



Registro Siciliano di Nefrologia, Dialisi e Trapianto

Report 2011







Regione Siciliana Assessorato della Salute Centro Regionale Trapianti Sicilia

Piazza Nicola Leotta, 4 90127 Palermo tel. 091 6663828 / fax 091 6663829 www.crtsicilia.it / segreteria@crtsicilia.it

Indice



Compendio	5
Metodologia	13
Modalità di raccolta e di validazione dei dati	14
Modalità di visualizzazione e di fruizione dei dati	15
Criteri di inclusione	16
Centri di dialisi	16
Malattie di base e cause di morte	17
Definizioni e metodologia dell'elaborazione e dell'analisi dei dati	17
Fonti	21
Relazione	23
Dialisi	24
Censimento dei Centri di dialisi	24
Validazione e qualità dei dati	24
Modalità di trasporto e distanza dal Centro di dialisi	25
Prevalenza	25
Incidenza	30
Mortalità	33
Dati clinici	34
Trapianto	37
Lista d'attesa	37
Trapianto	38
Flussi	39
Cambi di metodica	39
Bilancio ingressi-uscite	40
Grafici	41
Dialisi prevalenza	43
Dialisi incidenza	67
Trapianti	89
Flussi	103



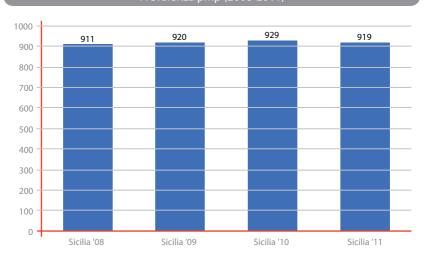
Informazioni utili	107
Indirizzario	108
Centri pubblici	122
Centri privati	126
Presidi Specialistici Territoriali di Nefrologia	132
Riepilogo per ASP	134
Appendice	141
Glossario e abbreviazioni	142
Normativa	168
Comitato scientifico	265
Staff del Registro	267
Ringraziamenti	269



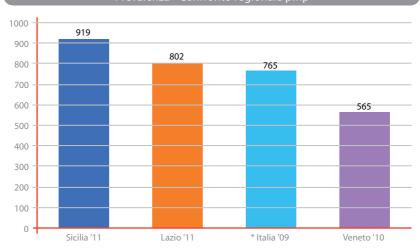
Compendio



Prevalenza pmp (2008-2011)



Prevalenza - Confronto regionale pmp

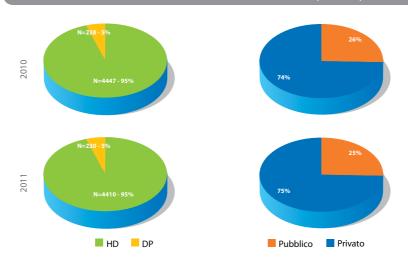


* Fonte SIN 2010: 19/20 regioni di cui 13/20 hanno la copertura del 100%

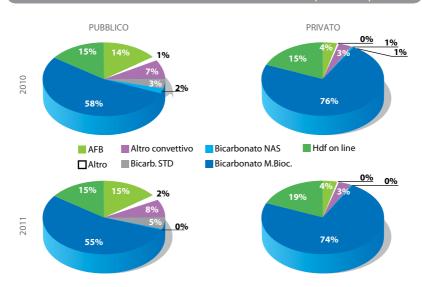




Prevalenza - Distribuzione dei trattamenti dialitici (N=4640)

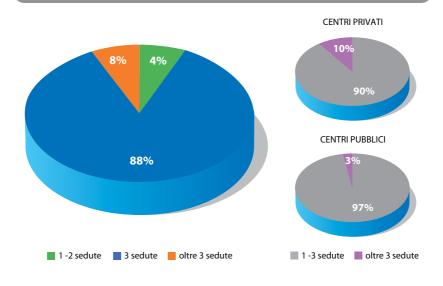


Prevalenza - Distribuzione dei trattamenti HD nei Centri pubblici e privati



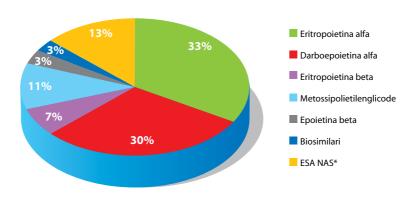


Prevalenza - Numero di sedute settimanali



Prevalenza - ESA

Dati del 66% dei pazienti (N=3055/4640)

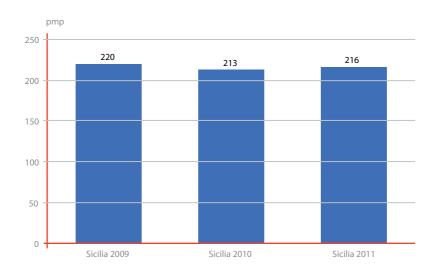


^{*} Non Altrimenti Specificata

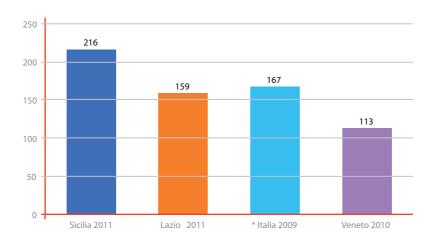




Incidenza - Pazienti pmp anni 2009 - 2011



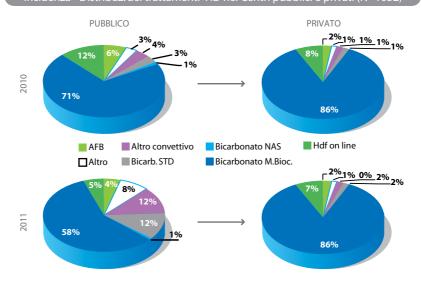
Incidenza - Pazienti pmp confronto regionale



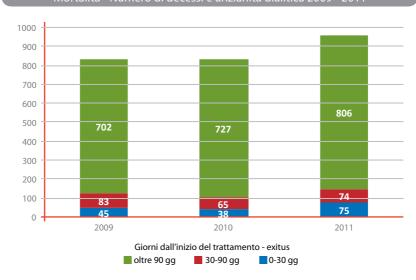
^{*}Fonte Sin 2009 Dati di 19/20 regioni, di cui 13/19 hanno la copertura del 100%



Incidenza - Distribuz dei trattamenti HD nei Centri pubblici e privati (N=1032)



Mortalità - Numero di decessi e anzianità dialitica 2009 - 2011







Pazienti in lista d'attesa (LAT) per trapianto di rene al 31/12/2011

I pazienti **siciliani** iscritti in LAT in Sicilia ed in altre regioni sono **549**

I pazienti in LAT nei Centri trapianto siciliani sono 499 477 residenti in regione e 22 non residenti.



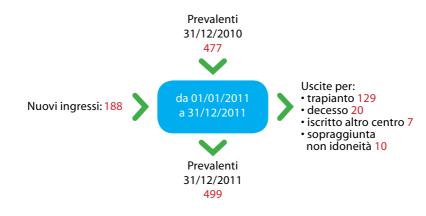
Trapianti in Sicilia

I trapianti eseguiti in Sicilia sono 123 di cui 116 a favore di pazienti residenti e 7 di pazienti non residenti



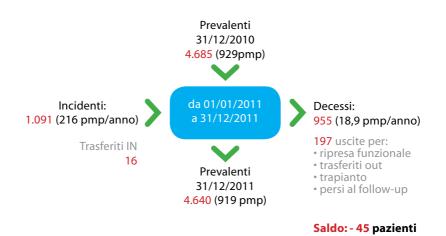


Bilancio ingressi-uscite lista d'attesa trapianto



Saldo: + 22 pazienti

Bilancio ingressi-uscite trattamenti dialitici





Metodologia



Registro Siciliano di Nefrologia, Dialisi e Trapianto (RSNDT)

Il RSNDT è stato istituito il 19 dicembre 2008 con Decreto dell'Assessore Regionale della Salute, con il compito di raccogliere i dati clinici ed anagrafici di tutti i pazienti inseriti in un programma di trattamento cronico sostitutivo della funzione renale (emodialisi, dialisi peritoneale, trapianto) presso strutture pubbliche e private presenti sul territorio siciliano.

Modalità di raccolta e di validazione dei dati

I dati sono trasmessi al Registro dai Centri di dialisi e dai Centri di avvio al trattamento dialitico. Presso ogni Centro è stato identificato nel Direttore dell'Unità Operativa Ospedaliera o nel Direttore Sanitario del Centro privato accreditato, il Responsabile della trasmissione dei dati; quest'ultima avviene tramite il software RegDial, sistema web based, a cui è possibile accedere con username e password specifici per ogni Centro.

Ogni Responsabile può individuare all'interno della propria struttura un Referente formalmente incaricato di curare le comunicazioni con il Registro. La comunicazione al Registro dell'avvio al trattamento dialitico cronico di un nuovo paziente, identificato con un codice univoco regionale generato dal software, deve avvenire entro 15 giorni dall'inizio del trattamento sostitutivo con la compilazione della scheda anagrafica; l'inserimento degli altri dati su maschere predefinite, può avvenire in qualsiasi momento on line e comunque obbligatoriamente ogni 6 mesi (al 30 giugno e al 31 dicembre di ogni anno).

Il mancato invio dei dati comporta per i Centri privati accreditati la sospensione del pagamento delle prestazioni e, in caso di recidiva, la sospensione dell'accreditamento e/o dell'autorizzazione; per i Centri ospedalieri l'omissione della trasmissione dei dati costituisce mancato raggiungimento dell'obiettivo contrattuale.

Il trasferimento di un paziente da un Centro ad un altro può essere



registrato esclusivamente dallo staff del Registro o dal Centro di provenienza del paziente. Dopo la scadenza fissata per la trasmissione dei dati ogni Centro riceve un report con i codici dei pazienti prevalenti, deceduti, trapiantati o persi al follow up relativi al semestre di osservazione; il Responsabile del Centro di dialisi conferma via fax l'esattezza dei dati e, qualora dovessero essere riscontrate difformità tra i dati del Centro e quelli del Registro, verranno apportate le modifiche necessarie o dal Responsabile del Centro di dialisi o dallo staff del Registro.

I dati dei pazienti in Lista d'attesa di Trapianto di rene (LAT) e dei pazienti trapiantati sono raccolti direttamente dal Sistema Informativo del Centro Regionale per i Trapianti della Sicilia (CRT Sicilia), dal Sistema Informativo dei Trapianti (SIT) del Centro Nazionale Trapianti (CNT) e dai Centri di dialisi.

Modalità di visualizzazione e di fruizione dei dati

Tutti i Centri di dialisi e i Centri trapianto possono accedere al data base del Registro, visualizzando i propri dati in forma disaggregata e quelli dell'intera Regione in forma aggregata.

Il software RegDial consente l'esecuzione di ricerche a livello regionale in forma aggregata, relative all' incidenza, alla prevalenza, ai decessi e al bilancio ingressi - uscite.

Sul sito: www.crtsicilia.it, area "RSNDT", sono disponibili le istruzioni per accedere al data base, unicamente da parte degli utenti forniti delle credenziali di accesso.

E' possibile inoltre, fare richiesta di ricerca dati direttamente al Registro utilizzando l'apposito modulo disponibile sul sito www.crtsicilia.it, area "Registro", sezione "Modulistica".

I dati, opportunamente oscurati per non consentire l'identificazione dei singoli pazienti e del Centro di appartenenza, verranno forniti in formato tabellare. Anche i pazienti possono accedere al data base per visualizzare esclusivamente i propri dati, facendo richiesta al Registro (per posta ordinaria, posta elettronica o fax) delle credenziali di accesso

Metodologia

con l'apposito modulo disponibile su www.crtsicilia.it, area "Registro", "Modulo ad uso dei pazienti per richiedere la password per l'accesso al RSNDT". E' consentito l'uso dei dati del Registro per pubblicazioni scientifiche, purché ne venga citata la fonte nel modo seguente: "Dati forniti dal Registro Siciliano di Nefrologia, Dialisi e Trapianto".

Criteri di inclusione

Sono inclusi nel Registro tutti i pazienti che si sottopongono alla terapia dialitica cronica in Sicilia, residenti e non residenti; sono esclusi i pazienti con insufficienza renale acuta e i dializzati presenti sul territorio siciliano solo temporaneamente (vacanza, turismo, lavoro); viceversa coloro che si recano temporaneamente presso altre Regioni, rimangono compresi nel Registro. I ricoveri ospedalieri non sono considerati come cambio Centro e non sono oggetto di segnalazione.

Il termine "emodializzato" si riferisce solo a quei pazienti che si sottopongono a dialisi cronica extracorporea.

Sono esclusi dall'elaborazione dei dati i pazienti incidenti che hanno recuperato la funzione renale entro i primi tre mesi dall'inizio del trattamento sostitutivo.

Centri di dialisi

Le strutture sanitarie censite nel Registro sono:

- Le Unità Operative Ospedaliere Complesse (U.O.C.) di Nefrologia e Dialisi
- Le Unità Operative Ospedaliere Semplici (U.O.S.) di Dialisi
- I Centri di Dialisi Decentrati ad Assistenza continuativa (CAD)

Centri funzionalmente collegati all'U.O.C. di Nefrologia e Dialisi di riferimento caratterizzati dalla presenza del medico per tutta la durata dei trattamenti.



• I Centri di Dialisi decentrati ad Assistenza Limitata (CAL)

Centri funzionalmente collegati all'U.O.C. di Nefrologia e Dialisi di riferimento, caratterizzati dalla presenza programmata non continuativa di un medico nefrologo.

• I Centri di Dialisi privati accreditati

Strutture sanitarie private, accreditate in accordo con i DD.AA. del 17 giugno 2002 e del 9 agosto 2004. Le sedi decentrate dei Centri privati accreditati sono state considerate come Centri a sé stanti.

I Centri di avvio al trattamento dialitico

Strutture sanitarie pubbliche o private, che non hanno un proprio programma di dialisi cronica, ma dove il paziente inizia il trattamento dialitico sostitutivo, che proseguirà presso un Centro pubblico o privato accreditato.

Malattie di base e cause di morte

Le malattie di base e le cause di morte, fanno riferimento al sistema di codifica dell'EDTA del 1995, utilizzato anche dai Registri italiano (RIDT: www.sin-ridt.org) ed europeo (EDTA: www.era-edta-reg.org).

Definizioni e metodologia dell'elaborazione e dell'analisi dei dati

Incidenza

(numero di nuovi pazienti residenti registrati nel corso dell'anno / totale della popolazione residente a rischio all'inizio dell'anno) x 1.000.000.

I dati di incidenza includono coloro che riprendono la dialisi cronica dopo il fallimento del trapianto.

I nuovi ingressi comprendono sia i pazienti incidenti, sia i cittadini di altre regioni che hanno iniziato a dializzare stabilmente in Sicilia nello stesso periodo di osservazione.

Metodologia

Prevalenza puntuale

(numero di persone ammalate in un certo istante / popolazione totale presente in un certo istante) x 1.000.000.

Decessi

Numero di decessi ogni 100 pazienti in dialisi: (numero totale dei decessi del periodo di osservazione) / (media della popolazione dialitica all'inizio e alla fine del periodo di osservazione) x 100 pazienti in dialisi Il numero dei decessi è stato calcolato sia come decessi totali che come numero di decessi con anzianità di trattamento dialitico superiore a 30 e a 90 giorni, al fine di rendere il dato raffrontabile con quello delle altre regioni benchmark.

Dati clinici

Adeguatezza dialitica, cinetica dell'urea, Body Mass Index (BMI) e prodotto calcio-fosforo sono calcolati automaticamente dal software RegDial; le formule utilizzate sono disponibili sul sito: www.crtsicilia.it, area "Registro", sezione "Formule e calcoli". La rappresentazione grafica dei dati clinici è stata eseguita secondo intervalli di riferimento stabiliti sulla base delle linee guida nazionali (SIN 2003, 2007) ed internazionali (KDOQI, KDIGO), dando la preferenza, laddove possibile, alle prime. Per la valutazione dell'adeguatezza dialitica in dialisi peritoneale, è stato preso in considerazione il valore di kt/v settimanale indicato nelle Best Practice del Gruppo di Studio di Dialisi Peritoneale (SIN) pubblicate nel 2012. Le linee guida possono essere visualizzate sul sito: www.crtsicilia. it, area "Registro", sezione "Linee guida".

Tempo medio di attesa al trapianto

Tempo che intercorre tra la data di iscrizione in lista d'attesa e la data del trapianto dei soli pazienti trapiantati nel periodo di osservazione.

∑(data trapianto -data iscrizione in LAT) n.ro di pz.trapiantati nel corso dell'anno



Tempo medio di attesa in lista

Tempo intercorso tra la data di iscrizione in lista d'attesa e il momento di osservazione scelto cioè il 31 dicembre di ogni anno.

 \sum (31 dic.-data iscrizione in LAT) n.ro di pz al 31 dicembre

Tempo medio di iscrizione in lista d'attesa

Tempo intercorso tra la data d'inizio della dialisi e la data di iscrizione in lista d'attesa.

<u>\(\)</u>(<u>Data di iscrizione -data inizio dialisi</u>) n.ro di pz al 31 dicembre

Benchmark

Registro Italiano di Dialisi e Trapianto (RIDT): aggiornato al 31 dicembre 2009, ha una copertura stimata dell' 85% della popolazione dialitica italiana, visto che contiene i dati di incidenza di 19/20 regioni, delle quali 13/19 hanno la copertura del 100% della popolazione dialitica; i dati di prevalenza sono relativi a 19/20 regioni e di queste 13/19 riportano il 100% della popolazione dialitica.

Il RIDT include tra i pazienti prevalenti tutti coloro che risultano vivi al 31 dicembre ed esclude i pazienti che recuperano la funzione renale entro 90 giorni dall'inizio del trattamento; i pazienti inseriti entro 90 giorni dalla fine dell'anno, dei quali non è noto l'outcome alla scadenza per l'inserimento definitivo, vengono inclusi nell'analisi come "effettivi".

Registro Regionale Dialisi e Trapianto Lazio (RRDTL): aggiornato al 31 dicembre 2011, contiene dati relativi ad una popolazione generale (al 1 gennaio 2012: 5.500.022 abitanti) numericamente raffrontabile a quella siciliana (al 1 gennaio 2011: 5.051.075) ed ha una copertura della popolazione dialitica del 100%; inoltre nel Lazio vi è una discreta

Metodologia

presenza di Centri privati (sul totale di 91 Centri 54 sono pubblici e 37 privati, pari rispettivamente al 59% e al 41% del numero totale dei Centri). Il Registro Lazio esclude dai pazienti prevalenti i pazienti trapiantati, i pazienti che recuperano la funzione renale entro 90 giorni dall'inizio del trattamento ed include i pazienti che riprendono il trattamento dialitico dopo il fallimento del trapianto; dall'incidenza sono esclusi i pazienti che recuperano la funzione renale entro 90 giorni dall'inizio del trattamento, coloro che riprendono il trattamento dialitico dopo il fallimento del trapianto e i pazienti che iniziano il trattamento fuori regione.

Per quanto attiene il calcolo della mortalità, il Registro Lazio esclude i pazienti deceduti con un'anzianità dialitica inferiore a 30 giorni dall'inizio del trattamento.

<u>Registro Veneto:</u> aggiornato al 31 dicembre 2010; popolazione generale al 1 gennaio 2011: 4.937.854; raccoglie i dati relativi al 100% dei pazienti; include tra i pazienti prevalenti sia coloro che sono in dialisi cronica che i pazienti trapiantati; in Veneto non sono presenti strutture di dialisi private. I dati riportati devono ritenersi provvisori e come tali saranno sottoposti ad un'ulteriore verifica da parte dello staff del Registro Veneto.

Di tutte queste variabili è stato tenuto conto nel momento in cui il dato siciliano è stato paragonato con i suddetti benchmark, apportando quelle modifiche (inclusione/esclusione) necessarie al fine di poter eseguire un confronto corretto. Tutti i dati elaborati sulla scorta della variabile "ASP", fanno riferimento all'ASP di residenza del paziente. Per quanto riguarda la definizione di alcuni trattamenti extracorporei è stato fatto riferimento a quanto stabilito nel D. A. n. 835/11 e nella successiva nota esplicativa del 29/07/2011 Prot / Serv. 4/n. 65379.



Nel tentativo di facilitare l'implementazione dei dati aderendo nel contempo ai subentranti aggiornamenti normativi, sono state effettuate numerose modifiche del tracciato record. In particolare si segnalano:

- 1) l'implementazione della nuova scheda per la registrazione dei dettagli della dialisi peritoneale;
- l'implementazione della scheda per la raccolta dati della premialità come previsto dal D.A.n.835 e dalla nota esplicativa del 29 luglio 2011;
- 3) il miglioramento delle schede per la registrazione delle comorbità e delle terapie che peraltro sono suscettibili di ulteriore affinamento al fine di rendere la registrazione più agevole e i dati più facilmente elaborabili.

Fonti

Popolazione

I dati della popolazione delle regioni Lazio, Veneto e Sicilia, sono desunti da Demo Istat: www.demo.istat.it

Numero, denominazione ed ubicazione dei Centri di dialisi

Per censire le strutture di Nefrologia e Dialisi siciliane e la loro ubicazione, sono stati utilizzati:

- 1) i flussi HSP 12, HSP 14 e STS 11;
- le Gazzette Ufficiali della Regione Siciliana relative all'accreditamento dei Centri privati;
- 3) gli elenchi della Società Italiana di Nefrologia (SIN);
- 4) gli elenchi dell'Associazione Nazionale Emodializzati (ANED);
- 5) gli Atti aziendali delle Aziende Ospedaliere;
- 6) i DD. AA. del 12 marzo 2010 e del 25 maggio 2010 pubblicati sul S.O. della GURS (p.l) n.28 del 18 giugno 2010 (n.30).

Metodologia

Comorbidità e mortalità

I dati forniti dai Responsabili dei Centri di dialisi, sono stati integrati con quelli desunti dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Dati dei pazienti trapiantati, della lista d'attesa unica regionale e dell'attività dei Centri di trapianto della Sicilia

Le fonti utilizzate sono:

- 1) il Sistema Informativo Trapianti (SIT) del Centro Nazionale Trapianti (CNT);
- 2) il Sistema Informativo del CRT Sicilia;
- 3) le strutture nefrologiche e dialitiche siciliane.

I dati ottenuti sono stati elaborati dallo staff del Registro.



Relazione



Dialisi

Censimento dei Centri di dialisi

Le strutture che erogano il trattamento dialitico in Sicilia sono 127, di cui 88 private e 39 pubbliche; di queste ultime una è stata attivata alla fine del 2011 (CAL di Mussomeli), un' altra (CAL di Scicli), diversamente dagli anni precedenti, è stata conteggiata separatamente dalla U.O.C. di Nefrologia e Dialisi del P.O. "Maggiore" di Modica da cui dipende funzionalmente; i due CAD rimanenti sono annessi al P.O. "Cutroni Zodda" di Barcellona Pozzo di Gotto e al P.O. "M. Paternò Arezzo" di Ragusa.

I Centri pediatrici sono 2 (Palermo e Messina), mentre i Centri pubblici che hanno un programma di dialisi peritoneale sono 19, compresi i 2 pediatrici e sono invariati rispetto al 2010.(graf. 2)

Il numero dei posti rene attivi è 397 pmp, di cui 74 pmp pubblici e 323 pmp privati (Lazio 220 pmp pubblici, 33 pmp privati); l'ASP di Trapani ha il più alto numero di posti rene attivi in rapporto alla popolazione (573 pmp di cui pubblici 92, privati 481), l'ASP di Caltanissetta il più basso (283 pmp, di cui pubblici 96, privati 188). (graf. 3)

In Veneto i Centri pubblici sono 47 di cui 22 Centri di dialisi-madre e 25 CAL; le U.O. che hanno un programma di dialisi peritoneale sono 22 di cui 1 pediatrico; non sono attivi Centri privati. Nel Lazio i Centri di dialisi sono 91 di cui 54 pubblici (di essi 21 sono CAL o Unità di Dialisi Decentrate) e 37 privati; 22 Centri laziali hanno in carico assistenziale pazienti in dialisi peritoneale.

Validazione e qualità dei dati

Soltanto 1 su 127 Centri di dialisi non ha dato esplicita conferma dei dati relativi ai pazienti afferenti al proprio Centro; pertanto non si ha conferma solo di 9 pazienti su 4.640 prevalenti. (graf. 1)

La completezza dei dati, nonostante un atteggiamento ampiamente collaborativo da parte di tutti i Centri, non è ancora ottimale: ad esempio, alcuni dati di laboratorio, i dettagli del trattamento dei



pazienti in dialisi peritoneale o dei pazienti incidenti in emodialisi non sono disponibili per il 100% della popolazione. (graff. 5-8)

Modalità di trasporto e distanza dal Centro di dialisi

Distanza dal Centro di dialisi: completezza 58% (2582/4410).

Dal confronto dei dati dei pazienti emodializzati raggruppati in fasce di distanze chilometriche (abitazione-Centro) come previsto dal D.A. del 13 ottobre 2011, non emerge alcuna differenza significativa tra le strutture pubbliche e private. (graf. 9)

Mediamente la distanza abitazione-Centro è 11,3 km.

Modalità di trasporto: completezza pubblico 61%, privato 71%.

Il 51% dei pazienti usufruisce del trasporto singolo, il 40% di quello collettivo, solo il 9% utilizza un mezzo proprio.

Dal confronto dei dati pubblico/privato, si evince che i pazienti che raggiugono in modo autonomo il Centro di dialisi di riferimento, sono più numerosi nelle strutture pubbliche rispetto a quelle private (18% vs 11%). Per quanto riguarda il trasporto "assistito singolo" non vi sono differenze significative (48% pubblico vs 50% privato), mentre per il trasporto "assistito collettivo" vi fa ricorso il 34% dei pazienti che dializza nelle strutture pubbliche ed il 39% di coloro che afferiscono alle strutture private. (graf. 10)

Prevalenza

Dati demografici

I pazienti prevalenti al 31 dicembre 2011 sono 4640 (2762 uomini, 1878 donne) di cui 40 non residenti. (graf. 11)

Rispetto al 2010 si osserva una riduzione di 45 pazienti, il che conferma il trend verso la stabilizzazione del pool dei pazienti prevalenti già riscontrato nei report degli anni precedenti.

La prevalenza media regionale si attesta su 919 pazienti in trattamento pmp (929 pmp nel 2010); il Registro italiano 2009 riporta una media nazionale di 765 pmp, il report del Lazio 2011 di 802 pmp, quello del

Relazione

Veneto di 565 pmp .(graff. 12, 14)

L'età media dell'intera popolazione in dialisi è 68 anni (Lazio 67 anni); l'età media dei pazienti in trattamento emodialitico è 69 anni, in dialisi peritoneale 58 anni. (graff. 15, 17)

Il 38% di tutti i pazienti ha un'età > 74 anni (Lazio 36%), in aumento di 3 punti percentuali dal 2008. (graf. 16)

L'anzianità dialitica è in media di 5,2 anni, stabile rispetto al 2010. (graf. 19). Il paziente che ha la maggiore anzianità dialitica in emodialisi (senza trapianti intercorrenti) ha iniziato il trattamento da 37 anni, in dialisi peritoneale da 23 anni. (graf. 18)

L'84% dei pazienti dializzati (2547/3044) è autosufficiente (graf. 20); per i pazienti in emodialisi il valore è l'83% (2395/2877), per quelli in dialisi peritoneale il valore raggiunge il 91% (152/167).

Il 52% del pool dei prevalenti svolge un lavoro (completezza 91%: 1036/1139, esclusi i pensionati, i disoccupati e gli studenti); il 50% degli emodializzati (476/955) lavora, contro l'80% (65/81) dei pazienti in dialisi peritoneale. (graf. 21)

Nefropatie di base

Il livello di completezza dei dati raccolti è del 100%.

Tra i pazienti prevalenti i gruppi diagnostici più frequentemente responsabili dell'insufficienza renale cronica terminale sono la nefropatia diabetica 17% (Lazio 18,3%, Veneto 11,2%), le nefropatie vascolari 16% (Lazio 24,1%, Veneto 16%), le nefropatie glomerulari 11% (Lazio 14,3%, Veneto 22,4%), le nefropatie ereditarie 10% (Lazio 9,9%, Veneto 14,9%), le nefropatie interstiziali 8% (Lazio 7%, Veneto 10,4%), le nefropatie sistemiche 3% (Lazio 3%, Veneto 4,3%), altre 6% (Lazio 4,1%, Veneto 2,3%); la percentuale delle nefropatie non diagnosticate è 29% (Lazio 19,3%, Veneto 18,5%). (graf. 23)

Dal confronto con gli anni precedenti, emerge come continua ad aumentare, seppure di poco, la percentuale delle nefropatie non diagnosticate; rimane al primo posto la nefropatia diabetica; immodificate le diagnosi delle altre nefropatie. (graf. 24)



La prevalenza della malattia del rene policistico è del 7%; si segnala un picco in provincia di Siracusa (15%) ed un minimo in provincia di Caltanissetta e Ragusa (4%), (graff. 25-26) mentre per la nefropatia diabetica si osserva un picco in provincia di Catania ed Enna (22%) ed un minimo in provincia di Trapani (12%). (graf. 27)

Distribuzione dei trattamenti dialitici

Il livello di completezza dei dati raccolti è del 100%.

Come nel 2010, il 95% dei pazienti in trattamento dialitico cronico si sottopone ad emodialisi, il 5% a dialisi peritoneale. (graf. 28)

Il 25% dei pazienti dializza in Centri pubblici e il 75% nei Centri privati accreditati (Lazio rapporto pubblico/privato 59%/41%). (graf. 30)

I pazienti che dializzano nei Centri pubblici sono 1183; di questi l'81% è in emodialisi ed il 19% in dialisi peritoneale (APD/CAPD 50%). (graf. 32) Il Registro del Lazio riporta un rapporto HD/DP dell' 88% vs 12%, Veneto 82% vs18%. (graf. 33)

Nei Centri pubblici il 62,5% dei pazienti emodializzati è in trattamento con metodiche non convettive (emodialisi bicarbonato standard 5%, emodialisi bicarbonato con membrane biocompatibili 55%, "altro" 2%). Il 31% dei trattamenti con membrane biocompatibili avviene con filtri a basso flusso, nel 17% dei pazienti vengono usati filtri ad alto flusso, nel 52% il dato non è disponibile.

Il ricorso alle metodiche convettive nei Centri pubblici è aumentato dal 2008 ad oggi di 4,8 punti percentuali, passando dal 32,7% al 37,5% (AFB 15%, HDF on line 15%, altro convettivo 8%).

Il 74% dei 3457 pazienti dei Centri privati si sottopone a metodiche non convettive: la gran parte di essi (2539/2566) si sottopone a emodialisi bicarbonato con membrane biocompatibili. Il 49% dei trattamenti con membrane biocompatibili avviene con filtri a basso flusso (1230/2539), il 26% con filtri ad alto flusso, nel 25% manca il dettaglio.

Il 26% dei pazienti che dializzano nei Centri privati è in trattamento con metodiche convettive (HDF-on line 19%, AFB 4%, altro convettivo 3%). L'introduzione di un nuovo sistema tariffario ha elicitato un uso delle

Relazione

metodiche convettive anche nei Centri privati vicino a quello delle strutture pubbliche con un apparente incremento dal 2008 ad oggi di 18,4 punti percentuali.

Complessivamente si osserva come su 4410 pazienti in trattamento emodialitico, l'emodialisi bicarbonato standard e quella con membrane biocompatibili, siano le metodiche più utilizzate sia nei Centri pubblici (60%) che nei Centri privati (74%); tra le metodiche convettive (Centri pubblici/privati 37%/26%), l'HDF on line è la metodica prescelta sia dai Centri pubblici che dai Centri privati accreditati. (graf. 31)

Dettagli dei trattamenti emodialitici

Numero delle sedute: completezza del dato 99,7% (4397/4410).

L'88% dei pazienti si sottopone a 3 sedute settimanali, il 4% ad 1-2 sedute, l' 8% a più di 3 sedute con un rapporto pubblico/privato del 3% vs 10% (Lazio oltre 3 sedute 2,6%). (graf. 34)

Dal confronto con gli anni precedenti si rileva un trend in riduzione delle dialisi quadrisettimanali nei Centri privati che passano dal 14% del 2008 al 10% del 2011.

Accesso vascolare: completezza del dato 87% (3835/4410).

L'83% dei pazienti in emodialisi ha una fistola artero – venosa (Lazio 80,2%), il 13% ha un catetere permanente (Lazio 15,8%), il 3% ha un catetere temporaneo (Lazio 3,9%), l'1% ha una protesi vascolare (Lazio 0,1%). (graf. 35)

Flusso ematico: completezza del dato 85% (3733/4410).

ll 60% dei pazienti dializza con un flusso ematico di 300-349 ml/m, il 22% con un flusso di 250-299 ml/m, il 13% con 350-399 ml/m, il 3% con 200-249 ml/m, il 2% con più di 400ml/m, 14 con meno di 200ml/m. (graf. 36)

Dal 2009 si segnala un lento ma costante aumento dei pazienti che dializzano con un flusso ematico di 300-349 ml/m (dal 58% al 60%).





<u>Tipo di membrana filtro:</u> completezza del dato 91% (4000/4410). Il ricorso all'utilizzo delle membrane molto biocompatibili avviene nel 98% (3930/4000) dei pazienti (polisulfone nel 39,5% dei casi); solo il 2% dei pazienti utilizza le membrane meno biocompatibili. (graf. 37)

<u>Superficie della membrana</u>: completezza del dato 85% (3764/4410). Il 63% dei pazienti utilizza filtri con una superficie ≥ 1,6 m² in incremento del 3% rispetto al 2010; il 30% usa filtri con superficie tra 1,4-1,6 m², il 7% tra 1 e 1,3 m², 15 pazienti utilizzano filtri con superficie ≤ 1 m². (graf. 38)

<u>Durata della seduta</u>: completezza del dato 77% (3375/4410). Il 66% dei pazienti si sottopone a 4-4,5 ore di dialisi, il 21% a 3,5-4 ore, il 9% a 3-3,5 ore, il 2% a più di 4,5 ore, l'1% a meno di 3 ore. Si osserva un aumento di 3,4 punti percentuali dei pazienti che si sottopongono a 4-4,5 ore rispetto al 2010. (graf. 39)

Dettagli dei trattamenti dialitici peritoneali

I pazienti che si sottopongono a dialisi peritoneale sono 230; di essi il 50% è in CAPD e l'altra metà in APD; di questi ultimi 17 pazienti eseguono l'IPD, 9 la CCPD e 9 la Tidal. (graf. 40)

<u>Volume di scambio:</u> completezza del dato 52% (119/230) Circa il 50% dei prevalenti utilizza per gli scambi 50-100 l./settimana, il 20% meno di 50 l./settimana, circa il 30% più di 100 l./settimana. (graf. 41)

<u>Utilizzo di agenti osmotici:</u> completezza del dato 71% (164/230). Il 76% dei pazienti effettua scambi senza glucosio o icodestrina, il 21% con glucosio, il 3% con glucosio ed icodestrina. (graf. 42)

Tipo di buffer: completezza del dato 47% (108/230)

Il 53% dei pazienti utilizza il lattato nel liquido di scambio, il 24% il bicarbonato, il 19% bicarbonato + lattato, il 2% acetato e il rimanente "altro". (graf. 43)



Comorbidità

Completezza del dato 71% (3313/4640) dei pazienti prevalenti.

Il 35% dei pazienti ha una sola comorbidità, il 30% ne ha due, il 35% ne ha 3 o più.

Tra gli over 65 anni il 29% è portatore di 1 comorbidità, il 31% ne ha 2, il 40% ne ha 3 o più.

Il 25% dei pazienti è affetto da diabete mellito; l'ulteriore dettaglio relativo al diabete tipo I/II non è ancora analizzabile. (graf. 45)

Riunendo le comorbidità in 5 grandi categorie, possiamo osservare come i pazienti affetti da comorbidità cardiovascolari sono l'87% (2888/3313), i portatori di malattia gastrointestinale sono il 16%, i pazienti affetti da neoplasie sono il 10%, ed infine i pazienti affetti da malattia polmonare cronica sono l'11%. (graf. 44)

Incidenza

Dati demografici

Nel 2011 i pazienti residenti in Sicilia che hanno iniziato il trattamento dialitico sono stati 1091 (216 pmp); di questi 28 hanno iniziato nuovamente la dialisi per fallimento del trapianto; a questi si devono aggiungere 6 pazienti che si sono trasferiti in Sicilia da altre regioni o che hanno iniziato la dialisi in Sicilia pur non essendo residenti (1097).(graff. 47,48)

Dal confronto dei dati con gli anni precedenti si osserva una stabilizzazione del numero dei pazienti incidenti che erano 220 pmp nel 2009 (-1,7%) e 213 pmp nel 2010 (+1,5%). (graf. 49)

Resta un valore significativamente maggiore sia di quello nazionale (Report Registro Italiano 2009: 167 pmp), sia del Lazio (Report 2011: 159 pmp), che del Veneto (Report 2010: 113 pmp). (graf. 51)

L'età media all'inizio del trattamento dialitico è 68,4 anni (Lazio 67,3 anni); il 42% dei nuovi pazienti ha un'età > 75 anni, senza alcuna differenza di sesso. (graf. 53)

Il paziente più anziano che ha iniziato il trattamento dialitico ha 96 anni, il più giovane ha 1 anno. (graf. 54)



Per quanto riguarda la scelta del primo trattamento, tralasciando le fasce di età pediatriche numericamente esigue, la dialisi peritoneale viene privilegiata da circa il 30% dei pazienti al di sotto dei 35 anni, mentre il 99% (602/614) dei pazienti over 70 si sottopone ad emodialisi. (graf. 55)

Nefropatie di base

Completezza del dato 100%.

Tra i pazienti incidenti i gruppi diagnostici più frequentemente responsabili dell'insufficienza renale cronica terminale sono la nefropatia diabetica 18% (Lazio 23,1%, Veneto 19,2%), le nefropatie vascolari 14% (Lazio 27,8%, Veneto 21%), le nefropatie glomerulari 7,4% (Lazio 8,2%, Veneto 10,2%), altre 7,3% (Lazio 3,5%, Veneto 2,2%), le nefropatie ereditarie 6% (Lazio 6,6%, Veneto 8,2%), le nefropatie sistemiche 5% (Lazio 3,8%, Veneto 4,5%), le nefropatie interstiziali 4,3% (Lazio 6%, Veneto 7%); la percentuale delle nefropatie non diagnosticate è 38% (Lazio 21%, Veneto 27,7%). (graf. 57)

Rispetto al 2010 le nefropatie non diagnosticate si sono ridotte di 2 punti percentuali; rimane al primo posto la nefropatia diabetica. (graf. 56)
I pazienti incidenti affetti da malattia del rene policistico, sono stati il 3%, 2 punti percentuali in meno rispetto al 2010. (graf. 58)

Distribuzione dei trattamenti dialitici

Completezza del dato 100%.

Il 95% dei 1091 pazienti incidenti si sottopone ad emodialisi, il 5% a dialisi peritoneale. (graf. 59)

Il 25% degli incidenti dializza nei Centri pubblici ed il 75% nei Centri privati accreditati, ma il 62% dei nuovi pazienti ha iniziato il trattamento in una struttura pubblica. (graf. 61)

L'83% dei pazienti che dializzano nei Centri pubblici sono in emodialisi, il 17% in dialisi peritoneale di cui 37 in CAPD e 22 in APD (Lazio CAPD/APD 58/42%). (graf. 62)

Dei pazienti incidenti in dialisi presso i Centri pubblici, il 78% è trattato con metodiche tradizionali (58% membrane biocompatibili, 12%

Relazione

emodialisi bicarbonato standard, 1% emodialisi bicarbonato non altrimenti specificata, 8% "altro").

Il 21,7% dei nuovi pazienti utilizza le metodiche convettive (5,4 % HDF on line, 4,4% AFB, 11,9% "altro convettivo").

Dei nuovi pazienti dei Centri privati accreditati, l'89% è trattato con metodiche tradizionali (86% membrane biocompatibili, 2% bicarbonato standard, 1% "altro"). Il ricorso alle metodiche convettive avviene nell'11% dei casi (HDF on line 7%, AFB 2%, "altro convettivo" 2%), dato sovrapponibile a quello del 2010. (graf. 63)

Dettagli dei trattamenti emodialitici

Numero delle sedute: completezza del dato 99% (1022/1032)

L'86% dei pazienti si sottopone a 3 sedute (Lazio 80,8%), l'8% ad 1 o 2 sedute (Lazio 18,5%), il 6% a più di 3 sedute (5% tra i pazienti in trattamento presso i Centri privati e 9% presso i pubblici; Lazio 0,7%). (graf. 64)

Accessi vascolari: completezza del dato 63% (646/1032).

In confronto con l'anno precedente si osserva una tendenza alla riduzione delle fistole artero-venose (2010: 64%; 2011: 59%), un aumento dei cateteri temporanei (2010: 14%; 2011: 18%) e dei cateteri permanenti (2010: 21%; 2011: 23%). (graf. 65)

<u>Tipo di membrane:</u> completezza del dato: 67% (689/1032).

Il ricorso alle membrane molto biocompatibili avviene nel 99% dei pazienti; il polimero di uso più frequente è il polisulfone nel 40% dei casi (29% a basso flusso e 11% ad alto flusso). (graf. 67)

Superficie della membrana: completezza del dato 62% (636/1032). I filtri con superficie \geq 1,4 m² sono l'88% (Lazio 98%); in particolare il 58% dei pazienti utilizza filtri con una superficie \geq 1,6 m². (graf. 68)

<u>Durata delle sedute:</u> completezza del dato 50% (514/1032) Tra gli incidenti del 2011 c'è stata una riduzione del numero dei pazienti



che si sottopongono a 3-4 ore di dialisi di 8 punti percentuali, un incremento di 5 punti per i trattamenti maggiori di 4 ore e di quasi 3 punti per quelli maggiori di 4,5 ore. (graf. 69)

Dettagli dei trattamenti dialitici peritoneali

I pazienti che hanno iniziato la dialisi peritoneale sono 59; di essi 37 utilizzano la CAPD e 22 l'APD.

Volume di scambio: completezza del dato: 46%(27/59)

12 pazienti effettuano scambi con 50-100 l./settimana, 9 con < 50 l./settimana e 6 con 100-150 l./settimana.

<u>Tipo di buffer:</u> completezza del dato 47% (28/59). Il 39% utilizza il lattato, il 36% il bicarbonato + lattato, il 25% il bicarbonato. (graf. 70)

Mortalità

Nel periodo di osservazione (1 gennaio – 31 dicembre 2011) sono stati registrati 955 decessi, ossia 20,5 ogni 100 pazienti in dialisi, con un incremento di quasi due punti percentuali rispetto al 2010 (17,8 ogni 100 pazienti).

Tra i pazienti in dialisi peritoneale i deceduti sono stati 19 (8,1 ogni 100 pazienti), mentre tra i pazienti in emodialisi i decessi sono stati 936 (21,3 ogni 100 pazienti). (graff. 72, 73)

Se si escludono i pazienti deceduti entro 30 giorni dall'inizio del trattamento dialitico il numero scende a 880, cioè 19 decessi ogni 100 pazienti in dialisi (Lazio 14,3 ogni 100 pazienti in dialisi), in aumento di 2 punti rispetto all'anno precedente (16,9 ogni 100 pazienti in dialisi); se si escludono i pazienti deceduti entro 90 giorni dall'inizio del trattamento dialitico il numero scende ulteriormente a 806, cioè 17,3 decessi ogni 100 pazienti in dialisi, 1,7 % in più rispetto al 2010. (graf. 74) L'età media dei pazienti deceduti è 76,5 anni; il 61% (582/955)

Relazione

appartiene alla classe degli over 75. (graf. 75)

L'analisi della sopravvivenza, effettuata con il metodo di Kaplan Meyer, analizza la coorte dei 3382 pazienti incidenti tra il 01/01/2009 ed il 31/12/2011, tra i quali sono intercorsi 936 decessi. Nella coorte considerata, la stima della probabilità di sopravvivenza è stata dell'88,4% (IC 95%: 87,3-89,5) a tre mesi dall'inizio del trattamento e del 75,1% (IC 95%: 73,6-76,8) ad 1 anno. (graf. 77)

Nel graf. 78 è rappresentata la curva di sopravvivenza stratificata per età: una sopravvivenza significativamente più elevata è stata evidenziata tra i pazienti di età < 65 anni (log-rank test p=0).

La più frequente causa di decesso è quella cardiaca (42% dei casi; Lazio 51%), seguono la cachessia (12%; Lazio 11%), la causa vascolare (9%; Lazio 12%), le neoplasie 6%, "altre" 4%, malattie infettive (3%; Lazio 8%), malattie gastrointestinali (2%; Lazio 1%); nel 22% dei casi la causa del decesso rimane sconosciuta. (graf. 79)

La modalità di registrazione delle cause di morte è da perfezionare, essendo necessario dettagliare le concause che possono condurre all' "arresto cardiaco".

Dati clinici

L'elaborazione dei dati clinici è stata eseguita sul pool dei pazienti prevalenti tranne laddove esplicitamente indicato.

Efficienza dialitica

Il kt/v (completezza dei dati 70% 3074/4410) è al disopra del cut off (\geq 1,3) previsto dalle linee guida della SIN nel 62% dei casi, in miglioramento rispetto al 2010 (54%); il kt/v settimanale eseguito solo sul pool dei pazienti in dialisi peritoneale (completezza dei dati 41% 95/230), risulta \geq ad 1,7 (come previsto dalle Best Practice pubblicate nel 2012 dal Gruppo di Studio di Dialisi peritoneale della SIN) nel 79% dei pazienti. (graf. 80)



Calcio, fosforo, PTH

Per quanto riguarda la calcemia (completezza dei dati 67% 3102/4640) il 64% (1991/3102) dei pazienti rientra nei range delle Linee guida KDIGO 2009; dei residuali, il 31% si è attestato su valori < ad 8,4 mg% e il 5% > 10,2 mg %.

Il valore della fosforemia (completezza dei dati 71% 3272/4640) è rientrato nel range previsto nel 62% (2021/3272) dei pazienti; il 23% si è attestato su valori > 5,5 mg%, e il 15% < 3,5 mg%.

Il prodotto calcio x fosforo (completezza dei dati 67% 3113/4640) è nel range previsto nel 72% (2227/3113) dei casi.

Il valore del PTH (completezza 58% 2703/4640) è rientrato nel range previsto dalle linee guida della SIN nel 29% (782/2703) dei pazienti; a riguardo occorre sottolineare che l'interpretazione del risultato va valutata alla luce del fatto che in Sicilia vengono utilizzate metodiche diverse con risultati disomogenei. (graf. 81)

Anemia

I valori di emoglobina (completezza dei dati 73% 3382/4640) rientrano nel range nel 38% dei casi (1285/3382), rimanendo al di sotto della norma nel 44% dei pazienti; la percentuale di saturazione della transferrina (completezza dei dati 32% 1503/4640) è nel range nel 60% (896/1503) dei casi, mentre la ferritinemia (completezza dei dati 55% 2555/4640) è nei limiti nel 53% (1343/2555) dei pazienti. (graf. 81)

Altri dati ematochimici

Per quanto riguarda il dosaggio della potassiemia (completezza dei dati 57% 2622/4640) è nei limiti nel 41% (1076/ 2622) dei pazienti; l'albuminemia (completezza dei dati 60% 2769/4640) risulta entro i limiti nel 63% (1748/2769), il 30% si attesta su valori < 3,5 g/dl; la glicemia (completezza dei dati 57% 2661/4640) nel 64% (1707/2661); il colesterolo totale (completezza dei dati 55% 2574/4640) nell'87% (2245/2574), colesterolo HDL/LDL (completezza dei dati 42% 1942/4640 /28% 1298/4640) nel 54%/92%; i trigliceridi (completezza

Relazione

55% 2544/4640) nel 67% (1701/2544) ed infine il BMI (completezza 69% 3200/4640) nell'80% (2567/3200) dei pazienti. (graf. 82)

Da segnalare la conferma della riduzione della registrazione dei dati clinici rispetto al 2009.

Gruppo sanguigno

La distribuzione dei gruppi sanguigni tra l'85% (3963/4640) dei pazienti prevalenti è pressoché immodificata rispetto agli anni precedenti. (graf. 83)

Markers virali

AIDS

Lo screening eseguito sul 63% (2933/4640) dei pazienti prevalenti evidenzia 6 pazienti positivi ed 1 paziente tra gli incidenti tra i quali lo screening è stato eseguito nel 42% dei casi (462/1091). (graf. 84)

Markers epatite C

Dati disponibili nel 90% dei pazienti prevalenti (4176/4640) e nel 64% degli incidenti (703/1091). I pazienti siciliani in dialisi HCV positivi sono il 10% dei pazienti prevalenti (420/4176) e il 7 % degli incidenti (49/703). (graf. 85)

Markers epatite B

<u>HBsAg:</u> dato disponibile nel 90% dei pazienti prevalenti (4171/4640) e nel 65% (708/1091) degli incidenti.

I pazienti siciliani in dialisi HBsAg positivi sono l'1,4% dei pazienti prevalenti (60/4171) e l'1,1% degli incidenti (8/708). (graf. 86)

<u>HBsAb:</u> dato disponibile nel 66% dei pazienti prevalenti (3049/4640) e nel 38% (418/1091) degli incidenti. I pazienti siciliani in dialisi HBsAb positivi sono il 40% dei pazienti prevalenti (1215/3049) e il 30% (127/418) degli incidenti. (graf. 87)



<u>Vaccinazione anti epatite B:</u> dato disponibile nel 63% dei pazienti prevalenti (2906/4640) e nel 35% degli incidenti (382/1091). I pazienti vaccinati in dialisi sono il 38% dei pazienti prevalenti (1100/2906) e il 26% degli incidenti (100/382). (graf. 88)

Dalla valutazione complessiva dei markers risulta che il 30% (1412) dei pazienti dovrebbe sottoporsi a vaccinazione, il 26% (1219) è immune, il 23% (1069) deve ancora eseguire tutti i markers virali, il 10% (442) dovrebbe eseguire solo il dosaggio degli anticorpi anti HBs, il 9%(399) è da considerare "non responder" alla vaccinazione, l'1% (60) dovrebbe essere valutato per un'eventuale epatopatia, l'1% (39) dovrebbe eseguire la determinazione HBsAg/anti HBs. (graf. 89)

Trapianto

Lista d'attesa trapianto (LAT)

I pazienti siciliani iscritti in LAT in Sicilia e presso altre regioni al 31 dicembre 2011 sono 549; il 63% (346) è iscritto solo presso Centri di trapianto siciliani, il 13% (72) solo presso Centri extraregionali, il 24% (131) ha una doppia iscrizione in regione e fuori regione. (graff. 90, 91) I pazienti in LAT attiva presso i Centri di trapianto siciliani sono 499 (477 residenti. 22 non residenti).

Confrontando i dati del 2011 con quelli del 2010, si osserva un aumento del numero dei pazienti iscritti solo in Sicilia (da 332 a 346) e la riduzione di quelli iscritti unicamente fuori regione (da 92 a 72). (graf. 91)

Il numero di iscritti per singolo Centro trapianti è sostanzialmente in equilibrio: Policlinico di Catania 176 iscritti (residenti 169 - non residenti 7); Ospedale Civico di Palermo 180 (residenti 170 - non residenti 10); ISMETT 143 (residenti 138 - non residenti 5). (graf. 93)

Il motivo più frequente di non iscrizione in LAT è la non idoneità per rischio cardiovascolare (30%), segue il rifiuto di sottoporsi al trapianto (18%), "altro" (17%), in valutazione (13%), per malattia neoplastica (5%), per motivo non specificato (17%), per patologia infettiva (1%). (graf. 95)

Relazione

Facendo riferimento alle metodiche dialitiche si osserva come l'84% (nel 2010 erano l'82%) dei pazienti iscritti si sottopone ad emodialisi (10% di tutti gli emodializzati), il 15% a dialisi peritoneale (32% di tutti i pazienti in dialisi peritoneale); l'1% non ha ancora iniziato il trattamento dialitico. (graf. 96)

Il 62% (303) degli iscritti sono uomini e l'età media è 51 anni; mentre le donne iscritte in LAT hanno un'età media di 50 anni. I pazienti in età pediatrica (entro i 18 anni di età) iscritti in LAT sono 3; gli over 65 sono il 10% (52). (graf. 98)

La percentuale dei pazienti iperimmuni (PRA ≥80) è del 6% (32). (graf. 102) Il numero totale dei nuovi iscritti nel 2011 è 188; il trend dal 2006 oscilla da un minimo di 119 nel 2006 ad un massimo di 222 nel 2007. (graf. 103) Inuovi iscritti in LAT per Centro trapianto sono così distribuiti: Policlinico di Catania 88, Ospedale Civico di Palermo 52, ISMETT 48. (graf. 104) Il tempo medio d'iscrizione in LAT è di 46 mesi; distinti per metodica HD/DP 51/20 mesi. (graf. 105)

L'anzianità di iscrizione in LAT è in media 31 mesi; disaggregando il dato per gruppo sanguigno, si osserva che attendono di più i pazienti di gruppo B (34 mesi), seguono i pazienti di gruppo 0 (32 mesi), di gruppo A (28 mesi) ed infine i pazienti di gruppo AB (8 mesi). (graf. 106)

Nel 2011 sono usciti dalla lista 129 pazienti perché sottoposti a trapianto, 20 per decesso, 7 per iscrizione presso un altro Centro e 10 sono stati sospesi definitivamente per sopraggiunta non idoneità clinica.

Il saldo finale rispetto al 31 dicembre 2010 è di +22 pazienti. (graf. 114)

Trapianto

Nel 2011 sono stati eseguiti 123 trapianti di rene, 94 da cadavere e 29 da vivente (+14 rispetto al 2010) di cui 116 a favore dei pazienti residenti e 7 a favore dei non residenti; nessun paziente siciliano è stato trapiantato all'estero, mentre 29 sono stati trapiantati in Centri extraregionali (24 nel 2010). (graf. 107, 108)

L'attività di trapianto dei tre Centri autorizzati è sostanzialmente equivalente: il Policlinico di Catania ha eseguito 42 interventi (36 da



cadavere, 6 da vivente); l'Ospedale Civico di Palermo 40 (36 da cadavere, 4 da vivente); ISMETT 41 (22 da cadavere; 19 da vivente). (graf. 110, 111) Il numero complessivo di trapianti eseguiti in ogni tempo (1988 – 2011) è 1546 (da cadavere 1290, da vivente 256); distinti per Centro sono: 615 Policlinico di Catania (508 da cadavere, 107 da vivente); 527 Ospedale Civico Palermo (514 da cadavere; 13 da vivente); 258 ISMETT (126 da cadavere, 132 da vivente); 146 Policlinico di Palermo (142 da cadavere; 4 da vivente). (graf. 109)

Tra i trapianti eseguiti sono compresi 4 trapianti rene-pancreas (2 ISMETT, 1 Policlinico di Catania, 1 eseguito fuori regione) e 6 reni doppi (4 ISMETT, 2 Policlinico di Catania).

I trapianti pre emptive sono stati 7: 2 da donatore cadavere e 5 da donatore vivente.

L'età media dei pazienti trapiantati è 48 anni (49 anni nel 2010), 2 sono i trapianti in età pediatrica eseguiti in regione, 3 sono stati eseguiti fuori regione; il paziente più anziano che è stato sottoposto a trapianto ha 77 anni. (graf. 112)

Il tempo medio di permanenza in LAT dei pazienti trapiantati è di 32 mesi (+ 8 mesi rispetto al 2010); in relazione al gruppo sanguigno si osserva come i pazienti di gruppo B attendono in media 44 mesi; quelli di gruppo zero 38 mesi; quelli di gruppo A 20 mesi; quelli di gruppo AB 5 mesi. (graf. 113)

Flussi

Cambi di metodica

I passaggi stabili da una modalità sostitutiva della funzione renale ad un'altra sono stati 219.

Nel dettaglio:

- 122 pazienti emodializzati sono stati trapiantati;
- 23 pazienti in dialisi peritoneale sono stati trapiantati.
- 11 sono passati dall'emodialisi alla dialisi peritoneale di cui 4 per scelta del paziente, 1 per problemi cardiovascolari, per 6 pazienti il

Relazione

dettaglio non è stato registrato.

- 35 sono passati dalla dialisi peritoneale all'emodialisi di cui 5 per deficit di ultrafiltrazione/depurazione, 2 per scelta del paziente, 2 altro, 2 per impossibilità sopraggiunta a proseguire il trattamento, 1 per peritoniti; per 23 pazienti il dettaglio non è stato registrato.
- 28 sono i pazienti che sono andati incontro ad esaurimento funzionale del rene trapiantato; di essi 24 hanno ripreso l'emodialisi e 4 la dialisi peritoneale. (graf. 116)

Bilancio ingressi-uscite

I pazienti prevalenti al 31 dicembre 2010 erano 4685; i pazienti incidenti (che comprendono anche i fallimenti dei trapianti) sono stati 1091 a cui si aggiungono 16 pazienti trasferitisi stabilmente in Sicilia.

Sono per contro intervenuti 955 decessi nonché 197 uscite per ripresa funzionale, trasferiti fuori regione, trapianto, persi al follow up.

Al 31 dicembre 2011 il numero dei pazienti prevalenti è 4640 con un bilancio complessivo di - 45 pazienti rispetto al 2010. (graf. 115)









1 Validazione dei dati

Soltanto 1 dei 127
Centri di dialisi non ha aggiornato i dati;
pertanto non si ha conferma
solo dei 9 pazienti afferenti a quel Centro
su 4.640 pazienti prevalenti



2 Centri di dialisi siciliani

	TOTALE	PRIVATI	PUBBLICI	DP
AGRIGENTO	12	10	2	0
CALTANISSETTA	6	3	3	1
CATANIA	26	19	7	4
ENNA	5	2	3	2
MESSINA	20	11	9	5+1 ped
PALERMO	21	16	5	2+1 ped
RAGUSA	9	6	3	1
SIRACUSA	14	11	3	1
TRAPANI	14	10	4	1
Sicilia	127	88	39	19

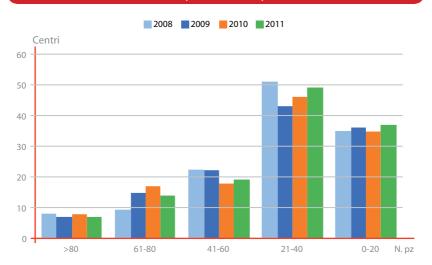




3 Offerta dialisi - Posti rene pmp

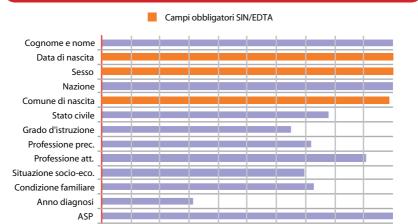
	Pubblico	Privato	Totale
AGRIGENTO	55	412	467
CALTANISSETTA	96	188	283
CATANIA	50	275	325
ENNA	157	151	307
MESSINA	147	269	416
PALERMO	43	350	393
RAGUSA	110	361	471
SIRACUSA	42	324	366
TRAPANI	92	481	573
Sicilia	74	323	397

4 Distribuzione dei Centri per numero di pazienti in trattamento



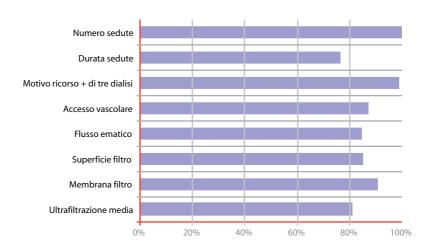


5 Completezza dei dati anagrafici (%)



6 Completezza dei dati dialitici (%)

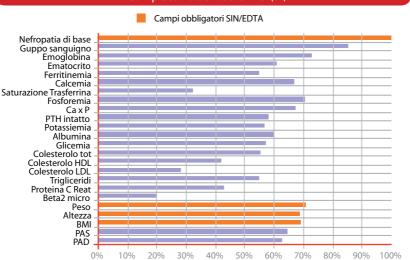
Distretto



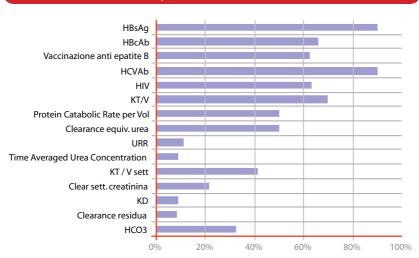




7 Completezza dei dati clinici (%)



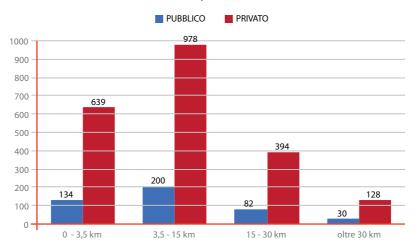
8 Completezza dei dati clinici (%)



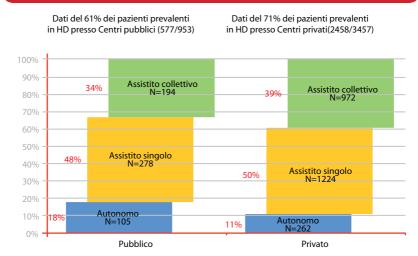


9 Distribuzione dei pz in HD per distanza dal Centro pubblico/privato

Dati del 58% dei pz in HD (2582/4410)



10 Distribuzione per tipo di trasporto





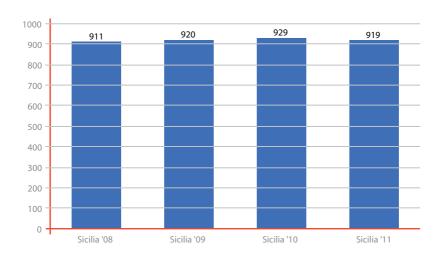


11 Prevalenza - Pazienti in trattamento dialitico al 31/12/2011

PREVALENTI 4640 (919 pmp) Residenti: 4.600 Non residenti: 40



12 Prevalenza pmp (2008-2011)





13 Prevalenza - Pazienti pmp per provincia di residenza - Totale (N = 4.640)



14 Prevalenza - Confronto regionale pmp

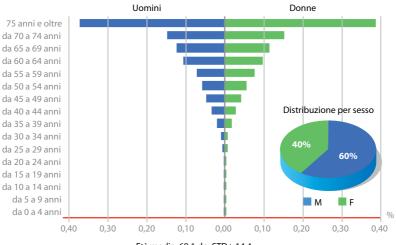


* Fonte SIN 2010: 19/20 regioni di cui 13/20 hanno la copertura del 100%



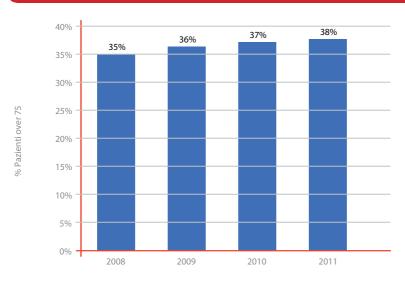


15 Prevalenza - Distribuzione per sesso e classi di età al 31/12/2011 (N=4640)



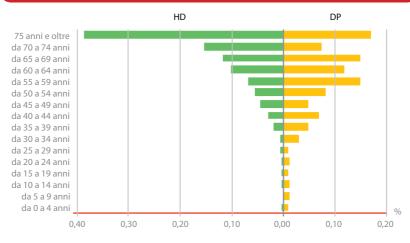
Età media: 68,1 devSTD± 14,4

16 Prevalenza - Distribuzione per anno dei pazienti over 75





17 Prevalenza - Distribuzione per età e per metodica al 31/12/2011



HD - Età media: 68,7 DevSTD± 14,0

DP - Età media: 58,0 DevSTD± 17,4

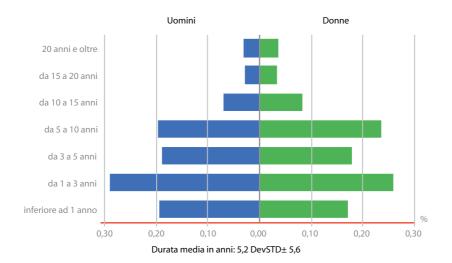
18 Prevalenza - Anzianità anagrafica/dialitica (anni)

	HD	DP
Più anziano	100	93
Più giovane	1	1
Maggiore anzianità dialitica senza Tx intercorrenti	37	23



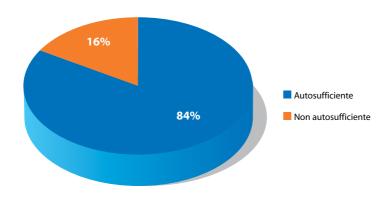


19 Prevalenza - Distribuzione % per anzianità dialitica (N = 4.640)



20 Prevalenza - Autosufficienza

Dati del 66% dei pazienti (N= 3.044/4.640)





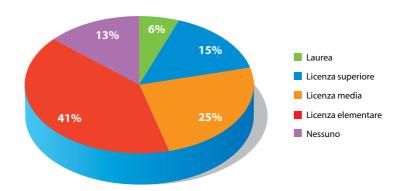
21 Prevalenza - Professione pazienti in età lavorativa (20-60 anni)

Dati del 91% dei pazienti (N=1036/1.139)

Pensionato 341 33% Casalinga 192 19% Disoccupato 143 14% Impiegato 133 13% Altro 56 5% Operaio 44 4% Commerciante 40 4% Professionista 25 2%
Disoccupato 143 14% Impiegato 133 13% Altro 56 5% Operaio 44 4% Commerciante 40 4%
Impiegato 133 13% Altro 56 5% Operaio 44 4% Commerciante 40 4%
Altro 56 5% Operaio 44 4% Commerciante 40 4%
Operaio 44 4% Commerciante 40 4%
Commerciante 40 4%
Professionista 25 2%
110103310111314
Insegnante 19 2%
Artigiano 16 2%
Studente 11 1%
Agricoltore 10 1%
Religioso 3 0%
App. forze armate 3 0%

22 Prevalenza - Grado di istruzione

Dati del 65% dei pazienti (N=3.004/4.640)



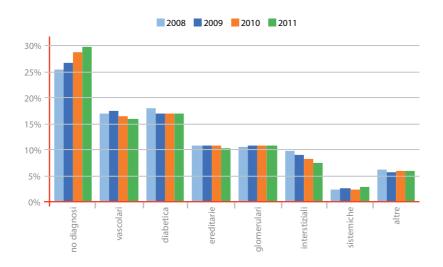




23 Prevalenza - Nefropatia di base - Confronto regionale

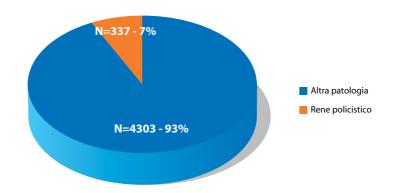


24 Prevalenza - Nefropatie di base - Confronto 2008 - 2011

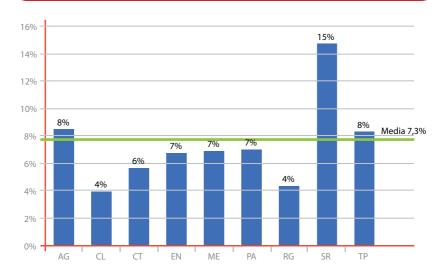




25 Prevalenza - Rene policistico



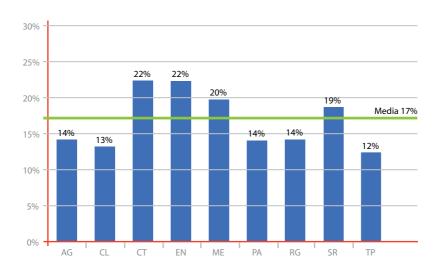
26 Prevalenza - Rene policistico per provincia (N=337)



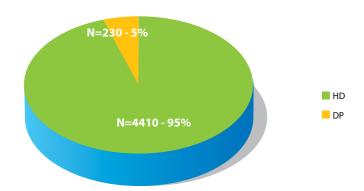




27 Prevalenza - Nefropatia diabetica per provincia (N=787)



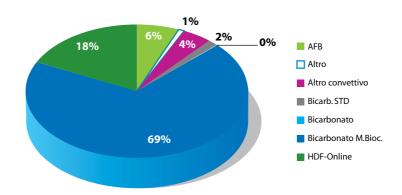
28 Prevalenza - Distribuzione dei trattamenti dialitici (N=4640)





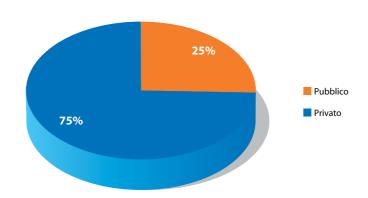
29 Prevalenza - Distribuzione dei trattamenti HD (N=4410)

Trattamenti convettivi (100=pz in HD): pubblico 37,5% - privato 22%



30 Prevalenza - Distribuzione dei trattamenti dialitici pubblico/privato

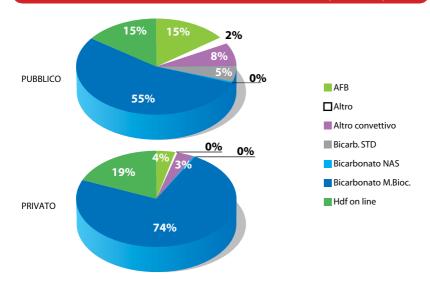
Totale pazienti N= 4640



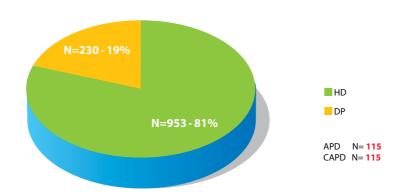




31 Prevalenza - Distribuzione dei trattamenti HD nei Centri pubblici e privati

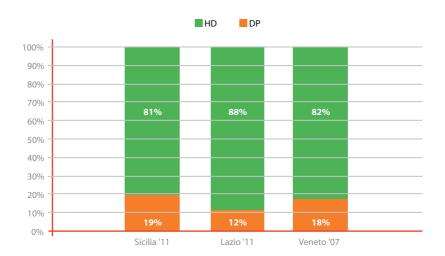


32 Prevalenza - Distribuzione dei trattamenti dialitici nei Centri pubblici (N=1183)

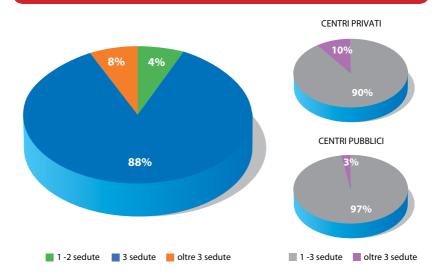




33 Prevalenza - Distribuzione dei trattamenti dialitici nei Centri pubblici – Confronto reg.



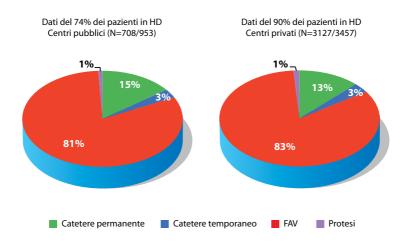
34 Prevalenza - Numero di sedute settimanali



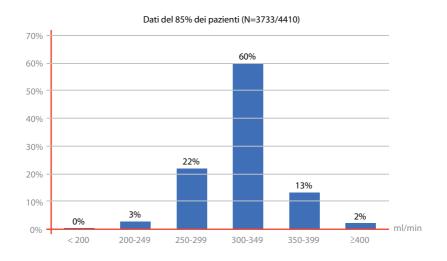




35 Prevalenza - Accessi vascolari - Confronto pubblico/privato



36 Prevalenza - Flusso ematico





37 Prevalenza - Tipo di membrana filtro

Pubblico: dati del 77% dei pazienti in HD (737/953) Privato: dati del 94% dei pazienti in HD (3263/3457)

	Pubblico		Privato		TOTALE		
Descrizione	N	%	N	%	N	%	∆(2011-2010)
Polysulfone	198	26,9%	1382	42,4%	1580	39,5%	0,8%
Polyamide (PA)	62	8,4%	387	11,9%	449	11,2%	-4,4%
Polyeteresulfone	63	8,5%	287	8,8%	350	8,8%	-1,1%
Altre memb. biocomp.	381	51,7%	1170	35,9%	1551	38,8%	4,8%
Cuprammonium Rayon	1	0,1%	11	0,3%	12	0,3%	-0,1%
Cellulose Acetate/biacet/triacet.	16	2,2%	4	0,1%	20	0,5%	-0,1%
Altre poco biocomp	16	2,2%	22	0,7%	35	1,0%	-0,1%

38 Prevalenza - Superficie membrana filtro

Pubblico: dati del 71% dei pazienti in HD (680/953) Privato: dati del 89% dei pazienti in HD (3084/3457)

	Pub	olico	Priv	rato	TOT	ALE	
Superficie (m²)	N	%	N	%	N	%	∆(2011-2010)
≤ 1	4	1%	11	0%	15	0%	0%
1 - 1,3	69	10%	197	6%	266	7%	-1%
1,4 - 1,6	170	25%	958	31%	1128	30%	-2%
oltre 1,6	437	64%	1918	62%	2355	63%	3%





39 Prevalenza - Durata seduta emodialitica

Pubblico: dati del 59% dei pazienti in HD (561/953) Privato: dati del 81% dei pazienti in HD (2814/3457)

	Pubblico		Privato		TOTALE		
Durata della seduta dialitica	N	%	N	%	N	%	∆(2011-2010)
< 3 ore	11	2%	29	1%	40	1%	-1%
da 3 ore a 3 ore e 30 min	47	8%	265	9%	312	9%	-1%
da 3 ore e 30 min a 4 ore	108	19%	610	22%	718	21%	-2%
da 4 ore a 4 ore e 30 min	374	67%	1865	66%	2239	66%	3%
> 4 ore e 30 min	21	4%	45	2%	66	2%	0%

40 Prevalenza - Dialisi peritoneale - Manuale/Automatizzata

	Prevalenti	Incidenti
CAPD	115	37
APD	115	22
IPD	17	6
CCPD	9	2
Tidal	9	3



41 Prevalenza - Dialisi Peritoneale - Litri settimana

Prevalenti Dati del 52% dei pazienti (N=119/230) Incidenti Dati del 46% dei pazienti (N=27/59)

Litri a settimana	Prevalenti	Incidenti
< a 50	24	9
50 - 100	59	12
100 -150	33	6
≥150	3	0

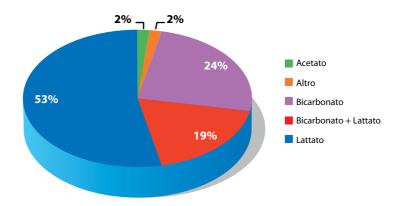
42 Prevalenza - Dialisi peritoneale - Caratteristiche scambi

Prevalenti Dati del 71% dei pazienti (N=164/230) Incidenti Dati del 61% dei pazienti (N=36/59)

Tipo scambi	Preva	alenti	Incid	lenti
con glucosio e icodestrina	5	3%	0	0%
con glucosio senza icodestrina	35	21%	0	0%
né glucosio né icodestrina	124	76%	36	100%

43 Prevalenza - Dialisi peritoneale - Tipo di buffer

Dati del 47% dei pazienti (N=108/230)







44 Prevalenza - Comorbidità

DESCRIZIONE	Si	No	Missing	Completezza
AIDS	4	1851	2785	40%
Anemia secondaria (non uremica)	7	105	4528	2%
Aritmia	251	1141	3248	30%
Calcificazioni extrascheletriche	31	85	4524	3%
Calcolosi della colecisti	32	92	4516	3%
Calcolosi dell'apparato urinario	11	97	4532	2%
Demenza	101	1828	2711	42%
Diabete mellito	983	1367	2290	51%
Disfunzione erettile	4	89	2669	3%
Diverticolosi	22	91	4527	2%
Emiplegia (non secondaria a ictus)	64	1837	2739	41%
Epatopatia cronica	303	1702	2635	43%
Ernia jatale	24	92	4524	3%
Ipercolesterolemia	55	92	4493	3%
Ipertensione o trattamento anti-ipertensivo	2383	513	1744	62%
Ipertrigliceridemia	54	91	4495	3%
Ipertrofia prostatica benigna	25	92	4523	3%
Leucemia	7	1862	2771	40%
Linfoma	9	1837	2794	40%
M. cistica renale acquisita in corso di t.dialitica	3	96	4541	2%
Malattia del connettivo	64	1835	2741	41%
Malattia polmonare cronica	350	1652	2638	43%
Malattia vascolare	459	1543	2638	43%
Malattia vascolare coronarica	756	1378	2506	46%
Malattie intestinali infiammatorie croniche	8	94	4538	2%
Malattie psichiatriche eccetto demenza	8	106	4526	2%
Neoplasia senza metastasi	300	1667	2673	42%
Osteodistrofia uremica	81	76	4483	3%
Patologia della ghiandola tiroidea	51	92	4497	3%
Patologia valvolare	256	1652	2732	41%
Scompenso cardiaco congestizio	269	1711	2660	43%
Tumori solidi metastatizzati	36	1806	2798	40%
Ulcera peptica	184	1751	2705	42%



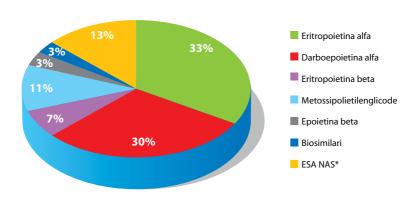
45 Prevalenza - Diabete

25% dei pazienti prevalenti

Diabete come nefropatia di base	787
Diabete come comorbidità	390
Totale pazienti dializzati con Diabete	1177

46 Prevalenza - ESA

Dati del 66% dei pazienti (N=3055/4640)



^{*} Non Altrimenti Specificata





47 Incidenti in dialisi dal 01/01/2011 al 31/12/2011

INCIDENTI 1.091 (216 pmp)

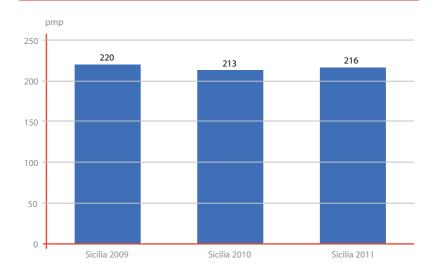


48 Incidenti in dialisi dal 01/01/2011 al 31/12/2011

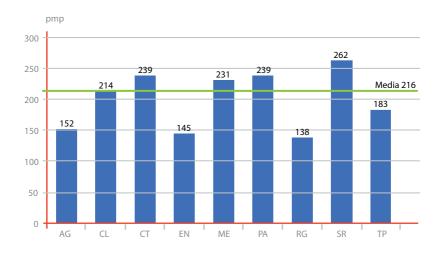
	Residente	Non residente	
Inizio trattamento presso Struttura regionale	1.080	2	1.082
Inizio trattamento presso Struttura extra-regionale	11	4	15
	1.091	6	



49 Incidenza - Pazienti pmp anni 2009 - 2011



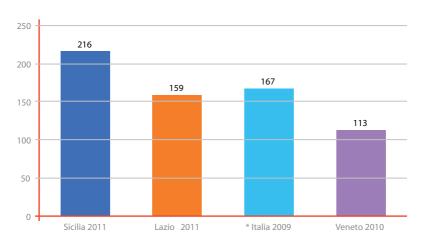
50 Incidenza per provincia pmp (N=1091)





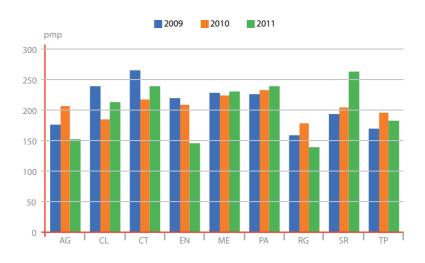


51 Incidenza - Pazienti pmp confronto regionale



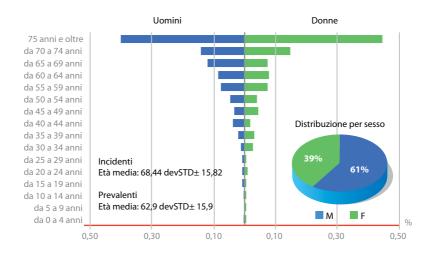
*Fonte Sin 2009 Dati di 19/20 regioni, di cui 13/19 hanno la copertura del 100%

52 Incidenza per provincia pmp (2009 -2011)





53 Incidenza – Distribuzione per sesso ed età



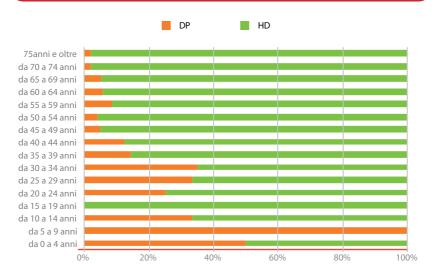
54 Incidenza - Anzianità anagrafica (anni)

	HD	DP
Più anziano	101	86
Più giovane	15	1

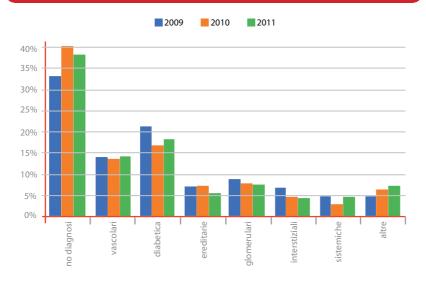




55 Incidenza - Età e scelta del primo trattamento (N=1091)

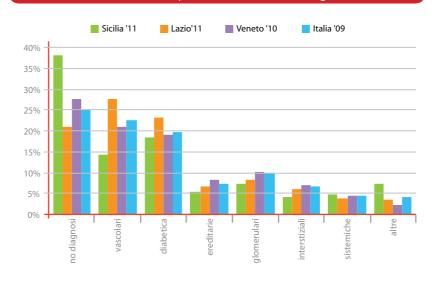


56 Incidenza - Nefropatie di base (2009-2011)

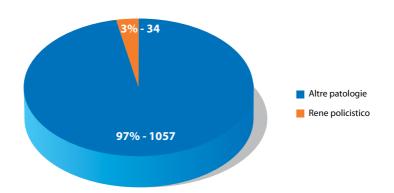




57 Incidenza - Nefropatie di base – Confronto regionale



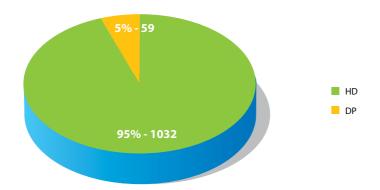
58 Incidenza - Rene policistico





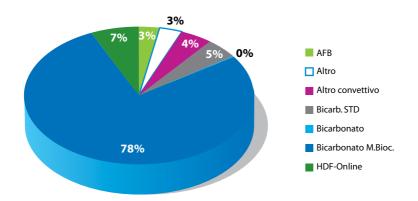


59 Incidenza - Distribuzione dei trattamenti dialitici (N=1091)



60 Incidenza - Distribuzione dei trattamenti HD (N=1032)

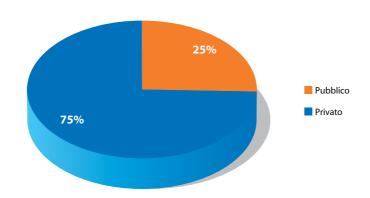
Trattamenti convettivi (100=pz in HD): pubblico 21,7% - privato 11,3%



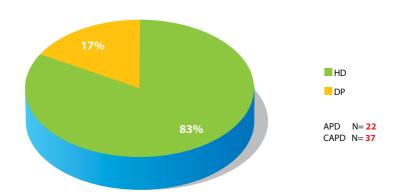


61 Incidenza - Distribuzione dei trattamenti dialitici pubblico/privato

Totale pazienti N= 4640



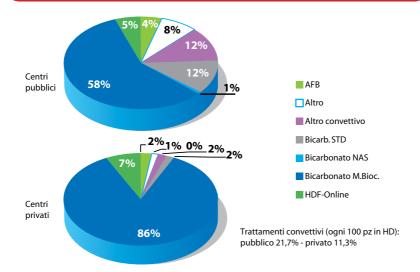
62 Incidenza - Distribuzione dei trattamenti dialitici nei Centri pubblici (N=354)



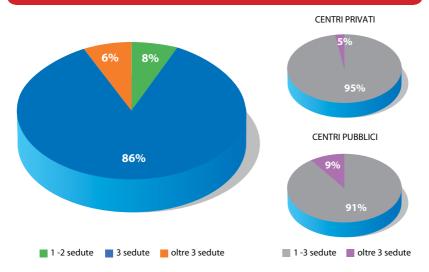




63 Incidenza - Distribuz. dei trattamenti HD nei Centri pubblici e privati (N=1032)



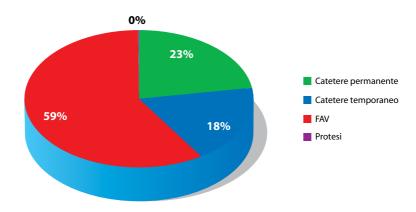
64 Incidenza - Numero sedute settimanali





65 Incidenza - Accessi vascolari

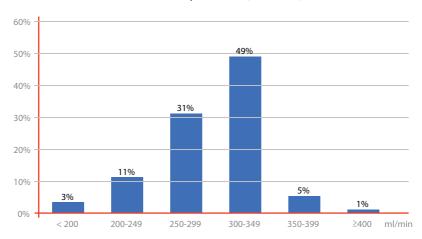
Dati del 63% dei pazienti in HD (N=646/1032)



Catetere temporaneo + 4% rispetto al 2010

66 Incidenza - Flusso ematico

Dati del 61% dei pazienti in HD (N=626/1032)







67 Incidenza – Tipo di membrana filtro

Pubblico: dati del 78% dei pazienti in HD (N=572/737) Privato: dati del 40% dei pazienti in HD (N=117/295)

	Pub	blico	Priv	/ato	TOT	ALE	
Descrizione	N	%	N	%	N	%	∆(2011-2010)
Polysulfone	33	28,2%	242	42,3%	275	39,9%	-3,2%
Polyamide (PA)	5	4,3%	54	9,4%	59	8,6%	-6,6%
Polyeteresulfone	14	12,0%	51	8,9%	65	9,4%	-2,7%
Altre memb. biocomp.	62	53,0%	221	38,6%	283	41,1%	12,4%
Cuprammonium Rayon	0	0%	0	0%	0	0%	-0,2%
Cellulose Acetate/biacet/triacet.	3	2,6%	1	0,2%	4	0,6%	0,6%
Altre poco biocomp	0	0%	3	0,5%	3	0,4%	-0,3%

68 Incidenza - Superficie membrana filtro

Pubblico: dati del 39% dei pazienti in HD (N=114/295) Privato: dati del 71% dei pazienti in HD (N=522/737)

	Pub	blico	Priv	/ato	TOT	ALE	
Superficie (m²)	N	%	N	%	N	%	∆(2011-2010)
≤ 1	1	1%	5	1%	6	1%	1%
1 - 1,3	6	5%	64	12%	70	11%	-1%
1,4 - 1,6	34	30%	158	30%	192	30%	-7%
oltre 1,6	73	64%	295	57%	368	58%	7%



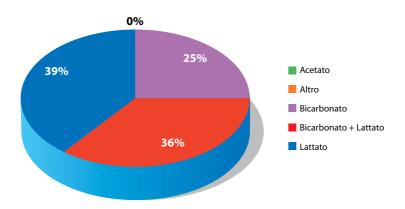
69 Incidenza - Durata seduta emodialitica

Pubblico: dati del 26% dei pazienti in HD (N=78/295) Privato: dati del 59% dei pazienti in HD (N=436/737)

	Pub	blico	Priv	rato	TOT	ALE	
Durata della seduta dialitica	N	%	N	%	N	%	∆(2011-2010)
< 3 ore	2	3%	9	2%	11	2%	0%
da 3 ore a 3 ore e 30 min	10	13%	98	22%	108	21%	1%
da 3 ore e 30 min a 4 ore	16	21%	111	25%	127	25%	-8%
da 4 ore a 4 ore e 30 min	36	46%	216	50%	252	49%	5%
> 4 ore e 30 min	14	18%	2	0%	16	3%	3%

70 Incidenza - Dialisi peritoneale - Tipo di buffer

Dati del 47% dei pazienti (N=28/59)

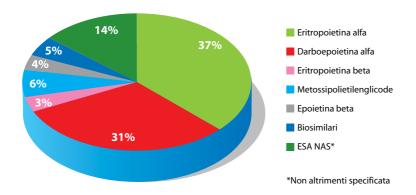






71 Incidenza - ESA

Dati del 49% dei pazienti (N=534/1091)





72 Mortalità - Numero di decessi

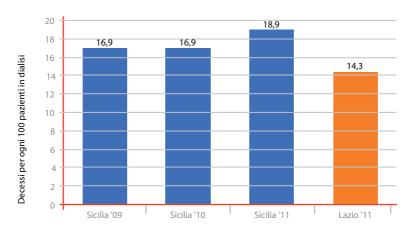
Decessi totali: 955

pari a 20,5 per 100 pz in dialisi* Età media 76,5 - devSTD ± 10,9 di cui

19 decessi in **DP** pari a 8,1 per 100 pz in dialisi peritoneale 936 decessi in **HD** pari a 21,3 per 100 pz in dialisi extracorporea

73 Mortalità - Numero di decessi/100 pazienti in dialisi

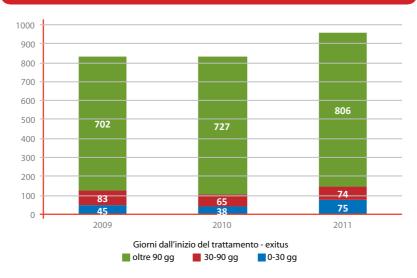
Esclusi i pazienti con anzianità dialitica inferiore o uguale a 30 giorni



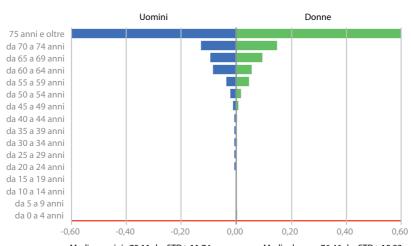




74 Mortalità - Numero di decessi e anzianità dialitica 2009 - 2011



75 Mortalità - Distribuzione per sesso e classi di età (N=955)



Media uomini : 75,11 devSTD± 11,74

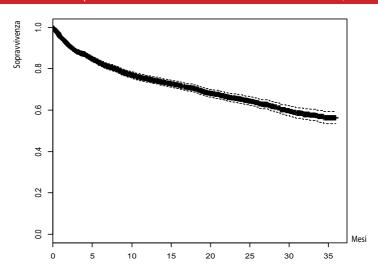
Media donne : 76,46 devSTD± 10,93



76 Mortalità - Trattamento al momento del decesso e classi di età

	HD	DP
da 0 a 44 anni	14	2
da 45 a 49 anni	10	0
da 50 a 54 anni	19	0
da 55 a 59 anni	37	1
da 60 a 64 anni	65	5
da 65 a 69 anni	85	4
da 70 a 74 anni	130	1
75anni e oltre	576	6
Totale	936	19

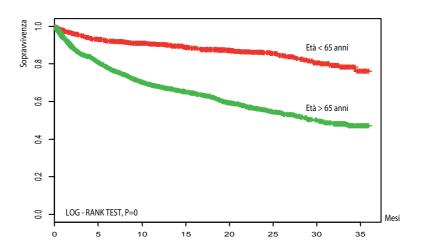
77 Mortalità - Sopravvivenza a 36 mesi coorte incidenti 2009-2011 (n=3382)







78 Mortalità - Sopravvivenza a 36 mesi coorte incidenti 2009-2011 (n=3382)

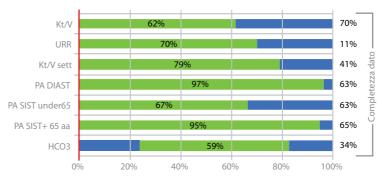


79 Mortalità - Decessi per causa (N=955)

Cardiaca	404	42%
Cachessia	110	12%
Vascolare	83	9%
Neoplasie	60	6%
Infettiva	30	3%
Gastrointestinale	17	2%
Sociale	3	0%
Altre	35	4%
Sconosciuta	213	22%



80 Dati clinici



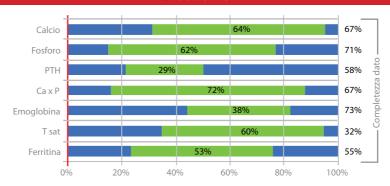
In verde % pazienti nel range Linee Guida.

Legenda

- a SIN 2003
- **b** KDIGO 2009
- c KDOQI 2007
- d SIN 2007
- e Linee guida GSDP-SIN

a
e
1d <= 24

81 Dati clinici



In verde % pazienti nel range Linee Guida.

Legenda

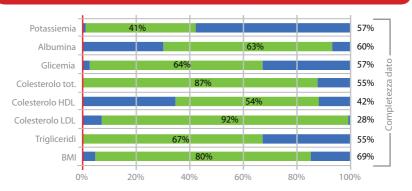
- a SIN 2003
- **b** KDIGO 2009
- c KDOQI 2007
- d SIN 2007
- e Linee guida GSDP-SIN

Calcio (mg/dl)	>= 8,4 and <= 10,2	b
Fosforo (mg/dl)	>= 3,5 and <= 5,5	b
PTH (pg/ml)	>= 120 and <= 250	a
Ca x P	>= 30 and <= 55	
Emoglobina (g/dl)	>= 11 and <= 12	С
T sat (%)	>= 20% and <= 50%	d
Ferritina (mcg/l)	>=100 and <= 500	d







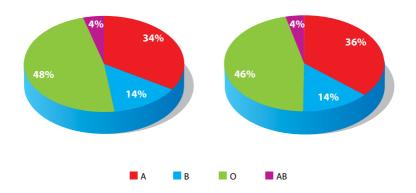


In verde % pazienti nel range Linee Guida.

Potassemia (mEq/l) \Rightarrow 3,5 and \leq 5,1	Colesterolo HDL (mg/dl)	>= 35 and <= 55
Albumina (g/dl) >= 3,5 and <= 4,8	Colesterolo LDL (mg/dl)	>= 49 and <= 172
Glicemia (mg/dl) >= 70 and <= 118	Trigliceridi (mg/dl)	>= 35 and <= 160
Colesterolo tot. $(mg/dl) >= 70$ and $<= 200$	BMI	>= 18,5 and <= 30

83 Dati clinici - Gruppo sanguigno

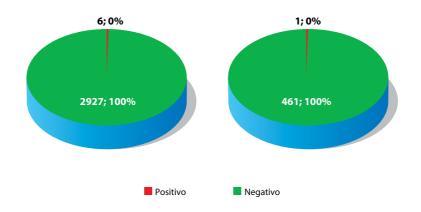
Dati del 85% dei pz prevalenti (N=3963/4640) e del 63% dei pz incidenti (N=691/1091)





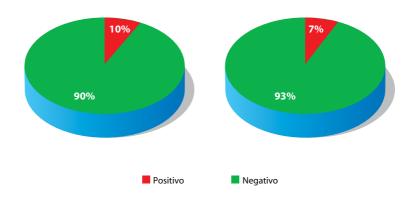
84 Dati clinici - HIV

Dati del 63% dei pz prevalenti (N=2933/4640) e del 42% dei pz incidenti (N=462/1091)



85 Dati clinici - HCV

Dati del 90% dei pz prevalenti (N=4176/4640) e del 64% dei pz incidenti (N=703/1091)

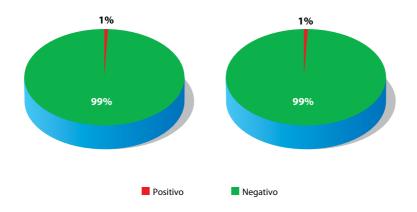






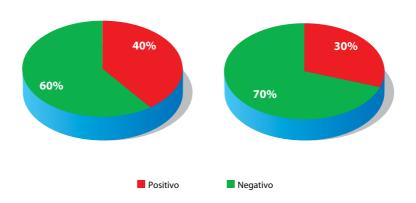
86 Dati clinici - HBsAg

Dati del 90% dei pz prevalenti (N=4171/4640) e del 65% dei pz incidenti (N=708/1091)



87 Dati clinici - HBsAb

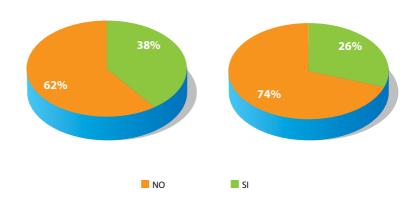
Dati del 66% dei pz prevalenti (N=3049/4640) e del 38% dei pz incidenti (N=418/1091)





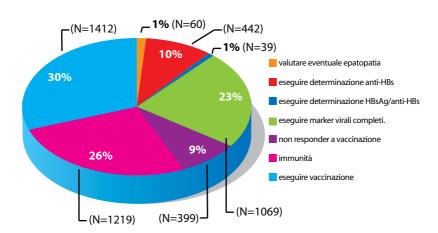
88 Dati clinici - Vaccinazione anti epatite B

Dati del 63% dei pz prevalenti (N=2906/4640) e del 35% dei pz incidenti (N=382/1091)



89 Dati clinici - Epatite B - Status immunitario

Dati di N= 4640









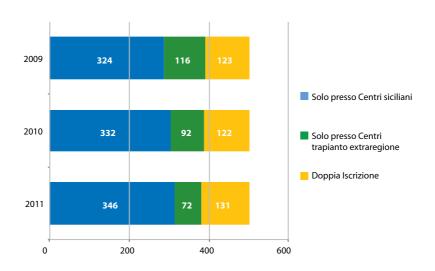
90 Pazienti in lista d'attesa (LAT) per trapianto di rene al 31/12/2011

I pazienti **siciliani** iscritti in LAT in Sicilia ed in altre regioni sono **549**

I pazienti in LAT nei Centri trapianto siciliani sono 499 477 residenti in regione e 22 non residenti.



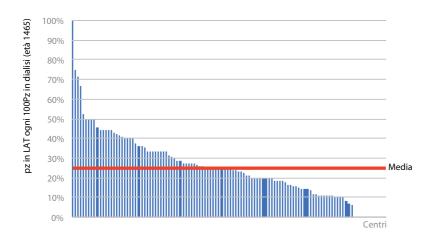
91 Pazienti siciliani in LAT regionale ed extraregionale - Confronto 2009-2011



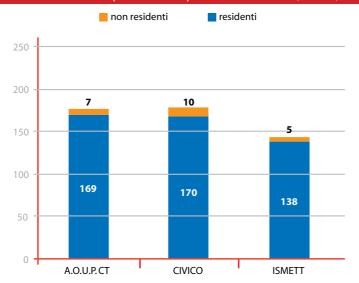




92 N. pazienti in LAT ogni 100 pz in dialisi con età 14-65 anni



93 Pazienti in LAT per Centro trapianto al 31/12/2011 (N= 499)





94 Iscrizioni di pazienti siciliani presso Centri trapianto extraregione

Iscrizioni: N=206 - Pazienti: N=203

Regione	Iscrizioni
Lombardia	56
Emilia Romagna	40
Veneto	31
Piemonte	28
Toscana	20
Liguria	9
Lazio	8
Sardegna	6
Friuli Venezia Giulia	3
Calabria	2
Umbria	1
Marche	1
Abruzzo	1
Totale	206

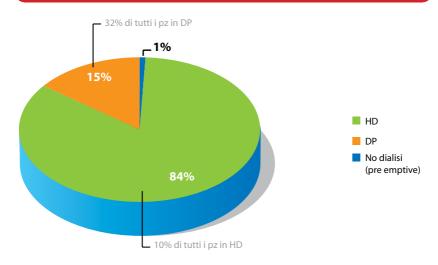
95 Motivo di non iscrizione in LAT

NOTE	HD	DP	Totale
patologia infettiva	1%	1%	1%
patologia neoplastica	5%	5%	5%
in valutazione	12%	54%	13%
altro	16%	9%	16%
rifiuto del trapianto	18%	3%	18%
motivo non specificato	18%	4%	17%
rischio cardiovascolare	30%	24%	30%

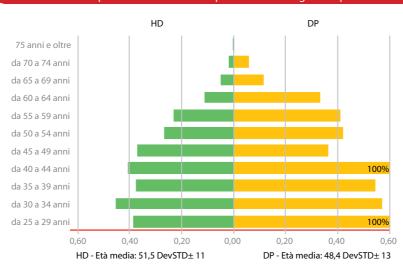




96 Iscrizioni in LAT per metodica

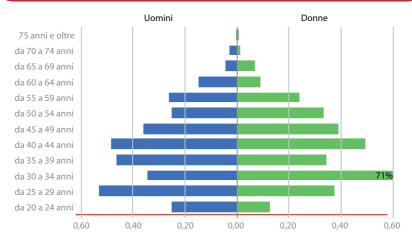


97 Distribuzione per età e metodica dei pazienti in LAT ogni 100 pz in dialisi





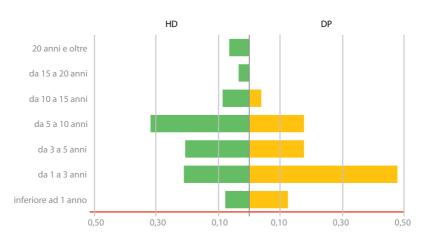
98 Distribuzione per età e sesso dei pazienti iscritti in LAT ogni 100 pz in dialisi



Età media uomini: 51,4 devSTD± 11,1

Età media donne: 50,4 devSTD± 11,7

99 Distribuzione dei pazienti per anzianità dialitica



Anzianità dialitica media HD: 6,8 DevSTD± 3,45 Anzianità dialitica media DP: 3,5 DevSTD± 2,5





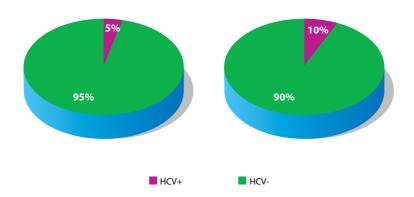
100 Pazienti in LAT per gruppo sanguigno – Confr. con i pz prevalenti in dialisi

Dati del 100% dei pz in LAT (N=499/499) e del 85% dei pz prevalenti (N=3963/4640)



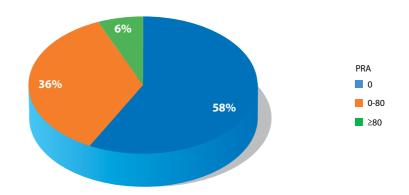
101 Percentuale di pazienti anti HCV+ in LAT e in dialisi

Dati del 100% dei pz in LAT (N=499/499) e del 90% dei pz prevalenti in dialisi (N=4176/4640)

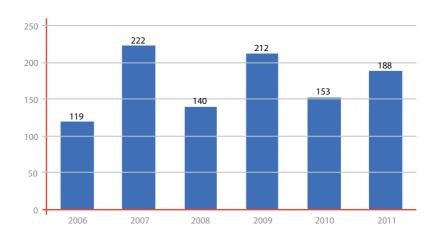




102 PRA - Distribuzione % dei pazienti in LAT (N=499)



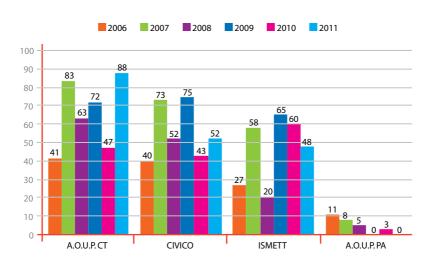
103 Nuovi pazienti iscritti in LAT per anno (2006-2011)







104 Nuovi pazienti iscritti in LAT per Centro trapianto/anno



105 Tempo medio per l'iscrizione in LAT (mesi)

Media: 46 mesi

Metodica	Media	DevSTD
HD	51	± 69
DP	20	± 24



106 Anzianità in LAT (mesi) al 31/12/2011

Media: 31 mesi

Metodica	Media	DevSTD
HD	32	± 31
DP	23	± 18
Gruppo sanguigno		
А	28	± 28
В	34	± 37
0	32	± 28
AB	8	± 10



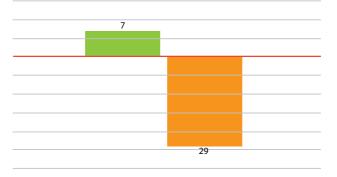


107 Trapianti in Sicilia

I trapianti eseguiti in Sicilia sono **123** di cui **116** a favore di pazienti residenti e **7** di pazienti non residenti



108 Bilancio trapianti in regione - fuori regione

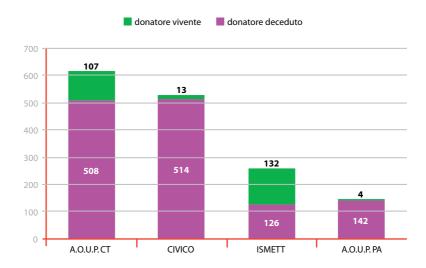


N. trapianti in Sicilia a favore di pz non residenti

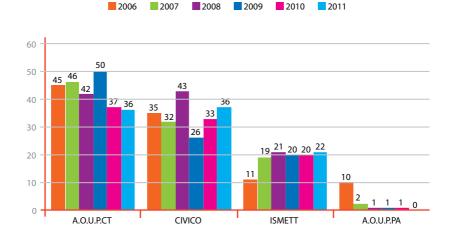
N. trapianti fuori regione a favore di pz residenti in Sicilia



109 Numero di trapianti eseguiti in Sicilia 1988-2011 (N= 1546)



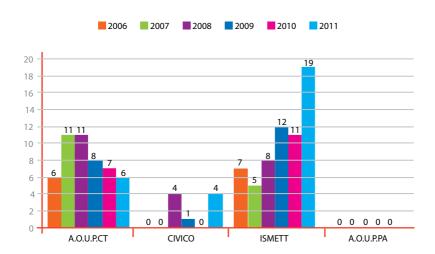
110 Numero di trapianti da donatore deceduto per anno e per Centro



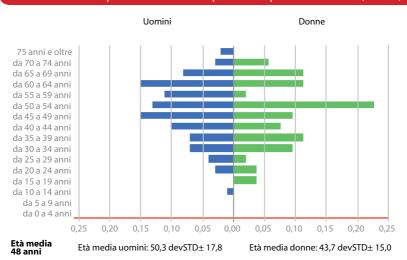




111 Numero di trapianti da donatore vivente per anno e per Centro



112 Distribuzione per sesso ed età dei pazienti trapiantati nel 2011 (N=152)





113 Tempo medio di permanenza in LAT dei pazienti trapiantati nel 2011 (mesi)

Media: 32 mesi

Metodica	Media	DevSTD				
HD	34	± 33				
DP	22	± 19				
Gruppo sanguigno						
A	20	± 19				
В	44	± 39				
0	38	± 33				
AB	5	± 0				





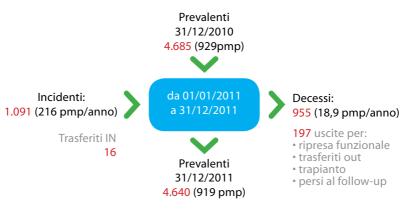


114 Bilancio ingressi-uscite lista d'attesa trapianto



Saldo: + 22 pazienti

115 Bilancio ingressi-uscite trattamenti dialitici

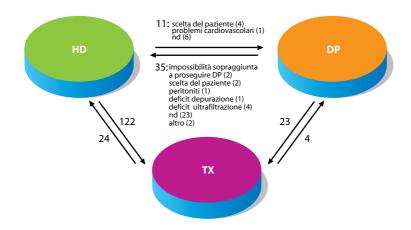


Saldo: - 45 pazienti





116 Cambi di metodica



Informazioni utili



Denominazione Struttura	Comune indirizzo - CAP
Provincia di AGRIGENTO	
U.O.C. DI NEFROLOGIA E DIALISI P. O. "SAN GIOVANNI DI DIO" D.O.AG1	AGRIGENTO C.DA CONSOLIDA - 92100
U.O.C. DI NEFROLOGIA E DIALISI P.O."OSPEDALI CIVILI RIUNITI" D.O. AG 2	SCIACCA VIA POMPEI C.DA SENIAZZA - 92019
DIAVERUM ITALIA s.r.l CENTRO DIALISI	SCIACCA VIA SEGNI ANGOLO VIA EINAUDI -92019
CENTRO EMODIALISI AURORA	AGRIGENTO VIA PIERSANTI MATTARELLA, 89 - 92100
CENTRO EMODIALISI IPPOCRATE s.r.l.	AGRIGENTO VIA LOMBARDIA, 70 - Villaggio Mosè - 92100
STUDIO MEDICO DI NEFROLOGIA E DIALISI	CANICATTI' C.DA GIARRA S.N.C 92024
CENTRO DIALISI S.GIOVANNI s.r.l.	LICATA VIA GELA, 219 - 92027
DIAVERUM ITALIA s.r.l. CENTRO DIALISI	RIBERA VIA ROMA, angolo VIA GIRONE, 63/65 - 92016
AMB. EMODIALITICO SPECIALISTICO TRAINA RENATO s.r.l. (A.SPE.R.T)	BIVONA VIA GIRGENTI, 43 - 92010
BIOS-MEDIC s.r.l.	SANTA MARGHERITA DI BELICE VIA NUOVO CENTRO COMPARTO, 56 (lotto 10/11) - 92018
CENTRO EMODIALISI AGRIGENTO - CEA s.r.l.	AGRIGENTO VIA VENEZUELA, 31 C.DA S.GIUSEPPE - 92100
CENTRO DI NEFROLOGIA E DIALISI BIOS s.r.I.	LAMPEDUSA VIA GRECALE - 92010
Provincia di CALTANISSETTA	
U.O.C. DI NEFROLOGIA E DIALISI P.O." VITTORIO EMANUELE III" D.O. CL 2	GELA VIA PALAZZI, 173 - 93012
U.O.S. DI NEFROLOGIA E DIALISI P.O. "S.ELIA" D.O.CL1	CALTANISSETTA VIA L. RUSSO, 6 - 93100
C.A.L P.O. "IMMACOLATA LONGO"	MUSSOMELI VIA DOGLIOTTI - 93014
AMBULATORIO NISSENO EMODIALISI s.r.l.	CALTANISSETTA VIA FILIPPO PALADINI snc - 93100
DIAVERUM ITALIA s.r.I. CENTRO DIALISI	RIESI VIA PADOVA snc - 93016
CENTRO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO RZR s.r.l.	SERRADIFALCO VIA CRUCILLA` snc-93010





Prefisso Telefono - Fax	E-mail	Direttore	Referente
0922 442292 / 442267 - 442238	antonio.granata4@tin.it	A.Granata	A.Granata
0925 962478 - 481 - 239 / 962480 - 481 - 479	salvatorevittoria@ospedaledisciacca.it svittoria.nike@libero.it giovanni_pugliese@tiscali.it	S. Vittoria f.f.	G. Pugliese
0925 26422 - 26422	daniela.rallo@diaverum.com sciacca@diaverum.com	D. Rallo	D. Rallo
0922 602555 - 610926	dialisiaurora@live.it	M. Lepiscopo	G. Massimo
0922 607322 - 608315	f.micciche@libero.it; ippocrate@alice.it ippocrate.agrigento@virgilio.it	C.Lo Dico	G. Maragliano
0922 859170 - 859170	nefrosalus@tin.it	M. Romè	A. Giarratana
0922 802165 / 3939221463 - 805608	centrodialisi1@tiscali.it; paolodig@tiscali.it	P. Di Gregorio	P. Di Gregorio
0925 62455 - 61123	Calogero.Capostagno@diaverum.com ribera@diaverum.com	C. Capostagno	L. Leone
0922 993238 - 986852	aspertbivona@tin.it; maurizo.traina@tin.it maurizio.livecchi@unipa.it	Prof. M. Li Vecchi	Prof. M. Li Vecch
0925 33447 - 33447	medical_line@libero.it biosmedic@gmail.com	E. Battiati	A. Urso
0922 613143 - 613143	cea.agrigento@libero.it	R. Ficara	C. Seminerio
0922 971071 - 971071	info@dialisilampedusa.it	S. Caruselli	S. Caruselli
0933 831267 / 236 / 831111 - 831267	nefrologia.pogela@asp.cl.it epidinatale@alice.it	E. Di Natale	E. Di Natale
0934 559211 / 559111 - 559209	nefrologia.posantelia@asp.cl.it epidinatale@alice.it	E. Di Natale	E. Di Natale
0934 962310 - 962303	dialisi.pomussomeli@asp.cl.it epidinatale@alice.it	E. Di Natale	E. Di Natale
0934 26872 - 565998	rizzari.giuseppe@virgilio.it	G. Rizzari	G. Rizzari
0934 928715 - 922489	riesi@diaverum.com	S. Pagano	S. Pagano
0934 930748 - 930748	salvin@virgilio.it; centrorzr@libero.it vinciguerra@libero.it	S. Vinciguerra	S. Vinciguerra



Denominazione Struttura	Comune indirizzo - CAP
Provincia di CATANIA	
U.O.C.DI NEFROLOGIA E DIALISI A.O.U.P."VITT.EM.LE"	CATANIA P.O. "VITT.EM.LE" VIA PLEBISCITO, 628 - 95124
DIP. DI MEDICINA INTERNA E PATOLOGIE SISTEMICHE SEZIONE DI DIALISI PERITONEALE - A.O.U.P. "V.EM.LE" - P.O. "G. RODOLICO"	CATANIA VIA S. SOFIA, 78 - 95123
U.O.C. DI NEFROLOGIA E DIALISI P.O. "GRAVINA" D.O. CT3	CALTAGIRONE VIA PORTO SALVO, 2 - 95041
U.O.C. DI CHIRURGIA VASCOLARE E CENTRO TRAPIANTI A.O.U.P. "VITT.EM.LE"	CATANIA P.O."VITT.EM.LE" VIA SANTA SOFIA, 78 - 95123
U.O. C. DI NEFROLOGIA E DIALISI P.O. "SANTA MARTA E SANTA VENERA" D.O.CT1	ACIREALE VIA CARONIA - 95024
U.O.C. DI NEFROLOGIA E DIALISI - A.R.N.A.S." GARIBALDI "	CATANIA P.O."GARIBALDI - NESIMA" VIA PALERMO, 636 - 95125
U.O.C. DI NEFROLOGIA E DIALISI A.O. PER L'EMERGENZA "CANNIZZARO"	CATANIA VIA MESSINA, 829 - 95126
AMBULATORIO DI NEFROLOGIA E DIALISI DELTA s.r.l.	CATANIA VIA VAL DI SAVOIA, 16 - 95123
CENTRO MERIDIONALE DI NEFROLOGIA E RENE ARTIFICIALE CASA DI CURA LEONE gestione MEDICAL TECs.r.l.	CATANIA VIA ETNEA, 736 - VIA PALAZZOTTO, 21 - 90126
CENTRO AMBULATORIALE DI NEFROLOGIA ED EMODIALISI s.r.I.*	CATANIA VIA PASSO GRAVINA, 137/A - 90125
SICILIA DIAL CENTER s.r.l. (Ex Catania Dial Center)	CATANIA VIA MORGIA, 4/A ANG. VIA MALTA - 95127
SICILIA DIAL CENTER s.r.l. (Ex Adrano Dial Center)	ADRANO VIA DELLA REGIONE, 129 - 95031
SICILIA DIAL CENTER s.r.l. (Ex Acireale Dial Center)	ACIREALE VIA EMPEDOCLE, 22 - 95024
SICILIA DIAL CENTER (Ex Paternò Dial Center s.r.l.)	PATERNO' VIALE DON ORIONE, 3 - 95047
AMBULATORIO EMODIALISI KLOTHO	MIRABELLA IMBACCARI Corso Sicilia s.n 95040
CENTRO EMODIALISI BELPASSO s.r.I.	BELPASSO VIA E. BERLINGUER snc - 95032
CENTRO DIALISI SIRENA s.r.l.	BRONTE VIA SIRENA, 39 - 95034
SICILIA DIAL CENTER s.r.l. (Ex Catania Sud)	CATANIA VIA DEL PRINCIPE, 126 - 95121
AMBULATORIO MEDICO NEFROLOGICO E TECNICHE DIALITICHE AZZURRA s.r.l.	CATANIA VIALE M.RAPISARDI, 474 - 95123
DIAVERUM ITALIA s.r.i CENTRO DIALISI	PALAGONIA VIA PALERMO, 40 - 95046
EURODIAL s.r.l.	SAN GREGORIO DI CATANIA VIA G. CARDUCCI, 5 - 95027
AMBULATORIO EMODIALISI C.C.M.C.	CATANIA VIA BATTELLO, 48 - 95126





Prefisso Telefono - Fax	E-mail	Direttore	Referente
095 7435412 - 7435412	elviasi@tin.it; e.sicurezza@ao-ve.it	E. Sicurezza	E. Sicurezza
095 3781527 / 29 - 3781530	nefrouniversitaria@policlinico.unict.it frapisar@unict.it	P. Castellino	F. Rapisarda
0933 39202 / 04 - / 53 - 39252	giannettogiuseppina@infinito.it	G. Giannetto	Nicolosi
095 3782946 - 3782358 / 948	pveroux@unict.it; pveroux@gmail.com	P. Veroux	P. Veroux
095 7677113 /7323578 - 7677112	giovanni.giorgio.battaglia@hotmail.it	G. Battaglia	F. Milone
095 7598601 - 7598605	eniag@libero.it	G. Enia	M. Figura
095 7263369 / 68 / 76 / 78 - 497396	nefroetnea@virgilio.it; dom.dilan@gmail.com giuseminara@yahoo.it	D. Di Landro	D. Di Landro
095 445743 - 552281	delta.dialisi@tiscali.it	E. lannetti	E. lannetti
095 431058 - 431058	medicaltecsrl@pec.it; eugenio.meli@live.it	M. G. Lodetti	M. G. Lodetti
095 505817 - 505817	czanto@tiscalinet.it	L. M. Zanoli	G.M.Ciaramell
095 7221455 - 7110469	Francesco.Grippaldi@diaverum.com cataniadial@yahoo.it	F. Grippaldi	F. Grippaldi
095 7693285 - 7693285	Antonino.Bauro@diaverum.com adranodialcenter@libero.it	A. Bauro	A. Bauro
095 605253 - 605253	OrazioMarcello.Trovato@diaverum.com acirealedialcenter@virgilio.it	O. Trovato	O. Trovato
095 846416 - 846416	ConcettaMaria.Incardona@diaverum.com paterno.dialcenter@libero.it	C. M. Incardona	C. M. Incardon
0933 991927 - 991927	klotho@cheapnet.it	G. Tumino	G. Tumino
095 917363 - 917363	cebemodialisi@tiscali.it; cebemodialisi@pec.it	L. Bellissimo	L. Bellissimo
095 691939 - 7725065	sirenasrl@tiscali.it	R. Belfiore	R. Belfiore
095 281303 - 281142	DanielaVita.Dibenedetto@diaverum.com ct-sud@tiscali.it	D. Di Benedetto	D. Di Benedett
095 351986/351114-351114/9707014	azzurraambulatorio@hotmail.com	F. Lo Faro	F. Lo Faro
095 7951016 - 7956477	giuseppina.montalto@diaverum.com palagonia@diaverum.com	G. Montalto	G. Montalto
095 7212763 - 7210413	eurodial_ct@virgilio.it	A. M. Zoccolo	A. M. Zoccolo
095 7323111 - 7323532	dirsan@ccmc.it; mariaroccaro@yahoo.it	M. Roccaro	M. Roccaro



Denominazione Struttura	Comune indirizzo - CAP
DIAVERUM s.r.i CENTRO DIALISI	SAN GREGORIO DI CATANIA VIA SGROPPILLO, 7 - 95126
AMBULATORIO DI DIALISI LE CIMINIERE s.r.i.	CATANIA VIA SALEMI, 63 - 95129
ETNA DIALISI s.r.l.	RANDAZZO VIA SAITTA, 100 - 95036
NEFROLOGICO ETNEO s.r.l.	TREMESTIERI ETNEO VIA ALCIDE DE GASPERI, 9-11 - 95030
MEDICAL TECs.r.l.	GIARRE VIA Q. SELLA, 44 - 95014
Provincia di ENNA	
U.O.C. DI NEFROLOGIA E DIALISI P.O. "M. CHIELLO" D.O. EN 1	PIAZZA ARMERINA C.DA BELLIA snc-94015
U.O. DI NEFROLOGIA E DIALISI P.O." UMBERTO I" D.O. EN 1	ENNA C.DA FERRANTE - 94100
SERVIZIO DI EMODIALISI P.O. "C. BASILIOTTA" D.O. EN 2	NICOSIA VIA SAN GIOVANNI, 18 - 94014
DIAVERUM ITALIA s.r.i AMBULATORIO EMODIALISI	NISSORIA VIA DELL' ORTO, 1 - 94010
DIAVERUM s.r.l. (Ex C.E.R.)	TROINA VIA PALMIRO TOGLIATTI, 20-94018
Provincia di MESSINA	
"U.O.C. DI NEFROLOGIA E DIALISI A.O.U.P." "GAETANO MARTINO"	MESSINA VIA CONSOLARE VALERIA snc - 98100
SERVIZIO DI NEFROLOGIA - P.O. "BARONE ROMEO" - D.O. ME 1	PATTI VIA MAZZINI - 98066
SERVIZIO DI DIALISI - P.O. "E.DONATO E M.SCIMONE" - D.O. ME 2	LIPARI VIA S. ANNA - 98055
U.O.C. DI NEFROLOGIA E DIALISI MILAZZO/LIPARI - P.O. "GIUSEPPE FOGLIANI" - D.O. ME 2	MILAZZO C.DA GRAZIA - 98057
U.O.C. DI NEFROLOGIA E DIALISI AZIENDA OSPEDALI RIUNITI "PAPARDO-PIEMONTE"	MESSINA C.DA PAPARDO - 98158
U.O.C. DI NEFROLOGIA ED EMODIALISI P.O. "SAN VINCENZO" D.O. ME 2	TAORMINA C.DA SIRINA - 98039
C.A.D. / C.SAT - P.O. "CUTRONI ZODDA" - D.O. ME 2	BARCELLONA POZZO DI GOTTO VIA CATAFFI, 4-98051
DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE U.O.S.D. NEFROLOGIA E REUMATOLOGIA PEDIATRICA CON DIALISI - A.O.U.P. "G. MARTINO"	MESSINA VIA CONSOLARE VALERIA snc - 98100
SAN FILIPPO DIAL CENTER s.r.l.	SAN FILIPPO DEL MELA VIANAZIONALE, 142 OLIVARELLA - 98043
MESSINA DIAL CENTER srl*	MESSINA VIA S.MARIA DELL'ARCO IS., 453 - 98121





Prefisso Telefono - Fax	E-mail	Direttore	Referente
095 7128631 - 495945	centrorenesmeraldosrl@virgilio.it giuseppelatassa@libero.it catania@diaverum.com	G. Latassa	G. Latassa
095 7462162 - 7464207	flaviamessina2008@yahoo.it	F. Messina	F. Messina
095 921699 - 921699 / 7725065	sirenasrl@tiscali.it	G. Sciacca	G. Sciacca
095 212526 - 7250385	luciano.cottone@virgilio.it	L. Cottone	L. Cottone
095 931733 - 931733	medicaltecsrl@live.it	S. Costa	S. Costa
0935 981378/380 - 981380	nefrologia.chiello@asp.enna.it antonio.ciancio1@alice.it	A. Ciancio	I. Todaro
0935 516629/516174/516180-516 696/516 176	nefrologia.umberto@asp.enna.it antonio.ciancio1@alice.it; nicodipi52@alice.it	A. Ciancio	N. Di Piazza
0935 671432 - 671431	iac.alex@libero.it	A. lacono	A. lacono
0935 669580 - 669223	angelo.murgo@diaverum.com nissoria@diaverum.com	A. Murgo	A. Murgo
0935 656180 - 657622	Daniela.Novello@diaverum.com cer.dialisi@virgilio.it	D. Novello	D. Novello
090 2212396 / 265 - 2935162 / 2212265	buemim@unime.it	M. Buemi	M. Buemi
0941 244254/255 - 21562	biagioricciardi@asp.messina.it	B. Ricciardi	B. Ricciardi
090 9885411 / 469 / 98851 - 9885490	biagioricciardi@asp.messina.it	B. Ricciardi	B. Ricciardi
090 9290282 - 9290383	biagioricciardi@asp.messina.it	B. Ricciardi	B. Ricciardi
090 3992337/3597/2339/5/8 -3992337/3862	nefromessina@tin.it nefrologia@aorpapardopiemonte.it casuscelliteresa@yahoo.it	P. Monardo f.f.	T. Casuscelli d Tocco
0942 579332 / 685 / 579101 - 579332	sancas@tin.it nefrologiadialisi.taormina@asp.messina.it	S. Castellino	A. Sturiale
090 9751803 - 9751803	biagioricciardi@asp.messina.it	B. Ricciardi	B. Ricciardi
090 2213127 - 2217029	cfede@unime.it	C. Fede	C. Fede
090 932817 - 930762	doc.valentine82@gmail.com	V. Donato	V. Donato
090 43396/635124-363384	chirieleisongiuseppe@libero.it alessandra.mondello@sanagroup.it	G. Chirieleison	A. Mondello



Denominazione Struttura	Comune indirizzo - CAP
GALENO Soc Coop a r.l.	MESSINA S.S.114 GALATI MARINA KM 10,00 - 98134
IL NEFROLOGICO s.r.l.	MESSINA VIA M. POLO, 499 CONTESSE - 98125
CENTRO DI NEFROLOGIA E DIALISI s.r.I.	SANTO STEFANO DI CAMASTRA C.DA FAVATA` snc-98077
EMODIALISI SPARVIERO s.r.l.	TAORMINA VIA L. PIRANDELLO, 80 - 98039
CENTRO DIALISI OMEGA s.r.l.	MESSINA C.DA CONCA D'ORO SS Annunziata - 98168
SICILIA DIAL CENTER s.r.l. (Ex San Filippo Dial Center)	BARCELLONA POZZO DI GOTTO VIA GENERALE A. CAMBRIA, 2 - 98051
EMODIALISI IPPOCRATE s.r.l.	FURCI SICULO VIA CESARE BATTISTI C.DA LITANIA - 98023
LA.BO.S. s.r.l.	PACE DEL MELA VIA LIBERTA`, 127 GIAMMORO - 98040
TIRRENIA s.r.l.	SANT'AGATA DI MILITELLO VIA RESPIGHI, 4 - 98076
Provincia di PALERMO	
DIP.MED.INT.,M.CARDIOVASCOLARI E NEFROUROLOGICHE - U.O.S. NEFROLOGIA ED IPERTENSIONE - U.O.S. TECNICHE DIALITICHE - A.O.U.P. "PAOLO GIACCONE"	PALERMO VIA DEL VESRO, 129 - 90127
U.O.C. DI NEFROLOGIA CON DIALISI A.R.N.A.S. OSP. "CIVICO-DI CRISTINA-BENFRATELLI"	PALERMO PIAZZALE NICOLA LEOTTA, 4 - 90127
U.O.C. DI NEFROLOGIA E DIALISI PEDIATRICA A.R.N.A.S.OSP. "CIVICO-DI CRISTINA-BENFRATELLI"	PALERMO VIA BENEDETTINI, 1 - 90100
U.O.C. DI NEFROLOGIA E DIALISI A.O. "OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA-CERVELLO"	PALERMO VIA TRABUCCO, 180 - 90146
U.O.C.DI NEFROLOGIA II CON DIALISI E TRAPIANTO A.R.N.A.S. OSP. "CIVICO-DI CRISTINA-BENFRATELLI"	PALERMO PIAZZALE NICOLA LEOTTA, 4 - 90127
NEPHRON s.r.l.	PALERMO VIA D. COSTANTINO, 2 - 90141
CENTRO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO MALATTIE RENALI s.p.a.	PALERMO VIA FICHIDINDIA, 33 - 90124
CENTRO SICILIANO NEFROLOGIA E DIALISI s.r.l.	CEFALU' VIA VITALIANO BRANCATI snc - 90015
CENTRO EMODIALITICO MERIDIONALE s.r.l.	PALERMO VIA G.LE CANTORE, 21 - 90141
ARCHIMED s.r.I. NEFROLOGIA E DIALISI	CARINI S.S. 113 KM. 282,400 - 90044
CENTRO MEDICO NEFROLOGICO s.r.l.	LERCARA FRIDDI VIA DUCA DEGLI ABRUZZI - 90018
CENTRO SERVIZI SANITARI ITALIANI di SIRAGUSA NUNZIO & C. s.a.s.	CORLEONE C.DA SANTA LUCIA, 35 - 90034
DIBA s.r.l AMBULATORIO DI NEFROLOGIA ED EMODIALISI	BAGHERIA VIA DANTE, 77 - 90011





Prefisso Telefono - Fax	E-mail	Direttore	Referente
090 631417 - 637121	galeno1981@libero.it; dott.rscurria@gmail.com	R. Scurria	R. Scurria
090 635124 - 632789	antonino.pitti@fmc-ag.com	A. Pitti	G. Bellinghieri
0921 339598 - 339598	dialisisantostefano@libero.it	C. Quari	C. Quari
0942 24454 - 24454	sirenasrl@tiscali.it	A. Di Mauro	A. Di Mauro
090 3501028 - 3500112	omegacentrodialisi@alice.it	A. Pisacane	A. Pisacane
090 9715061 - 9715061	Susanna.campo@diaverum.com susannacampo@tiscali.it	S. Campo	A. Bauro
0942 798198 - 795515	info@dialisippocrate.it	L. Racco	L. Racco
090 9387007 - 9387007 / 9410267	centrodialisilabos@virgilio.it	G. Lupini	A. Favazzi
0941 723830 - 704092	tirrenia.srl@alice.it	C. Gerbino	C. Gerbino
091 6554333 / 36 - 6554333 / 36	santina.cottone@unipa.it	S. Cottone	V. Giannetto
091 6663557 - 6663454	nefrologia@ospedalecivicopa.org ugorotolo@gmail.com onofrio.schillaci@fastwebnet.it	U. Rotolo	O. Schillaci
091 6666067 / 6666091 - 6666102	nefrologiapediatrica@ospedalecivicopa.org	S. Maringhini	C. Testa
091 6802914/2895/907-7510044	nefrologia@ospedaliriunitipalermo.it	L. Amico f.f.	G. Sausa
091 6663826/36/15-6663410	nefrotrapianti@ospedalecivicopa.org barbaraoliva@libero.it	F. Caputo	B. Oliva
091 6255292 - 6254851	nephron.palermo@gmail.com ascaniodegregorio@alice.it	A. De Gregorio	A. De Gregorio
091 447971 - 6482135	salvatore.cesare@fmc-ag.com Centro.Diagnostico-Med.Clinics-IT@fmc-dg.com	S. Cesare	S. Cesare
0921 922458 - 423706	dialisicefalu2003@libero.it	A. Caviglia	A. Caviglia
091 302451/302741 - 301243	centroemodialitico@libero.it	G. Locascio	R. Arsena
091 8675058 - 8674113	archimednet@virgilio.it ignazio.cutaja@virgilio.it	I. Cutaja	M. Guarneri
091 8213673 - 8213673	dialisilercara2010@libero.it; romalon@alice.it	R. Lo Nigro	R. Lo Nigro
091 8463045 - 8463045	cssi.corleone@gmail.com	F. La Bella	F. La Bella
091 962273 - 965812	diba77@inwind.it; chiaraaltieri@virgilio.it	C. Altieri	C. Altieri



Denominazione Struttura	Comune indirizzo - CAP
DIBA s.r.I.*	BAGHERIA VIA DE SPUCHES, 52 - 90011
CENTRO DI NEFROLOGIA E DIALISI s.r.l.	PALERMO VIA G. INGEGNEROS, 106 - 90146
MALPIGHI s.r.l.	PARTINICO V.LE REGIONE SICILIANA km 1 - 90047
SICILIA DIAL CENTER s.r.l. (Ex Nefrologia e Dialisi delle Madonie)	PETRALIA SOPRANA BIVIO MADONNUZZA, 233 - 90026
CENTRO MEDICO NEFROLOGICO s.r.i.	TERMINI IMERESE VIA DEL PROGRESSO, 2 - 90018
AMB. DIALISI E TERAPIA RENALE	PALERMO P.ZZA EUROPA, 20 - 90146
CENTRO EMODIALISI PALERMO s.r.I.	PALERMO VIA G. DOTTO, 12 - 90146
ARTIFICIAL KIDNEY CENTER s.r.l.	PALERMO VIA BRAMANTE DONATO, 13 - 90145
Provincia di RAGUSA	
C.A.D P.O."M. P. AREZZO" D.O. RG 1	RAGUSA C.DA RITO IBLA snc - 97100
J.O.C. DI NEFROLOGIA E DIALISI P.O." MAGGIORE" D.O. RG 2	MODICA VIA RESISTENZA PARTIGIANA, 1 - 97015
C.A.L P.O. "BUSACCA SCICLI"- D.O. RG 2	SCICLI VIA OSPEDALE, 25 - 97018
KAMARINA MEDICA s.r.l.	VITTORIA VIA M. RAPISARDI, 1 - 97019
CENTRO IPPOCRATE s.r.l.	ISPICA VIA LA PIRA ANG. VIA STATALE - 97014
CENTRO IPPOCRATE s.r.l.	POZZALLO VIA LUCANIA, 33 - 97016
BLEA MEDICA s.r.l.	RAGUSA VIA BEATO ANGELICO, 16 - 97100
KAMARINA MEDICA s.r.l.	COMISO VIA S. ANTONIO, 16 - 97013
CENTRO DIALISI MEDITERRANEO s.r.l.	RAGUSA VIA PRAMPOLINI, 19 - 97100
Provincia di SIRACUSA	
U.O.C. DI NEFROLOGIA E DIALISI P.O. " UMBERTO I" D.O. SR 1	SIRACUSA VIA TESTAFERRATA, 1 - 96100
SERVIZIO DI NEFROLOGIA E DIALISI- P.O. GENERALE DI LENTINI D.O. SR 2	LENTINI VIA OSPEDALE - 96016
SERVIZIO DI NEFROLOGIA E DIALISI P.O." G. DI MARIA " D.O SR1	AVOLA S.S. 115 - 96012
SOCIETA' NEFRAL s.r.l.	NOTO VIA A. CAVARRA, 33 - 96017
SICILIA DIAL CENTER s.r.l. (Ex Nefrodial)	LENTINI VIA F.LLI BANDIERA, 13 - 96016
DIALISI ARETUSEA s.r.i	SIRACUSA VIA UNIONE SOVIETICA, 1 - 96100





Prefisso Telefono - Fax	E-mail	Direttore	Referente
091 902330 - 902331	chiaraaltieri@virgilio.it	C. Altieri	C. Altieri
091 6884765 - 6884766	dialisiingegneros@libero.it	R. La Barbera	A. La Rocca
091 8901395 / 8900212 - 8900754	mmalpighi@virgilio.it mmalpighi@cgn.legalmail.it	A. La Corte	G. Lo Medico
0921 640189 - 640189	Calogero.Todaro@diaverum.com madoniedialisi@libero.it giuseppescialabba@libero.it	C. Todaro	G. Scialabba
091 8141091 - 8113275	centromediconefrologicos@tin.it	F. Tornese	F. Tornese
091 522991 - 522952	centroeuropa04@yahoo.it	A. Lo Cascio	A. Lo Cascio
091 427426 - 6563150	emopa@libero.it	M. Mancusi	F. Raspanti
091 409143 - 409143	cobartol@libero.it; akc.srl@libero.it	C. Bartoli	C. Bartoli
0932 600454 / 413 / 423 - 906971 (Modica) / 600659	nefrologia@asp.rg.it; dialisimodica@asp.rg.it	S. Musso	Avola
0932 448101/02/23/40/53-448093-85	dialisimodica@asp.rg.it; mussos@tiscalinet.it	S. Musso	Avola
0932 446394 / 6393 / 6224 / 446511 - 833239 / 448093 (Modica)	dialisimodica@asp.rg.it	S. Musso	Avola
0932 866077 - 866077	aldgurr@tin.it	A. Gurrieri	A. Gurrieri
0932 959600 - 955353	randazzo@ippocratesrl.it	A. M. Bulla	A. M. Bulla
0932 955953 - 955353	randazzo@ippocratesrl.it	G. Sallemi	G. Sallemi
0932 641424 - 258931	iblea.medica@yahoo.it	M. A. Cinardo	G. Salemi
0932 866077 - 866077	lopianoantonella@hotmail.it	M. A. Lo Piano	M. A. Lo Piano
0932 686059 - 686059	gaio.spata@gmail.com	F. Randazzo	F. Randazzo
0931 724132 / 853 / 023 - 66124	giuseppe-daidone@virgilio.it	G. Daidone	C. Caponetto
095 909662/3-909303/909507	giuseppe-daidone@virgilio.it	G. Daidone	C. Caponetto
0931 582463 - 582463 / 582277	giuseppe-daidone@virgilio.it	G. Daidone	C. Caponetto
0931 837038 - 837038	mariagraziasapia@virgilio.it	R. Aliffi	R. Aliffi
095 901981 - 901981	Salvatore.Chiarenza@diaverum.com nefrodiallentini@yahoo.it	S. Chiarenza	S. Chiarenza
0931 490622 - 1816033	difrancesca.m@tiscali.it d.sanitaria@dialisiaretusea.it	M. R. Di Francesca	M. R. Di Francesca



Denominazione Struttura	Comune indirizzo - CAP
CENTRO DI NEFROLOGIA ED EMODIALISI SAN LUCA s.r.l.	LENTINI VIA CERERE, 6-96016
SOCIETA' SIRNEPHROS s.r.l.	AVOLA VIA P. MASCAGNI, 62 - 96012
CENTRO SUNDIAL s.r.l.	AVOLA VIA BASILE, 2 - 96012
SOCIETA' SIRNEPHROS s.r.l.	PACHINO VIA ALDO MORO snc - 96018
SOCIETA' E SALUTE COOP a r.l.	PALAZZOLO ACREIDE VIA QUASIMODO PAL. C - 96010
SERVIZIO NEFRODIALITICO TIKE s.r.l.	SIRACUSA VIA PRINCIPATO DI MONACO, 30 - 96100
AMBULATORIO DI EMODIALISI FLORIDIANO s.r.l.	FLORIDIA VIA CARBONARO, 60 - 96014
SICILIA DIAL CENTER s.r.I. AMBULATORIO DI NEFROLOGIA E DIALISI (Ex Ybes)	AUGUSTA C.DA OLIVETO - BRUCOLI MARE - 96011
Provincia di TRAPANI	
SERVIZIO DI NEFROLOGIA E DIALISI - P.O. "B. NAGAR" D.O. TP 1	PANTELLERIA PIAZZALE ALMANZA - 91017
U.O.C. DI NEFROLOGIA E DIALISI P.O. "S.ANTONIO ABATE" D.O. TP 1	ERICE VIA COSENZA - 91016
U.O.S. DI NEFROLOGIA E DIALISI - P.O. "PAOLO BORSELLINO" D.O. TP 2	MARSALA C.DA CARDILLA - 91025
SERVIZIO DI NEFROLOGIA E DIALISI - P.O. "V.EMANUELE II" D.O. TP 2	CASTELVETRANO VIA MARINELLA, 5 - 91022
CENTRO EMODIALIASI DR. MUCARIA s.p.a.	VALDERICE VIALE EUROPA, 23 - 91019
DIAVERUM ITALIA s.r.l.	CASTELVETRANO VIA LEONARDO CENTONZE, 3 - 91022
DIAVERUM ITALIA s.r.i.	MARSALA VIA CRISPI, 86 BIS - 91025
SERVIZI SANITARI ALCAMESI s.r.I.	ALCAMO CORSO DEI MILLE, 184-91011
CENTRO EMODIALISI DR. MUCARIA s.p.a.	ALCAMO VIA GEN.MEDICI, 148/A - 91011
CENTRO EMODIALISI MAZARESE s.r.l.	MAZARA DEL VALLO C.DA PONTE SERRONI S.S.115 KM 49,300 - 91026
D.H. LE TERRAZZE EMODIALISI s.r.I.*	CASTELVETRANO VIA L. CENTONZE, 3 - 91022
AMBULATORIO DI NEFROLOGIA E DIALISI GALENO s.r.l.	MAZARA DEL VALLO VIA CASTELVETRANO, 37/B - 91026
IGEA s.r.l. CENTRO NEFROLOGIA E DIALISI	SANTA NINFA VIA G. DI STEFANO PEREZ, 14 - 91029
MEDICAL CENTER s.r.l.	TRAPANI VIA PARTANNA, 8 - 91100





Prefisso Telefono - Fax	E-mail	Direttore	Referente
095 905868 - 905868	dinefr00@dialisisanluca.191.it i.alessandrello@libero.it	I. M. G. Alessandrello	I. M. G. Alessandrello
0931 821333 - 821333	societasirnephrossrl@virgilio.it	R. Bevelacqua	R. Bevelacqua
0931 561668 - 561668	info@sundial.it	C. D'Amico	C. D'Amico
0931 592632 - 591419	societasirnephrossrl@virgilio.it	C. Cassetti	C. Cassetti
0931 882900 - 882900	societaesalute@gmail.com	G. Ciurcina	C. Catanese
0931 759493 - 759390	tikesiracusa@hotmail.com	M. Gallo	M. Gallo
0931 948622 - 948622	dialisifloridia@hotmail.com domenicobascetta1@virgilio.it	D. Bascetta	D. Bascetta
0931 982703 - 982703	Alessandra.Salerno@diaverum.com info@emodialisiaugusta.it	A. Salerno	S. Monaco
0923 910212 / 213 - 910211	francesco.destito@libero.it	F. Destito	F. Destito
0923 809381/400/431-809400	vito.barraco@asptrapani.it barracuda5@hotmail.it nefrologia@ospedaleditrapani.it	V. Barraco f.f.	L. Campo
0923 753158 / 160 - 753158	gaspareoddo@libero.it	G. Oddo	G. Oddo
0924 930306 / 286 - 930306	giuseppebuscaino1@virgilio.it	G. Buscaino f.f.	G. Buscaino f.f.
0923 836440 - 833333	info@dialisimucaria.it	S. Mucaria	D. Fornicch
0924 901122 - 932109	fichera.r@alice.it; alabru@hotmail.it castelvetrano@diaverum.com	R. Fichera	A. Abruzzo
0923 719560 - 716591	michele.fici@diaverum.com marsala@diaverum.com	M. Fici	M. Fici
0924 502400 - 502423	reparsi@tin.it; info@servizisanitarialcamesi.it	R. Parsi	R. Parsi
0924 502366 - 502366	info@dialisimucaria.it	F. Mucaria	F. Mucaria
0923 906690 - 906690	cemdialisi@msn.com	L. Lo Sciuto	L. Lo Sciuto
0924 932100 - 700445607	leterrazze2003@libero.it	E. Battiati	E. Battiati
0923 944617 - 944629	emodialisigaleno@virgilio.it	A. Liardo	G. Errante
0924 62840 - 62840	igea.santaninfa@virgilio.it	G. Bambina	P. D. Ingargiola
0923 559529 - 558021	medicen@libero.it	M. Giandalia	A. Loria



Denominazione Struttura

CENTRI DI AVVIO AL TRATTAMENTO DIALITICO	
CASA DI CURA "VILLA MARIA ELEONORA"	PALERMO V.LE REGIONE SICILIANA, 1571 - 90135
ISMETT	PALERMO VIA E.TRICOMI, 5 - 90127
"STRUTTURA COMPLESSA DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE OSP. "BUCCHERI LA FERLA - FATEBENEFRATELLI"	PALERMO VIA MESSINA MARINE,197 - 90123
DIVISIONE DI MEDICINA INTERNA FONDAZIONE "ISTITUTO SAN RAFFAELE- G. GIGLIO"	CEFALU' C.DA PIETRAPOLLASTRA-PISCIOTTO snc-90015
DIP. CHIRURGIA GENERALE D'URGENZA E DEI TRAPIANTI D'ORGANO A.O.U.P. "P.GIACCONE"	PALERMO VIA DEL VESPRO, 129 - 90100

Comune indirizzo - CAP

CENTRI TRAPIANTO

U.O.C. DI CHIRURGIA VASCOLARE E CENTRO TRAPIANTI A.O.U.P. "VITT.EM.LE"	CATANIA P.O."VITT.EM.LE" VIA SANTA SOFIA, 78 - 95123
DIP. CHIRURGIA GENERALE D'URGENZA E DEI TRAPIANTI D'ORGANO A.O.U.P. "P.GIACCONE"	PALERMO VIA DEL VESPRO, 129-90100
ISMETT	PALERMO VIA E.TRICOMI, 5 - 90127
U.O.C.DI NEFROLOGIA II CON DIALISI E TRAPIANTO A.R.N.A.S.OSP. "CIVICO-DI CRISTINA-BENFRATELLI"	PALERMO PIAZZALE NICOLA LEOTTA, 4-90127





Prefisso Telefono - Fax	E-mail	Direttore	Referente
091 6981361 - 6981366	apanci@gvmnet.it	R. A. Panci	A. De Gregorio
091 2192111 / 378 / 379 - 2192200 / 400	direzionesanitaria@ismett.edu	U. Palazzo	M. Cirafici
091 479499 - 477625 / 6216240	amedeo.pignataro@tin.it	V. Lanza	A. Pignataro
0921 920712/920467/594-920408	ennio.larocca@hsr.it	E. La Rocca	E. La Rocca
091 6552809/634-6552836	gibuscemi@libero.it carlamaio@tiscali.it	G. Buscemi	G. Buscemi
	Carianialo@tiscan.it		
095 3782946 (segr) - 3782358 / 948	pveroux@unict.it	P. Veroux	P. Veroux
	pveroux@gmail.com		
091 6552809 / 634 - 6552836	gibuscemi@libero.it carlamaio@tiscali.it	G. Buscemi	G. Buscemi
091 2192111 / 378 / 379 - 2192200 / 400	direzionesanitaria@ismett.edu	U. Palazzo	M. Cirafici
091 6663826/36/15-6663410	nefrotrapianti@ospedalecivicopa.org barbaraoliva@libero.it	F. Caputo	B.Oliva



PROV.	COMUNE	DENOMINAZIONE CENTRO	RESP./ DIRIGENTI MEDICI	CAPOSALA/ INFERMIERI PROFESSIONALI	GUARDIA MEDICA NOTT./FEST.	Guardia Interdivis.	POSTI LETTO R.O.	
CENT	RI PUBBLICI	*						
AG	AGRIGENTO	U.O.C. DI NEFROLOGIA E DIALISI - P.O. "SAN GIOVANNI DI DIO" - D.O. AG1	1/4	1/10	NO/NO	NO	7	
AG	SCIACCA	U.O.C. DI NEFROLOGIA E DIALISI - P.O. "OSPEDALI CIVILI RIUNITI" - D.O. AG2	6	1/15	SI/NO	SI	10	
CL	CALTANISSETTA	SERVIZIO DI NEFROLOGIA E DIALISI - P.O. "SANT'ELIA" - D.O. CL1	1/3	0/7	NO/NO	NO	0	
CL	GELA	U.O.C. DI NEFROLOGIA E DIALISI - P.O. "V.EM.LE III" - D.O. CL2	3	1/10/6	NO/NO	NO	3	
СТ	ACIREALE	U.O.C. DI NEFROLOGIA E DIALISI - P.O. "SANTA MARTA E SANTA VENERA" - D.O. CT1	5	1/18	NO/SI	NO	6	
СТ	CALTAGIRONE	U.O.C. DI NEFROLOGIA E DIALISI - P.O. "GRAVINA" - D.O. CT3	5	1/9	NO/NO	SI	2	
СТ	CATANIA	U.O.C. DI NEFROLOGIA E DIALISI - A.O. PER L'EMERGENZA "CANNIZZARO"	1/5/1	1/20/1	NO/SI	NO	18	
СТ	CATANIA	U.O.C. DI NEFROLOGIA E DIALISI - A.R.N.A.S. "GARIBALDI"	1/4	16	NO/NO	NO	13	
СТ	CATANIA	U.O.C. DI NEFROLOGIA E DIALISI - A.O.U.P. "V.EM.LE"	1/8	2/17	NO/NO	NO	8	
СТ	CATANIA	DIP. DI MEDICINA INTERNA E PATOLOGIE SISTEMICHE SEZIONE DI DIALISI PERITONEALE - A.O.U.P. "V.EM.LE"- P.O. "G. RODOLICO"	2	2	NO/NO	NO	1	
EN	ENNA	U.O.C. DI NEFROLOGIA E DIALISI - P.O. "UMBERTO I" - D.O. EN1	6	12	NO/NO	SI	10	
EN	NICOSIA	SERVIZIO DI EMODIALISI - P.O. "C. BASILIOTTA" - D.O. EN2	3	5	NO/NO	NO	0	
EN	PIAZZA ARMERINA	U.O.C. DI NEFROLOGIA E DIALISI - P.O. "M. CHIELLO" - D.O. EN1	1/4	3/8	NO/NO	NO	5	
ME	MESSINA	U.O.C. DI NEFROLOGIA E DIALISI - A.O.U.P. "GAETANO MARTINO"	1/7	1/20	SI/SI	NO	10	
ME	MESSINA	U.O.C. DI TERAPIA SUBINTENSIVA E TECNICHE DIALITICHE - A.O.U.P. "GAETANO MARTINO"	1/3	2/10	NO/NO	SI	7	
ME	MESSINA	SERVIZIO DI NEFROLOGIA E REUMATOLOGIA PEDIATRICA CON DIALISI - A.O.U.P. "GAETANO MARTINO"	1/4	2/8	NO/NO	SI	9	
ME	MESSINA	U.O.C. DI NEFROLOGIA E DIALISI - AZIENDA OSPEDALI RIUNITI "PAPARDO-PIEMONTE"	1/6	1/11	NO/NO	SI	4	
ME	MILAZZO	U.O.C. DI NEFROLOGIA E DIALISI MILAZZO/LIPARI - P.O. "GIUSEPPE FOGLIANI" - D.O. ME2	7	17	NO/NO	NO	3	
ME	BARCELLONA PDG	C.A.D. / C.SAT - P.O. "CUTRONI ZODDA" - D.O. ME2	2	7	NO/NO	NO	0	





POSTI LETTO DH	POSTI RENE	EMODIALISI PER CRONICI	EMODIALISI PER ACUTI	Dialisi Peritoneale/HD Domiciliare	CONFEZ. FAV	POSIZ. CVC	POSIZ. CATETERE PERITONEALE	AMB. NEFROLOGIA	AMB. TRAPIANTO
1	10+2	SI	SI	(¹) SI/NO	NO	SI	NO	SI	SI
2	12	SI	SI	NO/NO	SI	SI	NO	SI	SI
2	12	SI	SI	SI/NO	NO	NO	NO	SI	NO
1	14	SI	SI	NO/NO	SI	SI	NO	SI	NO
2	12	SI	SI	SI/NO	SI	SI	SI	SI	SI
2	8	SI	SI	SI/NO	SI	SI	NO	SI	SI
2	12	SI	SI	SI/NO	SI	SI	SI	SI	SI
4	8+1	SI	SI	NO/NO	SI	SI	NO	SI	SI
3	12	SI	SI	NO/NO	SI	SI	NO	SI	SI
2	0	NO	NO	SI/NO	NO	SI	SI	SI	SI
2	4	SI	SI	SI/NO	SI	SI	NO	SI	SI
0	11	SI	SI	NO/NO	NO	SI	NO	SI	SI
2	12	SI	SI	SI/NO	SI	SI	SI	SI	NO
2	8	SI	SI	SI/NO	SI	SI	NO	SI	SI
0	5	SI	SI	SI/NO	SI	SI	SI	SI	SI
1	2	SI	NO	SI/NO	NO	NO	SI	SI	SI
2	16	SI	SI	NO/NO	SI	SI	NO	SI	SI
2	19	SI	SI	SI/NO	SI	SI	SI	SI	SI
0	8	SI	SI	NO/NO	NO	SI	NO		SI



PROV.	COMUNE	DENOMINAZIONE CENTRO	RESP./ DIRIGENTI MEDICI	CAPOSALA/ Infermieri Professionali	GUARDIA MEDICA NOTT. / FEST.	Guardia Interdivis.	POSTI LETTO R.O.	
CENT	RI PUBBLICI *	•						
ME	LIPARI	SERVIZIO DI DIALISI - P.O. "E. DONATO E M. SCIMONE" - D.O. ME2	2	1/4	NO/NO	NO	0	
ME	PATTI	SERVIZIO DI NEFROLOGIA - P.O. "BARONE ROMEO" - D.O. ME1	5	14	NO/NO	NO	6	
ME	TAORMINA	U.O.C. DI NEFROLOGIA ED EMODIALISI - P.O. "SAN VINCENZO" - D.O. ME2	1/6	1/18	NO/NO	NO	6	
PA	PALERMO	U.O.C. DI NEFROLOGIA E DIALISI - A.O. "OSPEDALI RIUNITI VILLA SOFIA-CERVELLO"	4	9	NO/NO	NO	0	
PA	PALERMO	U.O.C. DI NEFROLOGIA E DIALISI PEDIATRICA - A.R.N.A.S. OSP. "CIVICO-DI CRISTINA-BENFRATELLI"	1/5	1/12	NO/NO	SI	10	
PA	PALERMO	U.O.C. DI NEFROLOGIA CON DIALISI - A.R.N.A.S. OSP. "CIVICO-DI CRISTINA-BENFRATELLI"	11		SI/SI	NO	13	
PA	PALERMO	U.O.C. DI NEFROLOGIA II CON DIALISI E TRAPIAN- TO - A.R.N.A.S. OSP. "CIVICO-DI CRISTINA-BENFRATELLI"	5	17	NO/NO	NO	10	
PA	PALERMO	DIP.MED.INT.,M.CARDIOVASCOLARI E NEFROUROLOGICHE - U.O.S. NEFROLOGIA ED IPERTENSIONE - U.O.S. TECNICHE DIALITICHE - A.O.U.P. "PAOLO GIACCONE"	5	7	NO/NO	NO	0	
RG	MODICA	U.O.C. DI NEFROLOGIA E DIALISI - P.O. "MAGGIORE" - D.O. RG2	0/8	9	NO/NO	SI	12	
RG	RAGUSA	C.A.D P.O."M. P. AREZZO" - D.O. RG1	3	10	NO/NO	NO	0	
RG	SCICLI	C.A.L P.O. "BUSACCA SCICLI"- D.O. RG2	0	6	NO/NO	NO	0	
SR	SIRACUSA	U.O.C. DI NEFROLOGIA E DIALISI - P.O. "UMBERTO I" - D.O. SR1	1/4	1/15	NO/NO	SI	8	
SR	AVOLA	SERVIZIO DI NEFROLOGIA E DIALISI - P.O. "G. DI MARIA" - D.O. SR1	0/2	0/3	NO/NO	NO	0	
SR	LENTINI	SERVIZIO DI NEFROLOGIA E DIALISI- P.O. GENERALE DI LENTINI D.O. SR2	2	3	NO/NO	NO	0	
TP	TRAPANI	U.O.C. DI NEFROLOGIA E DIALISI - P.O. "S. Antonio abate" - D.O. TP1	7	18	NO/NO	SI	8	
TP	PANTELLERIA	SERVIZIO DI NEFROLOGIA E DIALISI - P.O. "B. NAGAR" - D.O. TP1	1	2	NO/NO	NO	0	
TP	CASTELVETRANO	SERVIZIO DI NEFROLOGIA E DIALISI - P.O. "V.EM.LE II" - D.O. TP2	1/1	1	NO/NO	NO	0	
TP	MARSALA	U.O.S. DI NEFROLOGIA E DIALISI - P.O. "PAOLO BORSELLINO" - D.O. TP2	2	4	NO/NO	NO	0	





POSTI LETTO DH	POSTI RENE	EMODIALISI PER CRONICI	EMODIALISI PER ACUTI	Dialisi Peritoneale/HD Domiciliare	CONFEZ. FAV	POSIZ. CVC	POSIZ. CATETERE PERITONEALE	AMB. Nefrologia	AMB. TRAPIANTO
0	10	SI	NO	NO/NO	NO	NO	NO	SI	SI
2	16	SI	SI	SI/NO	NO	NO	NO	SI	SI
2	12	SI	SI	SI/NO	SI	SI	SI	SI	SI
3	9	SI	SI	NO/NO	SI	SI	NO	SI	SI
4	4+1	SI	SI	SI/NO	SI	SI	SI	SI	SI
3	25	SI	SI	SI/NO	SI	SI	SI	SI	SI
5	2	NO	NO	SI/NO	NO	SI	SI	SI	SI
2	8	SI	SI	NO/NO	NO	SI	NO	SI	SI
2	12	SI	SI	SI/NO	SI	SI	SI	SI	SI
SI	16	SI	SI	NO/NO	SI		NO	SI	NO
0	5	SI	NO	NO/NO	NO		NO	NO	NO
2	8	SI	SI	SI/NO	SI	SI	SI	SI	SI
0	4	SI	SI	NO/NO	NO	SI	NO		NO
0	5	SI	SI	NO/NO	NO	SI	NO	SI	NO
2	12	SI	SI	SI/NO	NO	SI	NO	SI	SI
0	8	SI	SI	NO/NO	NO	SI	NO	SI	SI
0	10	SI	SI	NO/NO	NO	SI	NO	NO	SI
0	8	SI	SI	NO/NO	NO	SI	NO	SI	SI



PROV.	COMUNE	DENOMINAZIONE CENTRO	N° POSTI RENE	N° RENI DI Riserva	N° POSTI RENE CONTUMACIALI	PRESTAZIONI EMODIALISI PER PAZIENTI RICOVERATI IN OSPEDALI VICINI
CENT	RI PRIVATI *					
AG	AGRIGENTO	CENTRO EMODIALISI AURORA	18	8	1	SI
AG	AGRIGENTO	CENTRO EMODIALISI AGRIGENTO - CEA s.r.l.	13	2	1	NO
AG	AGRIGENTO	CENTRO EMODIALISI IPPOCRATE s.r.l.	24	15	1	NO
AG	BIVONA	AMB. EMODIALITICO SPECIALISTICO TRAINA RENATO s.r.l. (A.SPE.R.T)	12	1	1	NO
AG	CANICATTÌ	STUDIO MEDICO DI NEFROLOGIA E DIALISI	24	6	1	SI
AG	LAMPEDUSA	CENTRO DI NEFROLOGIA E DIALISI BIOS s.r.l. (3)	4	2	0	NO
AG	LICATA	CENTRO DIALISI S. GIOVANNI s.r.l.	12	1	1	NO
AG	RIBERA	DIAVERUM ITALIA s.r.l CENTRO DIALISI	14	3	1	NO
AG	SANTA MARGH. DI BELICE	BIOS-MEDIC s.r.l.	8	2	0	NO
AG	SCIACCA	DIAVERUM ITALIA s.r.l CENTRO DIALISI	15	3	1	SI
CL	CALTANISSETTA	AMBULATORIO NISSENO EMODIALISI s.r.l.	18	4	1	SI
CL	RIESI	DIAVERUM ITALIA s.r.l CENTRO DIALISI	10	4	1	NO
CL	SERRADIFALCO	CENTRO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO RZR s.r.l.	12	3	2	SI
CT	ACIREALE	ACIREALE DIAL CENTER s.r.l.	10	2	1	NO
CT	ADRANO	ADRANO DIAL CENTER s.r.l.	13	3	1	SI
CT	BELPASSO	CENTRO EMODIALISI BELPASSO s.r.l.	12	SI	2	SI
CT	BRONTE	CENTRO DIALISI SIRENA s.r.l.	8	2	1	SI
CT	CATANIA	AMBULATORIO DI DIALISI LE CIMINIERE s.r.l.	11	3	1	NO
CT	CATANIA	AMBULATORIO DI NEFROLOGIA E DIALISI DELTA s.r.l.	13	11	1	SI
CT	CATANIA	AMBULATORIO EMODIALISI C.C.M.C.	9	1	1	NO
СТ	CATANIA	AMBULATORIO MEDICO NEFROLOGICO E TECNICHE DIALITICHE AZZURRA s.r.l.	20+4	6	0	0
СТ	CATANIA	CATANIA DIAL CENTER s.r.l.	14	4	1	NO
CT	CATANIA	CATANIA SUD s.r.I.	24	8	2	NO
СТ	CATANIA	CENTRO AMBULATORIALE DI NEFROLOGIA ED EMODIALISI s.r.i.	N.P.	N.P.	N.P.	N.P.
СТ	CATANIA	CENTRO MERIDIONALE DI NEFROLOGIA E RENE ARTIFICIA- LE CASA DI CURA LEONE gestione MEDICAL TEC s.r.l. (²)	14	2	5	NO
CT	GIARRE	MEDICAL TEC s.r.l.	10	2	1	NO
СТ	MIRABELLA IMBACCARI	AMBULATORIO EMODIALISI KLOTHO	6	4	1	NO
CT	PALAGONIA	DIAVERUM ITALIA s.r.l CENTRO DIALISI	12	3	1	NO
СТ	PATERNÒ	PATERNÒ DIAL CENTER s.r.l.	7	2	1	NO



PRESTAZIONI EMODIALISI PER ACUTI(¹)	AMBULATORIO PRE DIALISI/POST TRAPIANTO	CONFEZIONAMENTO FAV/CONFEZIONA- MENTO CVC	GUARDIA MEDICA NOTT./ FEST. IN SEDE	REPERIBILITÀ NOTT./FEST.	LABORATORIO D'ANALISI	N° MEDICI IN SERVIZIO OLTRE IL DIRETTORE SANITARIO	N° Infermieri Oltre Il Caposala	PSICOLOGO
SI	SI/SI	NO/SI TEMPORANEO	NO/NO	SI/SI	SI	1	7	NO
NO	NO/NO	NO/NO	NO/NO	NO/NO	SI	2	3	NO
NO	SI/SI	NO/SI	NO/NO	SI/SI	SI	4	14	NO
NO	SI/NO	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	3	2	NO
SI	SI/SI	NO/SI	NO/NO	SI/SI	SI	2	9	NO
NO	SI/NO	NO/NO	NO/NO	SI/NO	NO	2	0	NO
	SI/SI	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	3	7	NO
NO	SI/NO	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	1	5	NO
NO	SI/NO	NO/NO	NO/NO	SI/SI	NO	2	1	NO
NO	SI/SI	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	2	5	NO
NO	SI/SI	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	7	12	NO
NO	SI/NO	NO/NO	NO/SI	NO/SI	SI	1	4	NO
NO	SI/SI	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	2	2	NO
NO	SI/NO	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	1	3	NO
NO	NO/NO	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	2	6	NO
NO	SI/NO	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	2	2	NO
SI	SI/NO	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	1	2	NO
NO	SI/NO	NO/NO	NO/NO	NO/NO	SI	2	3	NO
SI	SI/NO	NO/NO	NO/NO	NO/NO	SI	3	9	NO
SI	SI/NO	SI/SI	NO/NO	NO/NO	SI	1	2	NO
0	SI/SI	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	3	9	NO
NO	SI/NO	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	1	5 DI CUI 1 0.S.S.	NO
NO	SI/NO	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	3	5	NO
N.P.	N.P.	N.P.	N.P.	N.P.	N.P.	N.P.	N.P.	N.P.
SI	SI/NO	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	2	2	NO
SI	SI/NO	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	1	2	NO
SI	SI/NO	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	2	2	NO
NO	NO/NO	SI/SI	NO/NO	NO/NO	SI	2	4	NO
NO	SI/NO	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	2	4 (NO CAPOSALA)	NO



PROV.	COMUNE	DENOMINAZIONE CENTRO	N° POSTI RENE	N° RENI DI RISERVA	N° POSTI RENE CONTUMACIALI	PRESTAZIONI EMODIALISI PER PAZIENTI RICOVERATI IN OSPEDALI VICINI	
CENT	RI PRIVATI *						Ī
CT	RANDAZZO	ETNA DIALISI s.r.l.	8	1	1	SI	
СТ	SAN GREGORIO DI CATANIA	CENTRO RENE SMERALDO s.r.l.	14	7	1	SI	
СТ	SAN GREGORIO DI CATANIA	EURODIAL s.r.l.	17	3	2	NO	
СТ	SANT'AGATA LI BATTIATI	NEFROLOGICO ETNEO s.r.l.	12+2	12	2	NO	
EN	NISSORIA	DIAVERUM ITALIA s.r.l AMBULATORIO EMODIALISI	11	3	1	NO	
EN	TROINA	C.E.R. AMBULATORIO DI EMODIALISI	10	2	1	NO	
ME	BARCELLONA POZZO DI GOTTO	SAN FILIPPO DIAL CENTER s.r.l.	13	4	1	NO	
ME	FURCI SICULO	EMODIALISI IPPOCRATE s.r.l.	8	4	1	SI	
ME	MESSINA	CENTRO DIALISI OMEGA s.r.l.	18	10	2	NO	
ME	MESSINA	GALENO Soc Coop a r.l.	13	5	1	NO	
ME	MESSINA	IL NEFROLOGICO s.r.l.	28	5	3	NO	
ME	PACE DEL MELA	LA.BO.S. s.r.l.	9	0	0	NO	
ME	SAN FILIPPO DEL MELA	SAN FILIPPO DIAL CENTER s.r.l.	12	4	1	NO	
ME	SANT'AGATA DI MILITELLO	TIRRENIA s.r.l.	16	4	2	SI	
ME	SANTO STEFANO DI CAMASTRA	CENTRO DI NEFROLOGIA E DIALISI s.r.l.	9	2	1	SI	
ME	TAORMINA	EMODIALISI SPARVIERO s.r.l.	10	2	1	NO	
PA	BAGHERIA	COOPERATIVA DIBA s.r.l.	13	4	1	NO	
PA	BAGHERIA	MATER DEI s.r.l.	19+2	3+1	1	SI	
PA	CARINI	ARCHIMED s.r.l. NEFROLOGIA E DIALISI	19	5	1	SI	
PA	CEFALÙ	CENTRO SICILIANO NEFROLOGIA E DIALISI s.r.l.	18	3	2	SI	
PA	CORLEONE	CENTRO SERVIZI SANITARI ITALIANI DI SIRAGUSA NUNZIO & C. s.a.s.	13+1	3	0	SI	
PA	LERCARA FRIDDI	CENTRO MEDICO NEFROLOGICO s.r.l.	12	1	1	SI	
PA	PALERMO	AMB. DIALISI E TERAPIA RENALE	33 + 2	8	2	SI	
PA	PALERMO	ARTIFICIAL KIDNEY CENTER s.r.l.	19	7	2	SI	
PA	PALERMO	CENTRO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO MALATTIE RENALI s.p.a.	47	6	3	SI	
PA	PALERMO	CENTRO DI NEFROLOGIA E DIALISI s.r.l.	27	10	2	SI	
PA	PALERMO	CENTRO EMODIALISI PALERMO s.r.l.	29	4	1	NO	



						NO MEDICINA	110	
PRESTAZIONI EMODIALISI PER ACUTI(¹)	AMBULATORIO PRE DIALISI/POST TRAPIANTO	CONFEZIONAMENTO FAV/CONFEZIONA- MENTO CVC	GUARDIA MEDICA NOTT./ FEST. IN SEDE	REPERIBILITÀ NOTT./FEST.	LABORATORIO D'ANALISI	N° MEDICI IN SERVIZIO OLTRE IL DIRETTORE SANITARIO	N° INFERMIERI OLTRE IL CAPOSALA	PSICOLOGO
SI	SI/NO	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	1	2	NO
NO	SI/NO	NO/NO	NO/NO	NO/NO	SI	3	6+2 0.S.S.	NO
SI	SI/NO	NO/SI	NO/NO	SI/SI	SI	4	6	NO
NO	SI/NO	NO/NO	NO/NO	SI/SI	NO	2	6	NO
SI	SI/SI	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	1	4	SI
NO	SI/NO	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	2	2	NO
NO	SI/NO	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	1	6	NO
SI	SI/SI	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	1	1	NO
NO	SI/NO	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	2	14	NO
NO	NO/NO	NO/NO	NO/NO	NO/NO	SI	2	2	NO
SI	SI/NO	NO/SI	NO/NO	SI/SI	SI	5	13	NO
NO	NO/NO	NO/NO	NO/NO	NO/SI	SI	2	2	NO
NO	NO/NO	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	2	6	NO
SI	SI/NO	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	1	10	NO
SI	SI/NO	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	1	4	NO
SI	SI/NO	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	1	2	NO
NO	NO/NO	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	4	4	NO
NO	SI/NO	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	1	4	NO
NO	SI/NO	NO/SI	NO/NO	SI/SI	SI	4	9	NO
SI	SI/NO	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	1	5	NO
NO	SI/NO	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	2	2+1 0.S.A.	NO
NO	SI/NO	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	2	3	NO
SI	SI/SI	NO/SI	SI/SI	SI/SI	SI	7	11	SI
NO	SI/NO	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	7	13	SI
NO	SI/NO	NO/SI	NO/NO	SI/SI	SI	7	22 DI CUI 12 0.S.S.	NO
SI	SI/SI	SI/SI	SI/SI	SI/SI	SI	6	12	SI
NO	NO/NO	NO/NO	NO/NO	NO/NO	NO	5	5 + 10 OTA	NO



PROV.	COMUNE	DENOMINAZIONE CENTRO	N° POSTI RENE	N° RENI DI RISERVA	N° POSTI RENE CONTUMACIALI	PRESTAZIONI EMODIALISI PER PAZIENTI RICOVERATI IN OSPEDALI VICINI	
CENT	RI PRIVATI *						
PA	PALERMO	CENTRO EMODIALITICO MERIDIONALE s.r.l.	36	12	1	SI	
PA	PALERMO	NEPHRON s.r.l.	20	2	2	NO	
PA	PARTINICO	MALPIGHI s.r.l.	17	6	2	NO	
PA	PETRALIA SOPRANA	NEFROLOGIA E DIALISI DELLE MADONIE	12	1	1	SI	
PA	TERMINIIMERESE	CENTRO MEDICO NEFROLOGICO s.r.l.	19	2	2	SI	
RG	COMISO	KAMARINA MEDICA s.r.l.	9	10	1	SI	
RG	ISPICA	CENTRO IPPOCRATE s.r.l.	8	4	1	NO	
RG	POZZALLO	CENTRO IPPOCRATE s.r.l.	14	8	2	NO	
RG	RAGUSA	CENTRO DIALISI MEDITERRANEO s.r.l.	10	8	1	NO	
RG	RAGUSA	IBLEA MEDICA s.r.l.	15	3	2	NO	
RG	VITTORIA	KAMARINA MEDICA s.r.l.	13	13	1	SI	
SR	AUGUSTA	YBES s.r.l.	12	3	2	NO	
SR	AVOLA	CENTRO SUNDIAL s.r.l.	7	1	1	NO	
SR	AVOLA	SOCIETÀ SIRNEPHROS s.r.l.	7	3	2	SI	
SR	FLORIDIA	AMBULATORIO DI EMODIALISI FLORIDIANO s.r.l.	6	3	1	NO	
SR	LENTINI	CENTRO DI NEFROLOGIA ED EMODIALISI SAN LUCA s.r.l.	7+1	1	0	NO	
SR	LENTINI	NEFRODIAL s.r.l.	12	2	1	NO	
SR	NOTO	SOCIETÀ NEFRAL s.r.l.	10	4	3	SI	
SR	PACHINO	SOCIETÀ SIRNEPHROS s.r.l.	7	5	1	NO	
SR	PALAZZOLO ACREIDE	SOCIETÀ E SALUTE COOP a r.l.	5	2	1	NO	
SR	SIRACUSA	DIALISI ARETUSEA s.r.l.	9	4	1	NO	
SR	SIRACUSA	SERVIZIO NEFRODIALITICO TIKE s.r.l.	15	5	5	NO	
TP	ALCAM0	CENTRO EMODIALISI DR. MUCARIA s.p.a.	20	6	2	NO	
TP	ALCAM0	SERVIZI SANITARI ALCAMESI s.r.I.	18	5	3	SI	
TP	CASTELVETRANO	DIAVERUM ITALIA s.r.l.	30	2	2	SI	
TP	MARSALA	DIAVERUM ITALIA s.r.l.	20	3	4	NO	
TP	MAZARA DEL VALLO	AMBULATORIO DI NEFROLOGIA E DIALISI GALENO s.r.l.	11	5	1	SI	
TP	MAZARA DEL VALLO	CENTRO EMODIALISI MAZARESE s.r.l.	19	2	5	NO	
TP	SANTA NINFA	IGEA s.r.l. CENTRO NEFROLOGIA E DIALISI	12	2	1	NO	
TP	TRAPANI	MEDICAL CENTER s.r.l.	16	2	3	NO	
TP	VALDERICE	CENTRO EMODIALIASI DR. MUCARIA s.p.a.	30	7	2	NO	



PRESTAZIONI EMODIALISI PER ACUTI(¹)	AMBULATORIO PRE DIALISI/POST TRAPIANTO	CONFEZIONAMENTO FAV/CONFEZIONA- MENTO CVC	GUARDIA MEDICA NOTT./ FEST. IN SEDE	REPERIBILITÀ NOTT./FEST.	LABORATORIO D'ANALISI	N° MEDICI IN SERVIZIO OLTRE IL DIRETTORE SANITARIO	N° INFERMIERI OLTRE IL CAPOSALA	PSICOLOGO
SI	SI/NO	NO/NO	SI/SI	SI/SI	SI	8	17	NO
NO	SI/NO	SI/SI	NO/NO	SI/SI	SI	5	11	NO
NO	SI/NO	SI/NO	NO/SI	SI/SI	SI	3 + 4 MEDICI PERLAREP. NOTT.	4+6 O.S.S.	NO
SI	SI/NO	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	2	1+1 0.S.S.	NO
NO	SI/NO	SI/SI	NO/NO	SI/SI	SI	4	9	NO
NO	SI/NO	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	5	10	NO
NO	NO/NO	NO/NO	NO/NO	NO/NO	SI	6	10	NO
NO	NO/NO	NO/NO	NO/NO	NO/NO	SI	6	10	NO
NO	SI/NO	NO/NO	NO/NO	NO/NO	SI	4	6	NO
NO	NO/NO	NO/NO	NO/NO	NO/NO	SI	4	6	NO
NO	SI/NO	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	5	10	NO
NO	NO/NO	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	1	4	NO
NO	SI/NO	SI/SI	NO/NO	SI/SI	SI	1	1	NO
NO	SI/NO	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	4	2	NO
NO	SI/SI	NO/NO	NO/NO	NO/NO	SI	2	2	NO
NO	SI/NO	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	2	3	NO
SI	SI/NO	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	2	4+1 0.S.S.	NO
NO	SI/NO	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	4	2	NO
NO	SI/NO	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	4	3	NO
NO	SI/NO	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	1	2	NO
NO	SI/NO	NO/NO	NO/NO	NO/NO	NO	2	4	NO
NO	SI/NO	NO/NO	NO/NO	NO/NO	SI	4	5	NO
NO	SI/NO	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	2	6	NO
SI	SI/NO	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	3	5	SI
SI	SI/SI	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	3	4	NO
	SI/SI	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	2	7	NO
SI	SI/SI	NO/NO	SI/SI	SI/SI	SI	2	2	NO
NO	SI/NO	NO/SI	NO/NO	NO/NO	NO	2	4+2 0.S.A.	NO
NO	SI/NO	NO/NO	NO/NO	SI/SI	NO	2	4	SI
NO	SI/NO	SI/SI	NO/NO	SI/SI	SI	2	6	NO
NO	SI/NO	NO/NO	NO/NO	SI/SI	SI	2	7	NO



Presidi Specialistici Territoriali di Nefrologia*

ASP	COMUNE	STRUTTURA	INDIRIZZO	CAP
AG	AGRIGENTO	POLIAMBULATORIO	VIA GIOVANNI XXIII	92100
AG	BIVONA	POLIAMBULATORIO	VIA CAPPUCCINI	92010
AG	CANICATTÌ	POLIAMBULATORIO	VIA PIETRO MICCA, 10	92024
AG	CASTELTERMINI	POLIAMBULATORIO	VIA KENNEDY, 55	92025
AG	FAVARA	POLIAMBULATORIO	VIA CAPUANA, 72	92026
AG	LICATA	POLIAMBULATORIO	C.DA CANNAVECCHIO	92027
AG	PALMA DI MONTECHIARO	POLIAMBULATORIO	VIA MACCACARO	92020
AG	RIBERA	POLIAMBULATORIO	VIA CIRCONVALLAZIONE C/O OSPEDALE	92016
CL	MUSSOMELI	POLIAMBULATORIO	VIA MANZONI, 31	93014
CT	ADRANO	POLIAMBULATORIO	PIAZZA SANT'AGOSTINO	95031
CT	CALTAGIRONE	POLIAMBULATORIO	PIAZZA MARCONI, 2	95041
CT	CATANIA (EX CT3)	POLIAMBULATORIO	VIA PASUBIO, 19	95100
CT	GIARRE	POLIAMBULATORIO	CORSO SICILIA, 121	95014
EN	NO			
ME	MISTRETTA	POLIAMBULATORIO	VIA G. VERGA, 3	98073
PA	BAGHERIA	POLIAMBULATORIO	VIA B. MATTARELLA, 82	90011
PA	CAPACI	POLIAMBULATORIO	VIALE DEI PINI	90040
PA	CARINI	POLIAMBULATORIO	VIA PONTICELLI	90044
PA	CEFALÙ	POLIAMBULATORIO	CONTRADA PIETRA POLLASTRA	90015
PA	CORLEONE	POLIAMBULATORIO	VIA DON GIOVANNI COLLETTO, 27	90034
PA	PALERMO	POLIAMBULATORIO PA CENTRO	VIA TURRISI COLONNA, 43	90100
PA	PALERMO	PTA E. ALBANESE	VIA PAPA SERGIO I, 5	90100
PA	PARTINICO	POLIAMBULATORIO	LARGO CASA SANTA	90047
PA	PETRALIA SOTTANA	POLIAMBULATORIO	VIA CONTRADA SANT'ELIA C/O P.O. MADONNA DELL'ALTO	90027
PA	TERMINI IMERESE	POLIAMBULATORIO	VIA OSPEDALE CIVICO, 10	90018
PA	TERRASINI	POLIAMBULATORIO	FONDO POZZA VALLONE	90049
RG	VITTORIA	OSPEDALE "GUZZARDI"	C.DA CELLE	97019
SR	AUGUSTA	POLIAMBULATORIO	VIA FEDERICO DE ROBERTO, 1	96011
SR	NOTO	P.O."TRIGONA"	VIA DEI MILLE, 98	96017
SR	PACHINO	AMBULATORIO	VIA S. QUASIMODO, 1	96018
SR	PALAZZOLO ACREIDE	AMB. SUB-DISTRETTO PALAZZOLO	VIA CAVALCANTI, 1	96010
SR	ROSOLINI	AMBULATORIO	VIA CAVALIERE MARINA, 1	96019
SR	SIRACUSA	POLIAMBULATORIO DISTRETTO SR	VIA BRENTA, 1	96100
TP	ALCAMO	AMBULATORIO	VIALE EUROPA, 41	91011
TP	CASTELVETRANO	POLIAMBULATORIO	VIA MARINELLA, 5	91022
TP	ERICE CASA SANTA	POLIAMBULATORIO C/O PTA	VIA CESARÒ, 125	91016
TP	MAZARA DEL VALLO	POLIAMBULATORIO	VIA FURIA TRANQUILLINA, 1	91026
TP	SALEMI	P.T.A. C/O P.O. "VITT.EM.LE III"	VIA ROCCHE S. LEONARDO	91018





MEDICO	TELEFONO	FAX	E-MAIL
DR. PASQUALINO MESSINA	0922 24038	0922 407392	pasqualino.messina@tin.it
DR. PASQUALINO MESSINA	0922 98620	0922 407392	pasqualino.messina@tin.it
DR. PASQUALINO MESSINA	0922733538	0922 407392	pasqualino.messina@tin.it
DR. PASQUALINO MESSINA	0922 29124	0922 407392	pasqualino.messina@tin.it
DR. PASQUALINO MESSINA	0922 429015	0922 407392	pasqualino.messina@tin.it
DR. PASQUALINO MESSINA	0922 869102	0922 407392	pasqualino.messina@tin.it
DR. PASQUALINO MESSINA	0922790234	0922 407392	pasqualino.messina@tin.it
DR. PASQUALINO MESSINA	0925 562257	0922 407392	pasqualino.messina@tin.it
DR. FRANCESCO RUNFOLA	0934972204	0934 992822	runfola.franco@gmail.com
DR. FRANCESCO SIRNA	095 7716372	095 7716338	fsirna@alice.it
DR.SSA OLGA PLATANIA	0933 353080	0933 353095	
DR.SSA OLGA PLATANIA	095 2540641	095 376651	
DR.SSA OLGA PLATANIA	095 7782743	095 7782706	
DR. FELICE PICCOLO	0921 389471	0921 389449	
DR. FRANCESCO RUNFOLA	091 991326	091 8667625	runfola.franco@gmail.com
DR. FRANCESCO RUNFOLA	091 8671561	091 8667625	runfola.franco@gmail.com
DR. FRANCESCO RUNFOLA	091 8620405	091 8667625	runfola.franco@gmail.com
DR. FRANCESCO RUNFOLA	0921 920224	091 8667625	runfola.franco@gmail.com
DR. GAETANO CRISCI	091 8450644	091 527616	gaetano.crisci@libero.it
DR.SSA GIOVANNA GENOVESE	091 7032225	091 703361	giovannagenovese@ASPpalermo.org gegemed@gmail.com
DR. GAETANO CRISCI	091 7036691	091 527616	gaetano.crisci@libero.it
DR. FRANCESCO RUNFOLA	091 8911174	091 8667625	runfola.franco@gmail.com
DR. GAETANO CRISCI	0921 640330	091 527616	gaetano.crisci@libero.it
DR. GAETANO CRISCI	091 8153133	091 527616	gaetano.crisci@libero.it
DR. FRANCESCO RUNFOLA	091 8665981	091 8667625	runfola.franco@gmail.com
DR. G. NICOSIA	0932 447112 / 447106	0932 999250	
DR. SEBASTIANO STRANO	0931 989367	0931 989373	nellostrano@hotmail.it
DR. SEBASTIANO STRANO	0931 890136	0931 890237	nellostrano@hotmail.it
DR. SEBASTIANO STRANO	0931 890858	0931 801188	nellostrano@hotmail.it
DR. SEBASTIANO STRANO	0931 989663	0931 989670	nellostrano@hotmail.it
DR. SEBASTIANO STRANO	0931890000/9	0931 890019	nellostrano@hotmail.it
DR. SEBASTIANO STRANO	0931 484376	0931 484245	nellostrano@hotmail.it
DR. FILIPPO PACE	0924 599537	0924 507143	filippopace10@libero.it
DR. FILIPPO PACE	0924 930266	0924 930265	distretto.sanitario.castelvetrano@asltrapani.
DR. GIACOMO RICCOBENE	0923 472449	0923 472517	giacomoriccobene@asptrapani.it
DR. FILIPPO PACE	0923 901553	0923 901601	filippopace10@libero.it
DR. FILIPPO PACE	0924 990280	0924 983383	filippopace10@libero.it



DATI PER **PROVINCIA DI RESIDENZA**

PREVALENTI 31/12/2011	AG	CL	СТ	EN
M	252	141	551	85
F	172	87	366	63
Totale	424	228	917	148
prevalenti pmp	933,9	839,1	841,2	858,0
Classi di età	AG	Œ	СТ	EN
da 0 a 29 anni	5	7	12	1
da 30 a 59 anni	112	65	169	40
da 60 a 74 anni	150	69	343	47
≥75 anni	157	87	393	60
Nefropatia di base:	AG	CL	СТ	EN
vascolari	31	43	156	35
diabetiche	60	30	205	33
ereditarie	49	27	68	13
glomerulari	40	31	96	16
interstiziali	42	30	69	24
altre	33	10	32	9
sistemiche	15	7	29	8
no diagnosi	154	50	262	10
Emodialisi	AG	CL	СТ	EN
Bicarb. Std	3	8	11	
Bicarbonato m.bioc.	311	160	657	89
HDF on line	73	15	137	37
AFB	6	19	42	5
Altro convettivo	16	16	20	5
Bicarbonato n.a.s.		2	1	
Altro	1	2	8	1
Totale	410	222	876	137
Dialisi Peritoneale	AG	CL	СТ	EN
APD	4	3	25	3
CAPD	10	3	16	8
Totale	14	6	41	11
		-		

ME 358 250 608 930,0	PA 772 525 1297	RG 167 108	SR 209 145	TP 197	EXTRAREG.	TOTALE 2.762
250 608	525	108				2.762
608			145	4==		
	1297			152	10	1.878
930,0		275	354	349	40	4.640
	1038,0	863,3	875,7	799,3		918,6
ME	PA	RG	SR	TP	EXTRAREG.	TOTALE
8	21	7	3	8	1	73
139	332	54	83	87	9	1.090
236	492	107	132	134	18	1.728
225	452	107	136	120	12	1.749
ME	PA	RG	SR	TP	EXTRAREG.	TOTALE
114	179	62	51	59	7	737
120	182	39	66	43	9	787
55	138	17	63	42	6	478
70	147	30	31	36	3	500
31	65	23	38	25	4	351
26	69	40	25	25	9	278
9	39	4	10	7		128
183	478	60	70	112	2	1.381
ME	PA	RG	SR	TP	EXTRAREG.	TOTALE
17	6	1	1	16		63
239	848	207	254	267	26	3.058
114	284	43	48	31	3	785
135	26	12	16	5	6	272
62	42	5	15	8	2	191
	1					4
3	15	1	1	4	1	37
570	1.222	269	335	331	38	4.410
ME	PA	RG	SR	TP	EXTRAREG.	TOTALE
21	35	2	8	12	2	115
17	40	4	11	6	0	115
38	75	6	19	18	2	230



DATI PER **PROVINCIA DI RESIDENZA**

INCIDENTI	AG	CL	СТ	EN
M	45	34	159	16
F	24	24	101	9
Totale	69	58	260	25
incidenti pmp	152,1	213,6	238,7	145,1
Classi di età	AG	CL	СТ	EN
da 0 a 29 anni	1	1	3	
da 30 a 59 anni	21	19	36	8
da 60 a 74 anni	20	13	80	6
≥75 anni	27	25	141	11
Nefropatia di base:	AG	CL	CT	EN
vascolari	8	10	36	4
diabetiche	9	11	50	12
ereditarie	3	4	7	1
glomerulari	5	8	18	3
interstiziali	5	3	13	1
altre	9	2	19	2
sistemiche	6	5	11	1
no diagnosi	24	15	106	1
Emodialisi	AG	CL	СТ	EN
Bicarb. Std	4	4	14	0
Bicarbonato m.bioc.	52	49	197	20
HDF on line	5	0	12	1
AFB	0	0	2	1
Altro convettivo	2	2	17	0
Bicarbonato n.a.s.	0	0	2	0
Altro	2	2	9	0
Totale	65	57	253	22
Dialisi Peritoneale	AG	CL	СТ	EN
APD	1		3	
CAPD	3	1	4	3
Totale	4	1	7	3

.....

N	E PA	RG	SR	TP	SICILIA
9		26	63	45	664
5	7 116	18	43	35	427
15	1 298	44	106	80	1091
23	1,2 238,7	138,2	262,4	183,4	216,2
N	IE PA	RG	SR	TP	SICILIA
3	3 7	1		4	20
2	9 78	10	23	19	243
5	2 101	11	40	21	344
6	7 112	22	43	36	484
N		RG	SR	TP	SICILIA
2	9 40	2	20	7	156
3	6 48	6	19	9	200
1	0 19		8	8	60
1	1 22	3	7	4	81
2	2 13		6	4	47
(5 16	10	8	8	80
2	! 16	2	4	4	51
5	5 124	21	34	36	416
N	IE PA	RG	SR	TP	SICILIA
7	7	1	2	9	48
6		39	89	58	802
2		2	1	3	70
1		0	6	0	30
1		0	2	2	47
(0	0	0	2
2		1	0	3	33
13	3 284	43	100	75	1032
N		RG	SR	TP	SICILIA
1			2	3	22
8	3 11	1	4	2	37
1	8 14	1	6	5	59

137

Riepilogo per ASP

DATI PER **PROVINCIA DI RESIDENZA**

CESSI	AG	CL	СТ	EN	
	68	44	259	25	
per 100 pz in dialisi	15,7	19,3	27,7	16,7	
Classi di età	AG	CL	СТ	EN	
da 0 a 19 anni	0	0	1	0	
da 20 a 39 anni	2	4	2	0	
da 40 a 59 anni	3	3	22	2	
da 60 a 64 anni	2	3	16	3	
da 65 a 69 anni	8	3	24	3	
da 70 a 74 anni	11	3	31	4	
da 75 a 79 anni	16	8	45	4	
da 80 a 84 anni	13	15	65	5	
da 85 a 89 anni	8	5	41	4	
≥ 90 anni	5	0	12	0	
A D'ATTESA TRAPIANTO	AG	CL	СТ	EN	
PZ in LAT i in CTx Siciliani	47	18	89	13	
per 100 PZ in dialisi	11,1	7,9	9,7	8,8	
Classi di età	AG	CL	СТ	EN	
da 0 a 29 anni	1	1	4		
da 30 a 59 anni	34	15	70	13	
da 60 a 74 anni	12	2	12		
≥75 anni			3		
	AG	CL	СТ	EN	
Nuovi Iscritti LAT	20	4	41	10	
per 100 PZ incidenti	29,0	6,9	15,8	40,0	
PIANTI presso CTx Siciliani	AG	CL	СТ	EN	
da donatore deceduto	11	8	16	3	
da donatore vivente	4	1	6	2	
da don. deceduto pmp	24,2	29,4	14,7	17,4	
da don. vivente pmp	8,8	3,7	5,5	11,6	
PIANTI presso CTx extrareg.	AG	CL	СТ	EN	
da donatore deceduto	3	1	6	0	
da donatore vivente	0	0	2	0	
PIANTI combinati	AG	CL	СТ	EN	
rene doppio	2	1	0	0	
rene -pancreas	1	0	1	0	
rene puncteus	l l	U		•	



139

ME	PA	RG	SR	TP	EXTRAREG.	TOTALE
137	238	43	72	67	2	955
22,5	18,4	15,5	21,1	18,8		20,5
ME	PA	RG	SR	TP	EXTRAREG.	TOTALE
0	0	0	0	0	0	1
2	1	0	0	0	0	11
9	19	3	5	5	0	71
7	18	3	9	8	1	70
10	22	5	4	9	1	89
23	36	7	9	7	0	131
26	47	11	15	14	0	186
26	50	7	15	13	0	209
25	37	5	12	7	0	144
9	8	2	3	4	0	43
ME	PA	RG	SR	TP	EXTRAREG.	TOTALE
64	152	19	36	39	22	499
10,5	11,7	6,9	10,2	11,2		10,8
ME	PA	RG	SR	TP	EXTRAREG.	TOTALE
3	8		1	2	1	21
50	101	16	27	25	15	366
10	41	3	8	12	6	106
1	2				0	6
ME	PA	RG	SR	TP	SICILIA	
21	42	6	19	15	178	
13,9	14,1	13,6	17,9	18,8	16,3	
ME	PA	RG	SR	TP	EXTRAREG.	TOTALE
6	25	2	8	8	7	94
2	9	0	0	5	0	29
9,2	20,0	6,3	19,8	18,3		18,6
3,1	7,2	0,0	0,0	11,5		5,7
ME	PA	RG	SR	TP	EXTRAREG.	TOTALE
3	4	1	1	4	0	23
1	1	0	0	2	0	6
ME	PA	RG	SR	TP	EXTRAREG.	TOTALE
1	1	0	0	1	0	6
0	1	0	0	1	0	4
0	0	0	0	0	0	0





Ab anticorpo

glicoproteina prodotta dai linfociti B, in grado di legare l'antigene; la sua funzione è quella di difendere l'organismo da tutto ciò che è riconosciuto come "estraneo" ad esso.

Accesso vascolare

collegamento stabile e diretto tra il circolo venoso e arterioso del pz uremico che permette una connessione periodica e transitoria ad un rene artificiale per ottenere una depurazione ematica sostitutiva.

Account

credenziale di autenticazione dell'utente autorizzato ad accedere al software; consiste di un username e di una password rilasciati dall'amministratore del servizio ai sensi del DLGS 196/03.

Accreditamento istituzionale

riconoscimento istituzionale rilasciato dall'Assessorato della Salute alle strutture autorizzate, pubbliche o private, in subordine alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti (D.L. 12/1992, n. 502). In tal modo, viene acquisito lo "status" di soggetto idoneo ad erogare prestazioni sanitarie per conto del SSN, divenendo pertanto

potenziale erogatore. La verifica sul possesso e sulla permanenza dei requisiti per l'accreditamento è triennale.

Ace inibitori

classe di farmaci antipertensivi che inibiscono la produzione di angiotensina II, sostanza ad attività vasocostrittrice.

Acido folico

vitamina il cui deficit può causare anemia megaloblastica, malformazioni congenite, trombosi e alterazioni endoteliali.

Adeguatezza dialitica

concetto che comprende sia la quantizzazione della rimozione delle tossine uremiche dal sangue mediante l'utilizzo di alcune formule e dati di laboratorio, sia il grado di correzione dell'uremia.

Adsorbimento

processo fisico per cui un soluto lascia la soluzione per aderire ad una superficie solida.

AFB Acetate Free Biofiltration

emodiafiltrazione in cui manca totalmente il tampone nel bagno dialisi; il bicarbonato in soluzione sterile e in concentrazioni variabili, viene infuso,in post diluizione, in base alle esigenze metaboliche del pz.

Ag antigene

molecola che, entrata nell'organismo, provoca la produzione di anticorpi a cui è in grado di legarsi.



Aggregati

dati statistici che descrivono una caratteristica di un gruppo o di una popolazione.

AIDS Acquired Immune Deficiency Syndrome

sindrome dell'immunodeficienza acquisita, causata dal virus HIV che danneggia i leucociti; ciò rende il sistema immunitario progressivamente incapace di contrastare infezioni e tumori.

Alfa bloccanti

classe di farmaci che bloccano i recettori post sinaptici alfa periferici; si usano nella terapia dell'ipertensione arteriosa e dell'ipertrofia prostatica benigna.

Allopurinolo

farmaco che inibisce le fasi finali della sintesi dell'acido urico.

Anemia

nei pz in dialisi in assenza di cardiopatia severa, in corso di trattamento con ESA, si ritiene insoddisfacente un valore di Hb inferiore a 11-11,5 g/dl; in presenza di cardiopatia severa si ritiene insoddisfacente un valore di Hb inferiore a 10-10,5 g/dl (linee guida SIN 2007).

Aneurisma

progressiva dilatazione della parete arteriosa dovuta ad una debolezza congenita o acquisita della componente elastica di essa.

Antiaggreganti piastrinici

classe di farmaci che ostacolano l'aggregazione delle piastrine e quindi la formazione del trombo.

Antiaritmici

classe di farmaci usati nella terapia delle turbe della formazione e conduzione dello stimolo elettrico nel cuore.

A.O. Azienda Ospedaliera di riferimento regionale

organo del SSR che assicura le attività sanitarie di alta specializzazione, di riferimento nazionale e regionale, con dotazioni di tecnologie diagnostiche-terapeutiche avanzate ed innovative e svolge altresì i compiti specificamente attribuiti dagli atti della programmazione regionale; costituisce inoltre, riferimento per le attività specialistiche delle Aziende sanitarie provinciali, nell'ambito del relativo bacino di competenza, secondo le indicazioni degli atti della programmazione sanitaria. Le A.O. sono autonome dal punto di vista giuridico ed economico-finanziario, ma è prevista la possibilità di integrazione tra A.O. ed Università, sulla base di specifici protocolli d'intesa (Legge n.5/2009). In atto le A.O. sono 3.

A.O.U.P. Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico

ente di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento dei compiti istituzionali di didattica e di ricerca dell'Università e ne garantisce la reciproca integrazione; ha personalità giuridica

pubblica ed è dotata di autonomia imprenditoriale, organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. In Sicilia sono 3.

APD Automatizzed Peritoneal Dialysis

gruppo di trattamenti dialitici peritoneali che hanno in comune l'utilizzo di un'apparecchiatura che misura, riscalda, infonde e drena la soluzione dialitica peritoneale in tempi stabiliti; tali trattamenti si svolgono di notte sebbene alcune modalità di APD prevedano una o due lunghe soste diurne (CCPD).

A.R.N.A.S. Azienda di Riferimento Nazionale di Alta Specializzazione

azienda ospedaliera che comprende uno o più Presidi Ospedalieri che abbiano i requisiti e svolgano le attività di alta specialità che il Consiglio dei Ministri (su proposta del Ministro della Sanità. sentito il Consiglio Superiore di Sanità e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Provincie autonome), provvede ad aggiornare periodicamente, sulla base dell'evoluzione scientifica e tecnologica (L.N.502/1992); sono autonome dal punto di vista giuridico ed economico-finanziario; in atto sono 2.

ASP Azienda Sanitaria Provinciale organo del Sistema Sanitario Regionale istituito con L.R.05/09, che si articola nei Distretti Ospedalieri e nei Distretti Sanitari. Le 9 ASP siciliane sono autonome dal punto di vista giuridico ed economico-finanziario, assumono tutti gli oneri relativi alle prestazioni sanitarie, erogano tutta l'assistenza pubblica, ospedaliera e territoriale; destinano le proprie risorse all' integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari anche mediante il necessario trasferimento dell'offerta sanitaria dall'ospedale al territorio.

Audit

metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità dei servizi sanitari, applicata dai professionisti attraverso il confronto sistematico con criteri espliciti dell'assistenza prestata, per identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di best practice, attuare le opportunità di cambiamento individuato ed il monitoraggio dell'impatto delle misure correttive introdotte.

Autorizzazione

viene rilasciata dal Direttore Generale dell'ASP previa acquisizione da parte del Comune della verifica di compatibilità del progetto da parte dell'ufficio speciale dell'Assessorato della Salute (art. 4 del D.L. n. 398 del 5/10/1993, convertito con modificazioni della legge n. 493 del 4/12/1993 e successive modificazioni).



Azatioprina

farmaco immunosoppressore che, attraverso il blocco della sintesi delle purine, inibisce la proliferazione e la funzione dei linfociti T e B.

Azotemia esame di laboratorio che indica la concentrazione ematica dell'urea che si forma nel fegato per metabolizzare l'ammoniaca(prodotto finale del catabolismo proteico), ed è escreta dal rene.



Benchmark

parametro di riferimento usato per confrontare le performance di un'organizzazione con quelle di organizzazioni analoghe ritenute leader del settore, al fine di identificare la prassi operativa migliore e di stabilire obiettivi di performance realistici, utili a colmare il dislivello di qualità nei confronti dell'organizzazione leader.

Beta bloccanti

classe di farmaci che agiscono sulla componente simpatica del sistema nervoso autonomo; agendo come antagonisti recettoriali, inibiscono la trasmissione nervosa adrenergica. Sono usati come antipertensivi, antiaritmici e nella terapia dello scompenso cardiaco.

Beta 2 microglobulina

polipeptide di medie dimensioni, costituente degli ag HLA, presente sui linfociti e sui macrofagi; è filtrata dal glomerulo, riassorbita e degradata dal tubulo contorto prossimale. Nei pz in dialisi aumenta per ridotta eliminazione e aumentata produzione dovuta al contatto con le membrane dializzanti; depositandosi nei vari apparati provoca l'amiloidosi.

Biocompatibilità del trattamento dialitico

somma delle interazioni tra il sangue e i bio-materiali utilizzati (filtro, linee, sacche e liquido di dialisi) che inducono una risposta infiammatoria di difesa; se tale risposta è lieve e ben tollerata il materiale utilizzato è definito biocompatibile.

Biopsia

procedimento diagnostico che consiste nel prelievo di un campione di tessuto in "vivo" che, dopo un'adeguata preparazione, è esaminato al microscopio ottico/ elettronico.

BMI Body Mass Index

Indice di Massa Corporea coefficiente che misura la massa corporea mettendo in rapporto peso e altezza con un semplice modello matematico.

Buffer tampone soluzione acquosa la cui composizione chimica consente di mantenere stabile il pH, nonostante l'aggiunta di basi o acidi.

BUN Blood Urea Nitrogen

azoto ematico legato all'urea;

la conversione del BUN in urea si ottiene moltiplicandolo per il fattore 2,146.



Ca calcio.

Cachessia

stato di grave deperimento organico, conseguente ad insufficiente alimentazione e/o a malattie croniche, con coinvolgimento della massa magra

CAD Centro di dialidi Decentrato ad Asssistenza Continuativa

centro funzionalmente collegato all'U.O.C. di Nefrologia di riferimento, caratterizzato dalla presenza del medico nefrologo per tutta la durata dei trattamenti.

CAL Centro di dialisi ad Assistenza Limitata

centro funzionalmente collegato all' U.O.C. di Nefrologia di riferimento, caratterizzato dalla presenza programmata non continuativa di un medico nefrologo; la continuità assistenziale è fornita dal personale infermieristico.

Calcio acetato/carbonato

farmaci capaci di legare il fosfato contenuto nei cibi.

Calcioantagonisti

classe di farmaci che interferiscono con il flusso di ioni calcio verso l'interno delle cellule attraverso i canali lenti della membrana plasmatica. Agiscono sulle cellule miocardiche, sulle cellule specializzate del sistema di conduzione del cuore (antiaritmico) e sulle cellule della muscolatura liscia vascolare (antipertensivo, antianginoso).

CAPD Continous Ambulatory Peritoneal Dialysis

dialisi peritoneale manuale continua con permanenza di liquidi di dialisi in addome 24 h al giorno; il liquido è cambiato, sfruttando la forza di gravità, 1-5 volte al giorno (scambi).

Carbonato di lantanio

farmaco capace di legare il fosfato contenuto nei cibi.

Carbone attivo

materiale adsorbente contenuto nei filtri utilizzati nel trattamento delle intossicazioni da farmaci o da altre sostanze esogene.

Catetere peritoneale

piccolo tubo di plastica biocompatibile, provvisto di fori, che viene inserito in addome in anestesia generale o locale, qualche settimana prima di iniziare il trattamento dialitico. Con una piccola incisione cutanea, una parte del catetere è introdotta nel peritoneo, una parte lunga è posizionata sotto la cute e infine l'ultima parte è fatta uscire all'esterno. Viene utilizzato per consentire il flusso del liquido di dialisi in entrata e in uscita dalla cavità peritoneale ad intervalli regolari (scambi).



CCPD Continous Cycling Peritoneal Dialysis

dialisi peritoneale automatizzata continua che prevede oltre agli scambi notturni, a mezzo di un'apparecchiatura automatica (cycler), uno (CCPD1) o due (CCPD2) scambi diurni.

Cellulose acetate / diacetate / triacetate

membrana di cellulosa acetilata in cui una percentuale progressivamente maggiore di gruppi idrossilici è sostituita da acido acetico.

Censimento

rilevazione diretta, individuale, trasversale (riferita ad un preciso istante), con periodicità definita, svolta al fine di accertare la consistenza numerica, le caratteristiche strutturali e la distribuzione territoriale, previste dal piano di rilevazione.

Centro trapianti di rene

struttura sanitaria autorizzata dal Ministero della Salute e dall'Assessorato della Salute ad effettuare interventi di trapianto di rene da donatore cadavere e/o da vivente. In Sicilia i 3 Centri trapianto eseguono sia i trapianti da donatore cadavere, sia i trapianti da donatore vivente.

Ciclofosfamide

farmaco antineoplastico ed immunosoppressore che interferisce con la duplicazione del DNA cellulare.

Ciclosporina A

farmaco immunosoppressore che, legandosi alla ciclofillina A, inibisce l'attività fosfatasica della calcineurina e quindi la proliferazione dei linfociti T.

Cinacalcet

farmaco "calciomimetico" che aumenta la sensibilità dei recettori calcio-sensibili delle paratiroidi nei confronti del calcio extracellulare e riduce la secrezione dell'ormone paratiroideo. Si usa nella terapia dell'iperparatiroidismo secondario.

Cinetica dell'urea

descrizione della dinamica del metabolismo dell'urea per mezzo di formule matematiche che permettono di valutarne la velocità di produzione e di eliminazione; applicando tale modello al pz in dialisi, si può prevedere il comportamento dell'urea tra una dialisi e l'altra

Clearance

volume di plasma depurato da una sostanza-marker nell'unità di tempo; è espressione della velocità di filtrazione glomerulare e quindi della funzionalità renale.

CNT Centro Nazionale Trapianti. Codice identificativo

è costituito da due sequenze numeriche di sedici caratteri generate automaticamente dal software.

Comorbidità

concomitante presenza di due o più

malattie nello stesso individuo.

Compliance

aderenza del pz alle raccomandazioni cliniche del medico.

Consenso informato

manifestazione di volontà che il pz, previamente informato in maniera esauriente dal medico sulla natura e i possibili sviluppi del percorso terapeutico, esprime per iscritto per l'effettuazione di interventi di natura invasiva sul proprio corpo.

Convezione

meccanismo di trasporto contemporaneo di soluti e solvente attraverso una membrana semipermeabile, in funzione di un gradiente di pressione transmembrana.

Coronarodilatatori

classe di farmaci che dilatano le arterie coronariche che portano il sangue al cuore.

Coronary artery disease

gruppo di malattie cardiache dovute al progressivo restringimento aterosclerotico delle arterie coronariche, con ridotto apporto di sangue al cuore e conseguente alterazione del suo funzionamento.

Cortisonici

classe di farmaci antinfiammatori e, ad alte dosi, immunosoppressori.

CPFA Continous Plasmafiltration Adsorption

sistema integrato di emofiltrazione continua che utilizza un emofiltro, un plasmafiltro e una cartuccia sorbente contenente una resina stirenica che adsorbe i mediatori dell'infiammazione, posta tra l'emofiltro e il plasmafiltro; il suo uso è indicato per ripristinare la stabilità emodinamica del pz settico.

Creatinina

sostanza endogena, metabolita del tessuto muscolare che viene escreta dal rene; è prodotta in modo costante, influenzata solo dalla massa muscolare totale e dalla funzione renale.

CRT Centro Regionale per i Trapianti della Regione Sicilia

organo tecnico dell'Assessorato della Salute che svolge i compiti previsti dalla L.N. n.91 del 1/4/1999.

Cuprammonium Rayion

membrana cellulosica derivata dal cuprophan.

Cuprophan

membrana di cellulosa rigenerata,in cui i gruppi idrossilici sono sostituiti con complessi aminici contenenti rame.

CVC Catetere Venoso Centrale

cannula di materiale biocompatibile che posizionata nella v. femorale, nella v.giugulare interna o nella v.succlavia consente di eseguire l'emodialisi in assenza di accessi vascolari interni; può essere temporaneo o definitivo, a lume singolo o doppio, tunnellizzato nel sottocute o no.

CVVHDF Continous Veno-Venous Hemodiafiltration

metodica di depurazione continua.



convettiva/diffusiva che utilizza un emofiltro con membrana ad alta permeabilità dove il dialisato fluisce in controcorrente; l'ultrafiltrato prodotto è sostituito con liquido di reinfusione prima o dopo l'emofiltro.

CVVHF Continous Veno-Venous Hemofiltration

metodica di depurazione continua esclusivamente convettiva; l'ultrafiltrato prodotto è sostituito mediante reinfusione prima o dopo l'emofiltro.



D.A. *Decreto Assessoriale*. Decessi ogni 100 pz in dialisi

(numero totale dei decessi del periodo di osservazione)/(media della popolazione dialitica all'inizio e alla fine del periodo di osservazione) per 100 pz in dialisi

Demenza

gruppo di malattie di varia eziologia, caratterizzate da deficit della memoria, disturbi della percezione, del contenuto del pensiero, del tono dell'umore, del comportamento e della motilità extrapiramidale.

Desferrioxamina

farmaco capace di legare il ferro, il cui uso è indicato nella terapia dell'accumulo cronico di esso nei tessuti e nel sangue (emocromatosi).

DevSTD deviazione standard

indice statistico che consente di misurare la dispersione delle singole osservazioni intorno alla media aritmetica.

Diabete

malattia cronica ad eziologia multipla, caratterizzata da iperglicemia cronica con alterazione del metabolismo dei carboidrati, dei lipidi e delle proteine; può dipendere da una ridotta produzione d'insulina o dalla ridotta utilizzazione di essa.

Dialisi peritoneale incrementale

aggiustamento graduale della dose dialitica che prevede un progressivo aumento del numero degli scambi di pari passo con il ridursi della funzione renale residua, in modo che la somma della dose dialitica e della funzione renale residua sia costante ed uguale ad un dato valore (KT/V target).

Dicumarolico

anticoagulante orale che modifica nel fegato i fattori della coagulazione vitamina K dipendenti.

Dieta ipoproteica

dieta con un apporto calorico pari a 30-35 Kcal/Kg di peso corporeo ideale/die con un introito di proteine pari a 0,6 g/kg/die.

Diffusione

trasporto di soluti attraverso una membrana semipermeabile, generato da un gradiente di concentrazione del soluto; le molecole si spostano dal compartimento a più alta concentrazione verso quello a più bassa concentrazione.

Digitale

farmaco che agisce a livello cellulare, aumentando la forza di contrazione del cuore insufficiente, riducendo la produzione di norepinefrina, aldosterone e renina e aumentando il tono vagale dando, a dosi tossiche, blocco atrio-ventricolare. Il suo uso è indicato nello scompenso cardiaco, nelle aritmie e in casi selezionati con cardiopatia ischemica.

Disaggregati

dati statistici riferibili al singolo individuo.

Diuresi residua

volume urinario che persiste dopo l'inizio del trattamento dialitico cronico sostitutivo.

Diuretici

classe di farmaci che, agendo a vari livelli del nefrone, inducono l'aumentata eliminazione di elettroliti e acqua.

D.O. Distretto Ospedaliero

articolazione territoriale dell'ASP dotata di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria nonché di adeguate risorse; risulta dall'accorpamento di uno o più presidi ospedalieri e/o ex aziende ospedaliere appartenenti alle AUSL soppresse. In Sicilia sono 20.

Donatore

soggetto dal quale vengono

prelevati organi e/o tessuti da trapiantare in un pz ricevente. Il prelievo può avvenire solo in seguito a morte encefalica accertata, rispettando la volontà espressa in vita dal donatore; in caso di donatore vivente il trapianto può essere definito pre-emptive quando venga eseguito prima dell'inizio del trattamento dialitico sostitutivo.

DP Dialisi Peritoneale

metodica depurativa domiciliare, intracorporea che prevede l'introduzione della soluzione di dialisi nella cavità peritoneale, posta in comunicazione con l'esterno per mezzo di un catetere; in questo modo la soluzione di dialisi entra in contatto con il sangue attraverso la membrana peritoneale che viene utilizzata come un filtro. Il liquido di dialisi viene sostituito periodicamente (scambio) con una soluzione nuova o manualmente o utilizzando di notte una semplice apparecchiatura opportunamente programmata.

D.S. Distretto Sanitario

articolazione territoriale dell'ASP che fa capo all'area territoriale ed ha lo stesso grado di autonomia del distretto ospedaliero. Ha il compito di erogare le prestazioni in materia di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed educazione sanitaria anche attraverso i PTA (Presidio Territoriale di Assistenza).



I D.S. in atto sono 55 (D.P. 22/09/2009)



EC

dialisi Extra Corporea.

EDTA European Dialysis and Transplantation Association

associazione europea che ha lo scopo di diffondere i progressi in campo nefrologico, dialitico e trapiantologico.

EKR Equivalent Renal urea Clearance

Clearance Equivalente dell'Urea è espressione della clearance ureica media totale e come tale misura l'efficienza dialitica in un dato intervallo di tempo a prescindere dal tipo di trattamento.

EKRc

EKR corretta per V.

Emiplegia

paralisi di metà del corpo, dovuta alla perdita della funzione delle cellule nervose dell'emisfero cerebrale controlaterale al lato emiplegico.

Emoperfusione

processo in cui il sangue viene posto a diretto contatto con una colonna costituita da carbone attivato o resine a scambio ionico/ non ionico, in grado di adsorbire e trattenere composti ad azione tossica di origine endogena od esogena.

Epatopatia

malattia del fegato di qualsiasi eziologia.

Eritropoietina (EPO)

ormone prodotto dal rene, che stimola la produzione dei globuli rossi da parte del midollo osseo; la ridotta funzione renale ne determina la progressiva ridotta produzione con conseguente anemia.

EPO ricombinante

fattori di crescita emopoietico umano per l'eritropoiesi, ottenuti con modalità ricombinante, usati per correggere l'anemia dei pz con IRC.

ESA Erythropoiesis Stimulating Agent

classe di farmaci che stimolano la produzione di globuli rossi da parte del midollo osseo.

Espianto

rimozione chirurgica di un organo trapiantato.

Etilen Vinil Alcool (EVAL)

membrana sintetica idrofila a basso flusso.

Excebrane

membrana cellulosica modificata(cuprammonio-rayon) rivestita da un copolimero acrilico, da alcool oleico e vitamina F.



Farmaco biosimilare

farmaco ottenuto da un farmaco

biotecnologico secondo fasi di preparazione che possono presentare un certo grado di variabilità rispetto a quelle del farmaco originale; ciò può comportare una diversa attività terapeutica e/o tossicità.

FAV Fistola Artero-Venosa

collegamento sottocutaneo stabile, diretto o indiretto (con interposizione di un segmento vascolare) tra il circolo arterioso e quello venoso confezionato chirurgicamente al fine di ottenere un segmento vascolare superficiale ad alta portata ematica, idoneo all'infissione di agocannule.

Filtro

dispositivo monouso, che contiene la membrana porosa, semipermeabile attraverso cui avviene la depurazione del sangue; al suo interno scorrono in direzione opposta e separati dalla membrana, il sangue e il liquido di dialisi. Un filtro per dialisi si caratterizza in base al tipo di membrana, struttura, performance, biocompatibilità e tipo di sterilizzazione.

Follow up

periodo di osservazione clinica durante il quale il pz è sottoposto ad esami e controlli periodici per valutare l'efficacia e gli effetti collaterali della terapia a medio e a lungo termine.

Fungina

infezione sostenuta da funghi.

G

G

produzione netta di urea, legata al catabolismo proteico; nei pz in dialisi cresce in modo quasi lineare nel periodo interdialitico.

Gambrane

membrana sintetica a basso flusso in policarbonato.

Germano

fratello/sorella figli degli stessi genitori.

Н

Нb

emoglobina.

HBcAb

anticorpo anti core del virus dell'epatite B.

HBeAb

anticorpo anti ag e del virus dell'epatite B.

HBeAg

antigene e del virus dell'epatite B.

HBsAb

anticorpo anti antigene di superficie dell'epatite B.

HBsAg

antigene di superficie dell'epatite B.

HCO₃

formula chimica il cui valore numerico esprime la concentrazione dei bicarbonati nel sangue; essi sono presenti in alta concentrazione nel liquido extracellulare del quale costituiscono il sistema



tampone più importante.

HCV Ab

anticorpi anti virus dell'epatite C. **HD** *emodialisi*

procedura terapeutica che prevede il passaggio del sangue del pz, prelevato per mezzo di un accesso vascolare e veicolato da un circuito extracorporeo, all'interno di un filtro la cui membrana semipermeabile rimuove i soluti per diffusione selettiva e, in misura minore, per convezione. Lo scambio di soluti, la rimozione dei liquidi corporei in eccesso e il ripristino dell'equilibrio acido-base e degli elettroliti è facilitato dal fatto che il sangue ed il liquido di dialisi di composizione opportuna scorrono in controcorrente; il sangue all'uscita del filtro viene restituito al pz. Per sottoporsi all'HD, occorre recarsi presso un Centro ospedaliero, presso un Centro privato accreditato o in alternativa può essere eseguita al proprio domicilio.

HD standard

tecnica dialitica prevalentemente diffusiva con tampone acetato o bicarbonato nel bagno di dialisi, che si avvale dell'uso di membrane cellulosiche naturali o derivati (cellulose modificate, hemophan, diacetati, triacetati, ecc)

HD acetato

tecnica emodialitica che prevede l'uso di acetato di sodio nel bagno dialisi che viene metabolizzato a bicarbonato nel fegato del pz al fine di correggere l'acidosi metabolica.

HD bicarbonato con membrane biocompatibili

tecnica emodialitica prevalentemente diffusiva, con membrane sintetiche a bassa permeabilità e molto biocompatibili (PAN o AN69S, poliammide, polisulfone e tutti i derivati, PMMA, EVAL); è previsto l'uso di bicarbonato di sodio nel bagno di dialisi al fine di correggere l'acidosi metabolica.

HD sequenziale

tecnica emodialitica che prevede la successione di ultrafiltrazione isolata ed emodialisi.

HDF emodiafiltrazione

metodica dialitica mista convettiva/ diffusiva che prevede l'utilizzo di membrane ad elevata permeabilità. È prevista la reinfusione di grandi quantità di liquido contenuto in sacche preparate dalle case farmaceutiche, prima o dopo il filtro.

HDF on line

v.HDF; emodiafiltrazione in cui la reinfusione pre o post filtro, avviene non attraverso sacche, ma utilizzando l'acqua di rete opportunamente trattata, resa sterile ed apirogena grazie al passaggio sia attraverso il sistema di trattamento delle acque, sia attraverso due ultrafiltri posti sul retro della macchina per dialisi; il liquido ottenuto deve rispettare i parametri raccomandati dalle

Linee guida Italiane ed Europee per quanto riguarda la contaminazione batterica e la concentrazione di endotossine. Permette flussi di reinfusione maggiori rispetto all'HDF, con aumento del trasporto convettivo.

Helixone

membrana sintetica in polisulfone strutturalmente modificato.

Hemophan

membrana di cellulosa sinteticamente modificata, in cui una parte dei gruppi idrofilici è sostituita da gruppi DEAE idrofobici.

HF emofiltrazione

terapia emodialitica sostitutiva solo convettiva che utilizza un emofiltro attraverso il quale il 30-50% del plasma viene sottoposto ad ultrafiltrazione; il notevole volume di ultrafiltrato prodotto è sostituito con un'uguale quantità di liquido simile al liquido di dialisi, somministrato attraverso la linea arteriosa (prediluizione) o quella venosa (postdiluizione), da apposite sacche preparate dalle ditte farmaceutiche.

HF on line

v. HF; differisce dall'emofiltrazione per la modalità di preparazione del liquido di reinfusione che avviene non attraverso sacche, ma utilizzando l'acqua di rete opportunamente trattata e resa sterile ed apirogena grazie al passaggio sia attraverso il sistema di trattamento delle acque, sia attraverso due ultrafiltri posti sul retro della macchina per dialisi; il liquido ottenuto deve rispettare i parametri raccomandati dalle Linee guida Italiane ed Europee per quanto riguarda la contaminazione batterica e la concentrazione di endotossine. Permette flussi di reinfusione maggiori rispetto all'HF, con aumento del trasporto convettivo.

HFR emodiafiltrazione con reinfusione di ultrafiltrato endoaeno

metodica dialitica mista convettiva/ diffusiva che si avvale di un filtro a doppia camera e di una cartuccia contenente carbone o resina con funzione adsorbente, posta tra le due camere del filtro: in tal modo vengono rimossi per adsorbimento i soluti tossici dell'ultrafiltrato prodotto nella prima camera prima della reinfusione nella seconda camera. È possibile controllare l'entità dell'ultrafiltrazione e mantenere l'equilibrio osmotico in modo istantaneo, attraverso un sistema di biofeedback che si avvale di biosensori posti dopo la cartuccia in grado di rilevare la natriemia il cui valore viene costantemente utilizzato per personalizzare il profilo dell'ultrafiltrazione.

High flux alto flusso

caratteristica di una membrana biocompatibile che fa riferimento alla capacità di essa di consentire il



passaggio delle molecole di medio peso molecolare come la 2 microglobulina.

HIV

virus dell'immunodeficienza umana, responsabile dell'AIDS. Home page prima pagina di un sito in cui sono contenuti i collegamenti con le altre pagine dello stesso sito.

HSP 12/11, STS 11

modelli di rilevazione delle attività gestionali delle strutture sanitarie.

1

IC Intra Corporea.

Ictus

danno cerebrale acuto provocato o dalla rottura di un vaso (ictus emorragico) o da un'improvvisa interruzione del flusso sanguigno arterioso dovuto ad un trombo o ad un embolo (ictus ischemico).

Idrossido di alluminio

farmaco capace di legare il fosfato contenuto nei cibi.

Immunosoppressori

classe di farmaci usati nella profilassi e nel trattamento del rigetto acuto e cronico dell'organo trapiantato o di altro tipo di patologie; comprendono quattro sottoclassi di farmaci (glucocorticoidi, inibitori della calcineurina, agenti antiproliferativi/antimetabolici, biologici); devono essere somministrati per tutta la vita dell'organo trapiantato.

Incidenza

numero di nuovi pazienti residenti registrati in un certo periodo di osservazione/totale della popolazione residente a rischio all'inizio dell'osservazione per 1.000.000.

Inibitori dei recettori H2

classe di farmaci che riducono la secrezione acida gastrica.

Inizio del trattamento dialitico cronico

data del primo trattamento dialitico di un pz in trattamento dialitico cronico.

IPD Intermittent Peritoneal Dialysis

dialisi peritoneale automatizzata intermittente che prevede l'esecuzione di 3-4 sedute settimanali della durata di 10-12 ore.

Ipoglicemizzanti orali

classe di farmaci usati nella cura del diabete mellito, che aumentano la secrezione e la funzione dell'insulina, riducono la secrezione di glucagone, l'assorbimento del glucosio e la sua produzione epatica.

IRA Insufficienza Renale Acuta

sindrome caratterizzata da una riduzione acuta (ore o giorni) del filtrato glomerulare, con ritenzione dei prodotti terminali del catabolismo proteico, tra cui l'urea e la creatinina, ed alterazioni dell'equilibrio idro-elettrolitico e acido base; la presenza di oliguria (diuresi <500 ml/die) o di anuria (diuresi <100ml/die) non è obbligatoria.

IRC Insufficienza Renale Cronica

riduzione del VFG al di sotto di 60 ml/m/1,73 m2 per più di tre mesi (stadi 3-4-5 linee guida DOQI).

IRCT Insufficienza Renale Cronica Terminale

identifica il V stadio dell'IRC secondo le linee guida DOQI, che comprende sia i pz il cui VFG è pari o inferiore a 15 ml/m, sia coloro che hanno iniziato il trattamento dialitico cronico sostitutivo.

ISMETT Istituto Mediterraneo per i Trapianti e Terapie ad alta specializzazione.



Kcal

chilocalorie.

Kd clearance dialitica dell'urea. Kr clearance renale residua

misura la funzione renale residua, ritenuta significativa se Kr è uguale o superiore a 3 ml/m.

Krc

v.Kr corretta per V.

KTFR

KT/V renale.

KTFR (%)

v.KTFR rapportato al KT/V target.

KT/V

formula matematica in cui K è la clearance del filtro, T la durata del trattamento, V è il volume di distribuzione dell'urea (pari al 55-60% del peso corporeo); valuta l'efficienza del trattamento

dialitico misurando quanti litri di sangue vengono depurati nel corso dell'intera seduta emodialitica, tenendo conto del volume dell'acqua corporea (V). In dialisi peritoneale K è la clearance della membrana peritoneale, calcolata moltiplicando l'urea del dialisato per il volume del dialisato diviso l'urea plasmatica moltiplicata per 1440; la K totale è la somma della K renale + K peritoneale.

KT/V settimanale

formula matematica usata in dialisi peritoneale, che valuta la depurazione ematica dell'urea o della creatinina nell'arco di una settimana: K renale + K peritoneale / peso corporeo x 7.



LAT Lista Attesa Trapianto unica regionale

elenco dei nominativi dei pz iscritti nelle liste d'attesa dei Centri di trapianto di rene della Sicilia. Il pz è in "lista attiva" dal momento in cui sono disponibili presso il CRT la tipizzazione HLA-A, B, DR, la determinazione degli anticorpi antilinfocitari (PRA) su un siero non antecedente a sei mesi e l'idoneità clinica al trapianto.

Late referral

pz che giunge all'osservazione del nefrologo con una clearance minore di 15 ml/m (V stadio) meno



di 3 mesi prima dell'inizio del trattamento dialitico sostitutivo.

Lattato

tampone presente nel liquido utilizzato per l'esecuzione della DP, che viene metabolizzato nel fegato a bicarbonato.

LDL aferesi Low Density Lipoprotein apheresis (Lipidoaferesi o Lipoaferesi)

plasmaferesi selettiva che consente la rimozione extracorporea delle lipoproteine plasmatiche. Il suo uso è indicato nei pz affetti da ipercolesterolemie familiari e primitive non controllabili con il solo trattamento dietetico e plurifarmacologico o con gravi problemi cardiovascolari.

Leucemia

neoplasia primitiva del midollo osseo.

Linee guida

raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti, con lo scopo di aiutare i medici e i pz a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche.

Linfoma

gruppo eterogeneo di neoplasie che prendono origine dai linfonodi, con caratteristiche e storie cliniche differenti.

L.N. *Legge Nazionale*. Low flux

caratteristica di una membrana

biocompatibile che fa riferimento alla capacità di essa di impedire il passaggio delle molecole di medio peso molecolare come la 2 microglobulina

L.R. Legge Regionale.



Malattia polmonare cronica

sindrome clinica caratterizzata da una progressiva e persistente incapacità del polmone a mantenere normali le pressioni di ossigeno ed anidride carbonica nel sangue arterioso, anche al di fuori delle fasi di riacutizzazione della malattia. Può essere dovuta a patologie respiratorie ostruttive o restrittive.

Malattia renale cronica

sindrome clinica caratterizzata da un VFG minore di 60 ml/m x 1,73 m² di superficie corporea e/o evidenza di danno renale (albuminuria o proteinuria) e/o evidenza di alterazioni biochimiche, istopatologiche o anatomiche (di imaging o bioptiche), per più di 3 mesi; è classificata in 5 stadi secondo le linee guida DOQI.

Malattie del tessuto connettivo

gruppo di malattie caratterizzate dall'infiammazione autoimmune cronica del tessuto connettivo.

Membrana semipermeabile

membrana artificiale o peritoneale che permette il passaggio di liquidi

e di soluti fino ad un certo peso molecolare ed è impermeabile a molecole di dimensioni maggiori.

Micofenolato

farmaco immunosoppressore che inibisce la proliferazione delle cellule T e B, attraverso l'inibizione della sintesi della quanina.

Mid diluition

metodica convettiva-diffusiva che, grazie ad uno speciale emofiltro, consente di combinare all'interno del filtro stesso sia la prediluizione che la post diluizione senza circuiti aggiuntivi esterni.

Mortalità per 100 pz in dialisi

numero totale dei pz deceduti nel 1° semestre per 2 / media della popolazione dialitica all'inizio e alla fine del periodo considerato per 100 pz in dialisi.

Mq metro quadro.



Ν

azoto.

NAS *Non altrimenti specificata*. Nefrone

unità funzionale del rene.

NIPD Nocturnal Intermittent Peritoneal Dialysis

dialisi peritoneale automatizzata intermittente senza sosta diurna; è la metodica automatizzata meno continua.

NIPD1 v. NIPD

dialisi peritoneale automatizzata

intermittente con 1 sosta diurna.

NPD Nocturnal Peritoneal Dialysis

dialisi peritoneale automatizzata
esclusivamente notturna.



On-line

connessione ad una rete informatica con la possibilità di fruire dei dati in essa disponibili.



Paracalcitolo

farmaco analogo della vitamina D, che agisce in maniera selettiva sul recettore della vitamina D presente nelle cellule paratiroidee, riducendo la produzione dell'ormone; è usato nella terapia dell'iperparatiroidismo secondario.

Password

parola-chiave riservata, conosciuta solo dall'utente autorizzato ad accedere al servizio; è assegnata dall'amministratore del servizio e cambiata obbligatoriamente dall'utente al primo utilizzo e tutte le volte che lo ritiene necessario.

Patologia valvolare

gruppo di malattie di varia eziologia, che danneggiano le valvole del cuore, determinando l'insufficienza o la stenosi di esse.

PCR Protein Catabolic Rate

formula matematica dedotta dal modello matematico della cinetica



dell'urea, che consente di valutare la quantità di proteine ingerite e catabolizzate, nel pz in equilibrio metabolico con un kt/v adeguato; è correlato al kt/v ed è utilizzato nella prescrizione della dose dialitica (V. formule della cinetica dell'urea).

nPCR

PCR normalizzato per V indica la quantità di proteine catabolizzate giornalmente per Kg di peso corporeo magro.

Peritonite

processo infiammatorio del peritoneo, causato da batteri, funghi, virus, ecc.... Per porre diagnosi di peritonite nei pz in DP, devono essere presenti 2 dei seguenti 3 criteri: sintomi di flogosi addominale (dolore addominale, febbre, vomito e diarrea), dialisato torbido con > 100 globuli bianchi/mm3 (>50% polimorfonucleati), coltura del dialisato positiva.

Peritonite ricorrente

infezione del peritoneo che si verifica entro 4 settimane dalla fine della terapia di una peritonite, il cui microrganismo responsabile è diverso da quello dell'episodio precedente.

Peritonite recidivante

infezione del peritoneo che si verifica entro 4 settimane dalla fine della terapia di una peritonite, sostenuta dallo stesso microrganismo dell'episodio precedente o con liquido di dialisi sterile.

Peritonite ripetuta

infezione del peritoneo che si verifica dopo 4 settimane dalla fine della terapia di un precedente episodio di peritonite di cui è responsabile lo stesso microrganismo.

Peritonite refrattaria

infezione del peritoneo con liquido di dialisi infetto anche dopo 5 giorni di terapia antibiotica mirata.

Peritonite catetere-correlata

infezione del peritoneo sostenuta dallo stesso microrganismo che infetta l'exit-site e/o il tunnel cutaneo.

PFD Paired Filtration Dialysis

metodica dialitica mista convettiva-diffusiva, derivata dall'emodiafiltrazione on-line, in cui la convezione e la diffusione avvengono in due camere separate all'interno dello stesso filtro; può essere eseguita anche on line.

Plasmaferesi

processo di sostituzione parziale o totale del plasma del pz e rimozione di alcune molecole in esso disciolte, seguito dalla successiva infusione di una soluzione (plasma fresco congelato, soluzione elettrolitica, fattori della coagulazione) per reintegrare il volume sottratto; può avvenire per centrifugazione o per mezzo di plasmafiltri con particolari caratteristiche. Se ne distinguono tre tipi: non selettiva, semi-selettiva e altamente selettiva.

PNA Protein Nitrogen Appearance

(g/die) indice della perdita di azoto proteico; si calcola sommando l'escrezione urinaria di N ureico + l'escrezione urinaria dell'N non ureico pari a 31 mg/kg/die. Dato che 1 gr di N ureico deriva da 6,25 gr di proteine, si può calcolare l'introito proteico che sarà pari a 6,25 x PNA.

nPNA

PNA normalizzato per V.

P.O. Presidio Ospedaliero

struttura sanitaria che eroga prestazioni e/o attività sanitarie,che ricade sotto la giurisdizione del Distretto Ospedaliero.

Polvamix

membrana sintetica costituita da polyarileteresulfone, polyvinilpirrolidone, polyamide.

Polyaryleteresulfone membrana sintetica.

Polyetilenglicole

polimero che può essere utilizzato per rivestire la membrana di cellulosa modificata.

Polypropilene

membrana sintetica.

Polyacrylonitrile (PAN)

membrana sintetica.

Polvamide

membrana sintetica.

Polyethylene Polyvinil Alcohol (EVAL)

membrana sintetica.

Polymethylmetacrilato (PMMA)

membrana sintetica.

Polynephron

membrana sintetica.

Polyphenylene

membrana sintetica.

Polysulfone

membrana sintetica.

PRA Panel Reactive Antibody

reattività anticorpale contro il pannello rappresentativo della popolazione di donatori.

Prevalenza puntuale

numero di persone ammalate in un certo istante / popolazione totale presente nello stesso istante per 1.000.000.

Protesi vascolare

collegamento confezionato chirurgicamente stabile e indiretto, tra il circolo arterioso e venoso del pz con interposizione di un segmento vascolare naturale o artificiale, superficiale, idoneo all'infissione di agocannule.

PTA Presidio Territoriale di Assistenza

punto unico di accesso per le cure territoriali e domiciliari.

PTH paratormone

ormone prodotto dalle ghiandole paratiroidi che contribuisce alla regolazione del metabolismo calcio-fosforo nel sangue; la sua produzione aumenta nell'IRC causando alterazioni ossee, articolari e vascolari.

Purema

membrana sintetica.



Pz

paziente.

Pz in trattamento dialitico cronico

soggetto per il quale è stata posta diagnosi di IRCT e sia stata confezionata la via di accesso al trattamento sostitutivo.



Referente

soggetto che è stato formalmente incaricato dal Direttore Sanitario o dal Responsabile dell'UO, di curare la trasmissione dei dati al registro.

Report

stampa dei dati di un database completa o parziale.

Resina stirenica

materiale adsorbente, ad alta biocompatibilità, in grado di adsorbire il trasportatore plasmatico delle citochine; è contenuta all'interno di una cartuccia utilizzata nella CPFA (Coupled Plasma Filtration Adsorption) per il trattamento dei pz in shock settico.

Responsabile del Centro di dialisi

Direttore Sanitario della struttura sanitaria che risponde della qualità e della tempestività dell'invio dei dati.

RCP Proteina C Reattiva

proteina plasmatica prodotta dal fegato, che interviene nella risposta dell'organismo alle infezioni batteriche o ad altro tipo di danno.

RDL Registro Dialisi Lazio.

Ricevente

soggetto cui è stato trapiantato un organo o tessuto proveniente da un donatore vivente o deceduto, consanguineo o non consanguineo.

RIDT Registro Italiano di Dialisi e Trapianto.

Rigetto

reazione di difesa del sistema immunitario che, non riconoscendo come proprio un organo o un tessuto che è stato trapiantato, cerca di distruggerlo.

Rigetto acuto

necrosi delle cellule parenchimali del rene trapiantato che si verifica ad opera delle cellule T e dei macrofagi entro 5-7 giorni dal trapianto.

Rigetto cronico

insufficienza progressiva del rene trapiantato da danno alloimmune cronico, che determina iperplasia dell'intima delle arterie, atrofia tubulare, fibrosi interstiziale e glomerulopatia cronica da trapianto.

RRT Renal Replacement Therapies

sigla che indica le varie modalità di terapia sostitutiva della funzione renale:emodialisi,dialisi peritoneale e trapianto.



Sartanici

classe di farmaci antagonisti del recettore dell'angiotensina II, in grado di bloccare il sistema

renina-angiotensina; sono utilizzati nella cura dell'ipertensione arteriosa e nel ritardare la progressione delle nefropatie con proteinuria.

Saturazione (%)

percentuale di saturazione della transferrina: percentuale dei siti della transferrina impegnati nel legare gli atomi di ferro.

SCA Saponified Cellulose Acetate membrana di acetato di cellulosa rigenerata.

Sclerosante incapsulante peritonite

rara peritonite (<1%) oggi suscettibile di quarigione con il ricorso precoce alla terapia medica (steroidi, tamossifene o immunosoppressori) e chirurgica. È caratterizzata da un ispessimento e/o sclerosi diffusa della membrana peritoneale e della parete delle anse intestinali. Si presenta con nausea, vomito, distensione addominale, stipsi alternata a diarrea, anoressia e malnutrizione: segni obiettivi: ascite, dialisato ematico, dolore addominale e masse palpabili; fattori di rischio sono le peritoniti batteriche ricorrenti, l'età dialitica (>10 anni), l'utilizzo di soluzioni poco biocompatibili.

Scompenso cardiaco cronico

sindrome clinica caratterizzata da disordini funzionali e strutturali del ventricolo sn, che ne pregiudicano la capacità di riempirsi o di pompare sangue; ciò comporta l'incapacità del cuore di fornire sangue in quantità adeguata alle richieste metaboliche dei tessuti.

SDO Scheda di Dimissione Ospedaliera

rappresentazione sintetica e fedele della cartella clinica, finalizzata a consentire la raccolta sistematica delle principali informazioni contenute nella cartella stessa.

Sevelamer

farmaco capace di legare il fosfato contenuto nei cibi.

Shunt

accesso vascolare (non più in uso) che metteva in comunicazione un'arteria ed una vena del pz, per mezzo di una cannula di Teflon connessa con un tubo di Silastic.

SIN Società Italiana di Nefrologia promuove e valorizza la disciplina della Nefrologia in ogni suo aspetto, inclusa l'ipertensione arteriosa, la dialisi e il trapianto e favorisce la formazione e l'aggiornamento dei propri soci e degli operatori sanitari del settore.

Sirolimus

farmaco immunosoppressore che inibendo una chinasi (m-TOR), blocca la progressione del ciclo cellulare dei linfociti T da G1 a S.

S.I.T. Sistema Informativo Trapianti rete informativa che raccoglie, registra ed elabora le dichiarazioni di volontà di donazione di organi e tessuti, i dati sulle donazioni da cadavere e da vivente, sui trapianti,



sulle liste d'attesa e sul follow up dei pz trapiantati in Italia, al fine di garantire la tracciabilità e la trasparenza dell'intero processo di "donazione-prelievo-trapianto"; è stato istituito con L.N. n.91 del 1999.

Sito web

una o più pagine ipertestuali ospitate su un server, identificato da un unico indirizzo URL.

SLED Sustained Low Efficiency Dialysis

metodica depurativa intermittente, convettiva/diffusiva, utilizzata nei pz con IRA e sepsi e/o shock settico.

SMC Synthetically Modified Cellulose

membrana cellulosica sinteticamente modificata.

SSN/R Sistema Sanitario Nazionale/ Regionale.

Staff

gruppo di persone impegnate a collaborare nello svolgimento di un' attività.

Stock and flow

report attinente al bilancio tra ingressi ed uscite da un gruppo di pz in dialisi cronica o in LAT in un determinato intervallo di tempo.



TAC Time-Averaged urea Concentration

media aritmetica delle concentrazioni di urea di una settimana (mg/dl; ml/m); influenzata dalla

produzione dell'urea è un indice dell'introito proteico nei pz in HD stabile.

Tacrolimus

farmaco immunosoppressore che, legandosi alla ciclofillina A, inibisce l'attività fosfatasica della calcineurina e quindi la proliferazione dei linfociti T.

Tempo medio di attesa al tx:

tempo che intercorre tra la data di iscrizione in LAT e la data del tx.

Tempo medio di attesa in LAT:

tempo intercorso tra la data di iscrizione in LAT e il momento di osservazione scelto.

Tempo medio di iscrizione in LAT:

tempo intercorso tra la data d'inizio della dialisi e la data di iscrizione in I AT

Tessuto connettivo

tessuto con funzione di riempimento, sostegno e nutrizione dei vari organi ed apparati.

TPD Tidal Peritoneal Dialysis

modalità di dialisi peritoneale automatizzata in cui durante il trattamento notturno, dopo un iniziale riempimento totale, viene effettuato negli scambi intermedi, il drenaggio parziale del volume infuso, con una percentuale variabile tra il 30% e il 70%; la cavità peritoneale è totalmente drenata alla fine della sessione dialitica e può rimanere vuota (NIPD TIDAL) o piena di liquido fresco fino alla ripresa del trattamento dopo 12 ore (CCPD TIDAL).

Training

addestramento all'utilizzo di una metodica dialitica domiciliare.

TX trapianto

terapia chirurgica mediante la quale un rene prelevato da donatore vivente o deceduto viene collocato nella parte anteriore dell'addome del ricevente, lasciando nella loro sede i reni che non funzionano più.

TX combinato

v.TX terapia chirurgica che prevede il trapianto di più organi contemporaneamente: cuore-rene, fegatorene, rene-pancreas, rene-cuore-fegato e multiviscerale senza fegato.

TX da donatore cadavere

v.TX il prelievo da donatore cadavere è possibile solo se viene accertata la morte cerebrale, se il donatore non è affetto da malattie trasmissibili, se non vi è un' esplicita indicazione contraria alla donazione da parte del defunto o se i familiari, in assenza di dichiarazione di volontà del defunto, non si oppongono alla donazione.

TX da donatore vivente

v.TX terapia chirurgica che si avvale di una donazione d'organo volontaria e gratuita di un parente consanguineo (fratello, sorella, madre, padre) o in assenza, di un soggetto legato da relazioni affettive a favore di un pz con VFG 15-25 ml/m o in dialisi; tale donazione è regolata oltre che dalla legge n.458 del 26/6/1958, dalle Linee guida del CNT, dal Documento informativo del CNT del 17/7/2009 e dal D.M.n.116 del 16 aprile 2010.

TX pre emptive

v.Tx terapia chirurgica offerta a pz con documentata riduzione stabile a valori di 15-25 ml/m del VFG tale che entro 6 mesi portino al trattamento dialitico; il donatore può essere vivente (intervento in elezione) o cadavere; in quest'ultimo caso il pz viene inserito per 6 mesi in LAT, dopo tale termine, se il pz non avrà iniziato la dialisi, verrà sospeso dalla LAT.



UF *Ultrafiltrazione*

passaggio di liquidi da un lato all'altro di una membrana semipermeabile (filtro o membrana peritoneale) per differenza di pressione idraulica nell'HD, per differenza di pressione osmotica in DP.

Ulcera peptica

ulcerazione ed infiammazione cronica della mucosa e della sottomucosa dell'esofago, dello stomaco e/o del duodeno, dovuta allo squilibrio fra fattori di protezione e fattori aggressivi o ad infezione da Helicobacter pylori.

Ultrafiltrato

liquido che ha le stesse caratteristiche fisico-chimiche del sangue,



ma che differisce da questo perché non contiene gli elementi figurati o quelle macromolecole che, per loro caratteristiche di struttura, peso molecolare o di carica elettrica, non possono passare la barriera filtrante.

UNA *Urea Nitrogen Appearance*

escrezione nelle urine e nel liquido di dialisi dell' azoto ureico e non ureico in g/die; è un indice dell'introito proteico (calcolo in DP v. cinetica dell'urea).

U.O.C. Unità Operativa Complessa

struttura sanitaria che ha una propria autonomia funzionale in ordine alle attività di assistenza, nel quadro di un'efficace integrazione con altre strutture affini e con uso in comune delle risorse umane e strumentali, e presuppone, pertanto, un'autonomia organizzativa nel rispetto delle linee di indirizzo definite dal Capo Dipartimento ed una completa autonomia clinico-professionale.

U.O. Unità Operativa Semplice

articolazione della U.O.C., con caratteristiche di peculiarità funzionale ed operativa e con autonomia clinico-professionale, che possono essere individuate nell'ambito del Dipartimento. Vi sono anche le U.O. semplici a valenza dipartimentale, articolazioni non afferenti ad alcuna U.O.C., dotate di autonomia gestionale o con attribuzione di responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche o finanziare

e soggette a rendicontazione analitica, nel rispetto delle linee di indirizzo definite dal Capo Dipartimento.

Uremia cronica

sindrome caratterizzata da anoressia, nausea, prurito, pericardite, polineuropatia, encefalopatia, piastrinopatia, anemia, acidosi metabolica, iperpotassiemia, iperfosforemia, ipocalcemia, iperparatiroidismo, ipertensione, edemi e scompenso cardiaco; il volume urinario può essere normale. È dovuta sia alla ritenzione dei prodotti terminali del metabolismo azotato, sia alla perdita delle altre funzioni del rene da progressiva riduzione dei nefroni funzionanti.

URR Urea Reduction Rate (%)

formula matematica che, mettendo in relazione la variazione del BUN intradialitico con il BUN pre dialisi, misura l'efficienza del trattamento, ma non valuta la rimozione dei soluti per convezione; non è applicabile alla DP.

Username

codice di identificazione dell'utente autorizzato, assegnato e variato solo dall'amministratore del servizio; è automaticamente inattivata se non utilizzata per più di 3 mesi.



V

volume di distribuzione dell'urea: si

calcola con la formula di Watson per gli adulti e quella di Mellitis-Cheek per i bambini.

VFG Velocità di Filtrazione

Glomerulare

quantità di ultrafiltrato prodotto in un minuto in tutti i nefroni di entrambi i reni.

VT.I

volume di distribuzione dell'urea (v. V).



Wbc White Blood Cells

conta dei globuli bianchi.

Web-based

applicazione o sito web che risiede su un server di Internet raggiungibile contemporaneamente da tutti coloro che ne hanno l'autorizzazione, senza limiti di distanza, di tempo e di dotazione informatica.



Bibliografia

Brenner and Rector's The Kidney VIII edizione.

Saunders Walter H Horl, Karl M.Koch, Robert M.lindsay, Claudio Ronco, James F. Winchester Replacement of Renal Function by Dialysis V edizione, Kluwer Academic Publishers.

Gruppo Nazionale di Dialisi Peritoneale. La risposta all'insufficienza renale cronica.

Abbas, Lichtman, Pober. Immunologia cellulare e molecolare IV edizione Piccin.

Coordinamento Generale Linee Guida SIN: G. Fuiano; Coordinatore: S. Di Filippo; Estensori: B. Memoli, M. Cioffi Revisori: S. Di Filippo, A. Caglioti, G. Mazza, G. Fuiano Linee Guida sulla Dialisi. Il trattamento sostitutivo della Insufficienza Renale Acuta nel paziente critico Giornale Italiano di Nefrologia / Anno 21, S-28 2004 / pp. S1-S10.

J.F. jekel, D.L. Katz, J.G. Elmore Epidemiologia, biostatistica e medicina preventiva II ed. EdiSES.

Linee guida per la Dialisi peritoneale Giornale Italiano di Nefrologia/ Anno 20,S-24 2003/pp.S109-S128

Documento di consenso governance nutrizionale della malattia renale cronica Giornale Italiano di Nefrologia Anno 25 n.S-42 Settembre-Ottobre 2008

M.Righetti. Alterazioni del metabolismo dell'acido folico. Giornale Italiano di Nefrologia/ Anno 25 N.1, 2008/pp.32-41

Il Consensus Conference sulla LDL-Aferesi-Roma 15 maggio 2009.

Sitografia

www.regione.sicilia.it/sanita www.sin-italy.org www.dialisiperitoneale.org users.unimi.it/nefro/ALLEGATI/ Arrigo090309.ppt





D.A. n. 03423, 08

REPUBBLICA ITALIANA

Regione Siciliana



ASSESSORATO REGIONALE DELLA SANITÀ L'ASSESSORE

Visto lo Statuto della Regione Siciliana;

Vista la legge 23 dicembre 1978, n,. 833 istitutiva del S.S.N.;

Visto il D.L.vo 30.12.1992, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni sul riordino della disciplina in materia sanitaria;

Visto l'Accordo del 31 luglio 2007 attuativo del Piano di Rientro, di riorganizzazione, di riqualificazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento del riequilibrio economico del servizio sanitario regionale, previsto dall'art. 1 comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n, 311, con le relative misure ed azioni;

Considerato che la spesa regionale per il trattamento dei soggetti affetti da uremia terminale assume un particolare rilievo rappresentando circa l'1% delle risorse del fondo sanitario regionale e che la spesa regionale per la dialisi costituisce circa il 10% della spesa sanitaria regionale;

Considerato che ai fini di una corretta programmazione e gestione delle risorse è indispensabile disporre di dati aggiornati e attendibili in merito al numero, alla tipologia, ai risultati dei trattamenti dialitici eseguiti e al fabbisogno annuale presumibile e che la istituzione di un Registro regionale dei pazienti in dialisi risponde adeguatamente a questa esigenza;

Considerato che la Sicilia è una delle regioni italiane che attualmente non dispongono di un Registro regionale dei pazienti in dialisi;

Considerato che si attesta all'Osservatorio Epidemiologico regionale il compito istituzionale della gestione dei registri;

Ritenuto, pertanto, di dovere attribuire, al predetto Osservatorio la gestione del Registro regionale informatizzato di Nefrologia, Dialisi e Trapianto la cui finalità è quella di raccogliere ed elaborare i dati





attesa di trapianto e di quelli sottoposti a trapianto renale residenti in Sicilia e le informazioni in merito al numero, alla tipologia, ai risultati dei trattamenti dialitici eseguiti e al fabbisogno annuale presumibile;

Considerato che il Centro Regionale per i Trapianti, istituito ai sensi dell'art.10 della legge 91/99, ha tra i compiti attribuiti dalla stessa legge, anche quello di raccogliere i dati dei pazienti iscritti in lista di attesa per trapianto e di monitorare i risultati dei trapianti attraverso l'esame dei dati di sopravvivenza dei pazienti e degli organi;

Visto l'art.7 comma 2 della citata legge 91/99 con il quale è stato istituito il sistema informativo dei trapianti nell'ambito del sistema informativo sanitario nazionale;

Visto l'art.8 comma 6 lettera a) della legge 91/99 che stabilisce, attraverso il sistema informativo dei trapianti di cui all'articolo 7 della stessa legge, la tenuta delle liste delle persone in attesa di trapianto, differenziate per tipologia di trapianto, risultanti dal dati trasmessi dai centri regionali o interregionali per i trapianti, ovvero dalle strutture per i trapianti e dalle aziende unità sanitarie locali, secondo modalità tali da assicurare la disponibilità di tali dati 24 ore su 24;

Ritenuto di dovere implementare il citato sistema informativo con le informazioni inerenti i soggetti che vengono immessi in un programma di dialisi cronica;

Ritenuto pertanto funzionale alle finalità dell'istituendo Registro regionale, che l'Osservatorio Epidemiologico regionale si avvalga del supporto tecnico-scientifico del predetto Centro Regionale per i Trapianti per una gestione integrata dei dati relativi ai pazienti in attesa o già sottoposti a trapianto di rene con quelli relativi ai pazienti in trattamento dialitico non in attesa di trapianto;

Ritenuto che la collaborazione fra le due istituzioni è fondamentale per garantire la costituzione di una rete informativa nonché la qualità e la completezza delle informazioni raccolte;

Ritenuto altresi che tali informazioni debbano essere rese disponibili, oltre che ai fini epidemiologici e di programmazione sanitaria anche per monitorare l'appropriatezza delle prestazioni rese ed il corretto utilizzo delle risorse impiegate nel settore;

DECRETA

Art. 1 - E' istituito il Registro Regionale informatizzato di Nefrologia, Dialisi e Trapianto con il compito di raccogliere ed elaborare i dati clinici/anagrafici di tutti i soggetti che vengono immessi in un programma di dialisi cronica, ed i pazienti in attesa di trapianto e sottoposti a trapianto renale residenti in Sicilia.

Art. 2 - Dal 1 gennaio 2009, i Medici responsabili dei Centri autorizzati e/o accreditati ad effettuare prestazioni di dialisi e delle strutture sanitarie pubbliche di nefrologia, dialisi e trapianto sono tenuti a



trasmettere, su apposita scheda informatica predisposta, i dati anagrafici e clinici relativi a tutti i soggetti in trattamento sostitutivo della funzione renale presso il proprio Centro.

Analogamente, entro 15 giorni dall'immissione di un nuovo paziente in un programma di dialisi cronica, il Responsabile del Centro di nefrologia e/o dialisi che inizia il trattamento ne dà comunicazione alla ASL di appartenenza del paziente ed al Registro regionale di dialisi e trapianto.

Ogni paziente che inizia il trattamento sostitutivo sottoscrive un modulo di consenso predisposto dal quale risulti che è a conoscenza delle varie tipologie di trattamento e che esprime la propria scelta in modo consapevole.

Per ogni soggetto devono essere registrati:

A - una scheda anagrafica che riporti

- le generalità complete
- la residenza
- · l'ultima attività professionale svolta, l'attività lavorativa e l'incapacità lavorativa, il gruppo sanguigno.

B - una scheda clinica che riporti:

- · la malattia renale accertata o presumibile che ha condotto alla dialisi
- · il tipo di dialisi praticata e il luogo di cura
- · l'eventuale patologia di altri organi oltre l'uremia
- la condizione di positività/negatività per i markers dell'epatite B e C
- · la data dell'eventuale vaccinazione e il suo esito
- · il Centro trapianto presso cui il paziente è in lista d'attesa
- la non idoneità al trapianto
- l'eventuale rifiuto firmato dal paziente di sottoporsi a trapianto con relativa motivazione
- · la data e il luogo del/dei trapianti
- · l'esito del trapianto
- data e causa del rientro in dialisi
- · data e causa della morte.

Art 3- Le schede di cui ai punti A e B dell'art. 2 e una terza relativa alla tipologia, alla frequenza, al decorso e all'esito dei trattamenti erogati verranno aggiornate e trasmesse obbligatoriamente ogni sei mesi (con scadenza 30 giugno e 31 dicembre di ogni anno) al Registro regionale a cura del Responsabile del Centro di nefrologia e/o dialisi e trapianto.

Art. 4- Il mancato invio delle schede di cui all'art. 2 e all'art. 3 comporta, per le strutture accreditate e/o autorizzate, la sospensione del pagamento delle prestazioni (debito informatico) e, in caso di recidiva, la sospensione dell'accreditamento e/o dell'autorizzazione.

Per i Centri ospedalieri l'invio delle schede suddette costituisce atto d'ufficio.

Art. 5- Al fine di assicurare l'immediata attivazione del Registro si stabilisce in via provvisoria e fino a nuova determinazione, che il Registro abbia sede presso il Centro Regionale per i Trapianti (CRT). Il direttore del





CRT è il Responsabile del Registro ed è incaricato di curare la raccolta su supporto informatico, l'elaborazione e l'analisi dei dati di cui all'articolo 2.

Art. 6- Con apposito provvedimento sarà istituito un Comitato Scientifico con il compito di garantire la qualità e la completezza dei dati raccolti, favorire la corretta informazione ed il corretto utilizzo dei dati del Registro in osservanza alle norme della legge sulla privacy nonché di assicurare la fruibilità dei dati raccolti all'interno del Servizio Sanitario Regionale.

Il Comitato scientifico sarà composto dal Responsabile della Raccolta Dati, che è membro di diritto e da 6 esperti: tre nefrologi nominati dall'Assessore per la sanità, di cui uno con funzioni di Presidente del Comitato e tre indicati rispettivamente dal Presidente della Sezione regionale della Società Italiana di Nefrologia (SIN), dall'Associazione Nazionale Emodializzati (ANED) e dall'Associazione dei Centri di Dialisi Privati (ADIP). Il Comitato scientifico è convocato dal Presidente e si riunisce almeno due volte l'anno.

Il presente decreto sarà trasmesso alla Ragioneria centrale per il visto di competenza ed alla G.U.R.S. per la relativa pubblicazione.

Palermo, li _______

Il Dirigente Generale ad interim
del Dipartimento Osservatorio Epidemiologico

Dott.ssa Antonella Bullara







D.A. n. 0-198 109

REPUBBLICA ITALIANA

Regione Siciliana



ASSESSORATO REGIONALE DELLA SANITÀ L'ASSESSORE

Visto lo Statuto della Regione Siciliana;

Vista la legge 23 dicembre 1978, n,. 833 istitutiva del S.S.N.;

Visto il D.L.vo 30.12.1992, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni sul riordino della disciplina in materia sanitaria;

Visto l'Accordo del 31 luglio 2007 attuativo del Piano di Rientro, di horganizzazione; di riqualificazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento del riequilibrio economico del servizio sanitario regionale, previsto dall'art. 1 comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n, 311, con le relative misure ed azioni;

Visto il proprio decreto n.03423 del 19 dicembre 2008, con il quale, per rispondere all'esigenza di monitoraggio clinico e della spesa e di una corretta programmazione e gestione della risorse not settore della nefrologia e dialisi, è istituto il Registro Regionale Informatizzato di Nefrologia o Dialisi al fine di raccogliere ed elaborare i dati clinici/anagrafici di tutti i soggetti che vengono immessi in un programma di dialisi cronica ed i pazienti in attosa di trapianto e sottoposti a trapianto renale residenti in Sicilia;

Visto l'art.6 del suddetto decreto n.03423 del 19 dicembre 2008 con il quale è prevista l'istituzione di un Comitato Scientifico con il compito di garantire la qualità e la completezza del dati raccolti, favorire la corretta informazione ed il corretto utilizzo dei dati del Registro in osservanza allo norme della legge sulla privacy nonché di assicurare la fruibilità dei dati raccolti all'interno del Servizio Sanitario Regionale;

Visto il parere prot. n.35-P del 15/01/09 con il quale il Tavolo Ministeriale di verifica degli adempimenti di Piano, nel validare il sopra richiamato decreto assessoriale, pone la condizione che l'istituzione del Comitato Scientifico e la sua gestione non comportino costi aggiuntivi per la finanza pubblica;

Tenuto conto che il predetto art.6 del citato decreto istilutivo del Registro, con riferimento al Comitato Scientifico nel delinea la composizione prevedendo tra l'altro la rappresentanza in seno al Comitato stesso,

)





rispettivamente della Società Italiana di Nefrologia (SIN), dall'Associazione Nazionale Emodializzati (ANED) e dall'Associazione del Centri di Dialisi Privati (ADIP);

Sentite, pertanto, la Società Italiana di Nefrologia (SIN), l'Associazione Nazionale Emodializzati (ANED) e l'Associazione del Centri di Dialisi Privati (ADIP) ai fini dell'individuazione del componenti da nominare in se

Ritenuto di provvodere alla costituzione del Comitato Scientifico sopra menzionato in conformità a quanto previsto dal citato art.6 del D.A. n.03423 del 19 dicembre 2008 e del correlato parere ministeriale n.35-P del 15/01/09:

DECRETA

Art. 1 – Per i motivi în premessa citati ed în conformită a quanto previsto dell'art.6 del D.A. n.03423 del 19 dicembre 2008 e del correlato parere ministeriale n.35-P del 15/01/09, è latituito il Comitato Scientifico del Registro Regionale informatizzato di Nefrologia, Dialisi e Trapianto con il compito di garantire la qualità e la completezza dei dati raccolti, favorire la corretta informazione ed il corretto utilizzo del dati del Registro in osservanza alle norme della legge sulla privacy nonché di assicurare la fruibilità dei dati raccolti all'interno del Servizio Sanitario Regionalo.

Art.2 - Il Comitato Scientifico è così composto:

- Prof. Guido Bellinghieri, Cattedra di Nefrologia -Università di Messina, Presidente;
- Dott. Vito Sparacino, Direttore del CRT, Responsabile della Raccolta Dati, componente;
- Dott. Giuseppe Visconti, U.O. di Nefrologia e Dialisi, A.O.Cervello di Palermo, componente;
- Dott. Giuseppe Daidone, U.O. Nefrologia e Dialisi, A.O. Umberto I di Siracusa, componente;
- Dott. Giovanni Giorgio Battaglia, rappresentante SIN, componente;
- Dott. Biaglo Ricciardi, U.O. Nefrologia e Dialisi, P.O. di Milazzo, componente;
- Dott. Antonino La Corte, rappresentante ADIP, componente;
- Dott. Salvatore Bianca, segretario regionale ANED, componente;
- Dott.ssa Santina Castellino, U.O. Nefrologia e Dialisi, P.O. S.Vincenzo di Taormina (ME), componente;
- Dott.ssa Adriana Nicolosi, dirigente Osservatorio Epidemiologico regionale, componente.
- Art. 3 Il Comitato Scientifico è convocato dal Presidente e si riunisce almeno due volte l'anno.
- Art.4 L'istituzione del Comitato Scientifico di cui al presente decreto e la gestione dello stesso non comportano oneri aggiuntivi per il Bilancio Regionale.

Il presente decreto sarà trasmesso alla G.U.R.S. per la relativa pubblicazione.

0 9 FEB. 2009







REPUBBLICA ITALIANA





ASSESSORATO REGIONALE DELLA SANITÀ L'ASSESSORE

Interventi per la riorganizzazione, la riqualificazione e li riequilibrio economico dell'assistenza sanitaria ai pazienti con uremia terminale

Visto lo Statuto della Regione siciliana;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e successive modifiche ed integrazioni.

Viato in particolare l'art. 8 quinquies, comma 2, lett. b), del predetto D.Lgs. 502/1992, come modificato, in utilimo, dall'art. 79 del D.L. 112/2008, ai sensi del quale "le regioni possono individuare prestazioni o gruppi di prestazioni per i quali stabilire la preventiva autorizzazione, da parte dell'azienda sanitaria locale competente, alla fruizione presso le strutture o i professionisti accreditati. e ritenuto, conseguentemente, che le prescrizioni mediche ben possono essere sottoposte a controllo, indirizzo e verifica da parte della competente struttura sanitaria pubblica;

Visto il decreto 22 luglio 1996 con il quale il Ministro per la sanità ha individuato le prestazioni di assistenza specialistica embulatoriale, ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio, erogabili nell'ambito del servizio sanitario nazionale e le relative tariffe, prevedendo altresì la possibilità per le regioni di erogare, nell'ambito del proprio territorio, ulteriori prestazioni rispetto a quelle elencate nell'allegato 1 del citato D.M. 22 luglio 1996;

Visto il decreto dell'Assessore regionale per la sanità 11 dicembre 1997 recante "Elenco delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, ivi compresa la diagnostica strumentele e di laboratorio, erogabili nell'ambito del Servizio sanitario regionale e relative tariffe;

Visto l'art. 25, comma 7, della legge regionale 22 dicembre 2005, n. 19, ai sensi del quale "Le disposizioni contenute nella legge regionale 12 agosto 1980, n. 88 e successive modifiche ed integrazioni sono applicate alla seguenti categorie:

 a) mutilati ed invalidi di guerra, ai sensi dell'articolo 2 della legge 18 merzo 1968, n. 313, del D.P.R. 23 dicembre 1978, n. 915 e del D.P.R. 30 dicembre 1981, n. 834;

b) vittime civili di guerra ai sensi degli articoli 9 e 10 della legge 18 marzo 1968, n. 313, del D.P.R. 23 dicembre 1978, n. 915 e del D.P.R. 30 dicembre 1981, n. 834.";

Visto l'Accordo del 31 luglio 2007 attuativo del Piano di Rientro, di riorganizzazione, di riqualificazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento del riequilibrio economico del servizio sanitario regionale, previsto dall'art. 1 comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n°311, con le relative misure ed azioni;

Vista la deliberazione della Giunta regionale n. 312 dell'1 agosto 2007 con cui l'Assessore regionale per la sanità è stato incaricato di dare esecuzione all'Accordo attuativo del Piano di rientro ed al Piano medesimo e di provvedere all'attuazione delle misure e degli interventi contenuti in tale atto valevoli per il triennio 2007-2009;

Visto il decreto dell'Assessorie regionale per la sanità 28 febbraio 2008, recante "Applicazione nel territorio della Regione Siciliana dei valori tariffari previgenti di cui ai decreti 11 dicembre 1997 e 29 dicembre 2005, concernenti le tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e delle prestazioni di emodialisi", che, a sua volta, richiama l'applicazione nella Regione siciliana dei valori tariffari di cui al discreto assessoriale 11 dicembre 1997 e di qualii di cui al decreto assessoriale 29 dicembre





2005, vigente, quest'ultimo, per le sole categorie di soggetti indicati dall'art. 25 della predetta I.r. 19/2005 quali destinatari delle disposizioni contenute nella legge regionale 12 agosto 1980, n. 88; Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5 recante "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale":

Visto in particolare l'art. 2, comma 4, letti. a), della predetta legge 5/2009 che dispone: "Il Servizio sanitario regionale, in funzione di rigorosi ed accertati criteri e fabbisogni epidemiologici, promuove azioni volle a registrare."

a) una qualificata integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari anche attraverso il necessario trasferimento dell'offerta sanitaria dell'ospedale al territorio, nonché un compiuto coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e l'ottimale distribuzione sul territorio dei medici specialisti, favorendo l'instaurarsi di relezioni funzionali fra operazioni ospedalleri e territoriali al fine di ottimizzare il sistema della continuità assistenziale nei processi di prevenzione, cura e riabilitazione;":

Rilevata l'esigenza, al fini di una corretta programmazione e gestione delle risorse nel settore della dialisi, di acquisire e di disporre, attraverso il Registro siciliano di nefrologia, dialisi e trapianto, istituito con D.A. h.03426/del 19 dicembre 2008, di dati aggiornati sul numero, la tipologia, l'efficacia dei traftamenti dialitici eseguiti, nonché la necessità di una attendibile stima del fabbisogno annuale;

Visti i dati epidemiologici, rilevati attraverso il predetto Registro, dai quali emerge che nella Regione i pazienti nefropatici in terapia sostitutiva (pazienti prevalenti) sono pari a 913 per milione di abitanti - percentuale superiore al dato nazionale di 768 pazienti per milione di abitanti, - e che significativamente variegata risulta la situazione nelle diverse province con punte di oscillazione che vanno dal 734 pazienti in terapia sostitutiva per milione di abitanti nella provincia di Catlanissetta ai 1029 pazienti per milione di abitanti nelle province di Palermo e di Messina;

Rilevato altresi, dall'analisi dei dati disponibili dal Registro che il numero dei nuovi pazienti ammessi al trattamento dialitico ogni anno (pazienti incidenti) è stimato in circa 200 pazienti per milione di abitanti contro i 147 pazienti della media nazionale;

Rilevato che la spesa regionale per il trattamento dei soggetti affetti da uremia terminale assorbe circa 11% delle risorse del fondo sanitario regionale e che in Sicilia, nell'anno 2008, i costi dell'emodialisi sono stati pari ad oltre 110 millioni di euro segnando un ulteriore incremento rispetto ai 108 millioni di euro del 2007;

Ritevato che il 77 % dei pazienti nefropatici uremici viene trattato in strutture ambulatoriali private e il 23% in strutture nefrologiche ospedaliere;

Ritevato inoltre che il 91% del pazienti in dialisi extracorporea presso le strutture private accreditate è trattato con metodiche standard e che le metodiche convettive vengono utilizzate nel 7% del casi contro una media nazionale del 16%:

Rlievato che, sul totale dei soggetti censiti dal predetto Registro, i pazienti in trattamento dialitico extracorporeo sono il 96%, (contro il 90% del dato nazionale), mentre i pazienti in trattamento intracorporeo (dialisi peritoneale) sono il 4%, a fronte di una media nazionale del 10%;

Rilevato inoltre che l'articolazione della rete nefrologica regionale è caratterizzata da una elevata presenza di strutture dialitiche private e che, consequentemente, è necessario assicurare un raccordo funzionale per garantire ai pazienti una maggiore tutela assistenziale;

Ravvisata quindi la necessità di ricondurre a criteri di maggiore efficacia ed uniformità il sistema di assistenza dialitica in Sicilia, al fine di perseguire un tendenziale allineamento alle medie nazionali ed in coerenza con gli oblettivi della programmazione regionale e del Piano di rientro, con particolare riferimento al contenimento degli ambiti di in appropriatezza;

Ravvisata la necessità di dovere fornire indicazioni uniformi in ordine:

- alla tipologia dello specifico trattamento dialitico;
- all'individuazione del centro più idoneo al trattamento in rapporto alle condizioni di criticità presentate dal paziente;
- alla prescrizione del piano di trattamento dell'unità operativa ospedaliera di nefrologia di riferimento e alla conseguente acquisizione del consenso informato di competenza;





Valutata conseguentemente la necessità di procedere all'adozione di provvedimenti ed azioni che contribuiscano, da un lato alla riqualificazione dell'assistenza sanitaria ai pazienti con uremia terminale, riorganizzando il sistema dell'offerta in modo da garantire il trattamento più adeguato ed appropriato al loro bisogni, dall'altro alla rideterminazione delle tariffe, tenendo conto, conformemente al regime tariffario nazionale, delle diverse tipologie di trattamento e della complessità del livallo di cure:

Ritoruto altresì necessario per il raggiungimento delle superiori finalità ed obiettivi dovere procedere anche a rendere coerente il sistema tariffario regionate delle prestazioni di emodialisi, a decorrere dal 1º ottobre 2009, data di efficacia del presente decreto;

Ritenuto, sulla base delle suddette premesse, di dovere fornire indicazioni in ordine:

- all'adozione degli standard strutturali ed organizzativi utili alla individuazione delle unità operative di nefrologia e dialisi ospedaliere di riferimento;
- al collegamento operativo da realizzarsi attraverso la stipula di apposita convenzione tra le strutture nefrotogiche ospedaliere di riferimento e le strutture private accreditate presenti nel territorio e ciò al fine di assicurare pazienti in trattamento dialitico un idoneo livello di cure:
- alla definizione delle modalità per rendere omogenee le procedure e i criteri per l'avvio del trattamento sostitutivo della funzione renale, ivi comprese la modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie;
- alla promozione e allo sviluppo dei programmi di dialisi peritoneale domiciliare;
- all'adozione di criteri oggettivi per la classificazione del livello di complessità clinica dei pazienti nefropatici cronici, al fine dell'ammissione/mantenimento preferenziale al programma di trattamento emodialitico ambulatoriale ospedaliero;
- alla specificazione delle tre tipologie di trattamento dialitico e dei rispettivi valori tariffari;
- all'introduzione, con separato provvedimento, di nuove disposizioni in materia di rimborso dei costi per il trasporto dei pazienti presso le strutture dialitiche;

Visto il decreto dell'Assessore regionale per la sanità n. 1130 del 12 giugno 2009: "Interventi per la riorganizzazione, la riqualificazione ed il riequilibrio economico dell'assistenza sanitaria al pazienti con uremia terminale":

Ritenuto, in considerazione di quanto emerso nella seduta del 30 luglio 2009 della "Commissione permanente di nefrologia e dialisi", istituita con decreto assessoriale n. 1534 del 29 luglio 2009, nonché dell'esito dell'incontro del 5 agosto 2009 con le associazioni rappresentative dei Centri di dialisi e degli interessi dei pazienti, sentite ai sensi del richiamato art. 25, comma 1, della I.r. 5/2009, di dover procedere alla revoca del decreto assessoriale n. 1130 del 12 giugno 2009 e all'emanazione di una nuova disciplina della materia;

DECRETA

Art. 1

- Sono ammossi al trattamento sostitutivo della funzione renale, con oneri a carico del Servizio sanitario regionale, i soggetti al quali, da una unità operativa di nefrologia ospedaliera, sia stata certificata l'insufficienza renale cronica terminale e sia stato disposto il trattamento sostitutivo.
- 2. La certificazione dovrà contenere la valutazione del grado di complessità clinica del paziente nel rispetto dei criteri di ammissione al programma di trattamento emodialitico ambulatoriale ospedallero di cui all'allegato 1 al presente decreto. Tale certificazione dovrà essere consegnata al paziente e trasmessa in copia alla Azienda sanitaria provinciale di appartenenza del paziente, unitamente al modulo di consenso informato per l'inizio del trattamento dialitico, redatto secondo il modello di cui all'allegato 2 al presente decreto.

Art. 2

 Le strutture private accreditate sono tenute a stipulare, entro il 30 settembre 2009, apposita convenzione con una delle unità operative ospedallere di nefrologia e dialisi di riferimento



presenti nel territorio provinciale di appartenenza, che saranno individuate, con successivo decreto assessoriale sulla base dei requisiti di cui all'allegato 3 al presente decreto.

- 2. La convenzione di cui al precedente comma dovr\u00e1 prevedere le modalit\u00e1 con le quali sar\u00e1 effettuato II collegamento operativo tra l'unit\u00e1 di nefrologia ospedaliera di riferimento e la struttura privata accreditata, in modo da assicurare:
 - a) il trattamento delle urgenze e delle complicanze;
 - b) il livello di cure adeguato alla complessità clinica del paziente nel rispetto dei criteri di cui all'allegato 1 al presente decreto;
 - c) la continuità assistenziale dei pazienti in trattamento dialitico.
- 3. La convenzione dovrà, altresì, prevedere le modalità con cui sarà effettuata la periodica valutazione congiunta del livello di complessità clinica dei pazienti in trattamento, che dovrà avvenire con cadenza micina annuale.

Art. 3

- 1. I valori tariffari omnicomprensivi per le diverse tipologie di trattamento individuate dai rispettivi codici sono i seguenti :
 - a) tariffe per trattamenti standard eseguibili in tutte le strutture pubbliche e private accreditate (HD in acetato o bicarbonato standard codice 39.95.1) pari ad euro 154,94; detta tariffa si riferisce alle prestazioni di emodialisi di tipo prevalentemente «l'flusivo con tampone acetato o bicarbonato, con membrane cellulosiche naturali o surivati (a ½loto esemplificativo: cellulose modificate, hemophan, diacetati, tricactati, ecc);
 - b) tariffa per trattamenti a complessità intermedia eseguibili in tutte le strutture pubbliche e private accreditate (HD in bicarbonato con membrane biocompatibili codice 39.95.4) pari ad euro 165,27; detta tariffa si riferisce alle prestazioni di emodialisi di tipo prevalentemente diffusivo con membrane sintetiche a bassa permeabilità e molto biocompatibili (a titolo esemplificativo: PAN o AN999, pollammide, polisulfone e tutti i derivati, PMMA, EVAL). La percentuale massima di pazienti da ammettere al trattamento di cui alla presente lettera b) presso le strutture private accreditate sarà fissata con successivo decreto assessoriale, a seguito della verifica dei dati forniti dal Registro siciliano di nefrologia dialisi e trapianto;
 - c) tariffa per trattamenti ad alta efficienza per pazienti di particolare complessità (HDF ed HF codice 39.95.5) pari ad euro 258,23; detta tariffa si riferisce ai trattamenti di emodialisi convettivi e/o diffusivo-convettivi con membrane sintetiche ad alta permeabilità e molto biocompatibili (a titolo esemplificativo: PAN o AN89S, pollammide, polisulfone e tutti i derivati, PMMA). Tale tipologia di trattamento potrà essere eseguita presso le strutture private accreditate solo in misura non superiore al 20 % del totale dei trattamenti effettuati, fatto salvo un possibile incremento di detta percentuale, previa verifica dopo 12 mesi dall'entirata in vigore del presente decreto.
- Resta invariata la tariffa per la dialisi peritoneale continua (CAPD), pari ad euro 45,55, per ciclo di trattamento e la tariffa per la dialisi peritoneale automatizzata, pari ad euro 53.65 per ciclo di trattamento.
- 3. Per le prestazioni rese in assistenza sanitaria in forma indiretta alle categorie individuate dall'art. 25, comma 7, lettera a je lettera b), della I.r. 22 dicembre 2005, n. 19, resta invariata la tariffa prevista dal decreto dell'Assessore regionale per la sanità 29 dicembre 2005.

Art 4

 Per ogni paziente in trattamento dialitico viene riconosciuta, quale prestazione aggiuntiva, da erogarsi con cadenza mensile, la voce 89.03.0 (anamnesi e valutazione complessa) pari ad euro 20,66.

Art. 5

1. Dal 1º ottobre 2009 i Medici responsabili delle strutture private accreditate e delle unità operative ospedaliere di nefrologia e dialisi, fermi restando gli obblighi informativi cui sono tenuti ai fini dell'implementazione dei dati del Registro, ai sensi dell'art.2 del decreto dell'Assessore



regionale per la sanità n. 03426/del 19 dicembre 2008, devono assicurare il rigoroso rispetto degli adempimenti di cui all'art. 1 del presente decreto e valorizzare e registrare coerentemente le prestazioni emodialitiche erogate negli appositi flussi informativi, sulla base dei valori tariffari di cul'all'art. 3.

Art. 6

- 1. Il mancato rispetto degli obblighi di cui all'art. 2 e 5 comporta, per le strutture private accreditate e autorizzate, la sospensione del pagamento delle prestazioni e, in caso di recidiva, la sospensione dell'accreditamento.
- Per i responsabili delle unità operative ospedaliere di nefrologia e dialisi il rispetto dell'obbligo di cui al precedente art. 5 costituisce obiettivo contrattuale.

Art. 7

1. In ogni ambito territoriale provinciale è istituito, al fine di verificare e favorire l'attuazione delle disposizioni di cui al presente decreto, un Comitato tecnico provinciale per le attività di nefrologia e dialisi, composto dai Direttori delle unità operative ospedaliere di nefrologia e dialisi, dai rappresentanti delle strutture private accreditate, dai rappresentanti delle Associazioni di tutela degli interessi dei pazienti e dal Direttore sanitario, o suo delegato, dell'Azienda sanitaria provinciale di riferimento che ne assume il coordinamento.

Art. 8

Sono revocati il decreto dell'Assessore regionale per la sanità nº 1130 del 12 giugno 2009, recante "Interventi per la riorganizzazione, la riqualificazione e il riequilibrio economico dell'assistenza sanitaria ai pazienti con uremia terminale" ed il decreto dell'Assessore regionale per la sanità n. 1436 del 20 luglio 2009, recante "Identificazione delle UU.OO. di Nefrologia e Dialisi di cui al D.A. 1130 del 12/06/09".

Art. 9

1. Il presente decreto avrà efficacia a decorrere dal 1º ottobre 2009.

Il presente decreto sarà trasmesso alla Ragioneria centrale dell'Assessorato regionale della sanità per il visto di competenza e successivamente alla Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana per la relativa pubblicazione.

2 0 AG0. 2009

ASSISSIONE Dott seeding Russo)

Il Dirigente Generale Dr. Mauricip Griczard

SERVICENTE SERVICIO 4 Dr. Renate Li Donna



ALLEGATO 1

Criteri di ammissione al programma di trattamento emodialitico ambulatoriale ospedaliero

Al fine di assicurare ai pazienti nefropatici la disponibilità delle risorse assistenziali delle Unità operative di Nefrologia e dialisi di riferimento si definiscono di seguito i criteri di ammissione al programma di trattamento emodialitico ambujatoriale ospedallero.

La presenza di uno o più di tali criteri, verificata e attestata mensilmente dai sanitari dell'Unità operativa, consente l'ammissione al (e il mantenimento nel) programma di trattamento emodialitico ambulatoriale per pazienti nefropatici cronici presso l'UO nefrologica ospedaliera di riferimento.

Tutti i pazienti che non presentano almeno uno dei predetti criteri, dopo la stabilizzazione clinica devono essere trasferiti presso il centro di emodialisi convenzionato con l'UO ospedaliera di riferimento più vicino alla sua abitazione o altro Centro a sua scelta.

La Direzione medica del presidio ospedaliero ogni tre mesi effettua un audit organizzativo sulla gestione del processo di assegnazione dei pazienti al programma di emodialisi ambulatoriale ospedaliera.

1. Pazienti che necessitano di dialisi ad alta efficienza

- 1.1. Sindrome MIA (malnutrizione, infiammazione, arteriosclerosi)
- 1.2. Instabilità cardiovascolare per intolleranza all'acetato
- 1.3. Diabetici con instabilità cardiovascolare

2. Pazienti con patologie associate

2.1.1. Neoplasie

Malattia attiva con programma di chemioterapia o di altri trattamenti

Pazienti fuori terapia per grave intolleranza al trattamento

Pazienti terminali

2.1.2. Malattie cardiovascolari

Aritmia ipercinetica in terapia con anticoagulanti

Scompenso cardiaco primitivo o secondario (classe NYHA II-III)

Pericardite costrittiva

Valvulopatia con indicazione all'intervento

Aneurismi arteriosi con indicazione all'intervento

Cardiopatia ischemica con angina ricorrente

2.1.3. Amiloidosi con interessamento multiorgano



pagina 1 di 2



2.1.4. Malattie respiratorie

Insufficienza respiratoria cronica di grado severo con utilizzo di O2 Versamenti pleurici cronici ricorrenti

2.1.5. Malattie neurologiche

Epilessia

Demenza senile

Malattie cronico-degenerative in fase avanzata

Ictus con esiti funzionali gravi

- 2.1.6. Vasculopatia periferica con necrosì in atto o a rischio di amputazione
- 2.1.7. Cirrosi epatica scompensata
- 2.1.8. Malattie immunologiche sistemiche in fase attiva

3. Pazienti HIV positivi



pagina 2 di 2





Allegato 2

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO PER L'AVVIO DEL TRATTAMENTO SOSTITUTIVO

Nome	Cognome
Patologia	
Io sottoscritto/a	
DICHIARO DI ESSERE STA IN MODO COMPRENSIBIL	ATO/A INFORMATO/A DA E E COMPLETO:
1. sulla mia malattia	
2. che le terapie a cui pos	sso sottopormi a causa della ridotta funzione dei reni (in questa o
in altra sede) sono:	
☐ EMODIALISI	: a) OSPEDALIERA
	b) DOMICILIARE
	c) AMBULATORIALE: *centro ad assistenza limitata
	*ambulatorio privato accreditato
	* automatizzata RENALE : * da donatore vivente * da donatore deceduto intaggi ed i rischi che clascuno di questi trattamenti può
DI AVER AVUTO LA POSS	IBILITA' DI PRENDERE VISIONE DI:
	libri



CHE LA VALUTAZIONE CLINICA EFFETTUATA DAL MEDICO RESPONSABILE DEL MIO TRATTAMENTO CONSENTE IL RICORSO ALLE SEGUENTI TERAPIE:

Tipo di programma	T
Emodialisi Ospedallera	\top
Emodialisi Domicitiare	\top
Emodialisi in centri ad assistenza limitata	+
Dialisi Peritoneale Manuale	\top
Dialisi Peritoneale Automatizzata	+
Trapianto renale da donatore vivente	1
Trapianto renale da donatore cadavere	$^{-}$

CONFERMO DI AVER AVUTO RISPOSTE COMPLETE A TUTTE LE MIE DOMANDE. SO CHE POSSONO ESSERE NECESSARI EVENTUALI CAMBIAMENTI DEL TRATTAMENTO SCELTO A CAUSA DI PROBLEMI CLINICI O PERSONALI, QUESTI CAMBIAMENTI SARANNO DISCUSSI E DECISI CON ME.

CONSENSO AL TIPO DI TRATTAMENTO

ESSENDO A CONOSCENZA DI QUANTO SOPRA ESPOSTO, ACCETTO LIBERAMENTE, SPONTANEAMENTE E IN PIENA COSCIENZA DI SOTTOPORMI A

Tipo di programma	_
Emodialisi Ospedallera	_
Emodialisi Domiciliare	
Emodialisi in centri ad assistenza limita	ta
Dialisi Peritoneale Manuale	-
Dialisi Peritoneale Automatizzata	
Trapianto renale da donatore vivente	_

Note:
Data
Firma del paziente
Genitori o Legale rappresentante
Timbre e Come del Marilla





Allegato 3

Sono strutture nefrologiche e dialitiche di riferimento le strutture ospedaliere che rispondano ai seguenti requisiti

- 1) Dispongano di almeno 8 posti letto di nefrologia.
- 2) Abbiano in trattamento sostitutivo della funzione renale almeno 40 pazienti.
- Abbiano almeno il 10 % dei pazienti in terapia sostitutiva della funzione renale trattati con dialisi peritoneale.
- Abbiano almeno il 10 % dei pazienti in terapia sostitutiva della funzione renale in lista di attesa per trapianto renale.
- Dispongano di almeno due posti rene dedicati al trattamento dei pazienti cronici con complicanze intercorrenti.
- 6) Abbiano attivato un ambulatorio nefrologico pre-dialisi.
- 7) Abbiano attivato un ambulatorio per il follow-up dei pazienti con trapianto renale.





D.A. n. 0/958 105

REPUBBLICA ITALIANA

Regione Siciliana



ASSESSORATO REGIONALE DELLA SANITÀ

Identificazione delle UU.OO. ospedaliere di nefrologia e dialisi di cui al D.A. 1676 del 20 agosto 2009

L'ASSESSORE

Visto lo Statuto della Regione Siciliana;
Visto il D.L.vo 30.12.1992, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art 1 della legge 23 ottobre 1992, n°421*;

Vista la legge regionale 14 aprile2009 n.5 recante "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale"

Visto in particolare l'art.2, comma 4 lettera a) della predetta legge 5/2009 che dispone che il Servizio Sanitario Regionale, in funzione di rigorosi ed accertati criteri e fabbisogni epidemiologici, promuova azioni volte a favorire, tra l'altro, l'instaurarsi di relazioni funzionali fra operatori ospedalieri e territoriali al fine di ottimizzare il sistema della continuità assistenziale nei processi di prevenzione, cura e riabilitazione;

Visto il D.A. 1676/09 del 20 agosto 2009 con il quale si adottano interventi per la riorganizzazione, la riqualificazione e il riequilibrio economico dell'assistenza sanitaria ai pazienti con uremia terminale e si revocano il D.A.1130 del 12 giugno 2009 ed il D.A. 1436 del 20 luglio 2009;

Visto il D.A. 1150/09 del 15 giugno 2009 di rimodulazione e riconversione della rete regionale ospedaliera e territoriale

Vista la nota (e relativi allegati) del Responsabile del Registro regionale di Nefrologia Dialisi e Trapianto del 25 giugno 2009 prot. 77/RSNDT con la quale si comunicano i dati utili per la identificazione delle UU.OO. Ospedaliere di Nefrologia e Dialisi di riferimento secondo i requisiti predefiniti e successivamente formalizzati nell'allegato 3 del citato DA 1676/09;

Vista la nota nº 689 del 9 settembre 2009 con la quale il responsabile del Registro regionale di Nefrologia Dialisi e Trapianti, a seguito di ulteriori elementi conoscitivi acquisiti, aggiorna l'elenco delle UU.OO. di nefrologia e Dialisi che rispondono ai requisiti suddetti e propone, altresi, di individuare ulteriori unità operative in ragione di evidenziate necessità assistenziali;

Ritenuto di dover condividere quanto contenuto nella nota di cui al punto precedente in merito alla opportunità di individuare quali Unità Operative di riferimento:

- Le UU.OO. di Nefrologia e Dialisi dell'Ospedale S. Antonio Abate e dell'Ospedale S. Elia di Caltanissetta, in quanto, pur non rispondendo in atto, pienamente, al criterio degli otto posti letto, le stesse hanno comunicato di essere comunque in grado di assicurare il ricovero dei pazienti ed in ogni caso; va considerata l'esigenza di garantire la presenza di almeno una UO di riferimento in ambito provinciale e ciò al fine di evitare disagevoli spostamenti ai pazienti;:
- Le due unità di Nefrologia e Dialisi dell'Azienda Ospedaliera Policlinico dell'Università di Messina, in quanto, insistendo sullo stesso presidio ed operando secondo un modello dipartimentale, il volume dei pazienti in trattamento dialitico può essere considerato nel suo complesso, al fine di rispondere ai requisiti previsti dall'allegato 3 al D.A. 1676/09;
- Le due UU.OO. di Nefrologia e Dialisi Pediatrica afferenti rispettivamente alla ARNAS "Civico Di Cristina e Benfratelli" di Palermo ed all'Azienda Universitaria Ospedaliera Policlinico di Messina, atteso che, sotto il profilo epidemiologico, non è possibile, come evidenziato nelle citate note del responsabile del Registro regionale di nefrologia, dalisi è tratigianto, applicare all'area pediatrica il requisito che fissa in 40 pazienti in trattamento dialitico il limite per centro ai fini del riconoscimento di cui al presente Decreto:

Ritenuto, al fine di uniformare i rapporti giundico-funzionali tra le UU.OO. di riferimento e i Centri Privati di Dialisi, di adottare l'allegato schema di convenzione;





DECRETA

Art. 1 – In applicazione di quanto previsto dall'art.2 del DA 1676 del20 agosto 2009, sono individuate quali Unità Operative Ospedaliere di riferimento le sottoelencate U.O.O.d. in Neftologia e Dialisi tra le quali sorcomprese, per le motivazioni espresse in premessa, anche talune UU.O.C. che pur non in possesso dei requisiti previsti dall'allegato 3 del citato D.A., e superando parzialmente le relative prescrizioni, rispondono alle esigenze assistenziali della popolazione:

AGRIGENTO

U.O.C. Nefrologia e Dialisi P.O. " Paolo II" Sciacca ASP 1

CALTANISSETTA

U.O.C. Nefrologia e Dialisi P.O.
"S. Elia" Caltanissetta ASP 2
U.O..C Nefrologia e Dialisi P.O.
"Vittorio Emanuele III" Gela ASP 2

ENNA

U.O. Nefrologia e Dialisi P.O. Umberto I Enna ASP 4

MESSIN

U.O.Nefrologia e Dialisi P.O. "S. Vincenzo" Taormina ASP 5

U.O.Terapia Intensiva Metabolica e Dialitica Policlinico Universitario "G. Martino" Messina

U.O. Nefrologia e Dialisi Policlinico Universitario "G. Martino" Messina

U.O. di Nefrologia Pediatrica con Dialisi A.O.U. Policlinico "Gaetano Martino" Messina

U.O.C.Nefrologia e Dialisi Milazzo/Lipari/Patti ASP 5

SIRACUSA

U.O.C. Nafrologia e Dialisi P.O. "Umberto I" Siracusa ASP 8

CATANIA

UOC Nefrologia e Dialisi P.O. Nesima Amas "Garibaldi" Catania

U.O.C.Nefrología e Dialisi Acireale"S.Marta e S.Venera" ASP 3

U.O.C. Nefrologia e Dialisi

A.O. "Cannizzaro" Catania

U.O.C. Nefrologia e Dialisi Ospedale "Vittorio Emanuele" Az Vittorio Emanuele –Policlinico Catania

U.O. Nefrologia e Dialisi P.O. "Gravina" Caltagirone ASP 3

PALERMO

U.O.C.Nefrologia e Dialisi ARNAS Civico-Di Cristina

U.O.C.Nefrologia 2.a con Dialisi e Trapianto ARNAS Civico-Di Cristina U.O.C Nefrologia e Dialisi Pediatrica-ARNAS.Civico Di Cristina

RAGUS

U.O.C Nefrologia e Dialisi P.O. "Maggiore" Modica ASP 7 U.O. C Nefrologia e Dialisi P.O. Paternò Arezzo Ragusa ASP 7

TRAPANI

U.O.C. Nefrologia e Dialisi P.C "S.Antonio Abate" Trapani ASP 9

Art.2- Al fine di uniformare i rapporti giuridico-funzionali tra le UU.OO. di riferimento di cui all'art.1 e i Centri Privati di Dialisi, è adottato l'allegato schema di convenzione che costituisce parte integrante del presente decento.

Il presente decreto sarà trasmesso alla G.U.R.S. per la relativa pubblicazione.

1 8 SET. 2009

Il Dirigente Generale Dipartimento Pianificazione Strategica (Dott. Naprizio Guizzardi)



-



Allegato 1

SCHEMA DI CONVENZIONE

Considerato che: a) l'art. 2 del D.A. 1676/09 prevede che le strutture private accreditate di emodialisi sono tenute a stipulare apposita convenzione con una delle UU. OO. Ospedaliere di Nefrologia e Dialisi di Riferimento presenti nel territorio provinciale di appartenenza;	
b) con D.A	
c) il Responsabile della suddetta U.O. ha espresso la disponibilità alla stipula di una convenzione operativa con il Centro Privato di emodialisi	
TRA	
l'Azienda Sanitaria/Ospedaliera	
. Е	
il Centro di Emodialisi	
Con l'obiettivo di: 1. assicurare ai pazienti afferenti al Centro	
 assicurare al personale medico ed infermieristico del Centro	
viene stipulata la seguente convenzione:	
L'U.O. di Nefrologia e Dialisi dell'Azienda Sanitaria/Ospedaliera	/





- cura di una equipe medica congiunta U.O. e Centro, presieduta dal Direttore della U.O. di Riferimento. Il Centro metterà a disposizione dell'equipe i dati clinici del sinsolo naziente:
- b) il trattamento dei pazienti afferenti al Centro giudicati meritevoli di cure intensive. Tali pazienti saranno trasferiti, previ accordi tra i responsabili, presso l'U.O. di Riferimento;
- c) il trattamento dei pazienti ospedalizzati in altre UU.OO. della stessa Azienda Sanitaria/Ospedaliera per complicanze intercorrenti.
- e) la iscrizione dei pazienti idonei in lista attiva per trapianto applicando le regole condivise tra Centri Trapianto, UU.OO. di Nefrologia e Dialisi e Centri Dialisi Privati in data 13.12.2002 in Noto.
- Il Centro si impegna:
 - a) ad accogliere i pazienti dimessi dalla U.O. di riferimento con indicazione al trattamento dialitico e con status clinico giudicato standard o, comunque idoneo al trattamento presso il Centro;
 - a consentire la frequenza regolare del proprio personale medico ed infermieristico presso l'U.O. di Riferimento di Nefrologia e Dialisi dell'Azienda Sanitaria/Ospedaliera
 per programmi di formazione ed aggiornamento che saranno elaborati e conoc/adati dai rispettivi responsabili.

Firma

Rappresentante Legale Centro Dialisi

Rappresentante Legale Azienda Sanitaria/Ospedaliera

Firma Direttore Sanitario Centro Dialisi Firma Direttore U.O. Nefrologia e Dialisi





D.A. n. A.1.3 03082103

REPUBBLICA ITALIANA

Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SANITÀ

Dipartimento per la pianificazione strategica

L'ASSESSORE

Interventi per la riorganizzazione, la riqualificazione e il riequilibrio economico dell'assistenza sanitaria ai pazienti con uremia terminale

Visto lo Statuto della Regione siciliana;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e successive modifiche ed integrazioni;

Visto in particolare l'art. 8 quinquies, comma 2, lett. b), del predetto D.Lgs. 502/1992, come modificato, in ultimo, dall'art. 79 del D.L. 112/2008, al sensi del quale "le regioni possono individuare prestazioni o gruppi di prestazioni per i quali stabilire la preventiva autorizzazione, da parte dell'azienda sanitaria locale competente, alla fruizione presso le strutture o i professionisti accreditati.", e ritenuto, conseguentemente, che le prescrizioni mediche ben possono essere sottoposte a controllo, indirizzo e verifica da parte della competente struttura sanitaria pubblica;

Visto il decreto 22 luglio 1996 con il quale il Ministro per la sanità ha individuato le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio, erogabili nell'ambito del servizio sanitario nazionale e le relative tariffe, prevedendo altresì la possibilità per le regioni di erogare, nell'ambito del proprio territorio, ulteriori prestazioni rispetto a quelle elencate nell'allegato 1 del citato D.M. 22 luglio 1996;





Visto il decreto dell'Assessore regionale per la sanità 11 dicembre 1997 recante "Elenco delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio, erogabili nell'ambito del Servizio sanitario regionale e relative tariffe":

Visto l'art. 25, comma 7, della legge regionale 22 dicembre 2005, n. 19, ai sensi del quale "Le disposizioni contenute nella legge regionale 12 agosto 1980, n. 88 e successive modifiche ed integrazioni sono applicate alle seguenti categorie:

- a) mutilati ed invalidi di guerra, ai sensi dell'articolo 2 della legge 18 marzo 1968, n. 313, del D.P.R. 23 dicembre 1978, n. 915 e del D.P.R. 30 dicembre 1981, n. 834;
- b) vittime civili di guerra ai sensi degli articoli 9 e 10 della legge 18 marzo 1968, n. 313, del D.P.R. 23 dicembre 1978, n. 915 e del D.P.R. 30 dicembre 1981, n. 834.";

Visto l'Accordo del 31 luglio 2007 attuativo del Piano di Rientro, di riorganizzazione, di riqualificazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento del riequilibrio economico del servizio sanitario regionale, previsto dall'art. 1 comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n°311, con le relative misure ed azioni;

Vista la deliberazione della Giunta regionale n. 312 dell'1 agosto 2007 con cui l'Assessore regionale per la sanità è stato incaricato di dare esecuzione all'Accordo attuativo del Piano di rientro ed al Piano medesimo e di provvedere all'attuazione delle misure e degli interventi contenuti in tale atto valevoli per il triennio 2007-2009;

Visto il decreto dell'Assessore regionale per la sanità 28 febbraio 2008, recante "Applicazione nel territorio della Regione Siciliana dei valori tariffari previgenti di cui ai decreti 11 dicembre 1997 e 29 dicembre 2005, concernenti le tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e delle prestazioni di emodialis", che, a sua volta, richiama l'applicazione nella Regione siciliana dei valori tariffari di cui al decreto assessoriale 11 dicembre 1997 e di quelli di cui al decreto assessoriale 29 dicembre 2005, vigente, quest'ultimo, per le sole categorie di soggetti indicati dall'art. 25 della predetta I.r. 19/2005 quali destinatari delle disposizioni contenute nella legge regionale 12 agosto 1980, n. 88;

Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5 recante "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale";

Visto in particolare l'art. 2, comma 4, lett. a), della predetta legge 5/2009 che dispone: "Il Servizio sanitario regionale, in funzione di rigorosi ed accertati criteri e fabbisogni epidemiologici, promuove azioni volte a realizzare:

a) una qualificata integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari anche attraverso il necessario trasferimento dell'offerta sanitaria dall'ospedale al territorio, nonché un compiuto coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e l'ottimale distribuzione sul territorio dei medici specialisti, favorendo l'instaurarsi di relazioni funzionali fra operatori ospedalieri e territoriali al fine di ottimizzare il sistema della continuità assistenziale nei processi di prevenzione, cura e riabilitazione:"





Visto in particolare l'art, 25, comma 1, della predetta 1.r. 5/2009, nella parte in cui dispone "L'Assessore regionale per la sanità determina, sentitle le organizzazioni di categoria maggiormente rappresentative, le condizioni e le modalità secondo le quali si stabiliscono gli accordi ei contratti con gli erogatori privati,",

Visto il D.A. n. 1676/09 del 20 agosto 2009 (pubblicato nella G.U.R.S. n.42 dell'11 settembre 2009) avente ad oggetto interventi per la riorganizzazione, la riqualificazione ed il riequilibrio economico dell'assistenza sanitaria ai pazienti con uremia terminale;

Considerato che avverso il suddetto D.A. sono stati proposti al TAR Sicilia – sede di Palermo – alcuni ricorsi presentati dall'Associazione nefrologi extraospedalieri ASNF e da diversi Centri di dialisi accreditati con il servizio sanitario regionale;

Considerato che il TAR Palermo – sezione I - con ordinanze nn. 965, 966 e 967 del 13 ottobre 2009, depositate in pari data, ha accolto la domanda di sospensione dell'esecuzione del provvedimento impugnato, ritenendo fondato, ad un sommario esame, il profilo di censura dedotto in ordine alla violazione dell'art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., "atteso che ai sensi della predetta disposizione normativa l'Amministrazione competente deve essere individuata nelle singole Aziende sanitarie locali, cui corrispondono in Sicilia (ai sensi della I.r. n. 5/09 le neo istituite Aziende sanitarie provinciali);

Ritenuto, pertanto, al solo fine di superare la criticità posta dal TAR, di dovere modificare l'art. 1 del citato D.A. n. 1676/09, sostituendo il comma 1 con il seguente: "l'ammissione alla fruizione del trattamento sostitutivo della funzione renale presso centri di dialisi privati accreditati deve essere preventivamente autorizzata dall'azienda sanitaria provinciale di appartenenza, sulla base di una certificazione rilasciata da un medico specialista nefrologo da essa dipendente o convenzionato, che attesti l'insufficienza renale cronica terminale e la necessità del trattamento sostitutivo";

Ritenuto di dovere invece confermare tutte le altre disposizioni del D.A. n. 1676/09, nonché i documenti ad esso allegati;

DECRETA

Art. 1

L'art. 1 comma 1 del D.A. n. 1676/09 è così modificato:

1. L'ammissione alla fruizione del trattamento sostitutivo della funzione renale presso centri di dialisi privati accreditati deve essere preventivamente autorizzata dall'Azienda sanitaria provinciale di appartenenza, sulla base di una certificazione rilasciata da un medico specialista nefrologo da essa dipendente o convenzionato, che attesti l'insufficienza renale cronica terminale e la necessità del trattamento sostitutivo.





Art. 2

E' confermato del D.A. n. 1676/09 in ogni sua restante parte, ivi compresi i documenti ad esso allegati.

Il presente decreto sarà trasmesso jalla Ragioneria centrale dell'Assessorato di l'orgionale della sanita per il visto di competenza e successivamente alla Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana per la relativa pubblicazione.

Palermo [1 7 DIC. 2009





Prof 161 e/ 10 lear

uranocausum Istituto Luperiore di Sanità

VIALE REGINA ELENA, 299 Telerono: 06 49904040/4041 Toutes: 06 49904101

PROTOCOLLO D'INTESA

Tra

CENTRO NAZIONALE TRAPIANTI (CNT) con sede a Roma viale Regina Margherita, 299, nella persona del Direttore Generale Alessandro Nanni Costa

E

REGISTRO REGIONALE DIALISI REGIONE SICILIA (RR Sicilia) con sede presso il Centro Regionale per i Trapianti della Regione Sicilia, con sede in Palermo Piazzale M. Leotta c/o ARNAS Civico e Benfratelli e rappresentato dal dott. Vito Sparacino;

PREMEMSSO CHE:

l'art. 8, L. 1° aprile 1999, n. 91 "Disposizioni in materia di prelievi e trapianti di organi e di tessuti", istituisce il Centro Nazionale Trapianti;

l'art. 1, 2 co., L. 1º aprile 1999, n. 91 stabilisce che il procedimento per l'esecuzione dei trapianti è disciplinato secondo modalità tali da assicurare il rispetto dei criteri di trasparenza e di pari opportunità tra i cittadini, prevedendo criteri di accesso alle liste d'attese determinati da parametri clinici ed immunologici;

l'art. 8, 6 co., lett. a), L. 1° aprile 1999, n. 91 riconosce al CNT quale funzione quella di curare attraverso il Sistema Informativo Trapianti (SIT) di cui all'art. 7, L. 1º aprile 1999, n. 91 la tenuta delle liste delle persone in lista di attesa, differenziate per tipologie di trapianto risultanti dai dati trasmessi dai centri regionali o interregionali per i trapianti,







18 14 Percen

VALLE REGINA ELEMA, 299 TELEFONO: 36 69904340/4041

l'art. 8, 6 co., lett. h), L. 1° aprile 1999, n. 91 inoltre attribuisce al CNT il compito di individuare anche in via preventiva "la soglia minima annuale di attività per ogni struttura per i trapianti e i criteri per una equilibrata distribuzione territoriale delle medesime";

il RR Sicilia istituito in base al Decreto Assessoriale n. 03423/2008 della Regione Sicilia raccoglie dati riguardanti i pazienti affetti da insufficienza renale cronica terminale sottoposti a trattamento sostitutivo della funzione renale:

i RR Sicilia aderisce alla Società Italiana di Nefrologia Registro Nazionale di Dialisi e Trapianto (SIN- RIDT);

il CNT si è fatto promotore di iniziative "nel rispetto di una libera e consapevole scelta" di cui all'art. 2, comma 1, L. 1° aprile 1999, n. 91 volte a generare "informazioni dirette a diffondere tra i cittadini la conoscenza delle possibilità terapeutiche scientifiche collegate al trapianto di organi (art. 2, comma 1, lett. c), L. 1° aprile 1999, n. 91)" nonché "a promuovere nel territorio di competenza l'educazione sanitaria e la crescita culturale in materia di prevenzione primaria, di terapie tradizionali ed alternative e di trapianti (art. 2, comma 2, lett. c), L. 1° aprile 1999, n. 91)"

allo scopo tra CNT e Società Italiana di Nefrologia Registro Nazionale di Dialisi e Trapianto (SIN- RNDT) è stato siglato in data 5 maggio 2009 un accordo di collaborazione finalizzato alla realizzazione di un data base all'interno del Sistema Informativo Trapianti per la raccolta dei dati provenienti dai Registri Regionali;

l'accordo prevede che la SIN-RIDT possa avere accesso al data base in forma anonima al fine di poter condurre le analisi statistico epidemiologiche, la pubblicazione dei report nazionali e la contribuzione ai Registri Sovranazionali;





erestinoauxsum Istituto Superiore di Sanità

Centro Nazionale Trapianti

com Stome

VINTE REGINA ELENA, 299 TELEFONE: 05-49904040/4041 TELEFAX: 05-49904101

il CNT e la SIN-RIDT hanno costituito una commissione paritetica per la realizzazione di un Protocollo Tecnico Operativo finalizzato a regolare le dinamiche dei trasferimenti dei dati tra SIT e RR nonché tra SIT e RIDT;

CONSIDERATO CHE:

i dati relativi ai pazienti affetti da insufficienza renale cronica terminale sottoposti a trattamento sostitutivo della funzione renale sono importanti per il Centro Nazionale Trapianti al fine del conseguimento dei propri compiti istituzionali e in particolare per valutare l'incidenza sulle liste d'attesa di tali tipologie di pazienti;

è interesse del RR Sicilia per le finalità istituzionali ad esso proprie, collaborare alla realizzazione del database di cui in premessa;

tutto ciò premesso e considerato le parti concordano:

Art. 1

(Premesse)

Le premesse si considerano parte integrante del presente accordo.

Art. 2

(Oggetto)

Le parti concordano di collaborare alla realizzazione del data base costituito nel SIT nei modi e nelle forme stabilite nel Protocollo Tecnico Operativo che si allega quale parte integrante del presente accordo.





Bres Thomas

VILLE REGINA ELEVA, 299
TELEFONO: OS 49904040/4041
TELEFANO DE 49904101

Si considera, altresì, parte dell'accordo l'allegato per la restituzione dei dati dal CNT per tutti i registri che lo abbiano sottoscritto.

Art. 3

(Adempimenti RR Sicilia)

Le parti si impegno al rispetto di tutti gli adempimenti riguardanti la privacy così come specificati al punto I del Protocollo Tecnico Operativo.

Il RR Sicilia, in particolare, si impegna a verificare e accertare che ogni dato inserito nel sit sia accompagnato da entrambi i moduli di informativa e consenso al trattamento dei dati sottoscritti dal paziente uno in nome e per conto del Centro Nazionale Trapianti e l'altro in nome e per conto del RR.

Art. 4

(Adempimenti del CNT)

Il CNT una volta ricevuti ed elaborati i dati nei modi e delle forme stabilite dal Protocollo Tecnico Operativo, provvederà alla restituzione dei dati ai soli RR Sicilia che abbiano sottoscritto l'allegato di restituzione di cui all'Art. 2, comma 2 del presente accordo.

Art. 5

(Modifiche ed Integrazioni del Protocollo Tecnico Operativo)

Qualora il Protocollo Tecnico Operativo subisse delle modifiche o integrazioni per intervenute esigenze tecnico, operative o normative, le parti concordano di adeguarsi alle nuove disposizioni entro 30 giorni dalla comunicazione del nuovo protocollo.

Art. 6

(Durata)

Tale accordo ha una durata di due anni a far data dalla sottoscrizione, tacitamente rinnovabile

X



мино польнич Istituto Superiore di Sanità Centro Nazionale Trapianti

VINEE REGIMA ELENA, 299 Telepolio: 86 49904040/4041 Telepoli: 86 49904101

Art. 7

(Recesso)

Il recesso è ammesso nei casi di rilevato inadempimento e in ogni caso previo preavviso di trenta giorni.

Art. 8

(Oneri Economici)

Il presente accordo non comporta oneri di spesa aggiuntivi per le parti.

Art. 9

(Adempimenti Normativi)

Nel caso in cui subentrino adempimenti normativi dai quali dipenda l'efficacia dell'accordo, questo si riterrà sospeso fino all'espletamento degli adempimenti richiesti.

Roma,

Centro Nazionale Trapianti

Registro Regionale Dialisi CCRI SICIUA

febbraio 1997, n. 46 e s.m.i. e per la registrazione dei dispositivi impiantabili attivi nonché per l'iscrizione nel repertorio dei dispositivi medici"

Visto il decreto n. 1418 del 17 luglio 2009, con il quale questa Regione ha recepito in materia l'accordo del 15 feb-braio 2007, rep. atti 34/CRS, concernente "Modalità di alimentazione e, aggiornamento della banca dati del Ministero della salute necessarie all'istituzione e alla gestione del repertorio generale dei dispositivi e la fissa-zione della data a decorrere dalla quale nell'ambito del SSN possono essere acquistati, utilizzati o dispensati uni-camente i dispositivi iscritti nel repertorio medesimo"; Visto il decreto n. 1419 del 17 luglio 2009, con il quale

questa Regione ha recepito in materia l'accordo del 15 feb-bralo 2007, rep. atti 35/CRS, concernente l'approvazione della classificazione nazionale dei dispositivi medici (CND):

Ritenuto dover procedere altresì al recepimento dell'accordo predetto stipulato in data 17 dicembre 2009, rep. atti 250/CRS:

Decreta:

Articolo unico

nÈ recepito l'accordo stipulato ai sensi dell'art. 1, comma 409, lett. a), della legge 23 dicembre 2005, n. 266, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano in data 17 dicembre 2009, concernente "Modifiche ed integrazioni al decreto del Ministero della salute 20 febbraio 2007 recante nuove modalità per gli adempimenti previsti dall'art. 13 del decreto legislativo 24 febbraio 1997, n. 46 e s.m.i. e per la registrazione dei dispositivi impiantabili attivi nonché per l'iscrizione nel repertorio dei dispositivi medici".

Il presente provvedimento sarà trasmesso al Ministero della salute e delle politiche sociali, al Ministero dell'eco-nomia e delle finanze nonché alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano.

Palermo, 8 novembre 2010.

GUIZZARDI

(2010.45.3061)102

DECRETO 10 novembre 2010.

Approvazione del nuovo modello organizzativo del Centro regionale per i trapianti di organi e di tessuti.

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione; Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e

successive modifiche ed integrazioni; Visto il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229; Vista la legge 1 aprile 1999, n. 91 "Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti";

Vista la legge regionale 3 novembre 1993, n. 30;

Vista la legge regionale n. 25 del 6 aprile 1996; Visto il D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 483;

Visto il decreto legislativo 27 marzo 2001, n. 220;

Visto il Piano sanitario regionale 2000/2002; Visto il decreto n. 7415 del 17 febbraio 2006;

Visti i CC.NN.LL. dell'area della dirigenza mdica e veterinaria, dell'area SAPT, nonché del comparto per le parti ad oggi validi ed efficaci;

Visto il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e s.m.i. ed in particolare il testo vigente giuste modifiche da ultimo apportate con il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150;

Vista la delibera della Giunta regionale della Regione siciliana 5 maggio 2006, n. 202; Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5 "Norme per

il riordino del servizio sanitario regionale";

Stante che la donazione ed il trapianto di organo sono argomenti che non possono rimanere circoscritte al mondo della medicina ma, per i particolari aspetti sociali che rivestono, coinvolgono anche le istituzioni e la comu-

Considerato che i trapianti di organo rappresentano ormai una consolidata terapia della moderna medicina per molte insufficienze terminali di organo e che la possi-bilità di soddisfare la crescente richiesta di trapianti dipende dalla percezione della popolazione generale della donazione degli organi intesa come atto di solidarietà allargata, e non atto finalizzato;

Rilevato che una corretta informazione sulle attività di donazione e trapianto, svolte in ambito regionale, deve essere a disposizione di ogni cittadino affinchè possa avere la consapevolezza del ruolo che è chiamato a svolgere in tema di donazione di organo;

Considerato che in questo senso assume particolare rilievo il ruolo e l'assetto organizzativo del Centro regionale per i trapianti nel contesto del sistema sanitario regio-

Ritenuto che pertanto è opportuno procedere ad un riassetto organizzativo del Centro regionale per i trapian-ti alla luce della esperienza fin qui maturata in conformità all'analisi delle condizioni reali, secondo le linee di indi-rizzo organizzativo dettate dal Centro nazionale trapianti, con l'obiettivo di dare elementi di stabilità nell'attività di donazione e trapianto, di qualità e garanzia delle attività, attraverso l'ottimizzazione dei livelli organizzativi, qualitativi e quantitativi della rete regionale; Vista la delibera della Giunta regionale n. 349 del 4

ottobre 2010;

Decreto:

Art. 1

È approvato il nuovo modello organizzativo del Centro regionale per i trapianti di organi e di tessuti con acronimo C.R.T., in ottemperanza alla legge regionale del 6 aprile 1996, n. 25, alla legge nazionale 1 aprile 1999, n. 91, ed è organo tecnico dell'Assessorato della salute.

La sede del Centro regionale per i trapianti è indivi-duata presso l'A.R.N.A.S. Civico, G. Di Cristina Benfratelli

Per lo svolgimento delle attività al C.R.T. sono utiliz-zati pertinenti locali del patrimonio immobiliare del-l'A.R.N.A.S.

Art. 2

Il C.R.T., in ossequio alle previsioni di cui all'art. 10, comma 6, della legge 1 aprile 1999, n. 91, assolve le seguenti funzioni:

a) coordina le attività di raccolta e di trasmissione

dei dati relativi alle persone in attesa di trapianto nel rispetto dei criteri stabiliti dal Centro nazionale;

coordina le attività di prelievo e i rapporti tra i reparti di rianimazione presenti sul territorio e le struttu-re per i trapianti, in collaborazione con i coordinatori



locali e la direzione sanitaria dell'azienda ospedaliera inte

c) assicura il controllo sull'esecuzione dei test immunologici necessari per il trapianto avvalendosi di uno o più laboratori di immunologia per i trapianti allo scopo di assicurare l'idoneità del donatore;

d) procede all'assegnazione degli organi in applicazione dei criteri'stabiliti dal Centro nazionale, in base alle priorità risultanti dalle liste delle persone in attesa di traianto di cui all'articolo 8, comma 6, lettera a), della legge 1 aprile 1999, n. 91;

e) assicura il controllo sull'esecuzione dei testi di compatibilità immunologica nei programmi di trapianto nel territorio di competenza;

f) coordina il trasporto dei campioni biologici, delle équipès sanitarie e degli organi e dei tessuti nel territorio di competenza:

g) cura i rapporti di collaborazione con le autorità sanitarie del territorio di competenza e con le associazioni di volontariato.

Ed inoltre, in materia di prelievo e trapianto di organi e tessuti, svolge le ulteriori seguenti funzioni: – gestisce il sistema informativo regionale dei tra-

- pianti, destinato a collegare il Centro regionale con il sistema informativo nazionale dei trapianti, con le
- "'terapie intensive e i centri di trapianto; gestisce un Registro regionale dei decessi per lesioni cerebrali;
- cura la raccolta dei dati statistici relativi alle attività di prelievo e di trapianto di organi e tessuti, non-
- ché dei risultati di tali attività;

 relaziona semestralmente e predispone la relazione annuale dell'attività da trasmettere all'Assessore per la salute:
- propone all'Assessorato della salute l'accreditamen to delle strutture autorizzate a effettuare i trapianti di organi e di tessuti e la revoca di quelle che non abbiano rispettato i livelli previsti dal Ministero della salute;
- promuove le iniziative di formazione permanente e aggiornamento del personale coinvolto nell'attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti;
- espleta funzioni di consulenza e supporto tecnico scientifico nei confronti della Regione, delle aziende sanitarie di tutti gli organismi impegnati in attività di trapianto di organi e tessuti;
- coordina le strutture sanitarie aventi il compito di certificare, conservare e distribuire i tessuti prele-
- ne l'individe azione delle unità di imgia dei trapianti delle aziende sanitarie che effettua-no attività di tipizzazione tissutale;
- promuove il raccordo con il C.N.T. attraverso la rac colta, elaborazione e la trasmissione dei dati relativi all' attività di prelievo di organi e tessuti;
- gestisce il funzionamento del Registro regionale di nefrologia, dialisi e trapianto; coordina l'attività dei gruppi di studio in tema di
- donazione e trapianti; assicura tutte le funzioni suddette h 24 per 365 gior-
- ni all'anno

Art. 3

Sono obiettivi del Centro regionale per i trapianti: a) promuovere l'incremento della disponibilità di organi e tessuti destinati al trapianto;

- b) garantire una corretta ed appropriata distribuzione degli organi in base alle conoscenze tecniche ed ai
- principi di equità, trasparenza e pari opportunità; c; c) promuovere la formazione professionale e la corretta informazione dei cittadini sulla donazione e il trapianto degli organi e del tessuti, attraverso uno specifico corso di formazione su aspetti prettamente clinici e di comunicazione, da realizzarsi entro il 31 dicembre 2011;
 d) promuovere la diffusione di protocolli e linee
- guida condivisi per l'attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti;

e) promuovere la cultura di gruppi di studio quali per es.

donazione e trapianto;

- trapianto di rene
 - trapianto di fegato;
 - trapianto di organi toracici;

prelievo, banking e distribuzione dei tessuti; f) promuovere la costituzione del Tavolo regionale delle associazioni di volontariato e dei pazienti attive a livello regionale con il quale programma e promuove la realiz-zazione di campagne di informazione della popolazione

zazzone di Campagne in informazzone della popolizzone generale e di formazione del personale impegnato nella dif-fusione della cultura della donazione di organi e tessuti; g) coordinamento dell'assistenza psicologica a partini stottoposti a trapianto o in attesa di sottoporsi a trapianto nonche alle famiglie dei donatori.

Gli organi del C.R.T sono il coordinatore regionale e il comitato regionale per i trapianti. Il coordinatore regiona le, scelto tra i dirigenti medici del S.S.R., in attività di servizio che abbiano acquisito esperienza nel settore dei trapianti, è nominato con decreto dell'Assessore regionale per la salute. L'incarico di coordinatore regionale del C.R.T. ha durata di anni cinque con un rapporto di lavoro a tempo pieno ed esclusivo. Il cordinatore regionale, nominato in base all'art. 11 della legge n. 91 dell'1 aprile 1999, ha autonomia gestionale e responsabilità diretta delle risorse umane, tecniche ed economico-finanziarie del CRT, può essere revocato su determinazione dell'Asses-

sore regionale per la salute.
Il compenso del coordinatore regionale è composto dall'intero trattamento economico percepito all'atto della nomina presso l'Azienda di provenienza, da un compenso aggiuntivo, il cui ammontare è fissato dall'Assessore regionale per la salute, connesso agli obiettivi affidati che saranno successivamente individuati in sede di attribuzione annuale del suddetto compenso. L'intero ammontare della retribuzione corrispo

coordinatore regionale secondo le previsioni del C.C.N.L. di riferimento equiparato a quello spettante ad un direttore di struttura complessa, trovandone capienza nel financamento annualmente specificatamente assicurato, è a carico del C.R.T. per tutta la durata dell'incarico. Nell'ambito della autonoma dotazione organica del

C.R.T. e fermo restando quanto previsto dalla vigente nor-mativa, le funzioni del coordinatore regionale sono equiparate a quelle di direttore di struttura complessa

La valutazione del coordinatore è svolta dall'Azienda di appartenenza attraverso un collegio tecnico integrato componente di nomina regionale

Nello svolgimento dei suoi compiti il coordinatore regionale collabora con la rete dei coordinatori locali, con le direzioni sanitarie degli ospedali sedi di rianimazione e con le associazioni di volontariato e dei pazienti.



È facoltà del coordinatore regionale individuare fra i 3 dirigenti medici assegnati al C.R.T. il viceccoordinatore il

quale lo sostituirà in caso di assenza od impedimento. Il comitato regionale per i trapianti, di cui all'art. 11, comma 2, della legge n. 91/99, è composto da un dirigente dell'Assessorato regionale della salute che lo presiede, dal coordinatore regionale, da due coordinatori locali, da un esperto nel settore dei prelievi di organi e tessuti, dal direttore del laboratorio di immunogenetica convenzionato con il C.R.T., da un rappresentante dei centri autorizzati ai trapianti nella regione, da un rappresentante delle banche di tessuti attive nella regione, da un rappresentante dei centri di trapianto di cellule staminali emopoietiche, da un rappresentante dell'AIDO e da un rappresentante delle associazioni di pazienti trapiantati maggiormente rappre-sentative a livello regionale e/o nazionale.

Il Comitato regionale per i trapianti delibera gli indi-rizzi tecnico-operativi per lo svolgimento delle attività di prelievo e di trapianto di organi in regione e approva la relazione annuale e il piano programmatico predisposto dal coordinatore regionale.

Per la peculiarità delle prestazioni erogate e per l'alta specialità delle stesse, il CRT, per il proprio funzionamento, necessita di dotazione organica specifica

Detta dotazione, assegnata all'A.R.N.A.S. Civico, G. Di Cristina e Benfratelli di Palermo, costituirà dotazione aggiuntiva a quella della stessa A.R.N.A.S. da riportarsi negli atti dell'azienda specificatamente.

Il C.R.T. per assicurare la continuità del servizio e nelle more dell'espletamento delle procedure concorsuali previste dalla normativa vigente per l'assunzione delle sottoelencate figure professionali, procederà con la stipula di contratti a tempo determinato per il periodo massimo pre-visto dalla norma di riferimento, fatta salva la necessaria previsione di rescissione contrattuale a fronte della copertura definitiva del posto di riferimento.

Le procedure concorsuali sono quelle previste per le analoghe posizioni per il personale del S.S.N. Le commissio ni giudicatrici che pure dovranno avere analoga composizione saranno presiedute dal coordinatore regionale del C.R.T.

La dotazione organica dedicata, necessaria al mante-nimento quali-quantitativo delle prestazioni erogate risulta, oltre al coordinatore regionale, così modulata e dimensionata:

- n. 3 dirigenti medici;
- n. 1 dirigente biologo
- n. 2 collaboratori professionali sanitari infermieri professionali;
- n. 1 collaboratore professionale amministrativo
- esperto di data-management; n. 1 collaboratore professionale amministrativo;
- n. 2 assistenti amministrativi;
- n. 1 commesso.

Quanto sopra, fatto salvo gli incarichi conferibili su specifici progetti a finanziamento ad hoc.

Art. 6

Gli oneri per il funzionamento del C.R.T. sono a carico delle risorse del Fondo sanitario regionale e sono deter-minati in € 1,600,000 annui. Tale somma viene assegnata annualmente, con vincolo di destinazione a favore del medesimo CRT, all'ARNAS Civico G. Di Cristina Ben-fratelli di Palermo. Il coordinatore regionale assicurera trapianti nel territorio di competenza;

tutte le funzioni amministrative a mezzo di proprie deter-

I provvedimenti adottati dal coordinatore regionale saranno inviati a cura dello stesso al collegio dei sindaci dell'A.R.N.A.S. Civico, Di Cristina e Benfratelli per essere sottoposti al dovuto controllo.

Per l'approvvigionamento di beni/servizi e prestazioni professionali occasionali occorrenti per le attività istituzionali del C.R.T., il coordinatore regionale, con l'ausilio degli uffici e dei funzionari dell'ARNAS individuati a questo scopo e nel rispetto della normativa e delle procedure adottate dall'ARNAS per tipologie di acquisto uguali e/o similari ovvero procedimenti di legge, adotterà gli atti necessari e li trasmetterà alla direzione amministrativa dell'ARNAS che, verificata la regolarità della procedura e la disponibilità finanziaria, provvederà entro dieci giorni alla loro esecuzione. Ove necessario e limitatamente ad acquisti di importo inferiore ad € 1.000, il coordinatore regionale provvederà direttamente all'acquisto prelevan doli dalla cassa economale, come da regolamento economale interno del C.R.T.

Tutti i costi sostenuti dal C.R.T. confluiscono nel cen-tro di costo dedicato al Centro.

La successione dei pagamenti per il funzionamento del C.R.T. avverrà seguendo una sequenza cronologica distinta dagli altri pagamenti dell'ARNAS Civico Di Cristina e Benfratelli e corrispondente alla scadenza tem-

porale delle fatture pervenute. L'azienda ARNAS avrà cura di trasmettere annualmente all'Assessorato regionale della salute il rendiconto, controfirmato dal coordinatore regionale, dei costi sostenuti per il C.R.T.

Art. 7

Il coordinatore regionale può stipulare convenzioni e/o protocolli d'intesa con aziende sanitarie e ospedaliere, università, enti pubblici e privati in armonia con la nor-mativa vigente in materia limitatamente alle funzioni

Art. 8

Per ogni azienda sanitaria provinciale e per ogni azienda ospedalicra dove ha sede una U.O. di rianimazione è nominato, dal rispettivo direttore generale su proposta del coordinatore regionale per i trapianti, un coordinatore locale, scelto tra i medici che abbiano maturato esperienza nel campo dei prelievi e trapianti di organi e tessuti. Il coordinatore locale dura in carica cinque anni e può essere revocato su proposta motivata del coordinatore regionale.

Al coordinatore locale viene attribuito uno specifico debito orario per l'effettuazione delle funzioni sopraelen-cate definito dal direttore generale dell'azienda d'intesa con il coordinatore regionale per i trapianti.

Il coordinatore locale svolge i compiti di cui all'art. 12 della legge n. 91 dell'1 aprile 1999:

assicura l'immediata comunicazione dei dati relativi al donatore, tramite il sistema informativo dei tra-pianti al fine dell'assegnazione degli organi;

b) coordina gli atti amministrativi relativi agli interventi di prelievo;

c) cura i rapporti con le famiglie dei donatori;

d) organizza l'attività di informazione, di educazio-ne e di crescita culturale della popolazione in materia di

f) compila il registro locale dei cerebrolesi; il registro locale dei prelievi effettuati; il registro locale delle cause di mancata effettuazione dei prelievi;

g) assicura un costante monitoraggio dei potenziali donatori di organi;

 h) avanza proposte e progetti per iniziative al coor-dinatore regionale finalizzati al miglior perseguimento dei propri compiti;

i) svolge ogni ulteriore attività prevista dalle norme organizzative interne o delegata dal coordinatore regio-

I coordinatori locali nell'espletamento dei compiti di cui sopra, possono avvalersi di collaboratori scelti tra il personale sanitario e amministrativo, operano in posizione di staff rispetto alle direzioni delle strutture sanitarie e ospedaliere di appartenenza, e dipendono funzionalmente dal coordinatore regionale.

Le aziende ospedaliere e le aziende sanitarie provin-ciali sono tenute ad assicurare i mezzi, le risorse tecnicosanitarie e di supporto per l'espletamento dei compiti dei coordinatori locali.

Normativa

Il nuovo modello organizzativo del C.R.T. è operativo a far data dal 30° giorno successivo alla data di pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana del presente decreto.

Tutti gli oneri finanziari discendenti dal presente creto trovano copertura all'interno degli stan: del ES.R.

Palermo, 10 novembre 2010.

RUSSO

(2010.46.3126)102

ASSESSORATO DEL TERRITORIO E DELL'AMBIENTE

DECRETO 29 settembre 2010.

Approvazione di un programma costruttivo da realizza re nel comune di Palermo.

IL DIRIGENTE GENERALE DEL DIPARTIMENTO REGIONALE DELL'URBANISTICA

Visto lo Statuto della Regione Vista la legge 17 agosto 1942, n. 1150 e successive

modifiche ed integrazioni; Vista la legge regionale 27 dicembre 1978, n. 71 e suc-

sive modifiche ed integrazioni;

Vista la legge regionale n. 1/86; Vista la legge regionale n. 86/81;

Vista la legge regionale 6 aprile 1996, n. 22; Vista la legge regionale 24 luglio 1997, n. 25; Visto il D.P.R. 8 glugno 2001, n. 327 come modificato

dal decreto legislativo 7 dicembre 2002, n. 302; Visto il decreto n. 124 del 13 marzo 2002 ed il decreto

n. 558 del 29 luglio 2002, di approvazione del P.R.G. del comune di Palermo;

Vista la nota comunale prot. n. 250940 del 30 marzo 2010, assunta al protocollo di questo Assessorato il 15 aprile 2010, con numero di prot. n. 26208, con la quale l'as

sore all'urbanistica del comune di Palermo ha trasmesso a sore all urbanistica del comune di l'alermo ha trasmesso a questo Assesorato, per i provedimenti di competenza, gli atti e gli elaborati relativi all'approvazione del programma costruttivo, redatto ai sensi della legge regionale n. 2296, come previsto dalla prescrizione esceutiva "Borgo Vecchio", all'interio del comparto compreso tra via Archimede, vlo Moriel, via Daba, via delle Prigioni e piaz-za Strazzeri, in variante al PR.G., secondo le procedure, il 2000. 23 Strazzen, in variante at F.R.G., secondo le procedure, i termini e le modalità previste dall'art. 5 della legge regiona-le n. 1 del 28 gennaio 1986, della cooperativa edilizira "61 Ottobre", per la costruzione di n. 18 alloggi sociali; vista ia nota comunale prot. n. 567922 del 3 agosto 2010, con la quale è stata trasmessa la relazione integrati-

va richiesta con nota dipartimentale prot. n. 41563 del 23 giugno 2010;

Vista la deliberazione consiliare n. 9 del 17 gennaio 2007, avente come oggetto: "Programma costruttivo per la realizzazione di 3 edifici di civile abitazione per complessivi 27 alloggi da realizzare, come previsto dalle prescrizioni esecutive di Borgo Vecchio, all'interno del comparto compreso tra la via Archimede, v.lo Morici, via Daba, via delle Prigioni e piazza Ștrazzeri"; Vista la deliberazione consiliare n. 15 del 2 febbraio

2010, avente per oggetto: "Delibera di contro deduzioni alla delibera n. 9/2008 avente per oggetto: programma costruttivo per la realizzazione di 3 edifici di civile abitacostumo per la realizzazione di 3 edinici di civile atoria-zione per complessivi 27 alloggi da realizzare, come previ-sto dalle prescrizioni esecutive di Borgo Vecchio, all'inter-no del comparto compreso tra la via Archimede, di Morici, via Daba, via delle Prigioni e piazza Strazzeri'; Visto l'estratto del verbale della Vi commissione con-

siliare svoltasi nella seduta del 19 dicembre 2006, con la quale è stato espresso parere favorevole al P.C. di che trat-

— l'emandamento presentato dalla VI commissione consillare con il quale è stato scorporato l'edificio n. 1 dal P.C. in oggetto in conseguenza dell'accoglimento di alcune osservazioni agli avvist del procedimento, e di aumentare il numero dei piani di numero uno per l'edificio n. 2 e di n. 2 per l'edificio n. 3 e di respingere le osservazioni rela-tive alle particelle del foglio di mappa n. 117 nn. 168 sub 3-4-5-6, all'interno del comparto in quanto le stesse non coprono tutta la proprietà dell'area dell'isolato relativo all'edificio n. 2 rappresentato complessivamente dalle par-ticelle n. 168 sub 3-4-4-6; 170 sub 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 e 171 sub 1-2-3-4-5-6-7-8;

il parere di legittimità dell'emandamento prot. n. 25784 del 12 gennaio 2007;
— le osservazioni alla delibera di C.C. n. 9 del 17 gen

naio 2007, presentate dai sigg. Prinzi Giovanna, Fecarotta Maria Concetta, Dennma Marina e Cecilia, Demma Cecilia e Marina, Cordone Leonardo, Cordone Giovanna e Rosano Maria Elena:

Visti gli elaborati progettuali a firma del tecnico, arch. Saiano Franco, conformi all'elaborato esitato dal Genio civile ed allegato alla delibera n. 15 del 2 febbraio 2010; Vista la relazione geologica a firma del geol. Giuseppe

De Domenico: Vista la nota della Segreteria generale prot. n. 151526

del 5 marzo 2007, che certifica l'avvenuta pubblicazione della delibera di C.C. n. 9 del 17 gennaio 2007; Visto il parere favorevole n. 18 del 24 settembre 2010,

reso dall'unità operativa 2.1 del servizio 2°/D.R.U. di que sto Assessorato, ai sensi della legge regionale n. 22/96, che di seguito parzialmente si trascrive:

Omissis





D.A. D. 0834/11

Visto

Vista

Visto

REPUBBLICA ITALIANA



Regione Skilima ASSESSORATO DELLA SALUTE

L'ASSESSORP

"Potenziamento delle cure domiciliari nel pazienti affetti da insufficienza renale terminale"

lo Statuto della Regione Siciliana; Visto

Visto il D.P.C.M.29 novembre 2001 "Definizione dei tivolli essenziali di assistenza" con particolore riferimento all'Allegato n.1, che classifica i livelti di assistenza e le

portection of contention of religion in: One classified religion to the personal of assistence smalley/a garantila dal servizio smiturio mazionale riconducibili al LRA, il quale include, tra le particolari ciaegorie dei clitadini aventi diritto ad un'assistenza specifica, i netropatici cronici in trattamento dibilitico:

territoriale", viene sattolineala l'importanza dell'Assistenza Domiçillare Integrata (ADI) al fine di ottemperare a quanto previsto del DPCM 29 novembre 2001 in merito

il Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 dove, nell'ambito della "Rete assistenziale

Vistn la Legge regionale 1 agosto 1977, n,84 che istituisce l'emodialisi domiciliare;

> la Leggo regionale 14 aprile 2009 n. S. recaute "Norme per il riordino del servizio sonttario regionale" in particolare, l'art. 2, comma 4, lett. a), della predetta legge regionale n. 5/2009, che dispone; "Il servizio sonitario regionale, in funzione di rigorosi ed accertati criteri e fabbisogni epidemiologici, promuove azioni volte a realizzare: n) una qualificata integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari anche attraverso il necessario trasferimento dell'offerto sanitaria dall'ospedale al territorio, nonché un

compiuto coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e l'ottimale distribuzione sul territorio dei medici specialisti, lavorendo l'instaurarsi di relazioni funzionali fra operatori ospedatieri e territoriali al fine di ottimizzare il sistema della continuità assistenziale nei processi di prevenzione, curu o riabilitazione":

il Decreto Assessorinie n. 1130 del 20 agosto 2009: "Interventi per la riorganizzazione, la riqualiffezzione ed il ricquilibrio economico dell'assistenza sanitaria al pozienti con uremia terminale" dove si riticne di "...dover fornite indicazioni in ordine....alla promozione e allo sviluppo dei programmi di dialisi domiciliare domiciliare...":

Visto il Decreto Assessoriale n. 3423 del 19 dicembre 2008 Istituitivo del Registro Siciliano di Nefrologia, Dialisi e Trapianto;





Visti

i Decrett Assessoriali 25 maggio 2010 di rimodulazione della rete ospeduliera dove sono identificate, per singola provincia le unità operative di nefrologia e dialisi;

Rilevato

dall'annirsi dei dati del Registro Sicillano di Neñologia, Dialisi e Trapianto, che ji numero dei nuovi pazienti ammessi al tratamento dialitico ogni unno (pazienti incidenti) è ni 31 dicembre 2009, pari a 1405, cioè 220 pazienti per millone di abitanti contro i 153 pazienti della media nazionale del 2009;

Rifevato

ehe al 31/12/2010 il totale dei puzienti in dialisi domicifiare è di 238 pari al 4% del totale a fronte di una media nazionale dei 10%;

Considerato

che I costi dei trattamenti emodialitici ospedalieri sono superiori a quelli della dialisi e dell'emodialisi domiciliare, per la maggiore incidenza dei costi di organizzazione e gestione ospedaliera al quali si agglungono i costi relativi al trasporto del puziente:

Valutata

la necessità di procedere all'adozione di provvedimenti ed azioni che contributiscano alla diversificazione dell'offerta dell'estistenza suoitoria ni pozienti con uremin terminale, ricopanizzando i sistema in muodo da gamutio il tutatumento più adeguato et appropriato cortuguando l'erigenza tuttavia di deospedalizzare il malato (costi, aspetti peleologici, rishilitativi);

Visto

il Plano Sanitario Regionalo 2011-2013 il quale, al cap. 3.2, afferma che
"L'canpowerment dei paziente, reso cosolente ed esperto attenueres processi aducativi
rivoltà unche alla rete dei cucegiver l'amitifart, costitutisce faftatti la bose dei programmi di
autogeatione della pastologia (self care o self management), che si sono diffusamente
affernatti in campo internazionale e nazionale per le fero polernizialità di riduzione dei
ricoveri e di tuso dei servizi, oltre che per il miglioramento della qualità di vita dei
pazienti";

Visto

inoltre fi Piano Saniturio Regionale 2011-2013 al cap. 4.1.1 che prevede le seguenti azioni:

orientare l'assistenza, secondo criteri di appropriatezza, nel tetritorio-distretti
 implementare tutte le forme possibili di care domiciliari

- attuare l'integrazione tra l'assistenza sanitaria e sociale."

- stutare 1 integrazzone tra i assistenza santuaria e sociane.
nonché il cup, 6.1.1 relativo all'organizzazione della rete nefiulogica, nel quale si propone di "n) assicurare a tutti i pazienti unifornità di otura; b) assicurare cura adeguate nel trupo più vicino possibile alla residenza del paziente, compatibilimente con l'atta qualità, in sicurezza e l'officacia del trattamento; o) centrare sul paziente l'organizzazione; d) valutare e monitorare le funzioni sanitarie con la partecipazione al Registro Siciliano di Nefrologio. Diella i a "repinato";

Vista

l'esperienza maturata in altre regioni italiane la morito alla decaspedolizzazione del paz-lent uremico cronico e consequente incernencio del trattamienti domiciliari ed in particolare quanto gli disposto in materia dalla Regione Piemonte, in considerazione anche che l'introduzione di un incentivo econumico "sperimentale" potrebbe rivedarsi un importante contributo al rilancio del trattamento dialitto domiciliare:

Ditempto

al fine di raggiungere gli obiettivi det Prano Suntario Regionale 2011-2013, di garantire forme di assistenza per il miglioramento della qualità di vita dei pazienti, prevedendo contestimente un contributo economico "sperimentole" finalizzato al rimborso dei maggiori così sostenati dal padente e degli oneri economici connessi oll'assistenza fornita dei "carregivor" dei pazienti in dialisi domicillare outosutficienti

B



e/o parzialmente autosufficienti e all'ammortamento dei costi sociali sostenuti, in analogia a quanto già realizzato in altre Regioni e di allineare il dato percentuale dei trattamenti in dialisi domiciliare allo standard razionale pari al 10% nel corso del tricnaio di validità del presente decreto:

Ritenuto

di dover istituire presso le aziende sedi di UU.OO. ospedaliere di nefrologia e dialisi ai sensi dei decreti di rimodulazione della rete ospedaliera, specifica Commissione Nefrologica per la dialisi domiciliare, atta a valutare e determinare l'intensità ed il grado di autonomia del soggetto candidato alla dialisi domiciliare con conseguente stesura del P.A.I.D.D. (Piano Assistenziale Individuale Dialisi Domiciliare), la cui composizione ed i relativi compiti saranno definiti con successivo provvedimento entro 30 giorni dal presente decreto:

DECRETA

- Art.1 Al fine di garantire forme di assistenza per il miglioramento della qualità di vita dei pazienti con insufficienza renale coronica in diatisi demiciliare peritoneale continua ambutatoriale (CAPD), in dialisi domiciliare peritoneale automatizzata (APD) e in emodialisi extracorporen domiciliare (HID) viene istitutio un contributo economico "sperimentale" di sostegno alla dialisi domiciliare; il contributo economico è finalizzato al rimborso dei maggiori costi sostenuti anche in relazione all'azione svolta dei "caregiver" dei pazienti in dialisi domiciliare e all'ammortamento dei costi sociali sostenuti:
- Avt.2 L'erogazione del suddetto contributo di sostegno economico è a totale carleo delle ASP di residenza dei pazienti, nell'ambito della quota indistinta ad esse assegnato.

 Oli incentivi economici suno erogati secondo livelli di autonomia e di intensità assistenziole adeguata al paziento:
 - Per i pazienti che si sottopongono ad emodialisi extracorporea domiciliare (HD) e a dialisi peritoneale automatizzata (APD) il contributo è pari a:

200 curo mensili se autonomi e/o a bassa intensità di assistenza.

350 curo mensili se parzlahnente non autonomo e/o a media intensità di assistenza,

450 euro mensili se non autonomo e/o ad alta intensità di assistenza;

 Per i pazienti che si sottopongono a dialisi peritoneale continua (CAPD), il contributo è pari a:

200 euro mensili se autonomi e/o a bassa intensità di assistenza;

300 euro mensili se parzialmente non autonomo e/o a media intensità di assistenza;

350 curo se non autonomo e/o ad alto intensità di assistenza;

La valutazione del livello di autonomia e di livelli intensità di assistenza di ogni pazlente, al fini dell'erogazione del contributo economico, viene affettuata dalla Commissione per la diallai domiciliaro di cui al successivo art. 3 secondo specifica metodologia e parametti di riferimento di cui la stessa si doterà;





I Direttori Generali delle aziende sedi delle UU.OO, ospedaliere di nefrologia e dialisi Art.3 ai sensi dei decreti di rimodulazione della rete ospedaliera, dovranno istituire entro 30 giorni dalla data di pubblicazione del presente decreto, la Commissione Neffologica per la dialisi domiciliare, atta a valuture e determinare l'intensità ed il grado di autonomia del soggetto candidato alla dialisi domiciliare con conseguente stesura del P.A.I.D.D. (Piano Assistenziale Individuale Dialisi Domicillare), la cui composizione ed i relativi compiti saranno definiti con successivo provvedimento entro 30 giorni datla data di pubblicazione del presente decreto: Il presente provvedimento, della durata sperimentale di due anni, sarà oggetto di valutazione, al line di verificare l'efficacia delle azioni messe in atto, la cui validità Art. 5 costituisce condizione per il mantenimento a regime di tale forma assistenziale e del contributo connesso; Palermo, 12-5-2011 Il Dirigonte Generale Dott, Mayrizip Guizzardi

REPUBBLICA ITALIANA

Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica

Servizio 4 "Programmazione ospedaliera"

Prot./Serv.4/ n. 72832

Palermo, 13 settembre 2011

OGGETTO: Nota esplicativa per la composizione e compiti della Commissione di cui all'art. 3 del DA 834 "Potenziamento delle cure domiciliari nei pazienti affetti da insufficienza renale terminale"

Ai Direttori Sanitari

ASP, AO e AOUP

Centri Dialisi Privati Accreditati

Responsabile RSNDT

LORO SEIDI

Ai Direttori Generali

In riferimento al DA 834 / 11 al fine di meglio chiarire quanto espresso all' art. 3 si specifica quanto segue:

A- Composizione della Commissione per la dialisi domiciliare

La Commissione per la dialisi domiciliare istituita ai sensi dell'art. 3 del decreto, presso le UU.OO di Nefrologia e Dialisi è composta da:

- · un nefrologo responsabile del programma di dialisi domiciliare
- · un infermiere esperto in dialisi domiciliare
- un assistente sociale del centro dialisi o dell'azienda

B- Composizione e Compiti della Commissione per la dialisi domiciliare

- C- La Commissione ha il compito di :
 - · valutare il grado di autonomia del paziente
 - valutare il livello di intensità di assistenza
 - valutare la sussistenza dei requisiti per l'attivazione della dialisi domiciliare
 - · compilare il piano assistenziale



- identificare i "caregiver" tra: i familiari fino al 4º 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;
- · attivare/confermare/sospendere il contributo economico

La Commissione al fine di effettuare la predetta valutazione del paziente dovrà fare riferimento alle indicazioni di cui alle schede allegate:

- A- "VALUTAZIONE DELLA GESTIONE DEL TRATT'AMENTO DIALITICO" (da allegare alla scheda B)
- B- "PIANO ASSISTENZIALE PER LA DIALISI DOMICILIARE"

Il Piano assistenziale, compilato in ogni sua parte, deve essere inviato al Distretto di residenza del paziente per l'autorizzazione all'erogazione del contributo economico che deve essere erogato dal Distretto entro 60 giorni dal ricevimento dello stesso da parte della Commissione.

La Commissione provvederà altrest alla rivalutazione, con cadenza almeno annuale e in ogni caso al variare della necessità clinica e assistenziale, della situazione clinica e del grado di autosufficienza del paziente al fine di confermare/sospendere il contributo economico erogato.

Si precisa ancora che le Aziende Sanitarie interessate di intesa fra loro, qualora ritenuto utile al fine di rendere più rapide le procedure di autorizzazione e valutazione possono, previa comunicazione al DPS dell'Assessorato, costituire una Commissione unica a livello Provinciale.

Il Dirigente Servizio IV Dr. Rosalfa/Mura





Regione Sicilia Assessorato della Salute Al Direttore del Distretto di dell'ASP PIANO ASSISTENZIALE PER LA DIALISI DOMICILIARE PROPOSTA di supporto al trattamento dialitico domiciliare Cognome e nome del paziente ____ Codice Fiscale Data di nascita (gg/mm/aaaa) __/ __/ ___ Luogo di nascita____ sesso 🗆 M 🗆 F Residenza _____ esenzione ticket medico di Medicina Generale ______ Tel. _____ Centro dialisi di riferimento _____ Distretto _____ ASP di residenza DIAGNOSI Insufficienza Renale Cronica Terminale Data SINTESI ANAMNESTICA: Trattamento che è stato scelto dal paziente: □ HD □ CAPD □ APD

.....





Regione Sicilia Assessorato della Salute

Valutazione autonomia		
	Punteggio ottenuto	(scheda allegata)
Valutazione gestione procedura dialitica		
	Punteggio ottenuto	(scheda allegata)
	Totale complessivo	_
Valutazione nefrologica		
Valutazione sociale		
manuale o automatizzata (che fa parte integra	ammazione trattamento dialitico extr nte del presente documento).	
manuale o automatizzata (che fa parte integrai	nte del presente documento).	acorporeo o di dialisi peritonea
manuale o automatizzata (che fa parte integrai	nte del presente documento).	acorporeo o di dialisi peritonea
manuale o automatizzata (che fa parte integrai Sulia base degli elementi acquisiti la Commissic □ Autosufficiente o bassa intensità	nte del presente documento). One per la dialisi domiciliare individua (racorporeo o di dialisi peritonea
manuale o automatizzata (che fa parte integrai Sulia base degli elementi acquisiti la Commissic Autosufficiente o bassa intensità per l'esecuzione del trattamento	one per la dialisi domiciliare individua t Media intensità	racorporeo o di dialisi peritonea una situazione di assistenza di: Alta intensità
manuale o automatizzata (che fa parte integrai Sulla base degli elementi acquisiti la Commissic Autosufficiente o bassa intensità per l'esecuzione del trattamento e propone l'erogazione al Signor/a	one per la dialisi domiciliare individua t Media intensità Dialisi peritoneale del contributo eco	una situazione di assistenza di: Alta intensità Emodialisi domiciliare
manuale o automatizzata (che fa parte integrai Sulla base degli elementi acquisiti la Commissic Autosufficiente o bassa intensità per l'esecuzione del trattamento e propone l'erogazione al Signor/a domiciliare di €	one per la dialisi domiciliare individua d Media intensità Dialisi peritoneale del contributo eco	una situazione di assistenza di: Alta intensità Emodialisi domiciliare
manuale o automatizzata (che fa parte integrai Sulia base degli elementi acquisiti la Commissio CI Autosufficiente o bassa intensità per l'esecuzione del trattamento e propone l'erogazione al Signor/a domiciliare di €	one per la dialisi domiciliare individua d Media intensità Dialisi peritoneale del contributo eco	una situazione di assistenza di: Alta intensità Emodialisi domiciliare
manuale o automatizzata (che fa parte integra	one per la dialisi domiciliare individua d Media intensità Dialisi peritoneale del contributo eco	una situazione di assistenza di: Alta intensità Emodialisi domiciliare
manuale o automatizzata (che fa parte integrai Sulla base degli elementi acquisiti la Commissio Autosufficiente o bassa intensità per l'esecuzione del trattamento e propone l'erogazione al Signor/a domiciliare di €	one per la dialisi domiciliare individua d Media intensità Dialisi peritoneale del contributo eco	una situazione di assistenza di: Alta intensità Emodialisi domiciliare





Regione Sicilia Assessorato della Salute

SCHEDE DI VALUTAZIONE DELLA GESTIONE DEL TRATTAMENTO DIALITICO (da allegare obbligatoriamente al Piano assistenziale)

	SCHEDA VALUTAZIONE DELL'AUTONOMIA	. [
ELEME	NTI GENERALI	2 1 1
Iglene	personale	"Just 1-
0	Completamente autonomo	100
1	Necessita di aluto parziale	
2	Completamente dipendente	100
Igienė :	embientale dell'area destinata alla dialisi	Tuesday.
0	Completamente autonomo	
1	Necessita di aluto parziale	1.
2	Completamente dipendente	13 ·
Assunz	ione di farmaci	
0	Completamente autonomo	31.
1	Necessita di aluto parziale	
2	Completamente dipendente	100
Rispett	o delle prescrizioni dietetiche	200
0	Completamente autonomo	74 77 7
1	Necessita di aluto parziale	1,1
2	Completamente dipendente	1
Rispett	o delle prescrizioni dialitiche	118.77
0	Completamente autonomo	
1	Necessita di aluto parziale	
2	Completamente dipendente	3.1
PREPA	RAZIONE DELLA SEDUTA DIALITICA	9.34%
Rilevaz	lone del peso	P 44
0	Completamente autonomo	1 2 2
1	Necessita di aluto parziale	1.5
2	Completamente dipendente	1.00
Rilevaz	ione della pressione arteriosa	. 7. 4.
0	Completamente autonomo	P
1	Necessita di aluto parziale	
2	Completamente dipendente	
Cura de	el catetere peritoneale / gestione FAV	
0	Completamente autonomo	77.
1	Necessita di aluto parziale	1. 6.1
2	Completamente dipendente	100
	are schede dialitiche, bllanci giornalieri	Sec. 17. 18.
0	Completamente autonomo	100 000





Regione Sicilia Assessorato della Salute

1	Necessita di aiuto parziale		
2	Completamente dipendente	1.	
Allestire	il materiale necessario al trattamento dialitico		7
0	Completamente autonomo	T	
1	Necessita di aiuto parziale	1 .	
2	Completamente dipendente	1	
GESTION	E DELLA PROCEDURA DIALITICA		_
CAPD			
ο,	Completamente autonomo	1	Ī
1	Necessita di aluto parziale	1	
2	Completamente dipendente		
APD			
0	Completamente autonomo	1 : :	
2	Necessita di aluto parziale	1 .	
4	Completamente dipendente		
HD.		1.00	
0	Completamente autonomo		
3	Necessita di aluto parziale]	
6	Completamente dipendente	1	
Punteggi	totale		

Note	

Il totale dei punteggio (da 0 a 26) definisce con sufficiente approssimazione il grado di autonomia della persona rispetto all'esecuzione della seduta dialitica domiciliare. Tale grado di autonomia è espresso, in relazione al punteggio conseguito, secondo le seguenti indicazioni:

Da 0 a 8 Paziente autonomo o a bassa intensità di assistenza

Da 9 a 20 Paziente a media intensità di assistenza

Da 21 a 26 Paziente ad alta intensità di assistenza



11 - 4

D.A. n. 0335/11

REPUBBLICA ITALIANA



Regione Siciliana ASSESSORATO DELLA SALUTE

L'ASSESSORE

"Integrazione e modifica DA 01676/09 interventi per la riorganizzazione, la riqualificazione e il riequilibrio economico dell'assistenza sanitaria ai pazienti con uremia terminale"

Visto lo Statuto della Regione Siciliana,

Visto II decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. I della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e successive modifiche e di integrazioni.

Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5, recante "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale".

Visto il decreto dell'Assessore regionale per la sanità n. 1130 del 12 giugno 2009: Interventi per la riorganizzazione, la riqualificazione ed il riequilibrio economico dell'assistenza sunitaria ai pazienti con uremia terminale":

Visto il decreto dell'Assessore regionale per la sanità n. 1676 del 20 agosto 2009: Interventi per la riorganizzazione, la riqualificazione ed il riequilibrio economico dell'assistenza sanitaria ei pazienti con uremio terminale" come modificato a seguito di ordinanze del TAR Palermo limitatamente all'art. I comma 1 del DA del 17 dicembre 2009 "Modifica del decreto 20 agosto 2009, concernete interventi per la riorganizzazione, la riqualificazione e il reguilibrio economico all'ussistenza sanitaria ai pazienti con uremia terminale.

Considerato che per mero errore materiale le tariffe per le prestazioni di dialisi continua e automatizzata riportate nel predetto decreto non sono quelle corrette di cui invece al DA 21 luglio 2004 pubblicato in GURS n 55 del 24 dicembre 2004;

Rilevato inoltre che l'articolazione della rete nefrologica regionale è caratterizzata da una elevata presenza di strutture dialitiche private e che, conseguentemente, è necessario assicurare un raccordo funzionale per garantire ai pazienti una maggiore tutela assistenziale. Ravvisata la necessità di ricondurre a criteri di maggiore efficacia ed uniformità il sistema di assistenzia dialitica in Stella, al fine di perseguere un tendenziale allineamento alle medic nazionali ed in corenza con gli obiettivi della programmazione regionale con particolare riferimento al contenimento degli ambiti di in appropriatezza, assicurando contestualmente un sistema assistenziale che garantisca elevati standard e livelli di qualità delle prestazioni eropate.

Valurata conseguentemente la necessità di procedere all'adozione di provvedimenti ed azioni che contribuiscano, da un lato alla riqualificazione dell'assistenza sanitaria ai pazienti con uremia terminale, ironganizzando il sistema dell'offerta in modo da garantire il trattamento più adeguato ed appropriato ai loro bisogni, dall'altro alla rideterminazione delle tariffe, tenendo conto, conformemente al regime tariffario nazionale, delle diverse tipologie di trattamento e della complessità del livello di cure: Ritenuto necessario provvedere a introdurre un sistema un sistema di qualità sulla scria del





Quality improvement per l'end stage renal disease al quale fare corrispondere un sistema premiante di tipo economico;

Considerato che a tale scopo si rende necessario istituire una apposita Commissione Regionale paritetica che, utilizzando quali parametri di misura di qualità l'adeguatezza dialittat, il telli di Hb. il consumo di ESA, i livelli di prodotto calcio fosforo, il consumo di calcio mimetici, chelanti del fosforo e di vitamina D, ha il compito di identificare i erriteri e le modalità di riconosemmento della premialità per i Centri privati e pubblici che avranna conseguito gli standard qualitativi fissati e verificati nel corso di appositi audii periodici:

Riterato. În considerazione anche dell'esito dell'incontro del 4 maggio 2011 con le associazioni ADIP e ASCEA rappresentative dei Centri di dialisi e degli interessi dei pazienti, di dover procedere alla integrazione e modifica del decreto n. 1676 del 20 agosto 2009 e sim delle parti relative alle tariffe di cui all'art 3, mentre restano vigenti le disposizioni di cui all'art. 2.4-5-6-7-8: nonché di integrare l'art, 1 del DA 17 dicembre 2010.

DECRETA

Art. I

L'ammissione alla fruzione del trattamento sostitutivo della funzione renale, presso centri di dialisi privati accreditati deve essere preventivamente autorizzata dall'Azienda Sanitaria Provinciale di appartenenza, sulla base di una certificazione rilasciata da un medico specialista neftologo da essa dipendente o convenzionato, che attesti l'insufficienza renale conoica terminale e la necessità del trattamento sostitutivo. In casi particolari di urgenza in cui il paziente accede direttamente al centro di dialisi privata, al fine di garantire la continuità assistenziale, tale certificazione dovrà essere acquisita, entro 15 giorni dall'inizio del trattamento stesso, e trasmessa in copia all'azienda sanitaria provinciale di appartenenza del paziente, unitamente al modulo di consenso informato per l'inizio del trattamento dialificor.

Art, 2

I valori tariffari omnicomprensivi per le diverse tipologie di trattamento individuate dai rispettivi codici sono i seguenti:

- trattamenti standard eseguibili in tutte le strutture pubbliche e private accreditate HD
 in acetato o bicarhonato standard con codice 39.95.1 tariffa pari ad euro 154.94;
- trattamenti eseguibili în tutte le strutture pubbliche e private accreditate HD in bicarbonato con membrane sintetiche a basso flusso con codice 39.95.4 tariffa pari ad euro 192.00;
- trattamenti eseguibili in tutte le strutture pubbliche e private accreditate HD in bicarbonato con membrane biocompatibili ad alto flusso con coefficiente UF superiore a 40 mm HG con un tetto massimo del 20% con codice 39.95.5 tarifla pari ad euro 200,00
- 4. trattamenti eseguibili in tutte le strutture pubbliche e private accreditate HD in bicarbonato con membrane sintetiche ad alla permeabilità e molto biocompatibili (trattamenti convettuvi e/o diffusivo-convettivi) con un tetto massimo del 20% con codice 39.95 7 tarifia para ad euro 220.00



La specificazione della varie tipologie di trattamenti ai lini della classificazione tarifforia di cui ai punti da la 4 del presente articolo sarà definita in apposita successiva circolare:

Art. 3

Art. 5

Con il medesimo provvedimento di cui al precedente art. 4 verrà definita l'indennità da riconoscere dal 1 luglio 2011 ai centri di dialisi privati e pubblici che operano in arce disagiate o a prevalente vocazione turistica sulla base di criteri che verranno definiti dalla Commissione Regionale:

Art. 6

Per le finalità di cui ai precedenti art. 4 e 5 è destinata ai centri privati. Ia somma di curo 2 milioni per il 2011 e di curo 4 milioni per il 2012, mentre per il settore pubblico del criteri suddetti si territ conto in sede di finanziamento delle Aziende Sanitarie;

Art. 7

La decorrenza delle tariffe determinate con il decreto 1676 del 20 agosto 2009 per i motivi di cui in premesso viene fissata dall'1 aprile 2010 e fino al 31 dicembre 2010. La decorrenza del presente decreto è fissata dal 1 gennaio 2011 con validità fino al 31 dicembre 2012.

Art. 8

Le tariffe per le prestazioni di dialisi continua e automatizzata sono quelle di cui al DA 21 luglio 2004 pubblicato nella GURS n. 55 del 24 dicembre 2004.

Art. 9

Restano confermate le disposizioni di cui all'art, 2-4-5-6-7-8 di cui al DA 1676 del 20 agosto 2009:





Art. 10

Il presente decreto sará trasmesso alla *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana per la relativa pubblicazione: Palermo.

1 2 MAG. 2011

II Dirigente Generale Dott. Maurizio Guizzardi





REPUBBLICA ITALIANA Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE

Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica Servizio 4 "Programmazione ospedaliera"

Prot/Serv.4/n. 65379

Palermo, 29 107/2011

OGGETTO: Nota esplicativa per l'applicazione del DA 835/11

Ai Direttori Generali Ai Direttori Sanltari ASP, AO e AOUP Centri Dialisi Privati Accreditati Responsabile RSNDT LORO SEDI

In riferimento al DA 835/11 al fine di meglio chiarire quanto espresso all'art, I nonché all'art, 2 punti 1, 2, 3, 4 e all'art. 3 si specifica quanto segue:

 A – riforimento all'art. 1: le ASP entro 15 giorni dal ricevimento della richiesta di autorizzazione da parte del centro di dialisi privato accreditato sono tenute ad esprimersi in merito alla richiesta di autorizzazione;

B- riferimento all'art. 2 le tipologie di trattamento di cui ai punti 1, 2, 3, 4 sono così specificate:

- 1. . i trattamenti di cui al punto 1 non necessitano di ulteriori precisazioni
- II. i trattamenti di cui al punto 2 sono i trattamenti in bicarbonato dialisi con membrane sintetiche a basso flusso e con Kuf< 40 (mm Hg*m²)</p>
- i trattamenti di cui al punto 3 sono i trattamenti in bicarbonato dialisi e in emofiltrazione con membrane sintetiche ad alto flusso e con Kut> 40 (mm Hg*m²)
- V. i trattamenti di cui al punto 4 sono i trattamenti in emofiltrazione e emodiafiltrazione con membrane sintetiche ad alto flusso e classificabili come:
 - a. A emodiafiltrazione on line o con sacche con frazione di filtrazione pari ad almeno il 25% in post diluzzione
 - emodiafiltrazione on fine o con sacche con frazione di filtrazione pari ad almeno il 50% in pre-diluizione
 - c. emofiltrazione on line o con sacche con diluizione mista (pre e post insieme
 - d. Acetate -freebiofillratione standard e/o con profile di potassio
 - e. HPR
 - f. Emofiltrazione on line o con sacche con frazione di filtrazione pari al 100%

. ...



- V. I trattamenti di cui ni precedenti punti I e II richiedono un profilo di sicurezza del sistema di imttamento delle acque che assicuri livelli, controllati con cadenza frimestrale, di conta batterica < a 100 CFF1/ml e di endotossina < a 0.50 EU/ml</p>
- VI. I trattamenti di cui di punti III e IV richiedono un profilo di sicurezza del sistema di trattamento della acque che assicuri livelli, controllati con cadenza trimestrale, di contu batterica <a 0.1 CFU/mi e di endotossina<a 0.03 EU/mi
- VII. Il responsabile del Registro regionale di Nefrologia dialisi e trapianto provvederà a inserire le voci di cui al paragrafo precedente nella maschera di inserimento dati e provvederà ad aggiornare periodicamente l'elenco delle membrane disponibili in commercio da indicare nel medesimo sohema.
- C riferimento all'art. 3 comma 2 gli indicatori di qualità del sistema premiante sono i seguenti:
- 1 -> 80% dei pazienti in trattamento deve avere un Kt/Vmensile medio non inferiore a 1,2
- 2 > 80% dei pazienti in trattamento deve avere livelli mensili medi di Hb compresi tra 9 e 11 gr/dl
- 3 -> 60% del pazienti deve avere una Fosforemiamensile media inferiore a 5.5 mg/dl
- 4 almeno il 70% dei pazienti in trattamento deve avere una PA predialidea, rilevata nel periodo interdialitico lungo, mediamente inferiore a 140/90 mm Hg per i pazienti con età inferiore ai 65 anni e inferiore a 160/90 per i pazienti con età superiore ai 65 anni.

Le voci di cui sopra saranno inserite come dati obbligatori nella maschera di trasmissione dati del Registro regionale di nefrologia dialisi e trapianto

D – La Commissione Regionale paritetica di cui all'art. 3 comma 2 è così composta:

Presidente

Dirigente del Servizio 4 Diportimento per la Programmazione Strategica dell'Assessorato della Salute dr.ssa R. Murè

Componenti

- Responsabile del Registro regionale di Nefrologia dialisi e trapianto dott. Vito Sparacino
- 2 Rappresentanti dei Direttori Sanitari dei Centri privati accreditati dott. Ascanlo De Gregorio e Alessio Sturiale
- 2 Rappresentanti dei Direttori delle UOC di Nefrologia delle Azienda santtarie regionali dott. Giorgio Battaglia e dott. Giuseppe Visconti
- Esperto nazionale, Direttore della UO di Nefrologia dell'Ospedale Malpight di Bologna di di

II Diejudod Servizio IV

Il Dirigente Generale Dott, Maurizio, Guizzardi



Normativa

organizzatrice del corso di formazione e/o aggiornamento a cui le aspiranti guardie volontarie hanno partecipato.

Art. 4

In caso di assenza o di impedimenti, il presidente della commissione può essere sostituito da un suo delegato.

Art. 5

In caso di assenza giustificata di un componente effettivo, la stessa dovrà essere comunicata in forma cartacea alla segreteria della commissione con un preavviso di almeno tre giorni, per dar modo di procedere in tempi utili alla convocazione del componente supplente.

In caso di assenza non giustificata di un componente per più di tre sedute, questi si riterrà automaticamente decaduto ed il componente supplente della medesima materia assumerà le funzioni di componente effettivo e si dovrà procedere alla nomina di nuovo componente supplente tra coloro i quali hanno presentato regolare doman-da a seguito dell'emanazione dei decreti nn. 2338 dell'11 dicembre 2009, n. 402/2010 dell'11 maggio 2010 e n. 151 del 3 febbraio 2011.

La commissione ha validità tre anni a decorrere dalla data di pubblicazione del presente decreto.

Art. 7

La spesa relativa al funzionamento della commissione graverà sul capitolo 142504 del bilancio della Regione sici-llana – Assessorato delle risorse agricole e alimentari – Rubrica dipartimento degli interventi strutturali per l'agricoltura

Il presente decreto sarà trasmesso alla ragioneria centrale risorse agricole per l'apposito visto di competenza e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana. Palermo, 27 maggio 2011.

D'ANTRASSI

Vistato dalla ragioneria centrale per l'Assessorato delle risorse agricole e alimentari il 6 giugno 2011 al nº 1108.

(2011.23.1778)020

ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO 8 giugno 2011.

Disposizioni relative all'erogazione di prodotti aproteici ai soggetti affetti da insufficienza renale.

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833 istitutiva del S.S.N.;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni sul riordino della disciplina in materia sanitaria; Visto il decreto del Ministro della sanità 2 marzo 1984

e successive modifiche ed integrazioni;

Visto l'art. 1, comma 796, lett. b della legge 27 dicembre 2006, n. 296; Visto il Patto della salute 2010-2012 di cui all'intesa

Stato-Regioni del 3 dicembre 2009;

Visto il Piano della salute regionale 2011-2013, approvato con deliberazione di Giunta n. 115 del 21 aprile 2011, su parere favorevole dalla IV Commissione unitamente alle integrazioni apportate, che ha previsto la costituzione di "reti assistenziali", che sono ritenute un ambito prioritario di intervento offrendo al cittadino maggiori garanzie di continuità e gestione dei propri problemi di salute nonché garanzie di efficienza;

Considerato che annualmente la Regione, ai sensi dell'art. 4, comma 1, lett. c), del citato Patto della salute 2010-2012, è tenuta ad effettuare un provvedimento ricognitivo relativo alle prestazioni aggiuntive rispetto a quelle previste dall'ordinamento vigente in materia di livelli essenziali di assistenza con l'indicazione della specifica fonte di finanziamento, non a carico del Servizio sanitario nazionale;

Preso atto, nell'ambito della ricognizione effettuata nell'anno 2010, della sussistenza del decreto n. 36774 del 27 dicembre 2001 con il quale è stato fissato, nella Regione Sicilia, il limite di spesa mensile per l'acquisizio-ne dei prodotti aproteici per i soggetti con insufficienza renale e sono state definite le modalità di fornitura di tali prodotti:

Considerato che in tema di assistenza integrativa la Regione è già intervenuta con decreto n. 318 del 23 feb-braio 2010 e successive circolari applicative n. 1256 del 23 febbraio 2009 e n. 1272 del 21 luglio 2010, a regolamentare nel dettaglio le modalità di erogazione di alcune prestazioni tra cui sono comprese quelle relative alla somministrazione di prodotti aproteici per pazienti con insuffi-cienza renale, adeguando tale risposta assistenziale al contesto dei LEA come disciplinato dal D.P.C.M. 29 novembre 2001 e s.m.i.

Ritenuto, in analogia, di procedere, nel rispetto del Metuno, il anaogia, ui procedere, ile rispetto dei contesto normativo sopra dellineato, ad adeguare le moda-lità di erogazione delle prestazioni di cui al citato decreto n. 36774 del 27 dicembre 2001, provvedendo alla revoca dello stesso e a ricondurre tale settore assistenziale alla disciplina di coi al decreto. n. 318 del 23 febbraio 2010 e relative circolari applicative;
Visto il decreto n. 726 del 10 marzo 2010 con il quale

è stata disposta la revoca del citato decreto n. 36774 del 27 dicembre 2001 e che la stessa revoca non è stata ancora resa efficace nelle more della definizione del percorso di appropriatezza cui improntare l'erogazione di tali prodotti nell'interesse prevalente dei pazienti cui assicurare la continuità assistenziale;

Considerate le relazioni dell'Area interdipartimentale 2, prot. 541 dell'11 marzo 2010 inviata al Dipartimento bilancio e tesoro dell'Assessorato regionale dell'economia

e prot. n. 15884 del 12 luglio 2010 inviata all'Assessore; Preso atto dei lavori del Tavolo tecnico appositamente istituito con nota dirigenziale a prot. congiunto Area2/n. 861 e Serv.9/885 del 19 novembre 2009, le cui risultanze ou e ocressiono del 19 novembre 2009, le cui risultanze sono state oggetto della circolare n. 1272 del 21 luglio 2010 intervenuta a disciplinare, tra l'altro, i criteri di appropriatezza e di efficacia per l'erogazione di prodotti aproteici per pazienti con insufficienza renale in fase predialitica e di integratori alimentari per pazienti in terapia conservativa e in trattamento dialitico di cui alle tab. IV e Visto il D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" e successive modificazioni; seguito riportate: Prodotti per persone con insufficienza renale cronica

Codice	Prodotto	Confezione/range composizione	Prezzo
6.0.0	Integratore proteico liofilizzato	gr	0,190 (*)
6.0.1	Integratore proteico in polyere	gr	0,173 (*)
6.0.2	Integratore proteico liquido	ml	0,035 (0)

Codice	Prodotto	Confezione	Prezzo
3.6.1	Latte aproteico	ınl	0,0105 (*)
3.7.1	Bevanda Aproteica	. ml	0.005 (*)
3.7.2	Alimento aproteico	gr	0,048 (*)

Considerato altresì che le valutazioni del suddetto Taolo, sulla base delle evidenze scientifiche ad oggi disponibili, si estendono anche al prodotti aproteict, tipo pane, pasta, farina ecc., limitatamente ai soggetti con insufficienza renale cronica al IV e V studio in terapia conservativa con documentata riduzione del volume di filtrato glomerulare inferiore a 30 ml/min;

Considerato che le valutazioni del Tavolo tecnico fanno riferimento alle linee guida KDOQI riconosciute dalla Società europea di nefrologia, dialisi e trapianto e dalla National Kidney Foundation Americana; Ritenuto, pertanto, a completamento della disciplina

Ritenuto, pertanio, a completamento della disciplina regionale in tema di assistenza santtaria integrativa e, in coerenza con le determinazioni già assunte per l'erogazione di prodotti destinati al medesimo ambito specialistico, di dover ricondurre ai suddetti criteri di appropriatezza ed efficacia l'erogazione anche dei prodotti aproteicitipo pane, pasta, farina ecc. e degli integratori alimentari, adeguando complessivamente la risposta assistenziale di settore al contesto del LEA come disciplinato dal D.P.C.M. 29 novembre 2001 e s.m.l. e di dover definire, con apposita circolare applicativa, il relativo percorso autorizzativo.

Ritenuto funzionale a tale scopo, estendere l'utilizzo del Registro siciliano di nefrologia, dialia i e trapianto, istituito con decreto n. 3426 del 19 dicembre 2008 anche alla rilevazione dei dati relativi ai soggetti con insufficienza renale cronica, quale strumento di informazione opidemiologica indispensabile per una corretta programmazione degli interventi e di gestione delle risorse nel

Rilevato, nelle more della definizione dell'iter approvativo del nuovo D.P.C.M. sui L.B.A. che, ove esso contenga modifiche migliorative sulle prestazioni erogabili nel settore, lo stesso troverà contestuale applicazione in Sicilia;

Ritenuto necessario che le aziende sanitarie provinciali assicurino il puntuale monitoraggio delle prestazioni di cui al presente decreto e la rendicontazione della relativa spesa;

Decret

Art. 1

È approvato il documento tecnico che fa parte integrante del presente decreto a completamento della disciplina regionale in terna di assistenza sanitaria integrativa e, in coerenza con le determinazioni già assunte per l'erogazione di prodotti destinati al medesimo ambito specialistico con decreto n. 318 del 23 febbraio 2010 e relative circienza renale cronica.

colari applicative, l'erogazione dei prodotti aproteici tipo pane, pasto, farina, coc. è limitata ai soggetti affetti da dossimidiciarza renale cronica al IV e V stadio, cioè con incumentata riduzione dei volume di filtrato glomerulare inferiore a 30 ml/min, in terapia conservativa e degli integratori alimentari ai pazienti in dialisi e ai pazienti con insufficienza renale cronica al IV e V stadio, con documentata riduzione dei volume di filtrato glomerulare inferiore a 30 ml/min, in terapia conservativa.

Art.

La scelta del prodotti aproteici e degli integratori alimentari, crogabili con le modalità di cui al presente decreto ai soggetti indicati all'art. 1, deve avvenire nell'ambito delle categorie merceologiche incluse nel Registro nazionale dei prodotti destinati ad un'alimentazione particolare di cui all'art. 7 del decreto del Ministro della sanità 8 giugno 2001 e s.m.i.

Art. 3

Al fine della corretta programmazione degli interventi e gestione delle risorse nel settore in riferimento, e autorizzata l'estensione dell'utilizzo del Registro siciliano di nefrologia, dialisi e trapianto, istituito con decreto n. 3426 del 19 dicembre 2008, anche alla rilevazione del dati relativi ai soggetti con insufficienza renale cronica in terapia conservativa.

Il responsabile del registro avrà cura di comunicare, con cadenza periodica, tali dati aggiomati alle ASP contribuendo a realizzare una sinergia operativa funzionale alla governance del livello assistenziale sia sotto il profilo clinico-epidemiologico che della relativa spesa.

Art. 4

Con apposita circolare applicativa sarà definito il percorso autorizzativo per la fornitura dei prodotti di cui all'art. 1.

Art. 5

Le tabelle IV e V di cui all'Allegato A alla circolare 1272/2010 richiamate dal presente decreto si intendono superate.

Art. 6

È fatto obbligo alle ASP della Sicilia di inviare a questo Assessorato Area interdipartimentale 2, con cadenza semestrale, le informazioni relative al numero dei soggetti destinatari delle prestazioni di assistenza integrativa di cui al presente decreto e al relativo costo delle stesse.

Art. 7

Le limitazioni previste nel presente decreto non si applicano al pazienti nefropatici in età pediatrica.

Art. 8

Le attività di coordinamento relative all'erogazione dei prodotti in questione ed al monitoraggio in materia, sono svolte dall'Arca interdipartimentale 2 proposta anche all'attuazione del Piano sanitario regionale 2011-2013.

Art. 9

Il presente decreto supera i precedenti in materia di erogazione di alimenti particolari per pazienti con insufficienza renale cronica.



Il presente decreto sarà trasmesso alla Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana per la relativa pubblicazione.

Palermo, 8 giugno 2011.

RUSSO

(2011.23.1769)102

DECRETO 9 giugno 2011.

Rete per l'infarto miocardico acuto in Sicilia

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833;

Visto il decreto legislativo n. 502/92 come modificato dal decreto legislativo n. 517/93 e, successivamente, ulteriormente modificato ed integrato dal decreto legislativo n. 229/99;

Visto il D.P.R. 27 marzo 1992 con il quale sono state emanate le direttive di indirizzo e coordinamento per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria ed emergenza mediante il numero unico telefonico "118":

Vista la legge regionale 15 maggio 2000, n. 10; Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale" ed in particola-

gista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5 Norme per il riordino del servizio sanitario regionale" ed in particolare l'articolo 24 rubricato "Rete dell'emergenza urgenza sanitaria";

Viste le nuove linee guida sul funzionamento del servizio di urgenza-emergenza sanitaria regionale S.U.E.S 118, approvate con decreto n. 481 del 25 marzo 2009;

Vista la delibera n. 538 del 15 dicembre 2009, con la quale è stata costituita la società consortile per l'espletamento del servizio regionale per l'emergenza-urgenza sunitaria:

sanutaria.
Visto il Piano sanitario regionale 2011-2013 che identifica l'Area cardiologica come ambito prioritario di intervento per la Regione siciliana e il modello delle "reit assistenziali" come nuova modalità organizzativa dei servizi
poiché supera la frammentarietà dell'assienze garantendo a tutti i cittadini maggiori garanzie di equità e di salute:

Considerato che da un'analisi di contesto riferita alla popolazione siciliana si rileva che i miglioramenti terapeutici degli ultimi anni hanno ridotto la mortalità intra-ospedaliera per IMA, ma non hanno modificato la mortalità, nel la prognosi, nè gli eventi nella fase preo-spedaliera dove si concentra la mortalità maggiore, che può arrivare a oltre il 50% della mortalità globale;

Considerato che, ul fine di garantire un trattamento efficace sul territorio regionale dei pazienti con patologie di interesse cardiologico, è necessario ricondurre le varie fasi del percorso diagnostico terapeutico al setting più appropriato, aumentando nel contempo l'efficienza del sistema:

Considerato che le attuali linee-guida per il tratumento dei pazienti con IMA con ST sopralivellato
(STEMI), sviluppate dalla European Society of
Cardiology (BSC) e dall'American College of
Cardiology (MESC) e dall'American College of
Cardiology/American Hearl Association (ACCI AHA) e
quelle della Federazione Italiana di Cardiologia (FIC) in
un "Consensus Document" raccomandano che la gestione
ottimale del paziente con infarto miocardico acuto non
sia più il singulo ospedale, ma piuttosto un complesso
sia più il singulo ospedale, ma piuttosto un complesso

network per l'emergenza tra ospedali (a diversa complessità assistenziale) e territorio, connessi da un adeguato sistema di trasporto, che abbia lo scopo di assicurare la riperfusione ottimale a tutti i pazienti con infarto miocardico acuto con ST soprasiivellato, con strategie diagnostico-terapeutiche condivise e modulate, da un lato, sul profilo di rischio del paziente e, dall'altro, sulle risorse strutturali e logistiche disponibili.

Rilevato de l'infarto miocardico acuto necessita, nella fase pre-ospedaliera, di una appropriata gestione volta ad assicurare, nel tempo più precoce possibile, la migliore terapia a ciascun paziente, compresi coloro che raggiungono un ospedale senza U.T.I.C. (Unità Terapia Intensiva Coronarica);

Ritenuto quindi di dover provvedere alla radicale revisione delle attuali modalità di gestione delle emergenze cardiologiche introducendo il modello di rete inter-ospedaliera e territoriale integrata "HUB and SPOKE"; Visto il Contenuto del Piano sanitario regionale

Visto il contenuto del Piano sanitario regionale Piano della salute 2011-2013" relativo all'area cardiologica ed in particolare alla rete per l'emergenza cardiologica, elaborato da un gruppo di lavoro appositamente costituito, che prevede il modello organizzativo di Rete Hub e Spoke per la gestione dell'infarto miocardico acuto:

Visto il documento tecnico, elaborato dal Gruppo Italiano Studi Emodinamici (GISE), nel contesto del progetto italiano "Stent for Life" (di cui la Sicilia è individuata come regione target), con il quale viene delineato il modello organizzativo integrato delle reti regionali per l'infarto miocardico acuto, che si articola prevedendo l'inter-operatività tra la rete del 118, i Pronto Soccorso, le Cardiologie, le U.T.I.C. (Unità Terapia Intensiva Coronarica) ed Ilaboratori di emodinamica;

Considerato che la Regione siciliana deve realizzare la recordina del melgiore riposta organizzativa, strutturale e culturale alle necessità di assi-stenza della persona con sindrome coronarica acuta e che il documento elaborato dal gruppo tecnico di lavoro appositamente costituito per la stesura del Piano sanitario regionale risulta in piena coerenza con quanto telaborato dal Gruppo Italiano Studi Emodinamici (GISE);

Ritenuto di dover dare applicazione ai contenuti del piano sanitario regionale "Piano della salute 2011-2013" in materia di rete per l'infarto miocardico acuto;

Ritenuto di approvare le azioni previste nell'allegato documento "Rete per l'infarto miocardico acuto in Sicilia" contenente gli allegati che costituiscono parte integrante e

sostanziale del presente provvedimento; Per le motivazioni fin qui esposte;

. . .

Art. I

È istituita in Sicilia la Rete per l'infarto miocardico acuto di cui al documento tecnico "Rete per l'infarto miocardico acuto in Sicilia" di seguito denominato Rete IMA (allegato 1) che costituisce parte integrante del presente decreto. Con tale documento si definiscono:

- gli obiettivi specifici regionali;
- le strategie diagnostico-terapeutiche;
- il modello organizzativo;

 le coretteristiche a le fun
- le caratteristiche e le funzioni dei servizi coinvolti;
 le risorse utili:
- eli indicatori:

30 .	2.02011 - 01	ZZETIA OFFICIALE DELI	- ALGIONS	Occupanien - I rai		
		Allegato		Importo	Normativa	Data
1	Premialità anno 2010) ;	1)			-
Alle	gato "H/bis" Prima p	arte	2)			
	e n. 20/A.L. del 23 n		4)			
Integrale pages	nento costi dei serviz	i re u riconuti	*		1	
	al 31 dicembre 2009		Totale			
(comma 9 dell'art. A5 i	lella legge regionale 1	2 maggio 2010, n. 11)	Si attesta	street che alla da	ia del 12 resenio	2010 le sopmelencat
						ne nella misura con
Comune di	Provincia	di	plessiva di	€		
	Attestazioni		Il respon		Il Sindaco	11 Presidente dei
Outside and a			Servizio I	inanziario		Revisori dei conti
Copertura costi	comune he endous	to l'integrale copertura,			Oppure: .	
		al 31 dicembre 2009 con	m) er			
pagamenti effettuati e	entro il 12 maggio 2	010, con l'emissione dei	ha ricev	uto nessuna antici	pazione ai sensi c	I dicembre 2009 no lell'art. II della legg
correlativi titoli di sp	cou.		regional le n. 197		mma 17 dell'art. 2	1 della legge region:
Il responsabile del Servizio finanziazio	Il Sindaço	Il Presidente dei Revisori dei conti				
Servizio linutziario		Revisori dei comi		sabile del inanziario	Il Sindaco	Il Presidente dei Revisori dei conti
	Oppure:		Services	man barro		POLYMONT OF L'OHIN
() Si attesta che questo	comune non ha assi	curato l'interrale coner.	(2011.23.	1771)083		
B) Si attesta che questo comune non ha assicurato l'integrale coper- tura, in termini di cassa, dei costi maturati fino al 31 dicembre						
2009 con pagamenti debiti non pagati pari		maggio 2010. Restano		ASSESSORA	TO DELLA S	ALUTE
	-		CIRCOLAI	RE 8 giugno 2011	n. 1283.	
Il responsabile del Servizio finanziario	Il Sindaco	Il Presidente dei Revisori dei conti				sione dell'allegat
			A alla circ	olare n. 1272 de	l 21 luglio 2010	, inerente la distri
Contenziosi		190				teriali sanitari itenza - decreto n
		all'integrale copertura, no al 31 dicembre 2009	318/09.	into aj nvent es	senzian di assis	nenza - decreto i
con pagamenti effettu						
Il responsabile del	Il Sindaco	Il Presidente del		AI DIFE	TTORI GENERALI DE	LLE AZIENDE ASP
Servizio finanziario		Revisori dei conti	Con d	ecreto n. 318/09	, in oggetto cit	ato e con la relati
	Oppure:		va circola	re attuativa n.	272 del 21 lug	lio 2010 ed i rela
						ta l'crogazione,
D) Si attesta l'esistenza di		i all'integrale copertura, no al 31 dicembre 2009				di assistenza sani lari stati patologi
con pagamenti effettu						zioni nel contest
Il responsabile del	Il Sindaco	Il Fresidente del		nel rispetto del		
Servizio finanziario		Revisori del conti	In par	ticolare, con i s	uddetti provvec	limenti sono stat
						odotti e material
	Allegati					eczemi secemen
) Medesima attestazion						dotti ed integrato Inutrizione e pro
ti di appartenenza (o attestazione di cui al p		servizio), nell'ipotesi di				tegratori, latte
) Medesima attestazion	e, a firma del respor	rsabile dell'A.T.O. rifiuti	bevande)	rispettivamente	per soggetti	affetti da insuffi
di appartenenza (o ent stazione di cui al punt		izio), nell'ipotesi di atte-				ottoposti a dialisi
sections on con all punt			l of Fini di	vna vniformità	di accesso al s	alativi navoovei d

Allegato "H/bis" Seconda parte alla circolare n. 20/A.L., del 23 maggio 2011

Integrale pagamento dei costi dei servizi r.s.u. ricevuti al 31 dicembre 2009 (comma 9 dell'art. 45 della legge regionale 12 maggio 2010, n. 11)

ai fini di una uniformità di accesso ai relativi percorsi di

cura.

Con la presente circolare si intendono apportare modifiche alle Tabelle TV e V dell'allegato A alla predetta circolare n. 1272/2010, finalizzate anche ad adeguare le modalità di erogazione delle prestazioni di cui al decreto n. 36774 del 27 dicembre 2001, con il quale è stato fissato alla parigia. Sicilia il livito di prese mangile per l'acqui. nella Regione Sicilia il limite di spesa mensile per l'acqui-



24-6:2011 - CH	ZZETTA LIKERCIATE DE	urra Dinorosus	Crowyana	DADTE T	-	27

Pertanto, fermo restando la validità delle Tabelle I, II circolare n. 1272/2010, le Tabelle IV e V della medesima e III e dei codici 6.0.3 "integratore liquido per pazienti circolare n. 1272/2010 si intendono superate dalle Tabelle affetti da patologie polmonari" e 6.0.4. "integratore liqui. 1 e 2 della presente circolare, do per pazienti affetti da diabete", di cui all'allegato A alla

L'Assessore: RUSSO

Allegato

 $Integratori\ per\ persone\ con\ insufficienta\ renale\ cronica\ o\ sottoposte\ a\ dialisi\ (Tab,\ I)\ -\ Modulo\ "Modello\ B"$

Per la prescrizione degli integratori per soggetti afetti da insufficienza renale cronica in templa conservativa al IV e V stadio o sotto-posti a dialisi di cui alla lab. I allegata - Integratori alimentari per soggetti con insufficienza renale cronica in templa conservativa o uotto-poste a dialisi. Il intello specialista nefrologo di struttura pubblica o specialista nefrologo convenzionato con l'ASP utilizzarà i valori di rife-rimento indicati nella seguente tabella:

Albuminemia	Quantità di proteine pro-die	Fosforemia	Contenuto massimo di fosforo assumibile pro-die
2,5 - 3,0 gr/dl.	35-45 grammi	>4,5 mg/dJ.	< 40 mg.
2,5 - 3,0 gr/dl.	35-45 grømmi	<4,5 mg/dl,	< 450 mg.
3,0 - 3,5 gr/dl.	15-25 grammi	> 4,5 mg/dl.	< 40 mg.
3,0 - 3,5 gr/dl.	15-25 grammi	< 4,5 mg/dl.	< 450 mg.

Dopo tre mesi dall'inizio della tempia dialitica è opportuno che il medico apecialista nefrologo sottoponga il paziente ad una rivalu-tazione delle condizioni patologiche, ai fini di accertane, in funzione di un controllo sui suddetti valori riportati in tabella, se persiste la con-dizione di accertità per la quale è rificunto mecasioni l'uso degli integratori di cui alla tabella i della persente circolara.

Prodotti aproteici per persone con insufficienza renale (in terapia conservativa) (tab. 2) - Modulo "Modello B (a)"

Procous aproteste per persons con insufficients restate (in templa conservativa) (als. J.) - Modulo "Modello B (a)"

I prodott indicat inflat stoballa allegata - prodotti per soggetti con insufficienza renale (in templa conservativa non sottoposti a dialia), possono essere erogali esclusivamente a pazienti con insufficienza renale al quarto e quinto stadio, secondo le Lince guida DOGI.

Uninitamente al predetti casa, il medico specialista netrologo controlata nedrologo controlata con l'ASP

Renale de l'antitato d

Codice	Prodotto	Conferione/range composizione	Prezzo
6.0.0	Integratore proteico liofilizzato	gr	0,190 (*)
6.0.1	Integratore proteico in polvere	gr	0,173 (*)
6.0.2	Integratore proteico liquido	ml	0,035 (*)
3.5.1	Integratore ipoprotelco ipercalorico		
3.6.1	Latte aproteíco	ml	0,0105 (*
3.7.1	Bevanda aproteica	ml	0,005 (*)
3.7.2	Alimento aproteico	gr	0,048 (*)
	Prodotti aproteici per soggetti con insuff	icienza renale (tab. 2) - Modulo b (a)	
Codice	Prodotto	Confezione	Prezzo
	pane aproteico		
	pasta aproteica		
	farina aproteica		
	fette biscottate aproteiche		

		Modulo B (a
Azienda sanitaria provinciale/	U.O	

31

PIANO TERAPEUTICO PER L'EROGAZIONE DEI PRESIDI DIETETICI A PAZIENTI CON INSUFFICIENZA RENALE CRONICA (TAB. 2)

Dati anagrafici del paziente

ASP di appartenenza		
Dati sa	nitari	
Nefropatia di base Stadio della insufficienza renale (valore vig) Modalità determinante di ligitato del rigitato del rigit		

Cognome e Nome

Nat.... a Residente a



Data ultima determinazione	
Presidi dietoterapeutici prescritti	fabbisogno mensile
Data successivo controllo	
La terapia dietetica prescritta è indispensabile per mantenere un buon controllo metabo Il presente certificato viene rilasciato per la fornitura gratuita degli alimenti speciali da cui segue aggiornamento del 18 maggio 2001, D.M. n. 279 che regolamenta le malattie ra suppl. ord., n. 1801/9 e successive modifiche e al seni del D.M. 8 giugno 2001.	parte del SSN, come previsto dal D.M. I luglio 1982
Data	Timbro e firma del medico prescrittore

·	
Azienda sanitaria provinciale/	Modulo B
PIANO TERAPEUTICO PER L'EROGAZIONE DELI INTEG PAZIENTI CON INSUFFICIENZA RENALE CRONICA O SOI CONDIZIONE DI MALNUTRIZIONE (TA	RATORI ALIMENTARI A FFOPOSTI A DIALISI IN
Dati anagrafici del paziente	, "
Cognome e Nome	C.F.:
Nat#u	ii
Residente a	
Dati sanitari	
Nefropatia di base	
Modalità di trattamento della IRC	needle permanente terreta de la constante de l
4	
Data ultima determinazione	fabbisogno mensile
Data successivo controllo	
Il presente certificato viene rilasciato per la fornitura gratuita degli allimenti apociali da p cui segue aggiornamento del 18 maggio 2001, D.M. n. 279 che regolamenta le malattic rar suppl. ord. n. 180/L9 e successive modifiche e ai sensi del D.M. 8 giugno 2001.	parte del SSN come previsto del D.M. 1 huglio 1982
Data	Timbro e firma del medico prescrittore
(2011.23.1769)102	
•	



ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO 13 ottobre 2011

Interventi in favore del pazienti emodializzati: istituzione dell'albo regionale di enti autorizzati al trasporto di pazienti emodializzati e regolamentazione del servizio.

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge regionale n. 40/84 che consente alle ASSPP di fare ricorso alla stipula di apposite convenzioni con strutture esterne al fine di essere coadiuvate nel trasporto di soggetti da sottoporre a trattamento di emodialis:

Vista la legge 11 agosto 1991, n. 266, legge quadro sul volontariato;

Vista la legge 8 novembre 1991, n. 381 sulle cooperative sociali;

Visto il decreto legislativo n. 502/92 e successive modi fiche ed integrazioni:

riche ed integrazioni; Vista la legge regionale n. 22/94 - Norme sulla valorizzazione delle attività di volontariato;

Visto il decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460 "Riordino della disciplina tributaria degli enti non commerciali e delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale":

Visto il decreto legislativo n. 229/99 e successive modifiche ed integrazioni;

Visto il decreto n. 2597 del 17 ottobre 2008 rideterminazione delle tariffe per il servizio di trasporto emodializzati;

Vista la nota assessoriale prot. n. 6436 del 27 ottobre 2008, recante atto di indirizzo sui sistema territoriale di soccorso 118:

Vista la legge regionale n. 5 del 14 aprile 2009 "Riordino del servizio sanitario regionale";

Visto il decreto n. 3159 del 24 dicembre 2010 inerente i rimborsi destinati al servizio di trasporto di emodializzati con il quale è stato riconosciuto alle organizzazioni in convenzione un rimborso aggiuntivo una tantum per gli anni 2009-2011 del 2% incrementale su ogni trasporto effettuato e da effettuare; nonché specificatamente l'art. I dove è espressamente richismato l'apporto della SUES alle attività di trasporto degle emodializzati.

Visto il decreto n. 477 del 21 marzo 2011 – Interventi in materia di trasporto di pazienti emodializzati;

Considerato che è necessario regolamentare l'attività delle strutture esterne ammesse alla stipula di convenzioni con le AASSPP per il trasporto degli emodializzata, al fine di definire sull'intero territorio regionale uniformi procedure di trasporto degli emodializzati sulla base di un partecipato confronto con le associazioni ed operatori del esterne.

Tenuto conto che allo stato attuale nella Regione siciliana la libertà di scelta dell'utente è limitata alla esclusiva offerta di servizio di trasporto affidato ad enti terzi che operano in convenzione con le AASSPP;

Considerato che in base a precise risultanze epidemiologiche e ad opportune segnalazioni fornite dalle associazioni di malati regionali e nazionali risulta un apprezzabile numero di pazienti con un grado di autonomia tale da assicurare la totale autosufficienza;

Considerato l'intento di questo Assessorato di permettere ai soggetti nefropatici autonomi di svincolarsi del

concetto di malattia invalidante puntando sulla lovo integra autosufficienza riconoscendo agli stessi un rimborso economico da utilizzare, in occasione dei trattamenti emodialitici, per qualsiasi mezzo di trasporto;

Considerato opportuno, alle stessa stregua di altre realtà regionali, crogare direttamente anche a pazienti con accompagnatore un rimborso in ragione dello spostamento compiuto con mezzo proprio rispetto alla sua residenza per eseguire il trattamento di emodialisi, fermo restando il diritto del paziente di scegliere di servirsi di mezzi o tipologie diverse di trasporto, in tal caso lo stesso si farà carico dei costi della eventuale differen-

Ritenuto conseguente definire che i pazienti emodializzati possono distinguersi in tre categorie in base al grado di autosufficienza:

- Utente autosufficiente
- 2. Utente parzialmente autosufficiente
- 3. Utente non autosufficiente

e sulla scorta di tale distinzione differenziare le tipologie di rimborso come di seguito specificato;

Ritenuto opportuno istituire un albo regionale che registri i requisiti degli enti idonei al servizio:

Ravvisata la opportunità di far ricadere le risorse assegnate al servizio di trasporto degli emodializzati nel quadro del contenimento di spesa a cui i correnti impegni richiamano la Regione siciliane;

Considerato opportuno intervenire sulla rideterminazione delle tariffe per come individuate nei citati decreti n. 2597/08 en. 3159/10 per gli importi dovuti a titolo di rimborso spese relativo al servizio reso in convenzione con le AASSPP per il trasporto dei pazienti da sottoporre ad emodialisi;

Considerato che parimenti occorre ridefinire le tariffe di rimborso per le diverse tipologie di trasporto previste anche in funzione delle mutate condizioni organizzative meglio esplicitate nell'ullegato tecnico;

Considerato opportuno confermare il criterio di distinzione in fasce di rimborso a favore degli enti aventi diritto in base alla distanza coperta tra il domicilio dell'utente ed il centro dialisi per come certificato dallo stesso;

Individuate le due condizioni di rimborso che dovranno sesser riconosciute agli utenti autosufficienti aventi
diritto utilizzando il criterio della distanza del centro dialisi dalla residenza dell'utente per come di seguito: fino a
sette chilometri euro 8,00 quale tariffa base. Oltre i sette
chilometri coperti tra andata e ritorno verrà riconosciuto
il rimborso di euro 0,30 (pari all'attuale costo di 1/5 di
henzima) per ogni chilometro eccedente, per il rimborso
del quale è necessaria la preventiva autorizzazione della
ASP competente;

Individuate le condizioni di rimborso che downanne essere riconosciute agli enti accreditati per il trasporto degli aventi diritto utilizzando il criterio della distanza del centro dialisi dalla residenza dell'utente per come indicato nella tabella di seguito e specificando che oltre i 60 chi-lometri coperti tra andata e ritorno verrà riconosciuto il rimborso di euro 0,30 (pari all'attuale costo di 115 di benzina) per ogni chilometro eccedente per il rimborso del quale è necessaria la preventiva autorizzazione della ASP competente:



25-11-2011 - GAZZETTA UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA - PARTE I n. 49

Tipologia trasporto	Tipologia paziente	Distanza Km andata/ritorno	Rimberso utente (euro)
Mezzo privato	Autonomi +/-	< 7 Km	8,00
	accompagnatore	> 7 Km	0,30/Km x gli eccedenti i 7
Servizio trasporto in coinvenzione ONLUS/SET	ts		Rimborso ONLUS/SEUS
,		< 30 Km	44,50
Ambulanza	Non autonomo	> 30 Km	48,00
		> 60 Km	0,30/Km eccedenti i 60
		< 30 Km	33,00
Autovettura ONLUS convenzionate singolo paziente		> 30 Km	44,00
patiente	Limitatamente autonomo	> 60 Km	0,30/Km eccedenti i 60
Autovettura ONLUS convenzionate max 3 paziente		> 30 Km area metropolitana	6,00 secondo paziente oltre il primo

Decreta:

Art. 1

È approvato il regolamento regionale per il trasporto dei pazienti emodializzati in Sicilia allegato quale parte integrante al presente decreto. Le Aziende sanitarie provinciali sono tenute ad osservarlo, nell'ambito dei rapporti di collaborazione che contrattualmente legano le si agli enti erogatori del servizio di trasporto di emodializza ti, in ogni sua parte.

Art. 2

È istituito presso l'Assessorato regionale della salute l'Albo degli enti legittimati a svolgere il servizio di traspor-to degli emodializzati in possesso dei requisiti previsti dal regolamento di cui al superiore articolo, al quale obbliga-toriamente le AASSPP dovranno far riferimento nell'avviare rapporti contrattuali in materia.

L'iscrizione all'albo regionale è condizione necessaria per essere ammessi alla stipula di convenzioni con le AASSPP della Regione siciliana finalizzate alla erogazione del servizio di trasporto di soggetti emodializzati secondo quanto previsto dal regolamento regionale di cui all'arti-colo 1. I rapporti di convenzione tra enti e AASSPP della Regione siciliana avranno durata di tre anni,

Gli enti in regola con la normativa vigente ed interessati allo svolgimento del servizio di trasporto degli emo-

Viste le considerazioni del tavolo tecnico all'uopo dializzati presso i centri sanitari nei quali gli stessi sono costituito sulla materia oggetto del presente decreto nella curati dovranno avanzare istanza per l'inserimento nel-seduta conclusiva del 22 settembre 2011; l'albo entro novanta giorni dalla pubblicazione del precurati dovranno avanzare istanza per l'inserimento nel-l'albo entro novanta giorni dalla pubblicazione del pre-sente decreto nella Gazzetta Ufficiale della Regione sicilia-

Art. S

L'albo di cui all'articolo 2 del presente decreto verrà annualmente aggiornato a cura dei competenti uffici di questo Assessorato sulla base delle nuove istanze presen-tate tra l'1 ed il 31 ottobre di ogni anno.

Le AASSPP competenti per territorio della Regione siciliana provvederanno con cadenza annuale alla puntuale verifica del mantenimento dei requisiti previsti da parte dei soggetti accreditati, comunicando all'Assessorato i risultati dell'istruttoria ai fini del mantenimento o cancellazione dall'albo degli enti accreditati. La eventuale cancellazione verrà adottata da questo Assessorato con motivato provvedimento.

Art. 7

A far data dall'I gennaio 2012 per il trasporto degli emodializzati le Aziende, riconoscono agli utenti autono mi aventi diritto, a seguito di formale istanza a mezzo del modello allegato, le tariffe in base alle distanza coperta (andata e ritorno) dal singolo utente per recarsi con mezzo proprio al centro emodialisi, fermo restando il diritto del paziente di scegliere di servirsi di mezzi o tipo-logie diverse di trasporto, in tal caso lo stesso si farà carico dei costi della eventuale differenza. Qualora il paziente dovesse scegliere un centro dialisi più lontano di quello indicato dalla ASP, si farà carico dei costi della eventuale

Tipologia trasporto	Tipologia paziente	- Distanza Km andata/ritorno	Rimborso utente (euro)
Mezzo privato	Autonomi +/-	< 7 Km	8,00
	accompagnatore	> 7 Km	0,30/Km x gli eccedenti i 7

Per il rimborso di euro 0,30 (pari all'attuale costo di 1/5 di benzina) per ogni chilometro eccedente è necessaria la preventiva autorizzazione della ASP competente.

A far data dall'I gennaio 2012 per il trasporto degli emodializzati le aziende, agli enti accreditati iscritti all'albo regionale, riconoscono i seguenti rimborsi in base alla tipologia di trasporto e al grado di autonomia del paziente:



Servizio traspi	Rimberso ONLUS/SEUS			
		< 30 Km	44,50	
Ambulanza	Non autonomo	> 30 Km	48,80	
		> 60 Km	0,30/Km eccedenti i 60	
ONT US		< 30 Km	33,00	
Autovettura ONLUS convenzionate singolo paziente	Limitatamente autonomo	> 30 Km	44,00	
		< 60 Km	0,30/Km eccedenti i 60	
Autovettura ONLUS convenzionate max 3 paziente		> 30 Km area metropolitana	6,00 secondo paziente oltre il primo	

1/5 di benzina) per ogni chilometro eccedente è necessaria

la preventiva autorizzazione della ASP competente.

I superiori rimborsi verranno annualmente aggiornati con l'incremento previsto dall'ISTAT.

Il calcoto dei chilometri deve tenere conto della distanza che il mezzo percorre dalla postazione di ricovero dei mezzi di trasporto al domicilio del paziente e al centro dialisi sede del trattamento e ritorno. Le AASSPP, a tal fine, acquisiscono dagli enti accreditati la mappa con la dislocazione dei mezzi e riconoscono la distanza più breve tra i tre punti di calcolo individuando l'automezzo e il centro di dialisi più vicino al domicilio del paziente. Qualora il paziente dovesse scegliere un centro dialisi più lontano si farà carico dei costi della eventuale differenza.

Art. 9

Il presente decreto verrà inviato alla Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana per la pubblicazione.

Palermo, 13 ottobre 2011.

RUSSO

Allegato

REGOLAMENTO SERVIZIO TRASPORTO EMODIALIZZATI

A) Modalità e requisiti per la stipula di convenzione con le Aziende sanitarie provinciali.

Oggette

Oggatio

Il presente regolamento disciplina l'esercizio del servizio per il trasporto degli emodializzati nella Regione siciliana, con autovettura elo ambulanza da parte di associazioni o consorti di organizzazioni di voltontariato, di cooperative sociali o enti di pubblica astistezza nomiscopo di lucro o enti convenzionali" che rispondono ai requisti descopo di lucro o enti convenzionali" che rispondono ai requisti discossivi articoli. Le cooperative sociali che alla data odierna risultiano titolari di rapporto convenzionale con una ASP sono ammesse a solgene il servizio e se prado di garantire, en frispetto dei requisiti prescritti per legge, uniformità ed economicità di gestione.

Espelemento del servizio di trasporto degli emodializzati è subordinato alla sitpaia di apposita convenzione tra l'Azienda santista-in provinciale, comptente per territorio, e l'ente senza limitali origionale appositamente del servizio de l'archivento dell'ente nell'abbo concentrato del servizio delle della consocia della consocia della consocia appositamente sittuito.

hero în possesso dei requisiti e previo inserimento dell'ente nell'albo regionale apposimente institucione a conservatione coro discontratori dell'enterio per accounterio dell'enterio per accounterio dell'enterio dell'enterio

Per il rimborso di euro 0,30 (pari all'attuale costo di. di benzina) per ogni chilometro eccedente è necessaria riveventiva autorizzazione della ASP competente.
I superiori rimborsi verranno annualmente aggiornati l'incremento previsto dall'ISTAT.
Il calcolo dei chilometri deve tenere conto della nazaca che il mezzo percorre dalla postazione di ricove-

Art. 2) Requisiti per l'accesso alla convenzione

Per acceder alla stipula della convenzione reflettuazione del servizio di trasporto degli emodalizzati è richiesto all'ente il possesso dei segunti requisiti:

assenza di fimilità di lucro;
lettrizione all'ilbo regionale;
elettività e la gratuità delle cariche associative nonché la gratuità delle prestazioni fornite dagli aderenti secondo i rispettituità delle prestazioni fornite dagli aderenti secondo i rispettituità delle cariche associative nonché la gratuità delle cariche associative nonché la gratuita dell

- tuità delle presiazioni fornite dagli aderenti secondo i rispettivi statuit;

 elenco dei criteri di ammissione ed esclusione degli aderenti
 con obblighi e divitti;

 obblighi di forniazione et comma 3 della legge n. 26691;

 obblighi di forniazione i 3, comma 3 della legge n. 26691;

 obblighi di sasciurare i proprio aderenti secondo le modalità
 previste dall'art. 4 della legge n. 26691;

 lo stesso ente senza finalità di lucro dovrà produrre:

 1. dichiarazione, resa dal legale rappresentante dell'organizzazione, dal legale rappresentante e da tutti i titolori di carcibie

 2. decenti della respectatione e da tutti di titolori di carcibie
 capoverso 14 della legge 19 mazzo 1990, n. 55, che aggiunge
 alla legge n. 27565, art. 10 secties, comma 8, di non versare
 nelle condizioni previste dal comma 1 dell'art. 15 della legge
 19 mazzo 1990, n. 55 es succesive modifiche dei Integrazioni,
 di non essere sottoposto a misure di prevenzione, di non essere
 a comocerno dell'activa e della respectatione negli albi degli
 appalatori pubblici fornistioni on lel'albo dei contruttori, e di
 non avver riportato condanne penali ne carichi pendenti;
 c. copia conforme della polizza di assicurazione di cui all'art. 6,
 comma 1, del presente regolamento relativa all'amno solare in
 Evente sexos firmati dei lucro; altered dovrik:

- cosso. L'ente sonza finalità di lucro, altresì dovrà: essere esente dagli impedimenti previsti per legge; essere proprietaria o possedere comunque la piena disponibi-lità dei veicoli da adibire al servizio per il trasporto degli emo-
- dialitzati; le ambulanze adibite al trasporto degli emodializzati, nonché i locali dell'ente senza finalità di lucro dove queste sostano, devono possedere l'autorizzazione sanitaria al sensi della cir-colare n. 615 del 1 di ciembro 1991;
- deve posse



25-11-2011 - GAZZETTA UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA - PARTE I n. 49

sociali devono risultare în possesso dei requisiti previsti per legge. I consort/, în base all'art. 8 della legge n. 381/1991 sono costituiti per el cento per cento da cooperavie sociali. Al fine della certificazione compromate il possesso dei requisiti previsti dal presente regolamento, gli interessati possono ricorrere alle forme di autocertificazione prevista dalla normativa vigente in merito (DPR n. 445/2009), con bobligo di preducer la relativa documenzazione a redutati della habinala analieria provinciale anche dopo la sotto-sectione etalici conventione.

Art. 3) Impedimenti soggettivi alla stipula della convenzione

Costituiscono impedimenti soggettivi alla titolarità della conven

- condanne definitive per resti che comportino l'interdizione dalle attività previste per legge o da pubblici uffici, salvo che sia intervenuta riabilitazione in capo al legale rappresentante dell'ente senza finalità di lucro ovvero al componenti del diret-

- convenzionamento; condama personale con un substata di condama delimitive per reati non colposi che comportino la condama a per certifitti della libertà personale per un periodo complessivamente superiore a due anni e sabi radi-dizione o altro atto unette valenza riabilitativa, in capora la comporti del directivo; esenza finalità di lucro quanti dire, in lasse alla normattiva vigente, imbisca il rappor-to con le pubbliche amministrazioni.

Art. 4) Disponibilità al conve

ad disponibilità al consenzionamento per l'escretto dei servicio di trasporto degli emodificati dei responto degli emodificati dei responto degli emodificati dei responsa di Asienda sanlate potto dei consenziona di Asienda sanlate dell'ente senza finalità di luoro, in carta semplice, contenente tutti i dati anagrafici dello siesso e dei componenti il direttivo allegando l'Atto cossitutivo dell'ente senza finalità di lucro rapresenta-

- Il richledente deve dichiarare, ai tenti del D.RR. n. 445/2000 il possesso, in capo all'ente senza finalità di borro e agli aventi cariche lettive dei regissiti indicati all'articolo 5 del presente regolamento. Nella convenzione devono essere chiaramente esplicitati:

 il numero di violnatari muniti di attestate di primo soccorso legalmente riconosciuto che svolgeranno l'attività di trasporto degli emodializzati, nonché dei mezzi resi disponibili distinti questi ultimi per tipologia indicando il modello, la tanga e la copertura assicurativa di cui al successiva onticolo,

 la modalia.

 la modalia.

 la copertura unicurativa del volontari ai sensi della legge n. 266/1991.

 I rapporti finanziari fra l'Azlenda sanitaria neconiciale a l'articologia.

orto degli emodializzati, per la responsabilità civile e contro i rischi di persone trasportate

Art. 6) Validità della convenzione

La convenzione ha validità triennale con obbligo da parte del l'ente senza finalità di lacro, per il tramite del legale rappresentante, di autocertificazione annuale, da produrie netro il 31 gennaio di cia-secun anno, della persistenza dei regulsiti, da presentina all'Azienda varzione. Qui aviazione intervenuta nell'arto costitutivo, nello sta-tuto o nell'accordo tra gli aderenti, dovrà essere notificata, a cura del legale rappresentante dell'ente senza finalità di incre entro 60 giori dell'avvenuta modifica. Il mancato adempimento è motivo di deca-denza dei rappresorto convenzionale za del rapporto con

Art. 7) Trasferibilità della convenzione

Tassferibilità della convenzione

La convenzione per l'ascerciai od la evisibilo di trasporto degli
emodializzari non può essere trasferita clo ceduta ad altro ente a nessun titolo ne stottorma di subappato del servizio. In caso di deceso, dimissioni, o altri motivi ostativi per legge previsti, del legale representante dell'ente senza finalità di lucro. I evento dovrà essere
comunicato all'Azlenda sanitaria provinciale, da parte del responsable gerarchico dell'ente senza finalità di lucro, catro giorni do
suo verificarsi. Il nuovo legale rappresentante dell'ente senza finalità
di lucro dovrà possedere i requisiti previsti dal presente regolanzonsubentratto avvà cura di trasmettere la relativa documentazione
all'Azienda santiraria provinciale, fornendo, altrezta, apposito verbale
assembleare al fine della presa d'atto della sostituzione.

Ast. 8) Obblighi dell'ente senza finalità di lucro

Obblighi dell'ente seus finellità di lucro

Unite sema finalità di lucro avvà cura di organizzare il servizio
di trasporto degli emodializzati salvaguardando l'incolumità e gli
interessi dell'utente. Dovà in oggi caso atteneria sigli imeggani curi
stabiliti con l'utente di concerto con I centri dialisi anche quando il
sesso e compresso in trasporto di gruppo. Doval pertanato organizre le dinamiche del trasporto in sincronia con i singoli trattamenti
dialitici fipresso lo stesso o diverso centro nefrologico) evilundo
all'utente stress aggiuntivi a quelli derivanti dall'intervento di emodialisi o intutili attece che in ogni caso non potranato mai protrano
olire i trenta minuti complexario. Le inosservano al prevente articoricierazione costituiratumo motivo di risoluzione contrattulue. El cireiterazione contrituiratumo motivo di risoluzione contrattulue. El cireiterazione contrituiratumo motivo di risoluzione contrattulue. El cireiterazione cold cili generazione del servizio hanno l'obbligo di

mantenere pulito ed in perfetto stato di efficienza il proprio
viccio;

- mantenere pulito di la perfetto stato di efficienza il proprio viccolo, sconnale in servito di lidonai dispositivi di protezio-dosta il producio di producio di protezio di protezio. Producio di producio di producio di producio di protezio. Le conformati degli utenti; conforni degli utenti; conservare la nome di servizio previste dal presente regola-mento e delle direttive specifiche emzonate dall'Azienda sanita-ria provinciale.

Art. 49) Controlli delle aziende

stesso on efficacia;

I rapporti finanziari fra l'Azienda sanitaria provinciale e l'ente sona finalità di lucro devono comprendere i rimbori strettamente connesta il avvisió de appletame nel rispetto dei parametri del presente decreto.

Stipula della convenzione

L'Azienda sanitaria provinciale e referente ne rispetto del parametri del presente decreto.

Stipula della convenzione

L'Azienda sanitaria provinciale verificatare la repolarità, valutati gli aspetti qualitati del servizio proposto ha la facoltà di avvinciale ricevatti della convenzione rice servizio. Provinciale referente della convenzione

L'Azienda sanitaria provinciale verificatare la repolarità, valutati gli aspetti qualitati della convenzione, tenuto conto del numero degli utenti cai della convenzione, tenuto conto del numero degli utenti cai della convenzione, tenuto conto del numero degli utenti cai della convenzione della della convenzione della convenzione controli si gresso e seste perfectionato carte di 31 generale successivo. Gli convenzione controli della convenzione controli della convenzione carte della convenzione controli controli della convenzione controli de



Liquidazione e pagamento del servizio

L'azienda sanitaria provinciale, nell'ambito della propria orga-nizzazione provvederà a liquidare e pagare i rimborai dovate agli enti-serva finalità di leuce sulla sociata della documentazione di cui sopra e della nota di debito prodotta entro il termine perentorio di 90 gior-no. Te del mese successivo alle prestazioni rese, deve presentare all'azienda santataria provinciale il riepliogo nominativo dei soggeti trasportati con l'autocertificazione menelle repliogativa firmata dal lucro dovat trasmettere all'azienda sanitaria provinciale i certificati di dialisi mensili, per consentire i controlli di rito.

Art. 11) Sospensione facoltativa del servizio

Il legale reppresentante dell'ente senza finalità di lucco tiobate della convenzione per il servizio di trasporto degli emodalizzati può chiedene la sospensione del servizio per un periodo di tempo complesivamente non superiore ad un anno, peroposabile di un ulteriore anno in caso di comprovate etigenze e previo avviso da comunicare per teorito con non meso di 90 giorni di anticipo sulla consumicare per teorito con non meso di 90 giorni di anticipo sulla consumicare per teorito con meso di 90 giorni di anticipo sulla data della internazione al fine di granuttire la continuità della cura degli emodalizzati facenti capo all'ente senza finalità di lucro con con con continuità della cura degli emodalizzati facenti capo all'ente senza finalità di lucro con continuità della cura della cura continuità di cura continuità di della cura continuità della cura continuità di cura continuità della cura Il legale rappresentante dell'ente senza finalità di lucro titolare

Respons

Il legale rappresentante dell'ente senza finalità di lucro è respon-sabile del regolare funzionamento del trasporto. Per quanto non espressamente contemplato si rinvia alla normativa civile e penale.

Art.13) Illeciti e sanzioni - Ritiro convenzione

L'Azienda santieria provinciale provvede alla risoluzione della venzione nei seguenti casi:
provincia provinciale provvede alla risoluzione della suprato casi casi suprato del provincia del practico del paro o relicente comunicazioni del pazienti che segualono inademplenze, disguidi o disservisi tali da porre il legale rap-presentante dell'ente senza finalità di lucro in contrasto con le previsioni di cui agli urti. 2 e 3 del presente regolamento; pi mancato inizio o ristitivazione del servizio nei termitali pre-

Il pressono del proposito del servizio nei termini prepranceso iniado o ristitivazione del servizio nei termini prec) gravi inadempienze contrattuali.
L'Azienda sanitaria provinciale può disporre la decadenza della
convenzione, qualora il legale mppresentante dell'ente surza finalità
di herro overco un componente del consiglio direttivo sia sottoposto
reali contro la pubblica Amministrazione. Il rittro caudelativo della
convenzione comporta la sospensione dei pagamenti da parte
dell'Azienda sanitaria provinciale.

Qualora Fente senza finalità di lucro incorra nelle fattispecie indi-cate mel presente regolamento o abbia interrotto il servizio senza giusti-citori molvi, substruira la soppensione della convenzione. La durata della commensa ed alla eventuale neclaliva. Linottemperanza da parte dell'en-tesenza finalità di lucca al provoedimento di soppensione entro il termi-ne di efficacia del provaccione stesso comporta comunque la non rimbornabilità delle prestazioni exerce e delle conseguenti fintunzioni.

Art. 15) Ripristino della validità della convenzione

L'Azienda sanitaria provinciale ripristina la validità della con-enzione quando cessano le motivazioni che hauno consentito la avoca o sospensione.

Art. 16) Procedura ed effetti del ritiro e della sospensione della convenzione

I provvedimenti di ritiro o di sospensione della convenzione con essere attivati con una diffida notificata al legale rappresen-

La convenzione ritirata o sospesa è inefficace a tutti gli effetti di legge dalla data di notifica del relativo provvedimento, fatte salve le azioni di risarcimento.

Art. 17) Rilascio autorizzazione

Ritacio autorizzazione

I centri dialisi devono informate preventivamente il paziente sulle modalità del servizio per quanto indicato nell'art. 29 del prosente regolamento. L'assistito deve essere informato dall'Azienda sonitara provinciale che è tenuto a segnalare per iscritto, all'Azienda modesima, le anomalie di disservizi che si possono verificare durante lo svoljamento della ervizio di trasporto, e potra signiamente partecipere alla voltazione della qualità del servizio, mediante il test di cui al successivo art. 30.

Art. 18) Validità autorizzazione

L'Azienda sanitaria provinciale, definiti tutti gli aspetti, rilascerà l'autorizzazione al trasporto dell'assistito; la stessa avrà validità di un anno dalla data di rilascio, e comunque, entro la data di scadenza della convenzione.

Art. 19) Variazioni dell'autorizzazione

Eventuali modifiche alla autorazzaone

Reventuali modifiche alla autorazzaone conessa, che si rendesero necessarie, dovute alla modifica del turno di dialisi, a carenza di autoneza, o per modivazione del rimo di dialisi, a carenza di autoneza, o per modivazioni positivamente accolle dall'Azlenda sustiana provinciale territorialmente competente, dovranno essere richtetto per isetti dall'assistito all'Azlenda suscitata. La vatazione dovrà essere indicata a cara dell'azlenda nella suotrizzazioni in corso di valdisti.

Art. 20) Modalità di servizio difformi dall'autorizzazione

Nel caso di modalità di servizio difformi a quello autorizzato dovute ad emergenze e situazioni eccezionali, non programmabili e non prevedibili, l'assistito dovrà produrre apposita dichiarazione in merito, che dovrà, comunque, essere acquisita al fascicolo dell'utente.

B) CARATTERISTICHE E REQUISITI PER L'ESPLETAMENTO DEL SERVIZIO DI TRASPORTO

Ast. 21) Definizione e destinatari del servizio e richiesta dell'utente

Definitione e destinatari del servizio e richiesta dell'utente il servizio consiste nel trasporto individuale o di gruppo di persone, non superiori a tee, in auto mobile o, simpolermente, autoambene, sono apperiori a tee, in auto mobile o, simpolermente, autoambene dell'Atlenda sanilaria provinciale che non eroghi direttamente il servizio stesso. Destinatari del servizio sono utenti non autosufficienti che hanno necessità di eseguire un certificato trattamento di emodiais presso centro autorizzati do accreditati. Nessua allara presizazione è riconducibile al servizio oggetto del presente regolamento.

a riconducibile al servizio oggetto del presente regolamento.

in sanitario di appartenenza ilaturza per l'autorizzazione preventiva al trasporto, con mezzi degli enti convencionati. La richiesta dova secre fatta allegando:

a) certificato del modico nefrologo del centro dialisi prescelto, attestante la patiologia, il turno di inserimento de eventuale delle con propie delle dell

e y certificazione di non autosufficienza che impedisce di utiliz-zare il mezzo proprio. La richiesta a favore di pazienti non autosufficienti può essere inditrata dai soggetti individuati del D.P.R. n. 445/2000 (parante o esecrente la patria potesta) con il modello allegato di presente rego-lamento e correlato della necessaria documentazione dei requistii di titolarità.

Art. 22) Caratteristiche generali delle autovettue e dotazioni

Le autovetture dovranno essere elencate, per tipologia, nella avenzione stipulata fra le parti. Gli stessi, completi dei moderni

227



25-11-2011 - GAZZETTA UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA - PARTE I n. 49

sistemi di sicurezza e di condizionamento del microclima, dovranno sempre presentari in efficiente ordine meccanico e in decorsono stato di manutezzione. Mell'espiciamento del servizio, oggi antovetumo di di considerato del si considerato del considerato del considerato del considerato del considerato del considerato. La autovetune individuate per servizio di trasporto degli emodializzati possono essere impiegate solo per l'espiciamento di tale servizio.

Le autovetture destinate al servizio di trasporto degli emodializ-zati devono: evono:

essere in regola con la documentazione prevista dalla legisla

- zione vigente; avere idonea agibilità ed almeno quattro sportelli laterali; essere collaudati per un numero di posti, incluso il conducen-
- essere collaudati per un numero di posti, incluso il conducen-no in faciro a quattro; tenere a bordo kit di primo interevento; un estintore, nonche apparecchiatrua di telecomunicazione (radio o dispositivo di telefonia mobile), collegati con l'ente senza finalità di lucro. In particolare, il kit di primo intervento deve essere composto da: > pinze premifistola (3); > guanti stetti inmonosso (6 paia); > flacone di soluzione cuianea di indopovidone al 10% di solido da I litro (1);
- one fisiologica (sodio cloruro 0, 9%) da ➤ flaconi di soluzione fisiologica (sodio cloruro - 0, 9%) 500 ml (2);
 ➤ compresse di gazza sterile 10x10 in buste singole (10);
 ➤ compresse di gazza sterile 18x00 in buste singole (2);
 > tell aterili monouso (2);
 ➤ pianzette da medicazione sterili monouso (2);
 ➤ confezione di rete elastica di misura media (1);
 ➤ confezione di colone lidrolio (1);
 ➤ confezione di colone lidrolio (1);
 ➤ confezione i colone lidrolio (1);
 ➤ confezione to colone lidrolio (1);
 ➤ confezione di colone lidrolio (1);
 > sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitati (2);
 ➤ termomettu:
 > termomettu:
 (2);
 I contenti monouso per la raccolta di rifiuti sanitati (2);
 ➤ termomettu: flaconi di soluz

- » sacchetti monosuo per la raccolta di rifiuti sanitati (2); » apparecchia per la minurazione della pressione atteriosa; » apparecchia per permittudio; dispore sullo protire laterali, al disotto del bordo inferiore del vano dei finestrini, di logo identificativo dell'ente, non sono ammessia al suo esterno noll'interno eventuali richiami pubblicitari.

 non sono ammessia al suo esterno noll'interno eventuali richiami pubblicitari.

 et evatuale strumentarione oltre a quella perpessamente concential, deve in oppi caso essere frazionale al servizio. Nelle autovetture in uso i lampeggianti di tipo stru-boscopico deveno essere tenuti apenti, trame i casi previati dai decreto del 5 ottobre 2009 e secondo le modalità previste dai medistino decreto.

Art. 23)
Espletamento del servizio e oneri a carico dell'ente convenzionato

Expletamento del servizio e omer a carico dell'ente convenzionato II servizio dovrà essere expletato dall'ente con propri mezzi e prononale idono end opportunamente formato alla particolare natura del servizio sesso. Tutti gli oneri delvanti, sia per quantifica del revizio siesso. Tutti gli oneri delvanti, sia per quantifica del revizio siesso. Tutti gli oneri delvanti, sia per quantifica del revizio siesso. Tutti gli oneri delvanti, sono ad esclusivo carico dell'ente. I mezzi di trasporto e di personale operante dovranno postere i requisibi previsti dalla normativa sono ad esclusivo carico dell'ente. I mezzi di trasporto e di personale operante dovranno postere i requisibi previsti dalla normativa sono ad esclusivo carico dell'ente. I mezzi di trasporto del promativa. Le donziani strumentale e di materiale e di controllo dell'efficienza dello distrumentario e del materiale in dotazione sugli automezzi. La manuterione degli suttomezzi de acrico e sotto la responsabilità dell'erite. La pulizia e la santificazione ordinaria e periodica degli automezzi e delle dotazioni strumentale e di materiale di conspetenza e con piena essere indegrate con quelle di disinfezione a cadenza quindicinale: con contagiona ovvero quando nell'automezzo sia avvenuta contaminazione con angueo altri liquido organico, le operazioni di pulizia e ascezsivi disinfezione operazioni operazioni dell'autori sull'autori con angueo altri liquido organico, le operazioni di pulizia e successiva disinfezione operazioni operazioni dell'autori sull'autori s

cui sopra. Ogni ambulanza deve essere dotata dell'equipaggiamento strut-turale e sanitario in conformità alla normativa vigente. I mezzi

dovranno essere adeguatamente predisposti per il trasporto sia per quanto attiene l'aspetto igienico-sanitario sia per il comfort ambien-tale. I mezzi dovranno essere mantenuti in continuo e pieno stato di efficienza.

Art. 24) Caratteristiche specifiche delle ambulanze adibite al servizio di trasporto degli emodializzati

L'ambulenza adibite al serviçio en tratsporto aegie emodinizzati

L'ambulenza adibite al servizio dei trassporto degli infermi deve:

possedere i requisiti e le caratteristiche previste dalla normativa vigente in materia di autorizzazione assinistra al trassporto degli infermi:

disporre sulle portiere laterali, al disotto del bordo inferiore del vano del finestrini, una fascia identificativo dell'ente senza prosedere autorizzazione inserioco annitaria rilasciata da nater prosedere autorizzazione infendo-canalitaria rilasciata da nater

- finalità di lucro; possedere autorizzazione igienico-sanitaria rilasciata da parte dell'Azienda del servizio sanitario nazionale, al trasporto

Art. 25)

Visita di controllo automezzi e modalità di svolgimento

L'ente senza finalità di lucro ha l'obbligo di revisionare come per legge i vricoli faccado pervenire, successivamente all'Azienda santia-ra provinciale di competenza una autocertificazione attestante l'av-venuto controllo comunicandone annualmente l'esito. Sono essonem-te dall'obbligo del controllo iniziale le autovotture di prima immatri-

colazione.

L'Azienda sanitaria provinciale, competente territorialmente, più disporre, in qualsiati momento, ispezioni di controllo. Il ricovero delle autovetture, nell'ambito provinciale, dovrà avvenira nel luoghi di proprietà o disponibilità dell'ente senza finalità di lucro, che siano chiusi o dell'initati, in modo da evitare l'accesso a terra.

Art. 26) Garanzia continuità del servizio

un enti senza finalità di lucro dovranno garantire comunque la continuità del servizio. In caso di guasto i mispedimento all'uso dell'autorettura, il servizio portà essere assicurato con altri automezzi in possesso del requistiti di cui al presente regolamento previa comuni-cazione all'Azienda sanitaria provinciale dei dati relativi all'autovet-tura sostitutiva.

Ambiti operativi territoriali

Amoun operativi territoriali su cui l'ente senza finalità di lucro potrà operare coincidono con gli ambiti territoriali di pertinen-za dell'Azienda saniafra provinciale, fatto salvo, previo accordo sot-toscritto tra le AASSPP interessate, la possibilità di superare l'ambi-to in presenza di centri viciliori i reclaenti in altra provincia, e a con-dizione, inderegabile, che non comporti sumerni di speta, e comun-que dopo autottizzazione del diretto saniario competente.

Uso collettivo dell'autovettura - Trasporto multiplo

Uso collettivo dell'autovettura - Trasporto multiplo

Si Intende per uso collettivo il servizio offerico contemporaneamente a più utenti fino ad un mastimo di tre accomunati dalla stessa nera o zona di residenza, ovvero percorso con destinazione sulta
mediazima direttire o centro dialisi. Avendo cura di evitare sirreis ed
se della prestazione della compatibilità dell'orario di somministrazione
della prestazione e delle compatibilità dell'orario di somministrazione
mol. It rasporto collettivo, ove possibile, sarà sempe da preferica, in
rasjone del minori costi da sostenere in base a razionali tragitti
all'usopi individuati dal competenti servizi del diretto samitario.

Art. 29) Modalità di erogazione del servizio

Modulità di erogazione del servizio

L'Azienda sanitaria provinciale competente per territorio, esaminata la richiesta dell'utente, provvederà ai individuare secondo critei predeterminate incaricare del servizio uno degli uni suenza indi lucro, convenzionati a darne comunicazione ai paziente e al centro
individuare successiva del servizio uno del paziente e al centro
individuare la misone distanza tra il domicilio del paziente e di centro disilisi, concordando con il responsabile dell'ente senza finalità di lucro precolta le modalità di trasporto (stapolo, collettivo, autouvettura, o ambulanza) suila base del tumo di dialisi e dei domicilio del paziente e en iragetti delle necessità dell'utente determinate, in ogni caso, da specifiche esigenze connesse con lo stato di sabite e attentate
dal infectiogo del centro di dialisi che la in cura il patente e validate.



dal competente distretto sanitario. La tesca Azienda provvederà ad organizzare l'uso collettivo dell'autovettura la quale dovrà tenere presente la sequenzialità ravvicinaria del domicili degli utenti trasportati. Il percono a infini della contabilizzazione per il pagamento, deve tenere conto della distanza che il mezzo percorre dalla postazione degli autovenzzi al domicilio del paziente e da qui al centro dialisi eritorno. A tul fine le AMSSFP acquisiscono dagli enti di trasporto accreditati la mappa con la dislocazione dei mezzi eritoroscono la distanza più breve tra i tre punti suddetti individunado l'automezzo eli centro dialisi più victiono di domicilio del nilatzazio. In caso di secfan del pazienti più victiono di domicilio del dializzazio ni caso di secfan del pazientica allo vieso che la differenza di costo è a carico totale dell'utente. Per il trasporto collitivo deve escree estatamente individuato l'assistito primo trasporto" e gli assistiti "ensportati oltre il primo". ite distretto sanitario. La stessa Azi

Art. 30) Test di misurazione della qualità percepita dall'utente

Est di missingione della qualità percepita dall'intente L'utente dovà segulare all'Arienda del Servizio anilario nazio-nale, per iscritto, in qualsiasi momento, eventuali disservizi rilevati. Le Aziende possono autonomamente elfettuare test di rilevazione qualitativa del servizio reso dall'ente senza finalità di hero inviando all'utente un apposito questionario. Ove siano segnalate eventuali riregolaria l'Ariendo adottetà i provvedimenti che riterrà più oppor-tuni correlando di la gravità dell'evento.

Art. 31) Obblighi del conducente nell'espletamento del servizio

Il conducente nell'espletamento del servizio deve:

– accertarsi dell'esatta destinazione dell'utente o degli utenti,

- conduceme ora expletamento des arvivatos consultativas de del titente o degli utenti, d'lliviato del servivito; far controffernare a ciascun emofilializzato trasportato il foglio di vaggio conforme all'allegato (s. sia per il viaggio di andata che per il viaggio di ristorno ai domicillo dell'utente; attenerai all'ordine di servizio formulato dall'intente sena sinsilità di lucro come da disposizione impartite dall'Aziendo del breve tra il domicillo dell'utente con dell'utente; all'entere dell'articondo dell'utente come dell'utente consociato di effettame percora il altrosi dell'utente consociato di effettame percora il altrosi dell'utente consociato di effettame percora il altrosico dell'utente consociato di effettame percora il altrosico dell'utente consociato di effettame percora il altrosico dell'utente consociato del effettame percora di altrosico dell'utente consociato dell'utente consociato dell'utente consociato dell'utente consociato dell'utente non della dissociato somarrico dell'utente consociato dell'utente non abbia di mandallia o viccerara che private non abbia di mandallia o viccera che private non abbia d

- oggetto au interno dei mezzo; qualora siano rinvenuti oggetti che non sia possibile restituire immediatamente agli utenti, i conducenti hanno l'obbligo di consegnarli al più presto.

Art. 32) Obblighi e divieti per i conducenti

È fatto divicto al conducente di automezzi in servizio di: ammettere sull'autovettura persone estranee a quelle previste dall'Azlenda del servizio sanitario nazionale per il servizio di

- etasporto per la dialisi; tenere sul mezzo petence, animali o cose che non abbiano atti-norato con il servizio; fumare e consumare cibo durante la consa; fumare e consumare alla qualunque natura e genere; togliere overe o occidente i segni distintivi di riconoscimento del mezzo.

- del mezzo:

 effettuare qualunque forma di pubblicità;
 consentire la conducione del velcolo In servizio a persone
 ettranee all'ente senza finalità di locro anche se munifie di
 patente idones;
 applicare nel mezzo adibito al traspoeto degli emodializzati
 contrassegni che non siano autorizzati o comunque in contrasto con le finalità del presente regiolamento, utilizzare dispositivi acustici e lampeggianti di emergenza ad di finori dei casi
 previsti dal decretto del 3 ottobre 2009 e secondo le modalità
- previsit dal decreto del 5 ottobre 2009 e secondo le modalità previste dal modessimo decreto; utilizzare le cornie preferenziali intadien nel rispetto del repo-tatione del consideratione del consideratione del caso si siano a bordo emodalizzati. In tal caso l'autorettura deve esporre una tabella con su scritto l'araporto emodalizzati allo exopo di indicare che si sta espletando trasporto di dializ-zati e che quindi l'autorettura è autorizzata a percorrere le consiperperenziali; allo della dializzatio del propose presentali; consiperimenziali;
- corsie preterenzian; presentarsi in servizio senza divisa da lavoro ed in modo non decoroso ed antigienico. La divisa deve riportare, in modo bee

visibile, la scritta il distintivo di riconoscimento dell'ente la tarphetta con il nome del dipendente. Il personale deve essere dotato dei dispositivi di protezione individuali a tutela della salute del lavoratore e conformi alla normativa vigente in tema di ligiene e sicureza del lavoratori, con particolare rific-rimento a quelli dedicata alla protezione da vischio biologico; in ogni cosi i sivizio dovida essere svolto in conformità alla normativa di cui al decreto legislativo n. 8100 e successive modifiche de integrazioni ed al piano di sicure za successive modifiche de integrazioni ed al piano di sicure 2 successive modifiche de integrazioni ed al piano di sicure 2 successive modifiche da la devento legislativo n. 8100 e successive modifiche da la devento de parte dello stesso per le prestazioni di trasporto effettuate dal proprio personale.

Art. 33) Obblighi e divieti degli utenti del servizio di trasporto

Gli utenti del servizio devono sempre tenere un comportamento retto nei confronti del conducente del mezzo.

- retto nei confronti del conducente del mezzo.

 Agli utenti del servizio è vietato:
 a) salire o scendere dal veicolo i movimento;
 b) portare sal veicoli materiali infiammabili, acidi corrosivi,
 oggetti presentino spigolature tuglienti od appuntiti, o
 per distiliata ingione postano risultare molesti ingembranti o
 cerciolosi;
- c) aprire per qualunque ragione, la portiera dell'autovettura in

el pricie per qualunque ragione, la portiera dell'autovettura in movimento;

d) danneggiare l'autovettura su cui si è trasportati;
o) distribuire oggetti a sopo di pubblicità, distribuire o vendere oggetti anche allo scopo di beneficenza;
o) distravare o disturbare il conducente durante l'effettuazione
del servizio;
d) distravare o disturbare il conducente durante l'effettuazione
del servizio;
l) fumare nelle autovetture;
o consumare cibi o bevande all'interno dell'autovettura, salvo
dell'accompionate caggerar di saluct.
The per comprosate caggerar di salucturate sed ecco. Per comprosato l'abricato dell'accompionate dell'accom

1) FAC-SIMILB RICHIESTA FRUIZIONE SERVIZIO

Spett.le AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE di ..

Alla cortese attenzione del Responsabile del Servizio OGGETTO: richiesta servizio trasporto GRATUITO al centro dialisi.

Il/la sottoscritto/a . natora prov. il domiciliato a in via/piazza n. tel. in trattamento dialitico presso il Centro

non potendo raggiungere lo stesso autonomamente in quanto NON autosufficiente

CHIEDE di poter usufruire del servizio di trasporto GRATUITO per perso-ne dializzate istiluito da codesta ASP di per recarsi al centro dialisi nei giorni con il seguente orario di arrivo/partenza Per quanto sopra richiesto il sottoscritto altresì

DICHIARA*

di conoscere ed accettare le condizioni di servizio;
 di voler ricevere il servizio richiesto in via continuativa fino a revoca e/o disdetta.

,	The second state of the second		
		Il richiedente	



Normativa

*Allegare copia documento d'identità e certificazione di invalidità	196/2003. Conseguentemente autorizzo l'ASP di al trattamento dei miei dati personali, compresi quelli sensibili.
Informazioni generali I. Il servizio è rivolto ai soggetti in trattamento dialitico presso le	Data.
trutture pubbliche e private convenzionate.	4.11.1
II. Il trasporto fruibile dall'utente riguarda il solo tragitto dal omicilio al centro dialisi e ritorno.	Il richiedente
III. Il trasporto può essere effettuato sia singolarmente che in	administrative of the second second
orma collettiva, secondo le disponibilità riscontrate.	
IV. Compatibilmente con la disponibilità di posti è possibile tra- portare anche eventuali accompagnatori personali, purché effettui-	FAC-SIMILE RIFPILOGO SERVIZIO
o lo stesso tragitto del soggetto accompagnato.	THE CAMEDITION OF THE PARTY OF
V. Il servizio viene effettuato senza alcun onere per l'utenza, pre- ia richiesta da inoltrarsi al responsabile del servizio e sua validazio- ie.	Trasporto Emodializzati per l'Azienda sanitaria provinciale
VI. La richiesta del servizio comporta l'impegno a ricevere lo tesso in via continuativa lino a revoca o disdetta e la rinuncia a qual- iasi richiesta di rimborso nei confronti dell'ASP.	Atto di notorietà e dichiarazione sostitutiva di certificazione (D.P.R 28 dicembre 2000, n 445)
VII. In caso d'impossibilità del soggetto di recarsi al centro dia-	71
isi e/o disdetta da parte di questo di uno degli appuntamenti ndata/ritorno, la stessa dovrà essere comunicata con sufficiente	nato aii/ residente/domiciliato nel
nticipo in modo da evitare inutili spostamenti del veicolo.	comune di in via n. Tel. Cod. Fisc.
VIII. In caso di mancato preavviso i costi di servizio potranno	Tel. Cod. Fisc.
ssere addebitati direttamente al richiedente, secondo le vigenti tarif- e di gestione dello stesso.	Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità consapevole delle sanzioni penali di cui
IX. Ogni eventuale variazione d'indirizzo e recapito telefonico	all'art. 76 del predetto D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichia-
eve essere prontamente comunicata al gestore. X. Le richieste di servizio devono essere inoltrate compilando	razioni mendaci
apposita modulistica. Per informazioni e comunicazioni è possibile	DICHIARA
ontattare il gestore del servizio: - Spazio riservato alla ASL -	- di non essere funzionalmente autonomo
Si autorizza il trasporto richiesto, previa verifica di disponibilità	che nel mese di anno ha fruito di: N° X trasporti in AUTOVETTURA SINGOLO FINO/OLTRE 30
computibilità tecnica. Si determina in km la distanza del viaggio da	N* X trasporti in AUTOVETTURA SINGOLO FINO/OLTRE 30 KM
ffettuare.	N° X trasporti in AUTOVETTURA COLLETTIVO FINO/
Palermo,	OLTRE 30 KM DI CUI N° X COME PRIMO TRASPORTATO
11 dirigente	Nei giorni
State or a series of the serie	Dal domicilio all'ambulatorio di dialisi denominato "
	Dal domicillo all'ambulatorio di dialisi denominato " con sede nel comune di in via e viceversa, per sottoporsi a
FAC-SIMILE ISTANZA di RIMBORSO SPESE PER EMODIALISI	trattamento dialitico, come da piano terapeutico approvato con personale e mezzi dell'ente senza finalità di lucro
All'Azienda Sanitaria Provinciale	e soddisfacente. Con la stessa acconsente al trattamento dei dati personali, ai fini
Di	del rispetto decreto legislativo n. 196/03 sulla tutela dei dati persona-
Distretto di	li.
Il/la sottoscritto/a	Palermo,
ato/a il a a	Firma dell'utente (dichiarante)
esidente a in via lomiciliato a in via	Firms deli utente (dichiarunte)
elelono per reperibilità: tessera sanitaria n	
oordinate bancarie per accrediti:	L'Ente senza finalità di lucro
banca d'appoggio c/c n	
Con riferimento al decreto Assessoriale n. del settembre	
011	FAC-SIMILE INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO A norma delle disposizioni di legge in vigore alcuni dati relativi
CHIEDE	alla persona ed in special modo quelli concernenti lo stato di salute e
rimborso spettante di europer le spese	la vita sessuale, godono di speciale tutela. Alcuni dati personali relati- vi alla persona che richieda di avvalersi del servizio di trasporto in dia-
ostenute per emodialisi eseguite da	
☐ SH STHSSO ☐ II, MINORE	scondo le modalità previste dalla legge. Potranno essere altresi sotto- posti a trattamento dati sanitari della persona relativi alla natura e grado della invalidità nonché ad ogni diversa circostanza o condizio- ne che assuum rillevo, a giudizio del titolare del trattamento dati, ai
Presso il Centro di Emodialisi	posti a trattamento dati sanitari della persona refativi alla natura e grado della invalidità nonché ad ogni diversa circostanza o condizio-
ito in via/piazza	ne che assuma rillevo, a giudizio del titolare del trattamento dati, ai
listante km dalla propria residenza.	fini dell'esatto adempimento della prestazione di trasporto. Tale trat- tamento si rende indispensabile, oltre che al fine di assicurare la cor-
A tal fine allego:	retta gestione organizzativa, amministrativa, contabile e fiscale del
attestazione del centro dialisi con il numero di dialisi effettua- te nel mese di	servizio, allo scopo di prestare la più attenta e completa assistenza alla
 dichiarazione ospedale pubblico che attesti la non disponibili- 	persona richiedente, mediante implego di mezzi adeguati e di perso- nale specificamente preparato alle esigenze individuali. Il trattamen- te di data personali certà apporte propini propini per la finalità
tà alla prestazione con il	to di dati personali potrà avvenire esclusivamente per le finalità appresso indicate e limitatamente al tempo per cui esso risulti peces-
Dichiaro che mi sono state preventivamente fornite le informa-	sario o utile per il perseguimento delle finalità delle stesse: 1) verifica della sussistenza in capo al richiedente di titolo ido-
ioni previste dalla normativa in materia di tutela dei dati personali in particolare quelle di cui all'art. 13 del decreto legislativo n.	 verifica della sussistenza in capo al richiedente di titolo ido- neo per l'ammissione al servizio a norma delle disposizioni di
in paracount queue ur cui airait. 13 un uccicto regisiativo n.	inco per animissione in service international disposizioni di

legge e regolamento e di quelle contrattuali regolanti il servi

- legge e regolamento e di quette contrautou i aporto io mederimo o, io mederimo o, 2) prodisposizione el secuzione della prestazione di trasporto in favore della persona richidente ed organizzazione com-sultata del servizio.

 3) essiva del servizio, del titolare del trattamento dati delle disposizioni derisanti da norme di legge e di regolamento o da atto dell'autorità; di esercizio e tutela da parte del titolare del trattamento dati del diritti adesso attributi dalla legge, dal contratto intercorren-teco na persona richidente il trasporte de acontratti con-venzioni intercorse con soggetti e teral ed aventi ad oggetto la rectatione del servizio.

prestazione del servició.

La tiolarità del tratamento è assunta da
il cui legale rappresentante è responsabile del tratamento.

Al richiodente sono inderogabilmente attribuiti i diritti di cui
all'ant. 13 della legge 31 dicembre 1996, n. 675.

Cuolora ad inindacabile giudizio del titolare del trattamento
dati il rifituto di comunicare taluno dei dati personali richiesti, ivi
compresi quelli sanitari, non concentu di svolgere la prestazione
richiesti con ouservanza di ogni norma di legge e regolamento appliperizia diligicano, il titolare si terera di non eseguire o di interronipere in ogni tempo la prestazione domandata.

IL TITOLARE TRATTAMENTO DATA

Il sottoscritto il residente a in in informato delle finalità e delle modalità del trattamento dei propri dati personali, ivi compresi quelli idonci a rilevarne lo stato di salute.

DICHIARA

di prestare il proprio espresso consenso affinché esegua il trattamento medesimo per le finalità e con le modalità di cui alla informativa che precede. Il consenso si intende prestato per ogni operazione di trattamento di cui alla suesposta informativa da eseguinti per causa o in occasiono dell'esecuzione ista della prima del defle esuccessive prestazioni rese al sottoscritto dal titolare del trattamento offe espletamento del espetimento dell'espletamento del espetimento del espetimento del seguinte.

Firma del richiedente

(2011.45.3316)102

ASSESSORATO **DEL TERRITORIO E DELL'AMBIENTE**

DECRETO 30 maggio 2011.

Approvazione dell'Accordo di programma per l'attivazione della linea di Intervento 3.2.1.2 del P.O. RE.S.R. 2007/2013.

IL DIRIGENTE GENERALE DEL DIPARTIMENTO REGIONALE DELL'AMBIENTE

Visto lo Statuto della Regione e relative norme di

Visto il Trattato istitutivo della Comunità europea

Vista la legge 8 giugno 1990, n. 142, ed in particolare l'art. 27, così come recepito e modificato dall'art. 1 della legge regionale 11 dicembre 1991, n. 48, che disciplina l'accordo di programma:

Visto il regolamento CE n. 1080 del 5 luglio 2006 del Parlamento europeo e del Consiglio dell'Unione europea, relativo al Fondo europeo di sviluppo regionale e recante abrogazione del regolamento CE n. 1783/1999; Visto il regolamento CE n. 1083 dell'11 luglio 2006 del

Consiglio dell'Unione europea e successive modifiche ed integrazioni recante disposizioni generali sul Fondo euro-peo di sviluppo regionale, sul Fondo sociale europeo e sul Pondo di coesione e che abroga il regolamento CE n. 1260/1999-

Visto il regolamento CE n. 1828 dell'8 dicembre 2006 della Commissione della Comunità curopea e successive modifiche ed integrazioni che stabilisce modalità di applicazione del regolamento CE n. 1083/2006 e del regolamento CE n. 1080/2006;

Visto il Quadro strategico nazionale per le regioni italiane dell'obiettivo Convergenza 2007/2013 approvato dalla Commissione europea con decisione del 13 luglio 2007

Visto il Programma operativo FESR 2007-2013 adottato con decisione della Commissione europea C(2007) del 7 settembre 2007 e, in particolare, l'assè 3, l'obiettivo specifico 3.2, l'obiettivo operativo 3.2.1 (capitolo n. 842059 del bilancio della Regione siciliana) e la linea di intervento 3.2.1.2;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 3 ottobre 2008, n. 196, regolamento di esecuzione del regolamento CE n. 1083/2006;

Viste le linee guida per l'attuazione del P.O. F.E.S.R. 2007/2013 adottate con deliberazione di Giunta regionale n. 266 del 29 ottobre 2008;

Vista la deliberazione della Giunta regionale n. 83 del 6 marzo 2009 - approvazione quadro definitivo relativo al P.O. F.E.S.R. 2007/2013 - categorie di spesa per definizione finanziaria:

Visto il documento "Descrizione dei sistemi di gestione e controllo" redatto in data 21maggio 2009 a norma dell'art. 21 del regolamento CE n. 1828/2006 della Commissione dell'8 dicembre 2006; Visto il documento riguardante "Requisiti di ammissi-

bilità e criteri di selezione" del P.O. F.E.S.R. 2007/2013, approvato dalla Commissione europea con decisione C(2007) n. 4249 del 7 settembre 2007, ed adottato in ultimo con delibera di Giunta n. 35 del 10 febbraio 2011;

Visto il Piano di comunicazione P.O. F.E.S.R. - Sicilia 2007/2013 approvato con decisione n. C (2007) 4242;

Visto l'asse 3 del PO FESR 2007-2013, obiettivo speci-fico 3.2 "Rafforzare la rete ecologica siciliana, favorendo la messa a sistema e la promozione delle aree ad alta naturalità e conservando la biodiversità in un'ottica di sviluppo economico e sociale sostenibile e duraturo";

Visto l'obiettivo operativo dell'asse 3.2.1 "Rafforzare la valenza e l'identità naturalistica dei territori specifici";

Vista la linea di intervento 3.2.1.2 che prevede: "Azioni volte alla realizzazione di un nodo pubblico di osservazio-ne della biodiversità per la tutela e la fruizione delle risorse naturali compatibilmente con quanto previsto dal reg. CE n. 1080/06";

Considerato che la linea d'intervento 3.2.1.2 sopra citata prevede il finanziamento di opere pubbliche ed acquisizione di beni e/o servizi mediante lo strumento dell'Accordo di Programma;

Vista la nota n. 262/Gab, del 5 novembre 2010, con la quale l'Assessore pro tempore del dipartimento dell'ambiente dispone, tra l'altro, che i beneficiari delle LL.II. 3.2.1.1 e 3.2.1.2 siano individuati in: enti gestori di parchi e riserve naturali, l'A.R.P.A., l'I.S.P.R.A., il C.N.R.;

Vista la nota n. 78649 del 21 dicembre 2010 del dipartimento dell'ambiente, con la quale si sono convocati per giorno 28 dello stesso mese tutti gli enti beneficiari così come individuati dalla suddetta nota n. 262/Gab;

Vista la nota n. 2329 del 14 gennaio 2011 del dipartimento dell'ambiente, contenente gli atti d'indirizzo relati-vi alle L.L.II. dell'Ob. Operativo 3.2.1 e con la quale si è trasmessa la scheda relativa alle operazioni da inserire nell'Accordo di programma;



13-4-2012 - GAZZETTA UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA - PARTE I n. 15

DECRETO 23 marzo 2012.

Iscrizione all'albo regionale di enti autorizzati al tra-sporto di pazienti emodializzati istitutto ai sensi del D.A. n. 1993 del 13 ottobre 2011.

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione,

Vista la legge regionale n. 40/84 che consente alle ASP di fare ricorso alla stipula di apposite convenzioni con strutture esterne al fine di essere coadiuvate nel trasporto di soggetti da sottoporre a trattamento di emodialisi;

Vista la legge 11 agosto 1991 n. 266, legge quadro sul volontariato

Vista la legge 8 novembre 1991 n. 381 sulle cooperative sociali:

Visto il decreto legislativo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni

Vista la legge regionale n. 22/94 - Norme sulla valoriz-zazione delle attività di volontariato;

Visto il decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460 "Riordino della disciplina tributaria degli enti non commerciali e delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale":

Visto il decreto legislativo n. 229/99 e successive modifiche ed integrazioni; Visto il D.A. n. 2597 del 17 ottobre 2008 rideterminazio

ne delle tariffe per il servizio di trasporto emodializzati;

Vista la nota assessoriale prot. 6436 del 27 ottobre 2008, recante atto di indirizzo sul sistema territoriale di soccorso 118;

Vista la legge regionale n. 5 del 14 aprile 2009 Riordino del servizio sanitario regionale; Visto il D.A. n. 3159 del 24 dicembre 2010, inerente i con il quale è stato riconosciuto alle organizzazioni in

convenzione un rimborso aggiuntivo una tantum, per gli anni 2009-2011 del 2% incrementale su ogni trasporto effettuato e da effettuare; nonchè specificatamente l'art. 1 dove è espressamente richiamato l'apporto della SUES alle attività di trasporto degli emodializzati;

alle attività di trasporto degli emodializzati; Visto il D.A. n. 477 del 21 marzo 2011 - Interventi in materia di trasporto di pazienti emodializzati; Visto il D.A. n. 1993 del 13 ottobre 2011, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana parte In. 49 del 25 novembre 2011 che ha sitiutio presso l'Assessorato della salute l'albo regionale degli enti idone i al servizio; Considerato che l'art. 5 del prodetto D.A. recita: "L'albo di cui all'articolo 2 del presente decreto verrà annualmente aggiornato a cura dei competenti uffici di questo Assessorato sulla base delle nuove istanze presen-tate ra II del il 31 tottope di comi auno".

Autorio Assessata de de la constante presenta la tra l'a di 31 ottobre di ogni anno";

Ritenuto al fine di garantire la più ampia partecipazione allo svolgimento del servizio di che trattasi, modificare l'articolo 5 del D.A. n. 1993 del 13 ottobre 2011, consentendo un aggiornamento permanente dell'albo degli enti

tendo un aggiorianteno. Jegittimati; Viste le istanze pervenute a seguito della pubblicazio-ne del D.A. n. 1993 del 13 ottobre 2011 nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana, parte I, n. 49 del 25 novembre 2011;

novembre 2011;
Considerato che nell'allegato regolamento al D.A. n.
1993 del 13 ottobre 2011 l'attività di trasporto degli emodializzati è espressamente definita: "quale servizio di collaborazione e non sostitutivo".

Rilevata, sulla base delle autocertificazioni e/o documentazione allegata alle istanze, la sussistenza dei requisiti previsti dalla normativa vigente in materia per i
seguenti enti e/o associazioni, che si ritiene di potere iscrivere al predetto albo fatte salve le ulteriori verifiche di
competenza della ASP finalizzate alla stipula della comrimborsi destinati al servizio di trasporto di emodializzati competenza della ASP finalizzate alla stipula della con-

ENTE	SEDE
A.S.V.O. ONLUS - Ass. di Soccorso e Volont. Orizzonti	Bascellona P. DI G., ME, Via Liguria, 5
A.V.E.L. Emergency Leader	Palermo, Via G. Alagna, 2/A
Ambulanze Messina Soccorso ONLUS	Messina, 98100, Via Bonor, 35
Ass. di volont. "Motta Soccorso ONLUS"	Motta S. Anastasia, CT, 95040, Via Terre Nere, 83
Ass. Ambulance San Camillo ONLUS	Messina 98124, Vico Baglio, 24
Ass. Cannizzaro Soccorso One ONLUS	Aci Castello, CT, 95021, Via Firenze, 200
Ass. Confraternita Misericordia Gela	Gela, Cl., 93012, Via Ghirlandaio, 3
Ass. Croce Blù e Rossa ONLUS	Acicastello, CT, 95021, Via Firenze, 42
Ass. Croce del Soccorso Italiano	Gela, Cl., 93012, Via E. Romagnoli, 78
Ass, di Volontariato "Croce Bianca" ONLUS	Scicli, RG, 97018, Via Ospedale, 52
Ass. di Volontariato "Croce Verde ONLUS"	Catania, 95127, Via Vezzoși, 31
Ass. di Volontariato "Kasmanac ONLUS"	Scicli, RG, 97018, Via Rattazzi, 4
Ass, di Volontariato "L'Azzurra"	Ragusa - 97100 - Piazza Caduti di Nassirya, 4
Ass. di Volontarinto "P.A. Caltagirone Soccorso" ONLUS	Caltagirone, CT, 95041, Via Fontanelle, 96/A
Ass, di Volontariato "P.A. Sicilia Soccorso" ONLUS	Catania, 95100, Via Fratelli Mazzaglia, 28
Ass. di Volontariato "Servizi Sanitari Pronicholas ONLUS"	Misterbianco, CT, 95045 Via Anna Magnani, 12
Ass. di Volontariato "Soccorso Nisseno"	Caltonissetta, 93100, Via G. Peralta, snc
Ass. di Volontariato Croce d'Oro	Paternò, 95047, Via L. Ariosto, 86
Ass. di Volontariato P.A. "La Provvidenza"	Marsala, 91025, Via Trapuni, C.da Damenusello, n. 568
Ass, di Volontariato sociale "Croce Bianca"	San Giovanni Gemini - Cap 92020, Wa Spagna, 2
Ass. Misericordia San Leone - Catania	Catania, 95122, Via S. Leone, I
Ass. P.A. A.V.LO.S.	Canicalti, AG, 92024 Via Martinetti, 21/33
Ass. Padre Vinti - Grotte Solidale ONLUS	Grotte (AG), 92020, Via Pirandello, 3





Ass. Pubblica Assistenza A.P.A.S Paterno	Paternò - 95047 - Via Martiri della Libertà, 9
Ass, Pubblica Assistenza Aurora ONLUS	Marsala, 91025 Vla Vitn, n. 26
Ass. Trinacria ONLUS	Canicattl, AG, 92024 Via Glod. Saetta, 77
Ass, Volontari Citta di Salemi	Salemi, TP, 91018, Cida Vado, n. 173
Ass, Volontari del Soccorso A.N.P.A.S.	Santa Croce Camerina (RG) 97017 - Viale della Repubblica, 57
Ass, Volontariato Montepalma soccorso ONLUS	Catania, 95123, Via Cardi, 100
Ass, Volontariato "Croce Verde Taormina ONLUS"	Taormina, ME, 98039, Via Chianchitta, 133/F
Ass. Volontariato Sicania Soccorso	Canicatti (AG), 92024, Via La Marmora, 13
Ass, Misericordia Catania Porto	Catania, 95131, Via Dusmet c/o interno porto, Molo 19, Pal. ex Fanalista
Assoc, di Volontariato Soccorso Azzurro ONLUS	Catania, 95126, Via Faraci, 21/6
Associaz, P.I.C. (Pronto Intervento Cittadino)	Caltanissetta, Via S. Giov. Bosco, 172/176
Associazione di Volontariato "Croce Blanca" ONLUS	Catania, 95122, Via Luigi Galvani, 4
Associazione "Croce Blù" ONLUS	Catania, 95100, Via Valverde, 11
Associazione "Croce Medica Italiana" ONLUS	San Gioyanni La Punta, CT, 95037, Via G. D'Annunzio 1/3
Issociazione "Cuore Giovane - ONLUS"	Palermo - 90128 - Via Ignazio e Manfredi Lanza, 27
Issociazione "S.E.A." ONLUS	Misterbianco, CT, 95045 Via Paolo Borsellino, 183
Associazione "Volontari per Centuripe"	Centuripe (EN) 94010 - Via G. Leopardi, I
Associazione A.V.E.S. Associazione Volontariato Emergenza Sanitaria	Partinico - 90047 - SS113 Km 309
Associazione Ambulanze San Francesco - ONLUS	Calatabiano (CT), 95011, Via Umberto, 175/A
Associazione AVADEA S. Pio da Pietrakina ONLUS	Calatabiano, (CT), Via Umberto, 124 - 95011
Associazione Confraternita di Misericordia di Avola	Avola, 96012, Via Dunte, 59
Associazione Confraternita di Misericordia di Niscessi	Nisceml, CL, 93015, Via Regina Margherita, S8
Associazione di volontariato "Padre Pio Soccorso"	San Giovanni Gemini, (AG), 92020 Via Stretto n. 13
Associazione di Volontariato di P.A. "Madre Teresa Calcutta"	Casteltermini, (AG) 92025, Via G. Matteotti, 80/E
Associazione Francesco D'Assisi ONLUS	Pettinco (ME) 58070 c.da Comate suc
Associazione Madre Teresa di Calcutta ONLUS	Agrigento, 92100, Via Cavleri Magazzeni, 11
Associazione ONLUS "Città di Messina"	Messina, Vin Industriale, 29/B
Associazione Pegaso ONLUS - GISES (gruppo intervento speciale emergenza sanitaria)	Messina, 98122, Via Pietro Castelli, 284
	Favora, 92026, Via Grotte, 16
Associazione Quo Vadis ONLUS	Sant'Agata di Militello 98076 Via Cannamelata 24
Associazione Sacro Cuore ONLUS	Nicosia, EN, 94014, olda Tre Casette, snc
Associazione San Giacomo ONLUS	
Associazione Socio Sanitaria Italiana "ASSI"	Avola, SR, 96012, Via A. Manzoni, 23
AVI Associazione Voluntari Iblea	Ragusa 97100 Via GB Odierna 239
Bronte Soccorso Onlus	Bronte, 95034, Via Sirena, 55
Charitas Coop. Sociale	Milazzo, ME, 93057, Via Madonna delle Grazie, snc
Cometa Società Coop. Sociale	Scieli, RG, 97018, Via Trinacrin, 34
Confraternita di Miscricordia di Bronte	Bronte, 95034, V.le J Kennedy, snc
Confraternita di Misericordia di Favara	Favara, AG, 92026, Via De Gasperi
Confraternita di Misericordia di Messina S. Licandro	Messina, 98168, Via L. Sciascia, 2
Confroternita di Misericordia di Palermo	Palermo 90135, Via degli Emiri 57
Confraternita di Misericordia di Partanga	Partanna, TP, Via Dalmazia, 10
Coop. Sociale "Cuore Verde" ONLUS	Taormina, ME, 98039, Via Chianchitta, 133/E
Coop, Sociale "Soccorsowerde"	Carlentini, SR, 96013, Via Fili Rosselli, 9
Croce Amica Soccorso ONLUS	Vittoria, RG, 97019, Via Garibaldi, 48
Croce Arcobaleno ONLUS	Aci S. Antonio (CT), 95025, Via March. di Casalotto, 53
Croce Ionica Emergenza Salute ONLUS	Furci Siculo, ME, 98023, Via G. Verga, 7
Croce Viva ONLUS	Siracusa, 96100, Via Rosolini, 30/36
Emergency System ONLUS	Acireale, CT, 95024, Via S. Vigo, 43/47
ESI Emergenea Sanitaria Iblea	Ragusa 97100 Via GB Odierna 241
Fraternita della Misericordia di Safaparuta	Salaparuta, 91020, Via Palermo, snc
Fraternita di Misericondia di Acicastello	Acicastello, 95021, Via Battiato, 13
Praternita di Misericordia di Adrano	Adrano, CT, 95031, Via Pietro Nenni, n. 20/E
Fraternita di Misericordia Gruppo Protezione Civile di Valledolmo	Valledolmo, (PA), 90029, Via Garibaldi, 165
Fraternita di Misericordia Messina	Messina, 98125, Via C. Eleonora



13-4-2012 - Gazzetta Ufficial	LE DELLA REGIONE SICILIANA - PARTE I n. 15	
Fraternita di Misericordia Palma di Montechiaro	Palma di Montechiaro, 92020, Via Vittime della Mafia, snc	
Traternita di Misericordia Pedara	Pedara, 95030, Via Pizzo Ferro, 5	
ratemita di Miscricordia San Piero Patti	San Piero Patti (ME) - 98068 - Via 1º Maggio, p. 2	
ernita di Misericordia Santa Maria di Ognina Catania, 95100, P.zza Ognina, n. 11		
Fraternita Misericordia "S. Massimiliano Kolbe"	Regalbuto (EN) 94017, Via Palenno, 4	
blea SOS Ass, Voloniari per il Soccorso e il Pronto Intervento	Ragusa, 97100, Via Capaci, 7	
l Gabbiano Ondus		
Medical Emergence a r.l.	Siracusa, 96100, Via S. Marino, 25/27	
Misericordia Alcamo e Cimare del Golfo	Alcamo 91011, Viale Europa 295	
Misericordia di Barrafranca	Barrafranca, EN, 94012, Via Madonna, LS	
Misericordia di Melilli	Melilli, SR, Via Concerie, 35, 96010	
Misericordia di Santa Maria di Licodia	S. Maria di Licodia, CT 95038 Via Madonna del Carmelo, 20	
"A. "S.O.S. Valderice"	Valderice, 91019, TP, Via S. Barnaba, 43	
A. "Il Soccorso" Onlus	Trapani, Via Incorvala, 2 - 91020 Fraz. Fontanasalsa Trapani	
P.A. Amico Soccorso	Trapani, 91100, Via Santa Genovella, 2	
P.A. Cuore Amico Onlus	Caltanissetta, 93100, Vla S. Pertini, n. 2/G	
A. Ente Corpo Volontari Protezione Civile Enna	Enna, 94100, Via Sardegna, 36	
A. Madonie Seccorso, ONLUS	Polizzi Generosa, 90028, P.zza Madonna delle Grazie, 2	
A. Pareco Soccorso ONLUS	Paceco, 91027, Via F. Crispi c/o Presidio Sanitario	
A. Plotia Emergenza	Piazza Armerina, 94015, cida Bellia, snc	
A. Sicilia Emergenza ONE Onlus	Acircale - Via del Popolo, 41	
A. Soccorso Alcamo	Alcumo, 9101t, Corso San Francesco Di Paola, 30,	
A. Volontari Protezione Civile Delia	Delia (CL), 93010, Via Gorizia, 2	
ubblica Assistenza Volontari Riuniti Racalmuto	Racelmuto (AG) - 92020 - Via Vincenzo Scimè n, 5	
ian Paolo Coop, Sociale	Barcellona P. di G., ME, 98051, Via Longano, 111	
icilia Seconso	San Giovanni Gemini, (AG), 92020 Corso F. Crispi, 207	
ioc. Coop. Sociale Nuova Luna	Partinico, Via Aosta, 20- 90047 Partinico - PA	
oc, Coop. Sociale San Giuseppe Onlus	Bagheria - 90011 - Via S. Isidoro Monte, 42	
iec. Coop. Sociale II Sole	Modica, RG, 97015, Via Sacrocuore, 110	
ravel Soccorso ONLUS	Termini Imerese - 90018 - Via Volontari Italiani del Sangue, 7-9	
re S ONLUS (Servizi Sanitari Siciliani)	Ragusa, 97100, Via Padre Scopetta, 3	

Decreta:

Art. 2

Art. 1

L'articolo 5 del D.A. n. 1993 del 13 ottobre 2011, al fine di garantire la più ampia partecipazione allo svolgimento del servizio di che trattasi, è così modificato : "È consentito, sulla base delle nuove istanze presentale, un aggiornamento permanente dell'albo di cui all'articolo 2 del presente decreto, a cura dei competenti uffici di questo Assessorato".

Art. 2

Sono iscritti all'albo degli enti autorizzati a svolgere il servizio di trasporto degli emodializzati, istituito presso l'assessorato regionale della salute con D.A. n. 1993 del 13 ottobre 2011, al quale obbligatoriamente le ASP dovranno to, sulla base delle nuove istanze presentale, un aggiornamento permanente dell'albo di cui all'articolo 2 del presente decreto, a cura dei competenti uffici di questo ASP finalizzata alla stipula della convenzione, le associazioni e gli enti di seguito elencati:

ENTE	SEDE
A.S.V.O. ONLUS - Ass. di Soccorso e Volont. Orizzonti	Barcellona P. DI G., ME, Via Liguria, 5
A.V.E.L. Emergency Leader	Palermo, Via G. Alagna, 2/A
Ambulanze Messina Soccurso ONLUS	Messina, 98100, Vta Boner, 35
Ass. di volont. "Motta Soccorso ONLUS"	Motta S. Anastasia, CT, 95040, Via Terre Nere, 83
Ass. Ambulanze San Camillo ONUUS	Messina 98124, Vico Baglio, 24
Ass. Cannizzaro Soccorso One ONLUS	Aci Castello, CT, 95021, Via Firenze, 200
Ass. Confraternita Misericordia Gela	Gela, Cl., 93012, Via Ghirlandaio, 3
Ass. Croce Bili e Rossa ONLUS	Acicastello, CT, 95021, Via Firenze, 42
Ass. Croce del Soccorso Italiano	Gela, Cl., 93012, Via E. Romognoli, 78
Ass. dl Volontariato "Croce Bianca" ONLUS	Scicli, RG, 97018, Via Ospedale, 52





Ass. di Volontariato "Croce Verde ONLUS"	Catania, 95127, Via Vezzosi, 31
Ass, di Volontariato "Kasmanoe ONLUS"	Scieli, RG, 97018, Via Rattaggi, 4
Ass. di Volontariato "L'Azzurra"	Ragusa - 97100 - Piazza Caduti di Nassirya, 4
Ass. di Volontariato "P.A. Caltagirone Soccorso" ONLUS	Caltagirone, CT, 95041, Via Fontanelle, 96/A
Ass. di Volontariato "P.A. Sicilia Soccorso" ONLUS	Catania, 95100, Via Pratelli Mazzaglia, 28
lss, di Volontariato "Servizi Sanitari Pronicholas ONLUS"	Misterbianco, CT, 95045 Via Anna Magnani, 12
Ass. di Volontariato "Soccorso Nisseno"	Caltanissetta, 93100, Via G. Peralta, snc
Ass. di Volontariato Croce d'Oro	Paternò, 95047, Via L. Ariosto, 86
Ass. di Volontariato P.A. "La Provvidenza"	Marsale, 91025, Via Trapani, C.da Dammusello, n. 568
Ass. di Volontariato sociale "Croce Bianca"	San Giovanni Gernini - Cap 92020, Via Spagna, 2
Ass. Misericordia San Leone - Cutania	Catania, 95122, Via S. Leone, I
Ass. P.A. A.V.L.O.S.	Canicalti, AG, 92024 Via Martinetti, 21/33
Ass. Padre Vinti - Grotte Solidale ONLUS	Grotte (AG), 92020, Via Pirandello, 3
Ass. Pubblica Assistenza A.P.A.S Paternò	Paterno - 95047 - Vix Martiri della Libertà, 9
Ass. Pubblica Assistenza Aurora ONLUS	Marsala, 91025 Via Vita, n. 26
Ass. Trinscria ONLUS	Canicatti, AG, 92024 Via Giud. A. Saetta, 77
Ass. Volontari Citta di Salemi	Salemi, TP, 91018, Cida Vado, n. 173
Ass, Volontari del Soccorso A.N.P.A.S.	Santa Croce Camerina (RG) 97017 - Viale della Repubblica, 57
Ass. Volontariato Montepalma soccorso ONLUS	Ceteria, 95123, Via Cardi, 100
Ass. Volontariato "Croce Verde Taormina ONI,US"	Taormina, ME, 98639, Via Chianchitta, 133/F
Ass. Volontariato Sicanja Soccorso	Canicatti (AC), 92024. Via La Marmora, 13
Ass. Misericordia Catania Porto	Cetania, 95131, Via Dusmet ofo interno porto, Molo 19, Pal. ex Fanalista
Assoc, di Volontariato Soccorso Azzurro ONLUS	Cotania, 95126, Via Foraci, 21/6
Associaz, P.I.C. (Pronto Intervento Cittadino)	Coltanissetta, Via S. Giov. Bosco, 172/176
Associazione di Volontariato "Croce Bianca" ONLUS	Catania, 95122, Via Luigi Galvani, 4
Associazione "Croce Blà "ONLUS	Catania, 95100, Via Valverde, 11
Associazione "Croce Medica Italiana" ONLUS	San Giovanni La Ponta, CT, 95037, Via G, D'Annunzio 1/3
Associazione "Cuore Giovane - ONLUS"	Palermo - 90128 - Via Ignazio e Monfredi Lanza, 27
Associazione "S.E.A." ONLUS	Misterblanco, CT, 95045 Via Paolo Borsellino, 183
Associazione "Volontari per Centuripe"	Centuripe (EN) 94010 - Via G. Leopardi, J
Associazione A.V.E.S. Associazione Volontariato Emergenza Sanitaria	Partinico - 90047 - S\$113 Km 309
Associazione Ambulanze San Francesco - ONLUS	Calatabiano (CT), 95011, Via Umberto, 175/A
Associazione AVADEA S. Pio da Pietralcina ONLUS	Calatabiano, (CT), Via Umberto, 124 - 95011
Associazione Confraternita di Misericordia di Avola	Avola, 96012, Via Dante, 59
Associazione Confraternita di Misericordia di Niscemi	Niscemi, CL, 93015, Via Regina Margherita, 58
Associazione di volontariato "Padre Pio Soccorso"	San Giovanni Gemini, (AG), 92020 Via Stretto n. 13
Associazione di Volontariato di P.A. "Madre Teresa Calcutto"	Casteltermini, (AG) 92025, Via G. Matteotti, 80/E
Associazione Francesco D'Assisi ONLUS	Pettineo (ME) 98070 c.da Comate soc
Associazione Madre Teresa di Calcutta ONLUS	Agrigento, 92100, Via Cayleri Magazzeni, 11
Associazione ONLUS "Città di Messina"	Messina, Via Industriale, 29/B
Associazione Pegaso ONLUS - GISES (gruppo intervento speciale emergenza sanitaria)	Messina, 98122, Via Pietro Castelli, 284
Associazione Quo Vadis ONLUS	Favara, 92026, Via Grotte, 16
Associazione Sacro Cuore ONLUS	Sont'Agata di Militello 98076 Via Cannamelata 24
Associazione San Giacomo ONLUS	Nicosia, EN, 94014, olda Tre Casette, sno
Associazione Socio Sanitaria Italiana "ASSI"	Avolo, SR, 96012, Vin A. Marrzoni, 23
AVI Associazione Volontari Iblea	Ragusa 97100 Via GB Odierna 239
Bronte Soccorso Ordus	Bronte, 95034, Via Sirena, 55
Charitas Coop, Sociale	Milazzo, ME, 98057, Via Madonna delle Grazie, suc
Cometa Società Coop. Sociale	Scicli, RG, 97018, Via Trinacria, 34
Confraternita di Misericordia di Bronte	Beonte, 95034, V.le J Kennedy, snc
Confraternita di Misericordia di Favara	Favara, AG, 92026, Via De Gasperi
Confraternita di Misericordia di Pavana Confraternita di Misericordia di Messina S. Licandro	Messina, 98168, Via L. Sclascia, 2
Confraternita di Misericordia di Palermo	Palermo 9013S, Via degli Emiri 57



onfraternita di Misericordia di Partanna	Pactanne, TP, Via Dohnazia, 10
oop. Sociale "Cuore Verde" ONLUS	Taocmina, ME, 98039, Via Chiauchitta, 133/E
oop. Sociale "Soccorsoverde"	Carlentini, SR, 96013, Via FIli Rosselli, 9
roce Amica Soccorso ONLUS	Vittoria, RG, 97019, Via Garibaldi, 48
roce Arcobaleno ONLUS	Aci S. Antonio (CT), 95025, Via March. di Casalotto, 53
roce Ionica Emergenza Salute ONEUS	Furci Siculo, ME, 98023, Via G. Verga, 7
roce Viva ONLUS	Sirocusa, 96100, Via Rosolini, 30/36
mergency System ONLUS	Acircale, CT, 95024, Via S. Vigo, 43/47
SI Emergenza Sanitaria Iblea	Ragusa 97/00 Vin GB Odierna 241
enternita della Misericordia di Salaparuta	Salaparuta, 91020, Via Palermo, snc
nternita di Misericordia di Acicastello	Acicastello, 95021, Via Battiato, 13
nternita di Misericordia di Adrano	Adrano, CT, 95031, Via Pietro Nenni, n. 20/8
aternita di Misericordia Gruppo Protezione Civile di Valledolmo	Valledolmo, (PA), 90029, Via Garibaldi, 165
aternita di Misericordia Messina	Messina, 98125, Via C. Eleonora
raternita di Misericordia Palma di Montechiaro	Palma di Montechiaro, 92020, Via Vittime della Mafia, soc
raternita di Misericordia Pedara	Pedara, 95030, Via Pizzo Ferro, 5
raternita di Misericordia San Pievo Patti	San Piero Patti (ME) - 98068 - Via 1º Maggio, n. 2
atemita di Misericordia Santa Marin di Ognina	Catania, 95100, P.zza Ogrina, ri. 11
atemita Misericordia "S. Massimiliano Kolbe"	Regalbuto (EN) 94017, Via Palermo, 4
lea SQS Ass. Volontari per il Soccorso e il Pronto Intervento	Ragusa, 97100, Via Capaci, 7
Gabbiano Onlus	Acircale, Via V.E. III, 107 fraz. Aciplatani
edical Emergence a rd.	Sirucusa, 96100, Via S. Marino, 25/27
iscricordia Alcamo e Chrare del Golfo	Alcamo 91011, Viale Europa 295
isericordia di Barrafranca	Batrafranco, EN, 94012, Vin Madonna, 15
isericordia di Melilli	Meliffi, SR, Via Conceyie, 35, 96010
Iscricordia di Santa Maria di Licodia	S. Maria di Licodia, CT 95038 VIa Madonna del Carmelo, 20
A. "S.O.S. Valderice"	Valderice, 91019, TP, Via S. Barnaba, 43
A. "Il Soccorso" Onlus	Trapani, Via Incorvuia, 2 - 91020 Finz. Fontanasalsa Trapani
A. Amico Soccorso	Trapani, 91100, Via Santa Genoveffa, 2
A. Curre Amico Onlus	Caltunissetta, 93100, Via S. Pertini, n. 2/G
A. Ente Corpo Volontari Protezione Civile Enna	Enna, 94100, Via Sardegna, 36
A. Madonie Soccorso, ONLUS	Polizzi Generosa, 90028, P.zza Madonna delle Grazie, 2
A. Paceco Socrarso ONLUS	Paceco, 91027, Via F. Crispi olo Presidio Sanitario
A, Plutia Emergenza	Piazza Armerina, 94015, olda Bellia, snc
A. Skillia Eurergenza ONE Onlus	Acircale - Via del Popolo, 41
L. Soccorso Alcamo	Alcamo, 91011, Corso San Francesco Di Paola, 30,
A. Volontari Protezione Civile Delia	Delia (CL), 93010, Via Gorizia, 2
bblica Assistenza Volontari Riuniti Recalmuto	Racalmuto (AG) - 92020 - Via Vincenzo Scimè n. 5
n Paolo Coop. Sociale	Barcellona P. di G., ME, 98051, Via Longano, 111
cilia Soccorso	San Gioranni Gentini, (AG), 92020 Corso F. Crispi, 207
nc. Coop. Sociale Nuova Luna	Partinico, Via Aosta, 20- 90042 Partinico - PA
e, Coop. Sociale San Giuseppe Onlus	Bagheria - 90011 - Via S. Isidoro Monte, 42
scietà Coop. Sociale Il Sole	Modica, RG, 97015, Via Socrocuore, 110
nuel Soccorso ONLUS	Termini Imerese - 90018 - Via Volentari Italiani del Sangue, 7-9

Art. 3

Le ASP competenti per territorio della Regione siciliana provvedono con cadenza annuale alla puntuale verifica del mantenimento dei requisiti previsti da parte dei soggetti accreditati, comunicando all'assessorato i risultati dell'istruttoria ai fini del mantenimento o cancellazione dall'albo degli enti accreditati. La eventuale cancellazione verrà adottata da questo Assessorato con motivato provvedimento.

Art. 4

Il presente decreto verrà inviato alla Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana per la pubblicazione.

Palermo, 23 marzo 2012.

RUSSO

(2012.13.991)102



giornaliere in regime domiciliare da erogarsi presso il distretto sanitario di Pantelleria.

L'Azienda sanitaria provinciale di Trapani è tenuta alla verifica del mantenimento dei requisiti di cui al D.A. n. 890/02, avuto riguardo altresì alla normativa intervenuta in materia di appropriatezza organizzativa.

È fatto obbligo al legale rappresentante di provvedere alla acquisizione di tutte le autorizzazioni, pareri e/o nulla-osta occorrenti per la specifica attività, la cui cometenza al rilascio è a carico di altre amministrazioni pubbliche.

Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana e nel sito web dell'Assessorato per la salute.

Palermo 16 luglio 2012

(2012.29.2199)102

DECRETO 25 luglio 2012.

Rete per il trapianto di rene.

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione

Visto il decreto legislativo n. 502/92 come modificato dal decreto legislativo n. 517/93 e, successivamente, ulteriormente modificato ed integrato dal decreto legislativo n. 229/99;

Visto la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5 pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana del 17 aprile 2009, n. 17, di riordino del sistema sanitario della Regione siciliana, in particolare, l'art. 3 che individua nel piano sanitario regionale gli strumenti e le priorità idonee a garantire l'erogazione delle prestazioni del Servizio sanitario regionale, in ottemperanza ai livelli essenziali di assistenza;

Visto il piano sanitario regionale "Piano della salute 2011-2013", che introduce tra le principali linee di attività il modello assistenziale di "Rete" per realizzare condizioni di appropriatezza ed equità in risposta ai bisogni di salute dei cittadini:

Vista la riorganizzazione della rete ospedaliera in osservanza, anche, al piano sanitario regionale "Piano della salute 2011-2013:

Visto quanto stabilito dal vigente piano sanitario regionale, prima richiamato, in tema di trapianti e, in particolare, al riguardo del punto 15 "L'Area dei trapianti e il piano sangue", che, tra gli obiettivi primari descritti, indi-vidua alla lettera D) ed E) le seguenti azioni:

D) - la creazione di una rete dedicata all'integrazione dell'attività dei Centri di trapianto e le Unità specialistiche ospedaliere

E) - la definizione e l'attuazione di un piano regionale organico per il banking e il trapianto dei tessuti;

Vista la legge 1 aprile 1999 n. 91, recante disposizione in materia di prelievi e di trapianti di organi e tessuti;

Visto l'accordo 21 marzo 2002 tra il Ministro della salute, le Regioni e le province autonome di Trento e di nire le modalità di raccordo specialistico-funzionale del-

Bolzano, concernente linee guida per l'attività di coordinamento per il reperimento di organi e tessuti in ambito

nazionale ai fini di trapianto; Visto l'accordo 10 luglio 2003 tra il Ministro della salule Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante le linee guida in tema di raccolta, manipolazione e impiego clinico di cellule staminali emopoietiche

Visto l'accordo 23 settembre 2004 tra il Ministro della salute, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su linee guida sulle modalità di disciplina delle attività di reperimento, trattamento, conservazione e distribuzione di cellule e tessuti umani a scopo di trapianto, in attuazione dell'articolo 15, comma 1, della legge 1 aprile 1999, n. 91;

Vista la legge 21 ottobre 2005 n. 219 recante nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati;

Visto il decreto legislativo 6 novembre 2007 n. 191 recante "Attuazione della direttiva 2004/23/CE sulla definizione delle norme di qualità e sicurezza per la donazio-ne, l'approvvigionamento, il controllo, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani";

Visto il decreto legislativo 20 dicembre 2007, n. 261 recante attuazione della direttiva 2002/98/CE che stabilisce norme di qualità e sicurezza per la raccolta, il controllo, la lavorazione, la conservazione e la distribuzione del sangue umano e dei suoi componenti:

Vista la Direttiva 2010/45/UE del Parlamento europeo e del Consiglio del 7 luglio 2010 relativa alle norme di qualità e sicurezza degli organi umani destinati ai trapianti:

Visto il decreto del Ministro della salute 16 aprile 2010 n. 116 recante Regolamento per lo svolgimento delle atti-

vità di trapianto di organi da donatore vivente; Considerato che, l'assolvimento delle azioni richiama-te alle lettere D) ed E) del punto 15 del Piano sanitario regionale richiede l'elaborazione di specifici protocolli operativi in grado di definire le modalità di raccordo specialistico - funzionale dell'intero percorso assistenziale dei pazienti che necessitano di cure di trapianto;

Ritenuta l'esigenza di dovere provvedere ad una rifun zionalizzazione della rete regionale dei trapianti di organi solidi e di midollo che risulti, altresì, rispondente alla normativa di settore;

Rilevato che nel percorso assistenziale dei pazienti candidati e sottoposti a trapianto di organi e tessuti intervengono figure appartenenti a molteplici discipline e che tali figure intervengono anche in tempi differenti e in modo sequenziale;

Ritenuto di dovere assicurare un'articolazione della rete assistenziale per i trapianti comune per quanto possibile alle varie tipologie di trapianto e omogenea con le altre reti di patologia e che a questo scopo si è ritenuto necessario istituire con D.A del 5 agosto 2011, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana n. 36 del 26 agosto 2011 il "Gruppo regionale per i percorsi clinici pre e post trapianto di organi e tessuti"; Considerato che il suddetto gruppo di lavoro, costitui-

to da specialisti esperti nelle varie discipline e dai dirigenti dei servizi dell'Assessorato, impegnati nella concreta attuazione del piano sanitario regionale, si è dedicato alla progettazione della rete assistenziale per i trapianti;

Visto che al suddetto gruppo sono stati attribuiti i compiti di elaborare specifici protocolli operativi e di defi-



l'intero percorso assistenziale dei pazienti che necessitano di cure di trapianto di organi e tessuti; Considerato che a tal fine lo stesso gruppo di lavoro è

stato nel corso dei lavori suddiviso in sottogruppi dedicati alle singole discipline specialistiche per identificare i processi operativi necessari per la creazione di reti inte-grate di assistenza ai soggetti con insufficienze terminali di organi secondo le linee programmatiche contenute nel piano sanitario regionale;

Viste le risultanze del lavoro del "Gruppo regionale per i percorsi clinici pre e post trapianto di organi e tessuti", in particolare i lavori del sottogruppo per il trapianto di

Per quanto sopra esposto;

Decreta

Art. 1

È approvato l'Allegato tecnico al presente decreto "Percorso assistenziale integrato per il trattamento delle nefropatie croniche".

Art. 2

È istituito il gruppo di lavoro con compiti di aggiornamento e revisione del documento tecnico e di monitoraggio e verifica del corretto funzionamento della rete di cui all'art. 1 come di seguito riportato:

Esperti esterni

dott. Vito Sparacino Dir. CRT - ARNAS Civico Palermo prof. Giuseppe Buscemi Policlinico Palermo

dott.ssa Flavia Caputo ARNAS Civico Palermo dott. Tullio Bertani ISMETT prof. Pierfrancesco Veroux Policlinico Catania

Referenti Assessorato della salute

dott.ssa Maria Grazia Furnari (dir. resp. area int. 2 -DPS) con funzioni di coordinamento

dott.ssa Rosalia Murè (dir. resp. serv. 4 - DPS) dott.ssa Damiana Pepe (coll. ass.soc. esperto - area I. 2 - DPS)

Art. 3

Il presente decreto sarà trasmesso alla Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana per la pubblicazione.

Palermo, 25 luglio 2012.

Allegato tecnico PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO PER IL TRATTAMENTO DELLE NEFROPATIE CRONICHE

RETE TRAPIANTO

Come affermato dal piano sanitario regionale 2011-2013, il modello della Rete ospedaliera svolge un ruolo fondamentale per la presa in carico globale del paziente, mettendo in atto un'idea dinami-ca e strutturale dell'assistenza collegata ai gradi crescenti di comples-

sith.

Un modello concettuale di organizzazione che risponde a queste caratteristiche, è il modello Hub & Spoke che, partendo dal presuposto che competenze rare e costose, necessarie alla cura di particolari e complesse patologie non possono essere assicurate in maniera diffusa sul territorie, prevede la concentrazione di competenze econologie in Centri ad elevata specializzazione.

L'attuazione di tale modello organizzatito - gestionale è quella della Rete integrata dell'assistenza ospecialiera. In particolare la Rete concretizza il concetto dell'interroomessione struturale delle equipe concretiza el nocetto dell'interroomessione struturale delle equipe

specialistiche multiprofessionali nell'approccio a patologie comples-se come quelle riguardanti il trapianto d'organo; infatti la gestione dei collegamenti e delle relazioni, organizzate secondo il principio delle cure progressive e della pressa in carico del paziente, disenta todature proposito della pressa in carico del paziente, disenta todature proposito della proposito della paziente, disenta todature proposito della proposito della proposito di L'integrazione traduce il concetto della continuttà assistenziale intesa come processo clinico che vede il lavoro sinergico di equipe specialistiche in strutture multi-professionali operanti anche a distanza.

Appare evidente come vi sia un'integrazione verticale tra i vari Centri e ai vari livelli con lo scopo di razionalizzare le risorse produt-tive, concentrandole nei Centri di alta specializzazione, accompagna-to da una migliore e più capillare diffusione sul territorio di Strutture to da una infigurore e più capitate di unitazione su te a minor grado di complessità. Le principali caratteristiche della Rete sono: minima congestione; forte specializzazione; minima rivalità di servizio; massima efficienza tecnica;

- massima efficienza tecnica;
 minima ridoadazia;
 concentrazione della costica;
 concentrazione della periferia;
 dine di grantine:
 i diritti dei pazienti;
 l'efficacia cilinica e buona pratica medica;
 l'equilibrio economico-aziendale.
 Quali sono i vantaggi che la Rete offre ai tre attori principali del
 Cuali sono i vantaggi che la Rete offre ai tre attori principali del
 Cuali sono i vantaggi che la Rete offre ai tre attori principali del

pazienti:

essere preso in carico assistenziale da un riferimento certo e unico il più possibile vicino alla propria residenza e di propria libera

avere informazioni sullo sviluppo del proprio percorso di cura in più punti di accesso territoriale;
 avere un accesso alle varie fasi del percorso coordinato, inte-

grato, continuo ed equo;

– ricevere un intervento socio-psicologico in tutte le fasi del percorso trapianto esteso anche ai familiari;

– comfort, privacy e tutela della dignità.

2) medici: — garanzia che tutte le unità operative possano trattare volumi di attività sufficienti ad acquisire e mantenere la competenza clinica e l'efficienza operativa necessarie per rendere l'assistenza efficace, sulla base di fabbisogni stimati; observativa del continui con i Centri di più alta specializzazione, che garantiscono disponibilità e collaborazione continui (b 24); — condivisione e consenso tra professionisti sugli obiettivi da perseguire tramite la definizione di protocolli diagnostici terapeutici evidence based medicine, linea guida) o la progetizzione di audit come astentiche bon limitano l'autonomia clinica, ma favviscono la ma responsabilità e la volonta di operare nella frecrea della quali-tie.

condivisione delle responsabilità decisionali tra i professioni-sti della Rete, facilitata dalla condivisione dei dati clinici - diagnosti-

ci tramite l'adozione della cartella clinica via web;

– garanzia di tutela della salute psicofisica degli operatori sani-tari impegnati nello svolgimento di tali delicate attività.

3) Sistema Sanitario Regionale

adeguamento delle logiche di programmazione, controllo del budget ed economia di scala;
 informatizzazione dei flussi;
 adeguamento degli indicatori di performance.

LA RETE DEI TRAPIANTI DELLA SICILIA

Il Gruppo di lavoro per la strutturazione della Rete integrata per il trattamento delle insufficienze terminali d'organo, istituito dall'Assessorato alla salute, ha individuato le seguenti tipologie di

A) 3 Centri di trapianto denominati Hub trapianto:

No Centra di dapanno Genomiani rutto diplanto.

Li della considera di la consi

lizzazione (ISMETT). Palermo



17-8-2012 - GAZZETTA UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA - PARTE I n. 34

68

B) 13 Centri Hub:

- ASP di Agrigento: P.O. "San Giovanni di Dio", U. O. C. di nefrologia e dialisi, Agrigento;
 ASP di Caltanissetta: P.O. "Vittorio Emanuele III", U. O. C. di
- nefrologia e dialisi. Gela: nefrologia e dialisi, Gela;
 3. Azienda ospedaliera "Cannizzaro", U. O. C. di nefrologia e dialisi, Catania;
 Gotto: "Azienda ospedali riuniti "Papardo-Piemonte", U.O.C. di nefro
- dialisi, Catania;

 4. Azienda di rilievo nazionale ed alta specializzazione
 (A.R.N.A.S.) "Garibaldi", U. O. C. di nefrologia e dialisi, Catania;

 S. Asp di Catania; P.O. S. Marta e S. Venera", U.O. C. di nefrologia e dialisi, Acireale;

 6. ASP di Enna: P.O. "Umberto I", U. O. C. di nefrologia e dialisi,

- ASF di Enna: P.O. UDIOCTO I, U. D. C. di RELLATORGIA CAMBRE.
 Anna:
 Azienda ospedaliera Universitaria Policlinico "Gaetano Martino", U. O. C. di nefrologia e dialisi, Messina;
 Asp di Messina: P.O. "Giuseppe Fogliani", U.O. C. di nefrologia e dialisi Milazzo Lipari, Milazzo.
 Milazzo Lipari, Milazzo.
- gua e cianista situszzo/L/pari, Miluszzo;

 9. Asp di Messinas P.O. 'S. Vincenzo", U.O.C. di nefirologia ed emodialisi, Taorimia;

 10. Azienda ospedaliera Ospedali Riuniti "Villa Sofia Cervello",

 U. O. C. di nefrologia e dialisi, Palermo;

 11. ASP di Raguissa P.O. 'Magjiore', U. O. C. di nefrologia e dia-
- onica; . ASP di Siracusa: P.O. "Umberto I", U. O. C. di nefrologia e dialisi, Siracusa;
- 13. ASP di Trapani: P.O. "S. Antonio Abate", U. O. C. di nefrologia e dialisi, Erice (Tp).

C) 100 Centri Spoke di cui 13 Centri ospedalieri ed 87 Centri di emodialisi privati accreditati:

- ASP Agrigento:
 P.O. "Ospedali civili riuniti", U. O. C. di nefrologia e dialisi, ca; Centro emodialisi Agrigento - CEA s.r.l., Agrigento;
- Centro emodialisi Ippocrate s.rl., Agrigento;
 Centro emodialisi Aurora, Agrigento;
 Ambulatorio emodialitico specialistico Traina Renato s.rl. (A.SPE.R.T), Biyona:
 - PSPE.R.1), Bivona;
 Studio medico di nefrologia e dialisi, Canicatti;
 Ambulatorio di dialisi, Lampedusa;
 Centro dialisi S. Giovanni s.r.l., Licata;

 - Diaverum Italia s.r.l. Centro dialisi, Ribera;
 Ambulatorio di dialisi BIOS s.r.l., S. Margherita di Belice;
 Diaverum Italia s.r.l. Centro Dialisi, Sciacca.

- ASP Caltanissetta:

 P.O."S.Elia", Servizio di nefrologia e dialisi, Caltanissetta;

 Ambulatorio Nisseno emodialisi s.s.i., Caltanissetta;

 Diaverum Italia s.r.i. Centro dialisi, Ries;

 Centro diagnostico e terapeutico RZR s.r.l., Serradifalco.

- ASF catania:

 P.O. "Gravina", U. O. C. di nefrologia e dialisi, Caltagirone;

 Acircale Dial Center s.r.l., Acircale;

 Adrano Dial Center s.r.l., Adrano;

- Centro emodialisi Belpasso s.r.l., Belpasso;
 Centro dialisi Sirena s.r.l., Bronte;
 Centro Meridionale di nefrologia e rene artificiale Casa di Cura Leone gestione Medical Tec s.r.l., Catania; Catania Sud s.r.l., Catania;
 - Ambulatorio di nefrologia e dialisi Delta s.r.l., Catania;
 Ambulatorio medico nefrologico e tecniche dialitiche Azzurra
- s.rl. Catania:
- · Centro ambulatoriale di nefrologia ed emodialisi s.r.l.,
- - Ambulatorio emodialisi C.C.M.C., Catania;

 - Amounatorio emonausi C.C.M.C., Catania;
 Catania Dial Center s.r.l., Catania;
 Ambulatorio di dialisi Le Ciminiere s.r.l., Catania;
 Medical Tes s.r.l. Generice s.r.l., Catania;
 Medical Tes s.r.l. Generice dialisi, Palagonia;
 Diaverum Italia s.r.l. Centro dialisi, Palagonia;
 Paternò Dial Center s.r.l., Paternò;

 - Etna dialisi s.r.l., Randazzo; Eurodial s.r.l., S. Gregorio di Catania;

 - Centro rene Smeraldo s.r.l., S. Gregorio di Catania;
 Nefrologico Etneo s.r.l., Sant'Agata Li Battiati.

ASP Enna:
• P.O."M. Chiello", U. O. C. di nefrologia e dialisi, Piazza Armerina:

- - P.O." C. Basiliotta", U. O. C. di nefrologia e dialisi, Nicosia;
 Diaverum Italia s.r.l. Ambulatorio di emodialisi, Nissoria;
 C.E.R. Ambulatorio di emodialisi, Troina.

P.O. "Cutroni Zodda", C.A.D. / C.Sat, Barcellona Pozzo di

- Azienda ospedali riuntii "Papardo-Piemonte", U.O.C. di nel logia e dialisi, Messina;

 P.O. "Barone Romeo", Servizio di nefrologia, Patti;
 San Filippo Dial Genter s.z.l., Barcellona Pozzo di Gotto;
 Emodalisi Ippocrate s.z.l., Furci Siculo;
 Emodalisi Ippocrate s.z.l., Furci Siculo;
 Galeno Soc Coop a r.l., Messina;
 Galeno Soc Coop a r.l., Messina;
 L.A.B.O.S., s.z.l., Pace di Mela;
 San Filippo Dial Genter s.z.l., San Filippo del Mela;
 Tirrenia s.z.l., Sant'Agata di Militello;
 Contro di netrioripoja e dialisi s.z.l., S. Stefano di Camastra;
 Emodalisi Sparviero s.z.l., Thornima.

 Azienda ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone", Dipartimento di medicina interna, m. cardiovascolari e nefrourologiche – U.O.C. Medicina interna e della nutrizione, Ostoriologiche – palermo;
Palermo;
Mater Dei s.rl., Bagheria;
— Cooperativa DiBa s.rl., Bagheria;
— Archimed s.rl. nefrologia e dialisi, Carini;
— Centro sciliano nefrologia e dialisi s.rl., Cefalt;
— Centro servizi sanitari italiani di Siragusa Num
— Centro servizi sanitari sanitari

- a Nunzio & c. s.a.s.,

- Paleri

- rmo;

 Centro di nefrologia e dialisi s.r.l., Palermo;

 Centro emodialisi Palermo s.r.l., Palermo;

 Centro Emodialitico Meridionale s.r.l., Palermo;

- Centro Emonantico Merando, Nephron s.r.l., Palermo; Malpighi s.r.l., Partinico; Mefrologia e dialisi delle Madonie, Petralia Soprana; Centro Medico Nefrologico s.r.l., Termini Imerese.

Asp Ragusa: • Kamarina Medica s.r.l., Comiso;

- Centro Ippocrate s.r.l., Ispica;
 Centro Ippocrate s.r.l. Pozzallo;
 Iblea Medica s.r.l. Ragusa;
 Centro dialisi Mediterraneo s.r.l., Ragusa;
- · Kamarina Medica s.r.l., Vittoria.

ASP Siraci

 P.O. "G. Di Maria", Servizio di nefrologia e dialisi, Avola
 P.O. Generale di Lentini, Servizio di nefrologia e di P.O. Seresta.

Ybes s.rl., Augusta;

Centro Sundial s.rl., Avola;

Società Siraephros s.rl., Avola;

Ambulatorio de mordialisi Floridiano s.rl., Floridia;

Ambulatorio de mordialisi Floridiano s.rl., Floridia;

Centro di nefrologia ed emodialisi San Luca s.rl., Lentini;

Società Nefral s.rl., Noto;

Società Siraephros s.rl., Pachino;

Società Siraephros s.rl., Pachino;

Società Solute Coop a rl., Palazzolo Acreide;

Servizio Nefrodialitico Tike s.rl., Siracusa;

Dialisi Aretusea s.rl., Siracusa.

- ASP Trapani:
 P.O. "V. Emanuele II", Servizio di nefrologia e dialisi, Castel
 - telvetrano;

 P.O. "Paolo Borsellino", U.O.S. di nefrologia e dialisi, Marsala;

 Centro emodialisi dott. Mucaria s.p.a., Alcamo;

 Servizi Sanitri Alcamesi s.r.l., Alcamo;

 Diaverum Italia s.r.l., Castelvetrano;

 Diaverum Italia s.r.l., Marsalo;

 Diaverum Italia s.r.l., Marsalo;

 Centro Emodialisi Mazarees s.r.l., Mazara del Vallo;

 Ambilatorio di nefrologia e dialisi Galeno s.r.l., Mazara del

Vallo;
Vallo;
1 gea s.r.l. Centro nefrologia e dialisi, Santa Ninfa;
Medical Center s.r.l., Tapani;
Centro emodialiasi Dr. Mucaria s.p.a., Valderice.



REOUISITI STRUTTURALI ED ORGANIZZATIVI DI UN CENTRO TRAPIANTI DI RENE (HUB TRAPIANTO) SECONDO INDIRIZZO DEL CENTRO NAZIONALE TRAPIANTI

Il percorso assistenziale del trapianto di rene può dividersi in tre

Il percorso assistenziale dei trapianto di res porticone e manteni-tappe principali:

a) valutazione di idoneità al trapianto, iscrizione e manteni-mento in Lista d'Attesa per il Trapianto di rene (LAT);

b) intervento di trapianto e gestione clinica fino alla prima

c) follow up post trapianto e gestione delle complicanze in regime di ricovero (diurno o a ciclo continuo).

È evidente che un moderno Centro deve essere in grado di forni-

E evidente che un moderno Centro deve essere in graoo u torni-re direttamente tutte le prestazioni diagnostiche e terapeutiche con-nesse a ciascuno di questi momenti. Per potere identificare i requisiti strutturali ed organizzativi otti-mali occorre perciò individuare tali prestazioni con riferimento a ciascuno dei tre stadi suddetti.

. Valutazione di idoneità al trapianto, iscrizione e mantenimento in

La valutazione di idoneità può essere preliminarmente condotta presso una Struttura ospedaliera diversa dal Contro trapianti. Uttavia il Centro deve essere in grado di effettura tutte le prestazio-ni diagnostiche e tutti gli interventi terapeutici eventualmente richie-ste principali arve diagnostiche per la valutazione di idoneità di Le cardionavedamento di rene sono quella intettivologica, urdogi-ca cardionavedamento di rene sono quella intettivologica, urdogi-

un candidato al trapianto di rene sono quena internoccio, ca, cardiovascolare.

Infettivologica: devono essere disponibili presso la Struttura sanitaria autorizzata tutte le tecniche diagnostiche, culturali e i marcatori necessari al depistage infettivologico (comprese le tecniche di

catori necessari al depistage intettivologico (comprese e resonan-biologia molecolare).

Cardiovascolare: Oltre alle tecniche radiologiche standard, la Struttura sanitaria deve disporre di una U.O. di cardiologia interven-tistica in grado di effettuare le manovre per la diagnosi e il trattamen-to della cardiopatti sichemica (ecceardiografia standard, da stress e di collegamento operativo con una Struttura cardiochirurgica dovreb-bee essere raccomandato.

Urologica: deve essere presente una Struttura urologica con una sezione di endourologia. In particolare devono essere assicurati dia-gnosi e trattamento delle principali pastologie ureterovescicali.

2. Intervento di trapianto e gestione clinica fino alla prima dimissione

2. Intervento di trapianto e gestione clinica fino alla prima dimissione È in fase centrale del percorso; richiede oviamente un complesso operatorio ed una Struttura di degenza post-intervento adeguati. Per quanto riguarda quest'ultima non si ritine più necessaria un'area di degenza "sterile": è sufficiente ai fini della profilassi delle infecioni noscomiali, oltre alle ordinaria prestrizioni di igiene ospedaliera, la disponibilità di locali (non meno di quattro) in area protetta (non di possaggio), possibilmente a eltto singedo.
Desassistenza post-operatoria (successiva alla fase pota-anestesio logica) deve esere di tipo intentivo, com un rapporto infermiera-esere presente al piano di degenza un medico di guardia h 24.
È indispensable che siano presenti in ciascuma stanza di degenza, strumenti di monitoraggio delle principali funzioni vitali:
• delibrilatore;

 defibrillatore;
 monitor con traccia ECG;
 possibilità di misurare la pressione venosa centrale e la pressione arteriosa cruenta;

saturimetro

saturimetro;
 un rene artificiale idoneo per tecniche depurative di tipo convettivo o con impianto di osmosi autonomo.
 Nel padiglione di degenza dovrà essere possibile effettuare rapidamente la determinazione degli elettroliti plasmatici (Na, K) e

ama i paugane u especiale degli elettroliti plasmatici (Na, K) e l'empara antici remoias nalici remoias nalici remoias nalici e pericolosi spostamenti del paziene nel periodo immediatamente post operatorio, è fortemente auspicabile, specialmente negli ospedali a padiglione, la presenza nel reparto di degenza di un apparecchio eco-color-doppler per la diagnosi precoce delle più comuni complicanze post-chirurgiche (raccolte ematiche, trombosi vascotari, leakage urinevisiti per la valutazione di idonelhi, ai fini di una pronia e corretta diagnosi in caso di otto di della diagnosi in caso di otto di controli di disperio di disperio di disperio di disperio del disperio del disperio del disperio di disperio del disperio di disperio di disperio del controli di disperio di di disperio di disperio di di disperio di disperio di disperio di disperio di disperio di disp

ematica dei principali farmaci immunosoppressivi (ciclosporina, tacrolimus, everolimus, sirolimus). La presenza di una sezione di radiologia interventistica nell'am-bito della Struttura sanitaria autorizzata è fortemente raccomanda-

Follow-up post trapianto e gestione delle complicanze in regime di ricovero (diurno o a ciclo continuo)

Ia Struttura sanitaria autorizzata deve disporre di un'area ambulatoriale dedicata per le visite di idoneità e per il follow up post da personale mendio del incurio di controlo del personale del controlo del parte di controlo della funzione renale e per il dosag-gio del farmaci minunosoppessori del parteni trapatattati siano gio del farmaci minunosoppessori del parteni trapatattati siano del parteni controlo della funzione renale e per il dosag-gio del farmaci minunosoppessori del parteni trapatattati siano del parteni del minunosoppessori del parteni trapatattati siano del parteni del proposito del parteni trapatattati siano del parteni del proposito del parteni trapatattati siano del parteni del proposito del parteni del per la conseguia del parteni del proposito del parteni del parteni del proposito del parteni del parten

giffettus til min ambente e de research de bleedit i oppstillati kipe lieve commi a lutti gil tienti lella Struttura sainairia autorizzata. Non si ritiene che eventuali ricoveri per il trattamento di compli-canze post trajanto debbano avvenire sempre li ambiente dedico, ma, soprattutto per le complicanze infettive, ciò è fortemente racco-mandato.

Volendo sintetizzare, una Struttura sanitaria autorizzata al trapianto di rene deve poter disporre di una sezione chiruzzata ai tra-pianto di rene deve poter disporre di una sezione chirurgica attrezza-ta per la moderna chirurgia, di una sezione urologica (dedicata o meno che sia) e di una sezione nefrologica distinta dalla degenza nefrologica normale, dotata di personale esperto e dedicato, almeno

in parte, a tempo pieno all'assistenza pre e post trapianto.

La Struttura deve inoltre disporre direttamente di tutti i principali presidi diagnostici e terapeutici di radiologia (anche interventistica), di cardiologia e di infettivologia (v. allegato A).

CENTRI HUB

Si tratta di unità operative complesse di nefrologia e dialisi che, nell'ambito della Rete dei trapianti, rappresentano i Centri di riferimento territoriali, sia nella fase per trapianto per l'immissione ed il mantenimento in LAT, sia nel follow up post trapianto; Centri Hub medio alto livello di complessità. Tali protocolli sono concordati con il Centro trapianti con cui sarà possibile condividere immagini e testi, accedendo alla piataforma web a tale scopo implementato. Esti, accedendo alla piataforma web a tale scopo implementato e testi, accedendo alla piataforma web a tale scopo implementato e del mantena di degenza singola di dimensioni tali da consentire mento e modialiticoperitioneale e al feco-colordoppler a letto del paziente.

paziente.

Nello stesso Presidio Ospedaliero dovrebbero essere presenti:

U.O. di radiologis.

U.O. di cardiologis con UTIC ed emodinamica;

U.O. di cardiologis con UTIC ed emodinamica;

U.O. di cardiologis vivologis.

Laboratorio di microbiologis e vivologis.

La formazione del personale medico ed infermieristico dedicato, avverrà a cura del GRT presso il Centro Hub trapianto, mediante periodei accessi di durata stabilita di volta in volta di comune accordio.

CENTRI SPOKE

Sono le unità operative complesse, le unità operative semplici e entri di emodialisi privati accreditati, funzionalmente collegati

i Gentri di emodialisi privati accreditati, funzionalmente collegati con i Centri Illingipio di eseguite, presso la propris Struttura o pres-so le Strutture sanitarie del territorio (PTA, Distretti sanitari, altri Pressidi Ospedalieri), lei Indagni che non hanno un alto livello di com-plessifia (v. allegato A) precedentemente concordate con i Centri Hub i referri e le immagnii saranno condivise via web con i Centri Hub trapianto e con i Centri Hub.

IL PERCORSO ASSISTENZIALE

II. PERCORSO ASSISTENZIALE

II trapianto di rene cosituisce la terapia di elezione per la gran
porte dei pazienti affetti da insufficienza renale terminale. Infatti,
rispetto alla daliasi, il trapianto di rene offe une più lunga speranza
rispetto alla daliasi, il trapianto di rene offe une più lunga speranza
rene sociale del paziente. Se si considera che i risultati del trapianto
noso tanto migliori quanto più libreve è il periodo trascorso in dialisi
si comprende quanto sarebbe utile accoreiare il tempo di attesa dellorgano e addittitura effetturato prima di aver mizzato la dialisi (tralorgano e addittitura effetturato prima di aver mizzato la dialisi (tralorgano e addittitura effetturato prima di aver mizzato la dialisi (tra-

rogino e admittuda.

Per aumentare il numero di trapianti effettutati in Sicilia occorre creare un'organizzazione, la Rete trapianto, efficace e sicura, che grantisca ai nefroputici la massima efficierza assistenziale e la massima trasparenza; tale programma prevede una stretti interazione tai Centri Hubi Centri Centri Centri Centri Hubi Ce enti ster



- valutazione da parte del nefrologo curante del Centro Hub o del Centro privato accreditato;

 • valutazione del medico del Centro Hub trapianto;

 • inserimento e mantenimento in LAT;

"vautazione dei menico dei Centor futo trapianto;
 "inscrimento e mantenimento in LAT;
 "trapianto;
 "trapianto;

dialis, ma che hanno un filtrato glomerulare < 15 ml/m, tale da far supporre un ingresso in dialis ientro 6 mesi; superato questo limite di tempo il paziente verrà sospeso dalla LAT fino al momento in cui non niziera il trattamento sostitutto a visita dal medico del Centro Hub-Dopo cascer stato sottoposto a visita dal medico del Centro Hub-Dopo cascer stato sottoposto a visita dal nedico del Centro Hub-Dopo cascer stato sottoposto a visita dal nedico del centro Hub-Dopo cascer stato sottoposto a visita dal nedico del paziente o competente dal punto di vista dal Centro Hub-scelto dal paziente opportente del punto di vista dal Centro Hub-scelto dal paziente orchemice is trumental secondo gradi crescenti di complessità, avvalendosi della collaborazione dei centri Spoke e delle Strutture sanitarie che insistono nel proprio territorio. Tali indigni, potranno essere eseguite anche in regime di Ricovero orchimato o di Day hospital, presso; la compara della collaborazione dei contri Spoke e delle Strutture sanitarie dalla programo essere condivirsi sul veb cost cone gli eventuali, ulti-dagni potranno essere condivise sal veb cost cone gli eventuali, ulti-

degiti potranno essere condevice al veb così come gli eventuali, utde-riori step diagnostici di volta in volta stabiliti dal Centro fub trapianti. Al momento dell'inizio dell'iter diagnostico, il paziente riceverà na card con un codice identificativo, che gli consentirà di volgere velocemente le indagnin necessarie e nel contempo, esere identifica-to elettronicamente in modo univoco nell'ambito del sistema informativo regionale

Il medico del Centro Hub trapianto, al termine dell'iter di valu-

- in medico del Centro Huo trapianto, ai termine dei iter di valu-tazione trapiantologica, può: i sicrivere il paziente, qualora ritenuto idoneo, nella LAT unica regionale per trapianto di rene inviandone i dati al CRT Sicilia, e/o presso un altro Centro trapianti presente sul territorio nazionale, secho dal paziente;
- rifiutare l'iscrizione del paziente, trasmettendo al nefrologo curante una relazione scritta contenente le motivazioni della decisio-
- ne presa.

 Il medico del Centro Hub Trapianti avrà cura di consegnare:

 al paziente e al nefrologo curante l'attestazione dell'iscrizione
 in LAT e l'eventuale sospensione dalla stessa con le relative motiva-

- in LAT e l'eventuale sospensione datia siessa voi a l'accioni;
 zioni;
 al néfrologo curante il programma per il mantenimento in
 LAT, con il calendario dei controlli clinici ed immunologici da effettuare e le eventuali prescrizioni da eseguire.
 A questo punto del percorso il paziente è preso in carico dal
 nefrologo referente del Centro Hub che garantirà:
 l'aggiornamento continuo dello stato clinico dei pazienti
 iscritti in LAT presso ogni Centro Hub trapianto;
 l'invio periodico e gratutto dei sieri del paziente necessari per
 la ricerca degli anticorpi linfocito tossici anti HLA dal Centro dialisi;
 la comunicazione tempestiva al Centro Hub trapianto di ogni
 variazione clinica ed al paziente l'eventuale sospensione o il reinserimento in LAT.
- mento in LAT;

 la verifica periodica presso il CRT Sicilia dello status in LAT dei pazienti in carico assistenziale presso il proprio Centro Hub.

 Il paziente, scelto da una lista fornita dal CRT e chiamato per essere sottoposto a trapianto di rene, si reca al Centro Hub di pertinenza dove sari possibile:
 eseguire il trattamento dialitico a qualsiasi ora;
 sottoporsi in urpenza alla radiografia del torace e all' ECG che saranno opportunamente refertati.

- la valutazione di congruità dell'organo prelevato, del donatore e del ricevente;
- e del ricevente;
 la preparazione del paziente all'intervento secondo protocolli concordati con il chirumpo e l'anseisestas e la rivalutazione della concordati con il chirumpo e l'anseistata del pariente l'assistenza post operatoria fino alla dimissione del paziente stabile che viene affidato al Medico di medicina generale, e al nefro-logo referente dell'U.O.C. Hub;

- Il successivo follow up condiviso in rete.
 Nel caso del trapianto da donatore vivente:
 valutazione dell'idoneità dal punto di vista psicologico e clini-
- valutazione dei i doneita dai punto di vista psicologico e cimi-co sia del donatore che dei ricevente; -presentazione della documentazione clinica e psicologica al CRT e alla Commissione di parte terza; -assistenza post operatoria fino alla dimissione del paziente stabile che viene affidato al Medico di medicina generale e all'U.O. Hub;

- Hub:

 follow up post trapianto sia del donatore che del ricevente fino alla stabilizzazione delle condizioni cliniche;

 successivo follow up condiviso in rete.

 Nella fase successiva al trapianto, il nefrologo referente del Centro Hub deve eseguiuri il follow up che comprende:

 4. l'acquisizione della relazione di dimissione e del programma di follow up predisposti dal medico del Centro Hub trapianti;

 Il follow up sub intensivo del paziente stabilizzato dal secondo-terzo mese fino al primo anno post trapianto, con controlli ambudo del centro del control del controlli con il Centro Hub trapianti;

 6. la predisposizione di percorsi preferenziali per i controlli del proportioni del controlli con
- Hub trapianti;

 6. la predisposizione di percorsi preferenziali per i controlli
 ematochimici e/o diagnostico-strumentali che il paziente effettuerà
 come concordato con il Centro Hub Trapianti; sulla scorta dei risultati saranno eseguite anche le modificazioni posologiche dei farmaci
- tata saramio Geoguine arine e monatezioni possogene cei tarinazione.

 7. follow up dei pazienti trapiantati dopo il primo anno, comprendente la prevenzione delle patologie iatrogene (screening delle neoplasie), la diagnosi e la terapia delle complicanze a medio e a lungo termine e, se fornito di competenze documentate o in urgenza:
 valutare il momento più diono della ripresa del trattamento

- dialitico sostituttivo;

 confezionare l'accesso vascolar/eperitoneale;
 diagnosticare e risolvere chirupicamente le patologie addominali maggiori;
 e spinatare il rene trapiantato non più funzionante;
 chiudere la fistola artero-venosa.
 Garantendo in ogni momento il collegamento con il Centro Hub
 Trapianto, condividendo testi ed immagni via web e concordando
 LE ASP. Le Alzanda. Le Aziende Ospedaliere e i Policlinici
 Universitari hanno il compito di garantire l'applicazione di protocoli che permettano la realizzazione di Pacchetti Ambulatoriali
 Complessi (PAC) nonche l'esenzione alla partecipazione alla spesa
 sanitaria per i pazienti che devono essere iscritti in LAT e per i trapiantati di rene.

Allegato A

PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE-TERAPEUTICHE SECONDO GRADI CRESCENTI DI COMPLESSITÀ

CENTRI SPOKE

- Visita odontoiatrica ed rx arcate dentarie
 Visita oculistica
 Visita dermatologica
 Visita ginecologica con PAP test
 Visita cardiologica
 Visita cardiologica

- Urinocoltura con ricerca dei miceti
 Ricerca del sangue occulto nelle fec

- PTH
 Beta 2 microglobulina
 Markers Epatite B e C tranne la genomica ECG
- ECG Ecocardiografia Rx torace Ecografia addominale

- Mammografia
 PSA libero e totale

CENTRI HUB

- Tutte le prestazioni diagnostiche precedenti ed inoltre

 Dosaggio ematico della ciclosporina

 Dosaggio ematico del tacrolimus

 Dosaggio ematico dell' acido micofenolico

- Dosaggio ematico del sirolimus
- Dosaggio ematico dell' everolimus
 Citologia urinaria
 CA19.9
 Beta HCG
 Alfafetoproteina

- CEA



17-8-2012 - GAZZETTA UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA - PARTE I n. 34

- Markers e genomica Epatite B e C
 Ig G/Ig M anti CMV, PCR
 Ig G/Ig M anti EBV
 TBC Mantoux; ricerca del BK nell'espettorato e nelle urine; Quantiferon

AIDS Ab anti HTLV III

- Anticorpi anti Varicella Zoster, ELISA, PCR
 Anticorpi anti HHV-8
 Sierologia LUE, RPR-TPHA
 Ig G/Ig M, IFAT, ELISA, ISAGA, IgG avidity anti Toxoplasmosi,

- PCR
 - Ecografia del rene trapiantato
 Ecografia prostatica transrettal
 Cistografia con pose minzionali
 Clisma opaco

 - Colonscopia
 - Gastroduodenoscopia con ricerca H.P. Gastroduodenoscopia con ricerca H.F.
 Eco-colordoppler
 Ecostress
 Scintigrafia miocardica al dipiridamolo
 Coronarografia
 Angio RMN

 - Angio TAC
 Arteriografia

CENTRI HUB TRAPIANTO

Tutte le prestazioni diagnostiche precedenti ed inoltre

• Esecuzione della biopsia renale ed esame istologico con tecniche di allestimento rapido

- Immunoistochimica del campione bioptico
 C4D
- Ricerca del Polyoma virus e del CMV nel campione bioptico e nelle urine

(2012.30.2278)102

DECRETO 3 agosto 2012.

Assegnazione posti RSA ai sensi dell'art. 4 del D.A. 13 dicembre 2011, n. 2582, provincia di Agrigento.

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione

Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del servizio sanitario nazionale;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e

successive modifiche ed integrazioni; Visto il D.A. n. 1325 del 24 maggio 2010, così come modificato dal D.A. n. 1544 dell'8 giugno 2010, con cui è stato approvato il documento di programmazione regio-nale contenente gli indirizzi per la riorganizzazione e il potenziamento della rete regionale di residenzialità per soggetti fragili;

Visto il Programma operativo 2010-2012 per la prosecuzione del piano di contenimento e riqualificazione del sistema sanitario regionale 2007-2009, richiesta ai sensi dell'art.11 del D.L. 31 maggio 2010, n. 78 convertito dalla legge 30 luglio 2010, n. 122;

Visto il D.A. n. 2582 del 13 dicembre 2011, di modifica al D.A. n. 1325 del 24 maggio 2010, e successive modi-fiche ed integrazioni recante "Modalità di accesso dei soggetti privati ai posti RSA previsti dalla programmazione

Vista la nota prot/Serv.9/n.22265 del 9 marzo 2012, con la quale sono stati nominati i componenti del nucleo di valutazione ai sensi dell'art. 4 del D.A. 13 dicembre

Vista la nota prot. n. 43885 del 28 maggio 2012, con la quale il nucleo per la valutazione comparativa delle istanze, di cui all'art. 4 del D.A. 13 dicembre 2011, trasmette all'Assessore per il tramite del dirigente generale, la docuprocedimento valutativo delle istanze e relativi punteggi non imputabile al richiedente.

attribuiti, che per quanto riguarda la provincia di Agrigento risulta essere la seguente:

Ditta	Punteggio
Soc. Parnaso - Licata	58
Soc. ALAIMO - Favara	48
SO.GE.SO - Realmonte	47
Santa Maria del Giglio - Lucca Sicula	42
AG srl - Siculiana	38
Consorzio Tartaruga - Aragona	32
Coop. LA CELLULA - Raffadali	29
Mani uniti per la vita - Canicattì	22
Coop. Giomatrix - Casteltermini	7

Ritenuto che, per ottenere una più diffusa distribuzione dei posti nel territorio della provincia di riferimento, così come previsto dal D.A. 13 dicembre 2011, l'assegnazione dei posti debba essere determinata utilizzando l'ordine di graduatoria provinciale fino alla tendenziale saturazione dei posti assegnabili su base distrettuale, determinati in relazione al medesimo target di popolazione ivi residente, e a concorrenza dei posti disponibili per nuovi accreditamenti istituzionali;

Ritenuto, altresì, che, per ragioni di economia di gestione, il numero di posti da assegnare a ciascuna struttura utilmente collocata in graduatoria non debba essere inferiore a 20 e che, laddove la struttura in posizione ultima risultasse assegnataria di posti residui in numero inferiore a 20, si debba operare una ridistribuzione dei posti tra le ultime due classificate nel rispetto dell'ordine di graduatoria:

Decreta:

Art. 1

Per le ragioni di cui in premessa, i 36 posti di RSA previsti dalla programmazioni regionale per nuovi accreditamenti istituzionali, ai sensi del D.A. 13 dicembre 2011, per la provincia di Agrigento, tenuto conto dell'ordine di graduatoria provinciale e della tendenziale saturazione dei posti assegnabili su base distrettuale, fissati in relazione al medesimo target di popolazione ivi residente, vengono assegnati come segue:

Ditta	n. posti assegnati
Soc. Parnaso - Licata	36

Art. 2

Il presente provvedimento costituisce parere di verifidi compatibilità ai sensi dell'art. 1 del D.A. 463 del 2003. L'efficacia dello stesso è subordinata al possesso dei requisiti previsti per l'accreditamento istituzionale.

Art. 3

La struttura privata di cui all'art.1 è tenuta al rispetto dei tempi di realizzazione indicati nella istanza, pena la decadenza del parere di compatibilità, salvo l'eventuale concessione di proroghe, nei limiti dello stretto necessamentazione dei lavori svolti contenente le risultanze del rio, giustificate dall'oggettiva e documentata impossibilità



mieristica e medica del SSR attribuita al centro (12 PL degenza ordimieristica e medica del SSR attribuità al centro (12 PL degenza ordi-naria, 6 PL terapia intensiva, 6 PL semi-intensiva, 1 sala operatoria, 1 sala emodinamica, 1 RMN), è adeguata al completamento dell'or-ganico necessario per la conformità agli standard di eccellenza richiamati in premessa e che costituiscono obiettivo specifico della convenzione

- nzione:

 cardiologi: 9;
 anestesisti: 12;
 cardiochirurghi: 3;
 tecnici radiologia: 4;
 infermieri: 60 + 3 capo sala.

*Intermer: ou *3 capo sata.
Nell'ambito del suddetto personale il centro cardiologico, sul piano organizzativo, potrà attribuire, entro il limiti di spesa previsti dalla convenzione originaria, incarcichi dirigienziali (unità operative semplici, incarichi professionali) attingendo le relative risorse dalla quota di finanziamento stabilita in convenzione quale rimborso al

quota di finanziamento stauma in convenzazio quali CCPM.
Di detti incarichi sarà data comunicazione all'A.S.P. di Mes per i conseguenziali adempimenti.

2. Prestazioni

In relazione alle disposizioni contenute nell'articolo 10 della enzione, fermo restando quanto dallo stesso stabilito, le parti

convenzione, (ermo restando quanto dallo stesos stabilito, le parti specificano quanto segue:

1) le prestazioni erogate in favore di pazienti provenienti dalle altre Regioni, riconosciute alla Regione siciliana in sede di riparto nazionale quale mobilità attiva, concorrono a pieno titolo al conse-guimento degli obiettivi quantitativi di attività fissati dalla conven-zione a carico dell'istituto:

2) le prestazioni effettuate dall'equipe del centro presso altri

Le processioni effettuate dall'equipe del centro presso altri. Presidi ospechileri del servizio santiario siciliano, astanno computate applicando le tariffe TUC riconosciute all'Ospechale Bambino Gesti dalla convenzione a carico dell'istituto;
3) il centro, computibilmente con il principale svolgimento delle funzioni assistenziali di unico centro di III livello della rete di cardiologia pediatrica assegnate dalla Regione siciliana, nel rispetto degli applicativa assegnate dalla Regione siciliana, nel rispetto degli advore di pazienti provenienti da passi esteri, previa valutazione clinica del direttore del Centro.

4) Le parti prendono atto che tra i compiti del centro, quale hub della rete di cardiologia pediatrica della Regione siciliana, rientra anche la realizzazione dei regiori osciliano delle cardioniognate in anche la realizzazione dei regiori osciliano delle cardioniognate in proposta del direttore del centro del 5 settembre 2012.

3. Estensione delle aree della collaborazione

3. Estensione detta care detta collaborazione

1) In attesta dell'adozione da parte della Regione siciliana dei provvedimenti idonei alla istituzione del centro pediatrio del mediteraneo Bambino Gestà Sicilia, presso IAO, Ospedali riunti Villa messa a), le parti manifestano la reciproca disponibilità all'interparacione delle attività assistenziale nel settore pedalaricio in altre discipiline (neurochirurgia, ortopedia, etc.) con specifiche équipe specialistiche, secondo i labbisogni etc dovessero essere individuati dalla

che, secondo i labbisogni che dovessero essere individuati dalla Regione siciliana, che saranno soggette a remunerazione secondo le vigenti tariffe TLC applicate all'istituto, salvo ridefinizione del que de conomico previsto dalla convenzione.

2) Il personale del direttore del CCPM e avalendosi delle risor-se rese disponibili presso l'Ospetale S. Vincenzo o presso altra strut-tura del SSR.

tura del SŚR.

Nell'ambito della riedeminismo degli cibettivi della convenziona. Nell'ambito della riedeminismo degli cibettivi della convenziona della riedemini dispusa anti di attività, del centro. Trattuto manifesta la sua disponibilità a valutare i presupposi per l'estessione dell'attività del centro cardiologico ai trapianti ed alle assistenze tecniche, nel quadro di una riorganizazzione del centro in termini di budget annuale, di organici, di spazi assegnati e di investimenti per
attrezzature.

4. Modalità di finanziamento

4. Modalità di finanziamento
1) Nell'ipotesi che la produttività stabilita dalla convenzione come integrata dal presente documento, nel periodo di vigenza del-l'accordo superi l'importo complessivo di e 3,800,000, le parti convengono che sono dovute all'istituto, per le prestazioni in eccedenza, le corrispondenti tariffe, abbattute del 50%, che saranno erogate nelle modalità previste, oftre al rimborso del 50% del costo dei dispositivi medici sostenuto per l'esecuzione delle procedure.
2) Le eccedenze saranno in ogni casso contenute entre il limite assimo di e 1,2000,000. L'eventuales superamento di detto limite assimo di e 1,2000,000. L'eventuales superamento di detto li limite assimo di e 1,000,000. L'eventuales superamento di detto li limite assimo di e 1,000,000. L'eventuales uperamento di detto li limite assimo di e 1,000,000. L'eventuales uperamento di detto limite assimo di e 1,000,000. L'eventuales uperamento di detto limite assimo di e 1,000,000. L'eventuales uperamento di detto limite assimo di e 1,000,000. L'eventuales uperamento di detto limite assimo di e 1,000,000. L'eventuales uperamento di detto limite assimo di e 1,000,000. L'eventuales uperamento di detto limite assimo di e 1,000,000. L'eventuales uperamento di detto limite assimo di e 1,000,000. L'eventuales uperamento di detto limite assimo di e 1,000,000. L'eventuales uperamento di detto limite assimo di eventuale uperamento di detto di eventuale uperamento di eventuale uperamento di detto di eventuale uperamento di eventuale upe

 I) L'Istituto provvederà alla rendicontazione nei confronti della Regione siciliana attraverso un rendiconto trimestrale contenente informazioni sull'impiego del personale medico e infermieristico, i dispositivi medici utilizzati e l'elenco analitico delle prestazioni saniuspositivi meact unifizant e februto analitico otaci priestazioni sani-tarie effettuate presso il centro. Detta rendiciontazione dovrà prevede-re anche i pazienti siciliani trattati direttamente presso la sede di Roma del Bambin Gesti in conformità alla convenzione. 2) La Regione siciliana corrisponderà all'istituto il finanzia-mento in quote trimestrali, come previsto dall'articolo 10 della con-

venzione.

L'Assessore per la salute: Russo Ospedale pediatrico Bambin Gesù Il legale rappresentante pro-tempore: Profiti Azienda ASP Messina Il commissario straordinario: Magistri

(2012, 45, 3268) 102

DECRETO 26 ottobre 2012.

Costituzione della Rete nefrologica regionale.

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni sul riordino della disciplina in materia sanitaria:

Visto il D.P.R. 14 gennaio 1997 "approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni ed alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private

Visto il D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" che indica la necessità di individuare percorsi diagnostico-terapeutici sia per il livello di cura ospedaliera, sia per quello ambulatoriale;

Visto, in particolare, l'allegato n. 1 del D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", che classifica i livelli di assistenza e le prestazioni di assistenza sanitaria garantita dal servizio sanitario nazionale riconducibili ai LEA, il quale include, tra le particolari categorie dei cittadini aventi diritto ad un'assistenza specifica, i nefropatici cronici in trattamento dialitico:

Visti gli accordi tra il Governo, le regioni e le province di Trento Bolzano n. 1388 del 14 febbraio 2002 e n. 1942 del 29 aprile 2004 sui requisiti delle strutture idonee ad effettuare trapianti di organi e di tessuti e sugli standards minimi di attività di cui all'art. 16, comma 1, della legge 1 aprile 1999, n. 91;

Visto il censimento effettuato dalla Società italiana di nefrologia SIN nel 2004;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006 approvazione del Piano sanitario nazionale 2006-2008, che individua gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti sociali e civili in ambito sanitario, ed in particolare il punto 4.4 che promuove il Governo clinico quale strumento per il miglioramento della qualità delle cure per i pazienti per lo sviluppo delle capacità complessive del SSN, allo scopo di mantenere standards elevati e migliorare le performances professionali del personale, favorendo lo sviluppo dell'eccellenza clinica;

Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5, recante "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale" in



particolare, l'art. 2, comma 4, lett. a), della predetta legge regionale n. 5/2009, che dispone: "Il servizio sanitario regionale, in funzione di rigorosi ed accertati criteri e fabbisogni epidemiologici, promuove azioni volte a realizzare: a) una qualificata integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari anche attraverso il necessario trasferimento dell'offerta sanitaria dall'ospedale al territorio, nonché un compiuto coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e l'ottimale distribuzione sul territorio dei medici specialisti, favorendo l'instaurarsi di relazioni funzionali fra operatori ospedalieri e territoriali al fine di ottimizzare il sistema della continuità assistenziale nei processi di prevenzione, cura e riabilitazione"; nonché la legge regionale 3 novembre 1993 n. 30 "Norme in tema di programmazione sanitaria e di riorganizzazione territoriale delle unità sanitarie "per come ancora applicabile ai sensi dell'art. 32 della a legge regionale

Visto il decreto assessoriale n. 3423 del 19 dicembre 2008 istitutivo del registro siciliano di nefrologia, dialisi e trapianto:

Visto il censimento effettuato nel 2010 dal registro regionale di nefrologia dialisi e trapianto;

Visto il documento della SIN del 2009 relativo alle indicazioni e standards sulla riorganizzazione della rete nefrologica:

visto il D.A. 15 giugno 2009 n. 1150, recante "Indirizzi e riteri per il riordino, la rifunzionalizzazione e la riconversione della rete ospedaliera e territoriale regionale", con il quale sono stati approvati i criteri per il miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri di cui all'allegato 1 e le regole per il governo del sistema ospedaliero regionale e relative attività di controllo di cui all'allegato 2 dello stesso decreto:

Visto l'art. 2 del medesimo D.A. che, per il perseguimento degli obiettivi del Piano e sulla base delle proposte delle aziende sanitarie della Regione, conferma fra l'altro l'obbligo dei direttori generali di avviare la rideterminazione delle piante organiche aziendali in funzione dei processi di ristrutturazione organizzativa, tenendo conto sia degli accorpamenti che della rifunzionalizzazione dei presidi ospedalieri, anche, perseguendo l'integrazione con la medicina ambulatoriale e territoriale:

Visto il Patto per la salute 2010-2012 giusta intesa della conferenza Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, finalizzato a migliorare la qualità di servizi, a promuoere l'appropriatezza delle prestazioni che prevede, tra l'altro, la riorganizzazione delle reti regionali di assistenza ospedaliera:

Visto il decreto assessoriale n. 1130 del 20 agosto 2009: "Interventi per la riorganizzazione, la riqualificazione ed il riequilibrio economico dell'assistenza sanitaria ai pazienti con uremia terminale" dove si ritiene di "...dover fornire indicazioni in ordine....alla promozione e allo sviluppo dei programmi di dialisi domiciliare...";

Visti i decreti assessoriali 25 maggio 2010 di rimodulazione della rete ospedaliera dove sono identificate, per singola provincia, le unità operative di nefrologia e dialisi;

Visto il Piano sanitario nazionale 2011-2013 dove, nell'ambito della "Rete assistenziale territoriale", viene sottolineata l'Importanza dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) al fine di ottemperare a quanto previsto dal D.P.C.M. 29 novembre 2001 in merito ai LEA":

Visto il Piano sanitario regionale 2011-2013 al cap. 4.1.1 che prevede le seguenti azioni:

- orientare l'assistenza, secondo criteri di appropriatezza, nel territorio-distretti;
- implementare tutte le forme possibili di cure domiciliari;
- attuare l'integrazione tra l'assistenza sanitaria e sociale;

al cap. 6.1.1 relativo all'organizzazione della rete nefrologica, nel quale si propone di "a) assicurare a tutti i pazienti uniformità di cura; b) assicurare cure adeguate nel luogo più vicino possibile alla residenza del paziente, compatibilmente con l'alta qualità, la sicurezza e l'efficacia del trattamento; c) centrare sul paziente l'organizzaione; d) valutare e monitorare le funzioni sanitarie con la partecipazione al registro siciliano di nefrologia, dialisi e trapianto";

al cap. 15.1 relativo all'area dei trapianti nel quale si prevede di "riallineare i programmi regionali di trapianto di rene ... e individuare due poli regionali di trapianto, uno a Palermo (Ospedale Civico) e uno a Catania (A.O. Policilinio. ... mentre .. è opportuno che Ismett consolidi e ulteriormente espanda il suo attuale profilo di Centro trapianti multiorgano, con particolare vocazione, per quanto riguarda il trapianto di rene, ai trapianti di rene in soggetti ad elevata complessità clinica, tra cui i bambini, e ai trapianti ofiniati";

Visto ancora il Piano sanitario regionale 2011-2013, laddove prevede al paragrafo 6.1.2. la tabella del modulo standard di posti letto per la disciplina di nefrologia; Vista la nota del 19 dicembre 2011 a firma del diret-

Vista la nota del 19 dicembre 2011 a firma del direttore del Centro nazionale trapianti con la quale si definiscono le linee di indirizzo sulla organizzazione e gestione di un programma di trapianto di rene; Rilevato dall'analisi dei dati del registro siciliano di

Rilevato dall'analisi dei dati del registro siciliano di nefrologia, dialisi e trapianto, che il numero dei nuovi pazienti ammessi al trattamento dialitico ogni anno (pazienti incidenti) è pari al 31 dicembre 2010 a 1075, cioè 220 pazienti per milione di abitanti contro i 153 pazienti della media nazionale del 2008;

Rilevato che al 31 dicembre 2010 il totale dei pazienti in dialisi domiciliare è di 240, pari al 4% del totale a fronte di una media nazionale del 10%;

Stante che l'atlante della mortalità per causa in Sicilia 2010 pone le malattie dell'apparato genito-urinario al 9º posto tra le cause di morte e che i dati raccolti dal registro regionale di nefrologia dialisi e trapianto fanno ammontare a 4.685 i pazienti in trattamento dialitico in Sicilia al 31 dicembre 2010 e a 1.075 i nuovi pazienti immessi in dialisi nel corso del 2010, in nanlogia con i dati riportati nel sito dell'associazione europea per le malattie renali che raccoglie i report provenienti da più di dicci paesi europei. Pertanto, le patologie croniche del rene interessa-no circa il 200% della popolazione adulta e per il bacino di utenza della Sicilia, ciò comporta una popolazione a distanta del rischio di circa 1.000.000 soggetti, di cui circa 5.000 in trattamento dialitico e circa 1.500 potenzialmente candidati a ricevere un trapianto di rene;

Considerato che i costi dei trattamenti emodialitici ambulatoriali ospedalieri e nei centri privati accreditati sono superiori a quelli dell'emodialisi domiciliare, per la maggiore incidenza dei costi di organizzazione e gestione ospedaliera ai quali si aggiungono i costi relativi al trasporto del paziente;

Valutata la necessità di procedere all'adozione di provvedimenti ed azioni che contribuiscano alla diversificazione dell'offerta dell'assistenza sanitaria ai pazienti con uremia terminale, riorganizzando il sistema in modo da





garantire il trattamento più adeguato ed appropriato, coniugando l'esigenza tuttavia di deospedalizzare il malato (costi, aspetti psicologici, riabilitativi); Stante che l'obiettivo della programmazione è quello

Stante che l'obiettivo della programmazione è quello di indicare i criteri per la definizione del livelli e delle forme dell'offerta, per la produzione efficiente dei servizi, per garantire uniformità dei servizi nel territorio, al fine di garantire la concentrazione dei livelli di attività e della casistica correlata consentendo di conseguenza una elevata esperienza professionale;

Considerato che in atto la media dei posti letto di nefrologia in Sicilia è pari a 38 posti letto per milione di abitanti, mentre la media dei posti letto a livello nazionale è pari a 47 posti letto per milione di abitanti, come rilevato dal documento SIN richiamato;

Considerato che attualmente il sistema dell'assistenza ai pazienti nefropatici rileva alcuni punti critici rappresentati da:

- carenza di programmi di prevenzione primaria e secondaria;
- parcellizzazione delle strutture nefrologiche ospedaliere molte delle quali hanno un numero esiguo o sono sprovviste di posti letto;
- distribuzione dei pazienti dializzati prevalentemente nel settore privato (74% trattati in centri privati e 26% nelle strutture pubbliche);
- insufficiente ricorso alla dialisi peritoneale domi ciliare: appena il 6% del totale su una media nazionale del 10% viene trattato con dialisi peritoneale e del 38 centri pubblici esistenti di nefrologia ben 20 non trattano nessun paziente con questa metodica;
- indice di prevalenza di pazienti in dialisi superiore alla media nazionale (938 pazienti in dialisi per milione di abitanti contro i 734 della media nazionale):
- eccesso di programmi di trapianto di rene (quattro, di cui tre a Palermo e uno a Catania) a fronte di un tasso di donazioni insufficiente (12,4 donatori per milione di abitanti nel 2009 contro una media nazionale di 22):
- sistema di controllo periodico dei pazienti portatori di trapianto renale disomogeneo e non coerente con l'effettiva disponibilità di competenze e di procedure diagnostiche e terapeutiche;

Ritenuto, pertanto, di dovere procedere ad una riorganizazione della rete assistenziale nefrologica, con particolare riferimento alle U.O. ospedaliere di nefrologia, sviluppando contestualmente azioni per la promozione della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali facendo anche riferimento all'attività svolta secondo le linee di indirizzo del PSR sull'organizzazione in rete dei servizi per patologia, volume e complessità;

Ritenuto di avviare programmi di prevenzione primaria e secondaria attraverso un'integrazione operativa tra i medici di famiglia, gli ambulatori specialistici delle A.S.P. e i vari presidii ospedalieri di nefrologia, realizzando campagne d'informazione della popolazione generale nonche di screening ad ampio raggio e delineando un iter assistenziale organizzato secondo livelli crescenti di complessità e intensità di cure (medico di base - specialista nefrologo - ricovero ospedaliero e viceversa) con possibilità di ritorno in senso inverso;

Ritenuto di riequilibrare l'offerta di prestazioni di dialisi tra il settore pubblico e quello privato incentivando la dialisi domiciliare e favorendo l'espansione del pool di pazienti in trattamento, istituendo presso i centri ospedalieri i centri satellite (CAD e CAL);

Ritenuto necessario creare un percorso integrato tra i centri di trapianto e le altre strutture sanitarie per la valutazione, la gestione in lista di attesa e il follow-up post-trapianto dei pazienti con insufficienza renale terminale:

Ritenuto, conseguenzialmente di dovere fare riferimento per la programmazione della rete nefrologica al PSR, al documento SIN del 2009 per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'approriatezza degli interventi assistenziali e ai relativi allegati, nonché alle linee guida approvate dalla conferenza Stato-Regioni e alle linee di indirizzo emanate dal Centro nazionale trapianti in tema di requisiti e standard per lo svolgimento dell'attività di trapianto di rene;

Ritenuto di dovere garantire la continuità assistenziale intesa come omogeneità dell'assistenza erogata, perseguendo modelli che consentano la distinzione tra pazienti a rischio standard e pazienti ad elevato rischio clinico, tra prestazioni a basso livello di complessità e prestazioni con elevato indice di complessità, attivando in tal senso un sistema fortemente integrato a fine di una collaborazione funzionale tra i vari livelli istituzionali, in ospedale come sul territorio, in ambito sanitario e sociosanitario, sinergizzando le attività territoriali e ospedaliere e valorizzando le interdipendenze esistenti fra le strutture operative, comprensivo dell'ospedale, il distretto territoriale e ospedaliero e gli ambulatori privati accreditati di

Preso atto che, dai dati raccolti dal registro regionale di nefrologia dialisi e trapianto al 31 dicembre 2010, risultavano attivi sul territorio regionale 88 centri di dialisi privati accreditati e 33 U.O. di nefrologia.

Preso atto, altresì che i dati relativi alla dotazione di posti rene e alle prestazioni diagnostico terapeutiche disponibili presso i presidi ospedalieri su cui insistono le suddette U.O. sono quelli trasmessi dai rispettivi responsabili al servizio 4 di programmazione ospedaliera del dipartimento per la pianificazione strategica;

Considerato che il comitato del governo clinico della società italiana di nefrologia distingue le U.O. di nefrologia in quattro tipi di strutture nefrologiche:

1) strutture complesse di nefrologia (SCN) che rappresentano l'elemento cardine dell'assistenza nefrologica nazionale e sono composte da un'area di degenza, un'area di dialisi e un'area ambulatori. Ogni SCN dovrebbe disporre di uno o più centri satelliti (Centri ad assistenza limitata - CAL, e centri ad assistenza decentrata CAD) distribuiti sul territorio di competenza ad essa dipendenti e collegati in rete. Secondo la commissione SIN è da ritenere congrua una SCN ogni 200,000-250,000 abitanti (media italiana di 1218,000 abitanti, ma con ampio range da 1/100,000 a 1/325,000 abitanti).

2) strutture complesse di nefrologia con trapianto (SCNT) sono le SCN che hanno al loro interno un programma di trapianto e che operano in stretta collaborazione con la componente più propriamente chirurgica del trapianto. Queste struture, in aggiunta alle attività proprie delle SCN, concorrono alla gestione delle liste dattesa, alla selezione e alla preparazione dei pazienti all'intervento di trapianto, e alla gestione medica dei pazienti trapiantati nel periodo immediatamente post-operatorio. Il follow-up successivo avviene in stretta collaborazione con le SCN di provenienza del paziente. Il censimento SIN 2004 ha evidenziato 40 SCNT sul territorio nazionale con una media di 1 SCNT ogni 1.500.000 circa di abitanti:



3) strutture semplici nefrologiche di dialisi (SSND) che sono le strutture sanitarie di sola dialisi sono prive di posti letto di degenza e, secondo la commissione SIN, dovrebbero essere classificate tutte come strutture semplici oppure debbono essere insertie in un contesto di afferenza a SCN e considerate pertanto dei centri satellite. Quando per dimensioni, volume e tipologia dell'attività nefrologica sia più funzionale un'autonomia, si ritiene opportuna una trasformazione dell'unità in SCN con conseguente assegnazione di posti letto;

 strutture private di dialisi (SPND - SPD) Le strutture private di dialisi dovrebbero essere assimilate alle strutture semplici nefrologiche di dialisi;

Ritenuto, in coerenza con le indicazioni del PSR, del centro nazionale trapianti e del comitato di governo clinico della società italiana di nefrologia, di riorganizzare i presidi nefrologici della rete nefrologica regionale su tre diversi livelli organizzativi prevedendo un I livello, un II livello e un III livello con standards operativi differenziati, in funzione non solo della presenza di posti letto, ma anche della copertura nell'ambito del territorio e bacino di appartenenza delle prestazioni diagnostico-terapeutiche complementari e indispensabili per la corretta gestione del paziente nefropatico. Ritenendo di potere procedere, in seguito alla prima identificazione, all'eventuale modifica del livello assegnato alle singole strutture sulla scorta della presenza di parametri adeguati nel corso del triennio di validità del PSR, verificati attraverso i piani attuativi aziendali entro il periodo di vigenza dell'attuale PSR in base ai seguenti criteri:

 a) dotazione di posti letto secondo il modulo previsto dal PSR;

- b) dotazione di posti rene non inferiore a 6;
 c) attività di degenza ordinaria e in regime di day
- hospital;

 d) presenza di un programma attivo di dialisi peritoneale con un numero di pazienti in DP non inferiore al
- 10% dei pazienti in trattamento sostitutivo;
 e) disponibilità di ambulatorio dedicato per i pazienti candidati al trapianto e già trapiantati;
- f) disponibilità presso i rispettivi P.O. dei servizi di terapia intensiva, UTIC, chirurgia generale, microbiologia e virologia, anatomia patologica, laboratori attrezzati per determinazione dei livelli ematici dei farmaci immunosonnessorii.

Rifenuto di fondamentale importanza analizzare i dati di attività del triennio di validità del PSR al fine di valutare criticamente il mantenimento/disattivazione dei punti della rete pubblici e privati accreditati in relazione a volume e tipologia di prestazioni erogate, definendone per ognuno il trend di attività e valutandone contestualmente l'attività sia in relazione all'appropriatezza delle prestazioni, sia al ruolo di riferimento territoriale che assolvono, ritenendo pettanto non esaustivo come standard il riferimento alla disponibilità di posti letto;

Rilevato che la rete nefrologica debba essere riorganizzata secondo il modello Hub e Spoke in:

- centri spoke corrispondenti alle SSND e SPND SPD individuati come strutture sanitarie di I livello, senza dotazione di posti letto, che svolgono attività in sinergia con il centro di II e III livello ed in grado di effettuare prestazioni di diagnosi primaria e di dialisi per pazienti a rischio clinico standard;
- centri hub corrispondenti alle SNC e SNCT individuati come strutture ospedaliere di II e III livello con dotazione di posti letto secondo lo standard minimo previsto

dal PSR, in grado di erogare tutte le prestazioni necessarie per la gestione delle nefropatie acute e croniche nonché di espletare le indagini necessarie per la valutazione di idoneità al trapianto, contribuire alla gestione peri-operatoria dei pazienti sottoposti a trapianto e gestione dei controlli post-trapianto;

Ritenuto che le aziende ospedaliere autorizzate alla esecuzione degli interventi di trapianto di rene potranno individuare le specifiche modalità organizzative per la gestione integrata del programma dei trapianti;

Ritenuto in analogia con il PSR 2011/2013 di individuare due poli regionali di trapianto, uno a Palermo presso l'ARNAS Civico e Ismett ed uno a Catania presso il Policlinico;

Ravvisata, pertanto, la necessità di modificare la rete dei presidi nefrologici ospedalieri secondo quanto già definito nei singoli D.A. di rimodulazione del 25 maggio 2010, al fine di renderli coerenti alla diversa modalità organizzativa adottata, di garantire standards elevati e migliorare le performances professionali del personale, favorendo lo sviluppo dell'eccellenza clinica; nell'ottica di una complessiva ed adeguata utilizzazione delle risorse disponibili e di contenimento dell'inappropriatezza delle prestazioni errogate;

Ritenuto in considerazione dell'esigua dimensione numerica edelle caratteristiche del tutto peculiari delle nefropatie pediatriche, di dovere rinviare ad altro provvedimento, inserito nel contesto della rete pediatrica, la riorganizzazione dell'assistenza ai pazienti nefropatici in età pediatrica;

Pertanto la rete nefrologica regionale in Sicilia è organizzata in 88 centri ambulatoriali privati accreditati e 33 unità operative ospedaliere articolate per ambito territoriale e per livelli crescenti di complessità di attività e di prestazioni come di seguitio indicato:

· 2 strutture ospedaliere di III livello:

Ambito territoriale	Provincia	Presidio	Sede	PL
Sicilia Occidentale	Palermo	ARNAS "Civico"-Ismett	Palermo	32
Sicilia Orientale	Catania	AOUP	Catania	32
			Totale	64

· 11 strutture ospedaliere di II livello

Ambito territoriale	Provincia	Presidio	Sede	PL
Sicilia Occidentale	Agrigento	San Giovanni di D io	Agrigento	16
	Trapani	S. Antonio Abate	Trapani	16
	Palermo	Villa Sofia-Cervello	Palermo	16
Sicilia Centrale	Caltanissetta	Vittorio Emanuele	Gela	16
	Enna	Umberto I	Enna	16
Sicilia Orientale	Catania	Cannizzaro	Catania	24
	Messina	AOUP	Messina	24
	Ragusa	Maggiore	Modica	16
	Siracusa	Umberto I	Siracusa	16
			Totale	160



30-11-2012 - GAZZETTA UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA - PARTE I n. 51

20	strutture of	spedaliere	di I	livello

Ambito territoriale	Provincia	Presidio	Sede
Sicilia	Agrigento	Civili Riuniti	Sciacca
		CAL	Licata
	Palermo	AOUP	Palermo
		Termini Imerese	Palermo
Occidentale		CAL	Partinico
		Vittorio Emanuele II	Castelvetrano
	Trapani	S. Biagio	Marsala
		Nagar	Pantelleria
	Caltanissetta	S. Elia	Caltanissetta
Sicilia		CAL	Mussomeli
Centrale	Enna	C. Basilotta	Nicosia
		Chiello	P.za Armerina
	Catania	ARNAS "Garibaldi"	Catania
		Gravina	Caltagirone
		S. Marta e S. Venera	Acireale
		AOUP	Catania
		Papardo/Piemonte	Messina
Sicilia		Barone Romeo	Patti
Orientale	Messina	Generale	Milazzo
		S. Vincenzo	Taormina
		Generale	Lipari
	Ragusa	Civile Arezzo	Ragusa
		CAL	Scicli
	Siracusa	Generale	Lentini
		G. Di Maria	Avola

• 88 Strutture private di dialisi (SPND - SPD)

Ritenuto, altresì, di dovere disporre che i direttori generali delle aziende sanitarie provvedano ad un sistema-tico monitoraggio delle attività, degli indicatori di effica-cia, di efficienza e di appropriatezza ed economicità delle prestazioni erogate, per individuare possibili modifiche per riqualificare i servizi sanitari, garantire maggiore sod-disfacimento dei bisogni di salute dei cittadini e al tempo stesso assicurare un più adeguato controllo della spesa;

Ritenuto indispensabile assicurarsi l'attività di veri-fica, con periodicità semestrale, sugli adempimenti richie-sti al direttore generale e sui risultati conseguiti, al fine di adottare, ove necessario, le eventuali modifiche alla rete nefrologica regionale; Ritenuto utile istituire un Comitato di monitoraggio e

verifica, che effettuino audit clinico-organizzativi per la valutazione della qualità del servizio e delle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate, composto come di seguito:

- referente regionale programmazione ospedaliera;
 referente regionale programmazione territoriale;
- responsabile del CRT;
 2 referenti dirigenti di nefrologia pubblica;
- · 2 referenti dirigenti di nefrologia privata accreditata;
- · 1 referente Mmg;
- · 1 rappresentante utenza;

Ritenuto di assegnare ai direttori generali delle aziende sanitarie il limite temporale massimo del triennio di validità del PSR, per la disattivazione delle U.O. di nefrologia secondo quanto previsto nel presente provvedimento;

Ravvisata la necessità di implementare il sistema di elaborazione e diffusione di linee guida, protocolli assi-stenziali e raccomandazioni sulla sicurezza del percorso assistenziale in tema di malattie croniche del rene;

Decretar

Art. 1

La rete nefrologica regionale, viste le indicazioni espresse in premessa che qui si intendono integralmente richiamate, è costituita dalle strutture ospedaliere articolate per ambito territoriale e per livelli crescenti di complessità di attività e di prestazioni e da 88 ambulatori di dialisi privati dalle strutture private come di seguito:

· 2 strutture ospedaliere di III livello:

Ambito territoriale	Provincia	Presidio	Sede	PL
Sicilia Occidentale	Palermo	ARNAS "Civico"-Ismett	Palermo	32
Sicilia Orientale	Catania	AOUP	Catania	32
			Totale	64

· 11 strutture ospedaliere di II livello:

Ambito territoriale	Provincia	Presidio	Sede	PL
Sicilia Occidentale	Agrigento	San Giovanni di Dio	Agrigento	16
	Trapani	S. Antonio Abate	Trapani	16
	Palermo	Villa Sofia-Cervello	Palermo	16
Sicilia Centrale	Caltanissetta	Vittorio Emanuele	Gela	16
	Enna	Umberto I	Enna	16
Sicilia	Catania	Cannizzaro	Catania	24
	Messina	AOUP	Messina	24
Orientale	Ragusa	Maggiore	Modica	16
	Siracusa	Umberto I	Siracusa	16
			Totale	160

· 20 strutture ospedaliere di I livello:

Ambito territoriale	Provincia	Presidio	Sede
	Agrigento	Civili Riuniti	Sciacca
	Agrigemo	CAL	Licata
		AOUP	Palermo
Sicilia	Palermo	Termini Imerese	Palermo
Occidentale		CAL	Palermo Partinico
		Vittorio Emanuele II	Castelvetrano
	Trapani	S. Biagio	Marsala
		Nagar	Pantelleria



30-11-2012 - GAZZETTA UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA - PARTE I n. 51

Sicilia Centrale	Caltanissetta	S. Elia	Caltanissetta
		CAL	Mussomeli
	Enna	C. Basilotta	Nicosia
		Chiello	P.za Armerina
	Catania	ARNAS "Garibaldi"	Catania
		Gravina	Caltagirone
		S. Marta e S. Venera	Acireale
		AOUP	Catania
	Messina	Papardo/Piemonte	Messina
Sicilia		Barone Romeo	Patti
Orientale		Generale	Milazzo
		S. Vincenzo 7	Taormina
		Generale	Lipari
	Ragusa	Civile Arezzo	Ragusa
	Ragusa	CAL	Scicli
	Siracusa	Generale	Lentini
		G. Di Maria	Avola

88 Strutture private di dialisi.

I direttori generali della aziende sanitarie dovranno operare un monitoraggio sistematico delle attività delle strutture nefrologiche con riferimento ai criteri di cui all'allegato 1, nonché ai LEA, degli indicatori di efficacia, di efficienza e di appropriatezza ed economicità delle prestazioni erogate, per identificare possibili modifiche per riqualificare i servizi sanitari, garantire maggiore soddi-sfacimento dei bisogni di salute dei cittadini e al tempo stesso assicurare un più adeguato controllo della spesa.

È assegnata alle aziende ospedaliere autorizzate alla esecuzione degli interventi di trapianto di rene la gestione (2012.45.3268)102

del programma di trapianto renale secondo le specifiche modalità organizzative previste dall'azienda ospedaliera.

Si fa carico al direttore generale dell'azienda sanitaria di dare in modo coordinato la più ampia e diffusa informazione agli utenti in ordine alla nuova articolazione della rete al fine di garantire la continuità assistenziale e la sicurezza del percorso assistenziale delle malattie croniche del rene.

Art. 5

È assegnato ai direttori generali delle aziende sanita-rie il limite temporale massimo del triennio di validità del PSR, per la disattivazione delle U.O. di nefrologia secondo quanto previsto nel presente provvedimento.

Art. 6

È costituito un comitato di monitoraggio e verifica utile al fine di valutare la performance delle strutture pubbliche e private accreditate composto come di seguito:

- · referente regionale programmazione ospedaliera;
- referente regionale programmazione territoriale;
- · responsabile del CRT;
- 2 referenti dirigenti di nefrologia pubblica;
 2 referenti dirigenti di nefrologia privata accre-
- · 1 referente Mmg;
- · 1 rappresentante utenza.

Il servizio 4 programmazione ospedaliera è preposto al coordinamento della rete.

Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana.

Palermo, 26 ottobre 2012.

RUSSO

DISPOSIZIONI E COMUNICATI

ASSESSORATO DELLE ATTIVITÀ PRODUTTIVE

Provvedimenti concernenti nomina di commissari ad acta presso alcuni comuni della Regione per l'adozione del piano urbanistico commerciale.

Con decreto dell'Assessore per le attività produttive n. 922/Gab del 12 ottobre 2012, il sig. Giuseppe Lucisano è stato nominato com-missario ad acta presso l'amministrazione comunale di Catania per Tadozione, in via sostitutiva del competente organo comunale, del piano urbanistico commerciale di cui all'art. 5 della legge regionale n. 2899.

(2012.44.3184)035

Con decreto dell'Assessore per le attività produttive n. 923/Gab del 12 ottobre 2012, il sig. Giuseppe Lucisano è stato nominato com-

missario ad acta presso l'amministrazione comunale di Modica per l'adozione, in via sostitutiva del competente organo comunale, del piano urbanistico commerciale di cui all'art. 5 della legge regionale n. 28/99.

(2012,44,3885)035

Con decreto dell'Assessore per le attività produttive n. 926/Gab del 18 ottobre 2012, il sig. Giuseppe Lucisano è stato nominato com-missario ad acta presso l'amministrazione comunale di Marsala per Tadazione, in via sostituiva del competente organo comunale, del piano urbanistico commerciale di cui all'art. 5 della legge regionale n. 2899.





D.A.Q.2.339/N

REPUBBLICA ITALIANA Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE

Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico

Nomina Responsabile Trattamento Dati del Registro regionale di Nefrologia, Dialisi e Trapianto

L'ASSESSORE

VISTO lo Statuto della Regione Siciliana; VISTA la legge 23 dicembre 1978, n. 833 istitutiva del SSN

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, nº 502 e successive modifiche ed

integrazioni sul riordino della disciplina sanitaria;

VISTA la legge reg. n. 19/08,

la legge reg. n. 5 del 14.4.2009 recante norme per il riordino del S.S.R. VISTA VISTO

il DDG 10 marzo 2005 - criteri di acquisizione dei dati individuali nell'ambito del sistema informativo sanitario regionale ai fini dell'implementazione ed integrazione

dei registri di patologia;

VISTO il D. A. n. 03423/08 del 19 dicembre 2008 che all'art. 5 stabilisce che il Centro

Regionale Trapianti per la regione Sicilia ospiti presso la propria sede il Registro regionale informatizzato di Nefrologia, Dialisi e Trapianto e che il suo Direttore ne

sia il Responsabile:

VISTO il D.A. 02719/10 del 10 novembre 2010 che approva il nuovo modello organizzativo

del Centro Regionale Trapianti della Regione Sicilia e all'art. 2 gli attribuisce tra le

altre funzioni quella di gestire il funzionamento del Registro regionale di Nefrologia,

Dialisi e Trapianto;

VISTO il Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 che stabilisce specifici adempimenti in materia di protezione dei dati personali;

VISTO l'art. 24 della legge regionale n. 2 dell'8 febbraio 2007; CONSIDERATO

che il Titolare del trattamento dei dati operato dal Registro regionale di Nefrologia, Dialisi e Trapianto è il Dipartimento Attivita' Sanitarie ed Osservatorio

Epidemiologico;

CONSIDERATO che l'art. 29 del D.Lgs. 196/2003 prevede espressamente la facoltà del Titolare di

designare un Responsabile del trattamento;

CONSIDERATO altresi che:

ai sensi dell'art. 4 lett. g) del D. Lgs. 196/2003 per "Responsabile" si intende la persona fisica, la persona giuridica, la pubblica amministrazione e qualsiasi altro

ente, associazione od organismo preposti dal Titolare al trattamento di dati personali;

il Responsabile è tenuto ad attenersi alle istruzioni impartite dal Titolare;

il Centro regionale Trapianti della Regione Sicilia opera nel pieno rispetto delle

vigenti disposizioni in materia di trattamento dei dati personali

RITENUTO necessario di procedere all'adeguamento del Registro regionale di Nefrologia, Dialisi e Trapianto al disposto del D. Lgs. 196/2003 innanzitutto formalizzando in

capo al Centro Regionale Trapianti della Regione Sicilia la nomina a responsabile

del Registro;

DECRETA

ART.1 il Dipartimento Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico, in qualità di Titolare del trattamento dei dati personali coinvolti nella gestione del Registro regionale di Nefrologia, Dialisi e



Trapianti nomina Responsabile del trattamento dei dati il Centro regionale Trapianti della Regione Sicilia nella persona del suo Direttore.

ART. 2 al Centro regionale trapianti della Regione Siciliana sono attribuiti i compiti di cui all'articolo 20 del D. Lgs. 196/2003 e lo stesso è autorizzato, come previsto dall'art. 5 del D.A. 0.3423/08, a trattare i dati personali necessari per la gestione del Registro regionale di Nefrologia, Dialisi e Trapianto, e altresì a curare la raccolta su supporto informatico, l'elaborazione e l'analisi di cui all'art. 2 del medesimo D.A.

In qualità di Responsabile del trattamento dei dati il Centro regionale Trapianti della Regione Sicilia è tenuto ad osservare la vigente normativa in materia di protezione dei dati personali e si impegna ad eseguire con la massima diligenza le istruzioni impartite dal Titolare.

In particolare, il Responsabile del trattamento dovrà:

- assicurarsi che il trattamento dei dati personali raccolti per conto del Titolare nello svolgimento delle proprie attività avvenga nel rispetto delle regole previste dall'art. 11 del D. Lgs. 196/2003;
- garantire che il trattamento avvenga unicamente con le modalità e per le finalità sopra enunciate;
- effettuare esclusivamente i trattamenti autorizzati dal Titolare;
- individuare e nominare per iscritto gli Incaricati del trattamento, individuandoli tra soggetti che abbiano ricevuto adeguata formazione in materia di protezione di dati personali come richiesto dalla normativa di riferimento;
- impartire agli Incaricati dettagliate istruzioni al fine di delimitare l'ambito del trattamento consentito e vigilare sul rispetto delle direttive assegnate;
- adottare e rispettare le misure di sicurezza indicate e predisposte dal Titolare del trattamento;
- controllare l'osservanza delle misure di sicurezza da parte degli Incaricati del trattamento;
- fornire tempestivamente (entro 24 ore) adeguata risposta ad eventuali richieste degli interessati volte all'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. 196/2003.
- assicurare la riservatezza delle informazioni, dei documenti e degli atti amministrativi, dei quali venga a conoscenza durante l'esecuzione della prestazione;
- fornire le informazioni ed esibire i documenti eventualmente richiesti dal Garante per la protezione dei dati personali:
- eseguire ogni altra direttiva impartita dal Titolare volta ad ottemperare obblighi di legge.

ART. 3 il Centro Regionale Trapianti provvede alla trasmissione al DÁSOE della base dati aggiornata con cadenza almeno annuale ed entro il primo trimestre di ogni anno ai fini dell'integrazione all'interno della piattaforma informatica regionale, per le finalità di monitoraggio dello stato di salute e di programmazione e per quanto previsto dai commi 31 e 35 dell'art. 24 della legge regionale n.2 dell'8.2.2007.

L'ASSESSORE REGIONALE DE LA SALUTE

(Dott Mass

o Russo)

ley

3 0 OTT. 2012



Normativa



Ripristino con effetto retroattivo dei valori tariffari di cui al decreto assessoriale n. 1977 del 28 settembre 2007.

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto il D.P.Reg. 28 febbrajo 1979 n. 70, recante "Ap provazione del testo unico delle leggi sull'ordinamento del governo e dell'Amministrazione della Regione siciliana"; Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e

successive modifiche ed integrazioni, "Riordino della disciplina sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421":

Visto il Piano di contenimento e di riqualificazione del sistema sanitario regionale per il triennio 2007/2009 ed il relativo accordo attuativo, sottoscritto in data 31 luglio 2007 tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze ed il Presidente della Regione - approvati dalla Giunta regionale con la deliberazione n. 312 dell'1 agosto 2007 e resi esecutivi con D.A. n. 1657 del 6 ago 2007 - che, al punto B.1.8, prevede il recepimento del D.M. 12 settembre 2006, emanato dal Ministro della salute di concerto con quello dell'economia;

Visto il D.A. n. 1977 del 28 settembre 2007, con il quale, in attuazione del Piano di contenimento e di riquadificazione del ristamo di comminimo de di riqua-lificazione del sistema sanitario regionale per il triennio 2007/2009, è stato stabilito, a modifica dei precedenti valori tariffari di cui al D.A. n. 24059 dell'11 dicembre 1997 e s.m.i. ed al D.A. n. 7104 del 29 dicembre 2005, che le tariffe massime applicabili nella Regione per la remune razione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, a far data dall'1 ottobre 2007, sono quelle previste dal D.M. 12 settembre 2006;

Viste le ordinanze nn. 143/08, 150/08, 151/08 e 152/08, depositate il 29 gennaio 2008, con le quali il TAR Palermo ha accolto le domande di sospensione degli effetti del precitato D.A. contenute nei ricorsi presentati da Cardullo Gaetano + altri, dal Sindacato Branche a Visita, dalla Confederazione Strutture Sanitarie Private e da Loiacono Giuseppina + altri, con ciò uniformandosi all'orientamento giurisprudenziale del T.A.R. Lazio che, con sentenza n. 12975/06, aveva annullato il D.M. 12 settembre 2006 per difetto d'istruttoria, poiché esso illegittimamente richiamava le tariffe determinate con il decreto ministeriale 22 luglio 1996, a sua volta annullato dal Consiglio di Stato, sez. IV, con la decisione n. 1839 del 22 marzo 2001;

Visto il D.A. n. 336 del 27 febbraio 2008, con il quale, in ottemperanza alle superiori ordinanze giudiziali, nelle more della definizione dei relativi giudizi di merito e con riserva di ripetizione, si dava atto che nel territorio della Regione siciliana rivivevano i valori tariffari previgenti di cui al citato D.A. n. 24059 dell'11 dicembre 1997 e s.m.i. ed al D.A. n. 7104 del 29 dicembre 2005, concernenti le tariffe rispettivamente dell'assistenza specialistica ambulato riale e delle prestazioni di emodialisi

Visto il Programma operativo 2010/2012, approva dalla Giunta regionale con la deliberazione n. 497 del 30 dicembre 2010 e reso esecutivo con D.A. di pari data, che costituisce prosecuzione e necessario aggiornamento del Piano di rientro 2007/2009, ai sensi dell'art. 17 comma 4, lett. b, del D.L. 6 luglio 2011 n. 98, convertito con modifi-cazioni nella legge 15 luglio 2011, n. 111;

Visto il D.A. n. 1676/09 del 20 agosto 2009, per con integrato e modificato dal D.A. n. 835/11 del 12 maggio 2011, con il quale, tra l'altro, sono stati stabiliti i valori tariffari omnicomprensivi per le diverse tipologie di trattamento in favore di soggetti affetti da uremia terminale, secondo la decorrenza temporale stabilita dall'art. 7 di integrato e modificato dal D.A. n. 835/11 del 12 maggio

quest'ultimo decreto, decurtati dello sconto previsto ai sensi dell'art. 1, comma 796, lett. 0), della legge n. 296/06, ferma restando la tariffa per la dialisi peritoneale continua ed automatizzata di cui al D.A. 24 luglio 2004;

Considerato che con sentenze nn. 62, 63 e 64 depositate il 18 gennaio 2011, il TAR Palermo ha respinto i ricorsi presentati rispettivamente dal Sindacato Branche a ita (S.B.V.), dalla Confederazione Strutture Sanitarie Private (C.S.S.P.) e da Loiacono Giuseppina + altri e che con analoga sentenza n. 462/11, depositata il 14 marzo 2011, lo stesso Tribunale ha respinto anche il ricorso pro-

posto da Cardullo Gaetano + altri; Viste le note distrettuali n. 49549 del 26 maggio 2011 89564 del 10 novembre 2011, con le quali l'Avvocatura dello Stato di Palermo ha comunicato il passaggio in giu-dicato delle succitate sentenze n. 64/11 e n. 462/11, nonché le distrettuali n. 32968 e n. 32974 del 6 aprile 2011 con cui lo stesso Ufficio ha informato l'Assessorato dell'avvenuta impugnazione delle sentenze n. 62/11 e n. 63/11;

Vista la nota del 16 gennaio 2012, prot. n. 3870, con la quale l'Avvocatura dello Stato di Palermo ha comunicato che il C.G.A. con decisione n. 521/12, depositata il 4 giugno 2012, ha respinto i ricorsi in appello, che erano stati riuniti, avverso le sentenze n. 62/11 e n. 63/11:

Considerato che il termine perentorio per la proposizione del ricorso per Cassazione avverso la succitata decisione è decorso senza che la medesima sia stata impugnata con conseguenziale suo passaggio in giudicato;

Considerato che il C.G.A. ha respinto il succitato ricorso in appello in quanto il rapporto che lega il D.M. 12 settembre 2006 al decreto gravato non è diretto, ma è intermediato dal Piano di rientro e, pertanto, i ricorrenti avrebbero dovuto adempiere all'onere di impugnare tempestivamente in parte qua il D.A. n. 1657 del 6 agosto 2007, con il quale fu dato atto, "con valore di notifica", del recepimento in Sicilia dell'Accordo attuativo e del Piano di rientro;

Viste le ulteriori decisioni n. 728 del 7 settembre 2012 e n. 783 del 18 settembre 2012, con le quali il C.G.A. ha rigettato i ricorsi in appello avverso le sentenze di primo grado n. 60 e n. 61 del 18 gennaio 2011 rese dal T.A.R. Palermo su analoghi ricorsi presentati da altre strutture specialistiche convenzionate

Considerato, pertanto, che il C.G.A. ha confermato le sentenze impugnate e respinto gli appelli, in quanto rivol-ti contro un decreto assessoriale meramente applicativo, privo di autonoma attitudine lesiva e dal cui annullamen to i ricorrenti non avrebbero tratto alcun vantaggio, attesa l'inoppugnabilità dell'Accordo attuativo del Piano di rientro che, per la sua immediata lesività, avrebbe dovuto essere gravato dai ricorrenti nel termine decadenziale decorrente dalla data della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana;

Ritenuto, a seguito della definizione dei giudizi di merito con esito favorevole per l'Amministrazione, per ragioni di uniformità delle procedure di recupero sull'intero territorio regionale, di dare atto che sono venuti meno i presup posti del D.A. n. 336/08, con rimozione dei suoi effetti sospensivi e conseguente ripristino con effetto retroattivo dei valori tariffari di cui al decreto assessoriale n. 1977 del 28 settembre 2007, facendo obbligo a tutte le aziende sanitarie provinciali di effettuare il recupero nei confronti delle strutture specialistiche delle maggiori somme erogate

Ritenuto che le aziende sanitarie provinciali nell'azione di recupero delle somme erogate per le prestazioni di emodialisi dovranno tenere conto dei valori tariffari ride2011, secondo la decorrenza temporale stabilita dall'art. 7 di quest'ultimo decreto, decurtati dello sconto previsto ai sensi dell'art. 1, comma 796, lett. o), della legge n. 296/06;

Decreta

Art. 1

Per le motivazioni indicate in premessa, si dà atto che sono venuti meno i presupposti del D.A n. 336/08, con rimozione dei suoi effetti sospensivi e conseguente ripri-stino con effetto retroattivo dei valori tariffari di cui al decreto assessoriale n. 1977 del 28 settembre 2007.

Art. 2

È fatto obbligo alle aziende sanitarie provinciali di procedere al recupero nei confronti delle strutture specialistiche delle eventuali maggiori somme erogate rispetto a q le che sarebbero state corrisposte in applicazione del D.A. n. 1977/07, fermo restando che per le prestazioni di emo-dialisi le stesse dovranno tenere conto dei valori tariffari rideterminati dal D.A. n. 1676/09 del 20 agosto 2009, per come integrato e modificato dal D.A. n. 835/11 del 12 maggio 2011, secondo la decorrenza temporale stabilita dall'art. 7 di quest'ultimo decreto, decurtati dello sconto previsto ai sensi dell'art. 1, comma 796, lett. o), della legge n. 296/06.

È fatto obbligo altresì alle aziende sanitarie provinciali di procedere alla quantificazione dei crediti da recu rare e di darne contezza all'Assessorato regionale della salute mediante monitoraggi periodici.

Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Uffi-ciale della Regione siciliana e nel sito internet dell'Assessorato regionale della salute.

BORSELLINO

Palermo, 28 gennaio 2013.

(2013.5.264)102

DECRETO 29 gennaio 2013.

Ambiti territoriali carenti di pediatria di libera scelta.

IL DIRIGENTE

DEL SERVIZIO PERSONALE CONVENZIONATO S.S.R. DEL DIPARTIMENTO REGIONALE PER LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA

Visto lo Statuto della Regione

Vista la legge istitutiva del servizio sanitario nazionale n. 833 del 23 dicembre 1978;

Visto il D.L.vo n. 502/92, come modificato dal D.L.vo 517/93 ed ulteriormente modificato ed integrato dal D.L.vo n. 229/99;

Visto l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta del 29 luglio 2009 e smi;

Visto l'accordo regionale per la pediatria di libera scel-ta, sottoscritto dalla parte pubblica e dalla FIMP e rece-pito con D.A. n. 1209 del 29 giugno 2011; Considerata la necessità di consentire la piena attua-one del diritto all'assistenza pediatrica di libera scelta

Vista la norma transitoria n. 1 dell'AIR 29 giugno 2011 che ha previsto l'ingresso di carattere straordinario di 36 nuovi pediatri in convenzione, da inserire secondo due scaglioni temporali e progressivi di ingresso; Visto il D.A. n. 2568 del 9 dicembre 2011, pubblicato

dicembre 2011, con il quale sono stati pubblicati i primi carenti di pediatria:

33 ambiti carenti straordinari di cui al precitato accordo integrativo regionale;

Considerato che ai sensi della norma transitoria n. 1 dell'AIR 29 giugno 2011, al fine di garantire un reale ampliamento dell'offerta pediatrica nel territorio regionale e di non creare nuove zone in sofferenza assistenziale, limitatamente a tale ingresso di carattere straordinario laddove i nuovi inserimenti comportino uno o più trasferimenti, le zone di provenienza dei pediatri che si trasferiscono devono essere considerate carenti e bandite entro 30 giorni dalla data di trasferimento;

Visto il D.A. n. 1268 del 27 giugno 2012, pubblicate nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana n. 27 del 6 luglio 2012, con il quale sono state approvate le graduadefinitive di cui agli allegati A (trasferimenti regionatorie definitive di cui agii auegait à (trasterimenti regionali), B (trasferimenti interregionali), e C (incarichi per graduatoria regionale) dei medici aspiranti al conferimento dei primi 33 incarichi straordinari di pediatria di libera scelta di cui al D.A. n. 2568 del 9 dicembre 2011;

Considerato che ai sensi dell'art. 33, comma 6, dell'ACN del 29 luglio 2009 sono stati prioritariamente con-vocati i medici di cui agli allegati A e B del precitato provvedimento assessoriale ed attribuiti n. 16 incarichi a tempo indeterminato;

Viste le note con le quali le AA.SS.PP. interessate hanno comunicato di aver concluso l'iter procedurale rela-tivamente al conferimento di n. 15 incarichi:

Preso atto della comunicazione pervenuta da parte dell'A.S.P. di Palermo con nota prot. n. 1207 del 16 maggio 2012. relativamente alla rilevazione di una carenza ordinaria di pediatria di libera scelta accertata alla data dell'1 marzo 2012:

marzo 2012;
Ritenuto pertanto di dover procedere alla pubblicazione di n. 19 zone carenti , di cui n. "3" carenze straordinarie individuate dall'AIR del 29 giugno 2011, n. "15" zone
carenti individuate a seguito di trasferimento ai sensi della norma transitoria n. 1 del precitato accordo integrativo regionale e n. "1" carenza ordinaria rilevata ai sensi dell'art, 33 dell'A.C.N. del 29 luglio 2009;

Ritenuto di dover utilizzare, ai fini dell'attribuzione degli incarichi, la graduatoria regionale definitiva di pediatria di libera scelta valida per l'anno 2012 approvata con D.D.S. n. 734 del 20 aprile 2012, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana n. 20 parte I del 18 maggio 2012;

Ritenuto che le modalità di pubblicazione e assegnazione degli incarichi debbano avvenire nel rispetto dell'art. 33 dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei porti con i medici pediatri di libera scelta vigente;

Viste le indicazioni pervenute dalle AA.SS.PP. relativa-

nte alle sedi di ubicazione degli studi medici; Visto l'art. 15, comma 11, dell'A.C.N. 29 luglio 2009, ai sensi del quale i pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta possono con correre all'assegnazione degli ambiti vacanti solo per tra-

Visto il testo unico delle disposizioni legislative e rego-lamentari in materia di documentazione amministrativa, approvato con D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, come modi-ficato ed integrato dall'art. 15 della legge n. 183 del 2011; Ritenuto di dover provvedere alla pubblicazione di

19 zone carenti di pediatria di libera scelta;

Decreta:

Art. 1

Per le motivazioni espresse in premessa, con il preser nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana n. 52 del 16 te decreto si dispone la pubblicazione di n. 19 ambiti



DECRETO 11 aprile 2013.

Convalida del decreto assessoriale 26 ottobre 2012, n. 2286, concernente costituzione della Rete nefrologica regionale.

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Visto il D.P.Reg. 28 febbraio 1979, n. 70, recante "Approvazione del testo unico delle leggi sull'ordinamento del Governo e dell'Amministrazione della Regione siciliana";

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, "Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e successive modifiche ed integrazioni;

Vista la legge regionale 15 maggio 2000, n. 10 e successive modifiche ed integrazioni, norme sulla dirigenza e sui rapporti di impiego e di lavoro alle dipendenze della Regione siciliana. Conferimento di funzioni e compiti agli enti locali. Istituzione dello Sportello unico per le attività produttive. Disposizioni in materia di protezione civile. Norme in materia di ensionamento:

Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5 e successive modifiche ed integrazioni, "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale";

servizio sanitario regionale"; Visto il D.A. n. 2286 del 6 ottobre 2012, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana 30 novembre 2012 n. 51, con il quale è stata costituita la rete nefrologica regionale;

Visti i ricorsi al T.A.R. di Palermo n. 241/13 R.G. e. n. 242/13 R.G. e. rispettivamente proposti dal Centro medico nefrologico s.rl. e dall'Ambulatorio di nefrologia e dialisi M. Malpighi s.rl., nei quali il predetto decreto n. 2286/12 viene impugnato sotto il profilo dell'asserita incompetenza alla sua emanazione da parte dell'Assessore regionale per la salute pro-tempore, avendo gli al Presidente della Regione in data 31 luglio 2012 rassegnato le proprie dimissioni; Viste le ordinanze n. 1422/013 e. n. 1432/013, con le

Viste le ordinanze n. 142/2013 e n. 143/2013, con le quali il T.A.R. Palermo ha accolto le istanze cautelari proposte rispettivamente dal Centro medico nefrologico s.r.l. e da Ambulatorio di nefrologia e dialisi M. Malajghi s.r.l. ritenendo i ricorsi, ad una sommaria cognizione, assistiti da un adeguato fumus boni iuris avuto riguardo al dedoto profilo di incompetenza ed ha fissato le udienze per la trattazione del merito del ricorso per gennaio 2014; Viste le distrettuali n. 21564 e n. 21567 del 14 marzo

Viste le distrettutali n. 21564 e n. 21567 del 14 marzo 2013, con le quali l'Avocatura dello Stato di Palermo ha espresso l'avviso che l'atto di programmazione e di pianificazione di cui all'impugnato D.A. n. 2286/12 non possa ricondursi nell'alveo degli atti di ordinaria amministrazione, ossia al disbrigo degli affari correnti, a cui attende l'Assessore dopo le dimissioni del Presidente della Regione in regime di prorogatio;

Ritenuto che la censura di incompetenza di cui sopra appare di plausibile fondamento e che il suo accoglimento da parte del giudice amministrativo potrebbe comportare l'annullamento del citato D.A. n. 2286/12 del 26 ottobre 2012 e la caducazione di tutti gli atti successivi ad esso con-

Ritenuto che un esito siffatto sarebbe di enorme nocumento per il pubblico interesse;

Ritenuto che il suddetto D.A. n. 2286/12 appare esente da vizi diversi da quello - in ogni caso e con riferimento a qualsiasi atto suscettibile di convalida - di incompetenza dell'Assessore regionale per la salute;

Ritenuto che le censure diverse da quella di incompetenza sollevate nei citati ricorsi n. 241/2013 e n. 242/2013 R.G. sono da ritenere inammissibili ed infondate, come rilevato dal dirigente generale del dipartimento pianificazione strategica con note prot. n. 13798 e n. 13814 del 12 febbraio 2013 con le quali l'Amministrazione si è determinata a resistere in giudizio;

Considerato, altresì, che il citato profilo di incompetenza è stato dedotto anche nei ricorsi proposti, sia pure senza presentazione di istanza cautelare, da Omega centro dialisi s.r.l. ed altri (cont. n. 602/13) e da Acireale Dial Center ed altri (cont. n. 745/13);

Ritenuto che, anche per giurisprudenza della Cassazione (sentenza 20 settembre 2006 n. 2049), "la pretesa esistenza di altri vizi che inficiano l'atto non esclude la possibilità di una convalida dell'atto viziato di incompetenza, ma comporta soltanto che in questo caso non grava sul privato l'onere di proporre ricorso anche avverso l'atto sopravvenuto posto che questo, quanto al contenuto, è meramente riproduttivo del precedente (T.A.R. Piemonte 24 marzo 1997 n. 168)":

Ritenuto che si possa prescindere nel caso di specie dal rispetto dell'onere di comunicazione dell'inizio del procedimento di convalida, in considerazione del fatto che le parti interessate hanno già espresso, con i loro ricorsi giurisdizionali, tutte le loro censure di carattere sostanzia-le in ordine al procedimento "de quo", e che la sussistenza del vizio di incompetenza è dedotta proprio dalle parti ricorrenti nei summenzionati ricorsi:

Considerato che, nella fattispecie, il vizio da eliminare consiste in un caso di incompetenza, pacificamente suscettibile di convalida (T.A.R. Sicilia - Palermo, sez. II 27 marzo 2012 n. 626; nello stesso senso Corte Cass. 20 settembre 2006 n. 20409):

Considerato che l'atto di convalida produce effetti retroattivi e "non può non operare positivamente anche sugli atti connessi rispetto all'atto convalidato, i quali, in conseguenza del vizio di incompetenza, potevano risultare inficiati per illegittimità derivata" (Cons. Stato sez. IV 29 maggio 2009 n. 3371, sopra citato);

maggio 2009 n. 3371, sopra citato); Ritenuto, pertanto, di fare proprio e di convalidare il decreto 26 ottobre 2012, n. 2286 dell'Assessore regionale per la salute;

Decreta:

Articolo unico

Per quanto sopra premesso, di fare proprio e di convalidare, ai sensi e per gli effetti dell'art. 6 legge 18 marzo 1968 n. 249 e dell'art. 21 nonies della legge 7 agosto 1990 n. 241 e successive modifiche ed integrazioni, il provvedimento del 26 ottobre 2012, n. 2286 dell'Assessore regionale per la salute.

Il presente provvedimento sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana e nel sito istituzionale dell'Assessorato,

Palermo, 11 aprile 2013.

BORSELLINO

(2013.15.907)102

ASSESSORATO DEL TERRITORIO E DELL'AMBIENTE

DECRETO 25 marzo 2013.

Approvazione di variante al piano regolatore generale del comune di Ali Terme.

IL DIRIGENTE GENERALE DEL DIPARTIMENTO REGIONALE DELL'URBANISTICA

Visto lo Statuto della Regione;



D.A n.0925 /2013 Area Interdipartimentale 4





ASSESSORATO DELLA SALUTE Dipartimento per la Pianificazione Strategica

RIDETERMINAZIONE DELLE TARIFFE PER IL TRATTAMENTO DEI PAZIENTI AFFETTI DA UREMIA TERMINALE

L'ASSESSORE

Visto lo Statuto della Regione;

Visto il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e successive modifiche ed integrazioni

Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5, recante "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale";

Visto il decreto dell'Assessore regionale per la sanità del 21 luglio 2004 "Determinazione delle tariffe di rimborso per prestazioni di dialisi peritoneale a decorrere dal 01/01/2004", pubblicato sulla GURS n. 55 del 24/12/2004.

Visto il Decreto Assessoriale n. 1130 del 12 giugno 2009: "Interventi per la riorganizzazione, la riqualificazione ed il riequilibrio economico dell'assistenza sanitaria ai pazienti con uremia terminale", pubblicato GURS n. 33 del 17/7/2009;

Visto il Decreto Assessoriale n.1676 del 20 agosto 2009: "Interventi per la riorganizzazione, la riqualificazione ed il riequilibrio economico dell'assistenza sanitaria ai pazienti con uremia terminale", pubblicato sulla GURS n. 42 dell'11/9/2009, come modificato a seguito di ordinanze del TAR di Palermo, limitatamente all'art. 1, comma 1, del decreto del 17 dicembre 2009 "Modifica del decreto 20 agosto 2009, concernente interventi per la riorganizzazione, la riqualificazione e il riequilibrio economico all'assistenza sanitaria ai pazienti con uremia terminale", pubblicato sulla GURS n. 4 del 29/1/2010;

Visto il Decreto Assessoriale n. 835 del 12/5/2011 "Integrazione e modifica del decreto 20 agosto 2009, concernente Interventi per la riorganizzazione, la riqualificazione e il riequilibrio economico dell'assistenza sanitaria ai pazienti con uremia terminale", pubblicato sulla GURS n. 26 del 17/6/2011, la cui vigenza era fissata fino al 31/12/2012;

Visto il Decreto Assessoriale n. 170 del 28/01/2013, pubblicato sulla GURS n. 7 dell'8/2/2013, che ha ripristinato con effetto retroattivo, decorrenza 1/10/2007, le tariffe di cui al Decreto Assessoriale n. 1977 del 28/0/2007.

Visto, inoltre, il Decreto Assessoriale n. 181 del 28 gennaio 2013, pubblicato sulla GURS n. 8 del 15/2/2013, con il quale sono state confermate, nelle more della pubblicazione del Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e Finanze del 18 ottobre 2012 di

X





determinazione delle nuove tariffe massime di riferimento, le tariffe di cui al citato Decreto Assessoriale n. 835 del 12/5/2011:

Visto il Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell' Economia e Finanze del 18 ottobre 2012, pubblicato sulla GURI n. 23 del 28/01/2013 Supplemento Ordinario n. 8, con il quale vengono determinate la tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ed in particolare gli articoli 3 e 5;

Considerato che, per effetto del citato Decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e Finanze, del 18 ottobre 2012, ed in particolare degli articoli 3, 4 e 5, si rende necessario adottare il nuovo tariffario regionale per il trattamento dei pazienti affetti da uremia terminale, tenuto conto delle tariffe massime di riferimento determinate con il predetto Decreto Ministeriale

DECRETA

Art. 1

Per quanto in premessa, sono adottate con decorrenza 1º giugno 2013 le tariffe per la remunerazione delle prestazioni di dialisi di cui all'allegato 3 del Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell' Economia e Finanze del 18 ottobre 2012, pubblicato sulla GURI n. 23 del 28/01/2013 Supplemento Ordinario n. 8 citato in premessa, da applicarsi sia alle strutture pubbliche che private accreditato

Art. 2

- I valori tariffari di cui al precedente art. 1, che si intendono omnicomprensivi, per le diverse tipologie di trattamento individuate dai rispettivi codici sono i seguenti:
 - A. trattamenti standard eseguibili in tutte le strutture pubbliche e private accreditate, HD in acetato o bicarbonato standard con codice 39.95.1, tariffa pari ad euro 154,94;
 - B. trattamenti eseguibili in tutte le strutture pubbliche e private accreditate, HD in bicarbonato con membrane sintetiche a basso flusso e con coefficiente UF < 40 ml/hr*mm Hg, con codice 39.95.4, tariffa pari ad euro 165,27;
 - C. trattamenti eseguibili in tutte le strutture pubbliche e private accreditate, HD in bicarbonato con membrane biccompatibili ad alto flusso con coefficiente UF > 40 ml/h*mmHg_con un tetto massimo per le strutture private accreditate del 20%, con codice 39.95.5 tariffa pari ad euro 232,41;
 - D. trattamenti convettivi e/o diffusivo-convettivi con membrane sintetiche ad alta permeabilità e molto biocompatibili (emofilirazione ed emodiafilirazione), eseguibili in tutte le strutture pubbliche e private accreditate con un tetto massimo per le strutture private accreditate del 20% con codice 39.95.7, tariffa pari ad euro 258,23. Tali trattamenti sono identificabili come segue:
 - a. emodiafiltrazione on line o con sacche con frazione di filtrazione pari ad almeno il 25% in post diluizione;
 - b. emodiafiltrazione on line o con sacche con frazione di filtrazione pari ad almeno il 50% in pre- diluizione,
 - c. emodiafiltraizone on line o con sacche con diluizione mista (pre e post- insieme);
 - d. acetate-free biofiltration standard e/o con profilo di potassio;
 - e. HFR;
 - f. emofiltrazione on line o con sacche con frazione di filtrazione pari al 100%,
- I trattamenti di cui alle lettere A. e B. del punto 1 del presente articolo richiedono un profilo di sicurezza del sistema di trattamento delle acque che assicuri livelli di conta batterica, controllati con cadenza trimestrale, inferiori a 100 CFU/ml e di endotossima < a 0,50 EU/ml;





3. I trattamenti di cui alle lettere C. e D. del punto 1 del presente articolo richiedono un profilo di sicurezza del sistema di trattamento delle acque che assicuri livelli di conta batterica, controllati con cadenza trimestrale, inferiori a 0,1 CFU/ml e di endotossina < a 0,03 EU/ml;

Art 3

- 1. Le prestazioni di cui alle lettere C. e D. del punto 1 dell'art. 2 eccedenti le soglie del 20%, calcolate sul numero complessivo annuale di dialisi erogate, saranno remunerate con la tariffa di cui alla lettera B. del punto 1 del medesimo articolo.
- 2. Non concorrono alla formazione del tetto le prestazioni erogate sulla base dei relativi piani terapeutici a cittadini non residenti e dimoranti temporaneamente in Sicilia.

Art. 4

- 1. Il tetto del 20% di cui alle lettere C. e D. del punto 1 dell'art. 2 é elevato al 23% per i centri che soddisfano i criteri del sistema di valutazione della qualità definito in base ai seguenti parametri:
 - -Kt/v mensile medio,
 - -livelli di Hb mensili medi
 - -livelli di fosforemia mensili medi
 - -valori di pressione arteriosa predialitica del periodo interdialitico lungo
- 2. Saranno considerati entro i parametri di sufficienza del sistema di valutazione della qualità i centri che con riferimento ai dati relativi a tali parametri, per come rilevati dal Registro regionale di Nefrologia Dialisi e Trapianto, dimostrino di avere:
 - almeno l'80 % dei pazienti in trattamento con un Kt/v non inferiore a 1.2
 - almeno l'80 % dei pazienti in trattamento con valori di Hb medi mensili compresi tra 9 e 11 gr/dl (valori medi mensili superiori a 11 sono accettabili in assenza di somministrazione di ESA).
 - almeno il 60 % dei pazienti in trattamento con valori mensili medi di fosforemia inferiori a 4,5
 - almeno il 70 % dei pazienti in trattamento con valori medi mensili di PA predialitica inferiori a 140/90 mmHg per i pazienti con età minore di 65 anni e inferiori a 160/90 mmHg per i pazienti con età superiore ai 65 anni.
- 3. Ai fini di un periodico aggiornamento dei parametri di valutazione e delle modalità di applicazione e verifica del sistema della qualità è istituita una Commissione regionale paritetica presieduta dal Dirigente Generale del Dipartimento Pianificazione Strategica dell'Assessorato o da suo delegato e composta da:
 - Responsabile del Registro regionale di Nefrologia dialisi e trapianto
 - 2 Rappresentanti dei direttori dei Centri di dialisi privati accreditati
 - 2 Rappresentanti dei Direttori delle UOC di Nefrologia e dialisi delle Aziende sanitarie
 - 1 esperto Nazionale di dialisi.
- 4. Ai fini dell'applicazione del punto 1. del presente articolo le Aziende Sanitarie Provinciali dovranno fare riferimento ai dati trasmessi dal Responsabile del Registro Regionale di Nefrologia dialisi e trapianto ed alla previa approvazione della Commissione regionale paritetica di cui al punto 3 del presente articolo.

Art. 5

I valori tariffari di cui all'articolo 2 sono da intendersi omnicomprensivi di tutte le componenti necessarie per la seduta dialitica incluse le indagini di laboratorio di cui all'art.2 sub C del DA 9 agosto 2004 pubblicato sulla GURS nº 35 del 20 agosto 2004 e la stesura del piano di trattamento già prevista come prestazione aggiuntiva all'art 3 del decreto 12/05/2011.





Art. 6

Le tariffe per la dialisi peritoneale sono rideterminate in euro 54.74 per il codice 54.98.1 (dialisi peritoneale automatizzata – CCPD) ed euro 46.48 per il codice 54.98.2 (dialisi peritoneale continua – CAPD); anche tali tariffe sono da intendere omnicomprensive.

Art. 7

- 1. L'ammissione alla fruizione del trattamento sostitutivo della funzione renale presso i centri di dialisi privati accreditati, come già stabilito dall'articolo 1 del D.A. n. 835 del 12/05/2011, deve essere preventivamente autorizzata dall'Azienda Sanitaria Provinciale di appartenenza del paziente, sulla base di una certificazione rilasciata da un reparto di nefrologia ospedaliera o da un medico specialista nefrologo da essa dipendente o convenzionato, che attesti l'insufficienza renale cronica terminale e la necessità del trattamento sostitutivo. Tale certificazione dovrà essere trasmessa alla ASP di appartenenza del paziente e al Registro Regionale di Nefrologia dialisi e Trapianto, insieme con il modulo di consenso informato firmato dal paziente di cui al comma 2 del citato art. 1 del DA n.1676 del 20 agosto 2009, dal responsabile del Centro presso il quale il paziente inizia il trattamento emodialitico. Qualora l'avvio al trattamento sia avvenuto in ambiente ospedaliero e il paziente prossegue il trattamento presso un centro privato accreditato, il responsabile di tale centro è tenuto a chiedere e a verificare che l'autorizzazione al trattamento e la firma del modulo di consenso informato siano stati trasmessi al Registro Regionale di Nefrologia Dialisi e Trapianto.
 - Il Responsabile del Registro regionale di nefrologia dialisi e trapianto provvederà a far apportare al software del Registro le modifiche necessarie per consentire la consultazione on line all'atto della registrazione di un nuovo paziente dell'avvenuta trasmissione dell'autorizzazione al trattamento e del modulo di consenso informato.
- 2. In casi particolari di urgenza in cui il paziente accede direttamente al centro di dialisi privato accreditato per l'inizio del trattamento dialitico, al fine di garantire la continuità assistenziale, tale certificazione dovrà essere acquisita entro 15 giorni dall'inizio del trattamento stesso e trasmessa in copia all'Azienda Sanitaria Provinciale di appartenenza del paziente ed al Registro Regionale di Nefrologia dialisi e Trapianto, unitamente al modulo di consenso informato per l'inizio del trattamento dialitico.

Art. 8

Le disposizioni contenute nel presente decreto e le relative tariffe entrano in vigore a decorrere dal 1º giugno 2013 e saranno valide fino al 31 dicembre 2014.

Art.9

Il presente decreto sarà trasmesso alla Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana per la relativa pubblicazione e pubblicato sul sito internet dell'Assessorato Regionale della Salute.

1 4 MAG. 2013

Il Dirigente dell'Are Interdipartimentale 4 (Dr. Sergio Buffa)

Il Dirigente Generale

L' ASSESSORE (D.ssa Lucia Borsellino

Normativa



Art. 4

In caso di comunicazione positiva, ai sensi dell'art. 87 del decreto legislativo 6 novembre 2011 n. 159, sul sig. Trecarichi Claudio, da parte della Prefettura di Messina si provvederà alla revoca del presente provvedimento.

Art. 5

L'U.O. n. 52 Ripartizione faunistico-venatoria di Messina è incaricata dell'esecuzione del presente decreto, copia del quale, unitamente ai relativi atti, sarà depositata presso il predetto ufficio a disposizione degli interessati.

Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana

Palermo, 24 settembre 2013.

GUFO

(2013.39.2306)021

ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO 10 settembre 2013.

Istituzione del tavolo regionale per la nefrologia, dialisi e trapianto di ren

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Region

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. e successive modificazioni ed integrazioni sul riordino della disciplina in materia sanitaria;

Visto il D.P.R. 14 gennaio 1997, "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni ed alle provin-ce autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private

Visto il D.P.C.M. 29 novembre 2011, "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" che indica la necessità di individuare percorsi diagnostico-terapeutici sia per il

livello di cura ospedaliera, sia per quello ambulatoriale; Visto in particolare l'allegato n. 1 del predetto D.P.C.M., che classifica i livelli di assistenza e le prestazioni di assistenza sanitaria garantita dal servizio sanitario nazionale riconducibili ai LEA, il quale include, tra le particolari categorie dei cittadini aventi diritto ad un'assisten-

za specifica, i nefropatici cronici in trattamento dialitico; Visti gli accordi tra il Governo, le Regioni e le provine di Trento e Bolzano n. 1388 del 14 febbraio 2002 e n. 1942 del 29 aprile 2004 sui requisiti delle strutture idonee ad effettuare trapianti di organi e di tessuti e sugli standard minimi di attività di cui all'art. 16, comma 1, della legge 1 aprile 1999, n. 91;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 7 apri-2006, "Approvazione del Piano sanitario nazionale le 2006. 2006-2008", che individua gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti sociali e civili in ambito sanitario; Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5, recante

"Norme per il riordino del servizio sanitario regionale"

Visto il decreto assessoriale n. 3423 del 19 dicembre 2008, istitutivo del registro siciliano di nefrologia, dialisi e trapianto:

Visto il Patto per la salute 2010-2012, giusta intesa della conferenza Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, finalizzato a migliorare la qualità di servizi, a promuovere vari soggetti interessati, l'adozione di provvedimenti che

l'appropriatezza delle prestazioni, che prevede, tra l'altro la riorganizzazione delle reti regionali di assstenza ospe daliera:

Visto il decreto assessoriale n. 1130 del 12 giugno 2009, "Interventi per la riorganizzazione, la riqualificazione ed il riequilibrio economico dell'assistenza sanitaria ai pazienti con uremia terminale", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana n. 33 del 17 luglio 2009;

Visto il decreto assessoriale n. 1676 del 20 agosto 2009, "Interventi per la riorganizzazione, la riqualificazione ed il riequilirio economico dell'assistenza sanitaria ai pazienti con uremia terminale", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana n. 42 dell'11 settembre 2009, come modificato a seguito di ordinanze del TAR di Palermo, limitatamente all'art. 1, comma 1, del decreto del 17 dicembre 2009 "Modifica del decreto 20 agosto 2009, concernente interventi per la riorganizzazione, la riquali-ficazione e il riequilibrio economico all'assistenza sanitaria ai pazienti con uremia terminale", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana n. 4 del 29 gennaio 2010:

Visto il decreto assessoriale n. 1505 del 25 luglio 2012, con il quale viene istituita la rete regionale per il trapianto di rene

Visto il decreto assessoriale n. 2286 del 26 ottobre 2012, che istituisce la rete nefrologica regionale;

Visto il decreto assessoriale n. 835 del 12 maggio 2011, "Integrazione e modifica del decreto 20 agosto 2009, concernente interventi per la riorganizzazione, la riqualificazione e il riequilibrio economico dell'assistenza sanitaria ai pazienti con uremia terminale", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana n. 26 del 17 giugno 2011:

Visto il decreto assessoriale n. 925 del 14 maggio 2013 "Rideterminazione delle tariffe per il trattamento dei pazienti affetti da uremia terminale", il quale all'art. 4 dispone che, ai fini di un periodico aggiornamento dei parametri di valutazione e delle modalità di applicazione e verifica del sistema della qualità in dialisi, venga istituita una commissione regionale paritetica presieduta dal dirigente generale del dipartimento pianificazione strategica dell'Assessorato o da suo delegato e composta dal responsabile del registro regionale di nefrologia, dialisi e trapianto, da rappresentanti dei centri di dialisi privati accreditati, da rappresentanti dei direttori delle UOC di nefrologia e dialisi delle Aziende sanitarie regionali e da un esperto nazionale:

Vista la nota del 22 maggio 2013 del direttore genera della programmazione sanitaria del Ministero della salute, con la quale si chiedono integrazioni e chiarimenti in merito al decreto assessoriale n. 1505/2012 istitutivo della rete per il trapianto di rene;

Considerato che sono pervenute dai rappresentanti di Associazione dialisi Sicilia, di Associazione dialisi privata - ADIP e di Associazione siciliana centri emodialisi creditati - ASCEA, nonché da singoli responsabili di centri di dialisi e di strutture nefrologiche ospedaliere, richieste di chiarimenti, modifiche e integrazioni dei provvedimenti su richiamati concernenti la programmazione, l'organizzazione, le modalità di erogazione e di remunerazione delle prestazioni a favore dei pazienti affetti da nefropatie acute e croniche, nonché dei soggetti candidati e/o sottoposti a trapianto di rene;

Ritenuto necessario ricomprendere all'interno di una logica di programmazione unitaria e di condivisione con i



Normativa

contribuiscano a migliorare l'offerta dell'assistenza sanitaria ai pazienti nefropatici, a garantire uniformità dei servizi nel territorio e univoca interpretazione della normativa vigente:

Ritenuto, pertanto, di dovere procedere alla costituzione di un gruppo di lavoro incaricato di assicurare il periodico aggiornamento dei parametri di valutazione e delle modalità di applicazione e verifica del sistema della qualità in dialisi, per come previsto all'art. 7 del decreto assessoriale n. 925 del 14 maggio 2013, nonché di formulare proposte e di elaborare documenti di indirizzo programmatico utili a integrare i provvedimenti già adottati e formulare proposte migliorative della organizzazione della rete regionale di assistenza dei pazienti nefropatici;

Valutato che le aree tematiche di competenza del gruppo di lavoro possono essere individuate come segue:

- · revisione e adeguamento della rete regionale di nefrologia e dialisi:
- · revisione e adeguamento della rete regionale per il trapianto di rene;
- · elaborazione di progetti innovativi per l'integrazione pubblico-privato:
- periodico aggiornamento dei parametri di valutazione e delle modalità di applicazione e verifica del sistema della qualità in dialisi;
- · elaborazione di percorsi diagnostico-terapeutici all'interno dei quali è previsto l'utilizzo dell'eritropoietina e di altri farmaci;

Considerato che possono essere individuati quali soggetti idonei a costituire il gruppo di lavoro le seguenti figure: rappresentanti dei medici di medicina generale, rappresentanti delle U.O. ospedaliere di nefrologia, rappresentanti dei centri di trapianto di rene, rappresentanti delle direzioni sanitarie delle ASP, rappresentanti delle associazioni di categoria (centri di dialisi accreditati) e della società scientifica della disciplina, nonché funzionari del dipartimento di programmazione strategica dell'Assessorato e il responsabile del registro regionale di nefrologia, dialisi e trapianto;

Vista l'e-mail del 14 agosto 2013, acquisita al protocol-lo dell'Assessorato in data 16 agosto 2013 al n. 65350, con la quale la Federazione italiana dei medici di medicina generale (FIMMG) ha indicato nella persona del dott. Salvatore Campo il proprio rappresentante quale componente del tavolo:

Vista l'e-mail del 28 agosto 2013, acquisita al protocollo dell'Assessorato in data 6 settembre 2013 al n. 68811, con la quale l'Associazione dialisi Sicilia ha indicato nella persona del dott. Giuseppe Verde il proprio rappresentan-te quale componente del tavolo;

Vista la nota acquisita al protocollo dell'Assessorato in data 6 settembre 2013 al n. 68813, con la quale l'Associazione siciliana centri emodialisi accreditati (ASCEA) ha indicato nella persona del dott, Guglielmo Susini il proprio rappresentante quale componente del tavolo;

Vista l'e-mail acquisita al protocollo dell'Assessorato data 6 settembre 2013 al n. 68818, con la quale l'Associazione dialisi privata (A.Di.P.) ha indicato nella persona del dott. Aurelio Trupia il proprio rappresentante quale componente del tavolo

Art. 1

È istituito il tavolo regionale per la nefrologia, dialisi e trapianto di rene con il compito di esprimere pareri e l'ospedale Vittorio Emanuele II di Gela (CL);

formulare proposte utili all'aggiornamento degli atti di indirizzo e di programmazione regionale per l'assistenza ai pazienti nefropatici in tema di:

- revisione e adeguamento della rete regionale di nefrologia e dialisi;
- · revisione e adeguamento della rete regionale per il trapianto di rene;
- · elaborazione di progetti innovativi per l'integrazione pubblico-privato nel settore della dialisi e per l'incre-mento della dialisi domiciliare;
- · periodico aggiornamento dei parametri di valutazione e delle modalità di applicazione e verifica del sistema della qualità in dialisi:
- · elaborazione di percorsi diagnostico-terapeutici all'interno dei quali è previsto l'utilizzo dell'eritropoietina e di altri farmaci.

Art. 2

Il tavolo è presieduto dal dirigente generale del dipar-timento pianificazione strategica dell'Assessorato della salute o da suo delegato ed è così composto:

- dott.ssa Rosalia Murè, dirigente dell'Assessorato regionale della salute con delega a presiedere il tavolo in assenza e/o impedimento del direttore generale, nella qualità di responsabile del servizio 4 - Programmazione ospe daliera del dipartimento regionale per la pianificazione strategica;
- dott.ssa Maria Grazia Furnari, dell'Assessorato regionale della salute, nella qualità di responsabile dell'area interdipartimentale 2 ufficio del piano di rientro ex art. 1, comma 180, legge 30 dicembre 2004, n. 311 del dipartimento regionale per la pianificazione strategica;
- La Claudia - dott.ssa Cavera. dirigente dell'Assessorato regionale della salute, nella qualità di responsabile dell'Unità operativa di base 7.2 assistenza farmaceutica del dipartimento regionale per la pianificazione strategica;
- dott. Sergio Buffa, dirigente dell'Assessorato regionale della salute, nella qualità di responsabile dell'area interdipartimentale 4, sistemi informativi - statistiche monitoraggi del dipartimento regionale per la pianificazione strategica
- dott.ssa Luisa Maria Amico, dirigente medico dell'Unità operativa di nefrologia e dialisi dell'Azienda ospedaliera Ospedali riuniti Villa Sofia-Cervello;
- dott. Antonio Granata, U.O. nefrologia e dialisi Ospedale San Giovanni di Dio di Agrigento;
- dott. Giuseppe Noto, direttore sanitario ASP
- dott. Vito Sparacino, direttore CRT Sicilia responsabile del registro regionale di nefrologia, dialisi e trapian-
 - dott. Giovanni Giorgio Battaglia, nefrologo ospedaliero ASP di Catania:
 - dott. Tullio Bertani, direttore nefrologia IS.ME.T.T.; dott. Salvatore Campo per la FIMMG;
 - dott.ssa Flavia Caputo, nefrologo ospedaliero direttore centro trapianti di rene ARNAS Civico di Palermo
 - prof. Biagio Ricciardi, nefrologo ospedaliero, diret-tore della U.O. di nefrologia dell'ospedale di Milazzo (ME), in qualità di rappresentante della sezione siciliana della SIN;
 - dott. Epifanio Di Natale, primario di nefrologia del-

- - dott. Guglielmo Susini per l'ASCEA
- dott. Aurelio Trupia per l'ADIP;
 dott. Giuseppe Verde per l'associazione dialisi
 Sicilia.

Art. 3

Nessun compenso è dovuto ai componenti sopra indicati per la partecipazione alle attività del tavolo ad eccezione del rimborsi per le spese sostenute per le trasferte necessarie alla partecipazione ai lavori, che rimangono a carico dei rispettivi enti di appartenenza.

Il presente decreto sarà pubblicato nel sito internet dell'Assessorato regionale della salute e trasmesso alla Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana per la sua pubblicazione.

Palermo, 10 settembre 2013.

BORSELLINO

(2013.38.2208)102

DECRETO 23 settembre 2013.

Cure domiciliari nei pazienti affetti da insufficienza renale terminale - proroga del decreto assessoriale 12 maggio 2011, n. 834.

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Visto il D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei little issenziali di assistenza" con particolare riferimento all'allegato n. I, che classifica i livelli di assistenza e le prestazioni di assistenza sanitaria garantita dal servizio sanitario nazionale riconducibili ai LEA, il quale include, tra le particolari categorie dei cittadini aventi diritto ad un'assistenza specifica, i nefropatici cronici in trattamento dialitico:

Vista la legge regionale 1 agosto 1977, n. 84 che istituisce l'emodialisi domiciliare;

Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5, recante "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale" in particolare, l'art. 2, comma 4, lett. a), della predetta legge regionale n. 5/2009, che dispone: "Il servizio sanitario regionale, in funzione di rigorosi ed accertati criteri e fabbisogni epidemiologici, promuove azioni volte a realizzare:

a) una qualificata integrazione dei servizi sanitari esocio-sanitari anche attraverso il necessario trasferimento dell'offerta sanitaria dall'ospedale al territorio, nonché un compiuto coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e l'ottimale distribuzione sul territorio dei medici specialisti, favorendo l'instaurarsi di relazioni funzionali fira operatori ospedalieri e territoriali al fine di ottimizzare il sistema della continuità assistenzale nei processi di prevenzione, cura e riabilitazione";

Visto il decreto assessoriale n. 1130 del 20 agosto 2009: "Interventi per la riorganizzazione, la riqualificazione di li riequilibrio economico dell'assistenza sanitaria il pazienti con uremia terminale" dove si ritiene di "...dover fornire indicazioni in ordine ... alla promozione e allo sviluppo dei programmi di dialisi domiciliare ...":

Vista l'esperienza maturata in altre regioni italiane in merito alla deospedalizzazione del paziente uremico cornico e conseguente incremento dei trattamenti domiciliari ed in particolare quanto già disposto in materia dalla

Regione Piemonte, in considerazione anche che un incentivo economico "sperimentale" potrebbe rivelarsi un importante contributo al rilancio del trattamento dialitico domiciliare;

Visto il D.A. n. 834/11 del 12 maggio 2011 che ha istituito, in via sperimentale e per la durata di due anni, un contributo economico di sostegno alla dialisi domiciliare:

Visto l'art. 5 del citato D.A. n. 834/11 del 12 maggio 2011 che ha previsto una verifica dell'efficacia della sperimentazione ai fini dell'eventuale mantenimento a regime di tale forma assistenziale e del contributo connesso:

Considerato che i costi dei trattamenti emodialitici ospedalieri sono superiori a quelli della dialisi e dell'emodialisi domiciliare, per la maggiore incidenza dei costi di organizzazione e gestione ospedaliera ai quali si aggiungono i costi relativi al trasporto del paziente;

Vista, in particolare, la relazione del direttore del Centro regionale per i trapianti della Sicilia da cui si evince che il sistema sperimentale previsto dal D.A. n. 834/11 del 12 maggio 2011, qualora reiterato, implicherebbe per le aziende sanitarie provinciali della Regione un risparmio di costi pari stimato in € 1.074.272,00;

Ritenuta l'opportunità di proseguire per un altro biennio i provvedimenti e le azioni previsti dal D.A. n. 834/11 del 12 maggio 2011 poiché contribuiscono alla diversificazione dell'offerta dell'assistenza sanitaria ai pazienti con uremia terminale, riorganizzano il sistema in modo da garantire il trattamento più adeguato ed appropriato coniugando l'esigenza tuttavia di deospedalizzare il malato (costi, aspetti psicologici, riabilitativi);

Decreta:

Art. 1

Per quanto esposto in premessa, le disposizioni di cui al D.A. n. 834/11 del 12 maggio 2011 sono prorogate per la durata di ulteriori due anni.

Art. 2

Il presente provvedimento sarà oggetto di valutazione, al fine di verificare l'efficacia delle azioni messe in atto, la cui validità costituisce condizione per il mantenimento a regime di tale forma assistenziale e del contributo connesso.

Palermo, 23 settembre 2013.

BORSELLINO

(2013.39.2296)102

DECRETO 24 settembre 2013

Autorizzazione all'I.S.A. Istituti scolastici associati collegati con la Minerva piccola società cooperativa, con sede in Palermo, per l'istituzione di un corso biennale di formazione professionale per ottici per gli anni 2013-2015.

IL DIRIGENTE GENERALE DEL DIPARTIMENTO REGIONALE PER LE ATTIVITÀ SANITARIE E OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO

Visto lo Statuto della Regione;

Visto il D.M. 28 ottobre 1992, artt. 1 e 2, del Ministero della sanità;

Visto il D.A. interassessoriale n. 22672 del 19 luglio 1997;





(44)

31-10-2013 - GAZZETTA UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA - PARTE I n. 49

ASP RG (DPM e SIAN)	Settore fitofarmaci	Entro il 30 dicembre 2013	Dott.re Enzo Marcone (Lead) - A.S.P. di CT Dott.ssa Giuseppina Villini- A.S.P. di PA (in addestramento)
ASP TP (DPM e SIAN)	Settore ristorazione collettiva	Entro il 30 dicembre 2013	Dott.re Antonio Bonura (Lead) - A.S.P. di CL Dott.re Ignazio Faraone - A.S.P. di PA (in addestramento) Dott.re Giancarlo Chiara - A.S.P. di SR (in addestramento)
ASP TP (DPV e SIAOA)	Settore MBV	Entro il 30 dicembre 2013	Dott.re Agelo Ferlisi (Lead) A.S.P. di CL Dott.re Stefano Ilardo - A.S.P. di SR Dott.re Simone Platania - A.S.P. di CT (in addestramento)
Totale	5 audit di settore		

(2013.41.2443)102

DECRETO 14 ottobre 2013.

Disposizioni relative alle prestazioni di dialisi rientranti nalia branca di nefrologia erogate in favore dei cittadini di altre regioni (mobilità attiva extra-regionale), ai sensi dell'articolo 25 della legge regionale 14 aprile 2009, n. 5.

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Visti gli articoli 8 quinquies e sexies del decreto legislativo n. 502/92 e s.m.i. di riordino della disciplina in materia sanitaria, emanato a norma dell'art. 2 della legge delega n. 421/92;

Visto l'art. 1, comma 796, lett. 0), della stessa legge 27 dicembre 2006, n. 296 riguardante l'applicazione degli sconti tariffari sulle fatturazioni delle strutture private accreditate che erogano assistenza specialistica;

Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5 di riordino del sistema sanitario siciliano ed in particolare l'art. 25 "erogazione di attività da parte di strutture private";

Visto il decreto assessoriale n. 1174 del 30 maggio 2008 e s.m.i. recante disposizioni sui "Flussi Informativi". Visto il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012, giusta Intesa della conferenza Stato-Regioni rep. n. 243/CSR del 3 dicembre 2009;

Visto il decreto assessoriale 30 dicembre 2010, con il quale è stato approvato il "Programma operativo 2010- 2012 per la prosecuzione del piano di riqualificazione del sistema sanitario regionale 2007-2009 ai sensi dell'art. 11 del D.L. 31 maggio 2010, n. 78 convertito dalla legge 30 luglio 2010, n. 122";
Ritenuto che le determinazioni assunte con il D.A.

Ritenuto che le determinazioni assunte con il D.A. n. 829 del 9 maggio 2012 in ordine agli esiti del confronto con le associazioni di categoria effettuato, ai sensi dell'art. 25, comma 4, della legge regionale n. 5/2009, si intendono mantenuti anche per il 2013;

Considerato che i tetti di spesa e l'individuazione di aggregati di risorse del fondo sanitario regionale da dedicare ad ogni singolo comparto si configurano quali strumenti indispensabili per garantire il rispetto dei LEA nell'ambito delle risorse disponibili, mantenendo l'equilibrio finanziario del sistema sanitario regionale, in attuazione del fondamentale principio della programmazione finalizzata alla razionalizzazione della spesa pubblica;

Visto l'art. 4 del D.A. n. 1658 del 6 settembre 2013, con il quale sono stati determinati gli aggregati provinciali e regionali distinti per branca per l'attività specialistica ambulatoriale da privato per l'anno 2013 ivi compresa la branca di "Nefrologia";

Considerato che il presente decreto disciplina ad integrazione del D.A. n. 1658/2013 le prestazioni per il trattamento dei pazienti affetti da uremia terminale reso a soggetti non residenti in Sicilia; Visto il D.A. n. 835/11 del 12 maggio 2011 di determi-

Visto il D.A. n. 835/11 del 12 maggio 2011 di determinazione delle tariffe di dialisi in vigore fino al 31 maggio 2013:

Visto il successivo D.A. n. 925 del 14 maggio 2013 con il quale sono state adottate a far data dall'1 giugno 2013 le tariffe di cui al D.M. 18 ottobre 2012 per il trattamento dei pazienti affetti da uremia terminale;

Ritenuto di escludere, nella determinazione del fabbisogno della popolazione siciliana, le prestazioni crogate in favore dei cittadini di altre regioni (mobilità attiva extraregionale) che, per effetto di quanto disposto dall'articolo 25 della legge regionale n. 572099, comma 1, lett. f. come modificato dal comma 7 dell'art. 71 della legge regionale 15 maggio 2013, n. 9, le stesse verranno considerate al di fuori del budget assegnati alle singole strutture. Le prestazioni erogate sulla base dei relativi piani terapeutici a cittadini non residenti e dimoranti temporaneamente in Sicilia non concorrono alla formazione del tetto di cui al comma 1 dell'articolo 3 del D.A. n. 925/2013. Le A.S.P. richiederanno alle strutture specialistiche separate fasture comprovanti le prestazioni erogate in favore dei cittadini di altre regioni. La mancata evidenza separata della contabilizzazione comporterà automaticamente il mancato

riconoscimento delle prestazioni;
Ritenuto che le prestazioni di dialisi rientranti nella branca di nefrologia, erogate in favore dei cittadini di altre regioni, cosiddetta "mobilità attiva extra-regionale" - che, con eccezione di quanto avviene nella provincia di Messina, il fenomeno si manifesta principalmente nel periodo estivo per la presenza di turisti soggiornanti nelle province siciliane - saranno valorizzate secondo le tariffe regionali nei diversi periodi vigenti, per effetto di quanto disposto dall'articolo 25 della legge regionale n. 5/2009, comma 1, lett. f) e s.m.i., nella misura del 5956, misura ritenuta ade-



31-10-2013 - GAZZETTA UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA - PARTE I n. 49

guata alla tipologia delle prestazioni e del breve periodo in cui le stesse vengono erogate;

cui e stesse vengono erogate; Ritenuto, altresi, che per l'anno 2013 le A.S.P. adegueranno lo schema di contratto tipo allegato al D.A. n. 1658/2013 per i centri di dialisi privati accreditati operanti nel territorio regionale, alle disposizioni contenute nel presente decreto e limitatamente alle prestazioni erogate per mobilità attiva;

Decreta

Art. 1

Per quanto in premessa indicato, che si intende interamente riportato, le prestazioni di dialisi rientranti nella branca di nefrologia, erogate in favore dei cittadini di altre regioni, cosiddetta "mobilità attiva extra-regionale", saranno remunerate secondo le tarfife regionali e idiversi perio di vigenti, per effetto di quanto disposto dall'articolo 25 della legge regionale n. 5/2009, comma, lett. D e s.m.i., nella misura del 95% e non concorrono alla formazione del tetto di cui al comma I dell'articolo 3 del D.A. n. 925/2013.

Art. 2

Le aziende sanitarie provinciali per la disciplina dei rapporti contrattuali con i centri di dialisi privati accreditati adeguerano per l'anno 2013 lo schema di contratto tipo allegato al D.A. n. 1658 del 6 settembre 2013 e avranno, altresì, l'onere di monitorare costantemente l'andamento dei flussi in relazione ai budget assegnati.

Art 3

I direttori generali delle aziende sanitarie provinciali domanno espletare le attività negoziali con i soggetti erogatori, o con le O.O.S. da essi delegate, entro 20 giorni dalla notifica del presente decreto, nel rispetto degli obiettivi assegnati e inviando all'Assessorato, nei successi vi 15 giorni, i contratti sottoscritti con gli stessi erogatori, autenticati ai sensi di legge, in formato sia cartaceo che informatico.

Art.

Il presente decreto sarà notificato alle aziende sanitarie provinciali e, da queste, a tutti i centri privati accreditati di nefrologia.

Il presente decreto sarà trasmesso alla Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana per la relativa pubblicazione.

BORS

(2013.42.2472)102

ASSESSORATO DEL TERRITORIO E DELL'AMBIENTE

DECRETO 30 settembre 2013.

Concessione di deroga a quanto previsto dalla lettera b) dell'art. 16 della legge regionale n. 78/76, relativamente al di ampliamento di una struttura alberghiera sita nel comune di Giardini Naxos.

IL DIRIGENTE GENERALE

DEL DIPARTIMENTO REGIONALE DELL'URBANISTICA

Visto lo Statuto della Regione;

Palermo. 14 ottobre 2013.

Vista la legge 17 agosto 1942, n. 1150 e successive modifiche ed integrazioni;

Vista la legge regionale 27 dicembre 1978, n. 71, ed in particolare, l'art. 57, come sostituito dal comma 11 dell'art. 89 della legge regionale n. 6/01;

Visto l'art. 16 della legge regionale n. 76/78, così come modificato dal comma 10 dell'art. 89 della legge regionale n. 6/01:

Vista la legge regionale 30 aprile 1991, n. 15, ed in particolare l'art. 2:

Visto l'art. 68 della legge regionale 27 aprile 1999,

Visti i commi n. 1 e n. 2 dell'art. 59 della legge regionale n. 6 del 14 maggio 2009, recante "Disposizioni in materia di valutazione ambientale strategica", nonché la deliberazione n. 200 del 10 giugno 2009 con la quale la Giunta regionale ha approvato il "modello metodologico" di cui al comma 1 della medesima norma;

Visto il Soglio pot. n. 16342 del 30 luglio 2010, pervenuto il 3 agosto 2010 ed assunto al protocolò di questo Assessorato in pari data al n. 49313, con il quale il comune di Giardini Nacos ha trasmesso gli atti relativi alla richiesta di deroga di cui all'art. 16 della legge regionale n. 78/76 relativamente alla fattispecie di cui al comma 1, lettera b), dell'art. 15 della stessa legge regionale n. 78/76 e successive modifiche ed integrazioni per l'ampliamento mediante sopraelevazione della struttura ricettiva denominata "Hotel Villa Daphne", sita in Giardini Naxos, viale Dionislo; Vista la delibera commissaraile del comune di Giar-

Villa Daphner, sita in Giardini Naxos, viale Dionisio:
Vista la delibera commissariale del comune di Giardini Naxos n. 25 del 30 aprile 2010, avente ad oggetto:
"Autorizzazione alla società Recanati Resort s.r.l. a richie-dere all'A.R.T.A. di Palermo, la deroga a quanto previsto dal comma 1 dell'art. 16 della legge regionale n. 7876 degli indici di densità fissati dal comma 1, lettera b), della legge regionale n. 7876, relativa all'amplimento in sopraelevazione della struttura alberghiera denominata "Hotel Villa Daphner" sita in Giardini Naxos, viale Dionisio s.n. unitamente alla proposta di deliberazione del commissario straordinario datata 30 aprile 2010 ed alla relazione prot. n. 34/2010 a firma congiunta del responsabile dello SUAP e del responsabile della III area;

ocaio SOAF è dei responsante una fin atea,
Vista la dichiarazione prot. n. 16340 del 30 luglio 2010
a firma del responsabile del 1º settore del comune di
Giardini Naxos, attestante la mancanza di osservazioni e/o
opposizioni avverso il superiore atto commissariale
n. 25/2010;

Vista la nota prot. n. 17 del 4 ottobre 2010, con la quale l'U.O. 3.1/D.R.U. di questo Assessorato, unitamente alla documentazione costituente il fascicolo, ha sottoposto all'esame del Consiglio regionale dell'urbanistica la proposta di parere n. 4 del 4 ottobre 2010, formulata ai sensi dell'art. 68 della legge regionale n. 10/99, che di seguito si trascrive:

«Omissis....

Rilevato che:

Il comune di Giardini Naxos è dotato di un P.R.G., approvato con D.A. n. 152 del 18 aprile 1985. L'area interessata dall'intervento di cui in oggetto,

L'area interessata dall'intervento di cui in oggetto, ricade in area destinata dal vigente strumento urbanistico generale a zona territoriale omogenea "Ct", "ossia espansione turistica", con i pari a 0,90 mc./mc, e si trova all'interno della fascia compresa tra i 150 m. e i 500 m. dalla battigia del mare.

Dalla relazione tecnica si rileva che, su istanza della Dalla relazione tecnica si rileva che, su istanza della destinato ad albergo denominato "Hotel Villa Daphne", volta ad ottenere la deroga, e con nota integrativa alla predetta istanza, il comune di Giardini Naxos, con atto com-





Comitato Scientifico

Presidente

Prof. Guido Bellinghieri

Cattedra di Nefrologia

A.O.U.Policlinico "Gaetano Martino" - Messina

Componenti

Dott. Vito Sparacino

Coordinatore Regionale per i Trapianti (CRT Sicilia) Responsabile RSNDT

Dott.ssa Santina Castellino

U.O.C. di Nefrologia ed Emodialisi

P.O. "San Vincenzo" D.O. ME 2 - Taormina

Dott.ssa Adriana Nicolosi

Dirigente dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale

Dott. Giovanni Giorgio Battaglia

U.O.C. di Nefrologia e Dialisi

P.O. "S. Marta e S. Venera" D.O. CT 1 – Acireale

Dott. Giuseppe Daidone

U.O.C. di Nefrologia e Dialisi

P.O. "Umberto I" D.O. SR 1 - Siracusa

Dott. Giuseppe Visconti

U.O.C. di Nefrologia e Dialisi

A.O. "Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello" - Palermo

Dott. Biagio Ricciardi

U.O.C. di Nefrologia e Dialisi Milazzo/Lipari

P.O. "Giuseppe Fogliani" D.O. ME 2 – Milazzo

Rappresentante SIN Regionale

Dott. Gabriele Liuzzo

Rappresentante ADIP

Dott. Armando Lombardo

Segretario Regionale ANED



Staff del Registro Siciliano Nefrologia, Dialisi e Trapianto

Vito Sparacino

Responsabile RSNDT

V. Agnello

Responsabile Raccolta Dati

Pietro Di Gaetano

Responsabile Gestione Informatica Dati

Valentina Guaiana

Segreteria



Si ringraziano per la disponibilità e per la preziosa collaborazione:

Salvatore Scondotto

Dirigente Responsabile Servizio 7 Osservatorio Epidemiologico Assessorato regionale della salute

Paolo Ciranni

Istruttore Direttivo Servizio 7 Osservatorio Epidemiologico Assessorato regionale della salute

Gabriella Dardanoni

Dirigente Responsabile U.O. Registri del Servizio 7 Osservatorio Epidemiologico Assessorato regionale della salute

Pier Luigi Almasio

Professore Associato Dipartimento Biomedico di Medicina Interna e Specialistica (Di.Bi.M.I.S.) Università degli Studi di Palermo



No	te
	••••
	····
	····
	····
	····

Finito di stampare a Gennaio 2014 Progetto Grafico: Nunzio Giammalva