

I TRATTAMENTI SOSTITUTIVI DELLA INSUFFICIENZA RENALE

Trattamento sostitutivo tramite emodialisi domiciliare

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

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

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

Tipologia: Emodialisi domiciliare ritmo trisettimanale o "giornaliero"

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

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

Trattamento sostitutivo tramite dialisi peritoneale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DATI EPIDEMIOLOGICI DEI PAZIENTI IN TRATTAMENTO DIALITICO

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

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

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

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

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

Tabella 2. Incidenza

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I COSTI DEL TRATTAMENTO DIALITICO

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

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

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

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

Note :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONTRIBUTO ECONOMICO DI SOSTEGNO ALLA DIALISI DOMICILIARE

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

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

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

CAPD:

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

APD:

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

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

Il Caregiver può essere individuato:

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

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

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

Destinatari.

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

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

CAPD:

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

APD:

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

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

Condizioni e modalità di erogazione.

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

A) Assistente familiare

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

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

B) Familiare

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

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

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

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

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

C) Affidatario

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

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

Erogazione del Contributo Economico.

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