

D.G.R. n. 8 – 12316 del 12 ottobre 2009

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

PREMESSO CHE

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

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

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

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

Il Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2010, approvato con DCR n. 137-40212 del 24 ottobre 2007 in attuazione della L.R. n. 18 del 6 agosto 2007, nell’ambito del capitolo inerente l’integrazione socio-sanitaria (4.5.1) recita “le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria: caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica ed intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno infantile inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico – degenerativo. Tali prestazioni sono quelle, in particolare, attribuite alla fase post-acuta, caratterizzati dall’inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell’ambito del processo personalizzato di assistenza... Dette prestazioni a elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle Aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario. Esse possono essere erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell’ambito di strutture residenziali o semiresidenziali....”

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

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

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

mettendo in evidenza che “il maggior impegno e responsabilizzazione del paziente e del familiare sono largamente compensati dai numerosi vantaggi clinici, psicologici e socio-economici derivanti dal trattamento personalizzato dall’ambiente più confortevole e dalla possibilità di un pieno reinserimento familiare e lavorativo”.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1° anno

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

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

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

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

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

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

1 anno

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

l'Assessore relatore propone alla Giunta Regionale:

- l'istituzione del "Contributo Economico di Sostegno alla Dialisi Domiciliare", sotto forma di erogazione economica da parte delle competenti Aziende Sanitarie Locali ai Pazienti con Insufficienza Renale Cronica in trattamento dialitico domiciliare così come indicato nell'Allegato A) parte sostanziale ed integrante del presente provvedimento,
- l'erogazione del Contributo Economico a Sostegno della Dialisi Domiciliare a favore di Pazienti con Insufficienza Renale in Dialisi Peritoneale Continua Ambulatoriale (CAPD) o Dialisi peritoneale Automatizzata (APD) o Emodialisi Domiciliare a totale carico delle Aziende Sanitarie Locali, nell'ambito della quota indistinta ad esse assegnata;
- la definizione della composizione e dei compiti della "Commissione Nefrologica del Centro Dialisi Aziendale", istituita presso i Centri Dialisi, come definito nell'Allegato B), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento,

- la definizione del Piano Assistenziale Individuale Dialisi Domiciliare (P.A.I.D.D.), di cui all'Allegato C) parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che deve essere predisposto dalla Commissione succitata, che ha in cura il Paziente con Insufficienza Renale Cronica, previo il sussistere delle condizioni favorevoli per un trattamento dialitico domiciliare.
- l'impegno per le Aziende Sanitarie Regionali alla valutazione delle spese sostenute per l'incentivo economico, in rapporto all'incremento del pool di pazienti in trattamento con dialisi peritoneale, comunicando annualmente i dati alla Direzione Sanità, secondo i tempi e le modalità che quest'ultima definirà.

Il presente provvedimento ha carattere sperimentale per la durata di tre anni dalla sua adozione e il suo rinnovo sarà condizionato anche dal riscontro della reale efficacia del provvedimento. Dal presente provvedimento non deriva obbligo per i Centri Dialisi di immettere una determinata percentuale di pazienti in trattamento domiciliare, ma si tratta piuttosto di una incentivazione a superare problematiche di ordine socio-assistenziale alla effettuazione della dialisi domiciliare.

Tutto ciò premesso,

La Giunta Regionale,

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

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

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

Visto il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005

Visto il Piano Sanitario Nazionale 2005-2008

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

Vista la L.R. 6 agosto 2007 n. 18

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

Vista la D.C.R. n. 137-40212 del 24 ottobre 2007

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

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

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

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

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

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

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

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

Con voto unanime reso nelle forme di legge,

d e l i b e r a

- di stabilire, in via sperimentale per tre anni dalla data della presente deliberazione, l'istituzione del Contributo Economico a Sostegno della Dialisi Domiciliare a favore di Pazienti con Insufficienza Renale in trattamento dialitico, dichiarati eligibili al trattamento in Dialisi Peritoneale - Dialisi Peritoneale Continua Ambulatoriale (CAPD) o Dialisi peritoneale Automatizzata (APD) - o Emodialisi Domiciliare come indicato nell'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

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

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

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