

ATTI DELLA GIUNTA REGIONALE
DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 15 dicembre 1987, n. 7940.
Approvazione piano per l'adeguamento e la riorganizzazione dei servizi di emodialisi nel Lazio.

Publicata sul Supplemento ordinario n. 1 al "Bollettino Ufficiale" n. 29 del 20 ottobre 1988

LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta dell'assessore alla sanità, igiene e ambiente;

Vista la deliberazione n. 268 del 3 dicembre 1986 del Consiglio regionale, vistata per l'ulteriore corso dalla Commissione di controllo sull'amministrazione regionale con verbale n. 769/57 del 18 dicembre 1986, con la quale veniva approvato il piano operativo di adeguamento e di riorganizzazione dei servizi di emodialisi e trapianto renale nel Lazio, dando mandato al comitato tecnico scientifico per la programmazione sanitaria di sottoporre a ulteriore verifica il piano al fine di renderlo più rispondente alle esigenze dell'utenza e di proporre alla Giunta regionale eventuali modifiche al piano stesso;

Constatato che il comitato tecnico scientifico per la programmazione ha completato il proprio lavoro approvando uno schema di piano che viene allegato alla presente delibera della quale fa parte integrante e sostanziale (allegato costituito da 74 pagine);

Ritenuto che si rende necessario approvare tale piano;
all'unanimità:

Delibera:

di approvare il piano per l'adeguamento e la riorganizzazione dei servizi di emodialisi nel Lazio così come elaborato, dopo la verifica, dal comitato tecnico scientifico per la programmazione allegato alla presente deliberazione della quale forma parte integrante e sostanziale.

Il Presidente

LANDI

La Commissione di controllo sull'amministrazione regionale ha consentito l'ulteriore corso nella seduta del 12 febbraio 1988, verbale 835 / 163.

REGIONE LAZIO

COMITATO TECNICO - SCIENTIFICO PER LA PROGRAMMAZIONE SOCIO – SANITARIA PIANO DI PROGRAMMAZIONE REGIONALE PER LA PREVENZIONE, DIAGNOSI E TERAPIA DELL'INSUFFICIENZA RENALE CRONICA E PER LA ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI DI DIALISI E TRAPIANTO RENALE NELLA REGIONE LAZIO.

PREMESSA.

L'insufficienza canale cronica è quella condizione clinico patologica che si manifesta quando i reni perdono progressivamente le loro funzioni fino alla incapacità a garantire la sopravvivenza del paziente; ciò si realizza in un periodo variabile di tempo a seconda della eziologia, talora rapidamente talora lentamente in maniera insidiosa, senza sintomi clinici premonitori. Quindi se non trattata l'insufficienza renale cronica terminale rappresenta una sicura causa di morte; i reni però, a differenza di altri organi, possono essere sostituiti da un organo artificiale. Il rene artificiale, in questo contesto, rappresenta un primo tentativo che abbia avuto successo nella sostituzione delle funzioni di un organo vivente.

Numerose sono le condizioni cliniche che possono portare alla insufficienza renale cronica tra cui le più frequenti sono:

- la glomerulonefrite;
- la pielonefrite;
- la nefropatia policistica;
- l'ipertensione arteriosa;
- la nefropatia da farmaci;
- la nefropatia diabetica.

Attualmente nella Regione Lazio, come del resto in Italia, si deve constatare che molti pazienti affetti da insufficienza renale cronica in fase terminale avrebbero potuto, con un'opera di prevenzione e di diagnosi precoce, non ammalarsi o guarire oppure sopravvivere per anni con una terapia conservativa.

Pertanto, il problema va affrontato tenendo conto dei seguenti momenti:

- prevenzione;
- terapia conservativa;
- terapia sostitutiva.

PREVENZIONE.

Si distingue in tre forme:

- 1) *primaria*: individuazione e rimozione delle cause di malattia e potenziamento dei fattori utili alla salute;
- 2) *secondaria*: diagnosi precoce della malattia;
- 3) *terziaria*: diagnosi precoce delle complicanze della malattia.

Per quanto riguarda le nefropatie, la prevenzione primaria può essere attuata su alcune:

- malattie eredo-familiari;
- malattie dismetaboliche;
- malattie da esposizione a tossici industriali o agricoli;
- malattie da farmaci.

Il programma sanitario regionale deve quindi prevedere, nel contesto di un programma organico generale a tutela della salute, l'attuazione:

- del registro delle malattie ereditarie;
- degli interventi in epoca preconcezionale attuati attraverso gli istituti di genetica e gli organi e presidi di base;
- del censimento delle lavorazioni a rischio con la costruzione di apposite mappe;
- dell'istituzione di registri dei dati ambientali e biostatistici attuati attraverso gli istituti o cliniche di medicina del lavoro e l'organizzazione ed il collegamento delle strutture sanitarie di base;

dell'educazione sanitaria (le scuole sono il luogo più adatto per l'educazione sanitaria attraverso un'opera di informazione fondata sul riconoscimento dei sintomi e sulle cause note delle nefropatie) rivolta sia agli alunni sia ai genitori;

dell'educazione sanitaria contro l'abuso di farmaci potenzialmente nefrotossici, in particolare di quelli contenenti fenacetina, pirazolone, acido acetil salicifico, nuovi antinfiammatori non steroidi ed alcuni antibiotici.

La prevenzione secondaria può essere attuata attraverso l'esecuzione di screenings, compiuti su fasce mirate di popolazione, utilizzando al meglio esami ed analisi che già vengono eseguiti di routine (in particolare esame delle urine, urinocoltura, misurazione del P.A.) o ampliando, con semplice aggiunta le indagini già codificate.

Si può intervenire nei seguenti momenti:

- a) nell'età scolare;
- b) nelle gravidanze;
- c) alla visita di leva;
- d) al momento dell'avviamento al lavoro;
- e) sulla popolazione ricoverata negli ospedali.

La prevenzione terziaria compete soprattutto ai servizi di nefrologia e di urologia degli ospedali. Gli ambulatori di nefrologia in particolare debbono avere anche il compito di impostare i protocolli per le indagini relative alla prevenzione primaria e secondaria e valutare i risultati con il conseguente inserimento dei pazienti in un programma di cura, mentre compito dei servizi di base - a livello di U.S.L. e di distretto è l'esecuzione pratica delle indagini epidemiologiche.

La possibilità di successo del programma di prevenzione poggia sui seguenti requisiti:

- a) una sufficiente divulgazione delle conoscenze scientifiche a vario livello;
- b) una idonea preparazione e responsabilizzazione degli operatori sanitari specifici (pediatri, medici scolastici, medici militari, ostetrici, medici del lavoro);
- c) la disponibilità di «tests» specifici (funzionali, morfologi- microbiologici) scelti tra i più facilmente eseguibili e meno costosi.

TERAPIA CONSERVATIVA.

La malattia una volta instaurata porta nel tempo al deterioramento della funzionalità renale: è in questo momento che deve iniziare la terapia conservativa che ha come obiettivo l'allontanamento della fase terminale.

Il medico nefrologo in questa fase deve attivare una opportuna terapia farmacologica e dietetica avvalendosi periodicamente di tutte quelle indagini che sono necessarie a diagnosticare precocemente eventuali aggravamenti.

TERAPIA SOSTITUTIVA

Una volta giunto alla perdita irreversibile della funzione renale il paziente va incontro ad un programma terapeutico integrato di dialisi (extracorporea, peritoneale) e di trapianto di rene (da vivente e da cadavere). Entrato nel programma di dialisi egli può rimanervi vita natural durante (70% dei casi) perché rifiuta o è giudicato non idoneo al trapianto. Se invece il paziente è idoneo ed è favorevole al trapianto (30% dei casi), il programma di dialisi, nel quale deve comunque essere immesso, rappresenta solo una fase di attesa-preparazione al trapianto oppure in caso di insuccesso un mezzo di recupero e reinserimento nel sistema integrato ove può attendere un nuovo trapianto.

In questi anni sia la dialisi, sia il trapianto sono stati perfezionati da notevoli acquisizioni scientifiche e tecniche: l'insufficienza renale può giovare di un'ottima e duratura sostituzione artificiale o naturale della funzione.

L'impiego della dialisi è previsto fondamentalmente per:

- a) insufficienza renale cronica in genere reversibile.

Viene attuata con variabile ciclicità finché cessano le cause che hanno temporaneamente compromesso la funzione renale. Non è possibile stabilirne con esattezza il fabbisogno ma è importante che nell'ambito delle strutture idonee siano riservati posti dialisi per accogliere e trattare tali pazienti;

- b) insufficienza renale cronica non reversibile.

Il trattamento dialitico in questi casi viene eseguito a tempo indeterminato utilizzando tecniche varie tuttora in evoluzione.

L'applicazione del trattamento dialitico è possibile oggi con modalità alternative nell'ambito di quattro livelli di intervento terapeutico, con possibilità per i pazienti di mobilità da un tipo all'altro in base alle mutevoli esigenze cliniche, psicologiche e socio lavorative:

- dialisi ospedaliera ad alta assistenza;
- dialisi ospedaliera di routine;
- dialisi ad assistenza limitata;
- dialisi domiciliare.

Di particolare interesse ed attualità e quindi da incentivare sono le ultime due modalità citate:

la dialisi domiciliare si può effettuare quando vi siano indispensabilmente una situazione clinica stabile, capacità e possibilità da parte del paziente di essere in grado di gestire autonomamente la seduta dialitica, la collaborazione di un familiare o altro partner e la disponibilità di un domicilio adatto;

la dialisi ad assistenza limitata è una alternativa a quella domiciliare per lo stesso tipo di paziente, quando non esistono le condizioni di collaborazione dei familiare e/o l'idoneità del domicilio.

Si intende per Centro ad assistenza limitata (C.A.L.) una struttura dove i pazienti provvedono direttamente all'esercizio della dialisi con l'apporto collaborativo di personale infermieristico. La responsabilità clinica dei pazienti e della gestione dei Centro ad assistenza limitata competono ai centri ospedalieri di riferimento.

La dialisi domiciliare e ad assistenza limitata riducendo drasticamente l'assistenza infermieristica riducono il costo medio del trattamento del 40% circa. Entrambe aboliscono gli oneri di trasferimento casa-ospedale e facilitano il reinserimento socio-lavorativo dei pazienti.

Se pur in modo ineguale e disarmonico anche in Italia, come si vede dalle tabelle che seguono, i Servizi di dialisi si sono sviluppati tenendo conto delle varie alternative di trattamento (tab. 1 e 4, vedi pagine 5 e 8).

Dall'esame delle tabelle risultano evidenti marcate carenze della Regione Lazio a livello del trattamento sostitutivo non essendo stato adottato alcun provvedimento volto a realizzare la dialisi domiciliare e ad assistenza limitata.

L'incremento dei posti dialisi che si è avuto nella Regione Lazio si è realizzato soprattutto al di fuori delle strutture pubbliche con sedi a varia qualificazione.

TABELLA N. 1

SITUAZIONE SERVIZI DIALISI IN ITALIA AL 31 DICEMBRE - DAL 1979 AL 1984

REGIONI	Centri dialisi						Posti dialisi						Pazienti in trattamento					
	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1979	1980	1981	1982	1983	1984
Piemonte	18	19	19	19	19	19	260	295	305	332	353	361	1 049	1 185	1 326	1 439	1 466	1 583
Valle d'Aosta	-	-	1	1	1	1	-	-	12	10	13	15	-	-	14	26	33	37
Lombardia	33	35	37	38	39	41	493	548	590	631	671	730	2 064	2 310	2 551	2 769	3 000	3 129
Trentino-Alto Adige	5	5	5	5	6	6	66	66	71	83	80	94	188	198	212	210	224	252
Veneto	21	21	21	21	21	22	277	298	325	344	370	408	952	1 037	1 135	1 220	1 316	1 372
Friuli-Venezia Giulia	9	8	8	8	8	9	88	105	114	124	135	137	302	345	400	436	448	485
Liguria	10	11	12	12	12	12	119	130	143	139	155	156	361	379	438	480	488	498
Emilia-Romagna	14	14	14	14	14	14	208	241	270	306	337	353	806	913	993	1 122	1 229	1 324
Toscana	20	21	24	25	25	25	271	280	321	345	357	361	883	991	1 072	1 152	1 222	1 261
Marche	8	8	8	8	9	9	78	94	86	100	121	137	240	262	291	324	371	394
Umbria	4	4	4	4	4	4	39	39	45	47	46	55	182	213	227	245	267	270
Lazio	33	36	36	39	40	40	367	402	413	462	481	493	839	921	1 036	1 196	1 316	1 434
Abruzzo	8	7	8	9	12	12	69	68	73	80	91	95	211	227	263	276	305	333
Molise	1	2	2	2	2	2	15	22	32	37	37	41	50	65	80	85	97	116
Campania	38	43	48	53	65	76	404	452	518	524	635	743	773	941	1 145	1 309	1 478	1 694
Puglia	20	24	27	28	28	30	276	328	374	394	431	452	792	898	1 050	1 164	1 268	1 438
Basilicata	2	2	2	2	2	2	32	32	30	30	34	33	66	76	86	92	115	117
Calabria	9	11	11	12	12	12	105	132	139	153	159	166	347	389	454	490	540	568
Sicilia	35	43	49	51	55	59	381	498	576	636	704	766	944	1 136	1 385	1 594	1 784	1 989
Sardegna	8	10	11	12	13	14	76	89	106	130	134	151	236	273	357	422	483	532
Italia	296	324	347	363	387	409	3 624	4 109	4 543	4 907	5 344	5 737	11 285	12 759	14 515	16 051	17 450	18 826

SITUAZIONE AL 31 DICEMBRE 1985

REGIONI	Abitanti	Posti dialisi		Utilizzazione per posti dialisi				Pazienti in trattamento					
		Totale	Per mil.abitanti	Pazienti in emodialisi Osp. + A.L.	Coeff. (**)	Totale pazienti in emodialisi	Coeff. (**)	In dialisi	Per mil. abitanti	Con trapianto funzionale	Per mil. abitanti	Totale	Per mil. abitanti
Piemonte	4 479 031	395	88,19	1 301	3,29	1 427	3,61	1 647	367,71	247	55,15	1 894	422,86
Valle d'Aosta	112 353	15	133,51	35	2,33	37	2,47	37	329,32	11	97,91	48	427,22
Lombardia	8 891 652	775	86,92	2 350	3,03	2 760	3,56	3 308	372,30	751	84,46	4 059	456,50
Trentino-Alto Adige	873 413	87	99,61	248	2,85	255	2,93	273	312,57	82	93,88	355	406,45
Veneto	4 345 047	421	96,89	1 259	2,99	1 306	3,10	1 444	332,33	254	58,46	1 698	390,79
Friuli-Venezia Giulia	1 233 984	151	122,37	472	3,13	495	3,28	541	438,42	76	61,59	617	500,00
Liguria	1 807 893	161	89,05	482	2,99	489	3,04	539	298,14	120	66,38	659	364,51
Emilia-Romagna.	3 957 513	387	97,79	1 247	3,22	1 301	3,36	1 396	352,75	236	59,63	1 632	412,38
Toscana	3 581 051	377	105,28	1 210	3,21	1 270	3,37	1 330	371,40	111	31,00	1 441	402,40
Marche	1 412 404	140	99,12	406	2,90	407	2,91	450	318,61	46	32,58	496	351,70
Umbria	807 552	60	74,30	199	3,32	207	3,45	276	341,77	46	56,96	322	398,74
Lazio	5 001 684	543	108,56	1 504	2,77	1 507	2,78	1 534	306,70	175	34,99	1 709	341,68
Abruzzo	1 217 791	120	98,54	315	2,63	333	2,78	343	281,66	47	38,59	390	320,25
Molise	328 371	43	130,95	126	2,93	127	2,95	129	392,85	9	27,41	138	420,26
Campania	5 463 134	866	158,52	1 878	2,17	1 878	2,17	1 904	348,88	206	37,71	2 112	386,59
Puglia	3 871 617	474	122,43	1 537	3,24	1 545	3,26	1 608	415,33	197	50,88	1 805	466,21
Basilicata	610 186	33	54,08	125	3,79	126	3,82	129	211,41	11	18,03	140	229,44
Calabria	2 061 182	169	81,99	568	3,36	572	3,38	602	292,07	100	48,52	702	340,58
Sicilia	4 906 878	850	173,23	2 169	2,55	2 169	2,55	2 180	444,27	122	24,86	2 302	469,14
Sardegna	1 594 175	166	104,13	466	2,81	501	3,02	576	361,13	50	31,36	626	392,68
Italia	56 556 911	6 233	110,21	17 897	2,87	18 712	3,00	20 248	358,01	2 897	51,22	23 145	409,23

(*) Coefficiente di utilizzazione considerando solo pazienti ospedalieri e in assistenza limitata in emodialisi, emodiafiltrazione, emofiltrazione.

(**) Coefficiente di utilizzazione considerando anche i pazienti in emodialisi domiciliare.

TABELLA N°3

SITUAZIONE SERVIZI DI DIALISI IN ITALIA
(al 31 dicembre 1985)

REGIONI	Servizi dialisi		Posti dialisi		Pazienti in trattamento			
	Ospedale	A.L.	Ospedale	A.L.	Osped. +	A.L.	+ Domic.	+ Totale
Piemonte	20	16	284	111	1 011	300	336	1 647
Valle d'Aosta	1	1	10	5	24	11	2	37
Lombardia	43	38	583	192	1 869	504	935	3 308
Trentino-Alto Adige	5	5	60	27	175	74	24	273
Veneto	22	15	328	93	1 037	235	172	1 444
Friuli-Venezia Giulia	9	7	122	29	410	74	57	541
Liguria	12	2	150	11	459	23	57	539
Emilia-Romagna	14	36	228	159	813	452	131	1 396
Toscana	26	10	331	46	1 115	99	116	1 330
Marche	9	6	118	22	380	30	40	450
Umbria	4	3	50	10	181	23	72	276
Lazio	43	-	543	-	1 508	-	26	1 534
Abruzzo	13	1	118	2	315	2	26	343
Molise	2	2	30	13	88	38	3	129
Campania	88	-	866	-	1 883	-	23	1 906
Puglia	30	8	440	34	1 477	62	69	1 608
Basilicata	2	-	33	-	125	-	4	129
Calabria	12	2	157	12	543	27	32	602
Sicilia	67	1	847	3	2 164	6	10	2 180
Sardegna	15	1	163	3	458	8	110	576
Italia . . .	437	154	5 461	772	16 035	1 968	2 245	20 248

Per i servizi da cui è giunto aggiornamento abbiamo considerato validi i nostri dati d'archivio.

TABELLA N. 4

REGIONI	Abitanti	Pazienti in dialisi al 31/12/1984	MOVIMENTO DEI PAZIENTI IN TRATTAMENTO DIALITICO DURANTE IL 1985							
			Entrati	Trasferiti in	Trasferiti da	Nuovi paz. Per mil. Abit.	Usciti per			
							Trapianto (O.K. + doc.)	Terapia conserv.	Deceduti	
									H	%
A	B	C	D	E	F	G	H	%		
Piemonte	4 479 031	1 583	351	20	30	(76,13)	56	9	212	(11,02)
Valle d'Aosta	112 353	37	6	1	-	(62,30)	3	1	3	(6,82)
Lombardia	8 891 652	3 129	607	14	14	(68,27)	152	8	268	(7,17)
Trentino - Alto Adige Adige	873 413	252	62	3	6	(67,55)	14	3	21	(6,75)
Veneto	4 345 047	1 372	307	9	4	(71,81)	64	6	170	(10,10)
Friuli-Venezia Giulia	1 233 984	485	110	9	9	(89,14)	4	1	49	(8,24)
Liguria	1 807 893	498	153	14	15	(84,08)	23	2	86	(13,23)
Emilia-Romagna	3 957 513	1 324	269	7	12	(66,71)	50	4	138	(8,69)
Toscana	3 581 051	1 261	237	9	11	(65,62)	25	2	139	(9,29)
Marche	1 412 404	394	96	5	1	(70,80)	6	3	35	(7,09)
Umbria	807 552	270	56	8	5	(73,06)	10	-	43	(13,07)
Lazio	5 001 684	1 434	392	16	40	(73,58)	35	11	222	(12,32)
Abruzzo	1 217 791	333	58	8	4	(50,91)	13	2	37	(9,37)
Molise	328 371	116	21	6	2	(76,13)	1	-	11	(7,80)
Campania (*)	5 463 164	1 511	446	22	9	(84,02)	52	2	202	(10,25)
Puglia	3 871 617	1 438	362	22	8	(97,12)	45	2	159	(8,77)
Basilicata	610 186	117	24	8	11	(34,42)	1	-	8	(5,80)
Calabria	2 061 182	568	109	11	4	(56,28)	18	4	60	(8,77)
Sicilia (*)	4 906 878	1 738	436	22	9	(91,50)	31	12	243	(11,11)
Sardegna	1 594 175	532	106	4	3	(67,12)	18	1	44	(6,89)
Italia	56 556 911	18 392	4 208	-	-	(74,40)	62173	73	2 150	(9,51)

(*) I dati sono incompleti perché non sono stati considerati i pazienti dei Servizi da cui non ci sono pervenuti gli aggiornamenti:

Campania: 10 servizi (183/191), Sicilia: 9 servizi (251/279).

(B) Nei nuovi pazienti sono compresi i rientri in dialisi da terapia conservativa e dei trapiantati ante 1985.

(E) I nuovi pazienti sono stati calcolati: B + C - D.

PROPOSTE OPERATIVE.

Per una nuova programmazione circa la tutela dei nefropatici in generale e di quelli con insufficienza renale cronica, in particolare va tenuto conto di quanto in premessa e del fatto che si individua nella:

- a) prevenzione
- b) terapia conservativa;
- c) terapia sostitutiva (dialisi e trapianto),

i momenti fondamentali per attuare una linea di programmazione coerente e consequenziale.

In base a tale logica erano stati individuati alcuni Centri di riferimento ed era stato programmato un loro potenziamento per far fronte alla drammatica carenza di posti-dialisi nelle strutture pubbliche ricorrendo anche alla dialisi ed assistenza limitata e domiciliare.

Per la verità non molto è stato fatto, anche nel semplice campo adeguamento numerico e tecnologico delle attrezzature dialitiche e pochissimo nei campi altrettanto fondamentali della prevenzione e della terapia conservativa. Da allora il numero dei pazienti in dialisi è salito da 921 a circa 1650 e di questi almeno 1/3 è in attesa di trapianto.

L'attuale commissione, nel corso dell'anno 1985, ha compiuto numerosi sopralluoghi presso Centri dialisi privati e pubblici del Lazio, potendosi così rendere conto della situazione reale dei presidi di nefrologia-dialisi-trapianto.

Si ritiene che nel Lazio un equivoco di fondo abbia ingenerato un deterioramento della cultura nefrologica: tale equivoco risiede nell'aver identificato il medico emodializzatore con il medico nefrologo, in questo confortato da leggi perlomeno poco chiare, mentre in tutto il mondo la dialisi è ritenuta una branca pur fondamentale della nefrologia. E' necessario pertanto che il Centro di riferimento per la nefrologia e la dialisi venga diretto da un primario con la idoneità a primario di nefrologia medica ed un adeguato curriculum. Lo stesso dovrebbe valere anche per i primari che dirigono un servizio di dialisi e deve comunque essere tassativo per i servizi di nuova istituzione.

Sono individuati come Centri di riferimento chirurgici i centri di trapianto, con annesso servizio di dialisi che siano in grado di garantire in maniera continuativa in ambito regionale, oltre all'attività istituzionale, tutta la chirurgia del nefropatico sia generale, che connessa alla pratica emodialitica.

Da quanto detto in premessa derivano i requisiti e gli obblighi che dovranno possedere i Centri di riferimento per garantire al proprio bacino di utenza un'assistenza totale.

Attività ambulatoriale per la diagnosi e cura delle nefropatie mediche in generale, dell'ipertensione arteriosa, delle nefropatie ostruttive etc. Tale attività deve essere registrata su cartelle cliniche adeguate «problem oriented», in maniera omogenea in modo da poterne facilmente ricavare una «mappa nefrologica» regionale. La proiezione territoriale dell'attività ambulatoriale si realizza utilizzando le strutture socio-sanitarie territoriali.

Promozione di campagne di educazione sanitaria sia nelle scuole, che nei posti di lavoro «a rischio».

Letti di degenza autonomi (sia pure in numero limitato secondo l'ottica oggi prevalente della de-ospedalizzazione) sia per evitare inevitabili conflitti di competenze con altre divisioni, sia soprattutto per assicurare una adeguata assistenza nel caso di pazienti (anche di altri centri) che richiedano un particolare orientamento diagnostico e terapeutico (siano essi nefropatici in terapia conservativa che sostitutiva).

Posti dialisi sufficienti per assicurare l'emodialisi ospedaliera di routine, quella per pazienti acuti o cronici con particolari problemi clinici, l'attività di training per i pazienti idonei ad autogestirsi. Per questi ultimi dovrà essere sempre assicurata la possibilità di dialisi ospedaliera in caso di necessità. Tali requisiti devono essere posseduti anche dalle divisioni e servizi di nefrologia e dialisi.

Il presidio ospedaliero, sede di Centro di riferimento, deve avere le seguenti strutture atte a garantire un adeguato supporto alle prestazioni nefrologiche:

laboratorio di reparto o centralizzato in cui vengono eseguiti, oltre agli esami di routine, gli esami immunologici di base;
servizio di anatomia ed istologia;
servizio di radiologia con ecografia;
servizio di cardiologia e rianimazione;
servizio trasfusionale;
servizio di assistenza socio-sanitaria e psicologica;
divisioni di chirurgia in grado di garantire sia la chirurgia vascolare connessa alla pratica emodialitica, sia la chirurgia generale nel nefropatico.

Sia per la degenza, sia per la dialisi, il personale ausiliario, infermieristico e tecnico dovrà essere adeguato numericamente e costantemente aggiornato.

I requisiti di un Servizio autonomo di nefrologia e dialisi, non Centro di riferimento, sono limitati invece ad assicurare una dialisi ospedaliera ambulatoriale con un numero di posti-dialisi adeguato al bacino di utenza. L'ospedale deve garantire gli stessi supporti richiesti per i Centri di riferimento direttamente o per convenzione, ai quali il Servizio potrà rivolgersi in caso di necessità.

ATTIVITA' SCIENTIFICO-DIDATTICA E DI AGGIORNAMENTO.

La dotazione indicata, integrata eventualmente da altre apparecchiature specifiche, con l'osservazione clinica, i dati ricavati dall'analisi retrospettiva delle cartelle cliniche e di dialisi, le prove sperimentali connesse alla pratica dialitica consentono senz'altro una dignitosa attività di ricerca.

L'attività didattica dovrà essere rivolta verso il personale non medico promuovendo corsi periodici di aggiornamento teorico-pratico sia in nefrologia, sia in metodiche dialitiche.

L'aggiornamento professionale dovrà essere curato, oltre che con la partecipazione a corsi e congressi, attivando tutti i meccanismi che consentono interscambi di personale, soprattutto in favore dei medici più giovani sia in ambito regionale, sia nazionale ed internazionale. La Regione dovrebbe erogare annualmente un fondo ai Centri di riferimento finalizzato a quest'ultimo scopo, l'unico in grado di far compiere il salto di qualità auspicato.

Biennialmente un'apposita commissione deve valutare l'attività svolta dal Centro di riferimento ed esprimere un giudizio globale in base al quale potranno essere proposte sia riduzioni, che potenziamenti inerenti l'attività svolta.

Questo non deve impedire comunque il sorgere di iniziative che tendano a qualificare ulteriormente il servizio, quali appunto l'attività ambulatoriale di nefrologia, di ricerca e aggiornamento, l'avvio della dialisi autogestita e domiciliare.

Per tutti i centri dialisi pubblici e privati è obbligatoria la compilazione di cartelle cliniche e schede (rispettivamente annuali e per ogni singola seduta dialitica) come da allegati.

Tale documentazione potrà permettere l'accesso ai dati anagrafici e clinici relativi ai pazienti al fine dell'istituzione di un registro regionale di dialisi e trapianti.

PERSONALE NON MEDICO.

L'importanza del personale non medico nell'attuazione delle varie metodiche dialitiche è fondamentale come ben sanno tutti gli operatori medici del settore. La mancanza di una normativa precisa ha peraltro creato una grossa confusione a livello regionale e nazionale per cui sono stati conati termini diversi, che variano da ospedale a ospedale, e da Regione a Regione, per designare i medesimi contenuti in ordine alla qualifica ed alle responsabilità assistenziali (infermiere specializzato in dialisi, infermiere preparatore di dialisi, tecnico di dialisi ecc.). Ne è una riprova la Regione Lazio che distingue tra infermieri professionali, addetti alla dialisi e tecnici di dialisi come risulta dagli ultimi concorsi autorizzati in deroga.

In effetti l'infermiere addetto alla dialisi deve svolgere mansioni che obiettivamente rappresentano una specializzazione del ruolo dell'infermiere professionale, specializzazione che può essere acquisita solo dopo un periodo intensivo di addestramento tecnico e di contatto

costante con il malato e la sua particolare problematica; in pratica, questo è quanto è stato fatto dal 1965 in poi ed esistono ormai moltissime persone in possesso di una preparazione specifica, infermieristica e tecnica, di notevole entità anche se questo non è stato mai ufficialmente riconosciuto ed ha contribuito spesso a scatenare tensioni e contrasti inerenti alle mansioni da svolgere.

Per i motivi esposti è opportuno normalizzare tale situazione potenzialmente pericolosa identificando, in linea con quanto esposto da decreto del Presidente della Repubblica n. 1219 del 29 dicembre 1984 due profili professionali: tecnico di dialisi e capo-tecnico di dialisi; a questi profili si può accedere, essendo in possesso del titolo di collaboratore professionale di prima categoria del ruolo sanitario, dopo aver ottenuto il relativo diploma di specializzazione presso le sedi istituzionali.

Ovviamente va sanata la situazione esistente, istituendo concorsi riservati ad esaurimento per questi due profili a chi già operi nel campo della dialisi da almeno due e quattro anni rispettivamente e sia in possesso di diploma infermieristico. Il mantenimento della qualifica così conseguita è legata alla permanenza nell'area specifica.

La commissione regionale di vigilanza per l'esercizio dell'emodialisi nel Lazio, esaminato il *curriculum* del candidato verifica, attraverso un esame teorico-pratico l'idoneità a ricoprire la qualifica relativa e di conseguenza a rispettare il mansionario allegato, che finalmente tiene conto delle nuove tecnologie e dei rapporti conseguente che l'operatore deve avere con esse.

NORME PER LA STRUTTURAZIONE E L'ADEGUAMENTO DEI CENTRI DI RIFERIMENTO E DEI SERVIZI DI NEFROLOGIA E DIALISI.

1) I Centri di riferimento devono essere dotati di non meno di 10 letti di degenza nefrologica.

2) I Centri di riferimento così come tutti i servizi devono essere dotati di un posto dialisi per pazienti acuti e di due posti dialisi per pazienti HBsAg positivi.

3) Centri di riferimento dovranno essere dotati inoltre di un posto dialisi per il training per la dialisi domiciliare e di un posto dialisi riservato a pazienti già in dialisi domiciliare o in assistenza limitata le cui condizioni cliniche richiedano un rientro nel Centro di riferimento.

4) Il calcolo dei posti dialisi necessari viene compiuto tenendo conto di un rapporto di un apparecchio per tre pazienti uremici cronici comprendendo tra essi quelli in dialisi ad assistenza limitata e quelli HBsAg positivi.

5) L'assegnazione delle attrezzature per la dialisi domiciliare verrà effettuata a richiesta del centro interessato, fermo restando che è obbligatoria l'assegnazione di un posto dialisi per il training.

6) L'aumento della popolazione dialitica è rilevato, tenendo conto della mortalità, calcolando 74 nuovi pazienti per milione di abitanti per anno.

7) L'organico medico di un Centro di riferimento non può essere inferiore a: un primario, quattro aiuti, quattro assistenti.

8) L'organico medico di un servizio di HD non può essere inferiore a: un primario, tre aiuti, tre assistenti.

9) L'organico paramedico deve prevedere un infermiere professionale ogni tre pazienti in dialisi per turno e almeno un ausiliario ogni sette pazienti in dialisi per turno; inoltre ogni reparto di degenza deve avere in più l'adeguato organico paramedico di assistenza secondo il parametro minimo previsto per i settori di terapia subintensiva (delibera C.I.P.E. 20 dicembre 1984); questo in considerazione che i pazienti ospedalizzati, come detto in premessa, saranno pazienti ad alto rischio come: i dializzati con complicanze cardiovascolari gravi, infezioni peritoneali resistenti, pazienti con I.R.A. che necessitano di un monitoraggio continuo dei parametri vitali e di terapia intensiva.

10) L'organico paramedico di un centro ad assistenza limitata non deve essere inferiore a quello previsto per un servizio di nefrologia e dialisi.

- 11) Il personale paramedico è stato calcolato, salvo che per i centri ad assistenza limitata (in quanto in essi detto personale turna con quello del Centro di riferimento), con l'incremento dovuto per far fronte a ferie, malattie ed altre assenze.
- 12) L'individuazione dei Centri di riferimento si basa sui seguenti elementi:
- a) individuazione già avvenuta nel precedente piano (n° 499 del marzo 1983) essendo ancora persistenti i motivi della precedente scelta;
 - b) esistenza di un reparto di nefrologia medica ovvero di emodialisi che abbia già avviata una documentata attività nel settore in programmazione (nefrologia, dialisi domiciliare e/o assistenza limitata);
 - c) esistenza di un reparto di nefrologia e dialisi;
 - d) in mancanza dei motivi sopra menzionati, dalle caratteristiche di ubicazione della struttura ospedaliera nell'area.
- 13) La programmazione dei posti dialisi e dei letti di degenza nefrologica è basata sui seguenti presupposti:
- a) utilizzazione ottimale di tutti i posti dialisi esistenti indice di utilizzo minimo 3,0 (1 posto dialisi a 3 pazienti);
 - b) nessun aumento dei posti convenzionati, sia come nuova convenzione che come incontrollato aumento dei posti dialisi nelle strutture già convenzionate;
 - c) obbligo per le case di cura di garantire assistenza di degenza e soccorso di emergenza per i propri pazienti.
- 14) Collocazione di almeno il 20% dei nuovi ingressi nel programma, in dialisi domiciliare e in assistenza limitata, complessivamente.
- 15) Gli ospedali regionali di maggiore importanza debbono essere dotati di assistenza nefrologica.
- 16) L'ospedale regionale L. Spallanzani deve essere posto in condizioni di assistere in regime di ricovero o in temporanea assistenza ambulatoriale i pazienti infettivi per il periodo necessario ad evitare diffusioni epidemiche nei centri.
- 17) Gli spazi necessari all'adeguamento strutturale dei Centri di riferimento, se non disponibili direttamente, vanno ottenuti con la riconversione di ambulatori, servizi o divisioni con basso indice di utilizzo ovvero ove esistano duplicati funzionali nella stessa area.
- 18) Centro di riferimento per la nefrologia e dialisi pediatrica è quello già definito nella 499/83 e già attivato nell'ospedale pediatrico generale Bambin Gesù.
E' comunque necessario un censimento della popolazione dialitica esistente al di sotto dei 14 anni.
- 19) La ubicazione dei centri ad A.L. è a carattere indicativo e va valutata nella base della specifica distribuzione della popolazione dializzata e da dializzare (lista di attesa in trattamento conservativo).

STRUTTURA DEI SERVIZI DI NEFROLOGIA E DIALISI.

a) Servizi ospedalieri.

La concentrazione di un numero elevato di posti rene ed il tipo di trattamento fornito in sede ospedaliera richiedono strutture ed ambienti di una certa complessità: la disposizione dei locali deve tener conto, non solo dei flussi di personale e degli utenti e delle diverse necessità dei vari tipi di pazienti trattabili in una struttura ospedaliera (pazienti cronici, semplici e complicati, HBsAg positivi, insufficienti renali acuti, ecc.); ma anche delle attività di base del servizio (come l'archivio, luoghi per le visite, per le riunioni d'ufficio, laboratorio elettromeccanico per la manutenzione delle attrezzature).

Questi posti tecnici potranno essere situati in un unico locale, preferibilmente con separazioni parziali intercomunicanti fra gruppi di 4/6 letti, tenendo conto che l'ingombro minimo medio di una unità dialitica è di 4 mq ai quali devono essere aggiunti spazi che consentano l'esecuzione delle manovre abituali e di quelle di emergenza.

Inoltre devono essere disponibili locali separati (costituiti da 2 unità dialitiche, spogliatoi, servizi separati, disbrigo settico) per il trattamento dei pazienti HBsAg positivi.

Dovrà essere previsto un altro locale completo di servizi con la capienza di due posti rene per il trattamento di casi acuti o comunque complessi, le dimensioni minime di questo spazio dovrebbero tener conto delle particolari esigenze di questi casi (eventualmente necessità di impiego di un respiratore automatico e/o di monitoraggio cardiaca).

Ogni posto tecnico risulta costituito da:

- un preparatore singolo automatico, munito di pompa sangue e di pompa per infusione di eparina;
- un letto bilancia.

A monte dei vari «posti tecnici» occorre un impianto per il trattamento dell'acqua grezza (o di rete): deionizzazione o/e osmosi inversa.

L'impianto deve contare su due gruppi di preparazione dell'acqua demineralizzata posti in parallelo, per garantire continuità di erogazione dell'acqua trattata e su eventuale impianto di pressurizzazione (autoclave) e stoccaggio dell'acqua grezza, qualora la rete di alimentazione non garantisca costanti la pressione e la quantità di acqua erogata. La rete di distribuzione dell'acqua demineralizzata deve essere in PVC atossico, montata a vista, priva di «zone morte», dotata di cella conducimetrica per il controllo della resistività dell'acqua avviata ai preparatori automatici (la resistenza non può essere inferiore a 1.000.000 di Homs o superiore a un micro-Siemens).

Inoltre, la struttura dialitica si completa con:

due apparecchiature automatiche singole di riserva; locale per lo stazionamento di dette apparecchiature di riserva, adibito anche a laboratorio elettromeccanico per la manutenzione delle attrezzature;

locale adibito ad ufficio per caposala ed archivio documentazione clinica;

studio per il medico di servizio; sala visita per il controllo periodico dei pazienti;

locale per lo stoccaggio del materiale d'uso: occorre prevedere un'area almeno pari a quella della sala dialisi; spogliatoi e servizi per i pazienti in trattamento dialitico ambulatoriale; servizi per il personale di turno; disbrigo settico per la raccolta dei rifiuti e della biancheria sporca (separando HBs positivi da quelli negativi); locale adibito a laboratorio di analisi, con dotazione di: apparecchio per emogasanalisi, osmometro, termostato, frigorifero centrifuga tradizionale, centrifuga per ematocrito, microscopio; attrezzature per piccola chirurgia con lampada scialitica, strumento opportuno; carrello completo per rianimazione, munito di defibrillatore con oscilloscopio e registratore, pallone AMBU, laringoscopio e tubi per intubazione orotracheale.

NORME PER LA TUTELA DELLA ADEGUATEZZA DELL'ASSISTENZA ALLE NEFROPATIE MEDICHE.

Oltre a quanto già definito dalla legge regionale n. 39 del 30 aprile 1979 e a quanto enunciato nelle premesse generali del presente piano sui fini istituzionali e sulle caratteristiche proprie dei Centri di riferimento per la nefrologia e dialisi, vengono emanate le seguenti norme volte a garantire un adeguato livello di assistenza alle nefropatie.

1) Presso l'assessorato alla sanità della Regione Lazio, a cura e di concerto con l'osservatorio epidemiologico, è istituito il Registro regionale sulla dialisi ed il trapianto renale. Su tale Registro vanno inseriti tutti i soggetti che vengono immessi in un programma di dialisi cronica, secondo le norme altrove indicate ed i pazienti sottoposti a trapianto renale residenti nel Lazio.

Per ogni soggetto andrà registrato:

- a) le generalità complete;
- b) la residenza;
- c) l'attività professionale ultima svolta;
- d) l'attività lavorativa e l'incapacità lavorativa;
- e) il tipo di dialisi praticata ed il luogo di cura;
- f) la eventuale patologia di altri organi, oltre l'uremia;
- g) il Centro trapianto ove il paziente è in lista di attesa;

- h) la non idoneità a trapianto;
- i) la data ed il luogo del trapianto;
- l) l'esito del trapianto;
- m) il decesso e la causa di morte.

Le notizie relative vengono trasmesse obbligatoriamente ogni sei mesi al Registro regionale mediante apposito modello elaborato a cura del Registro.

Il mancato invio delle notizie richieste comporta, per le strutture convenzionate, la sospensione del pagamento delle prestazioni, e, in caso di recidiva, la sospensione della convenzione.

Per i Centri ospedalieri la comunicazione delle notizie suddette costituisce atto d'ufficio.

Le notizie raccolte dal Registro sono sottoposte ad elaborazione statistica a cura del Registro stesso.

Scopo del Registro è anche quello di costituire punto di riferimento e mezzo tecnico per la effettuazione di indagini statistiche ed epidemiologiche mirate a singoli settori connessi con le malattie renali, su proposta di singoli Centri di riferimento ed approvate dalla commissione di vigilanza allargata ai primari dei Centri di riferimento e all'osservatorio epidemiologico.

2) Tenendo conto del progressivo evolvere della terapia dialitica, la commissione regionale di vigilanza, completata di volta in volta da primari dei Centri di riferimento particolarmente cultori di un determinato settore della terapia stessa, definisce una volta l'anno gli standards necessari di dotazione tecnica e strutturale di cui deve essere fornito un Centro che effettui dialisi. Tali standards costituiscono riferimento per la programmazione di spesa in conto capitale per i centri ospedalieri ed obbligo di dotazione per le strutture dialitiche convenzionate.

3) Qualora per la realizzazione dei fini istituzionali di prevenzione, diagnosi e cura delle nefropatie mediche e della correlata attività scientifica, il Centro di riferimento di nefrologia e dialisi necessiti della disponibilità di esami e tests diagnostici che non risultino eseguibili presso la struttura ospedaliera di appartenenza né presso altre strutture della U.S.L. relativa al Centro di riferimento stesso, il primario del centro, mediante apposita relazione clinica e tecnico-scientifica, richiederà la disponibilità dei tests necessari alla U.S.L. cui appartiene il Centro stesso. Se l'esame o gli esami richiesti non risultino disponibili in modo adeguato e continuativo entro due mesi dal momento della richiesta presso struttura della U.S.L., questa dovrà provvedere entro e non oltre quattro mesi alla stipula di idonee convenzioni con altre strutture ospedaliere od universitarie che siano in condizioni di erogare le prestazioni con garanzie di livello tecnico adeguato e di continuità nel tempo.

Qualora per esami ad elevato contenuto tecnico o scientifico, possa o debba essere necessario ed opportuno ricorrere ad una unica struttura ospedaliera od universitaria nell'ambito della Regione, su segnalazione dei primari nefrologi interessati e dopo valutazione tecnico-scientifica operata dalla commissione regionale di vigilanza allargata ai primari che abbiano operato la segnalazione stessa, la struttura ospedaliera universitaria stessa verrà dichiarata dall'assessorato alla sanità Centro di riferimento della nefrologia regionale per la materia in esame, sentito il parere favorevole del primario ospedaliero o del direttore di cattedra che debba garantire la regolare erogazione della prestazione richiesta. L'onere finanziario relativo ad ogni esame erogato dal centro regionale verrà sostenuto da apposito finanziamento annuale predisposto dalla Regione a tal fine.

NORME PER IL CONTROLLO DELLA DIALISI CRONICA.

Al momento di immissione di un paziente in un programma di dialisi cronica il centro di nefrologia e/o dialisi che inizia il trattamento ne dà comunicazione, entro 15 giorni dalla prima dialisi, alla U.S.L. di appartenenza del paziente ed al Registro regionale di dialisi e trapianto.

La comunicazione deve contenere:

- a) le generalità complete del paziente;
- b) la sua residenza;
- c) l'ultima attività professionale svolta;
- d) la malattia renale accertata o presumibile che ha condotto alla dialisi.

Se il paziente viene posto in dialisi presso una struttura privata convenzionata la dichiarazione deve contenere l'elenco delle strutture pubbliche di dialisi che hanno dichiarato di non poter trattare il paziente.

Per ogni paziente in dialisi deve essere aperta una scheda sanitaria da parte della struttura che inizia il trattamento, la quale deve essere trasmessa in originale ad ogni centro ove il paziente possa successivamente trasferirsi.

Nella suddetta scheda debbono essere indicate:

- a) le generalità complete del paziente;
- b) la sua residenza;
- c) l'ultima attività professionale svolta;
- d) la malattia renale accertata o presumibile che ha condotto alla dialisi;
- e) il gruppo sanguigno;
- f) la condizione di positività o negatività per i markers della epatite B;
- g) la data della eventuale relativa vaccinazione ed il suo eventuale esito.

Nella scheda vanno riportati in modo succinto ma completo tutti gli atti clinici di rilievo inclusa la metodologia dialitica abituale, i trattamenti farmacologici incluse le emotrasfusioni e brevi commenti con periodicità non superiore ad un mese sulle condizioni generali e la capacità lavorativa.

Per ogni paziente di età inferiore a 55 anni deve essere indicato il centro trapianti presso cui il paziente è in lista di attesa e debbono essere registrati tutti gli atti periodici di controllo esperiti per mantenere il paziente in lista attiva di attesa.

La eventuale idoneità del paziente a trapianto deve essere chiaramente espressa e motivata e l'eventuale rifiuto del paziente a trapianto deve essere riportato, controfirmato dal paziente stesso.

La suddetta scheda non sostituisce la cartella clinica-diaria con le caratteristiche proprie della cartella clinica ospedaliera, ma ha il fine di costituire un documento di accompagnamento al paziente e di controllo regionale.

DIALISI DOMICILIARE.

Ogni paziente che venga immesso in un programma di dialisi cronica deve essere valutato ai fini dell'esercizio della dialisi domiciliare o ad assistenza limitata.

Detta valutazione deve essere effettuata dai Centri di riferimento per la nefrologia e dialisi: per i pazienti in trattamento presso strutture private convenzionate la valutazione viene effettuata dal Centro di riferimento competente per territorio. L'avvenuta valutazione deve risultare sulla scheda sanitaria e la eventuale non idoneità deve essere espressa sulla scheda sanitaria da parte del Centro di riferimento competente.

Immissione in dialisi domiciliare e ad assistenza limitata.

Ad ogni paziente che presenti idoneità fisica e psichica alla dialisi domiciliare (se disponibile partner idoneo) o alla assistenza limitata deve essere prospettata e adeguatamente illustrata la possibilità di effettuare i suddetti modelli di dialisi.

L'avvenuta proposta, effettuata dal Centro di riferimento competente per territorio, deve risultare sulla scheda sanitaria ed essere controfirmata dal paziente.

Se il paziente è consenziente il responsabile del Centro di riferimento ne dà comunicazione alla U.S.L. di appartenenza del paziente, alla U.S.L. cui appartiene il Centro di riferimento, al centro ove il paziente è in trattamento ed alla Regione al fine di anticipare la presumibile necessità di finanziamento.

Esperiti tali atti, viene avviato il necessario addestramento del paziente e del partner.

Se l'addestramento conferma l'attitudine e l'idoneità il Centro di riferimento conferma, ove necessaria, la necessità di finanziamento alla Regione, che eroga il fondo necessario, su un finanziamento predisposto annualmente in bilancio, alla U.S.L. cui fa capo il Centro di riferimento per l'atto di acquisto, il quale avviene su atti di gara già esperiti a tal fine, con acquisto sospeso. Al paziente viene erogata una cifra forfettaria per la esecuzione dei lavori di impianto da parte della U.S.L. di appartenenza.

Controllo amministrativo della dialisi domiciliare.

A) Al momento della ammissione in dialisi domiciliare il Centro di riferimento intesta al paziente una scheda amministrativa.

Essa contiene:

- a) le generalità complete del paziente;
- b) le generalità del partner;
- c) le generalità dei familiari o terzi autorizzati dal paziente al ritiro in sua voce del materiale di diagnosi;
- d) la indicazione dei locali destinati a dialisi nell'abitazione o altra sede indicata dal paziente;
- e) l'elenco delle attrezzature, incluse quelle accessorie, consegnate al paziente per la dialisi e la data di consegna.

Nella scheda vanno registrate:

- 1) le date di consegna del materiale di consumo ed il relativo numero progressivo di identificazione del Registro dei materiali di consumo per dialisi domiciliari di cui in appresso;
- 2) gli estremi tecnici di controllo e riparazione delle apparecchiature e relative date, controfirmate dal tecnico che esegue gli interventi;
- 3) il numero progressivo del bollettario di intervento tecnico, di cui in appresso.

B) Consegna del materiale di consumo.

Il paziente richiede il materiale di consumo necessario alla dialisi, anche per via telefonica, in giorni prestabiliti con il centro.

Su tali richieste il centro predispone bollettini di fornitura del materiale richiesto utilizzando i moduli di fornitura dei medicinali della farmacia ospedaliera.

Il materiale viene consegnato al paziente o a chi per lui dalla farmacia dell'ospedale ove ha sede il Centro di riferimento, sulla base di moduli compilati dal centro, controfirmati dal paziente per ricevuta.

Il materiale consegnato viene registrato dalla farmacia su apposito registro per il materiale di consumo per dialisi domiciliare.

Dalla registrazione deve risultare:

- a) la quantità di materiale consegnato per singola voce;
- b) la data di consegna;
- c) gli estremi dei moduli bollettari emessi dal centro (numero d'ordine e data);
- d) la firma di chi riceve e di chi consegna il materiale.

Ogni singola voce registrata è contrassegnata da un numero d'ordine progressivo a fianco, che viene riportato sulla scheda amministrativa del paziente.

Ogni sei mesi la farmacia esegue un conteggio globale di ogni singola voce di materiale di consumo; questo conteggio rimane accluso al registro.

C) Intervento tecnico sulle apparecchiature.

In caso di guasto accertato o sospetto delle apparecchiature, il paziente ne deve dare immediata comunicazione al Centro di riferimento, attenendosi quindi alle sue istruzioni.

Il centro provvede alla chiamata dei tecnici per la manutenzione.

Qualora trattasi di personale estraneo alla struttura ospedaliera (ditte produttrici di apparecchiature dialitiche) il centro nel richiedere l'intervento comunica il numero progressivo di apposito bollettario di intervento tecnico.

Su tale bollettario deve risultare:

la data della chiamata; il nome del paziente e l'ora di chiamata del paziente; il tipo di apparecchiatura; la presumibile natura del guasto segnalato.

Il numero progressivo del bollettario dovrà essere annotato da chi interviene sulla scheda amministrativa.

L'avvenuto intervento e il suo esito risulteranno anch'essi dalla scheda amministrativa.

NORME PER L'ESERCIZIO DELLA DIALISI AD ASSISTENZA LIMITATA.

I pazienti fisicamente e psichicamente idonei ad eseguire la dialisi domiciliare, ma privi di partner volontario o che abbiano una abitazione che non consenta la installazione di apparecchiature dialitiche, possono essere addestrati alla dialisi autogestita, che effettueranno, in luogo della dialisi domiciliare, presso apposite strutture decentrate, poste in prossimità della loro abitazione, con l'ausilio di un infermiere in luogo dei partner volontario. L'infermiere provvederà alla simultanea assistenza di altri pazienti secondo il rapporto 3:1 stabilito per il Centro di riferimento ospedaliero.

Tale struttura prende il nome di centro per la dialisi ad assistenza limitata (Centro ad A.L.), in quanto la dialisi è eseguita con la sola assistenza del personale paramedico, appositamente addestrato dal Centro di riferimento.

L'ubicazione ed il numero dei Centri ad A.L. sono indicati per ogni piano operativo triennale. Tali indicazioni hanno carattere orientativo di programmazione, in quanto i Centri ad A.L. debbono essere situati in punti rispondenti alla reale domanda dell'utenza, quale operativamente risulti al Centro di riferimento, così da consentire al maggior numero di pazienti la dialisi in prossimità dell'abitazione.

A tal fine è parimenti opportuna la creazione di più centri con limitato numero di pazienti (non oltre cinque posti dialisi) al fine di favorire una più capillare distribuzione sul territorio.

Tenuto conto dell'assimilazione alla dialisi domiciliare, i Centri ad A.L. non necessitano di strutturazione e ambientazione interna e di rispetto all'ambiente circostante a carattere ospedaliero. Essi consistono fondamentalmente in locali attrezzati al fine di eseguire dialisi a basso rischio.

Possono essere ricavati da ambienti destinati ad ambulatori di base, appartamenti ad uso abitazione, aree destinate a negozi o magazzini, purché suscettibili di consentire la presenza di persone (aerazione) e di consentire la installazione della impiantistica necessaria all'esercizio della dialisi.

Le aree funzionali di un Centro ad A.L. si elencano come segue:

- 1) area di ingresso e di attesa;
- 2) area di spogliatoio con impianti igienici per un numero non superiore ad otto persone;
- 3) area attrezzata per l'emodialisi, capace di accogliere un numero non superiore a cinque unità di dialisi;
- 4) area di impiantistica per la preparazione dell'acqua;
- 5) conservazione materiale;
- 6) medicheria.

Le aree 4 e 5 possono essere ricavate nella stessa area destinata a dialisi, mediante semplice separazione con pareti o porte pieghevoli.

Per ogni Centro A.L. deve essere predisposta una zona separata con proprio impianto igienico per eventuali pazienti HBsAg positivi. L'attrezzatura dialitica sarà installata solo al momento di richiesta dell'utenza.

L'andamento generale funzionale è controllato dal Centro di riferimento che è tenuto ad effettuare periodiche ispezioni.

A tal fine, sia presso il Centro ad assistenza limitata che presso il Centro di riferimento vengono istituiti il Registro di segnalazione clinica ed il Registro di segnalazione tecnica: su di essi vanno registrati data, ora, succinto riassunto dell'inconveniente segnalato; parimenti vanno segnalati i nominativi di chi segnala e di chi riceve la registrazione. Sul Registro per la segnalazione tecnica va anche immediatamente registrato il numero progressivo del bollettino di intervento tecnico, che verrà comunicato a chi dovrà effettuare l'intervento tecnico necessario.

Il materiale dialitico ed i farmaci necessari vengono riforniti, secondo un ritmo prestabilito, a cura del Centro di riferimento, che ne effettua periodica richiesta alla farmacia ospedaliera mediante gli appositi bollettari.

Ogni singola voce richiesta verrà registrata sul Registro per la dialisi ad assistenza limitata, con le stesse modalità previste per la dialisi domiciliare, a cura della farmacia ospedaliera.

Il trasporto e la consegna del materiale viene effettuato a cura della farmacia ospedaliera mediante automezzo della U.S.L. cui appartiene il Centro di riferimento. Il materiale viene accompagnato dai documenti di rito per le merci viaggianti.

L'infermiere più anziano presente nel Centro ad A.L. al momento della consegna ritira il materiale, firmando per ricevuta i bollettari emessi per ogni singola voce dal Centro di riferimento. Il nome dell'infermiere che ha ritirato il materiale viene riportato sul Registro per la dialisi ad assistenza limitata.

L'intervento dei tecnici su impianti ed apparecchiature va riportato sul Registro per le segnalazioni tecniche, con la firma del tecnico che ha eseguito l'intervento.

INCIDENZA, SUL PIANO, DI TERAPIE DIALITICHE ALTERNATIVE ALL'EMODIALISI.

Il piano regionale, per quanto attiene alla terapia dialitica, è basato sul computo di previsione del fabbisogno di posti dialisi, i quali sono tecnicamente definiti come unità funzionali attrezzate per l'esecuzione dell'emodialisi, essendo questa tecnica quella maggiormente utilizzata (mediamente in misura superiore all'85%).

Lo sviluppo di terapie alternative all'emodialisi, ma utilizzando comunque sistemi meccanici di dialisi (emofiltrazione, emodiafiltrazione, emoperfusione, dialisi peritoneale automatizzata) non modificano in alcun modo la previsione del piano, rimanendo tali terapie legate alla necessità di posto dialisi attrezzato, anche se con strumentazione differente.

Una maggiore utilizzazione della dialisi peritoneale ambulatoriale continua (CAPD) potrebbe portare ad una tendenziale riduzione del fabbisogno posti dialisi quando fosse raggiunta una presenza di pazienti in CAPD non inferiore al 10%, evenienza questa da verificare nel corso di attuazione del programma in quanto attualmente la CAPD incide sul totale in modo non significativo (Lazio: 1,30% al dicembre 1985).

PROGETTO DI PROGRAMMAZIONE DELL'ASSISTENZA DI NEFROLOGIA E DIALISI PER LA CITTA DI ROMA (da RM 1 a RM 20).

CONSIDERAZIONI PRELIMINARI.

Nefrologia.

La disponibilità strutturale attuale rende assai remota la possibilità di una adeguata assistenza alle nefropatie mediche, con la eccezione dei Bambin Gesù (Istituto a carattere scientifico); non esiste alcuna struttura corrispondente ai Centri di riferimento come descritti nelle premesse e l'assistenza nefrologica viene svolta di fatto da ospedali ed istituti universitari con disponibilità informali.

I dati appaiono assai carenti se raffrontati ai dati di Milano ove esistono non meno di sette strutture organizzate e funzionanti secondo i criteri indicati.

E' quindi evidente che senza un adeguamento non è possibile esercitare:

- 1) nessun programma di profilassi delle nefropatie e della uremia sul territorio;
- 2) nessun adeguato intervento di diagnosi e cura delle malattie renali, che a tutt'oggi rimane ancora genericamente affidato ai reparti e ambulatori di medicina generale;
- 3) nessun adeguato supporto alla insufficienza renale acuta, tenendo conto che la maggior parte degli ospedali generali sono privi in Roma di dialisi;
- 4) assistenza dialitica intesa come:
dialisi ospedaliera ad alta assistenza e di routine;
dialisi ad assistenza limitata;
dialisi domiciliare.

Ribadito che la separazione nefrologia-dialisi è disciplinarmente e culturalmente inaccettabile, e che pertanto è necessario impostare da subito un superamento della attuale anomala situazione, viene esaminata l'assistenza nefrologica e dialitica esistente nell'area di Roma.

A - Assistenza in ospedale.

I seguenti ospedali, a carattere regionale sia generale che specializzato, sono completamente privi di qualsiasi assistenza nefrologica e/o dialitica:

San Giovanni, Addolorata, San Filippo, Santo Spirito, Forlanini, Spallanzani, C.T.O., Oftalmico, San Gallicano, Nuovo Regina Margherita.

Il gruppo di ospedali comprende circa 10.600 posti letto e include sia reparti di medicina generale, sia reparti ad alto rischio per l'insufficienza renale acuta, come il centro ustioni del Sant'Eugenio, i centri di terapia intensiva, le traumatologie.

Particolare rilievo ha la mancanza di assistenza dialitica presso lo Spallanzani, il che impedisce il trattamento in isolamento adeguato di soggetti colpiti da malattie infettivo-contagiose e che necessitano di dialisi, soggetti che restano in dialisi presso i Centri in molti casi con grave rischio per gli altri pazienti.

B - Distribuzione dell'assistenza dialitica.

Fonte dei dati statistici:

per la popolazione: censimento 1981 - raffrontato con i dati offerti dalla rubrica SIP «Conosci Roma 1986»;

per la distribuzione dei servizi; censimento ANED 1985;

per i dializzati per circoscrizione di residenza: dati comunicati alla Regione.

1) Sono completamente prive di assistenza le zone:

RM/6, 8, 10, 13, 14 e 17;

abitanti: 798.846;

nuovi pazienti in dialisi per anno: 56,8 - in dialisi al secondo anno 108,45, al terzo anno 155,77.

2) Sono assistite da dialisi ospedaliera

RM/1, 3, 16 e 19;

abitanti 598.201;

nuovi pazienti per anno: 42 - in dialisi al secondo anno 79,27 al terzo anno 112,18.

3) Sono assistite da dialisi in convenzione solamente:

RM/2, 4, 7, 9, 11, 12, 15, 18 e 20;

abitanti: 1.546.359;

nuovi pazienti per anno: n. 101,16 - in dialisi al secondo anno 227, al terzo anno 298,79; RM/1, 16 e 19 hanno dialisi ospedaliera e convenzionata.

Indici utilizzati: nuovi pazienti 7,4/100.000 abitanti (media Italia-Lazio), uscita 11 %.

C - Distribuzione dei dializzati.

Dializzati per 100.000 abitanti in media 25, 19.

Distribuzione: essa sembra essere non uniforme ma raggruppata in aree vicine e differenti notevolmente fra loro per incidenza: non sembra agevole capire questo fenomeno.

1) Circoscrizioni con meno di 20 dializzati/ 10^5 abitanti: RM/7, 14, 15, 16 e 17.

2) Circoscrizioni con dializzati compresi fra 20 e 30 dializzati/ 10^5 abitanti: RM/6, 9, 10, 12 e 13.

3) Circoscrizioni con oltre 30 dializzati/ 10^5 abitanti: RM/2, 3, 4, 5, 8, 11, 18, 19 e 20.

D - Considerazioni sulle tabelle A ed E.

1) Circa 800.000 abitanti non hanno nella loro zona nessuna possibilità di assistenza.

Per converso, nella RM/16 vi è una elevata concentrazione di posti dialisi (3.015 abitanti/posto dialisi contro i 9.858 della media italiana) con un numero di dializzati residenti di soli $18/10^5$

2) Tra le aree senza assistenza vi sono la 6, 8 e 10, che sono tra quelle con più alto numero di dializzati.

3) Oltre 1,5 milioni di abitanti poggiano integralmente su dialisi convenzionata.

Conclusione: distribuzione casuale, non rispondente al bisogno ed eccessivamente basata su struttura convenzionata.

Ciò comporta:

1) la mancanza totale di possibilità di ricovero della gran parte di strutture convenzionate, con rischio per il paziente in caso di malattia intercorrente o di complicità uremica che esiga ricovero;

2) l'esistenza di una vasta popolazione con scarsa spinta alla dialisi domiciliare e sporadica preparazione al trapianto;

- 3) la caduta motivazionale e di richiesta per la utilizzazione della dialisi extra ospedaliera;
 4) la difficoltà ad una corretta programmazione.

E -L'area delle 20 circoscrizioni viene suddivisa in cinque aree funzionali:

- a) area uno: centro nord, abitanti 578.480: RM/1, 2, 4 e 17;
 b) area due: est, abitanti 682.090: RM/3, 5, 6, 7 e 8;
 c) area tre: centro sud, abitanti 602.372: RM/9, 10, 11 e 12;
 d) area quattro: sud ovest, abitanti 523.684: RM/13, 14, 15 e 16;
 e) area cinque: nord ovest, abitanti 447.696: RM/ 18, 19 e 20.

Ogni area fa capo ad un Centro di riferimento per la nefrologia e dialisi, individuato su una struttura pubblica di secondo livello.

N.B. - Per una corretta lettura delle tabelle, si tenga presente quanto segue.

La popolazione in dialisi (D) per ciascun anno viene, a partire dal 1985, così calcolata:

popolazione in dialisi dell'anno precedente meno l'11% (pazienti usciti dalla dialisi) più 74 nuovi pazienti per milione di abitanti, quindi secondo la formula:

$$D_{n+1} = D_n - 0.11 D_n + \alpha P_{n+1} \text{ per } D_m = D$$

La differenza tra popolazione in dialisi così calcolata, e popolazione in dialisi dell'anno precedente esprime la attesa di assistenza dialitica, cioè il numero effettivo di nuovi pazienti necessitanti di nuovi posti dialisi per ciascun anno.

Il fabbisogno in posti dialisi (f. L) per anno viene calcolato tenendo conto, a partire dal 1987, del passaggio annuale in dialisi domiciliare di un numero di pazienti pari al 10% dei nuovi pazienti sommato al numero dei pazienti passati in domiciliare negli anni precedenti nonché di un indice di utilizzazione dei posti dialisi (L) uguale a tre (un posto dialisi ogni tre pazienti), quindi secondo la formula:

$$L_n = D_n - \sum_{i=87}^n \alpha \times P_i \times 0.1 / 3 \text{ per } n \geq 87.$$

Dati:

a = tasso di incidenza nefropatie croniche da dializzare = 74×10^{-6} ;

P_n = popolazione media per area dell'anno n;

D_n = popolazione in dialisi anno n;

L_n = posti dialisi anno n.

Adeguamento posti dialisi primo anno: f.L al primo anno - posti dialisi già attivati, pubblici e privati.

TERAPIA DELL'UREMIA: TRAPIANTO.

La terapia dell'uremia terminale si avvale, oltre che della dialisi, del trapianto renale da donatore vivente o da donatore cadavere: i due presidi terapeutici non sono in alternativa o in contrapposizione, ma devono essere concepiti in modo da essere integrati o complementari nell'interesse dei pazienti.

In particolare solo il trapianto può essere considerato come terapia dell'uremia, perché rende all'organismo normale autonomia fisica e psichica essendo la dialisi un trattamento sostitutivo solo di alcune funzioni del rene.

D'altronde i recenti progressi dell'immunologia dei trapianti circa la conoscenza biologica del rigetto ed il conseguente perfezionamento della terapia immunosoppressiva hanno fatto del trapianto un corrente presidio terapeutico.

In particolare l'uso di nuovi farmaci immunosoppressori (ciclosporina-A, globuline antilinfocitarie) hanno enormemente migliorato i risultati ottenuti col trapianto, essendo ormai possibile ottenere il 90% di sopravvivenza del paziente e l'80-90% di funzione dei rene trapiantato ad un anno dall'intervento.

Inoltre la diminuzione del rischio dovuto alla terapia immunosoppressiva ha allargato i limiti d'età e diminuiti i requisiti clinici per accedere al trapianto: pertanto si può considerare che circa il 40% dei pazienti che entrano nel programma dialisi siano da trapiantare, escludendo i malati superiori ai 55 anni di età o affetti da patologie sistemiche associate.

Non ultimo, non è trascurabile anche l'aspetto economico essendo minore il costo del trapianto rispetto ad un trattamento dialitico cronico; inoltre solo con un programma integrato dialisi-trapianto sarà possibile fare fronte nel futuro all'indispensabile esigenza di trattare tutti i pazienti affetti da uremia cronica irreversibile anche sotto il profilo dell'impegno finanziario.

Oltre al trapianto di rene i progressi della terapia immunosoppressiva e della tecnica operatoria stanno estendendo le indicazioni per il trapianto di fegato e di pancreas, i quali, prevalentemente, vengono eseguiti dagli stessi Centri che effettuano quello di rene; pertanto si richiede una qualificazione altamente specifica per il personale che opera in tali Centri.

Inoltre la necessità di un'integrazione multidisciplinare rende preferibile che le strutture che operano trapianti siano solo quelle indispensabili per esaurire le necessità trapiantologiche, potendo in tal modo acquisire la necessaria esperienza ed alta specializzazione.

TRAPIANTO IN EUROPA ED IN ITALIA.

Nel 1984 sono stati eseguiti in Europa 7.724 trapianti, di cui 595 da donatore vivente, nello stesso periodo in Italia sono stati eseguiti 451 trapianti, di cui 53 da donatore vivente.

Per quanto riguarda l'attività di trapianto vi sono notevoli differenze nei vari paesi europei: Danimarca, Norvegia e Svezia hanno il più alto numero di trapianti annui rapportato alla popolazione (38.4, 38.1 e 41.1 per milione di abitanti); in Italia il rapporto è di 8/milione di abitanti, che è tra i più bassi in Europa.

Peraltro un dato poco confortante è che esso è aumentato molto poco negli ultimi anni a fronte del notevole aumento nelle suddette nazioni, che pure già in passato, avevano un alto numero di pazienti trapiantati a confronto con quelle sottoposti a dialisi.

Nel Lazio nel 1984 sono stati trapiantati 26 pazienti in Italia e 16 pazienti all'estero.

Nel Lazio attualmente vi sono 4 centri autorizzati al prelievo e trapianto di rene, tutti situati nelle strutture universitarie di Roma:

1) clinica chirurgica, Università cattolica S. Cuore, policlinico A. Gemelli (prof. G. C. Castiglioni);

2) Il clinica chirurgica, Università La Sapienza, policlinico Umberto I: servizio trapianti d'organo (prof. Cortesini);

3) Il clinica chirurgica, Università La Sapienza, policlinico Umberto L V patologia chirurgica (prof. Casciani);

4) IV patologia chirurgica, Università La Sapienza, policlinico Umberto 1 (prof. Stipa).

Al 31 dicembre 1984 i pazienti sottoposti ad emodialisi nel Lazio erano 1.434, di cui 387 avevano iniziato la dialisi nell'anno.

Calcolando che circa il 30% dei pazienti sia in condizioni cliniche idonee a ricevere un trapianto di rene, sarebbe stato necessario eseguire nel 1984 circa 400 trapianti, di cui circa 120 sui pazienti entrati in dialisi nello stesso anno 1984.

A fronte di tale numero necessario per smaltire la lista d'attesa sono stati eseguiti solo 79 trapianti, cioè solo il 20%, di cui molti su pazienti non in dialisi nel Lazio.

La disponibilità di donatori cadaveri è stata nel 1984 di 9 donatori, 6 provenienti dal policlinico Gemelli e 3 provenienti dall'ospedale S. Giovanni di Roma. 1 rimanenti trapianti sono stati eseguiti con reni prelevati da donatori viventi o reni da cadavere inviati da altre regioni italiane o da paesi stranieri.

Poiché le statistiche europee valutano in circa 12/milione di abitante i possibili donatori, nel Lazio la disponibilità di donatori cadaveri avrebbe dovuto essere di circa 60 donatori: in contrasto si è ottenuto solo un indice reale di 2/milione di abitanti.

Pertanto gli ostacoli reali che impediscono un maggiore sviluppo della attività di trapianto possono essere così individuati:

- 1) insufficiente disponibilità di reni da donatore cadavere;
- 2) mancanza di un Centro di riferimento regionale ed interregionale;
- 3) carenza di organici medici ed infermieristici;
- 4) inadeguate strutture.

PRESIDI TRAPIANTOLOGICI.

In base ai dati precedentemente esposti si ritiene che il fabbisogno annuo di interventi (che tenga conto dei pazienti già in lista di attesa e di nuovi ingressi annui in terapia dialitica) non può essere inferiore a 150/200 interventi annui.

Per quantificare il bisogno nella Regione di strutture autorizzate al trapianto di rene bisogna tener presente che vi è un livello minimo di attività al di sotto del quale non è possibile che l'équipe acquisisca sufficiente esperienza e che l'organizzazione non costi più di quanto produce, tale attività minima, è sui 20/30 trapianti l'anno.

Analogamente vi è un numero massimo di interventi annui sopportabili da un centro trapianti che è sui 60/80 interventi annui.

Da tutte le considerazioni precedenti, si evince che per la Regione Lazio sono necessari 4 centri trapianti (esistenti) oltre ad un centro trapianti pediatrico, da istituire presso l'ospedale Bambin Gesù, attese le implicazioni di ordine strutturale, strumentale e di esperienza specifica (peraltro già acquisita dal Bambin Gesù nel trapianto cardiaco), insite nell'attività di trapianto pediatrico.

La migliore soluzione organizzativa per un reparto che espliciti attività di trapianto (al di sotto dei 40 trapianti annui) è quella di un'apposita sezione aggregata a una divisione di chirurgia generale.

Ogni sezione per l'attività di trapianto deve avere un numero di posti letto come previsto dalle sezioni di specialità, di cui 4 posti in camere sterili singole strutturate come unità di terapia intensiva con sala filtro.

I 4 posti letto devono essere serviti dalle attrezzature necessarie ad una assistenza di terapia intensiva chirurgica ed a tutto quant'altro richiesto dalla legislazione vigente per ottenere l'autorizzazione ministeriale al trapianto.

E' opportuno che le sezioni trapianto possano contare (oltre che sulla disponibilità dell'equipe chirurgica) sulle necessarie competenze nefrologiche, immunologiche, sulle diagnostiche di angiologia, sulla medicina nucleare, l'ecografia, la microbiologia e virologia, l'ematologia, la chimica clinica, la rianimazione.

L'organico medico e paramedico va calcolato secondo l'attività svolta dal centro secondo i parametri previsti dalla legislazione ospedaliera per i servizi di terapia intensiva chirurgica.

ATTIVITÀ DI PRELIEVO.

L'attività di prelievo deve essere svolta da tutti gli ospedali dotati di rianimazione e/o neurochirurgia.

Per tale attività i servizi di rianimazione vanno dotati delle necessarie attrezzature e personale medico e paramedico (il personale in relazione all'attività di prelievo svolta).

Tutti gli Ospedali forniti di servizio di rianimazione devono poter istituire la Commissione medico-legale per l'accertamento della morte cerebrale prevista dalla legge nel caso in cui gli Ospedali che non possano fare fronte alle difficoltà organizzative e strutturali del prelievo, segnalando il possibile donatore ne chiedano il trasferimento in altro ospedale; il trasporto deve essere effettuato con ambulanza attrezzata per assistenza rianimatoria, della U.S.L. dell'ospedale dove si effettuerà il prelievo e deve essere posto a carico della stessa U.S.L. il trasporto della salma del donatore fino al comune di residenza.

TIPIZZAZIONE TESSUTALE.

L'attività di tipizzazione tessutale per «l'individuazione dei soggetti idonei a ricevere il trapianto» deve essere svolta a livello regionale dal Centro regionale di riferimento ai sensi della legge n. 644 del 2 dicembre 1975 e del relativo regolamento di attuazione n. 409 del 6 giugno 1977.

Il Centro regionale di riferimento avrà i compiti e le funzioni previsti dalla legislazione vigente per far fronte ai quali, sia organizzativi, sia immunologici, si avvarrà delle strutture e competenze dei servizi di tipizzazione che già operano presso il policlinico Gemelli ed il policlinico Umberto I.

Per l'attività specifica entrambi questi Servizi verranno dotati del personale necessario e cioè: 2 assistenti, 3 tecnici di laboratorio, 1 ausiliario, 1 aggiunto di segreteria.

Per il Centro di riferimento deve essere garantita la disponibilità di apparecchiature scientifiche idonee ai compiti affidati, compresi quelli di archiviazione ed elaborazione dati; inoltre devono essere garantiti i turni di responsabilità per il personale medico e tecnico addetto al Servizio onde assicurare la prestazione 24 ore su 24.

L'attività organizzativa-amministrativa del centro verrà espletata da:

due tecnici di programmazione ed elaborazione dati;

due aggiunti di segreteria;

un ausiliario.

Laboratori di tipizzazione tessutale dei servizi trapianto:

policlinico Gemelli: clinica chirurgica;

policlinico Umberto I:

Il clinica chirurgica - servizio trapianti;

IV patologia chirurgica;

V patologia chirurgica.

Previsioni attrezzature

(triennio 1986-1988)

A ciascun laboratorio verranno assegnati i seguenti apparecchi:

1) microscopio invertito a contrasto di fase;

2) microscopio a immunofluorescenza;

3) centrifuga da tavolo;

4) centrifuga refrigerata;

5) frigorifero a 4° C;

6) congelatore a - 80° C.

I laboratori verranno inoltre forniti di materiale di consumo (microsiringhe Hamilton, provette disposable, sieri tipizzati, etc.) in relazione all'attività degli stessi.

SERVIZIO TRAPIANTI D'ORGANO POLICLINICO A. GEMELLI - CLINICA CHIRURGICA

Attrezzature

Dotazione attuale:

a) stanze sterili: 2;

b) apparecchi per emodialisi: 1.

Previsione annua trapianti: 30-50.

Standard di piano:

a) stanze sterili: 4;

b) apparecchi per emodialisi: 2.

N.B. - Le stanze sterili dovranno essere attrezzate secondo i requisiti previsti dal presente piano regionale e dalla attuale legislazione in materia.

Posti degenza: in relazione all'attività clinica di trapianto (da 15 a 25 posti letto).

Il servizio emodialisi della clinica chirurgica verrà dotato di 4 apparecchi per emodialisi per la preparazione al trapianto dei pazienti in lista di attesa presso il servizio trapianti della stessa clinica chirurgica.

**SERVIZIO TRAPIANTI D'ORGANO
POLICLINICO UMBERTO 1 - II CLINICA CHIRURGICA**

Attrezzature

Dotazione attuale:

- a) stanze sterili: 4;
- b) apparecchi per emodialisi: 1.

Previsione annua trapianti: 50-70.

Standard di piano:

- a) stanze sterili: 4;
- b) apparecchi per emodialisi: 2.

N.B. - Le stanze sterili dovranno essere attrezzate secondo i requisiti previsti dal presente piano regionale e dalla attuale legislazione in materia.

Posti degenza: in relazione all'attività clinica di trapianto (da 20 a 25 posti letto).

Il servizio trapianti usufruirà, per la preparazione dei pazienti in lista di attesa, del servizio emodialisi della V patologia chirurgica.

**SERVIZIO TRAPIANTI D'ORGANO
POLICLINICO UMBERTO I - V PATOLOGIA CHIRURGICA**

Attrezzature

Dotazione attuale:

- a) stanze sterili: 4;
- b) apparecchi per emodialisi: 1.

Previsione annua trapianti: 30-50.

Standard di piano:

- a) stanze sterili: 4;
- b) apparecchi per emodialisi: 2.

N.B. - Le stanze sterili dovranno essere attrezzate secondo i requisiti previsti dal presente piano regionale e dalla attuale legislazione in materia.

Posti degenza: in relazione all'attività clinica di trapianto (da 15 a 25 posti letto).

Il servizio emodialisi della V patologia chirurgica verrà dotato di 4 apparecchi per emodialisi per la preparazione al trapianto dei pazienti in lista di attesa presso il servizio trapianti della stessa.

**SERVIZIO TRAPIANTI D'ORGANO
POLICLINICO UMBERTO I - IV PATOLOGIA CHIRURGICA**

Attrezzature

Dotazione attuale:

- a) stanze sterili: 1
- b) apparecchi per emodialisi: 1.

Previsione annua trapianti: 30-50.

Standard di piano:

- a) stanze sterili: 4;
- b) apparecchi per emodialisi: 2.

N.B. - Le stanze sterili dovranno essere attrezzate secondo i requisiti previsti dal presente piano regionale e dalla attuale legislazione in materia.

Posti degenza: in relazione all'attività clinica di trapianto (da 15 a 25 posti letto).

Il servizio emodialisi della IV patologia chirurgica verrà dotato di 2 apparecchi per emodialisi per la preparazione al trapianto dei pazienti in lista di attesa presso il servizio trapianti della stessa.

E' da tener presente che la necessità di posti dialisi, quindi di organico, potranno subire variazioni in relazione al numero dei pazienti che accederanno alla dialisi domiciliare.

In base agli stanziamenti disponibili la commissione regionale di vigilanza si riserva di individuare il piano prioritario di attuazione.

TABELLA A

Area: 1 Roma centro nord. UU.SS.LL.: RM/1, 2, 4, 17.

Situazione esistente.

Popolazione per area (P): 578.480.

Popolazione in dialisi (in area): 150 - al 1984.

Posti dialisi pubblici (L. pb.):

sede:

ospedale S. Giacomo n. 9;

ospedale S. Giovanni Calibita n. 12. Tot. p. 21;

ospedale Bambin Gesù n. (8).

Posti dialisi privati convenzionati (L. pr. cv.):

sede:

Villa Tiberia n. 23;

N. S. Mercede n. 6;

Santo Volto n. 10. Tot. p. 39. Tot. 60.

Posti degenza nefrologica (p. dg. nf.):

sede:

ospedale Bambin Gesù n. 21.

Ospedali senza dialisi:

N. Regina Margherita - S. Spirito - S. Gallicano - Oftalmico.

Proposta di piano.

Popolazione in dialisi (D):

anno 1987 n. 234;

anno 1988 n. 251;

anno 1989 n. 266.

Attesa di assistenza dialitica (A. as. dl.):

anno 1988 n. 17;

anno 1989 n. 15.

Fabbisogno posti dialisi (f. L) al terzo anno: 85.

Adeguamento posti dialisi al primo anno: 17. [77 (f. L 1987) - 60 (esistenti)].

Posti di nuova istituzione (in aumento):

Centro di riferimento di nefrologia e dialisi:

sede:

ospedale S. Giacomo, p. dg. nf 10/15, L. pb. 7;

Servizio di nefrologia e dialisi:

sede:

ospedale S. Spirito, L. pb. 10;

Centri ad assistenza limitata: n. 2, L. pb. 10;

sede:

Montesacro.

(*) Escluso ospedale Bambin Gesù.

TABELLA A-1

Organici per l'area 1.

RM/1, 2, 4, 17.

Centro di riferimento di nefrologia e dialisi: San Giacomo.

Personale medico: comprensivo dell'attività di dialisi e nefrologia.

Esistente: primario 1, aiuti corr. 0, assistenti 3.

Nuovo organico: primario 1, aiuti corr. 4, assistenti 4.

Personale paramedico:

	Esistente	Dialisi	Nuovo Organico		
				Nefrologia(*)	
	-	-	10	12	15
Caposala	1	1	-	-	-
Infermieri	8	16	1	1	1
Ausiliari	3	5	8	10	12
Tecnici	2	3	6	6	6
			-	-	-

Centri ad A.L.: infermieri 1, ausiliari 1, per turno e per centro.

Centri ospedalieri: ospedale Santo Spirito.

Personale medico: primario 1, aiuti corr. 3, assistenti 3.

Personale paramedico: caposala 1, infermieri 10, ausiliari 4, tecnici 2.

(*) Il personale paramedico per le degenze nefrologiche è riferito a seconda del numero di posti letto realizzabili: 10, 12, 15.

TABELLA B

Area: 2 Roma est. UU.SS.LL.: RM/3, 5, 6, 7, 8.

Situazione esistente.

Popolazione per area (P): 682.090.

Popolazione in dialisi (in area): 215 - al 1984.

Posti dialisi pubblici (L. pb.): sede: policlinico Umberto I n. 35. Tot. p. 35.

Posti dialisi privati convenzionati (L. pr. cv.):

sede:

clinica Guarnieri n. 15;

Nuova Itor n. 39. Tot. p. 54. Tot. 89.

Posti degenza nefrologica(p. dg. nf.):

sede:

Policlinico Umberto 1 n. 10 (nefrol. chirur.)

Ospedali senza dialisi: -

Proposta di piano.

Popolazione in dialisi (D):

anno 1987 n. 288;

anno 1988 n. 307;

anno 1989 n. 325.

Attesa di assistenza dialitica (A. as. dl.):

anno 1988 n. 19;

anno 1989 n. 12.

Fabbisogno posti dialisi (f. L) al terzo anno: 104.

Adeguamento posti dialisi al primo anno: 5.

Posti di nuova istituzione (in aumento) (*):

Centro di riferimento di nefrologia e dialisi: sede: policlinico Umberto I, p. dg. nf. 10/15, L. pb. 16 (catt. nefr. med.); Servizio di nefrologia e dialisi:

sede n.

Centri ad assistenza limitata: n. 2, L. pb. 10;

sedi: tra zona Tiburtina e zona Tuscolana.

(*) Con conseguente riduzione di n. 10 posti dialisi privati convenzionati.

TABELLA B- 1

Organici per l'area 2.

RM/3, 5, 6, 7 e 8.

Centro di riferimento di nefrologia e dialisi: policlinico Umberto I - Cattedra di nefrologia medica.

Personale medico: comprensivo dell'attività di dialisi e nefrologia.

Esistente: primario 1, aiuti corr. 2, assistenti 4.

Nuovo organico: primario 1, aiuti corr. 4, assistenti 4.

Personale paramedico:

	Esistente	Dialisi	Nuovo Organico		
				Nefrologia	
	-	-	10	12	15
Caposala	1(*)	1	1	1	1
Infermieri	8	16	8	10	12
Ausiliari	3	5	6	6	6
Tecnici	-	3	-	-	-

Centri ad A.L.: infermieri 1, ausiliari 1, per turno e per centro.

(*) Esistente al momento attuale presso la V patologia chirurgica.

TABELLA C

Area: 3 Roma centro sud UU.SS.LL.: RM/9, 10, 11, 12

Situazione esistente

Popolazione per area (P): 602.372

Popolazione in dialisi (in area): 164 - al 1984

Posti dialisi pubblici (L. pb.):

sede n

Posti dialisi privati convenzionati (L. pr. cv.):

sede:

Madonna della Fiducia n. 22.

Villa Letizia n. 12;

Villa Gina n. 18;

Villa Anna Maria n. 24. Tot. p. 76. Tot. 76

Posti degenza nefrologica (p. dg. nf.):

sede n

Ospedali senza dialisi: S. Giovanni - Addolorata - S. Eugenio.

Proposta di piano.

Popolazione in dialisi (D):

anno 1987 n. 236;

anno 1988 n. 255;

anno 1989 n. 272.

Attesa di assistenza dialitica (A. as. dl.):

anno 1988 n. 19;

anno 1989 n. 11.

Fabbisogno posti dialisi (f. L) al terzo anno: 86.

Adeguamento posti dialisi al primo anno: 1.

Posti di nuova istituzione (in aumento) (*):

Centro di riferimento di nefrologia e dialisi:

sede:

ospedale S. Eugenio, p. dg. nf. 10/15, L. pb. 14 + Centro di rif. chirur.
 (ospedale S. Eugenio) con L. pb. in numero da definire tra Regione e Università.
 Servizio di nefrologia e dialisi: sede: ospedale S. Giovanni, L. pb. 10;
 Centri ad assistenza limitata: n. 2, L. pb. 10: sedi: da identificare.
 (*) Con conseguente riduzione di n. 26 posti dialisi privati convenzionati.

TABELLA C-I

Organici per l'arca 3.

RM/9, 10, 11, 12.

Centro di riferimento di nefrologia e dialisi: Sant'Eugenio.

Personale medico: comprensivo dell'attività di dialisi e nefrologia.

Esistente: primario 0, aiuti corr. 0, assistenti 0.

Nuovo organico: primario 1, aiuti corr. 4, assistenti 4.

Personale paramedico:

	Esistente	Dialisi	Nuovo Organico		15
			10	Nefrologia 12	
Caposala	-	-	-	-	-
Infermieri	-	1	1	1	1
Ausiliari	-	16	8	10	12
Tecnici	-	4	6	6	6
	-	3	-	-	-

Centri ad A.L.: infermieri 1, ausiliari 1, per turno e per centro.

Centri ospedalieri: ospedale San Giovanni.

Personale medico: primario 1, aiuti corr. 3, assistenti 3.

Personale paramedico: caposala 1, infermieri 9, ausiliari 5, tecnici 2.

TABELLA C-1-1

Ospedale: Sant'Eugenio - Centro di riferimento regionale, (convenzione Regione-II Università) (*).

Personale medico: primario -, aiuti corr. -, assistenti -.

Personale paramedico: caposala -, infermieri -, ausiliari -, tecnici -.

(*) Il personale medico e paramedico verrà definito secondo la convenzione fra Regione e II Università.

TABELLA D

Arca: 4 Roma sud ovest. UU.SS.LL.: RM/13, 14, 15, 16.

Situazione esistente.

Popolazione per area (P): 523.684.

Popolazione in dialisi (in area): 119 - al 1984.

Posti dialisi pubblici (L. pb.):

sede:

ospedale S. Camillo n. 11. Tot. p. 11.

Posti dialisi privati convenzionati (L. pr. cv.):

sede:

Città di Roma n. 20;

Villa Pia n. 27;

Villa Sandra n. 15. Tot. p. 62. Tot. 73.

Posti degenza nefrologica (p. dg. nf.):

sede.....n

Ospedali senza dialisi: Forlanini - L. Spallanzani.

Proposta di piano.

Popolazione in dialisi (D)

anno 1987 n. 189;

anno 1988 n. 207;

anno 1989 n. 223.

Attesa di assistenza dialitica (A. as. dl.):

anno 1988 n. 18;

anno 1989 n. 16.

Fabbisogno posti dialisi (f. L) al terzo anno: 70.

Adeguamento posti dialisi al primo anno: 0.

Posti di nuova istituzione (in aumento) (*):

Centro di riferimento di nefrologia e dialisi:

sede:

ospedale S. Camillo, p. dg. nf. 10/15, L. pb. 16;

Servizio di nefrologia e dialisi:

sede:

ospedale G.B. Grassi, L. pb. 10;

ospedale Spallanzani, L. pb. 4 solo per infettivi;

Centri ad assistenza limitata: n. 1, L. pb. 5:

sedi: da identificare.

(*) Con conseguente riduzione di n. 23 posti dialisi privati convenzionati.

TABELLA D- 1

Organici per l'area 4.

RM/13, 14, 15, 16.

Centro di riferimento di nefrologia e dialisi: San Camillo.

Personale medico: comprensivo dell'attività di dialisi e nefrologia.

esistente: primario 1, aiuti corr. 2, assistenti 5.

Nuovo organico: primario 1, aiuti corr. 4, assistenti 4.

Personale paramedico:

	Esistente	Dialisi	Nuovo Organico		
				Nefrologia	
	-	-	10	12	15
Caposala	1	1	-	-	-
Infermieri	9	16	1	1	1
Ausiliari	4	5	8	10	12
Tecnici	-	3	5	5	5
			-	-	-

Centri ad A.L.: infermieri 1, ausiliari 1, per turno e per centro.

Centri ospedalieri: ospedale di Ostia.

Personale medico: primario 1, aiuti corr. 3, assistenti 3.

Personale paramedico: caposala 1, infermieri 9, ausiliari 4, tecnici 2.

TABELLA D-1-1

Ospedale: Spallanzani (aggregato divisione infettivi).

Personale medico: primario 0, aiuti corr. 1, assistenti 2.

Personale paramedico: caposala 1, infermieri 5, ausiliari 3, tecnici 0.

TABELLA E

Area: 5 Roma nord ovest. UU.SS.LL.: RM/18,19,20.

Situazione esistente.

Popolazione per area (P): 447.696.

Popolazione in dialisi (in area): 121 - al 1984.

Posti dialisi pubblici (L. pb.)

sede: Policlinico Gemelli n. 20. Tot. p. 20.

Posti dialisi privati convenzionati (L. pr. cv.):

sede:

Aurelia Hospital n. 14;

Columbus n. 13;

S. Feliciano n. 10;

Villa Claudia e Pio XI n. 12 e 8. Tot. p. 57. Tot. 77.

Posti degenza nefrologica (p. dg. nf.):

sede n

Ospedali senza dialisi: S. Filippo - S. Andrea - Villa S. Pietro - Cristo Re.

Proposta di piano.

Popolazione in dialisi (D)

anno 1987 n. 173;

anno 1988 n. 188;

anno 1989 n. 200.

Attesa di assistenza dialitica (A. as. dl.):

anno 1988 n. 15;

anno 1989 n. 12.

Fabbisogno posti dialisi (f. L) al terzo anno: 64.

Adeguamento posti dialisi al primo anno: 0.

Posti di nuova istituzione (in aumento) (*):

Centro di riferimento di nefrologia e dialisi:

sede: ospedale S. Filippo, p. dg. nf. 10/15, L. pb. 16;

Servizio di nefrologia e dialisi:

sede: Policlinico Gemelli (Centro di riferimento chirurgico), L. pb. 20;

Centri ad assistenza limitata: n. 1, L. pb. 5:

sede: Tomba di Nerone.

(*) Con conseguente riduzione di n. 34 posti dialisi privati convenzionati.

TABELLA E- 1

Organici per l'area 5.

RM/ 18, 19, 20.

Centro di riferimento di nefrologia e dialisi: San Filippo.

Personale medico: comprensivo dell'attività di dialisi e nefrologia.

Esistente: primario 0, aiuti corr. 0, assistenti 0.

Nuovo organico: primario 1, aiuti corr. 4, assistenti 4.

Personale paramedico:

	Esistente	Dialisi	Nuovo Organico		
				Nefrologia	
	-	-	10	12	15
	-	-	-	-	-
Caposala	-	1	1	1	1
Infermieri	-	11	8	10	12

Ausiliari	-	5	5	5	5
Tecnici	-	3	-	-	-

Centri ad A.L.: infermieri 1, ausiliari 1, per turno e per centro.

Centri ospedalieri: ospedale policlinico «A. Gemelli».

Sezione dialisi: 21.

Personale medico: primario 0, aiuti corr. 1, assistenti 3.

Personale paramedico: come in dotazione.

TABELLA E-1-1

Servizio dialisi: 1°.

Personale medico esistente: primario 0, aiuti corr. 1, assistenti 2.

Personale paramedico: caposala 1, infermieri 10, ausiliari 2, tecnici 0.

Nuovo organico.

Personale medico: primario 0, aiuti corr. 1, assistenti 5.

Personale paramedico: caposala 1, infermieri 12, ausiliari 2, tecnici 1.

TABELLA F

Arca: 6 Rieti. UU.SS.LL.: RI/1, 2, 3.

Situazione esistente.

Popolazione per area (P): 144.000.

Popolazione in dialisi (in area): 25 - al 1984.

Posti dialisi pubblici (L. pb.):

sede: ospedale di Rieti n. 8.

Posti dialisi privati convenzionati (L. pr. cv.):

seden

Posti degenza nefrologica (p. dg. nf.):

seden

Ospedali senza dialisi: Amatrice, Magliano Sabino.

Proposta di piano.

Popolazione in dialisi (D):

anno 1987 n. 37;

anno 1988 n. 44;

anno 1989 n. 50.

Attesa di assistenza dialitica (A. as. dl.):

anno 1988 n. 7;

anno 1989 n. 6.

Fabbisogno posti dialisi (f. L) al terzo anno: 16.

Adeguamento posti dialisi al primo anno: 4 (12 - 8).

Posti di nuova istituzione (in aumento):

Centro di riferimento di nefrologia e dialisi:

sede: ospedale di Rieti, p. dg. nf. 10, L. pb. 5;

Servizio di nefrologia e dialisi:

sede..... n

Centri ad assistenza limitata: n. 1, L. pb. 3:

sede: Amatrice.

TABELLA F- 1

Organici per l'arca 6.

Centro di riferimento di nefrologia e dialisi: Rieti.

Personale medico: comprensivo dell'attività di dialisi e nefrologia.

Esistente: primario 1, aiuti corr. 0, assistenti 2.

Nuovo organico: primario 1, aiuti corr. 4, assistenti 4.

Personale paramedico:

	Esistente	Dialisi	Nuovo Organico		
				Nefrologia	
	-	-	10	12	15
Caposala	1	1	1	1	1
Infermieri	4	15	8	10	12
Ausiliari	2	5	5	5	5
Tecnici	-	3	-	-	-

Centri ad A.L.: infermieri 1, ausiliari 1, per turno e per centro.

TABELLA G

Arca: 7 Viterbo. UU.SS.LL.: VT/1, 2 in parte, 3, 4, 5.

Situazione esistente.

Popolazione per area (P): 266.000.

Popolazione in dialisi (in area): 68 - al 1984.

Posti dialisi pubblici (L. pb.): sede: ospedale di Viterbo n. 14.

Posti dialisi privati convenzionati (L. pr. cv.):

sede..... n

Posti degenza nefrologica (p. dg. nf.):

sede..... n

Ospedali senza dialisi: Acquapendente, Montefiascone, Bagnoregio, Tarquinia, Ronciglione, Vetralla, Civitacastellana, Orte.

Proposta di piano.

Popolazione in dialisi (D)

anno 1987 n. 101;

anno 1988 n. 110;

anno 1989 n. 118.

Attesa di assistenza dialitica (A. as. dl.):

anno 1988 n. 9;

anno 1989 n. 8.

Fabbisogno posti dialisi (f. L) al terzo anno: 38.

Adeguamento posti dialisi al primo anno: 19 (33 - 14).

Posti di nuova istituzione (in aumento):

Centro di riferimento di nefrologia e dialisi:

sede: ospedale di Viterbo, p. dg. nf. 10/15, L. pb. 16;

Servizio di nefrologia e dialisi:

sede.....n

Centri ad assistenza limitata: n. 2, L. pb. 5 + 3:

sedi: Civitacastellana (L 5), Montefiascone (L 3).

TABELLA G- 1

Organici per l'area 7.

Centro di riferimento di nefrologia e dialisi: Viterbo.

Personale medico: comprensivo dell'attività di dialisi e nefrologia.

Esistente: primario 1, aiuti corr. 0, assistenti 3.
 Nuovo organico: primario 1, aiuti corr. 4, assistenti 4.
 Personale paramedico:

	Esistente	Dialisi	Nuovo Organico		15
			10	Nefrologia 12	
Caposala	-	-	-	-	-
Infermieri	1	1	1	1	1
Ausiliari	11	32	8	10	12
Tecnici	4	7	5	5	5
	-	3	-	-	-

Centri ad A.L.: infermieri 1, ausiliari 1, per turno e per centro.

TABELLA H

Arca: 8 Roma-Viterbo. UU.SS.LL.: RM/21, 22, 23, VT/2 in parte.

Situazione esistente.

Popolazione per area (P): 203.000.

Popolazione in dialisi (in area): 50 - al 1984.

Posti dialisi pubblici (L. pb.):

sede: ospedale di Civitavecchia n. 11.

Posti dialisi privati convenzionati (L. pr. cv.):

sede.....n.....

Posti degenza nefrologica (p. dg. nf.):

sede.....n

Ospedali senza dialisi: Bracciano.

Proposta di piano.

Popolazione in dialisi (D):

anno 1987 n. 76;

anno 1988 n. 83;

anno 1989 n. 88.

Attesa di assistenza dialitica (A. as. dl.):

anno 1988 n. 7;

anno 1989 n. 5.

Fabbisogno posti dialisi (f. L) al terzo anno: 28.

Adeguamento posti dialisi al primo anno: 14 (25 - 11).

Posti di nuova istituzione (in aumento):

Centro di riferimento di nefrologia e dialisi:

sede: ospedale di Civitavecchia, p. dg. nf. 10/15, L. pb. 7;

Servizio di nefrologia e dialisi:

sede.....n

Centri ad assistenza limitata: n. 2, L. pb. 3 + 4:

sedi: Bracciano (L 3), Tarquinia (L 4).

TABELLA H- 1

Organici per l'arca 8.

Centro di riferimento di nefrologia e dialisi: Civitavecchia.

Personale medico: comprensivo dell'attività di dialisi e nefrologia.

Esistente: primario 1, aiuti corr. 0, assistenti 5.

Nuovo organico: primario 1, aiuti corr. 4, assistenti 4.

Personale paramedico:

	Esistente	Dialisi	Nuovo Organico		15
			10	Nefrologia 12	
Caposala	-	-	-	-	-
Infermieri	12	23	8	10	12
Ausiliari	2	6	5	5	5
Tecnici	1	3	-	-	-

Centri ad A.L.: infermieri 1, ausiliari 1, per turno e per centro.

TABELLA I

Arca: 9 Roma. UU.SS.LL.: RM/24,25,26.

Situazione esistente.

Popolazione per area (P): 198.000

Popolazione in dialisi (in area): 49 - al 1984.

Posti dialisi pubblici (L. pb.):

sede.....n

Posti dialisi privati convenzionati (L. pr. cv.):

seden

Posti degenza nefrologica (p. dg. nf.):

sede.....n

Ospedali senza dialisi: ospedale di Tivoli, Monterotondo, Palombara Sabina.

Proposta di piano.

Popolazione in dialisi (D):

anno 1987 n. 70;

anno 1988 n. 78;

anno 1989 n. 84.

Attesa di assistenza dialitica (A. as. dl.):

anno 1988 n. 8;

anno 1989 n. 6.

Fabbisogno posti dialisi (f. L) al terzo anno: 27.

Adeguamento posti dialisi al primo anno: 23.

Posti di nuova istituzione (in aumento):

Centro di riferimento di nefrologia e dialisi:

sede

p. dg. n.f

L. pb

Servizio di nefrologia e dialisi: sede: ospedale di Tivoli + ?, L. pb. 23;

Centri ad assistenza limitata: n. 1, L. pb. 3:

sede: Palombara.

TABELLA I-1

Organici per l'area 9.

Centri ospedalieri: ospedale di Tivoli.

Personale medico: primario 1, aiuti corr. 3, assistenti 3.

Personale paramedico: caposala 1, infermieri 26, ausiliari 6, tecnici 2.

TABELLA L

Arca: 10 Roma. UU.SS.LL.: RM, 29, 31, 32, 34.

Situazione esistente.

Popolazione per area (P): 259.000.

Popolazione in dialisi (in area): 55 - al 1984.

Posti dialisi pubblici (L. pb.):

sede.....n.....

Posti dialisi privati convenzionati (L. pr. cv.):

sede: Madonna delle Grazie n. 9.

Posti degenza nefrologica (p. dg. nf.):

sede.....n.....

Ospedali senza dialisi: Frascati, Roccapriora, Velletri, Marino, Genzano, Albano, Ariccia.

Proposta di piano.

Popolazione in dialisi (D):

anno 1987 n. 90;

anno 1988 n. 99;

anno 1989 n. 107.

Attesa di assistenza dialitica (A. as. dl.):

anno 1988 n. 9;

anno 1989 n. 3.

Fabbisogno posti dialisi (f. L) al terzo anno: 34.

Adeguamento posti dialisi al primo anno: 20 (29 - 9).

Posti di nuova istituzione (in aumento):

Centro di riferimento di nefrologia e dialisi:

sede.....

p. dg. nf

L. pb

Servizio di nefrologia e dialisi: sede: ospedale di Albano + ?, L. pb. 25;

Centri ad assistenza limitata: nL. pb

sedi

TABELLA L- 1

Organici per l'area 10.

Centri ospedalieri: ospedale di Albano.

Personale medico: primario 1, aiuti corr. 3, assistenti 3.

Personale paramedico: caposala 1, infermieri 22, ausiliari 6, tecnici 2.

TABELLA M

Arca: 11 Roma - Latina. UU.SS.LL.: RM/33,35, LT/1.

Situazione esistente.

Popolazione per area (P): 104.000. Popolazione in dialisi (in area): 51 - al 1984.

Posti dialisi pubblici (L. pb.):

sede: ospedale di Anzio n. 11.

Posti dialisi privati convenzionati (L. pr. cv.):

seden.....

Posti degenza nefrologica (p. dg. nf.):

seden

Ospedali senza dialisi: Nettuno.

Proposta di piano.

Popolazione in dialisi (D):

anno 1987 n. 57;

anno 1988 n. 59;

anno 1989 n. 61.

Attesa di assistenza dialitica (A. as. dl.):

anno 1988 n. 2;

anno 1989 n. 2.

Fabbisogno posti dialisi (f. L) al terzo anno: 20.

Adeguamento posti dialisi al primo anno: 8 (19 - 11).

Posti di nuova istituzione (in aumento):

Centro di riferimento di nefrologia e dialisi:

sede

p. dg. nf

L. pb

Servizio di nefrologia e dialisi:

sede: ospedale di Anzio, L. pb. 9;

Centri ad assistenza limitata: n..... L..... pb

sedi

TABELLA M-1

Organici per l'area 11.

Centri ospedalieri: ospedale di Anzio.

Organico esistente:

Personale medico: primario 0, aiuti corr. 1, assistenti 2.

Personale paramedico: caposala 0, infermieri 4, ausiliari 2, tecnici 0.

Nuovo organico.

Personale medico: primario 1, aiuti corr. 3, assistenti 3.

Personale paramedico: caposala 1, infermieri 22, ausiliari 6, tecnici 2.

TABELLA N

Area: 12 Latina. UU.SS.LL.: LT/2,3,4.

Situazione esistente.

Popolazione per area (P): 220.000.

Popolazione in dialisi (in area): 90 - al 1984.

Posti dialisi pubblici (L. pb.):

sede: ospedale di Latina n. 16.

ospedale di Priverno n. 6. Tot. p. 22.

Posti dialisi privati convenzionati (L. pr. cv.):

seden

Posti degenza nefrologica (p. dg. nf.):

sede n..... .

Ospedali senza dialisi: Cori e Sezze.

Proposta di piano.

Popolazione in dialisi (D):

anno 1987 n. 106;

anno 1988 n. 111;

anno 1989 n. 116.

Attesa di assistenza dialitica (A. as. dl.):

anno 1988 n. 5;

anno 1989 n. 5.

Fabbisogno posti dialisi (f. L) al terzo anno: 37.

Adeguamento posti dialisi al primo anno: 13 (35 - 22).

Posti di nuova istituzione (in aumento):

Centro di riferimento di nefrologia e dialisi:

sede: ospedale di Latina, p. dg. nf. 10/ 15, L. pb. 3;

Servizio di nefrologia e dialisi:

sede

L. pb.

Centri ad assistenza limitata: n. 2, L. pb. 6 + 6:

sedi: Latina Scalo (L 6) e Cisterna (L 6).

TABELLA N-1

Organici per l'area 12.

Centro di riferimento di nefrologia e dialisi: Latina.

Personale medico: comprensivo dell'attività di dialisi e nefrologia.

Esistente: primario 0, aiuti corr. 1, assistenti 3.

Nuovo organico: primario 1, aiuti corr. 4, assistenti 4.

Personale paramedico:

	Esistente	Dialisi	Nuovo Organico		
			Nefrologia		
			10	12	15
Caposala	-	-	-	-	-
Infermieri	1	1	1	1	1
Ausiliari	8	30	8	10	12
Tecnici	2	7	5	5	5
	-	3	-	-	-

Centri ad A.L.: infermieri 1, ausiliari 1, per turno e per centro.

TABELLA O

Area: 13 Latina. UU.SS.LL.: LT/5, 6.

Situazione esistente.

Popolazione per area (P): 185.000.

Popolazione in dialisi (in area): 71 - al 1984.

Posti dialisi pubblici (L. pb.):

sede: ospedale di Formia n. 14.

Posti dialisi privati convenzionati (L. pr. cv.):

sede.....n.....

Posti degenza nefrologica (p. dg. nf.):

sede: ospedale di Formia n. 17.

Ospedali senza dialisi: Fondi, Minturno e Gaeta.

Proposta di piano.

Popolazione in dialisi (D):

anno 1987 n. 88;

anno 1988 n. 92;

anno 1989 n. 96.

Attesa di assistenza dialitica (A. as. dl.):

anno 1988 n. 4;

anno 1989 n. 4.

Fabbisogno posti dialisi (f. L) al terzo anno: 32.
 Adeguamento posti dialisi al primo anno: 15 (29 - 14).
 Posti di nuova istituzione (in aumento):
 Centro di riferimento di nefrologia e dialisi:
 sede: ospedale di Formia, p. dg. nf. 0, L. pb. 9;
 Servizio di nefrologia e dialisi:
 sedeL. pb
 Centri ad assistenza limitata: n. 3, L. pb. 3 + 3 + 3:
 sedi: Terracina (L 3), Ventotene (L 3), Ponza (L 3).

TABELLA O-1

Organici per l'area 13.
 Centro di riferimento di nefrologia e dialisi: Formia.
 Personale medico: comprensivo dell'attività di dialisi e nefrologia.
 Esistente: primario 1, aiuti corr. 1, assistenti 3.
 Nuovo organico: primario 1, aiuti corr. 4, assistenti 4.
 Personale paramedico:

	Esistente		Nuovo Organico	
	Dialisi	Nefrologia	Dialisi	Nefrologia
Caposala	-	-	-	-
Infermieri	1	1	1	1
Ausiliari	10	5	26	13
Tecnici	2	4	6	5
	-	-	3	-

Centri ad A.L.: infermieri 1, ausiliari 1, per turno e per centro.

TABELLA P

Area: 14 Frosinone. UU.SS.LL.: FR/2, 3, 4, 5, 6.

Situazione esistente.

Popolazione per area (P): 233.000.
 Popolazione in dialisi (in area): 74 - al 1984.
 Posti dialisi pubblici (L. pb.):

sede: ospedale di Frosinone n. 6.
 ospedale di Alatri n. 4. Tot. p. 10.

Posti dialisi privati convenzionati (L. pr. cv.):
 seden

Posti degenza nefrologica (p. dg. nf.):
 seden

Ospedali senza dialisi: Veroli, Ceccano, Ceprano, Ferentino.

Proposta di piano.

Popolazione in dialisi (D):
 anno 1987 n. 98;
 anno 1988 n. 104;
 anno 1989 n. 110.

Attesa di assistenza dialitica (A. as. dl.):
 anno 1988 n. 6;
 anno 1989 n. 6.

Fabbisogno posti dialisi (f. L) al terzo anno: 35.
 Adeguamento posti dialisi al primo anno: 22 (32 - 10).

Posti di nuova istituzione (in aumento):

Centro di riferimento di nefrologia e dialisi:

sede: ospedale di Frosinone, p. dg. nf. 10/15, L. pb. 15;

Servizio di nefrologia e dialisi:

sede: ospedale di Alatri, L. pb. 10;

Centri ad assistenza limitata: n L. pb

sedi.....

TABELLA P-1

Organici per l'area 14.

Centro di riferimento di nefrologia e dialisi: Frosinone.

Personale medico: comprensivo dell'attività di dialisi e nefrologia.

Esistente: primario 0, aiuti corr. 1, assistenti 3.

Nuovo organico: primario 1, aiuti corr. 4, assistenti 4.

Personale paramedico:

	Esistente	Dialisi	Nuovo Organico		
			Nefrologia		
			10	12	15
	-	-	-	-	-
Caposala	-	1	1	1	1
Infermieri	3	23	8	10	12
Ausiliari	1	6	6	6	6
Tecnici	-	3	-	-	-

Centri ad A.L.: infermieri 1, ausiliari 1 1- per turno e per centro

Centri ospedalieri: ospedale di Alatri.

Organico esistente:

Personale medico: primario 1, aiuti corr. 0, assistenti 2.

Personale paramedico: caposala 0, infermieri 4, ausiliari 1, tecnici 0.

TABELLA P-1-1

Nuovo organico.

Personale medico: primario 1, aiuti corr. 3, assistenti 3.

Personale paramedico: caposala 1, infermieri 16, ausiliari 5, tecnici 2.

TABELLA Q

Area: 15 Frosinone. UU.SS.LL.: FR/7.

Situazione esistente

Popolazione per area (P): 85.000

Popolazione in dialisi (in area): 17 - al 1984.

Posti dialisi pubblici (L. pb.):

sede: ospedale di Sora n. 10.

Posti dialisi privati convenzionati (L. pr. cv.):

seden

Posti degenza nefrologica (p. dg. nf.):

sede.....n.....

Ospedali senza dialisi: Arpino e Isola Liri.

Proposta di piano.

Popolazione in dialisi (D):

anno 1987 n. 30;
anno 1988 n. 32;
anno 1989 n. 35.

Attesa di assistenza dialitica (A. as. dl.):

anno 1988 n. 2;
anno 1989 n. 3.

Fabbisogno posti dialisi (f. L) al terzo anno: 11.

Adeguamento posti dialisi al primo anno: 0 (10 - 10).

Posti di nuova istituzione (in aumento):

Centro di riferimento di nefrologia e dialisi:

sede

p dg. nf

L pb

Servizio di nefrologia e dialisi:

sede: ospedale di Sora, L. pb. I;

Centri ad assistenza limitata: n L. pb

sedi

Organici per l'area 15.

Centri ospedalieri: ospedale di Sora .

Organico esistente

Personale medico: primario 0, aiuti corr. 1, assistenti 3.

Personale paramedico: caposala 0, infermieri 5, ausiliari, 2tecnici 3.

Nuovo organico

Personale medico: primario 1, aiuti corr. 3, assistenti 3.

Personale paramedico: caposala 1, infermieri 11, ausiliari 4, tecnici 2.

TABELLA R

Area: 16 Frosinone UU.SS.LL.: FR/8,9, 10.

Situazione esistente.

Popolazione per area (P): 131000

Popolazione in dialisi (in area): 28 - al 1984

Posti dialisi pubblici (L. pb.):

sede: ospedale di Cassino n 11

Posti dialisi privati convenzionati (L. pr. cv.):

seden

Posti degenza nefrologica (p. dg. nf.):

sede: ospedale di Cassino n. 7.

Ospedali senza dialisi: Atina e Pontecorvo.

Proposta di piano.

Popolazione in dialisi (D):

anno 1987 n. 41;

anno 1988 n. 51;

anno 1989 n. 56.

Attesa di assistenza dialitica (A. as. di.):

anno 1988 n. 4;

anno 1989 n. 5.

Fabbisogno posti dialisi (f. L) al terzo anno: 18.

Adeguamento posti dialisi al primo anno: 4 (15 - 11).

Posti di nuova istituzione (in aumento):

Centro di riferimento di nefrologia e dialisi:

sede: ospedale di Cassino, p. dg. nf. 0, L. pb. 3;

Servizio di nefrologia e dialisi:

sedeL. pb.....
 Centri ad assistenza limitata: n. 1, L. pb. 4:
 sede: Pontecorvo.

TABELLA R-1

Organici per l'arca 16.

Centro di riferimento di nefrologia e dialisi: Cassino.

Personale medico: comprensivo dell'attività di dialisi e nefrologia.

Esistente: primario 1, aiuti corr. 0, assistenti 2.

Nuovo organico: primario 1, aiuti corr. 4, assistenti 4.

Personale paramedico:

	Esistente	Dialisi	Nuovo Organico		
			10	Nefrologia 12	15
	-	-	-	-	-
Caposala	-	1	1	1	1
Infermieri	4	16	8	10	12
Ausiliari	4	5	6	6	6
Tecnici	2	2	-	-	-

Centri ad A.L.: infermieri 1, ausiliari 1, per turno e per centro.

TABELLA S

Area: 17 Roma - Frosinone. UU.SS.LL.: RM/27,28, FR/1.

Situazione esistente.

Popolazione per area (P): 141.000.

Popolazione in dialisi (in area): 38 - al 1984.

Posti dialisi pubblici (L. pb.):

sede: ospedale di Anagni n. 10;

ospedale di Palestrina n. 8. Tot. p. 18.

Posti dialisi privati convenzionati (L. pr. cv.):

sede.....n.....

Posti degenza nefrologica (p. dg. nf.):

seden.....

Ospedali senza dialisi:

Proposta di piano.

Popolazione in dialisi (D):

anno 1987 n. 54;

anno 1988 n. 58;

anno 1989 n. 61.

Attesa di assistenza dialitica (A. as. dl.):

anno 1988 n. 4;

anno 1989 n. 3.

Fabbisogno posti dialisi (f. L) al terzo anno: 20.

Adeguamento posti dialisi al primo anno: 0 (18 - 18).

Posti di nuova istituzione (in aumento):

Centro di riferimento di nefrologia e dialisi:

sede

p. dg. nf

L.pb

Servizio di nefrologia e dialisi:
sede: ospedale di Anagni, L. pb. 2;
Centri ad assistenza limitata: n L. pb
sedi

TABELLA S- 1

Organici per l'arca 17.

Centri ospedalieri: Anagni - Palestrina.

Ospedale: Anagni.

Organico esistente:

Personale medico: primario 0, aiuti corr. 0, assistenti 4.

Personale paramedico: caposala 0, infermieri 2, ausiliari 4, tecnici 0.

Nuovo organico (aggregato urologia).

Personale medico: primario 0, aiuti corr. 2, assistenti 2.

Personale paramedico: caposala 1, infermieri 10, ausiliari 4, tecnici 1.

Ospedale: Palestrina.

Organico esistente:

Personale medico: primario 0, aiuti corr. 0, assistenti 2.

Personale paramedico: caposala 0, infermieri 4, ausiliari 0, tecnici 0.

TABELLA S-1-1

Nuovo organico:

Personale medico: primario 0, aiuti corr. 2, assistenti 2.

Personale paramedico: caposala 1, infermieri 8, ausiliari 3, tecnici 1.

TABELLA T

Area: 18 Roma. UU.SS.LL.: RM/30.

Situazione esistente.

Popolazione per area (P): 61.000.

Popolazione in dialisi (in area): 21 - al 1984.

Posti dialisi pubblici (L. pb.):

sede: ospedale di Colferro n. 9.

Posti dialisi privati convenzionati (L. pr. cv.):

sede.....n.....

Posti degenza nefrologica (p. dg. nf.):

seden.....

Ospedale senza dialisi: Valmontone.

Proposta di piano.

Popolazione in dialisi (D):

anno 1987 n. 28;

anno 1988 n. 30;

anno 1989 n. 32.

Attesa di assistenza dialitica (A. as. dl.):

anno 1988 n. 2;

anno 1989 n. 2.

Fabbisogno posti dialisi (f. L) al terzo anno: 10.

Adeguamento posti dialisi al primo anno: 0 (9 - 9).

Posti di nuova istituzione (in aumento):

Centro di riferimento di nefrologia e dialisi:

sede

p. dg. nf

L. pb

Servizio di nefrologia e dialisi:

sede: ospedale di Colleferro, L. pb. I;

Centri ad assistenza limitata: nL. pb

sedi

TABELLA 7-1

Organici per l'arca 18.

Centri ospedalieri: ospedale di Colleferro (aggregato urologia).

Organico esistente:

Personale medico: primario 0, aiuti corr. 0, assistenti 5.

Personale paramedico: caposala 1, infermieri 5, ausiliari 0, tecnici 0.

Nuovo organico.

Personale medico: primario 0, aiuti corr. 2, assistenti 3.

Personale paramedico: caposala 1, infermieri 10, ausiliari 3, tecnici 1.

[Vedi anche](#)

[legge 39 del 1979](#)

[DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 7 giugno 1988, n. 5153.](#)

[Deliberazione n. 7940 del 15 dicembre 1987. Accorpamento unità sanitarie locali città di Roma.](#)