

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	NOVEMBRE 2023 Rev. 0
	PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DI PAZIENTI IN DIALISI IN SEDI EXTRA OSPEDALIERE (DISTRETTUALI) IN AREE DI ASSISTENZA DIALITICA A BASSA INTENSITÀ (CENTRI SATELLITI CAL/CAD- TELEDIALISI)	


***PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DI PAZIENTI
IN DIALISI IN SEDI EXTRA-OSPEDALIERE
(DISTRETTUALI) IN AREE DI ASSISTENZA
DIALITICA A BASSA INTENSITÀ
(CENTRI SATELLITI CAL/CAD-
TELEDIALISI)***

REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO
Direttore U.O.V.D. Nefrologia e Dialisi P.O. S. Severo Dott. Mimmo Vigilante Direttore U.O.V.D. Nefrologia e Dialisi P.O. Cerignola Dott. Angelo Specchio Dirigente Medico DS ASL FG Dott.ssa Gabriella di Matteo	Responsabile ad interim SS Gestione Rischio Clinico Dott.ssa Carmela Fiore Direttore U.O.V.D. Nefrologia e Dialisi P.O. S. Severo Dott. Mimmo Vigilante	Direttore Sanitario Aziendale Dott. Stefano Porziotta

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	NOVEMBRE 2023 Rev. 0
	PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DI PAZIENTI IN DIALISI IN SEDI EXTRA OSPEDALIERE (DISTRETTUALI) IN AREE DI ASSISTENZA DIALITICA A BASSA INTENSITÀ (CENTRI SATELLITI CAL/CAD- TELEDIALISI)	

INDICE

1. SCOPO.....	3
2. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	3
3. CENTRI DI ASSISTENZA DIALITICA.....	3
4. TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI	5
5. AREE DI RESPONSABILITÀ: COMPITI.....	6
6. TIPOLOGIE DI PAZIENTE	8
7. MODALITÀ ESECUTIVE.....	8
8. APPARECCHIATURE	10
9. REQUISITI PER L'APPLICAZIONE DELLA PROCEDURA	10

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	NOVEMBRE 2023 Rev. 0
	PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DI PAZIENTI IN DIALISI IN SEDI EXTRA OSPEDALIERE (DISTRETTUALI) IN AREE DI ASSISTENZA DIALITICA A BASSA INTENSITÀ (CENTRI SATELLITI CAL/CAD- TELEDIALISI)	

1. SCOPO

Scopo della presente procedura è quello di definire un percorso operativo di presa in carico dei pazienti in trattamento emodialitico in sedi extra ospedaliere (distrettuali) in aree di assistenza dialitica a bassa intensità, assicurando al paziente la migliore assistenza dialitica possibile compatibilmente con la situazione clinica, socio-familiare e residenziale dello stesso. A tal fine è necessario identificare e stabilire un iter operativo per l'acquisizione in dialisi del paziente, sia esso un paziente "nuovo uremico", già trattato o proveniente da un altro centro dialisi e quindi stabilirne la destinazione tenendo conto delle esigenze cliniche dello stesso.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Tale procedura è rivolta all'assistenza dei pazienti con insufficienza renale cronica in fase uremica in trattamento emodialitico extracorporeo presso servizi allocati in sede extra-ospedaliera.

3. CENTRI DI ASSISTENZA DIALITICA

I centri dialisi sono strutture ambulatoriali finalizzate ad erogare i trattamenti sostitutivi ai pazienti affetti da insufficienza renale in fase uremica.

I centri dialisi possono essere collocati in ambito sia ospedaliero che extra-ospedaliero.

Le tipologie dei centri dialisi sono le seguenti:


- centri dialisi di riferimento, ad elevata assistenza, annessi ad unità operative ospedaliere di nefrologia;
- centri periferici ad assistenza limitata, situati presso strutture ospedaliere ovvero presso strutture poliambulatoriali funzionalmente aggregati ad un centro di riferimento ed afferenti alla responsabilità organizzativa e gestionale del medesimo centro di riferimento;
- centri dialisi ambulatoriali.

Tra i centri ad assistenza extraospedaliera coinvolti nelle attività di cui alla presente procedura, si distinguono:

- ❖ **CAD (centro ad assistenza decentrata):** si tratta di una struttura specialistica extra-ospedaliera (distrettuale) funzionalmente collegata all'U.O. di Nefrologia di riferimento nel territorio e caratterizzata dalla presenza del Medico Nefrologo per tutta la durata dei trattamenti. Hanno come funzione fondamentale il trattamento dialitico diurno di pazienti uremici cronici presenti nel bacino di utenza.

L'indicazione, la scelta della modalità, la preparazione e l'avvio del trattamento sono competenza dell'U.O. di Nefrologia di riferimento.

Nel Centro di Assistenza Decentrata (CAD) la dotazione numerica del personale medico e infermieristico è quantitativamente e qualitativamente adeguata alle prestazioni da erogare ed al numero di pazienti effettivamente presenti contemporaneamente. Il personale medico deve essere in possesso del diploma di specializzazione in Nefrologia o titolo equipollente; il personale infermieristico deve possedere competenze specifiche di emodialisi e pertanto deve

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	NOVEMBRE 2023 Rev. 0
	PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DI PAZIENTI IN DIALISI IN SEDI EXTRA OSPEDALIERE (DISTRETTUALI) IN AREE DI ASSISTENZA DIALITICA A BASSA INTENSITÀ (CENTRI SATELLITI CAL/CAD- TELEDIALISI)	

avere un addestramento specifico di almeno 6 mesi.

Le eventuali situazioni di urgenza e/o di emergenza saranno gestite dal servizio 118.

- ❖ **CAL (Centro di Assistenza Limitata):** si tratta di una struttura specialistica ad assistenza limitata, a sede extra-ospedaliera (distrettuale), funzionalmente collegata all'U.O. di Nefrologia di riferimento, in cui vengono trattati, in regime dialitico diurno, pazienti uremici cronici selezionati e stabilizzati presenti nel bacino di utenza. Essa non prevede la presenza in sede del Medico Nefrologo durante la seduta emodialitica. La continuità assistenziale è fornita dal personale infermieristico.


L'apertura e il funzionamento del CAL sono giustificati dall'offerta di un servizio specialistico di cura in prossimità del domicilio del paziente.

Nel Centro di Assistenza Limitata l'accesso del nefrologo è assicurato una volta ogni due settimane per ogni turno di emodialisi; il personale medico deve essere in possesso del diploma di specializzazione in Nefrologia o titolo equipollente; il personale infermieristico deve possedere competenze specifiche di emodialisi e pertanto deve avere un addestramento specifico di almeno 6 mesi ed essere coadiuvato da un Infermiere esperto (1-2 anni di attività). Le eventuali situazioni di urgenza e/o di emergenza saranno gestite dal servizio 118. In caso di variazione delle condizioni cliniche del paziente, previa valutazione dello specialista in Nefrologia, sarà attivato il trasferimento presso il CAD o centro di riferimento ospedaliero.

- ❖ **CAD/CAL:** è una struttura specialistica che prevede, a seconda delle condizioni cliniche del paziente, la necessità di istituire turni dedicati in modalità CAL e CAD.


Nei centri di assistenza in cui non è possibile garantire la presenza continuativa dello specialista Nefrologo durante la seduta emodialitica (CAL o CAD/CAL), i pazienti saranno monitorati in tele-assistenza da remoto su chiamata Web (alert).

Tale tecnologia innovativa prevede una connessione tra il centro CAD/CAL ed una Control Room localizzata presso la U.O. di Dialisi del centro Spoke di riferimento.

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	NOVEMBRE 2023 Rev. 0
	PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DI PAZIENTI IN DIALISI IN SEDI EXTRA OSPEDALIERE (DISTRETTUALI) IN AREE DI ASSISTENZA DIALITICA A BASSA INTENSITÀ (CENTRI SATELLITI CAL/CAD- TELEDIALISI)	

4. TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI

- 1) ED: Emodialisi;
- 2) CAD: Centro dialisi ad assistenza decentrata;
- 3) CAL: Centro dialisi ad assistenza limitata;
- 4) CAD/CAL: Centro dialisi con caratteristiche miste tra CAD e CAL;
- 5) TEL: Teledialisi;
- 6) FAV: Fistola Artero-venosa;
- 7) CVC: catetere venoso centrale;
- 8) R: Direttore del Distretto;
- 9) R1 Responsabile della U.O. di Nefrologia e Dialisi (Spoke);
- 10) M: Dirigenti Medici Specialisti Ambulatoriali e Dirigenti Medici Specialisti Ospedalieri;
- 11) Rc: Dirigente Responsabile del Rischio Clinico Aziendale;
- 12) IPE: Infermiere esperto come da indicazioni SIN;
- 13) T: Perito tecnico specialista;
- 14) V: uremico già in trattamento proveniente da altra Struttura Dialitica;
- 15) N: nuovo uremico.

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	NOVEMBRE 2023 Rev. 0
	PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DI PAZIENTI IN DIALISI IN SEDI EXTRA OSPEDALIERE (DISTRETTUALI) IN AREE DI ASSISTENZA DIALITICA A BASSA INTENSITÀ (CENTRI SATELLITI CAL/CAD- TELEDIALISI)	

5. AREE DI RESPONSABILITÀ: COMPITI

5.1 DIRETTORE DISTRETTO (R)

- Diffusione della procedura;
- monitoraggio della regolare applicazione della procedura;
- monitoraggio liste d'attesa.

5.2 DIRIGENTE RESPONSABILE DELLA U.O. DI NEFROLOGIA E DIALISI (SPOKE) (R1).

- Controllo dell'attuazione e della regolare applicazione della procedura;
- revisione della procedura;
- giudizio di idoneità clinica del paziente al fine di definire la corretta allocazione in CAL, CAD, TELEDIALISI;
- promozione, quando possibile, di programmi di video-tele-dialisi;
- supporto ai Dirigenti Specialisti ambulatoriali e Convenzionati per la gestione diagnostico-terapeutica dei pazienti in CAL/CAD;
- ispezione, verifica e controllo con accessi mensili o secondo necessità. In tale attività R1 potrà delegare un Dirigente Medico dell'U.O.

5.3 DIRIGENTE RESPONSABILE DI BRANCA DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE DI NEFROLOGIA

- Coordinamento delle attività e degli accessi degli specialisti ambulatoriali distrettuali nelle sedi CAL/CAD;
- monitoraggio liste d'attesa.

5.4 DIRIGENTI MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI E DIRIGENTI MEDICI SPECIALISTI OSPEDALIERI

- Proposta di revisione della procedura;
- controllo della regolare applicazione della procedura;
- visita medica preliminare e colloquio con paziente e familiari;
- somministrazione del consenso informato ed attivazione di tutte le procedure amministrativo-burocratiche nelle varie tipologia di assistenza;

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	NOVEMBRE 2023 Rev. 0
	PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DI PAZIENTI IN DIALISI IN SEDI EXTRA OSPEDALIERE (DISTRETTUALI) IN AREE DI ASSISTENZA DIALITICA A BASSA INTENSITÀ (CENTRI SATELLITI CAL/CAD- TELEDIALISI)	

- individuazione del piano di trattamento e prescrizione dialitica personalizzata;
- accesso una volta ogni due settimane per ogni turno emodialitico ovvero secondo necessità al fine di accertare le condizioni cliniche e terapeutiche dei pazienti. Per ogni accesso M dovrà documentare, nella apposita cartella, la prestazione medica fornita con particolare definizione della situazione clinica del paziente e della eventuale revisione della terapia;
- partecipazione al programma di formazione per CAL, CAD, TELEDIALISI;
- segnalazione a R1 di eventuali disagi organizzativi, tecnici ed assistenziali connessi al servizio;
- presenza alla prima dialisi nel CAL;
- giudizio di idoneità clinica del paziente al fine di definire la corretta allocazione in CAL, CAD, TELEDIALISI unitamente a R1;
- garanzia della continuità assistenziale clinico-diagnostico-terapeutica dei pazienti in carico.

5.5 INFERMIERE PROFESSIONALE ESPERTO (IPE)

- Controllo della regolare applicazione della procedura;
- partecipazione al programma di formazione per CAL, CAD, TELEDIALISI e corretta attuazione di quanto previsto dai sistemi telematici;
- presa in carico del paziente durante la seduta emodialitica con evidenza di tracciabilità della prestazione infermieristica;
- proposta di revisione della procedura;
- verifica del buon funzionamento dell'accesso vascolare o del CVC;
- formazione teorico/pratica per emodialisi in CAL, CAD e TELEDIALISI di figure infermieristiche all'uopo individuate;
- supporta, insieme a tutto il personale infermieristico, il M al fine di verificare che i pazienti abbiano eseguito i necessari esami chimico-clinici e strumentali e le visite specialistiche di controllo previste;
- collaborazione su tutti gli aspetti di educazione sanitaria del paziente indipendentemente dal livello di collocazione dialitica (CAL/CAD, CAL, TELEDIALISI);

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	NOVEMBRE 2023 Rev. 0
	PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DI PAZIENTI IN DIALISI IN SEDI EXTRA OSPEDALIERE (DISTRETTUALI) IN AREE DI ASSISTENZA DIALITICA A BASSA INTENSITÀ (CENTRI SATELLITI CAL/CAD- TELEDIALISI)	

5.6 PERITO TECNICO SPECIALIZZATO

- Accesso almeno ogni 2 settimane per l'ispezione e la verifica dell'idoneità delle apparecchiature elettromedicali presenti all'interno della struttura.

6. TIPOLOGIE DI PAZIENTE

6.1 PAZIENTE NUOVO UREMICO

Per “nuovo uremico” si intende un paziente che deve iniziare la dialisi *per la prima volta*, sia esso proveniente dal medesimo ambulatorio del centro o da altro centro nefrologico, che richiede formalmente l'inserimento in un CAL, CAL/CAD o CAL in Teledialisi.

6.2 UREMICO GIÀ IN EMODIALISI

Trattasi di un paziente che è già in dialisi extracorporea in altra struttura pubblica o privata e che richiede formalmente l'inserimento in un CAL, CAL/CAD o CAL in Teledialisi.

7. MODALITÀ ESECUTIVE

La procedura si avvia solo previa sottoscrizione di specifica richiesta scritta e consenso informato del paziente per quel CAL, CAL/CAD, TELEDIALISI. In ogni centro deve essere presente un regolare registro per il rispetto della lista di attesa.

Il programma di seguito precisato sarà attuato sia per il paziente “nuovo uremico” che per quello già in emodialisi.

7.1 PROGRAMMA DI COLLOCAZIONE IN CAL – CAL/CAD - TELEDIALISI

- 1) Acquisizione della domanda del paziente (Allegato 1);
- 2) visita medica preliminare con particolare attenzione al funzionamento della FAV o CVC ed alla situazione virologica aggiornata del paziente (M, IPE) e alla situazione cardiovascolare (M).
È obbligatoria l'effettuazione di una valutazione clinica e strumentale, di un panel esami ematochimici standard e di un panel virale (HCV, HBV, HIV). È inoltre obbligatoria la segnalazione di allergie/intolleranze e l'accertamento della fruibilità dell'accesso vascolare sia FAV o CVC permanente. È raccomandato non immettere pazienti con cateteri venosi centrali provvisori a meno che la FAV non sia utilizzabile in tempi molto brevi.
- 3) Scelta della metodica dialitica più adeguata (R1 o M) al fine di garantire al paziente la maggiore stabilità clinica possibile sia durante la seduta che nell'immediato periodo post-

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	NOVEMBRE 2023 Rev. 0
	PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DI PAZIENTI IN DIALISI IN SEDI EXTRA OSPEDALIERE (DISTRETTUALI) IN AREE DI ASSISTENZA DIALITICA A BASSA INTENSITÀ (CENTRI SATELLITI CAL/CAD- TELEDIALISI)	

dialisi;

- 4) M e R1, ciascuno per le rispettive competenze, verbalizzano il giudizio di idoneità clinica alla dialisi presso un centro CAL o Centro CAL/CAD o Centro CAL in modalità Teledialisi (Allegato 3);
- 5) colloquio con il paziente ed i familiari (M con il supporto di IPE) seguito dalla somministrazione del consenso informato ad opera di M e/o R1 per centro CAL o Centro CAL/CAD o Centro CAL in modalità Teledialisi (Allegato 2);
- 6) nel caso in cui – successivamente all’acquisizione nel centro CAL o Centro CAL/CAD o Centro CAL in modalità Teledialisi – le condizioni cliniche o familiari o tecniche non consentano la prosecuzione del trattamento in essere, il paziente verrà nuovamente sottoposto a valutazione del giudizio di idoneità. Se lo stesso non risulta più idoneo a proseguire il trattamento emodialitico nelle modalità su precisate R1 disporrà il trasferimento in turno dialisi medicalizzato (Allegato 4); qualora il paziente o suo rappresentante legale, rifiuti il trasferimento, dovrà essere sottoscritto apposito dissenso.

R1 può eventualmente disporre che una o più sedute siano effettuate nel CAD oppure in turno CAL con M presente.

Se il paziente proviene da un altro centro pubblico o privato, è sufficiente la certificazione del Medico Nefrologo della struttura di provenienza che attesti la stabilità clinica del paziente durante la dialisi. In caso ciò non avvenisse e/o non vi fosse possibilità di accedere a tutte le informazioni necessarie, R1 deciderà se attuare o meno la procedura di collocazione.

In caso di non idoneità, sarà disposta immediata collocazione in altra struttura, anche ospedaliera.

Tutta la documentazione sanitaria inerente la definizione della collocazione del paziente in un CAL o Centro CAL/CAD o Centro CAL in modalità Teledialisi dovrà essere conservata nella UO di Nefrologia di riferimento e nel centro ove viene trattato.

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	NOVEMBRE 2023 Rev. 0
	PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DI PAZIENTI IN DIALISI IN SEDI EXTRA OSPEDALIERE (DISTRETTUALI) IN AREE DI ASSISTENZA DIALITICA A BASSA INTENSITÀ (CENTRI SATELLITI CAL/CAD- TELEDIALISI)	


8. APPARECCHIATURE

(Indicazione, quando previsti, di software, computer, apparecchiature e strumentazione con i relativi requisiti di qualità)

- Monitors di emodialisi specifici della metodica giudicata idonea per quel paziente e presenti nella fornitura o service in corso e sec. normative ISO/CEI attuali;
- PC, software specifici, linee telefoniche dedicate in caso di TELEDIALISI;
- Elettromedicali: EGA, ECG.

9. REQUISITI PER L'APPLICAZIONE DELLA PROCEDURA

1. Approvazione della Procedura;
2. diffusione certificata della Procedura a tutto il personale coinvolto;
3. accessibilità da parte del personale dei documenti relativi alla Procedura che sarà disponibile presso l'UO di riferimento e presso il CAL o Centro CAL/CAD o Centro CAL in modalità Teledialisi;
4. anche il Personale Medico o del Comparto neo-assunto, temporaneo o definitivo, non ancora adeguatamente formato, deve essere messo a conoscenza della procedura.

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	NOVEMBRE 2023 Rev. 0
	PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DI PAZIENTI IN DIALISI IN SEDI EXTRA OSPEDALIERE (DISTRETTUALI) IN AREE DI ASSISTENZA DIALITICA A BASSA INTENSITÀ (CENTRI SATELLITI CAL/CAD- TELEDIALISI)	

Allegato 1 – Domanda di inserimento in un CAL - CAL/CAD - CAL in modalità Teledialisi



Luogo _____ Data _____

PROT. N,

Al Responsabile della U.O. di Nefrologia e Dialisi (Spoke)

SEDE.....

Al Direttore di Distretto

SEDE.....

**DOMANDA DI INSERIMENTO IN UN CENTRO CAL - CAL/CAD -CAL IN MODALITÀ
TELEDIALISI**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ via/piazza _____

tel _____ cellulare _____ affetto da insufficienza renale cronica

CHIEDE

di poter iniziare e/o continuare la terapia dialitica presso il Centro

CAL CAL/CAD CAL MODALITA' TELEDIALISI


di _____

Data di inizio del trattamento dialitico _____

Centro dialisi di provenienza _____

Firma del paziente

TIMBRO FIRMA E DATA DEL MEDICO NEFROLOGO CHE ACCETTA LA RICHIESTA

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	NOVEMBRE 2023 Rev. 0
	PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DI PAZIENTI IN DIALISI IN SEDI EXTRA OSPEDALIERE (DISTRETTUALI) IN AREE DI ASSISTENZA DIALITICA A BASSA INTENSITÀ (CENTRI SATELLITI CAL/CAD- TELEDIALISI)	

Allegato 2 – Consenso informato al trattamento emodialitico presso un Centro CAL - CAL/CAD - CAL in modalità Teledialisi



**CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO EMODIALITICO PRESSO UN
CENTRO CAL - CAL/CAD- CAL IN MODALITÀ TELEDIALISI**

Io sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____
il giorno _____

NOTA INFORMATIVA

Gentile Utente, come definito nelle Linee Guida nazionali e regionali, la Telemedicina è una modalità di erogazione di attività sanitaria diagnostico e/o terapeutica in cui il medico interagisce a distanza con il paziente o con il personale infermieristico e/o sanitario o con l'operatore che lo supporta, mediante l'utilizzo di applicativi e tecnologie informatiche. Tecnicamente, la Telemedicina consta nella trasmissione sicura di informazioni e di dati di carattere medico, sotto forma di testi, suoni, immagini ed altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento ed il controllo dei pazienti. Il presente modulo, le viene sottoposto affinché prenda visione di alcuni aspetti specifici dell'attività sanitaria erogata da remoto e presti il suo consenso ad effettuare la prestazione emodialitica nelle modalità di Teledialisi.

Potenziali risultati conseguibili

Attraverso la Telemedicina è possibile garantire la fruizione di servizi sanitari senza che il paziente o l'assistito debba recarsi presso le strutture sanitarie, rendendo accessibili le cure attraverso uno scambio sicuro di dati, immagini, documenti e videochiamate, tra i professionisti sanitari e i pazienti, garantendo in alcune situazioni clinico-assistenziali lo svolgimento delle prestazioni professionali equivalenti agli accessi tradizionali.


Possibili complicanze ed inconvenienti

Il quadro clinico generale del paziente potrebbe presentare delle evoluzioni che possono comportare una situazione di potenziale rischio difficilmente gestibile tramite questa modalità; le tecnologie adoperate, certificate e di comprovata affidabilità, sono periodicamente verificate in tema di correnti di dispersione e di calibratura.

CONSENSO INFORMATO

In data odierna ho ricevuto un'informazione chiara, comprensibile ed esauriente in lingua italiana e sono stato informato che:

- ✓ la ASL Foggia può avvalersi di personale infermieristico, sanitario e/o di supporto per l'acquisizione dei dati personali e di particolare categoria, necessari alla riuscita del trattamento sanitario programmato che potrà essere presente nella stanza con me;
- ✓ durante il trattamento emodialitico presso il suddetto centro ad assistenza limitata (CAL) o CAL/CAD, lo specialista che convaliderà la prestazione emodialitica in modalità di teledialisi non sarà presente in sede e questo comporterà dei limiti nella rilevazione dei sintomi e delle complicanze che possono insorgere durante il trattamento, che saranno comunque rilevati dal personale infermieristico che è di supporto durante la seduta emodialitica;
- ✓ sono previste visite cliniche quindicinali o mensili da parte dello specialista Nefrologo la cui periodicità garantisca la verifica precisa e costante del suo stato clinico e dialitico;
- ✓ l'accettazione della richiesta di inserimento nel suddetto Centro sarà insindacabilmente condizionata dalla valutazione di idoneità (nulla osta) da parte del Responsabile del Centro

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	NOVEMBRE 2023 Rev. 0
	PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DI PAZIENTI IN DIALISI IN SEDI EXTRA OSPEDALIERE (DISTRETTUALI) IN AREE DI ASSISTENZA DIALITICA A BASSA INTENSITÀ (CENTRI SATELLITI CAL/CAD- TELEDIALISI)	



Spoke;

- ✓ qualora in futuro le condizioni cliniche non consentano la permanenza nel centro o nel turno dialisi sopra richiesto, mi sarà proposto il trasferimento temporaneo o definitivo in altro Centro dialisi o in altro turno CAD (medicalizzato) eventualmente presente nella stesa sede o in un altro centro della ASL FG ove l'assistenza medica sia compatibile con le mie condizioni cliniche;
- ✓ esistono rischi relativi alla mancanza del contatto fisico e dello sguardo clinico dello specialista, dell'impossibilità di una visita medica nel corso della seduta di un intervento medico immediato;
- ✓ la riuscita del trattamento emodialitico in Modalità Teledialisi dipende dal funzionamento della piattaforma Web e dalla connettività che permette al professionista sanitario di trasmettere i dati allo specialista per la relativa validazione;
- ✓ ho diritto di ritirare il mio consenso in qualsiasi momento prima della prestazione e senza dover fornire alcuna spiegazione;
- ✓ il conferimento del consenso al trattamento dei miei dati personali e di particolare categoria è obbligatorio, e che in caso di mancato rilascio o di revoca dello stesso, non si potrà procedere con la fruizione della prestazione emodialitica;
- ✓ nonostante i servizi di Telemedicina siano privi di controindicazioni e non arrecano alcun rischio per la salute, sono stato edotto che esistono metodi alternativi per eseguire la prestazione richiesta, alias con i metodi tradizionali.

Confermo che per ogni mia richiesta di chiarimento è stata fornita risposta nel corso del colloquio con lo specialista e/o il personale preposto. Pertanto, avendo letto e compreso quanto sopra, DICHIARO:

DI ACCETTARE **DI NON ACCETTARE**

in piena coscienza la prestazione in modalità di telemedicina proposta e di eseguire le sedute dialitiche presso il Centro dialisi

CAL CAL/CAD CAL MODALITÀ TELEDIALISI


di _____

Data _____

Pienamente consapevole di quanto sopra descritto

Firma del paziente, genitore o legale rappresentante

Timbro e firma del medico

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	NOVEMBRE 2023 Rev. 0
	PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DI PAZIENTI IN DIALISI IN SEDI EXTRA OSPEDALIERE (DISTRETTUALI) IN AREE DI ASSISTENZA DIALITICA A BASSA INTENSITÀ (CENTRI SATELLITI CAL/CAD- TELEDIALISI)	

Allegato 3 – Giudizio di idoneità clinica alla dialisi presso un Centro CAL - CAL/CAD - CAL in modalità Teledialisi



Prot. N. _____

GIUDIZIO DI IDONEITÀ CLINICA ALLA DIALISI PRESSO UN CENTRO CAL - CAL/CAD- CAL IN MODALITÀ TELEDIALISI

Preso atto della domanda di inserimento presentata, dopo un'attenta valutazione della situazione clinica, dell'andamento sintomatologico durante la seduta emodialitica e delle eventuali certificazioni rilasciate da Medici di altri Centri Dialisi e/o di altra documentazione sanitaria prodotta

Si valuta

Il sig./sig.ra _____ nato/a _____ il _____
e residente a _____ via /piazza _____

- IDONEO
 NON IDONEO

ad effettuare/continuare il trattamento emodialitico presso il:

- Centro ad assistenza limitata (CAL) di _____ **IN MODALITÀ TELEDIALISI**
 Centro CAD di _____

Il Dirigente Medico Specialista Ambulatoriale o Dirigente Medico Specialista Ospedaliero (M1)

Il Responsabile della U.O. di Nefrologia e Dialisi (Spoke) (R1)

	AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA	NOVEMBRE 2023 Rev. 0
	PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DI PAZIENTI IN DIALISI IN SEDI EXTRA OSPEDALIERE (DISTRETTUALI) IN AREE DI ASSISTENZA DIALITICA A BASSA INTENSITÀ (CENTRI SATELLITI CAL/CAD- TELEDIALISI)	

Allegato 4 – Indicazione al trasferimento presso un Centro Dialisi Medicalizzato



Prot. N. _____

INDICAZIONE AL TRASFERIMENTO PRESSO UN CENTRO DIALISI MEDICALIZZATO

Come già ampiamente esposto verbalmente, e da lei perfettamente inteso, le confermiamo che le sue condizioni cliniche e/o la manifestata instabilità a carico dell'apparato cardiocircolatorio, rendono insicuro il prosieguo del trattamento dialitico presso il Centro Dialisi di _____ in quanto non vi sono le condizioni di sicurezza sufficienti a garantire interventi medici tempestivi.

Pertanto, a tutela della sua sicurezza, proponiamo il trasferimento presso una struttura di dialisi assistita (CAD) intraospedaliera/extraospedaliera quale quella di _____ o, a sua discrezione, presso altra struttura di dialisi assistita (CAD) a lei più congeniale. Qualora quest'ultima fosse la scelta per lei più conveniente, la invitiamo fin d'ora a fare richiesta presso quella struttura, fornendocene gli estremi, e nel frattempo accettare il trasferimento immediato presso il Centro Dialisi di _____.

Il sottoscritto è perfettamente consapevole dei rischi clinici che scaturiscono dalla sua scelta poiché il Responsabile deve adeguarsi a quanto previsto dal comma 6 dell'Art. 1 Legge 219 del 22/12/2017.

li _____

Il Direttore/Responsabile

Consegnato a mano in data _____

Firma del paziente che accetta _____

Firma del paziente che rifiuta _____