

---

Direzione SANITA'

Settore Programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari

---

DETERMINAZIONE NUMERO: 262

DEL: 11/04/2019

Codice Direzione: A14000

Codice Settore: A1413B

Legislatura: 10

Anno: 2019

Non soggetto alla trasparenza ai sensi Artt. 15-23-26 del decreto trasparenza

Firmatario provvedimento: RIPA FRANCO

#### Oggetto

Istituzione della Commissione Regionale di coordinamento della rete clinico-assistenziale nefrologica

Premesso che,

si definisce Malattia Renale Cronica (MRC) una condizione di alterata funzione renale che persiste oltre i 3 mesi. È classificata in cinque stadi di crescente gravità, dove lo stadio 5 corrisponde alla terapia sostitutiva dialitica o al trapianto di rene; è una patologia molto diffusa, con una prevalenza crescente nella popolazione generale stimata, a livello mondiale, in circa il 10% della popolazione. Le sue dimensioni epidemiche, l'elevato rischio cardio-vascolare ad essa associato e gli alti costi sociali ed economici connessi ai trattamenti sostitutivi, come la dialisi e il trapianto, ne fanno uno dei principali argomenti nei piani di prevenzione e di programmazione sanitaria. In Italia la prevalenza si attesta intorno al 7,5% negli uomini e 6,5% nelle donne in una popolazione con una età compresa tra i 35 e 79 anni; le cause principali dell'aumento della Malattia Renale Cronica sono legate prevalentemente all'invecchiamento della popolazione, all'aumentata prevalenza, nella popolazione generale, di condizioni cliniche caratterizzate da un elevato rischio di manifestare un danno renale (diabete mellito di tipo II, sindrome metabolica, ipertensione arteriosa) e all'aumentata sopravvivenza dei pazienti complessi e affetti da comorbidità; per questo è di particolare importanza l'identificazione precoce della malattia attraverso la definizione di specifici percorsi di diagnosi e di terapia assistenziale (PDTA) anche con previsione di collaborazioni interdisciplinari tra nefrologi, medici di medicina generale, altri specialisti come cardiologi, diabetologi, dietologi, psicologi e personale infermieristico esperto nelle problematiche renali.

Considerato che,

la Rete nefrologica piemontese, anche a seguito della progressiva nascita di numerosi Centri Dialisi per il trattamento sostitutivo dell'uremia cronica ha rappresentato, fin dagli anni sessanta, un

modello di trattamento integrato della malattia renale che ha ottenuto ottimi risultati dal punto di vista clinico raggiungendo il traguardo del pieno trattamento e riabilitazione dei cittadini interessati da danno renale; negli anni settanta furono approvati i primi programmi per la prevenzione e il trattamento dell'uremia cronica e le prime norme per la gestione dei trattamenti dialitici a domicilio (Legge Regionale 25 novembre 1974, n. 34. "Norme per l'assistenza dialitica domiciliare" e per la suddivisione del territorio, tra le differenti unità operative di Nefrologia e Dialisi, in zone di rispettiva competenza territoriale (D.C.R. del 28 settembre 1976 n. 108-65344). Il Piemonte è inoltre la Regione che per prima in Italia, fin dal 1981, ha attivato un Registro Regionale di Dialisi e Trapianto, in seguito disciplinato con la Legge Regionale 11 aprile 2012 n. 4 ad oggetto "Disciplina dei registri regionali di rilevante interesse sanitario" assegnandone, con la DGR del 21 maggio 2013 n. 20-5817, la titolarità del trattamento dei dati, con autonomia per ciò che attiene il rispetto della normativa sulla privacy, al Centro Regionale Trapianti; con tali atti la Regione si è munita di un sistema di raccolta di dati per seguire e controllare il fenomeno del danno renale terminale; esistono inoltre basi di dati regionali che possono essere messe a disposizione della ricerca epidemiologica ai fini della programmazione;

sempre nel 1981 prese l'avvio, presso l'AOU "S. Giovanni Battista" di Torino, un'importante attività di trapianto renale destinata ad essere poi successivamente estesa anche all'AOU "Maggiore della Carità" di Novara ed all'Ospedale Infantile "Regina Margherita" di Torino;

il Piano socio-sanitario regionale del triennio 1997-1999 fornì poi una più sistematica descrizione della Rete di nefrologia e dialisi, dei suoi obiettivi e della sua organizzazione, nonché una revisione delle zone di competenza territoriale dei vari centri dialisi;

la maggior disponibilità di mezzi diagnostici e terapeutici e le attività di prevenzione nefrologica con una sempre maggiore attività di presa in carico dei pazienti in fase precoce della malattia (DGR 2 agosto 2013 n. 88-6290), hanno migliorato visibilmente la prognosi della malattia renale cronica, consentendo spesso un rallentamento della sua progressione ritardando quindi l'inizio del trattamento sostitutivo;

più recentemente anche il Piano socio-sanitario regionale 2012-2015, nell'ambito dei progetti speciali di salute, ha espressamente dedicato due specifici paragrafi: il primo al fine di sottolineare la rilevanza delle malattie nefrologiche, il secondo dedicato alla definizione delle modalità organizzative della Rete nefrologica.

Dato atto che,

con la DGR del 3 agosto 2007 n. 8-6636 recante "Progetto integrato di prevenzione dell'insufficienza renale e appropriatezza del percorso assistenziale di diagnosi e cura delle malattie nefrologiche", si è provveduto, oltre che a sottolineare gli aspetti di prevenzione del danno renale, anche ad impartire prime direttive alle Aziende Sanitarie Regionali in materia di riorganizzazione delle attività nefrologiche, ad attivare percorsi di diagnosi e terapia per i pazienti con insufficienza renale, a favorire la domiciliarità ed incentivare l'iscrizione alla liste di trapianto renale, tutto ciò con il fine di giungere ad una omogenea modalità operativa su tutto il territorio regionale;

con la DRG del 12 ottobre 2009, n. 8-12316 ad 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" è stato istituito, in via sperimentale per tre anni, un contributo economico di sostegno per il trattamento dialitico domiciliare. L'istituzione del suddetto Contributo Economico comprende la Dialisi Peritoneale Continua Ambulatoriale (CAPD), quella Peritoneale Automatizzata (APD) e l'Emodialisi Domiciliare ed è erogato anche in relazione alla stesura di un "Piano Assistenziale Individuale Dialisi Domiciliare" (P.A.I.D.D.) e della "Scheda di valutazione", redatta dal Centro dialisi di riferimento. La succitata DGR è stata

successivamente modificata con la DGR del 30 dicembre 2013, n.10-6978 con la quale il contributo ha assunto una valenza stabile;

con la DGR 19 marzo 2012, n. 59-3569. ad oggetto "Approvazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) della Malattia Renale Cronica avanzata e della Dialisi Domiciliare" è stato approvato il relativo documento metodologico nel quale è stato definito un percorso organizzativo e clinico per processi, semplificando ed uniformando gli interventi nelle seguenti macro-aree di processo: processo diagnostico e follow up del paziente adulto, aspetti diagnostici, clinici, nutrizionali, implicazioni psicologiche dell'individuo con danno renale cronico avanzato in ambito familiare e problematiche inerenti l'organizzazione gestionale dei centri dialisi regionali; nell'atto si afferma inoltre l'importanza della prevenzione e l'indirizzo verso il trattamento di trapianto renale e dei trattamenti di dialisi domiciliare anche al fine del contenimento della spesa sanitaria;

con la DGR del 30 luglio 2012, n. 55-4258 recate "Istituzione dell'Osservatorio regionale sulla Malattia Renale Cronica (OMRC) per il controllo epidemiologico del fenomeno delle patologie di interesse nefrologico" è stato istituito l' "Osservatorio" con compiti di controllo epidemiologico, di verifica dei dati disaggregati della popolazione in trattamento sostitutivo e dello stato di attuazione della succitata DGR n. 8-12316. Il succitato OMRC ha altresì il compito di fornire una relazione illustrativa, con cadenza annuale, mediante l'elaborazione dei dati di produzione forniti dai Centri di nefrologia, dislocati sul territorio piemontese, al fine di migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'intervento nefrologico;

con la DGR del 2 agosto 2013, n. 88-6290 recante "Consolidamento delle attività relative all'ambulatorio per la malattia renale avanzata in applicazione del percorso di diagnosi e terapia sull'avvio del trattamento sostitutivo della funzione renale", dopo una fase sperimentale presso le strutture di Nefrologia e Dialisi negli anni 2010-2013, si è provveduto a formalizzare le attività svolte dagli Ambulatori per la malattia renale avanzata (MaReA) in applicazione del percorso di diagnosi e terapia sull'avvio del trattamento sostitutivo della funzione renale. Sono stati inoltre identificati i referenti nei seguenti ambiti: 1) progetto MaReA 2) trapianto 3) dati di analisi, con le seguenti finalità: - sviluppo, in ogni struttura di Nefrologia e Dialisi della Regione, di un Ambulatorio MaReA - raccordo con altre figure professionali (psicologi e dietologi/dietisti) - definizione di una procedura di esecuzione, in codice di urgenza, degli esami volti all'iscrizione in lista di attesa per un trapianto ed alla valutazione di eventuali donatori viventi - riconoscimento di una tariffa per la preparazione alla donazione di rene da vivente - avvio di un programma di trapianto preventivo di rene da donatore cadavere.

Tenuto conto,

che, nel corso del 2017, in occasione delle innovazioni apportate dal D.P.C.M.12 gennaio 2017 e dell'inclusione, nell'allegato 8 bis, di alcune patologie considerate ora cronico-invalidanti, tra cui la sindrome autosomica dominante del rene policistico (di seguito ADPKD), sono stati altresì predisposti alcuni PDTA regionali di interesse nefrologico, quali quello relativo al paziente affetto da tale anomalia genetica, al fine di poter garantire un'identificazione precoce ed una continuità assistenziale multidisciplinare, ritenuta necessaria anche in questa forma più rara di patologia afferente la malattia renale cronica;

del documento, trasmesso alle ASR con nota prot. n. 10533 del 9 maggio 2018, avente ad oggetto "Progetto di monitoraggio ambulatoriale del paziente adulto portatore di trapianto renale presso la Rete nefrologica Piemonte e Valle d'Aosta", redatto a conclusione di un percorso di lavoro svolto all'interno dei Corsi di Aggiornamento in Nefrologia, Dialisi e Trapianto XXX, XXXI, XXXII Edizione, svoltisi alle Molinette (anni 2015, 2016,2017), che hanno avuto come protagonisti i nefrologi impegnati nelle attività degli ambulatori post-trapianto renale presso i Centri Trapianto Reni dell'adulto di Torino (Molinette), Novara ed i centri nefrologici-dialitici del Piemonte e della Valle d'Aosta. Tale documento mette in evidenza il ruolo fondamentale del monitoraggio e della qualità

del follow-up post-trapianto quali principali fattori associati alla sopravvivenza, nel lungo termine, nei trapianti renali;

che sono inoltre in fase di avanzata predisposizione alcuni documenti tecnici in particolare quello afferente la definizione di un percorso operativo in tema di accessi vascolari. Il documento si pone l'obiettivo di realizzare una rete regionale multidisciplinare (radiologi interventisti, chirurghi vascolari e nefrologi) in grado di garantire la creazione ed il mantenimento di un Accesso Vascolare con i tempi e l'efficienza necessaria ai pazienti affetti da insufficienza renale cronica avanzata che necessitano del trattamento sostitutivo emodialitico.

Considerato che,

alla luce delle nuove disposizioni contenute nel "*Piano Nazionale Cronicità*", di seguito PNC, in tema di azioni contro le malattie croniche, allo scopo di consolidare l'esistente e di tracciare le linee programmatiche per l'immediato futuro, saranno redatti PDTA a valenza regionale a cui quelli aziendali, già in atto e gli eventuali successivi, si dovranno allineare, seppur declinati nelle realtà organizzative e gestionali aziendali di riferimento;

la gestione delle malattie renali si realizza in primo luogo mediante interventi finalizzati alla prevenzione sia primaria che secondaria; in tale ambito, altrettanto rilevanti, sono la presa in carico dei pazienti, il loro trattamento in forma integrata, tra i diversi setting assistenziali (prevenzione, ospedale, territorio, strutture intermedie, domicilio) e tra i vari professionisti (specialisti e MMG/PLS), nonché il confronto costante con i cittadini e gli utenti dei servizi;

nonostante i numerosi atti, promulgati nel corso degli anni, e l'efficiente modello di trattamento integrato della malattia renale, in questo ambito non è mai stata formalizzata, una "*Rete clinica*" con relativo "*Piano di Rete*" con finalità clinico-organizzative. Il modello di trattamento integrato adottato in questo ambito clinico ha raggiunto negli anni ottimi risultati, prevedendo altresì la riabilitazione dei pazienti con danno renale e l'acquisizione di modelli finalizzati alla prevenzione e al rallentamento della progressione della malattia renale cronica; lo stesso è peraltro indicato frequentemente come modello a cui ispirarsi anche da altre Regioni e discipline.

Preso atto che,

il DPCM del 12 gennaio 2017 ad oggetto "*Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*" apporta, come indicato nell'art. 52, importanti revisioni e modifiche all'elenco delle malattie cronicoinvalidanti disponendo l'inserimento, nell'allegato 8 bis, tra le patologie per le quali è prevista l'esenzione alla compartecipazione della spesa da parte del cittadini, alcune fattispecie di disturbi afferenti l'area nefrologica tra cui l'ADPKD (con codice di esenzione 062) e l'insufficienza renale cronica (con valori di clearance della creatinina inferiori ad 85ml/m e codice di esenzione 023); l'art. 55 dispone inoltre che i pazienti nefropatici cronici, che necessitano di trattamento dialitico, debbano avere assicurato il rimborso delle spese di trasporto dal domicilio al centro dialisi, come peraltro già attuato nella DGR 7 maggio 2002 n. 80-5989; nel medesimo decreto viene inoltre evidenziata l'importanza delle disfunzioni renali dell'età evolutiva;

l'Accordo Rep. Atti n.160/CSR ad oggetto "*Piano nazionale della cronicità*", sancito nella seduta del 15 settembre 2016 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, definisce, a livello nazionale, un "*disegno strategico*" finalizzato alla gestione della cronicità da attuarsi nelle singole Regioni mediante l'adozione di appositi atti. Nel PNC vengono posti, tra gli altri, i seguenti obiettivi: 1) ridefinire la rete d'offerta sanitaria/socio-sanitaria con il miglioramento, l'uniformità e la tempestività delle cure; 2) operare un progressivo riorientamento della rete territoriale congiuntamente alle cure primarie, anche con il coinvolgimento attivo dei medici di medicina generale (MMG); 3) perseguire azioni, finalizzate alla **riprogettazione** del percorso di gestione sanitaria relativo al paziente affetto da malattia cronica; in particolare viene affrontata la tematica afferente la malattia renale cronica e l'insufficienza renale

individuando gli obiettivi dell'azione sanitaria, declinandone le macroattività e proponendo le conseguenti linee d'intervento.

Visto,

la DGR n. 22-6467 del 9 febbraio 2018 recante "*Piano nazionale cronicità Recepimento Accordo Stato-Regioni 15.9.2016 e approvazione delle Linee di indirizzo regionali per le annualità 2018-2019*" nella quale viene affrontato il tema della "*presa in carico*" dei pazienti affetti da malattie croniche, tra cui le nefropatie, e vengono proposti interventi finalizzati ad adeguare la capacità di risposta del sistema sanitario e sociosanitario piemontese al mutato fabbisogno della popolazione; nel PNC sono altresì elencate e descritte cinque macrofasi (stratificazione e targeting della popolazione, promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce, presa in carico e gestione del paziente attraverso il piano di cura, erogazione di interventi personalizzati e valutazione della qualità delle cure erogate) da considerarsi nella programmazione delle attività in capo alla "*Commissione regionale di coordinamento della rete clinico-assistenziale nefrologica*";

il Documento, sancito dalla Conferenza Stato-Regioni, ai sensi del punto 8.1 dell'allegato 1 al D.M. n. 70/2015, elaborato da un gruppo di lavoro interministeriale coordinato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) ad oggetto "*Linee Guida per la revisione delle Reti clinico assistenziali - Reti tempo dipendenti*", con il quale sono stati individuati i requisiti generali che devono essere presenti in tutte le "*Reti clinico - assistenziali*" al fine di assicurare omogeneità dei modelli di Rete e garantire, su tutto il territorio nazionale, la risposta assistenziale ai bisogni di cura del paziente in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza;

la DGR 19 novembre 2014, n. 1-600. "*Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale*" che ha previsto 6 centri Hub, con DEA di secondo livello, più il centro pediatrico ed i restanti centri Spoke, con DEA di primo livello, mantenendo, come disposto da successive DGR, le attività di assistenza nefrologica in regime di ricovero, in essere presso i centri Spoke; soluzione quest'ultima che ha permesso di proseguire un'importante attività rivolta ai nefropatici ed ai pazienti in trattamento dialitico sul territorio;

la D.G.R. del 29 giugno 2015 n. 26-1653 ad oggetto "*Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i.*" con cui è stato approvato il programma di interventi per il riordino della rete territoriale in relazione alla razionalizzazione dell'offerta dei diversi nodi afferenti la rete nefrologica ed allo sviluppo delle interconnessioni tra diversi setting assistenziali, professionisti ed altre reti specialistiche;

la DGR 27 marzo 2017, n. 17-4817 recante "*Programma regionale per il Governo dei tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale per il triennio 2017-2019*" mediante la quale vengono posti gli obiettivi di intercettare il reale bisogno di salute, di ridurre le prestazioni non appropriate e di rendere compatibile la domanda con la garanzia di quanto stabilito nel DPCM cd. "*nuovi LEA*"; nel medesimo atto viene inoltre definito il bacino geografico di garanzia per il **soddisfacimento** del bisogno dei cittadini, in termini di erogazione di prestazioni specialistiche, che è rappresentato dalle Aree Omogenee di Programmazione ex Decreto Ministeriale 70/2015 (così come identificate con D.G.R. n. 1-600 succitata e D.G.R. n. 1-924 del 23.1.2015 di modifica);

in relazione a quanto su indicato, nella composizione della Commissione in argomento, è pertanto rispettato il principio della rappresentatività territoriale, in rapporto alle "Aree Omogenee" definite nei succitati atti e di seguito dettagliate:

- Area Omogenea Torino;
- Area Omogenea Torino Ovest;
- Area Omogenea Piemonte Sud Ovest;
- Area Omogenea Piemonte Nord Est;
- Area Omogenea Piemonte Sud Est.

Per le motivazioni sovraesposte,

si ritiene opportuno istituire la “*Commissione regionale di coordinamento della rete clinico-assistenziale nefrologica*” allo scopo di organizzare la risposta clinico-assistenziale nefrologica secondo le indicazioni contenute nei diversi provvedimenti regionali con le seguenti finalità:

- analizzare e razionalizzare l'offerta dei diversi nodi della “Rete”, al fine di rendere più omogeneo l'approccio al paziente nelle diverse aree regionali per quanto riguarda la prevenzione, la presa in carico e il successivo trattamento;
- sviluppare le interconnessioni tra i nodi della Rete, tra diversi setting assistenziali (prevenzione, diagnosi, cura, assistenza, riabilitazione, domicilio), tra i professionisti (clinici specialisti, MMG/PLS, professioni sanitarie) e con le altre reti specialistiche;
- sviluppare le pratiche, basate sull'evidenza scientifica, valutare e migliorare l'appropriatezza clinica ed organizzativa, i processi, gli esiti e la sicurezza dei pazienti anche attraverso l'audit clinico-assistenziale;
- sviluppare i percorsi diagnostico-terapeutici, i protocolli e le procedure, in forma omogenea e condivisa, nei diversi setting, in ambito multiprofessionale e multidisciplinare;
- razionalizzare l'uso delle risorse, con particolare riferimento ai farmaci, ai presidi, alle tecnologie ed al personale operante nei servizi;
- analizzare e migliorare i tempi di attesa per i ricoveri e le prestazioni ambulatoriali;
- analizzare e controllare la mobilità passiva verso altre Regioni;
- sviluppare un sistema informativo adeguato alla raccolta dei dati epidemiologici e di attività ed al monitoraggio, con indicatori di processo ed esito, al fine della messa in atto delle azioni di miglioramento;
- sviluppare la formazione degli operatori della Rete;
- favorire progetti di ricerca sia in ambito clinico che organizzativo;
- favorire meccanismi di comunicazione con i cittadini, le Associazioni dei pazienti e con i principali stakeholder.

Ritenuto opportuno,

procedere alla definizione della composizione della “*Commissione regionale di coordinamento della rete clinico-assistenziale nefrologica*”, identificati nelle seguenti figure professionali che hanno garantito la loro disponibilità, tenuto conto delle specifiche competenze maturate dagli stessi nell'ambito delle proprie esperienze professionali e delle funzioni già svolte quali componenti di gruppo di lavoro:

- **Prof. Luigi Biancone:** Direttore SC Nefrologia Dialisi e Trapianto A.O.U. “*Città della Salute e della Scienza di Torino*” – P.O. “*Molinette*” e “*CTO*” - Università degli Studi di Torino - Centro Hub (Area Omogenea Torino);

- **Prof. Dario Roccatello:** Direttore SC Nefrologia e Dialisi A.S.L. “*Città di Torino*” - P.O. “*S. Giovanni Bosco*” di Torino - Coord Rete Malattie Rare, ERK-Nef - Università degli Studi di Torino - Centro Hub (Area Omogenea Torino);

- **Dott. Marco Manganaro:** Direttore SC Nefrologia e Dialisi - A.O. “*SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria*” - Presidente SIN Piemonte e VdA - Centro Hub - (Area Omogenea Sud-Est);

- **Prof. Vincenzo Cantaluppi** : Direttore SC Nefrologia e Trapianto A.O.U. "Maggiore della Carità" di Novara - Università degli Studi del Piemonte Orientale - Centro Hub (Area Omogenea Nord -Est);
- **Dott. Alfonso Pacitti**: già Direttore SC Nefrologia e Dialisi;
- **Dott. Marco Formica**: Direttore SC Nefrologia e Dialisi ASL CN1 - Centro Spoke (Area Omogenea Sud Ovest);
- **Dott. Stefano Cusinato**: Direttore SC Nefrologia e Dialisi ASL Novara – Centro Spoke (Area Omogenea Nord Est);
- **Dott. Stefano Maffei**: Direttore SC Nefrologia e Dialisi - ASL AT- P.O. "Cardinal Massaia" di Asti - Centro Spoke - Coordinatore Osservatorio Malattia Renale Cronica- Segretario SIN Piemonte e VdA (Area Omogenea Sud Est);
- **Dott.ssa Silvana Savoldi**: Direttore SC Nefrologia e Dialisi- ASLTO4 – Centro Spoke (Area Omogenea Torino);
- **Dott. Alessandro Paudice**: Direzione Sanitaria - Epidemiologia ed Organizzazione dei Servizi Sanitari;
- **Sig. Giovanni Abagnale**: Infermiere Coordinatore Capo Sala SC Nefrologia Dialisi e Trapianto A.O.U. "Città della Salute e della Scienza di Torino" – P.O. "Molinette";
- **Sig. Paolo Nenci** Segreteria Regionale del Comitato Piemonte ANED Onlus - in qualità di rappresentante delle associazioni di pazienti;
- **Dott. Franco Ripa**, dirigente del Settore "Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio Sanitari" (A1413 B) della Direzione Sanità;
- **Dott.ssa Maria Teresa Simonetti**, funzionario regionale assegnato al Settore "Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio Sanitari" (A1413 B) della Direzione Sanità.

Valutata,

la necessità di nominare, tra i componenti del gruppo di lavoro, un Coordinatore, individuato nel Dott. **Marco Manganaro**, Direttore SC Nefrologia e Dialisi - A.O. "SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo" di Alessandria, Presidente SIN Piemonte e VdA, con maturata e comprovata esperienza professionale, in tema di Nefrologia sia clinica che organizzativa, indicando tra gli altri, compiti attinenti al miglioramento delle attività afferenti l'organizzazione, lo studio, la ricerca e affidandole un ruolo specifico nei rapporti con la rappresentatività regionale.

Dato atto che,

la Direzione Regionale Sanità provvederà alla supervisione e monitoraggio dei lavori della Commissione stessa, nonché agli adempimenti amministrativi necessari a garantirne il regolare funzionamento;

viene richiesto alla Commissione di formulare una programmazione della attività nel breve-medio termine mediante la stesura di una relazione annuale in merito all'andamento dei lavori della Commissione stessa.

Considerata,

la necessità di prevedere che nessun beneficio economico verrà corrisposto ai componenti della "Commissione regionale di *coordinamento della rete clinico-assistenziale nefrologica*" poiché gli stessi svolgeranno la loro attività nella veste istituzionale di rappresentanti delle rispettive Amministrazioni.

Rilevato che,

la Commissione in argomento potrà avvalersi della collaborazione, sempre a titolo gratuito senza oneri aggiuntivi, di altre figure professionali, sia interne all'Assessorato, in relazione ai temi trattati di natura farmacologica e tecnica, sia di esperti esterni con specifica esperienza e competenza nelle materie di volta in volta trattate e potrà altresì procedere all'acquisizione di dati informativi.

Attestata,

l'assenza degli effetti diretti ed indiretti, del presente provvedimento, sulla situazione economico - finanziaria e sul patrimonio regionale, ai sensi della DGR 1-4046 del 17 ottobre 2016

Tutto ciò premesso, per le motivazioni in premessa esplicate,

#### IL DIRIGENTE

Visti gli artt. 17 e 18 della L.R. 28 luglio 2008 n. 23;

Vista la DGR 19 novembre 2014, n. 1-600;

Vista la DGR 23 gennaio 2015 n. 1-924;

Visto il D.P.C.M. 12 gennaio 2017;

Vista la DGR 2 agosto 2013 n. 88-6290;

Vista la DGR del 3 agosto 2007 n. 8-6636;

Vista la DGR 3 agosto 2007 n. 8-6636;

Vista la DGR 12 ottobre 2009, n. 8-12316;

Vista la DGR 9 marzo 2012, n. 59-3569;

Vista la DGR 30 luglio 2012, n. 55-4258;

Vista la DGR 2 agosto 2013, n. 88-6290;

DGR 9 febbraio 2018, n. 22-6467.

#### DETERMINA

per le motivazioni di cui alle premesse:

- A. istituire la "*Commissione regionale di coordinamento della rete clinico-assistenziale nefrologica*" allo scopo di organizzare la risposta clinico-assistenziale nefrologica secondo le indicazioni contenute nei diversi provvedimenti della Regione Piemonte con le seguenti finalità:
- analizzare e razionalizzare l'offerta dei diversi nodi della "Rete", al fine di rendere più omogeneo l'approccio al paziente nelle diverse aree regionali per quanto riguarda la prevenzione, la presa in carico e il successivo trattamento;
  - sviluppare le interconnessioni tra i nodi della Rete, tra diversi setting assistenziali (prevenzione, diagnosi, cura, assistenza, riabilitazione, domicilio), tra i professionisti (clinici specialisti, MMG/PLS, professioni sanitarie) e con le altre reti specialistiche;
  - sviluppare le pratiche, basate sull'evidenza scientifica, valutare e migliorare l'appropriatezza clinica ed organizzativa, i processi, gli esiti e la sicurezza dei pazienti anche attraverso l'audit clinico-assistenziale;

- sviluppare i percorsi diagnostico-terapeutici, i protocolli e le procedure, in forma omogenea e condivisa, nei diversi setting, in ambito **multiprofessionale** e multidisciplinare;
- razionalizzare l'uso delle risorse, con particolare riferimento ai farmaci, ai presidi, alle tecnologie ed al personale operante nei servizi;
- analizzare e migliorare i tempi di attesa per i ricoveri e le prestazioni ambulatoriali;
- analizzare e controllare la mobilità passiva verso altre Regioni;
- sviluppare un sistema informativo adeguato alla raccolta dei dati epidemiologici e di attività ed al monitoraggio, con indicatori di processo ed esito, al fine della messa in atto delle azioni di miglioramento;
- sviluppare la formazione degli operatori della Rete;
- favorire progetti di ricerca sia in ambito clinico che organizzativo;
- favorire meccanismi di comunicazione con i cittadini, le Associazioni dei pazienti e con i principali stakeholder.

B. procedere alla definizione della composizione della *"Commissione regionale di coordinamento della rete clinico-assistenziale nefrologica"*, identificati nelle seguenti figure professionali che hanno garantito la loro disponibilità, tenuto conto delle specifiche competenze maturate dagli stessi nell'ambito delle proprie esperienze professionali e delle funzioni già svolte quali componenti di gruppo di lavoro:

- **Prof. Luigi Biancone:** Direttore SC Nefrologia Dialisi e Trapianto A.O.U. *"Città della Salute e della Scienza di Torino"* – P.O. *"Molinette"* e *"CTO"* - Università degli Studi di Torino - Centro Hub (Area Omogenea Torino);

- **Prof. Dario Roccatello:** Direttore SC Nefrologia e Dialisi A.S.L. *"Città di Torino"* - P.O. *"S. Giovanni Bosco"* di Torino - Coord Rete Malattie Rare, ERK-Nef - Università degli Studi di Torino - Centro Hub (Area Omogenea Torino);

- **Dott. Marco Manganaro:** Direttore SC Nefrologia e Dialisi - A.O. *"SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria"* - Presidente SIN Piemonte e VdA - Centro Hub - (Area Omogenea Sud-Est);

- **Prof. Vincenzo Cantaluppi :** Direttore SC Nefrologia e Trapianto A.O.U. *"Maggiore della Carità"* di Novara - Università degli Studi del Piemonte Orientale - Centro Hub (Area Omogenea Nord -Est);

- **Dott. Alfonso Pacitti:** già Direttore SC Nefrologia e Dialisi;

- **Dott. Marco Formica:** Direttore SC Nefrologia e Dialisi ASL CN1 - Centro Spoke (Area Omogenea Sud Ovest);

- **Dott. Stefano Cusinato:** Direttore SC Nefrologia e Dialisi ASL Novara – Centro Spoke (Area Omogenea Nord Est);

- **Dott. Stefano Maffei:** Direttore SC Nefrologia e Dialisi - ASL AT- P.O. *"Cardinal Massaia"* di Asti - Centro Spoke - Coordinatore Osservatorio Malattia Renale Cronica- Segretario SIN Piemonte e VdA (Area Omogenea Sud Est);

- **Dott.ssa Silvana Savoldi:** Direttore SC Nefrologia e Dialisi- ASLTO4 – Centro Spoke (Area Omogenea Torino);

- **Dott. Alessandro Paudice:** Direzione Sanitaria - Epidemiologia ed **Organizzazione** dei Servizi Sanitari;

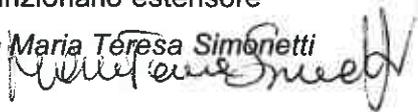
- **Sig. Giovanni Abagnale:** Infermiere Coordinatore Capo Sala SC Nefrologia Dialisi e Trapianto A.O.U. "Città della Salute e della Scienza di Torino" – P.O. "Molinette";
  - **Sig. Paolo Nenci** Segreteria Regionale del Comitato Piemonte ANED Onlus - in qualità di rappresentante delle associazioni di pazienti;
  - **Dott. Franco Ripa**, dirigente del Settore "Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio Sanitari" (A1413 B) della Direzione Sanità;
  - **Dott.ssa Maria Teresa Simonetti**, funzionario regionale assegnato al Settore "Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio Sanitari" (A1413 B) della Direzione Sanità.
- C. di nominare, tra i componenti del gruppo di lavoro, un Coordinatore, individuato nel Dott. **Marco Manganaro**, Direttore SC Nefrologia e Dialisi - A.O. "SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo" di Alessandria, Presidente SIN Piemonte e VdA, con maturata e comprovata esperienza professionale, in tema di Nefrologia sia clinica che organizzativa, indicando tra gli altri, compiti attinenti al miglioramento delle attività afferenti l'organizzazione, lo studio, la ricerca e affidandole un ruolo specifico nei rapporti con la rappresentatività regionale.
- D. di dare atto che la Direzione Regionale Sanità provvederà alla supervisione e monitoraggio dei lavori della Commissione stessa, nonché agli adempimenti amministrativi necessari a garantirne il regolare funzionamento e che viene richiesto alla Commissione di formulare una **programmazione** della attività nel breve-medio termine con la formulazione di una relazione annuale sull'andamento dei lavori della Commissione stessa.
- E. di dare atto che nessun beneficio economico verrà corrisposto ai componenti della "Commissione regionale di coordinamento della rete clinico-assistenziale nefrologica" poiché gli stessi svolgeranno la loro attività nella veste istituzionale di rappresentanti delle rispettive Amministrazioni.
- F. di dare atto che la Commissione potrà avvalersi della collaborazione, sempre a titolo gratuito senza oneri aggiuntivi, di altre figure professionali, sia interne all'Assessorato, in relazione ai temi trattati di natura farmacologica e tecnica, sia di esperti esterni con specifica esperienza e competenza nelle materie di volta in volta trattate e potrà altresì procedere all'acquisizione di dati informativi.

Avverso la presente **determinazione** è ammesso ricorso ordinario entro il termine di 60 giorni innanzi al T.A.R. ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni dalla notificazione o dalla intervenuta piena conoscenza.

La presente determinazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 12 ottobre 2010, n. 22.

Il Funzionario estensore

Dott.ssa Maria Teresa Simonetti



Il Dirigente

Dott. Franco Ripa

