifica del grado di apprendimento, conferma del piano dialitico, rivalutazione terapeutica e dietetica, programmazione test di efficienza dialitica e trasporto peritoneale).
7. Valutazione ambientale domiciliare (visita pre- o post-*training* ad opera del medico e/o dell'infermiere).
8. Valutazione dopo 1-2 mesi dall'avvio della DP dei test di adeguatezza dialitica e trasporto peritoneale per il controllo della prescrizione.

Attività in pazienti prevalenti

1. Briefing periodico (possibilmente giornaliero) di staff DP.
2. Valutazione possibilmente giornaliera del medico e/o dell'infermiere del portale per il monitoraggio da remoto delle sedute dialitiche per singolo paziente e gestione delle criticità eventuali.
3. Briefing mensile di staff DP (finalizzato alla revisione delle procedure e all'analisi di eventuali criticità nel percorso di cura).
4. Visite ambulatoriali mensili (visita medica/ medicazione catetere/revisione piano dialitico/revisione terapia farmacologica/eventuale stesura piani terapeutici).
5. Visite domiciliari mensili (visita medica, medicazione exit-site catetere, revisione del piano dialitico e della terapia farmacologica, eventuale stesura di piani terapeutici).
6. Valutazione trimestrale degli indici di adeguatezza dialitica con utilizzo di software dedicati ed eventuale simulazione della prescrizione.
7. Visita medica in corso di infezione exit-site del catetere.
8. Visita medica in corso di peritonite (applicazione protocollo di trattamento e successive rivalutazioni del paziente fino a risoluzione del quadro).
9. Visita medica in caso di malfunzionamento del catetere peritoneale.
10. Programmazione iter diagnostico e strumentale per l'immissione in lista trapianto renale (informazione del paziente, illustrazione e spiegazione dell'informativa allegata al modulo di consenso, valutazione esami, compilazione cartella NITp).

Fabbisogno orario

1. Media delle ore complessive per attività relative all'inserimento nel programma di DP di nuovi pazienti necessarie per percorso di colloqui orientativi, preparazione all'inserimento in lista di trapianto, training, inizio trattamento e visita a domicilio post-training: 18 ore per paziente, da moltiplicare per il numero di pazienti incidenti di ciascun centro.
2. Media delle ore complessive per attività relative alla gestione di pazienti prevalenti, calcolata in un anno di *follow-up* per paziente per eseguire visite di controllo pianificate, prescrizione trattamento mensile, calcolo di efficienza dialitica 4 volte all'anno e PET una volta all'anno, controllo e supporto telefonico, valutazione composizione corporea con bioimpedenza e antropometria: 18 ore per paziente, da moltiplicare per il numero di pazienti prevalenti di ciascun centro.
3. Media delle ore complessive per attività non pianificate urgenti ambulatoriali, in regime di ricovero, in DH per peritoniti, infezioni dell'exit-site, prelievi extra, sedute dialitiche in regime di ricovero, profilassi antibiotica per manovre invasive: circa 180 ore per un programma di DP di 30 pazienti.
1. Media delle ore complessive per attività di tipo organizzativo: passaggio consegne, riunioni periodiche mensili per condivisione casi clinici e problematiche, utilizzo software di registrazione attività, cartella clinica e tele monitoraggio: circa 450 ore per un programma di 30 pazienti.

Esempio: programma di 15 incidenti e 30 prevalenti = 1440 ore = 1 medico a tempo pieno esclusivamente dedicati, da valutare poi le caratteristiche organizzative del servizio che possono aumentare i fabbisogni: sedi di erogazione multiple, progetti educativi e di aggiornamento, copertura del servizio per 12 ore, pronta disponibilità.

ALLEGATO 3 - JOB DESCRIPTION INFERMIERE DEDICATO ALLA DP

Attività in pazienti incidenti

1. Colloqui orientativi per la scelta condivisa della metodica con dimostrazioni pratiche.
2. Preparazione all'intervento di posizionamento di catetere peritoneale: istruzioni generali, tampone nasale somministrazione e firma consensi, compilazione e verifica documentazione, preparazione del materiale da utilizzare in sala operatoria.
3. Post-intervento in corso di break-in, lavaggi peritoneali e medicazioni, inizio attività di addestramento pratico e programmazione.
4. Inizio DP: richiesta materiali, contatti con le ditte e con il provveditorato, training dei pazienti autonomi e dei *caregiver*, eventuale formazione di secondo *caregiver*.
5. Visita post-training a domicilio, controllo in ambiente domestico delle condizioni e dello stoccaggio del materiale.
1. Attività in pazienti prevalenti
 1. Visita mensile ambulatoriale (in affiancamento al medico).
 2. Visita mensile a domicilio (in affiancamento al medico).
 3. Controllo giacenze del paziente e ordine mensile materiali.
 4. Controllo giornaliero dei pazienti in telemonitoraggio tramite il portale per la valutazione della DP (telemedicina) e telefonate di controllo per verifica e risoluzione delle problematiche.
 5. Cambio set di raccordo (ogni 6 mesi).
 6. Raccolta liquidi per verifica clearance (ogni 3 mesi), esecuzione PET in tutti i pazienti (1 all'anno).
 7. Completamento della raccolta e verifica della documentazione per inserimento in lista trapianto.
 8. Risposta a telefonate non pianificate da parte dei pazienti.
 9. Contatto della ditta per ordinazione e ritiro eventuali sostituzioni cyclor.
 10. Inserimento dati in cartella clinica.
 11. Controllo composizione corporea con bioimpedenza.
 12. APD e CAPD in altro reparto e in regime di ricovero.
 13. APD e CAPD in ambulatorio o DH.
 14. Riordino e controllo magazzino di reparto: verifica scadenze e ordinativi.
 15. Applicazione protocollo peritonite: diagnostica, terapia e prevenzione ricadute con re training.
 16. Profilassi antibiotica nelle manovre diagnostiche invasive a rischio potenziale di infezione.
 17. Prelievi ematici extra routine.
 18. Medicazioni ambulatoriali per sospette infezioni. Trattamento infezioni exit-site, medicazioni ed eventuale terapia antibiotica infusiva.
 19. Briefing e *debriefing* giornaliero inizio e fine turno, riunioni mensili di revisione casistica e procedure.
 20. Attività didattica, progettuale ed ECM.

Fabbisogno orario

1. Attività relative all'inserimento nel programma di nuovi pazienti in ore complessive necessarie per percorso di colloqui orientativi, preparazione all'inserimento in lista di trapianto, training, inizio trattamento e visita a domicilio post-training: 60 ore per paziente, da moltiplicare per il numero di pazienti incidenti di ciascun centro.
2. Attività relative alla gestione di pazienti prevalenti, ore calcolate in un anno di follow-up per paziente per eseguire visite di controllo pianificate, controllo giacenze e ordinazioni mensili di materiale, calcolo di efficienza dialitica 4 volte all'anno e PET una volta all'anno, cambio set due volte all'anno, controllo e supporto telefonico, bioimpedenza: 50 ore per paziente, da moltiplicare per il numero di pazienti prevalenti di ciascun centro.
3. Attività non pianificate urgenti ambulatoriali, in regime di ricovero, in DH per peritoniti, infezioni dell'exit-site, prelievi extra, sedute dialitiche in regime di ricovero, profilassi antibiotica per manovre invasive: circa 750 ore per un programma di DP di 30 pazienti.
4. Attività di tipo organizzativo: passaggio consegne, riunioni periodiche mensili per condivisione casi clinici e problemi, controllo gestione e riordino di ambulatori e magazzino, utilizzo software di registrazione attività, cartella clinica e telemonitoraggio: circa 1000 ore per un programma di 30 pazienti.

Esempio: programma di 15 incidenti e 30 prevalenti = 4150 ore = 2.7 infermieri a tempo pieno esclusivamente dedicati, da valutare poi le caratteristiche organizzative del servizio che possono aumentare i fabbisogni: sedi di erogazione multiple, progetti educativi e di aggiornamento, copertura del servizio per 12 ore, pronta disponibilità.

ALLEGATO 4 - DATI EPIDEMIOLOGICI

TABELLE DI ANALISI EPIDEMIOLOGICA REGIONALE SULLA POPOLAZIONE IN DIALISI, ANALISI DELLE CARATTERISTICHE DI POLIPATOLOGIA, ETÀ E BASSO REDDITO CHE POSSONO RICHIEDERE ELEVATI BISOGNI ASSISTENZIALI.

Prevalenza di periodo per l'anno 2016

1) Soggetti con data di incidenza <= 31/12/2016, vivi e residenti in FVG almeno 1 giorno del 2016

1) Soggetti prevalenti in dialisi nel 2016 (ultima terapia successiva all'ultimo evento) **ESCLUSI i soggetti con ultima dialisi entro 30 giorni da intervento**

N. soggetti	
HD	989
PD	154
Totale	1143

2) Analisi delle fragilità dei 1.143 soggetti

	ETA'		PLURIPATOLOGIA								REDDITO BASSO	
	N° soggetti	%	N° soggetti	%	N° soggetti	%	N° soggetti	%	N° soggetti	%	N° soggetti	%
UNDER 75	630	55,12%	255	22,31%	61	5,34%	38	3,32%	79	6,91%	167	14,61%
OVER 75	513	44,88%	210	18,37%	59	5,16%	49	4,29%	115	10,06%	90	7,87%
Totale	1143	100%	465	40,68%	120	10,50%	87	7,61%	194	16,97%	257	22,48%

2a) Analisi età-pluripatologie: massimo livello di dettaglio

	UNDER 75		OVER 75		Totale	
	N° soggetti	%	N° soggetti	%	N° soggetti	%
DIALISI	299	26,16%	199	17,41%	498	43,57%
DIALISI-DIABETE	171	14,96%	116	10,15%	287	25,11%
DIALISI-DIABETE-ICTUS	19	1,66%	21	1,84%	40	3,50%
DIALISI-DIABETE-ICTUS-RT	0	0,00%	5	0,44%	5	0,44%
DIALISI-DIABETE-IMA	32	2,80%	24	2,10%	56	4,90%
DIALISI-DIABETE-IMA-ICTUS	3	0,26%	4	0,35%	7	0,61%
DIALISI-DIABETE-IMA-ICTUS-RT	2	0,17%	0	0,00%	2	0,17%
DIALISI-DIABETE-IMA-RT	4	0,35%	4	0,35%	8	0,70%
DIALISI-DIABETE-RT	24	2,10%	36	3,15%	60	5,25%
DIALISI-ICTUS	11	0,96%	11	0,96%	22	1,92%
DIALISI-ICTUS-RT	1	0,09%	6	0,52%	7	0,61%
DIALISI-IMA	15	1,31%	21	1,84%	36	3,15%
DIALISI-IMA-ICTUS	1	0,09%	2	0,17%	3	0,26%
DIALISI-IMA-ICTUS-RT	1	0,09%	0	0,00%	1	0,09%
DIALISI-IMA-RT	3	0,26%	4	0,35%	7	0,61%
DIALISI-RT	44	3,85%	60	5,25%	104	9,10%
Totale	630	55,12%	513	44,88%	1143	100,00%

2b) Analisi età-pluripatologie: sintesi

	UNDER 75		OVER 75		Totale	
	N° soggetti	%	N° soggetti	%	N° soggetti	%
DIALISI	299	26,16%	199	17,41%	498	43,57%
DIALISI-PLURIPATOLOGIA	331	28,96%	314	27,47%	645	56,43%
Totale	630	55,12%	513	44,88%	1143	100,00%

2c) Analisi età-pluripatologie-reddito

	UNDER 75		OVER 75		Totale	
	N° soggetti	%	N° soggetti	%	N° soggetti	%
DIALISI	214	18,72%	164	14,35%	378	33,07%
DIALISI-REDDITO BASSO	85	7,44%	35	3,06%	120	10,50%
DIALISI-CRONICITA'	249	21,78%	259	22,66%	508	44,44%
DIALISI-CRONICITA'-REDDITO BASSO	82	7,17%	55	4,81%	137	11,99%
Totale	630	55,12%	513	44,88%	1143	100,00%

