
 <b>ASL Sassari</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale</b> <b>Pazienti affetti da insufficienza renale terminale da inserire in un programma di emodialisi domiciliare assistita</b>	<b>SC Nefrologia e Dialisi</b>
<b>SC Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b>	<b>Vers.1/2024 Rev.00</b>	<b>18/07/2024</b>


**PROCEDURA INSERIMENTO PAZIENTI EMODIALIZZATI IN UN  
PROGRAMMA DI TRATTAMENTO EMODIALITICO DOMICILIARE  
CON ASSISTENZA INFERMIERISTICA DEDICATA**

<b>Redazione</b>	<b>Revisione</b>	<b>Verifica Diffusione</b>	<b>Approvazione</b>	<b>Pubblicazione</b>
Dott.ssa Giovanna Pisanu  <b>Direttore SC Nefrologia e Dialisi</b>	Dott. Flavio Nicola Cadeddu  <b>Direttore Dipartimento Direzione dei Presidi e dei Servizi</b>	Dott. Vito La Spina  <b>Direttore Sanitario ASL Sassari</b>	Dott. Flavio Sensi  <b>Direttore Generale ASL Sassari</b>	<b>SC Pianificazione strategica, organizzazione aziendale e Governance</b>

	<p align="center"><b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale</b> Pazienti affetti da insufficienza renale terminale da inserire in un programma di emodialisi domiciliare assistita</p>	<p align="center"><b>SC Nefrologia e Dialisi</b></p>
<p align="center"><b>SC Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b></p>	<p align="center"><b>Vers.1/2024 Rev.00</b></p>	<p align="center"><b>18/07/2024</b></p>

**INDICE:**

1. Premessa	pag. 3
2. Scopo/Obiettivo	pag. 4
3. Campo di applicazione	Pag. 4
4. Abbreviazioni terminologia definizioni	pag. 4
5. Costituzione gruppo lavoro	pag. 5
6. Responsabilità (matrice delle responsabilità)	pag. 5
7. Descrizione dell'attività (diagramma di flusso)	pag. 6
8. Allegato 1 – Richiesta inserimento programma dialisi domiciliare	pag. 17
9. Allegato 2 – Status dell'accesso vascolare	pag. 18
10. Allegato 3 – Check – list Idoneità al trattamento emodialitico assistito domiciliare	pag. 19
11. Allegato 4 – Idoneità al trattamento emodialitico assistito in ambiente domiciliare	pag. 20
12. Allegato 5a – Consenso al trattamento emodialitico in modalità demedicalizzata a sede extraospedaliera (paziente proveniente centro dialisi ASL Sassari)	pag. 21
13. Allegato 5b – Consenso al trattamento emodialitico in modalità demedicalizzata a sede extraospedaliera (paziente proveniente centro dialisi non ASL Sassari)	pag. 22
14. Allegato 6 – Anamnesi, Terapia e Markers virali	pag. 23
15. Allegato 7 – Assenso al Trattamento emodialitico domiciliare assistito	pag. 24
16. Allegato 8 – Dissenso al Trattamento emodialitico domiciliare assistito	pag. 25
17. Conservazione e distribuzione dei documenti	pag. 26
18. Riferimenti bibliografici	pag. 26

	<p align="center"><b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale</b> Pazienti affetti da insufficienza renale terminale da inserire in un programma di emodialisi domiciliare assistita</p>	<p align="center"><b>SC Nefrologia e Dialisi</b></p>
<p align="center"><b>SC Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b></p>	<p align="center"><b>Vers.1/2024 Rev.00</b></p>	<p align="center"><b>18/07/2024</b></p>

## 1. Premessa


La dialisi domiciliare rappresenta il gold standard per qualità di vita del paziente affetto da insufficienza renale terminale in terapia sostitutiva extracorporea<sup>1</sup>. L'esecuzione del trattamento emodialitico può avvenire mediante l'ausilio di un care – giver con monitor depurativi “standard – di base” o con l'assistenza dell'infermiere “dedicato” con monitor sovrapponibili a quelli eseguibili presso i Centri Dialisi<sup>2</sup>.

Gli standard depurativi risultano elevati solo se i monitor per emodialisi presentano caratteristiche sovrapponibili ai monitor impiegati nei Centri Dialisi<sup>3</sup>.

La presenza dell'infermiere durante il trattamento emodialitico a domicilio consente risoluzione di problematiche gestionali e/o urgenze / emergenze intradialitiche, non gestibili dal care – giver<sup>2</sup>. L'assenza di responsabilità sul care – giver induce assenza dell'effetto burn – out<sup>2</sup>.

Il ridotto accesso all'ospedale da parte del paziente previene / riduce il tasso di infezioni correlate all'assistenza<sup>4</sup>

La ASL di Sassari ha pertanto deciso di attuare un progetto pilota per l'adozione di un programma di emodialisi domiciliare assistita “in service”, in attesa del bando regionale ARES per i trattamenti emodialitici domiciliari.

	<p align="center"><b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale</b> Pazienti affetti da insufficienza renale terminale da inserire in un programma di emodialisi domiciliare assistita</p>	<p align="center"><b>SC Nefrologia e Dialisi</b></p>
<p align="center"><b>SC Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b></p>	<p align="center"><b>Vers.1/2024 Rev.00</b></p>	<p align="center"><b>18/07/2024</b></p>

## 2. Scopo/ Obiettivo

Il PDTA:


- è stato sviluppato per l'individuazione del corretto percorso da intraprendere per l'affidamento dei pazienti emodializzati al trattamento emodialitico domiciliare e il follow – up clinico – terapeutico
- si prefigge di descrivere l'iter da percorrere per l'identificazione e la gestione dei pazienti emodializzati candidati al trattamento renale extracorporeo in ambiente domiciliare con personale infermieristico dedicato
- persegue i seguenti obiettivi specifici:
  - Selezione dei pazienti,
  - Selezione degli ambienti,
  - Avvio del trattamento dialitico domiciliare,
  - Monitoraggio degli indici di depurazione extracorporea.

## 3. Campo di applicazione

Redazione in data 01/08/2024 e applicazione della procedura, dopo l'approvazione del progetto, dalla SC Nefrologia e Dialisi e domicilio del paziente

## 4. Abbreviazioni e terminologia

- CAD = Centro Dialisi ad Assistenza Decentrata (in cui il paziente effettua le sedute dialitiche con la presenza del medico)
- CVC = Catetere Venoso Centrale
- FAV = Fistola Artero Venosa per Emodialisi

 <b>ASL Sassari</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale</b> <b>Pazienti affetti da insufficienza renale terminale da inserire in un programma di emodialisi domiciliare assistita</b>	<b>SC Nefrologia e Dialisi</b>
<b>SC Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b>	<b>Vers.1/2024 Rev.00</b>	<b>18/07/2024</b>

## 5. Costituzione gruppo lavoro


- Direttore e Medici SC Nefrologia e Dialisi ASL Sassari
- Personale Infermieristico afferente agli ambulatori di Nefrologia dell’Ospedale Civile di Alghero, dell’Ospedale “A. Segni” Ozieri e del Centro Dialisi di San Camillo

## 6. Matrice delle responsabilità

Responsabilità e coinvolgimento nella stesura, controllo, verifica e applicazione del PDTA

FUNZIONI ATTIVITA'	Direttore Generale	Responsabile della Qualità: Direttore Sanitario	Responsabile del Progetto: Direttore Dipartimento Direzione dei Presidi e dei Servizi	Gruppo di Lavoro: Direttore SC Nefrologia e Dialisi
Redazione		C		R
Verifica		R	C	
Approvazione	R			
Revisione		C	R	C
Diffusione		R	R	
Archiviazione		R	R	

R= Responsabile C= Coinvolto

	<p align="center"><b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale</b> Pazienti affetti da insufficienza renale terminale da inserire in un programma di emodialisi domiciliare assistita</p>	<p align="center"><b>SC Nefrologia e Dialisi</b></p>
<p align="center"><b>SC Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b></p>	<p align="center"><b>Vers.1/2024 Rev.00</b></p>	<p align="center"><b>18/07/2024</b></p>

## 7. Descrizione delle attività

### 7a. Selezione del paziente

Il paziente che manifesta desiderio di trattamento emodialitico domiciliare assistito deve formalizzare la richiesta al Direttore SC Nefrologia e Dialisi compilando l'Allegato 1 e facendo compilare gli Allegati dal 2 al 6 dai medici del Centro Dialisi di appartenenza (sia ASL Sassari, sia non ASL Sassari).

Verranno descritti due principali percorsi diagnostici terapeutici, riguardanti:


1. Pazienti in trattamento emodialitico presso un Centro Dialisi ASL Sassari
2. Pazienti in trattamento emodialitico presso un Centro Dialisi non afferente alla ASL di Sassari.

Per la valutazione della possibilità di inserimento in un trattamento dialitico domiciliare i pazienti devono essere in possesso dei seguenti referti (e, nel caso il paziente non li abbia a disposizione, devono essere richiesti dai medici del centro dialisi):

- Visita cardiologica ed ECG, che indicano o escludono la presenza di stabilità cardiovascolare,
- Altri referti di visite specialistiche o esami strumentali che precludono la possibilità di trasferimento in ambiente domiciliare.


La richiesta del paziente viene protocollata da parte del Direttore SC Nefrologia e Dialisi. La presenza della data sul certificato è un dato necessario per eventuale inserimento in lista d'attesa da parte del paziente.

Il medico del Centro Dialisi che propone il trattamento emodialitico a domicilio:

	<p align="center"><b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale</b> Pazienti affetti da insufficienza renale terminale da inserire in un programma di emodialisi domiciliare assistita</p>	<p align="center"><b>SC Nefrologia e Dialisi</b></p>
<p align="center"><b>SC Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b></p>	<p align="center"><b>Vers.1/2024 Rev.00</b></p>	<p align="center"><b>18/07/2024</b></p>

- raccoglie e riordina la modulistica strumentale ed ematochimica del paziente, ivi compresa la certificazione dello status dell'accesso vascolare (ALLEGATO 2), con eventuali indicazioni alla venipuntura della FAV,
- compila la check – list dei criteri di idoneità al trattamento emodialitico in ambiente extra – ospedaliero su apposito ALLEGATO 3, ed esprime un giudizio positivo o negativo sull'idoneità al trattamento emodialitico in ambiente domiciliare (ALLEGATO 4), spiegando al paziente:
- in caso di dissenso, le motivazioni inerenti la non idoneità,
- in caso di assenso, la modalità di assistenza sanitaria durante il trattamento dialitico domiciliare: trattamento emodialitico in assenza del medico (che non effettua accesso al domicilio del paziente), visite ambulatoriali nella SC Nefrologia e Dialisi con frequenza mensile (o più ravvicinate, in caso di necessità cliniche di varia natura), che l'assistenza è comunque garantita da personale infermieristico altamente qualificato, che la valutazione delle performances dialitiche vengono effettuate con medesimi protocolli ematochimici dei centri dialisi intraospedalieri, che il paziente potrebbe essere rivalutato come non idoneo, in futuro, a seguito del cambiamento delle condizioni cliniche e/o dei dati obiettivi e/o strumentali, con conseguente rientro nel centro dialisi intraospedaliero.

È compito del medico del **Centro Dialisi non ASL Sassari** spiegare al **paziente** che l'idoneità al trattamento domiciliare è subordinata al riscontro dei criteri di idoneità al trattamento emodialitico in assenza del medico, tramite rilevazioni durante le sedute dialitiche nei centri intraospedalieri di Alghero o di Ozieri, al fine di:

	<p align="center"><b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale</b> Pazienti affetti da insufficienza renale terminale da inserire in un programma di emodialisi domiciliare assistita</p>	<p align="center"><b>SC Nefrologia e Dialisi</b></p>
<p align="center"><b>SC Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b></p>	<p align="center"><b>Vers.1/2024 Rev.00</b></p>	<p align="center"><b>18/07/2024</b></p>

- effettuare Esame Obiettivo dell'accesso vascolare, per escludere segni indiretti di infezioni (suppurazioni, arrossamenti, etc.) e della FAV, per valutare thrill, polso, presenza di dilatazioni aneurismatiche, etc, la presenza di CVC provvisorio e/o di venipuntura di FAV in mono - ago è considerata condizione ostativa al trasferimento anche se è già stata programmata sostituzione del CVC e/o revisione della FAV,
- valutare le condizioni cliniche del paziente, la tollerabilità dialitica, l'eventuale presenza di alterazioni emodinamiche e/o di altre condizioni intra – dialitiche necessarie all'individuazione dei criteri di idoneità al trattamento emodialitico domiciliare demedicalizzato.


Il medico del Centro Dialisi ASL Sassari, rilevata la piena consapevolezza da parte del paziente circa l'assistenza sanitaria domiciliare, fa firmare il consenso contenuto nell'ALLEGATO 5a, mentre il medico del Centro Dialisi non ASL Sassari fa firmare il consenso contenuto nell'ALLEGATO 5b (che contiene la nota che, in caso di mancata idoneità, il paziente potrebbe rientrare nel Centro Dialisi di origine).

Il medico del Centro Dialisi prepara infine tutta la documentazione da sottoporre all'attenzione del Direttore della SC Nefrologia e Dialisi (ALLEGATO 6).

Il Direttore della SC Nefrologia e Dialisi prende visione della documentazione e procede nel seguente modo:

- a) In caso di assenso al trattamento emodialitico domiciliare assistito, compila il certificato di idoneità (ALLEGATO 7) che sarà inserito, insieme al consenso del paziente, nella cartella clinica del paziente;



	<p align="center"><b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale</b> Pazienti affetti da insufficienza renale terminale da inserire in un programma di emodialisi domiciliare assistita</p>	<p align="center"><b>SC Nefrologia e Dialisi</b></p>
<p align="center"><b>SC Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b></p>	<p align="center"><b>Vers.1/2024 Rev.00</b></p>	<p align="center"><b>18/07/2024</b></p>


b) In caso di dissenso al trattamento emodialitico domiciliare assistito, compila il certificato di rifiuto (ALLEGATO 8) nel quale devono essere elencate in maniera chiara e dettagliata le motivazioni clinico – anamnestiche – laboratoristiche – strumentali (e/o di altra natura) che hanno portato alla decisione di non idoneità del paziente al trattamento emodialitico assistito in sede extra – ospedaliera; eventuali suggerimenti, nelle note, sulla tipologia di centro dialisi consigliata.

In caso di dissenso per il paziente non afferente ad un Centro Dialisi ASL Sassari è previsto il rientro nel Centro Dialisi di origine, salvo disponibilità di posti letto nei Centri Dialisi ASL Sassari.

**7b. Pianificazione della gestione domiciliare del trattamento emodialitico in modalità assistita**

In caso di accoglimento della risposta di trattamento emodialitico extraospedaliero con personale infermieristico dedicato, il Direttore della SC Nefrologia e Dialisi o un suo delegato deve:


- a) Redigere la scheda di prescrizione dialitica contenente il tipo di dialisi prescritta, la frequenza e la durata del trattamento, la composizione del bagno dialisi, il dializzatore selezionato, con possibilità opzionale di inserire tali dati su device da collegare al monitor per emodialisi, sia per fornire la prescrizione, sia per controllare i parametri delle sedute dialitiche,
- b) Aggiornare la terapia domiciliare e la terapia intra – dialitica,

	<p align="center"><b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale</b> Pazienti affetti da insufficienza renale terminale da inserire in un programma di emodialisi domiciliare assistita</p>	<p align="center"><b>SC Nefrologia e Dialisi</b></p>
<p align="center"><b>SC Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b></p>	<p align="center"><b>Vers.1/2024 Rev.00</b></p>	<p align="center"><b>18/07/2024</b></p>

- c) Consegnare lo schema della programmazione e della frequenza degli esami ematochimici,
- d) Consegnare lo schema della programmazione e della frequenza delle visite nefrologiche in regime ambulatoriale,
- e) Consegnare i protocolli di gestione intra – dialitica:
  - delle infezioni dell’accesso vascolare,
  - della disostruzione del CVC,
  - dell’esecuzione del test al ricircolo dell’accesso vascolare,
  - dell’ipotensione / shock ipovolemico,
  - dell’ipertensione intra e post – dialitica,
  - dell’aumento della frequenza cardiaca,
  - dell’arresto cardiaco,
  - dell’edema polmonare,
  - altre ed eventuali urgenze per le quali deve essere contattato il 118,
- f) mettersi in contatto con l’azienda fornitrice del trattamento dialitico domiciliare riferendo i dati del paziente e la prescrizione dialitica.

### **7c. Organizzazione dell’erogazione del servizio di emodialisi domiciliare**

L’azienda riconosciuta idonea per la stipula del service da parte di ASL Sassari viene contattata dal Direttore della SC Nefrologia e Dialisi per la proposta di inserimento del paziente nel programma. L’azienda si occuperà del sopralluogo del domicilio del paziente e, in caso di condizioni in linea con il progetto, attiverà il programma di dialisi domiciliare occupandosi di:


	<p align="center"><b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale</b> Pazienti affetti da insufficienza renale terminale da inserire in un programma di emodialisi domiciliare assistita</p>	<p align="center"><b>SC Nefrologia e Dialisi</b></p>
<p align="center"><b>SC Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b></p>	<p align="center"><b>Vers.1/2024 Rev.00</b></p>	<p align="center"><b>18/07/2024</b></p>

- Fornitura e installazione dei monitor per dialisi,
- Consegna del materiale necessario alle sedute dialitiche (filtro, linee, concentrati, aghi fistola, telino sterile, garze, cerotti, guaine compressive post – dialisi),
- Assistenza infermieristica per tutta la durata della seduta dialitica e per tutte le sedute dialitiche,
- Assistenza tecnica ordinaria (interventi di manutenzione sui reni artificiali sia telefonica, sia de visu in caso di necessità) e straordinaria (sostituzione di reni artificiali in caso di fuori uso o malfunzionamento),
- Effettuazione dei controlli di sicurezza e pianificazione interventi (di tipo microbiologico: analisi delle acque, sul sistema osmosi, etc.)
- Smaltimento dei rifiuti speciali,
- Trasferimento dei dati delle sedute dialitiche registrate sul monitor per dialisi su un device mobile, consultabile da desktop da parte del medico.

#### **7d. Mansioni del personale**

Per l'adeguatezza delle performances dialitiche vengono richieste precise mansioni a carico:

- del personale Medico,
  - del personale Infermieristico,
  - del Paziente e dei suoi parenti care – givers,
- che consentano di garantire adeguata ed ottimale assistenza ai pazienti emodializzati, in linea con le vigenti linee guida e tramite l'impiego di definite risorse clinico – strumentali.


	<p align="center"><b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale</b> Pazienti affetti da insufficienza renale terminale da inserire in un programma di emodialisi domiciliare assistita</p>	<p align="center"><b>SC Nefrologia e Dialisi</b></p>
<p align="center"><b>SC Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b></p>	<p align="center"><b>Vers.1/2024 Rev.00</b></p>	<p align="center"><b>18/07/2024</b></p>

**Mansioni del personale Medico:** il Dirigente Medico in servizio presso il Centro Dialisi deve effettuare visite nefrologiche con frequenza mensile o quindicinale o settimanale in relazione alle necessità clinico – anamnestiche – laboratoristiche del paziente. Le visite vengono effettuate de visu presso l’ambulatorio del Centro Dialisi di riferimento del paziente e consistono in visita nefrologica di controllo – anamnesi e valutazione definita “breve”, con:

- esame obiettivo del paziente,
- esame obiettivo dell’accesso vascolare,
- visione degli esami ematochimici (se già eseguiti) o richiesta ed esecuzione degli esami ematochimici schedulati (e, in questo caso, consulto telefonico a domicilio del paziente non appena presa visione).

Sulla base della visita nefrologica il medico è tenuto ad adempiere ai seguenti compiti:


- adeguare la terapia intra – dialitica e domiciliare in relazione al risultato degli esami ematochimici (periodici o straordinari),
- modificare o confermare la prescrizione dialitica in termini di peso secco, UF max, Qb, composizione bagno dialisi, tipologia filtro emodializzatore, durata e frequenza seduta dialitica,
- prescrivere tramite gestionale ASL Cup Web le ricette per gli esami ematochimici o i farmaci che desideri prescrivere al paziente, e non demandare tale mansione al medico di Medicina Generale,
- comunicare con paziente e/o familiari circa le condizioni cliniche dell’assistito ed eventuali variazioni terapeutiche,

	<p align="center"><b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale</b> Pazienti affetti da insufficienza renale terminale da inserire in un programma di emodialisi domiciliare assistita</p>	<p align="center"><b>SC Nefrologia e Dialisi</b></p>
<p align="center"><b>SC Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b></p>	<p align="center"><b>Vers.1/2024 Rev.00</b></p>	<p align="center"><b>18/07/2024</b></p>

- eseguire, nel più breve tempo possibile, in caso di urgenza, gli accertamenti necessari alla stima del peso secco / sovraccarico idrico (ecografia del torace, BIA, dosaggio BNP, radiografia del torace) e alla prevenzione di eventi cardiologici (ECG, ecocardiogramma, dosaggio markers ematici di necrosi),
- redigere le impegnative per l'effettuazione con frequenza:
  - a) trimestrale: ecografia toracica + bioimpedenziometria + dosaggio BNP
  - b) annuale: visita cardiologica + ECG + ecocardiogramma, radiografia del torace.

**Mansioni del personale Infermieristico:** il paziente in trattamento emodialitico domiciliare assistito ha necessità di un infermiere dedicato (rapporto 1 : 1) le cui mansioni sono:

- a) prima della seduta emodialitica: preparare il rene artificiale con le indicazioni contenute nella prescrizione dialitica
- b) durante la seduta emodialitica:
  - vigilare il paziente durante tutta la seduta emodialitica
  - rilevare in maniera periodica e regolare i parametri vitali e riportarli nella scheda di sorveglianza,
- adottare la sottrazione del peso e impostare il tasso di Ultrafiltrazione in autonomia, ma dietro precise prescrizioni mediche scritte in range (UF max/oraria e UF max/totale),
- rilevare le variazioni di peso inter – dialitico e segnarle su apposita schedula,

	<p align="center"><b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale</b> Pazienti affetti da insufficienza renale terminale da inserire in un programma di emodialisi domiciliare assistita</p>	<p align="center"><b>SC Nefrologia e Dialisi</b></p>
<p align="center"><b>SC Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b></p>	<p align="center"><b>Vers.1/2024 Rev.00</b></p>	<p align="center"><b>18/07/2024</b></p>

- adottare le misure idonee di prevenzione delle infezioni del Catetere Venoso Centrale,
  - attenersi scrupolosamente ai protocolli di intervento durante condizioni di emergenza – urgenza (crisi ipotensive, aritmie cardiache, perdita di conoscenza, edema polmonare, etc.) validi per i Centri Dialisi ad Assistenza Limitata ASL Sassari,
  - effettuare i prelievi ematici come da programma o da richiesta del medico (se disponibile personale dedicato al trasporto del campione ematico al punto prelievi del Centro Dialisi di riferimento)
- c) durante la visita nefrologica: far recapitare al medico del Centro Dialisi eventuali comunicazioni in merito a variazioni obiettive delle condizioni cliniche dell’assistito durante i turni dialisi demedicalizzati e preparare l’elenco delle schede di sorveglianza compilate nel corso dei trattamenti dialitici dell’ultimo mese (o di un diverso periodo di riferimento segnalato dal medico).

***Mansioni del paziente e/o dei parenti / care – givers:***

- a) durante la seduta dialitica:
- attenersi scrupolosamente alle direttive del personale infermieristico,
  - collaborare in caso di eventuali urgenze intra – dialitiche,
- b) durante la visita nefrologica: consegnare al medico del Centro Dialisi eventuali referti di visite specialistiche, esami strumentali, comunicazioni da parte del personale infermieristico e l’elenco delle schede di sorveglianza preparate dal personale infermieristico.


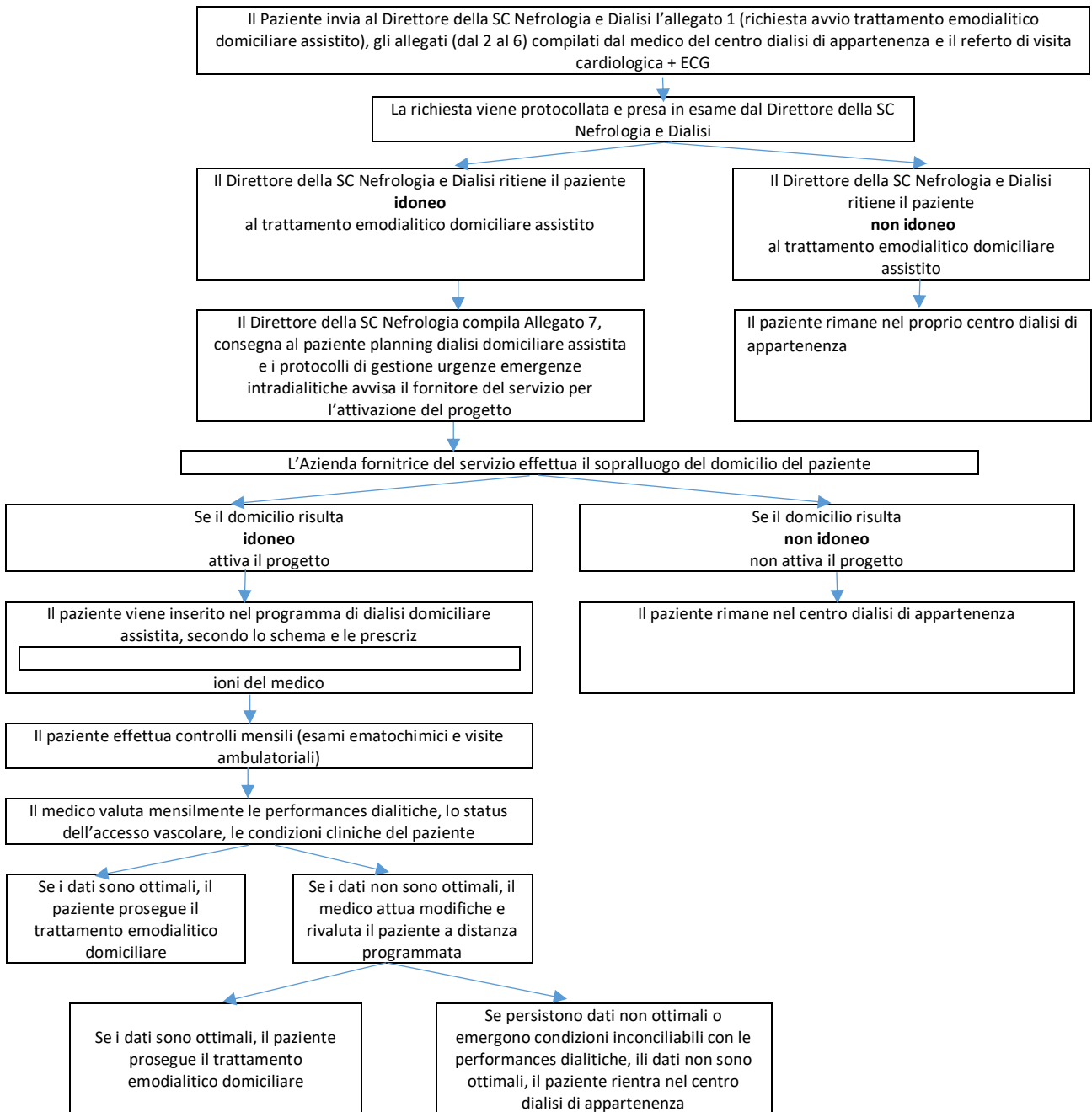

 <b>ASL Sassari</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale</b> <b>Pazienti affetti da insufficienza renale terminale da inserire in un programma di emodialisi domiciliare assistita</b>	<b>SC Nefrologia e Dialisi</b>
<b>SC Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b>	<b>Vers.1/2024</b> <b>Rev.00</b>	<b>18/07/2024</b>

Diagramma di flusso:



 <b>ASL Sassari</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale</b> <b>Pazienti affetti da insufficienza renale terminale da inserire in un programma di emodialisi domiciliare assistita</b>	<b>SC Nefrologia e Dialisi</b>
<b>SC Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b>	<b>Vers.1/2024 Rev.00</b>	<b>18/07/2024</b>

## 8. ALLEGATO 1 – RICHIESTA INSERIMENTO PROGRAMMA DIALISI DOMICILIARE

Al Direttore della SC Nefrologia e Dialisi ASL Sassari

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Chiede di essere avviato/a al trattamento dialitico con personale infermieristico dedicato presso il proprio domicilio \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ ( )

e allega i seguenti documenti redatti dal Centro Dialisi di appartenenza \_\_\_\_\_:

- ALLEGATO 2 – STATUS DELL'ACCESSO VASCOLARE
- ALLEGATO 3 – CHECK – LIST IDONEITA' AL TRATTAMENTO EMODIALITICO ASSISTITO DOMICILIARE
- ALLEGATO 4 – IDONEITA' AL TRATTAMENTO EMODIALITICO ASSISTITO IN AMBIENTE DOMICILIARE
- ALLEGATO 5 – CONSENSO AL TRATTAMENTO EMODIALITICO IN MODALITA' DEMEDICALIZZATA A SEDE EXTRAOSPEDALIERA
- ALLEGATO 6 – ANAMNESI, TERAPIA E MARKERS VIRALI
- REFERTO VISITA CARDIOLOGICA + ECG

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del Paziente \_\_\_\_\_


Richiesta pervenuta nel Centro Dialisi di \_\_\_\_\_

e registrata dal medico \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del Medico \_\_\_\_\_









 <b>ASL Sassari</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale</b> <b>Pazienti affetti da insufficienza renale terminale da inserire in un programma di emodialisi domiciliare assistita</b>	<b>SC Nefrologia e Dialisi</b>
<b>SC Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b>	<b>Vers.1/2024 Rev.00</b>	<b>18/07/2024</b>

### 9. ALLEGATO 2 – STATUS DELL'ACCESSO VASCOLARE

Sig./ Sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Tipo di accesso vascolare:

<input type="checkbox"/> Fistola Artero venosa:			<table border="1"> <tr> <th colspan="2">SCHEMA ILLUSTRATIVO SITI FISTOLA/PROTESI</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">DX</td> <td style="text-align: center;">SX</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	SCHEMA ILLUSTRATIVO SITI FISTOLA/PROTESI		DX	SX		
SCHEMA ILLUSTRATIVO SITI FISTOLA/PROTESI									
DX	SX								
									
<input type="checkbox"/> nativa	<input type="checkbox"/> distale	<input type="checkbox"/> arto superiore dx							
<input type="checkbox"/> protesica	<input type="checkbox"/> prossimale	<input type="checkbox"/> arto superiore sin							
<input type="checkbox"/> ago doppio		<input type="checkbox"/> 14 G <input type="checkbox"/> 15 G							
<input type="checkbox"/> mono - ago		<input type="checkbox"/> 16 G <input type="checkbox"/> 17 G							
Venipuntura a:									
<input type="checkbox"/> A scala di corda									
<input type="checkbox"/> Ad area									
<input type="checkbox"/> A bottone o ad occhiello									

<input type="checkbox"/> CVC		
<input type="checkbox"/> provvisorio	<input type="checkbox"/> vena giugulare interna dx	<input type="checkbox"/> vena femorale dx
<input type="checkbox"/> a permanenza	<input type="checkbox"/> vena giugulare interna sin	<input type="checkbox"/> vena femorale sin
Chiusura:	Gestione flussi:	Utilizzo Urochinasi:
<input type="checkbox"/> Citrato	<input type="checkbox"/> Lumi invertiti	<input type="checkbox"/> frequente
<input type="checkbox"/> Eparina	<input type="checkbox"/> Lumi secondo flusso	<input type="checkbox"/> raro
<input type="checkbox"/> Altro _____		<input type="checkbox"/> mai effettuato


Cute:

<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> arrossamento e calore	<input type="checkbox"/> pus
<input type="checkbox"/> edema	<input type="checkbox"/> secrezione	<input type="checkbox"/> escara
<input type="checkbox"/> ematoma	<input type="checkbox"/> tumefazione sottocutanea	<input type="checkbox"/> alterazioni trofiche

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del Medico \_\_\_\_\_



 <b>ASL Sassari</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale</b> <b>Pazienti affetti da insufficienza renale terminale da inserire in un programma di emodialisi domiciliare assistita</b>	<b>SC Nefrologia e Dialisi</b>
<b>SC Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b>	<b>Vers.1/2024 Rev.00</b>	<b>18/07/2024</b>

#### 11. ALLEGATO 4 – IDONEITA' AL TRATTAMENTO EMODIALITICO ASSISTITO IN AMBIENTE DOMICILIARE

Il / la sottoscritto / a Dott /Dott.ssa \_\_\_\_\_

- Visti** i dati anamnestici, strumentali, ematochimici, clinici
- Tenuto conto** del fatto che il paziente ha effettuato un numero adeguato di sedute emodialitiche presso il Centro Dialisi di \_\_\_\_\_ (\_\_\_) con mantenimento di condizioni stabili (assenza di malfunzionamenti accesso vascolare, di squilibri idro – elettrolitici, necessità di emotrasfusione, antibiotico – terapia, etc.)
- Vista** la distanza tra domicilio del paziente e il centro CAL di \_\_\_\_\_ (\_\_\_ Km)
- Vista** la distanza chilometrica tra domicilio del paziente e il centro CAD di \_\_\_\_\_ (\_\_\_ Km)
- Tenuto conto** del miglioramento della qualità di vita conseguente al trattamento emodialitico presso il proprio domicilio / residenza, a seguito della riduzione della durata del viaggio
- Preso atto** dell'attitudine del paziente ad effettuare il trattamento emodialitico in modalità non medicalizzata
- Fermo** restando la possibilità di rivalutazione dei criteri di idoneità in caso di sopraggiunte nuove evenienze, criticità, ricoveri, richieste da parte del paziente e/o dei familiari, etc.

ritiene che:

Il sig. / la sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

possa proseguire il trattamento renale sostitutivo di tipo emodialisi assistita presso il proprio domicilio:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (\_\_\_)

e che risulti:

- idoneo       non idoneo

al trattamento dialitico assimilabile a quanto effettuato presso un Centro Dialisi ad Assistenza Limitata extraospedaliero, per cui


- acconsente     non acconsente

al trattamento emodialitico del paziente presso il proprio domicilio

Il paziente, informato in maniera esaustiva, prende visione e atto delle suddette opzioni e, fermo restando la imprescindibile possibilità di rivedere in qualsiasi momento la propria scelta,

- accetta il seguente percorso terapeutico       rifiuta il seguente percorso terapeutico

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma del Medico \_\_\_\_\_ Firma del Paziente \_\_\_\_\_

 <b>ASL Sassari</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale</b> <b>Pazienti affetti da insufficienza renale terminale da inserire in un programma di emodialisi domiciliare assistita</b>	<b>SC Nefrologia e Dialisi</b>
<b>SC Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b>	<b>Vers.1/2024 Rev.00</b>	<b>18/07/2024</b>

**12. ALLEGATO 5a – CONSENSO AL TRATTAMENTO EMODIALITICO IN MODALITA' DEMEDICALIZZATA A SEDE EXTRAOSPEDALIERA (PAZIENTE PROVENIENTE CENTRO DIALISI ASL SASSARI)**

Il sig. / la sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

dichiara di essere stato adeguatamente informato dal medico \_\_\_\_\_

che sottoscrive il presente consenso sul fatto che:

- il trattamento emodialitico presso il proprio domicilio non prevede la presenza del Medico durante ogni seduta dialitica,
- l'assistenza sanitaria è garantita da visite mediche ambulatoriali (presso l'ambulatorio del Centro Dialisi ASL di riferimento), di norma con frequenza mensile, e dal personale infermieristico, altamente qualificato e costantemente aggiornato (sia sulla gestione dei trattamenti dialitici, sia sulle manovre di rianimazione cardio – polmonare), che assiste ad ogni turno dialitico secondo linee guida e best practices cliniche,
- il monitoraggio delle performances dialitiche viene effettuato tramite prelievi ematochimici con frequenza regolare e sovrapponibile a quella dei pazienti emodializzati presso i centri CAD e CAL intra e extra-ospedalieri
- le emergenze / urgenze intradialitiche (shock anafilattico, arresto cardiocircolatorio, insufficienza respiratoria, ischemia miocardica) vengono gestite tramite chiamata al 118.


Inoltre il sottoscritto è pienamente consapevole che l'accettazione del suddetto piano dialitico avverrà a seguito di un giudizio di idoneità emesso dal Direttore della SC Nefrologia e Dialisi ASL Sassari e che, qualora in futuro le condizioni cliniche non dovessero consentire la prosecuzione del trattamento al proprio domicilio, il sottoscritto acconsentirà al trasferimento temporaneo o definitivo in un Centro Dialisi.

Il paziente, informato in maniera esaustiva, prende visione e atto delle suddette opzioni e, ferma restando la imprescindibile possibilità di rivedere in qualsiasi momento la propria scelta,

accetta il seguente percorso terapeutico

rifiuta il seguente percorso terapeutico

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma del Paziente \_\_\_\_\_ Firma del Medico \_\_\_\_\_

	<p align="center"><b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale</b> Pazienti affetti da insufficienza renale terminale da inserire in un programma di emodialisi domiciliare assistita</p>	<p align="center"><b>SC Nefrologia e Dialisi</b></p>
<p align="center"><b>SC Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b></p>	<p align="center"><b>Vers.1/2024 Rev.00</b></p>	<p align="center"><b>18/07/2024</b></p>

**13. ALLEGATO 5b – CONSENSO AL TRATTAMENTO EMODIALITICO IN MODALITA' DEMEDICALIZZATA A SEDE EXTRAOSPEDALIERA (PAZIENTE PROVENIENTE CENTRO DIALISI NON ASL SASSARI)**

Il sig. / la sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

dichiara di essere stato adeguatamente informato dal medico \_\_\_\_\_

che sottoscrive il presente consenso sul fatto che:

- il trattamento emodialitico presso il proprio domicilio non prevede la presenza del Medico,
- l'assistenza sanitaria è garantita da visite mediche ambulatoriali (presso l'ambulatorio del Centro Dialisi ASL di riferimento), di norma con frequenza mensile, e dal personale infermieristico, altamente qualificato e costantemente aggiornato (sia sulla gestione dei trattamenti dialitici, sia sulle manovre di rianimazione cardio – polmonare), che assiste ad ogni turno dialitico secondo linee guida e best practices cliniche,
- il monitoraggio delle performances dialitiche viene effettuato tramite prelievi ematochimici con frequenza regolare e sovrapponibile a quella dei pazienti emodializzati presso i centri CAD e CAL intraospedalieri
- le emergenze / urgenze intradialitiche (shock anafilattico, arresto cardiocircolatorio, insufficienza respiratoria, ischemia miocardica) vengono gestite tramite chiamata al 118.


Inoltre il sottoscritto è pienamente consapevole che:

- l'accettazione del suddetto piano dialitico avverrà a seguito di un giudizio di idoneità emesso dal Direttore della SC Nefrologia e Dialisi ASL Sassari previa valutazione delle condizioni clinico – fisiche e della tollerabilità dialitica riportata durante trattamenti emodialitici presso i Centri Dialisi ASL Sassari,
- in caso di mancato riscontro dei parametri di idoneità durante le sedute dialitiche presso i Centri Dialisi ASL Sassari, il paziente potrebbe riprendere i trattamenti dialitici nel Centro Dialisi non ASL Sassari di appartenenza,
- qualora in futuro le condizioni cliniche non dovessero consentire la prosecuzione del trattamento al proprio domicilio, il sottoscritto acconsentirà al trasferimento temporaneo o definitivo in un Centro Dialisi.

Il paziente, informato in maniera esaustiva, prende visione e atto delle suddette opzioni e, ferma restando la imprescindibile possibilità di rivedere in qualsiasi momento la propria scelta,

accetta il seguente percorso terapeutico  rifiuta il seguente percorso terapeutico

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma del Paziente \_\_\_\_\_ Firma del Medico \_\_\_\_\_

 <b>ASL Sassari</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale</b> <b>Pazienti affetti da insufficienza renale terminale da inserire in un programma di emodialisi domiciliare assistita</b>	<b>SC Nefrologia e Dialisi</b>
<b>SC Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b>	<b>Vers.1/2024 Rev.00</b>	<b>18/07/2024</b>

**14. ALLEGATO 6 – ANAMNESI, TERAPIA E MARKERS VIRALI**

Il sig. / la sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

è affetto da:

Diabete  Ipertensione arteriosa  Cardiopatia (ischemica, ipertensiva, altro: \_\_\_\_\_)

Presenta la seguente nefropatia di base: \_\_\_\_\_

ha documentate reazioni allergiche a: \_\_\_\_\_

Pratica la seguente terapia domiciliare: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pratica la seguente terapia intradialitica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Effettua il seguente schema dialitico:

Mattino  Pomeriggio h \_\_\_ : \_\_\_  Lunedì  Martedì  Mercoledì  Giovedì  Venerdì  Sabato

Presenta il seguente assetto virale:  HBSAg  HBSAb  HCVAb  HIV

Presenta la seguente positività al tampone rettale:

KPC, data ultimo tampone eseguito \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_


VDRE, data ultimo tampone eseguito \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Clostridium Difficile, data ultimo tampone eseguito \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Altro, data ultimo tampone eseguito \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma del Medico \_\_\_\_\_

	<p align="center"><b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale</b> Pazienti affetti da insufficienza renale terminale da inserire in un programma di emodialisi domiciliare assistita</p>	<p align="center"><b>SC Nefrologia e Dialisi</b></p>
<p align="center"><b>SC Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b></p>	<p align="center"><b>Vers.1/2024 Rev.00</b></p>	<p align="center"><b>18/07/2024</b></p>

**15. ALLEGATO 7 – ASSENSO AL TRATTAMENTO EMODIALITICO DOMICILIARE ASSISTITO**

Il sottoscritto Direttore SC Nefrologia e Dialisi ASL Sassari \_\_\_\_\_

Valutati i dati anamnestici, strumentali, ematochimici, clinici forniti dal medico specialista \_\_\_\_\_ in servizio presso il Centro Dialisi di \_\_\_\_\_ e preso atto dell'attitudine del paziente ad effettuare il trattamento emodialitico presso il proprio domicilio in modalità non medicalizzata, ritiene che:


Il sig. / la sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Risulti IDONEO al trattamento dialitico presso un Centro Dialisi ad Assistenza Limitata, per cui ACCONSENTE al trattamento emodialitico assistito presso il proprio domicilio \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del Medico \_\_\_\_\_

 <b>ASL Sassari</b> Azienda socio-sanitaria locale	<b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale</b> <b>Pazienti affetti da insufficienza renale terminale da inserire in un programma di emodialisi domiciliare assistita</b>	<b>SC Nefrologia e Dialisi</b>
<b>SC Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b>	<b>Vers.1/2024 Rev.00</b>	<b>18/07/2024</b>

**16. ALLEGATO 8 – DISSENSO AL TRATTAMENTO EMODIALITICO DOMICILIARE ASSISTITO**

Il / la sottoscritto / a Dott /Dott.ssa \_\_\_\_\_

Medico Specialista in servizio presso il Centro Dialisi di \_\_\_\_\_

Valutati i dati anamnestici, strumentali, ematochimici, clinici forniti dal medico specialista \_\_\_\_\_ in servizio presso il Centro Dialisi di \_\_\_\_\_ e preso atto dell'attitudine del paziente ad effettuare il trattamento emodialitico presso il proprio domicilio in modalità non medicalizzata, ritiene che:

Il sig. / la sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Risulti NON IDONEO al trattamento emodialitico domiciliare assistito, per cui NON ACCONSENTE al trasferimento del paziente dal Centro Dialisi di \_\_\_\_\_ al proprio domicilio per le seguenti motivazioni: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

I dati anamnestici, strumentali, ematochimici e clinici propendono per il seguente tipo di trattamento dialitico:

CAD Intraospedaliero: \_\_\_\_\_


CAD extra-ospedaliero: \_\_\_\_\_

CAL Intraospedaliero: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del Medico \_\_\_\_\_



	<p align="center"><b>Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale</b> Pazienti affetti da insufficienza renale terminale da inserire in un programma di emodialisi domiciliare assistita</p>	<p align="center"><b>SC Nefrologia e Dialisi</b></p>
<p align="center"><b>SC Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance</b></p>	<p align="center"><b>Vers.1/2024 Rev.00</b></p>	<p align="center"><b>18/07/2024</b></p>

## 17. Conservazione e distribuzione dei documenti

Il presente PDTA viene conservato in copia originale presso il Centro Dialisi di riferimento cui afferisce il paziente; altre copie vengono consegnate al paziente e ai familiari, inserite nella cartella clinica per consultazione da parte dell'infermiere dedicato all'assistenza domiciliare.

La prima stesura e le successive vengono distribuite al personale coinvolto e inviate alla SC Pianificazione strategica, Organizzazione aziendale e governance

## 18. Riferimenti bibliografici

1. Ministero della Salute – Documento d'indirizzo per la Malattia Renale Cronica
2. Piccoli G. B. e all. "Dialisi Domiciliare sì, ma quale? Emodialisi domiciliare e dialisi peritoneale a confronto: una controversia non controversa" Giornale Italiano di Nefrologia 2012; 29 (2): 148-159
3. Colussi G. e all. "A simple method for the calculation of dialysis Kt factor as a quantitative measure of removal efficiency of uremic retention solutes: Applicability to high-dialysate vs low-dialysate volume technologies" PLOS ONE | <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233331> May 29, 2020
4. WHO. Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide (2011)