



GIUNTA REGIONALE

Allegato al Decreto del Commissario  
ad ACTA

n. 92/2016 del 12 AGO. 2016



Dipartimento per la Salute e il Welfare  
Servizio Programmazione Socio Sanitaria

## FABBISOGNO REGIONALE DI PRESTAZIONI DI EMODIALISI 2016-2018

Le nefropatie sono in costante crescita in Italia e nel mondo e richiedono un impegno crescente delle strutture sanitarie e l'impiego di notevoli risorse finanziarie, strumentali e umane.

Tra di esse, quella di maggior impatto è indubbiamente la malattia renale cronica (MRC) - definita come presenza di *danno renale* o *ridotta funzionalità renale* che perduri da almeno 3 mesi, indipendentemente dalla patologia di base, in quanto può provocare la perdita progressiva e completa delle funzioni depurative ed ormonali dei reni, con le relative complicanze.

Nella sua definizione attualmente utilizzata di MRC - introdotta nel 2002 dalla National Kidney Foundation ed espressa nelle linee guida K/DOQI (*Kidney Disease Outcome Quality Initiative*) e modificata nel 2004 dalla KDIGO (*Kidney Disease: Improving Global Outcomes*), - il grado di gravità o stadio della malattia è classificato sulla base dei due fattori sopra citati, ovvero: la presenza del "danno renale", diagnosticato a partire da reperti di laboratorio, strumentali o istologici, e il grado di riduzione della funzione renale, intesa come velocità di filtrazione glomerulare (VFG).

La presenza dei due fattori consente di porre diagnosi di malattia renale cronica anche quando la velocità di filtrazione glomerulare è ancora normale o aumentata (stadio 1) o solo lievemente ridotta (stadio 2). Nei suoi stadi più avanzati (dal terzo in poi), la malattia renale cronica si identifica con l'insufficienza renale cronica (IRC), cioè con la riduzione della funzione di filtrazione dei reni. L'IRC è la naturale conseguenza della MRC e conduce alla perdita progressiva e irreversibile della funzione renale. Nello stadio 5 della MRC-IRC (detta *fase uremica* o *terminale*), i reni hanno gravemente compromessa o persa quasi del tutto la loro funzione, generando nel paziente ritenzione di acqua e di altre sostanze che accumulandosi danno luogo alla cosiddetta sindrome uremica.

Se nelle precedenti fasi sono utilizzabili varie terapie per la cura dell'IRC (tutte di tipo *conservativo* degli organi), in quest'ultima fase la perdita della funzione renale può rendere necessario l'inizio del trattamento dialitico cronico o l'effettuazione del trapianto renale. La terapia sostitutiva dell'insufficienza renale dispone infatti di 2 opzioni: una artificiale, la dialisi, l'altra naturale, il trapianto. La dialisi è di 2 tipologie:

- 1- l'emo-dialisi (rene artificiale), cioè il trattamento in circolazione extracorporea del sangue del paziente con modalità varie ed usando filtri depurativi frutto delle moderne biotecnologie. Tali trattamenti sono effettuati in Centri Ospedalieri o Territoriali in base a valutazioni cliniche, socio-familiari e logistico-topografiche. Questa metodica, solo in casi molto selezionati, può essere effettuata anche a domicilio, dopo addestramento del paziente e di un partner;
- 2- la dialisi peritoneale, domiciliare per eccellenza, cioè il trattamento dialitico intracorporeo che utilizza le capacità depurative della membrana peritoneale. Può essere effettuata manualmente con 3

/ 4 scambi di soluzione dializzante nelle 24 ore, oppure con apparecchio che effettua gli scambi necessari durante la notte.

A partire in particolare dallo scorso decennio, nel mondo si è registrato un incremento molto significativo dell'insufficienza renale cronica (IRC), la quale, nel suo grado lieve, è arrivata ad interessare il 9% della popolazione maschile e l'8% di quella femminile.

Tale incremento è legato all'aumento della popolazione in età avanzata, e di conseguenza delle patologie ad essa correlate, in particolare l'ipertensione arteriosa e il diabete mellito di tipo 2, che rappresentano le principali cause dell'IRC. Con il progressivo invecchiamento della popolazione in corso, in particolare nei paesi più sviluppati, è pertanto lecito attendersi un ulteriore incremento di pazienti nei prossimi anni.

L'impatto clinico sociale ed economico dell'IRC è molto elevato per una serie di motivi. Il primo è legato al fatto che tra i pazienti in cura è molto elevato il tasso di mortalità e di comorbilità (particolarmente per le malattie cardiovascolari), che rendono spesso e con il progredire della patologia molto complessi i trattamenti terapeutici. Questi ultimi, come detto, trovano a loro soluzione clinica con il passaggio da terapie conservative a *terapie sostitutive delle funzioni renali* (emodialisi, dialisi peritoneale, trapianto renale), le quali presentano a loro volta un costo ancor più elevato, sia di tipo sociale per i pazienti e le loro famiglie – il paziente dializzato deve dedicare molte ore settimanali alla terapia – sia di tipo economico per il Sistema sanitario – le spese sanitarie per ogni paziente in dialisi variano dai 40 ai 50 mila euro l'anno. La stessa comorbilità cardiovascolare accresce in questi casi la complessità dei casi clinici, che sfociano spesso in disabilità permanente, con ulteriore aggravio delle necessità sociali e del carico assistenziale delle famiglie.

Le terapie sostitutive delle funzioni renali hanno avuto negli ultimi anni un utilizzo crescente, soprattutto a causa dell'estensione del loro utilizzo a pazienti in età avanzata (anche oltre i 90 anni) e a pazienti affetti da patologie gravi associate all'uremia, che in precedenza ne venivano esclusi.

## 1 – Dati epidemiologici e politiche sanitarie regionali

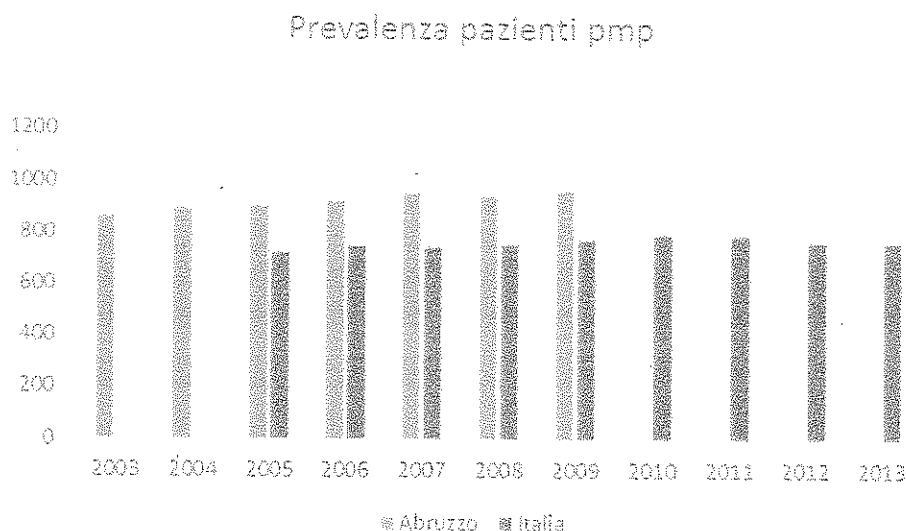
Il numero dei pazienti sottoposti a dialisi mostra una crescita stabile e costante nel tempo, sia qualora lo si consideri in termini di *prevalenza*, sia se lo si apprezzi in termini di *incidenza* sulla popolazione (ovvero, di numero di nuovi pazienti per i quali annualmente vengono avviata la terapia dialitica).

Secondo il Rapporto Nazionale 2011-2013 del Registro Nazionale delle Dialisi e dei Trapianti, la *prevalenza* di pazienti sottoposti a dialisi in Italia nel periodo 2005-2013 è cresciuta in maniera relativamente costante, oscillando sui valori annuali tra i 720 e i 790 per milione di abitante, e passando dai 720 del 2005 ai 760 di 2013, dopo aver toccato un massimo di 790 nel 2010.

Anche l'*incidenza* dei pazienti è consistentemente aumentata tra il 1999 e il 2013: a partire dal valore minimo, rilevato nel primo anno della serie (1999) con 130 pazienti ogni milione di abitanti (pmp), è salita fino ad un massimo di 168 nel 2009, per poi attestarsi sui 160 del 2013. In particolare, ad un primo quinquennio nel quale l'incidenza è sensibilmente cresciuta per arrivare ad un valore di 160 nel 2004, è seguito un quinquennio nel quale si è stabilizzata (a parte in picco dell'anno 2009) intorno a quest'ultimo valore.

In Abruzzo, i dati disponibili (del Registro Regionale di Dialisi e Trapianto, serie storica 2003-2009) mostrano una continua crescita dei pazienti *prevalenti* nel corso degli anni Duemila. Il numero dei pazienti nel decennio è passato dai 1.100 del 2003 ai 1.300 circa del 2009. I dati corrispondono rispettivamente a 860 e 920 per milione di abitante, valore sensibilmente superiore ai valori nazionali. Il dato disponibile più recente (relativo al 2015, si veda oltre), indica una riduzione della prevalenza in Abruzzo a 819 pazienti per milione di abitanti.

Figura 1 – Prevalenza in Italia ed in Abruzzo



Di una certa rilevanza ai fini dello studio della natura del fenomeno è l'evoluzione che esso ha subito nel corso del tempo in termini di tipologia dei soggetti affetti da insufficienza renale cronica. L'analisi diacronica dei pazienti prevalenti per fasce di età dimostra infatti che in Abruzzo tra il 2003 e il 2009 è stata netta la riduzione della percentuale dei pazienti con meno di 45 anni (dal 21,5% sono scesi a fine decennio al 14,8%), il che, a fronte di una lieve riduzione nel peso relativo dei pazienti nella fascia di età tra 46 e 65 anni (dal 36% al 35,1% del totale), si è riflesso in un consistente aumento della quota di pazienti ultra 65enni (dal 42,5% al 48,1%). Si può pertanto ritenere che attualmente circa la metà dei pazienti con patologie da insufficienza renale cronica abbia più di 65 anni, e che tendenzialmente, la patologia si manifesta, o si evidenzia nelle sue forme più gravi, incrementando la domanda di prestazioni di dialisi, con l'aumentare dell'età.

Il numero dei pazienti *incidenti*, ovvero dei nuovi accessi, è stato per tutto il decennio sostanzialmente stabile, e mediamente intorno alle 200 unità, in proporzione superiore alla media nazionale.

Il Piano Sanitario regionale 2008-2010 (approvato con Legge regionale 5/2008), nel rilevare l'importanza e la rapida diffusione dell'insufficienza renale cronica e in generale delle nefropatie, riconosce l'insufficienza delle rete nefrologica regionale a coprire le esigenze della popolazione abruzzese, sia per numero di posti letto tecnici per dialisi globale (all'epoca, pari a 201 unità pmp), sia per la loro distribuzione territoriale.

In considerazione di ciò, il Piano prevedeva importanti azioni di politica sanitaria sotto il profilo clinico assistenziale, sotto quello dell'organizzazione della rete nefrologica e dell'articolazione dei servizi ospedalieri e territoriali.

Sotto l'aspetto medico ed assistenziale, il Piano prevede, anche attraverso un coinvolgimento dei medici di medicina generale, un potenziamento delle attività di prevenzione e di diagnosi precoce, in considerazione del fatto che una delle cause della diffusione della IRC nelle sue fasi dialitiche è il riferimento allo specialista nefrologo di pazienti diagnosticati molto tardivamente o soltanto in fase terminale irreversibile o all'inizio della dialisi cronica. Inoltre, il Piano propone la definizione, con il coinvolgimento attivo di tutte le professionalità interessate, di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali omogenei su tutto il territorio regionale, specifici per tutte le principali patologie neurologiche (IRC, ipertensione arteriosa, nefropatie, calcolosi renale, dialisi e trapianto) e per il

paziente uremico cronico sia nella fase pre-dialitica dell'IRC che in quella del trattamento sostitutivo (emodialisi, dialisi peritoneale e trapianto).

Dal punto di vista dell'organizzazione della rete nefrologica regionale, il Piano conferma la necessità di seguire il modello proposto nel Piano di riordino della rete ospedaliera (Legge regionale 6/2007). Quest'ultimo propone un potenziamento delle unità operative di nefrologia e di quelle previste negli ospedali con presenza di specialità ad elevata assistenza. Queste ultime (con posti letto dedicati o in AFO, dotate di area di degenza autonoma, centro dialisi ospedaliero, area ambulatoriale e/o di Day hospital) devono essere organizzate con la possibilità di organizzare e gestire centri dialisi diffusi sul territorio. Alle strutture di media assistenza (Servizi di nefrologia e dialisi) fanno invece capo le attività di prevenzione, diagnosi e terapia delle malattie renali ed assistenza dialitica nell'insufficienza renale acuta e cronica, da realizzarsi attraverso l'organizzazione e la gestione di unità di dialisi decentrate (UDD), anche specializzate per la cura degli anziani (UDDA) e centri di assistenza limitati (CAL), e garantendo le condizioni di urgenza 24 ore su 24 per tutti i giorni dell'anno.

Rispetto alle previsioni del Piano, nel corso del tempo, gli *standards* ospedalieri della nefrologia sono evoluti nella direzione di una evidente deospedalizzazione dell'assistenza: attualmente, i posti letto autonomi di degenza ordinaria di nefrologia sono 16, 5 in AFO (nel 2010, erano rispettivamente 54 e 14). Il modello organizzativo prefigurato dal Piano sanitario resta ancor più valido nella prospettiva di accompagnare il depotenziamento della sezione ospedaliera con un deciso rafforzamento dei servizi di dialisi sul territorio, ovvero con una maggiore distribuzione dei servizi ambulatoriali, in stretto collegamento con le unità nefrologiche ospedaliere.

A completamento del quadro dell'attuale offerta di terapie sostitutive, va rilevato che il Centro regionale di trapianti di rene dell'Aquila tra il 2001 e il 2015 ha eseguito 473 trapianti (251 dei quali in pazienti abruzzesi). A fine 201, erano in lista d'attesa 262 pazienti, 167 dei quali abruzzesi.

## 2 - Domanda ed offerta attuali di prestazioni dialitiche

A fine 2015, i pazienti in trattamento dialitico in Abruzzo erano 1.070, corrispondenti ad una prevalenza di 819 per milione di abitanti. Di essi, 899 erano in trattamento dialisi extracorporea, 168 in dialisi peritoneale. Solo 3 erano i pazienti in trattamento domiciliare. Il fenomeno si presenta con una certa variabilità tra i territori provinciali: sulla base dei dati dei pazienti attualmente in cura nei centri dialisi abruzzesi, la prevalenza in provincia di L'Aquila (corrispondente al territorio della ASL 01 Avezzano-Sulmona-L'Aquila) è pari a 785 per milione di abitanti, di Chieti (ASL 02 Lanciano-Vasto-Chieti) a 818, di Pescara a 907, di Teramo a 728 per milione di abitanti

Provincia	ASL	Popolazione	Pazienti	Prevalenza (pmp)
L'Aquila	01 – Avezzano-Sulmona-L'Aquila	303.239	238	785
Chieti	02 – Lanciano-Vasto-Chieti	390.962	350	818
Pescara	03 - Pescara	321.973	256	907
Teramo	04 - Teramo	310.339	236	728
Totale Abruzzo		1.326.513	1.070	819

La rete nefro-dialitica in Abruzzo consta di 21 centri, 18 dei quali pubblici, tutti localizzati presso presidi ospedalieri e PTA, e 3 in gestione mista pubblico-privato. Il numero complessivo dei posti letto tecnici in emo-dialisi è pari a 284. A questi si aggiungono 16 posti letto di degenza ordinaria nei reparti ospedalieri di nefrologia e 5 in AFO.

L'attuale distribuzione territoriale dei centri di dialisi è abbastanza decentrata e articolata sul territorio, tale da garantire, con l'eccezione di alcune aree, ed in particolare di quelle a più alta densità di popolazione, un discreto grado di accessibilità alle strutture da parte dei pazienti.

Nel territorio della ASL 01 Avezzano-Sulmona-L'Aquila sono presenti complessivamente 5 centri pubblici di dialisi: uno a L'Aquila, dove, nel Presidio Ospedaliero San Salvatore, è presente anche il Centro regionale di Trapianti del rene, due nell'area Marsicana (ospedale di Avezzano e PTA di Tagliacozzo), e due nell'area Peligno- Sangrina (presso gli ospedali di Sulmona e Castel di Sangro). Nella Marsica è presente anche un operatore privato accreditato (INI Canistro).

Nel territorio della ASL 02 Lanciano-Vasto-Chieti sono operanti 8 centri dialisi, di cui 7 pubblici: quattro nell'area di Chieti-Ortona (nei presidi ospedalieri di Chieti ed Ortona, nel PTA di Guardiagrele, oltre al centro di Francavilla al Mare a gestione mista pubblico-privato); tre nell'area di Lanciano, che comprende anche l'Aventino-Medio Sangro (ex ASL Lanciano: nel Presidio ospedaliero di Lanciano e nei PTA di Casoli ed Atesa); uno nell'ospedale di Vasto.

Nel territorio della ASL03 Pescara sono attivi 3 centri dialisi, nei presidi ospedalieri di Pescara, Penne e Popoli. A Pescara, presso l'Ospedale Santo Spirito, ha sede anche il Centro di Riferimento Regionale di Nefrologia pediatrica.

**Tabella 1 – Centri dialisi in Abruzzo, posti letto e numero di pazienti trattati (dati al 31.12.2015)**

ASL-distr.	Centro	Numero di posti letto				Numero pazienti in trattamento		
		Tecnici	Emerg.	In reparto (*)	D.H.	ED	DP	DD
01 - 01	L'Aquila	24	3	2	0	90	1	1
01 - 02	Tagliacozzo	15	0	0	0	50		
01 - 03	Avezzano	15	0	0	0	50		
01 - 03	Canistro	6	0	C/O Medicina	0	8		
01 - 04	Sulmona	12	2	0	0	31		
01 - 06	Castel di Sangro	5	0	0	0	7		
	<b>Totale ASL 01</b>		<b>82</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>236</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
02 - 01	Vasto	12		2		42	20	
02 - 02	Chieti	13	1	8	1	48	32	
02 - 03	Francavilla al Mare	16				70		
02 - 04	Ortona	13			1	50	10	
02 - 05	Lanciano	8	2			35	8	2
02 - 06	Casoli	8				14		
02 - 06	Atessa	8				8		
02 - 07	Guardiagrele	8				11		
	<b>Totale ASL 02</b>		<b>89</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>278</b>	<b>70</b>	<b>2</b>
03 - 01 02	Pescara	34	2	8	1	141	34	
03 - 05	Penne	11	1			34		
03 - 06	Popoli	11	1			39	8	
	<b>Totale ASL 03</b>		<b>60</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>214</b>	<b>42</b>	<b>0</b>
04 - 01	Teramo	19			2	72	18	
04 - 02	Martinsicuro	14				25	0	
04 - 03	Giulianova	12		1	2	46	29	
04 - 04	Atri	8				26	28	
	<b>Totale ASL 04</b>		<b>53</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>171</b>	<b>55</b>	<b>0</b>
	<b>Abruzzo</b>		<b>284</b>	<b>21</b>	<b>8</b>	<b>899</b>	<b>168</b>	<b>3</b>

**Legenda: (\*) = Posti letto in reparti ospedalieri di Nefrologia o Medicina; ED = Dialisi extracorporea; DP = Dialisi peritoneale; DD = dialisi domiciliare**

Nel territorio della ASL 04 Teramo sono operanti 4 centri dialisi, 3 pubblici, nei presidi ospedalieri di Teramo, Giulianova ed Atri, ed uno a gestione mista pubblico-privato (Martinsicuro).

Gli attuali centri di offerta consentono di soddisfare la domanda complessiva, con qualche difficoltà per i pazienti a raggiungere le strutture e qualche tensione sull'offerta, come detto, in particolare in alcune aree. E' ad esempio evidente la mancanza di centri di dialisi nei distretti numero 3 (Area metropolitana) e 5 (Montesilvano) della ASL di Pescara, tra loro contigui, che insieme costituiscono un'area fortemente urbanizzata di oltre centomila abitanti. L'area è a ridosso del capoluogo e di altri ambiti territoriali ad alta densità di popolazione (i distretti di Chieti e Francavilla al Mare), che già presentano difficoltà nel soddisfare la domanda di prestazioni o nelle quali si manifesta qualche disagio per i pazienti, costretti a spostamenti non sempre agevoli per sottoporsi alle cure.

Qualche difficoltà nel soddisfare la domanda si incontra inoltre nella stagione estiva ed in alcuni centri dialisi "di confine", per i quali si registra un certo grado di mobilità passiva.

### **3 – Fabbisogno di prestazioni dialitiche 2016-2020**

Il calcolo del fabbisogno di posti letto tecnici per prestazioni dialitiche è stato effettuato sulla base dei dati sull'utilizzo attuale di posti letto e sui pazienti prevalenti stimati nei territori di competenza delle singole ASL (si veda l'Appendice, Nota metodologica).

La stima del tasso di crescita del fabbisogno nel triennio è stata effettuata con l'ipotesi che l'*incidenza* (come detto, corrispondente al tasso di crescita della domanda di prestazioni dialitiche), prevalentemente per effetto dell'evoluzione fisiologica della nefropatia cronica (passaggio dai primi due agli stadi successivi della patologia) è mediamente pari in Abruzzo al 2% medio annuo, al netto del numero dei casi con esito.

Ai fini del calcolo del fabbisogno di posti letto è necessario tenere conto di alcune indicazioni normative, organizzative e cliniche fornite dalla Società Italiana di Nefrologia:

1 – il numero medio dei trattamenti dialitici per paziente per anno è pari a 156, con una media mensile di 13 dialisi, salvo complicazioni idro-elettrolitiche e/o cardiovascolari che potrebbero far aumentare il numero previsto di dialisi;

2 – il numero medio di prestazioni che si possono effettuare in ciascuna postazione dialitica è pari a 2 al giorno, salvo i casi in cui sorge la necessità di attivare un terzo turno giornaliero (serale). La normativa vigente prevede infatti che ogni turno di dialisi assorbe circa 6 ore, quattro delle quali destinate al trattamento del paziente, le altre necessarie per la preparazione prima, la sterilizzazione ed il lavaggio del rene artificiale dopo la dialisi e l'areazione dei locali tra un turno dialitico e l'altro;

3 – in ogni centro dialisi è prevista una postazione contumaciale per pazienti HBsAg positivo (cronici)

4- in ogni centro dialisi è previsto almeno un apparecchio di riserva per pazienti con HbsAg positivi, uno per pazienti HCV positivi, uno di riserva per pazienti con markers negativi;

5 - in ogni struttura pubblica di dialisi è prevista almeno una postazione tecnica riservata a trattamenti dialitici di emergenza.

Il fabbisogno di prestazioni per il periodo 2016-2018, articolato per ASL e distretti, è riportato nella tabella2.

Nel breve periodo, oltre che attraverso il maggiore utilizzo della dialisi peritoneale, compatibilmente con le esigenze cliniche, è necessario che la copertura del fabbisogno di prestazioni sia garantita con i centri e la dotazione di posti letto attualmente esistenti.

L'attuale dotazione consente infatti di soddisfare il fabbisogno di distretti contigui nei quali non sono presenti centri di dialisi - nell'aquilano, il distretto 5 è attualmente servito in parte dal centro dell'Aquila, in parte da quello di Avezzano; in provincia di Pescara, la domanda in eccesso della capacità produttiva del capoluogo e dei centri limitrofi è in parte soddisfatta dal centro dialisi di Francavilla al Mare; nel Chietino, parte del fabbisogno dei comuni della costa del distretto 5 fa riferimento al centro di Ortona.

**Tabella 2 – Fabbisogno di prestazioni di dialisi 2016-2018.**

ASL – distr.	Centri dialisi	Popolazione	Posti letto tecnici attuali	Stima prevalenza			Fabbisogno di posti letto tecnici	
				2016	2018	(*)	2016	2018
				Residenti	Totali			
01 - 01	L'Aquila	69.753	27	55	59	61	17	17
01 - 02	Tagliacozzo	69.834	15	55	80	61	23	24
01 - 03	Avezzano e Canistro	62.461	20	49	57	55	20	20
01 - 04	Sulmona	50.424	14	40	51	45	14	15
01 - 05		33.857	0	27	46	32	12	12
01 - 06	Castel di Sangro	16.910	5	13	31	18	8	8
	<b>Totale ASL 01</b>	<b>303.239</b>	<b>82</b>	<b>238</b>	<b>324</b>	<b>272</b>	<b>94</b>	<b>98</b>
02 - 01	Vasto	85.898	12	70	83	77	22	22
02 - 02	Chieti	51.815	14	42	45	48	14	14
02 - 03	Francavilla al Mare	56.694	16	46	53	52	16	16
02 - 04	Ortona	35.123	13	29	32	34	12	12
02 - 05	Lanciano	61.658	10	50	57	56	16	16
02 - 06	Casoli e Atesa	51.295	16	42	51	48	15	15
02 - 07	Guardiagrele	32.120	8	26	29	32	8	9
02 - 08		16.359	0	13	17	19	5	5
	<b>Totale ASL 02</b>	<b>390.962</b>	<b>89</b>	<b>320</b>	<b>367</b>	<b>365</b>	<b>108</b>	<b>109</b>
03 - 01 e 02	Pescara	121.014	36	110	118	122	35	35
03 - 03		62.883	0	57	60	63	18	18
03 - 04	Penne	37.799	12	42	48	50	14	14
03 - 05		53.738	0	49	57	59	16	17
03 - 06	Popoli	46.539	12	34	39	41	12	12
	<b>Totale ASL 03</b>	<b>321.973</b>	<b>60</b>	<b>292</b>	<b>322</b>	<b>335</b>	<b>95</b>	<b>96</b>
04 - 01	Teramo	80.491	19	58	64	68	20	20
04 - 02	Martinsicuro	80.023	14	58	79	83	22	22
04 - 03	Giulianova	76.615	12	56	63	66	20	20
04 - 04	Atri	53.111	8	38	50	53	15	15
04 - 05		20.099	0	14	18	19	5	5
	<b>Totale ASL 04</b>	<b>310.339</b>	<b>53</b>	<b>226</b>	<b>279</b>	<b>289</b>	<b>82</b>	<b>82</b>
	<b>Abruzzo</b>	<b>1.326.513</b>	<b>284</b>	<b>1.076</b>	<b>1.292</b>	<b>1.261</b>	<b>379</b>	<b>385</b>

Note: (\*) = la prevalenza al 2018 è calcolata applicando il tasso di crescita annuo del 2% alla sola popolazione residente; il relativo fabbisogno di posti letto è effettuato invece sul dato complessivo di prevalenza (incluso cioè anche la stima dei prevalenti stagionali)

Rispetto ai dati epidemiologici, che esprimono la localizzazione della domanda di prestazioni dialitiche, sono evidenti le carenze nell'offerta per la popolazione residente nei distretti sopra citati: il distretto numero 5 dell'Aquilano, l'area metropolitana pescarese e la città di Montesilvano (distretti 3 e 5 della ASL 3), oltre che in quasi tutti i comuni costieri.

Si evidenzia, infine, la necessità di potenziare l'offerta, in considerazione del forte incremento stagionale della domanda e della posizione geografica, in tutte le aree di confine (Val Vibrata, zona di Tagliacozzo e distretto marsicano, area Alto sangrina, Basso vastese).

Nel medio periodo, tali dati suggeriscono, nell'ottica di organizzare la rete nefrologica regionale secondo le indicazioni, sopra ricordate, del Piano Sanitario Regionale:

- di contenere la crescita, e anzi, dove possibile, depotenziare il numero dei posti letto tecnici nei centri di riferimento ospedalieri, nella prospettiva di un decongestionare gli stessi e consentire loro di concentrarsi in funzioni di elevata assistenza, ovvero alla cura dei casi clinici complessi o che presentano rischi di complicanze che richiedono il supporto di funzioni ospedaliere.
- di delocalizzare funzioni dialitiche e posti tecnici dai centri sopra citati in UDD nelle aree periurbane, nelle quali sono assenti centri dialisi;
- di potenziare i centri dialisi nelle zone di confine, che attualmente presentano fabbisogni residenziali e stagionali non soddisfatti.



## APPENDICE - NOTA METODOLOGICA

La base dati utilizzata per il presente lavoro è stata costruita attraverso una rilevazione ad hoc effettuata tra l'aprile e l'ottobre 2015 dagli uffici del Servizio Programmazione Socio Sanitaria, volta ad ottenere presso le singole Aziende USL informazioni sul numero di posti letto attivi ed il numero dei pazienti in trattamento dialitico ed in cura nei centri pubblici e privati di dialisi, con le indicazioni necessarie ad effettuare un primo calcolo del fabbisogno.

Successivamente, tali informazioni sono state precisate ed approfondite sulla base dei dati di un questionario predisposto dal Centro regionale di riferimento per il Registro regionale delle Dialisi e dei Trapianti che ha sede presso la cattedra di Nefrologia dell'Università degli Studi G. D'Annunzio di Chieti

Nel questionario venivano richieste informazioni quantitative sul numero dei pazienti ricoverati (per regime di ricovero, in day service, ecc.), dei pazienti in trattamento emodialitico per tipologia di trattamento (extracorporeo, peritoneale, domiciliare, dei pazienti afferenti al centro per controlli), sul numero di dialisi effettuate nel corso del 2014 per regime e tipologia di paziente (in regime di ricovero, ambulatoriale, ecc.), sulle varie tipologie di prestazioni (diagnostiche, terapeutiche, di visita, ecc.).

Il questionario è stato inviato ai responsabili delle Unità Operative di Nefrologia e Dialisi delle Aziende USL abruzzesi, compilato dai responsabili dei singoli centri di dialisi e restituito al Servizio Programmazione Socio sanitaria entro aprile 2016.

Una base dati così ampia permette di utilizzare varie metodologie di calcolo del fabbisogno di dialisi e vari aspetti delle prestazioni dialitiche effettuate. Tra tutte, si è scelto di stimare il fabbisogno di posti letto tecnici sulla base del numero dei pazienti attuali, della prevalenza e del suo incremento annuo (incidenza) stimate.

Il calcolo del numero dei pazienti è effettuato tenendo conto del *fattore residenziale*, calcolato sulla base del numero dei pazienti in carico, rispettivamente attuale e previsto al 2018, e di un *fattore di stagionalità*.

Il calcolo del numero dei pazienti stabilmente in carico è effettuato avendo come base il numero dei pazienti attuali, corretto sulla base dei dati epidemiologici, ovvero dei *prevalenti* per milione di abitanti. Il dato dei pazienti attuali per distretto è infatti influenzato dalla localizzazione degli attuali centri dialisi: la determinazione del numero dei pazienti per distretto sulla base dei dati epidemiologici consente invece di avere un quadro più aderente alla residenza dei pazienti.

La necessità di tener conto di un fattore correttivo che esprima una quota di domanda stagionale trae il suo fondamento nel fatto che il fenomeno turistico in Abruzzo non è di dimensioni trascurabili in termini di popolazione movimentata nei periodi di vacanza e soprattutto nei due mesi estivi di luglio ed agosto.

Il movimento turistico ufficiale in Abruzzo, regione che ha poco più di 1,3 milioni di abitanti, è caratterizzato annualmente da un flusso di turisti ("arrivi" turistici) di poco superiore al milione e mezzo. Al di là della dimensione numerica, le caratteristiche di tale flusso - permanenza media di 2-3 giorni in strutture alberghiere e 9-10 giorni in strutture extra-alberghiere del turista - non consente di per sé di ipotizzare che esso possa generare domanda aggiuntiva di prestazioni dialitiche.

Ancor più importante è il fenomeno, che di solito sfugge alle rilevazioni ufficiali delle statistiche del turismo, delle "seconde case" non adibite a residenza. Si tratta di alloggi in genere utilizzati da turisti o da abruzzesi residenti fuori regione che ritornano per più o meno lunghi periodi dell'anno, e particolarmente in estate, con periodi decisamente più lunghi di permanenza e quindi con

atteggiamento più "residenziale" rispetto al turismo tradizionale. Per questo tipo di turisti è pertanto possibile ipotizzare possibile domanda stagionale di prestazioni di dialisi. Per avere un'idea delle dimensioni del movimento di popolazione generato in ingresso sul territorio regionale dal fenomeno stagionale delle seconde case, si deve tener presente che secondo un recente studio del CRESA su dati 2012 le seconde case in Abruzzo (pari 171.465) hanno garantito oltre 25,2 milioni di presenze (intese come numero di giornate di permanenza: per un confronto, le presenze del turismo "ufficiale", che, come detto, movimentata un milione e mezzo di persone, sono annualmente intorno ai 7 milioni). Il fenomeno delle seconde case interessa sia i piccoli comuni dell'entroterra sia i comuni della costa: in molti centri abruzzesi il numero delle seconde case è superiore a quello delle famiglie residenti, e nei comuni a vocazione turistica estiva ed invernale addirittura pari dalle tre alle cinque volte quello delle case per residenza.

Il *fattore di correzione stagionale* della domanda di prestazioni è stato pertanto calcolato tenendo conto, per ciascuna provincia (coincidente con il territorio della ASL) e per ciascun comune, poi aggregato nei distretti, del possibile flusso teorico di popolazione legato alla presenza di seconde case, ovvero degli "arrivi", ottenuto dividendo le "presenze" per il numero dei giorni del trimestre estivo, pari a 92. Da questa popolazione è stato ricavato il numero dei *prevalenti* (moltiplicandolo per il valore nazionale dei prevalenti per milione di abitanti, pari a 760).

Il numero complessivo dei prevalenti risulta pertanto stimato nelle due componenti residenziale e stagionale.

Il calcolo del *fabbisogno di posti letto tecnici* al 2016 è effettuato dividendo il numero dei prevalenti, stimati come appena detto, per 3,5, che è l'indice di rotazione medio di pazienti sul singolo posto letto basato su due turni giornalieri e frequenza tri-settimanale del trattamento dialitico.

Sulla base del dato di fabbisogno calcolato al 2016 viene poi effettuata una stima dei pazienti al 2018, con l'ipotesi che il tasso di crescita del loro numero sia pari al 2% annuo (risultante dai pazienti incidenti al netto di quelli con esiti della patologia), applicato però ai *solli pazienti residenti*. Ai fini del calcolo del fabbisogno territoriale, si è ipotizzato che l'incremento avvenga in maniera equamente distribuita sul territorio, quindi secondo un tasso di crescita netto del 2% in tutti gli ambiti territoriali.



GIUNTA REGIONALE

DIPARTIMENTO PER LA SALUTE E IL WELFARE

Prot. n. RA/173576 /DPD009

Pescara, li 26 LUG. 2016

All'Assessore alla Programmazione Sanitaria  
e alla Programmazione Economica  
Dr. Silvio Paolucci

SEDE

**OGGETTO:** Proposta di Decreto del Commissario ad acta recante: "APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO "DEFINIZIONE DEL FABBISOGNO REGIONALE DI PRESTAZIONI DI EMODIALISI 2016-2018"".

**1. STRUTTURA PROPONENTE:**

Servizio Programmazione Sanitaria Dirigente: Dott. Tobia Monaco  
Responsabile del procedimento: Dott. Tobia Monaco

**2. RELAZIONE ILLUSTRATIVA:**

*Con il presente provvedimento viene approvato il documento "Definizione del fabbisogno regionale di servizi di emodialisi 2016-2018", elaborato con il supporto dell'Unità Operative di Nefrologia e Dialisi delle Aziende USL.*

*Il fabbisogno è calcolato sulla base dei pazienti prevalenti, attualmente in cura presso i 21 centri dialisi operanti in Abruzzo, e, per i prossimi tre anni, sulla base di un incidenza (ovvero tassi di crescita dei pazienti in cura) stimata del 2% annuo.*

*Il decreto detta inoltre disposizioni per la copertura del fabbisogno di dialisi nel breve e nel medio periodo. Per l'immediato, vengono avviate le procedure di accreditamento istituzionale delle strutture miste pubblico-private che attualmente concorrono con quelle pubbliche a garantire che il fabbisogno di tali terapie salvavita sia soddisfatto. Nel medio periodo, è previsto di sviluppare l'attuale rete dialitica incrementando il numero di posti letto tecnici nelle aree (essenzialmente periurbane) nelle quali l'offerta è carente.*

VISTO  
Il Direttore regionale

(Dr. Angelo Muraglia)

IL DIRIGENTE  
(*Silvio Paolucci*)

VISTO,  
IL COMPONENTE LA GIUNTA REGIONALE

(Dr. Silvio Paolucci)

Prot. n. RA/ER 18/16 /SSAS

Pescara, li 10 AGO. 2016