



**A
SARDEGNA**

**E
T** ASSOCIAZIONE SARDA
EMODIALIZZATI E TRAPIANTATI
Via Rockefeller, 30 • Tel./Fax 070 308675 • CAGLIARI
e-mail: asnet@tiscali.it



L'AQUILA: VINTA LA GRANDE BATTAGLIA



SPED. IN A.P. ART. 2 COMMA 20/C LEGGE 662/96 • CAGLIARI • R.N.S. N. 9965



ANNO XX • N. 01 • Gennaio 2010

ASET - SARDEGNA

ORGANO UFFICIALE

DI INFORMAZIONE

DELL'ASSOCIAZIONE SARDA
NEFROPATICI EMODIALIZZATI E
TRAPIANTATI

VIA ROCKEFELLER, 30 CAGLIARI

PRESIDENTE E DIRETTORE
EDITORIALE

Rag. GIUSEPPE CANU

DIRETTORE RESPONSABILE
GIANFRANCO LAI



DIREZIONE - REDAZIONE
AMMINISTRAZIONE E DIFFUSIONE
A.S.N.E.T. VIA ROCKEFELLER, 30
CAGLIARI
TEL. 070.308675-FAX 070.308675
e-mail: asnet@tiscali.it

PROGETTAZIONE GRAFICA
COORDINAMENTO EDITORIALE
MEDIAPÌÙ - CAGLIARI
mediapiù@tiscali.it

FOTOCOMPOSIZIONE,
IMPAGINAZIONE E STAMPA
OFFICINE GRAFICHE
PRESS COLOR
Via Beethoven 14, Quartu Sant'Elena
Tel. 070824399

REGISTRAZIONE PRESSO
IL TRIBUNALE DI CAGLIARI
N. 34/91 del 4/12/91

ANNO XX • N. 1 • GENNAIO 2010

in copertina:

Immagini dell'incontro dell'Aquila
Chiuso in tipografia il 25-01-2010

LE SEDI A.S.N.E.T.

e-mail: asnet@tiscali.it

SEDE REGIONALE: Via Rockefeller, 30 - CAGLIARI

Tel. e Fax 070.308675

SEDE di CARBONIA: c/o Reparto Dialisi Ospedale Sirai

Tel. 0781.6683607



LA SEDE REGIONALE DELL'ASNET

TESSERAMENTO 2010

L'Associazione con il tuo contributo
sarà sempre più incisiva

Sostienila Rinnovando la Tessera Sociale

C/C Postale N. 19262096 intestato a:
Associazione Sarda Nefropatici, Emodializzati e Trapiantati

PER CHI VUOLE CONTATTARCI

Gli Uffici dell'ASNET sono aperti dal Lunedì al Venerdì:
al mattino dalle ore 9.00 alle ore 13.00
al pomeriggio dalle ore 15.30 alle ore 19.30.

I pazienti possono venire direttamente e personalmente a parlare
con i nostri rappresentanti per qualunque loro problema.
Oppure possono telefonare al n. 070/308675, sempre nelle ore d'ufficio.

**Trasmettici la tua E-mail: eventuali aggiornamenti sull'attività dell'ASNET
possono essere ricevuti direttamente su posta elettronica,
comunicando il proprio recapito alla segreteria**

L'ESIGENZA DI PROGRAMMARE UN MODELLO SANITARIO EFFICACE

Si stima che nel mondo 1.800.000 pazienti siano in trattamento dialitico per uremia cronica ed è previsto che nel 2010 si giungerà a 2 milioni di pazienti.

In Italia, secondo il Registro Italiano di Dialisi e Trapianto della *Società Italiana di Nefrologia (SIN)*, sono in media 170 i pazienti che iniziano la dialisi ogni anno, con variazioni regionali oscillanti tra i 133 pazienti/anno del Trentino Alto Adige e 199 pazienti/anno in Sicilia.

L'incremento registrato nell'ultimo periodo è stato dunque notevole, visto che, secondo il Registro dell'EDTA (*Società Europea di Nefrologia*) i pazienti che avevano iniziato la dialisi 15 anni fa erano stati "appena" 90.4.

Pertanto i pazienti in trattamento cronico con rene artificiale diventano sempre più anziani a causa dell'aumento dell'età media della popolazione, della possibilità dei pazienti giovani di sottoporsi a trapianto renale (e quindi di sospendere la dialisi) e del miglioramento delle tecniche di dialisi per cui anche pazienti molto anziani tollerano bene il trattamento dialitico.

Ma anche incrementando i trapianti non si riuscirà mai a raggiungere un numero di trapianti renali tale da pareggiare il numero dei nuovi pazienti che entrano in dialisi e peraltro non va dimenticato un ulteriore dato fondamentale: le donazioni hanno registrato e continuano a registrare un crollo costante e imponente, sulle cui cause non intendiamo assolutamente entrare o polemizzare. Limitandoci solo a evidenziare un aspetto incontrovertibile, che verosimilmente è da ascrivere a fattori legati a elementi culturali e di scarsa informazione da parte della collettività italiana.

Per non trovarci impreparati dinnanzi alla futura emergenza urge dunque

prestare la massima attenzione sul potenziamento dei centri dialisi dell'intera isola e quindi sull'esigenza di potenziare i presidi operativi sul territorio. Tenendo bene a mente che il costo annuale della terapia dialitica oscilla tra i 50.000 e i 60.000 euro per paziente e che quindi gli elementi finanziari programmatici devono assolutamente stimare poste di bilancio adeguate per non doverci ritrovare tra poco tempo in un verosimile stato di crisi.

I soggetti in terapia dialitica vanno infatti considerati come la punta di un iceberg perché, sempre secondo le stime, per ogni paziente in dialisi ve ne sarebbero almeno 200 con un certo grado di compromissione della funzione renale.

E pur se, tuttavia, solo una parte di questi pazienti raggiungerà lo stadio di uremia in cui risulta necessario sostituire la funzione renale con la dialisi mediante rene artificiale, non dobbiamo sottovalutare l'importanza delle campagne di prevenzione precoce e di screening sulla popolazione sarda.

Senza ricorrere a previsioni catastrofiche, dobbiamo cioè prevedere la Sardegna (e con essa il numero dei pazienti) che verrà. Adeguando il numero dei posti rene e potenziando il livello strutturale del servizio di dialisi alle esigenze del complesso mondo dei nefropatici.

Per soddisfare esigenze quotidiane ed emergenze future basterà, insomma, essere un tantino lungimiranti sulla base dei dati statistici ormai diffusi con precisione in termini numerici di fabbisogno.

Perché i soldi per trattamenti e prevenzione possono essere - seppure con



qualche sacrificio - sempre reperiti. Mentre per gli organi da trapiantare occorrono decisamente tempi assai più lunghi...◇

Giuseppe Canu

L'ASSISTENZA LEGALE

L'Associazione intende sostenere attivamente le iniziative dei danneggiati da emotrasfusione, riconoscibili ai sensi della legge 210/92. In tale ottica ha perciò avviato una collaborazione con l'Avvocato Marco Basciu di Cagliari per sostenere le legittime rivendicazioni degli interessati.

Per qualsiasi informazione potrà essere contattata la Segreteria dell'ASNET, via Rockefeller 30, telefono e fax 070.308675, mail asnet@tiscali.it nelle ore di apertura degli uffici: dal lunedì al venerdì, ore 9.00-13.00 e 15.30-19.30. ◇

L'AQUILA: VINTA LA GRANDE BATTAGLIA

Mentre continuano i lavori di ristrutturazione dell'ospedale che dovrebbero concludersi secondo il cronoprogramma illustrato dall'assessore alla Sanità Lanfranco Venturoni, e dal commissario della Asl, Giancarlo Silveri entro febbraio 2010. I reparti che restano nelle strutture prefabbricate si preparano per l'inverno. Il centro dialisi, ampliato dopo il vertice del G8 utilizzando parte della struttura dell'ospedale predisposto, per effettuare sedute con necessità della rianimazione, è stato fino ad ora attivo si 3 turni giornalieri, in quanto gran parte dei pazienti trasferiti nelle strutture residenziali fuori città sono rientrati.

Oggi alla presenza del Capo della Protezione civile, Guido Bertolaso, con una semplice e sobria cerimonia, è stato inaugurato l'ampliamento del Centro Dialisi all'interno di moduli abitativi (attualmente 21 posti letto dei quali 19 per cronici, 1 posto per acuti, ed 1 posto contumacia), in grado di soddisfare al 100% le esigenze della popolazione aquilana, senza dover più ricorrere al terzo turno dialitico notturno. Il Centro Dialisi è stato "adottato" dalla Protezione Civile Nazionale che ha coperto tutti i costi dell'ampliamento e della locazione della struttura sino a marzo 2010, ritenendo di particolare importanza sociale quanto svolto dal reparto per la popolazione di rientro all'Aquila, in funzione dell'assegnazione dei moduli abitativi del "Progetto CASE" ai pazienti dializzati. Durante l'inaugurazione ad una domanda dei giornalisti presenti Bertolaso ha risposto - si è fatto molto. Anche questo reparto è un esempio dell'impegno e della sinergia tra le varie amministrazioni, credo anche che vi siano tutti gli elementi per garantire la ristrutturazione completa di tutto l'ospedale con la fornitura di quelle tecnologie che servono ad assicurare una diagnosi e una terapia tra le migliori possibili. Mi sembra - ha concluso Bertolaso - che anche su questo settore si sono fatti dei passi avanti molto importanti. Entro l'anno dall'anniversario della tragedia le cose più importanti dovranno essere tutte in fase di completamento e di gestione. "Noi prima del terremoto - ha detto il dottor Stefano Stuart, responsabile del reparto di Nefrologia - avevamo un centro dialisi in grado di accogliere circa 120 dializzati ed era il secondo per numero di prestazioni a livello regionale. Dopo il terremoto - ha continuato Stuart - abbiamo avuto il reparto distrutto, siamo ripartiti dentro una tenda abbiamo avuto 21 pazienti ed abbiamo dato terapia grazie ai volontari della Regione Marche a quei pazienti che non sono voluti andare altrove. Piano piano grazie all'intervento di alcuni sponsor e



Il Presidente Canu con la delegazione nazionale

della stessa Protezione civile nazionale siamo cresciuti e la struttura nonostante fosse parzialmente completata è in grado di garantire il servizio a tutta la cittadinanza".

All'inaugurazione eravamo presenti anche noi dell'Associazione Malati di Reni, insieme al Presidente del Forum Nazionale Giuseppe Canu. Per noi è stata l'occasione per ribadire la nostra fiducia nell'operato del Dottor Stuart e tutta la sua squadra, disponibilità per quanto possiamo fare e conoscere i protagonisti della Protezione Civile che hanno garantito la realizzazione di tutto quanto vi abbiamo raccontato: l'ingegner Susanna Balducci del Dipartimento per le politiche integrate di sicurezza e per la Protezione Ci-

vile della Regione Marche, che ha condiviso il progetto proposto subito dopo il terremoto e ne ha garantito la realizzazione con lo stesso Guido Bertolaso.

Avremmo potuto semplicemente riportare la cronologia degli eventi che ci è stata raccontata dal Dottor Stefano Stuart responsabile della nefrologia e dialisi dell'ospedale San Salvatore di L'Aquila:

Lunedì 6 aprile alle ore 3,32 il terremoto di 6,3 gradi di magnitudo Richter. L'Aquila è in ginocchio, l'ospedale San Salvatore è lesionato ed evacuato. L'Unità Operativa di Nefrologia e Dialisi è inagibile, l'impianto di osmosi è lesionato ed allaga tutto il centro dialisi. Avrebbero potuto semplicemente restare con



Il sottosegretario Guido Bertolaso con il responsabile del centro dialisi dott. Stefano Stuart



**Il presidente Canu, la delegazione e Guido Bertolaso.
In basso uno scorcio del centro dialisi da "campo"**

lontano da casa, persone, molte anziane, che oltre al terremoto devono subire la malattia come un dramma nel dramma.

Ed ecco entrare in scena la protezione Civile che in poche ore installa una tenda grande abbastanza ad accogliere 10 posti dialisi, si recuperano i letti ed i monitor e tutto il possibile dal centro dialisi, arrivano le osmosi acquaWTU della Fresenius Medical Care, ed il 9 aprile, 3 giorni dopo il terremoto, si ricomincia l'emodialisi a L'Aquila. In tenda, con tutti i problemi che possono esserci nel centro dialisi così sistemato la maggior parte dei pazienti tornano nel loro ospedale.

Ci si può sentire soddisfatti, il lavoro è compiuto, il centro dialisi è riaperto. Ma non è così. La situazione è precaria, il maltempo, la grandine ed il freddo ci sono, il caldo è in arrivo ed allora bisogna ricominciare a trovare una nuova sistemazione più idonea e sicura, l'idea del modulo sanitario prefabbricato comincia prendere forma, ed il 25 maggio diventa realtà. Solo un dato per dare l'idea del lavoro, dal 9 aprile al 23 maggio, in tenda, si effettuano 750 trattamenti emodialitici in assenza di complicanze. Il 29 maggio successivo, i primi reparti dell'ospedale riaprono per l'attività, tra questi il centro trapianti diretto dal professor Antonio Famulari.

Ora c'è un centro dialisi simile a tanti altri in muratura, essenziale, tecnologico, dignitoso. Bene ora si è fatto più del possibile, possiamo pensare finalmente solo alle nostre famiglie. Ebbene no. Perché a pochi metri di distanza c'è il centro dialisi che aspetta di essere ristrutturato e ridiventare agibile, bisogna tornare a casa.

La prima sala dialisi, la più grande è spoglia, le sue apparecchiature sono in uso, la seconda sala dialisi sembra intatta, aspetta ancora i pazienti del turno che devono arrivare, come

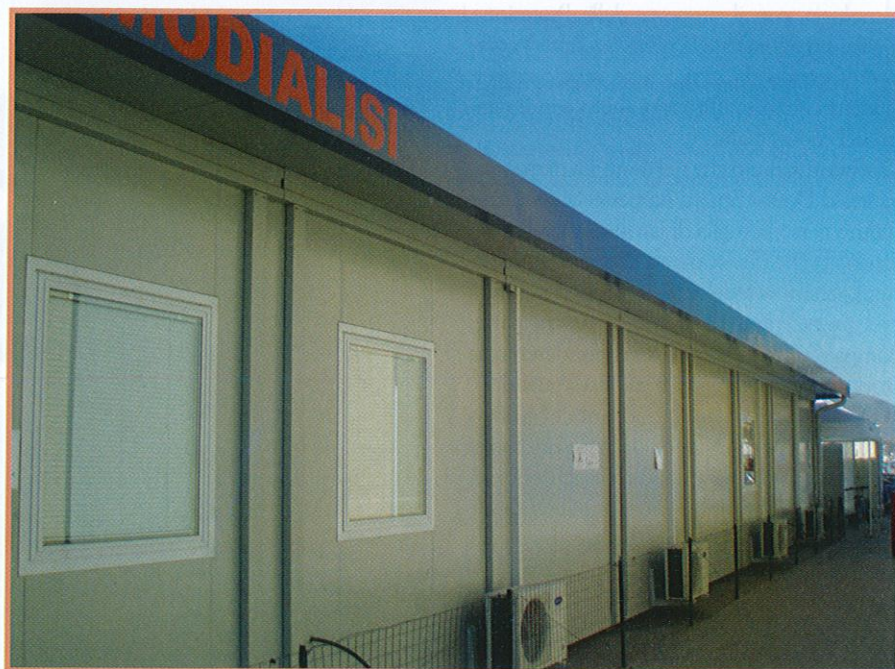
la famiglia, affrontare i propri problemi e poi pensare ai pazienti in cura, invece no. Alle ore 4,00, la prima domanda che ci si pone è: E' agibile il centro dialisi? Se no, come e dove distribuire gli 88 pazienti emodializzati a L'Aquila in altri Centri dialisi? Si inizia a chiamare il personale alle ore 4,30 l'infermiere Leopoldo Scarsella pur non reperibile è immediatamente giunto in Ospedale lo seguono la dottoressa Cesira Ciccone, la dottoressa Marilena Tunno, e via via tutti gli altri.

Alle ore 5,00 inizia la gestione dell'emergenza, dopo aver constatato i danni e chiesto l'intervento urgente per la riparazione dell'impianto di osmosi, si allertano le direzioni sanitarie dei presidi ospedalieri di Teramo, Avezzano, Tagliacozzo, Rieti e Popoli. Alle ore 11,00 la Protezione Civile Nazionale inizia il trasferimento dei primi 24 pazienti negli Ospedali contattati, anche il giorno con la "lunga" alle spalle impone di fare in fretta la dialisi, vengono accompagnati dagli infermieri del centro, un volto amico vale più di tante medicine.

Alle h 11,30 l'impianto di osmosi è stato riparato per cui la dialisi poteva rientrare in funzione, ma è stata dichiarata l'inagibilità dell'Ospedale. Nel frattempo sono stati contattati tutti i pazienti ed a tutti quanti è stata garantita la dialisi senza perdere un turno dialitico. Vale la pena raccontare un episodio nella sua interezza per comprendere gli eventi, come spesso accade l'imprevisto è sempre in agguato ed alle ore 12,00 si presenta un paziente dializzato ci circa 50 anni che riferiva un malessere aspecifico, ma con intensa ipotensione arteriosa. Nonostante il pronto soccorso inagibile dell'ospedale fosse inondato dai feriti del sisma, in urgenza sono stati eseguiti gli esami ed un elettrocardiogramma che hanno documentato una gravissima acidosi metabolica iperkaliemica con fibrillazione ventricolare in atto. Il paziente stava morendo

sotto gli occhi dei medici; è stata eseguita la terapia medica per correggere l'acidosi e quindi l'iperkaliemia e con l'aiuto di un cardiologo è stato eseguito un tentativo inefficace di cardioversione farmacologica e quindi a paziente sveglio la defibrillazione elettrica con beneficio. E' stato subito trasferito presso un altro ospedale per essere dializzato urgentemente. Dopo circa una settimana è rientrato presso la tenda-dialisi, nel frattempo installata per proseguire i trattamenti fino a maggio quando è stato sottoposto con successo a trapianto renale.

Riprendiamo il diario, il giorno successivo agli ospedali che hanno dato la disponibilità ed accolgono pazienti in dialisi si aggiungono: Giulianova, Pescara, Chieti, Vasto, Francavilla, Villarose, Canistro ed altri ancora. Tutti hanno trovato il loro posto dialisi, missione compiuta? No. Perché non è umano inviare



se li non fosse successo niente, le tende elettriche delle finestre irraggiungibili funzionano, ed è un sollievo. Ed allora, così come si farebbe a casa propria, si va ad aprire le finestre, a far entrare l'aria, si annaffiano le piante, si chiudono le porte a chiave, non si sa mai, si tolgono le cose di altri reparti che nell'emergenza sono state accatastate, si diventa malinconici vedendo i calcinacci. Si prende atto del cronoprogramma della ricostruzione, data prevista per il rientro 30 settembre 2009, ed allora bisogna pensare a quello che servirà, e si ricomincia.

Nel frattempo per i pazienti resta sempre vigile la speranza del trapianto renale, tra aprile e giugno ne vengono eseguiti 3 dei quali uno dal Centro Trapianti di L'Aquila dall'equipe del Professor Famulari trasferitosi momentaneamente a Roma.

Tutto questo ci è stato raccontato dal Dottor Stuard, accompagnato dalla Capo sala Ida Giovannelli, nella nostra visita del 6 luglio, 3 mesi dopo il sisma a L'Aquila, con la serenità, la professionalità, di un giovane medico che sa di aver fatto il suo dovere, insieme al personale che lo ha seguito. Potrebbe toccare il cielo con un dito, per gli elogi che ha ricevuto, per le visite che riceve, invece si scusa perché per i primi 3 giorni dopo il terremoto non ha potuto assistere con la terapia i pazienti che ha in cura. Il Dottor Francesco De Meo, direttore della nefrologia e dialisi di Sulmona, neopensionato lo guarda e forse ride soddisfatto, nella serietà professionale. Il professor Antonio Famulari passa, ci saluta, e gli ricorda un impegno da mantenere, come in una normale giornata di lavoro.

Certo non abbiamo esperienze di gestione dell'emergenza dialitica nelle catastrofi, possiamo anche sbagliare, ma è la prima volta che si affronta l'emergenza dialisi in questo modo, con questa tempistica, con questa tecnologia, con il supporto della Protezione Civile. Ed allora vale la pena raccontarlo ora, approfondirlo da altri, infine relazionarlo e studiarlo quando tutto sarà finito con il rientro nel centro dialisi.

Operatori sanitari che nel dramma personale, lo stesso Dottor Stuard ha perso la casa, non hanno perso la voglia di lavorare, non hanno aspettato che qualcuno gli risolveva il problema, meritano l'attenzione delle associazioni.

Nel nostro piccolo faremo la nostra parte, comprenderemo il possibile, e diffonderemo la storia di buona sanità che stiamo seguendo.

Il Dottor Stuard, ci saluta, ci tiene che a arrivi a tutto il personale medico, infermieristico ed ausiliario che ha anteposto la gestione dell'emergenza dei pazienti aquilani alle proprie vicissitudini familiari vada il più caloroso ringraziamento e riconoscenza. Sommessamente ci associamo al ringraziamento.

Appuntamento all'apertura del centro dialisi nell'ospedale. ♦

NOVITÀ PER LE LISTE D'ATTESA PER I TRAPIANTI

C'è una speranza in più per le persone che aspettano un trapianto di rene. Al pari di Emilia Romagna, Toscana e Piemonte la Sardegna ha deciso di estendere l'ingresso in lista d'attesa per l'operazione non solo ai pazienti che già si sottopongono a dialisi, com'era previsto fino al primo aprile, ma anche agli altri nefropatici che al momento non seguono una terapia dialitica.

«Per la nostra regione si tratta di un grande passo avanti - ha commentato Carlo Carcassi, del Centro Regionale Trapianti - anche perché, occorre sottolinearlo, con l'ingresso in lista di altri pazienti non si creano disagi per le persone che già seguono una terapia dialitica. Questo si deve anche al fatto che negli ultimi dieci anni l'attesa per un trapianto di rene si è notevolmente ridotta, passando dai 240 pazienti del 1999 agli attuali 130 che attendono il trapianto di rene. Peraltro - ha aggiunto

Carcassi - siamo arrivati a questo risultato non perché sia diminuito il numero dei pazienti che presentavano patologie nefropatiche, ma perché l'attività di trapianto ha fatto registrare un notevole incremento rispetto al passato».

Ora la situazione è questa: la lista d'attesa è unica per tutta l'isola e di volta in volta gli aspiranti trapiantati saranno individuati tramite un test elaborato al computer per determinare, in base alla gravità delle patologie, l'ordine di priorità dei degenti. Ad oggi in Sardegna ci sono circa millecinquecento dializzati, mentre i trapiantati sono poco meno di ottocento, cinquecento dei quali operati al Brotzu. Per quanto riguarda le operazioni invece, l'ultimo dato disponibile, riferito al 2008, parla di quarantatré trapianti. La mortalità si è molto abbassata negli ultimi anni, a fronte di un notevole allungamento della vita media dei pazienti nefropatici. ♦



Aumento del 30% delle provvidenze per i nefropatici

Dopo tutti gli anni passati a lottare per ottenere la modifica della legge 11/43, grazie anche all'impegno del Consigliere Regionale Franco Meloni, è stata conseguita una piccola conquista. Da giugno, infatti, sono stati aumentati gli importi degli assegni mensili, redditi e spese di soggiorno e viaggio del 30 %.

Gli importi sono così aggiornati a partire dal 01.06.2009.

ASSEGNO MENSILE (da corrispondere ai Dializzati e Trapiantati)

ASSEGNO MENSILE	*REDDITO NETTO ANNUO	NUCLEO FAMILIARE
335,69 €	0	Qualsiasi
268,55 €	Fino a 8.056,72	Qualsiasi
201,42 €	Fino a 23.498,78	Max 2 persone
201,42 €	Fino a 26.855,76	Max 4 persone
201,42 €	Fino a 33.569,69	Max 6 persone
201,42 €	Fino a 40.283,63	7 o più persone

* nel calcolo del reddito non deve essere considerata la Pensione di Invalità Civile e l'Assegno di Accompagnamento.

SPESE di SOGGIORNO (da corrispondere ai Dializzati)

RESIDENZA	RIMBORSO
Da 15 Km dal comune o frazione del presidio dialisi	13,429 €
Da 30 Km dal comune o frazione del presidio dialisi	20,137 €
Oltre i 90 Km dal comune o frazione del presidio dialisi	26,858 €

SPESE di VIAGGIO (da corrispondere ai Dializzati e Trapiantati)

Residenti nel comune o frazione del presidio dialisi	100,711 €
--	-----------

Questa piccola vittoria sicuramente non fermerà l'ASNET nella sua battaglia di vedere riconosciuto l'adeguamenti degli importi al valore del costo della vita. In questa ottica, nel suo ultimo incontro con l'Assessore Antonello Liori e la Commissione regionale della Sanità, ha perciò presentato un'ulteriore proposta che verrà illustrata nella prossima assemblea annuale.

Giuseppe Canu rieletto Presidente nazionale del FORUM

Il 30.10.2009, a Roma, nella sede dell'Associazione Malati di Reni, si è svolta la riunione per il rinnovo delle cariche sociali del FORUM nazionale delle Associazioni di Volontariato.

Il presidente dell'ASNET, Giuseppe Canu, è stato rieletto all'unanimità per un altro mandato al Coordinamento nazionale del FORUM. Nella stessa riunione è stato poi eletto il consiglio direttivo che risulta così composto:

Presidente: Giuseppe Canu (ASNET);

Vice Presidente: Roberto Costanzi (Associazione Malati di Reni)

Consiglieri: Lorian Collaveri (ATTO), Francesco Di Rosa (ATOM), Tesoriere: Maria Teresa Rodriguez (APRO)

Consiglio dei Proibiviri:

Rosaria Napoli (ANERC), Antonio Motolese (ATO Puglia); Mario Chinca (Associazione Malati di Reni)

Revisore dei conti:

Roberto Strina.

Settimana della donazione 2009

L'A.S.N.E.T. anche quest'anno ha partecipato attivamente alla campagna sulla "Donazione e Trapianto".

Tra le tante iniziative, da segnalare quella svoltasi il 3 Maggio scorso, in collaborazione con le società ciclistiche VadiLonga e PoolBike, con le quali l'Associazione ha organizzato il Memorial Lucillo Medda di ciclismo su strada, articolato su un tratto di percorso a circuito Cittadino da ripetere 6 volte, per 84 chilometri complessivi e un numero elevato di partecipanti, che ha registrato ben 69 corridori al nastro di partenza.

L'A.S.N.E.T. in molti tratti del percorso, ha disposto la cartellonistica riguardante la donazione d'organi mentre i ciclisti alla partenza e per gran parte del percorso hanno indossato la bandana della donazione d'organi e lo slogan "Un donatore Moltiplica la Vita".

La gara si è conclusa con premi riguardanti la settimana della donazione (magliette, matite, bandane ecc) per tutti i corridori e per tutte le persone accorse numerose alla manifestazione.



Addio per Angela Ianniello



A' vit

*A vit nun è a vost, è nu don e Dio
che e'è stai rat sul in usufrutt
p' è nu cert tiempo.
A fin e chisto tiempo
tutt tenimmo l'obblig e lascia ditt
cà se ponn piglia e piezz
e de donà a chi n'è ave bisogn
facennele continua a campa.
Diversament so piezz destinat a nfracetà.
Ma ce penzat che bellezz
si da nu cuorp muort
nat continuarria a campa.*

Dedicato ad una zia speciale

... La mia vita è stato un susseguirsi di disgrazie e di miracoli, non è stata mai noiosa ma mai tranquilla veramente. Ho lottato ... ho dovuto lottare tanto.

Avevo già avuto le mie 2 bimbe quando una grave malattia al rene mi ha portato alla dialisi. In quel periodo i macchinari erano antiquati rispetto a quelli di adesso, ma io seguivo ogni consiglio, ogni regola che i medici mi imponevano. Ogni volta che andavo per farle (2-3 volte alla settimana) salutavo le mie bimbe... io sapevo che poteva essere l'ultima volta che le vedevo.

In 10 anni di dialisi ho visto persone morire nel lettino vicino al mio il loro cuore messo a dura prova non ce la faceva. Io ho sempre lottato, il mio cuore era forte. 10 anni erano quasi il limite massimo per la dialisi... non arrivava un donatore per me... il mio tempo stava per scadere.

Una notte... "qualcuno" mi fece un regalo. Alle 3 squillò il telefono di casa. Rispose mio marito e io sobbalzai nel letto. Forse c'era un donatore per me.

Svegliai le mie ragazze, siamo partiti di corsa con mio marito a Cagliari. Bisognava far presto, non c'era molto tempo.

Avevo paura, sapevo che rischi corre-

vo, ma ero felice e pregavo ... "fa che vada bene ... che io sia compatibile ... che possa avere il tempo di vedere le mie figlie sistemate e i miei nipotini... non ho più tempo per aspettarne un altro. Ti prego fa che vada bene!".

Il mio risveglio non è stato semplice, la degenza è stata lunga... ma finalmente tornavo a vivere...

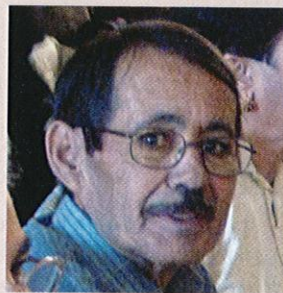
Non vi nego però, che ogni tanto usciva fono in me il senso di colpa. La mia gioia derivava da un grande dolore. Io vivevo perché un ragazzo era morto. Prego per lui ogni sera... non smetterò mai. Ogni sera una preghiera per le mie figlie e una per lui. La sua foto è sul mio comodino...



Maria Teresa Demontis

CI HANNO LASCIATO

Nel periodo di mancata uscita del nostro notiziario sono purtroppo scomparse numerose persone a noi care. Tra di esse vanno ricordate: Angela Ianniello, Presidente dell'ANERC Campania, che ha saputo dare voce e dignità a tutti i nefropatici di quella regione, Gianpaolo Piroddi, Fausto Chiesa, delegato storico di Oristano e Orietta Boi, delegata di Isili, dotata di una forte personalità e di innata grinta. A loro va il ricordo di tutta l'Associazione mentre ai familiari esprimiamo la nostra commossa solidarietà.



Gianpaolo Piroddi



Fausto Chiesa

*Conta molto il sorriso,
la bontà, il saluto
per tutti coloro che soffrono,
nello spirito e nella carne.
È una cura che accresce la speranza,
per una serena più lunga vita.
Chiedere aiuto a chi non è addetto ai lavori,
rischia in risposta, un'amara delusione.
Svaniscono così i progetti,
l'andare avanti per un domani meno penoso.
Solo il coraggio,
la forza, le virtù degli audaci
fanno dire: "W la vita!"*

Natalino Vacca

NUOVA PROCEDURA PER IL RICONOSCIMENTO DI INVALIDITÀ E HANDICAP

Dal primo gennaio 2010, salvo possibili proroghe, cambieranno parecchi aspetti dell'attuale iter di domanda, accertamento e riconoscimento delle minorazioni civili (invalidità e cecità civile, sordità prelinguale), dell'handicap (Legge 104/1992) e della disabilità (Legge 68/1999). Si spera che la "miniriforma" migliori qualità dei servizi erogati al Cittadino soprattutto in quanto a tempi di attesa e a sovraccarichi amministrativi.

Le ricadute

Lo ricordiamo in sintesi: dal primo gennaio la domanda di accertamento di invalidità, handicap e disabilità si presenta all'INPS. Le competenti Commissioni ASL sono integrate da un medico INPS. Le due novità, che ad una superficiale lettura possono sembrare marginali, hanno dei risvolti operativi di notevole impatto. Non a caso, già all'indomani dell'approvazione della Legge 102/2009, l'INPS ha iniziato a progettare e ad organizzarsi per la nuova gestione. Tale "disegno" ha trovato formalizzazione nella Determinazione del Commissario Straordinario del 20 ottobre 2009, n. 189 che fissa le linee guida e le modalità operative dei procedimenti.

Le linee guida

La piena trasparenza dei procedimenti è il primo obiettivo che viene perseguito, soprattutto attraverso strumenti e modalità informatici e telematici. La presentazione delle domande e l'archiviazione di tutti gli atti avverranno attraverso un sistema informatico gestito dall'INPS, garantendo così, quando il sistema sarà a regime, la tracciabilità di qualsiasi procedura in tempo reale. L'altro obiettivo è quello dell'uniformità dei modelli di presentazione della domanda e dei relativi verbali di accertamento. Verranno messi a disposizione dall'INPS superando così l'attuale disomogeneità degli atti a livello locale. Un ultimo interessante obiettivo è quello di mantenere i tempi dei procedimenti che vanno dalla domanda alla concessione delle eventuali provvidenze economiche entro i 120 giorni. Tempi ben più ristretti rispetto agli attuali. Vediamo allora quali sono le diverse fasi e cosa bisogna fare.



La certificazione medica

Come nei procedimenti attuali, per prima cosa bisogna rivolgersi al medico curante (medico certificatore). Basandosi sui modelli di certificazione predisposti dall'INPS, il medico deve attestare la natura delle infermità invalidanti, riportare i dati anagrafici, le patologie invalidanti da cui il soggetto è affetto con l'indicazione obbligatoria dei codici nosologici internazionali (ICD-9). Dovrà, se presenti, indicare le patologie elencate nel Decreto Ministeriale 2 agosto 2007 che indica le patologie stabilizzate o ingravescenti che danno titolo alla non rivedibilità. Infine dovrà indicare l'eventuale sussistenza di una patologia oncologica in atto. Questo certificato – è questa la novità – va compilato su supporto informatico ed inviato telematicamente. Una volta inviato il certificato, il sistema genera un codice univoco che il medico consegna all'interessato. Il certificato ha validità 30 giorni: se non si presenta in tempo la domanda, il certificato scade e bisogna richiederlo nuovamente. Se il medico a cui ci si rivolge non è abilitato o non dispone di computer e connessione, può compilare la certificazione su carta, ma questo documento deve essere compilato seguendo il modello dell'INPS. Per l'acquisizione informatica del certificato cartaceo, bisogna rivolgersi ad un patronato sindacale o ad altri soggetti abilitati, che potranno però inserire il documento solo se completo di tutti i dati.

La domanda

Una volta in possesso del certificato, il Cittadino può presentare la domanda di accertamento. Conviene farlo attraverso

gli enti abilitati: associazioni di categoria, patronati sindacali, CAAF, altre organizzazioni. In questa fase si abbina il certificato rilasciato dal medico (presente nel sistema) alla domanda che si va a compilare. Nella domanda sono indicati i dati personali e anagrafici, il tipo di riconoscimento richiesto (handicap, invalidità, disabilità), le informazioni relative alla residenza e all'eventuale stato di ricovero. Il Cittadino potrà indicare anche una casella di posta elettronica per ricevere le informazioni sul flusso del procedimento che lo riguarda. Tutte le "fasi di avanzamento" potranno essere consultate anche online nel sito dell'INPS, sia dal Cittadino che dai soggetti abilitati: basterà richiedere un codice di ingresso (PIN) al momento della presentazione della domanda o telefonando al Contact Center dell'INPS.

La ricevuta

Per ogni domanda inoltrata, il sistema genera una ricevuta con il protocollo della domanda e l'indicazione della data, del luogo e dell'ora della visita. Nella stessa ricevuta vengono indicate alcune informazioni e raccomandazioni al Cittadino. Viene rammentato di presentare al momento della visita la documentazione sanitaria in originale o in copia conforme e che è possibile farsi assistere da un medico di fiducia. Viene inoltre ricordata la possibilità di richiedere la visita domiciliare in caso le condizioni di salute siano tanto gravi da rendere intrasportabile la persona. Il Cittadino potrà anche richiedere, sempre telematicamente, la modifica della data proposta per l'accertamento.

I tempi

La Determinazione 189/2009 prevede per la convocazione alle visite di accertamento un tempo massimo di 30 giorni dalla data della domanda. Il limite scende a 15 giorni nel caso in cui il richiedente sia affetto da una patologia oncologica in atto, oppure sia affetto da una delle gravi patologie – stabilizzate o ingravescenti – previste dal Decreto 2 agosto 2007. Se questi nuovi limiti saranno rispettati, ci sarà un sostanziale miglioramento rispetto ai tempi di attesa attualmente osservati.

(continua a pagina 10)

(continua da pagina 9)

La visita

La visita avviene, come ora, presso la Commissione della Azienda USL competente. La Commissione accede al fascicolo elettronico contenente la domanda e il certificato medico. Al termine della visita, viene redatto il verbale elettronico, riportando l'esito, i codici nosologici internazionali (ICD-9) e l'eventuale indicazione di patologie indicate nel Decreto 2 agosto 2007 che comportano l'esclusione di successive visite di revisione. Saranno abilitati all'accesso a questi dati solo alcuni medici e funzionari, per contenere il rischio di abusi relativi alla riservatezza dei dati. Tutta la documentazione sanitaria presentata nel corso della visita viene conservata e acquisita agli atti dall'Azienda USL. In caso di assenza a visita senza giustificato motivo, la domanda viene rigettata. Il Cittadino dovrà presentare una nuova domanda, previo rilascio del certificato da parte del medico curante.

La visita domiciliare

La richiesta di visita domiciliare deve essere presentata per via telematica prima del giorno fissato per la visita. È necessario trasmettere un certificato medico che attesti che la persona non è trasportabile se non a rischio della sua stessa salute. Sarà il presidente della Commissione USL a valutare la richiesta e a fissare la visita domiciliare. La procedura informatica invia all'interessato la comunicazione di accoglimento con indicazione di data e ora della visita

oppure il rigetto della stessa confermando la data di visita già fissata presso la Commissione ASL.

La verifica

Fino ad oggi tutti i verbali emessi delle Commissioni ASL dovevano essere inviati alla competente Commissione INPS per la verifica e la convalida. La Commissione INPS aveva tempo 60 giorni, dalla ricezione dei verbali, per convalidare il verbale, oppure per sospenderlo e chiedere chiarimenti all'Azienda USL oppure per riconvocare a visita l'interessato. Trascorsi 60 giorni vige il principio del silenzio assenso. Nessuna norma fissa il tempo massimo di invio dei verbali, da parte delle Commissioni ASL all'INPS. Anche su tale passaggio le novità sono sostanziali. Come già detto, in forza dell'articolo 20 della Legge 102/2009, le Commissioni ASL sono integrate con un medico dell'INPS e questo può rappresentare un vantaggio in termini di tempi, oltre che - sicuramente - di risparmi di gestione. Infatti, se al termine delle visita il verbale viene approvato all'unanimità, il verbale, validato dal Responsabile del Centro Medico Legale dell'INPS, viene spedito all'interessato da parte dell'INPS stesso. Se il verbale dà diritto a prestazioni economiche (pensioni, indennità, assegni), viene anche attivato il flusso amministrativo per la relativa concessione ed erogazione e quindi inviato anche all'ente concessore e "messo in lavorazione". Se al termine della visita di accertamento, invece, il parere non è unanime, l'INPS sospende l'invio del verbale e acquisisce gli atti che vengono esaminati

dal Responsabile del Centro Medico Legale dell'INPS. Questi può validare il verbale entro 10 giorni oppure procedere ad una nuova visita nei successivi 20 giorni. La visita, in questo caso, viene effettuata, oltre che da un medico INPS (diverso da quello presente in Commissione ASL), da un medico rappresentante delle associazioni di categoria (ANMIC, ENS, UIC) e, nel caso di valutazione dell'handicap, da un operatore sociale.

L'invio del verbale

Come detto, il verbale viene inviato al Cittadino dall'INPS. Le versioni inviate sono due: una contenente tutti i dati sensibili e una contenente solo il giudizio finale per gli usi amministrativi. Se il giudizio finale prevede l'erogazione di provvidenze economiche, il Cittadino viene inviato ad inserire online i dati richiesti (ad esempio reddito personale, eventuale ricovero a carico dello Stato, frequenza a scuole o centri di riabilitazione, coordinate bancarie). Anche queste informazioni finiscono nella "banca dati" e completano il profilo della persona ai fini dell'invalidità civile, handicap e disabilità. E anche per queste procedure è bene farsi assistere da un patronato sindacale, un'associazione o un soggetto abilitato. Il procedimento si conclude con l'erogazione delle provvidenze economiche nei casi in cui ne sia riconosciuto il diritto sulla base dei requisiti sanitari e di diritto. I fascicoli elettronici dei verbali conclusi vengono archiviati nel Casellario Centrale di Invalidità gestito dall'INPS. ♦

Tabella di raffronto	Fino al 31/12/2009	Dal 01/01/2010
Il certificato medico	Cartaceo, senza modelli o fac-simili di riferimento	Digitale e telematico, su modello fisso dell'INPS
La domanda	Cartacea, alla Commissione di accertamento dell'ASL, su modelli difforni da ASL ad ASL	Digitale e telematica, all'INPS tramite un patronato, associazione, soggetti abilitati
La visita	Presso la Commissione dell'Azienda USL	Presso la Commissione dell'Azienda USL, integrata da un medico INPS
La verifica	Sempre su tutti i verbali, da parte della Commissione di verifica INPS	Solo sui verbali su cui non c'è unanimità della Commissione ASL. Rimane di competenza dell'INPS
I tempi di convocazione	60 giorni; 15 per i malati oncologici	30 giorni; 15 per i malati oncologici e le persone affette da gravi patologie di cui al Decreto 2 agosto 2007
I tempi fra la domanda e l'erogazione delle provvidenze	9 mesi + 240 giorni	120 giorni
Trasparenza	Informazioni sullo stato del procedimento sono richieste per iscritto al responsabile e si rimane in attesa di risposta	Il flusso dell'intero procedimento (di domanda, convocazione, concessione ed erogazione delle provvidenze) può essere seguito online in tempo reale

I PRESUPPOSTI PER OTTENERE IL RICONOSCIMENTO DEI DANNI DA TRASFUSIONE

La legge n. 210 del 1992 intitolata "Indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati" prevede un indennizzo ai soggetti che abbiano riportato una menomazione permanente all'integrità psico-fisica a seguito di trasfusioni, somministrazioni di emoderivati, vaccinazioni ed altri casi previsti dalla legge come il personale operante nelle strutture sanitarie infettate nell'esercizio del loro lavoro, congiunti di persone indennizzabili ed altri casi previsti dalla legge.

L'indennizzo previsto prevede un assegno con cadenza bimestrale, durata a vita e reversibile per 15 anni. L'importo di detto assegno varia a seconda della categoria in cui è stato inquadrato il danno irreversibile e varia da un minimo di euro 1.098,16 ad un massimo di euro 1.260,19. Se il soggetto è deceduto per cause diverse dalla vaccinazione e la domanda è stata presentata in vita dal danneggiato agli eredi verranno corrisposti i ratei di indennizzo maturati dal primo giorno del mese successivo alla presentazione della domanda sino alla data del decesso del congiunto. Se il soggetto è deceduto a causa delle vaccinazioni o delle patologie previste dalla legge i parenti superstiti aventi diritto possono optare, a domanda, tra la reversibilità dell'indennizzo per 15 anni o un assegno "una tantum" pari ad euro 77.468,53. Tale domanda può essere presentata dagli interessati anche se la persona danneggiata in vita non aveva presentato alcuna istanza di indennizzo.

L'indennizzo è cumulabile con ogni altro reddito ed è fiscalmente non imponibile.

Il termine per la presentazione della domanda è di tre anni a partire dall'entrata in vigore della legge 25 luglio 1997 n. 238 mentre è di dieci anni nei casi di epatiti post-trasfusionali manifestate prima dell'entrata in vigore della legge 238/1997.

Nel caso di infezione da HIV la domanda può essere presentata entro 10 anni dalla "conoscenza del danno".

La domanda di indennizzo deve essere presentata alla ASL di appartenenza la quale istruisce la pratica e la trasmette alla "Commissione Medica Ospedaliera" C.M.O. territoriale competente la quale visita il richiedente ed esprime un triplice giudizio: sul nesso causale, sull'inquadramento della categoria del danno e sulla tempestività della domanda entro i termini.

Avverso una eventuale rigetto della domanda è possibile presentare ricorso amministrativo al Ministero della Salute entro 30 giorni dalla notifica del provvedimento di rigetto. Si può comunque ricorrere alla Giustizia ordinaria entro un anno dalla notifica del rigetto ovvero entro un anno 3 mesi e 30 giorni dalla presentazione della domanda nel caso in cui il Ministero non lo abbia deciso.

E' possibile inoltre chiedere il risarcimento del danno provocato a seguito dei fatti previsti dalla legge 210/92. Anche in questo caso vi è un termine di prescrizione da rispettare che la giurisprudenza ha orientativamente indicato in 5 anni per i soggetti in vita dal momento in cui si abbia avuto la consapevolezza della riconducibilità del proprio stato morboso alla trasfusione. Questo temini in genere coincidono col giudizio che viene espresso dalla CMO sul nesso di causalità. Nel caso invece di soggetti deceduti gli aventi causa possono chiedere il danno entro il termine prescrizione di 10 anni.

E' rilevante affermare che possono richiedersi sia i danni patrimoniali che non patrimoniali. Tra questi ultimi rientrano anche il danno biologico, quello esistenziale e quello alla vita di relazione.

Per potersi far riconoscere questi diritti e non incorrere in prescrizioni o decadenze è imprescindibile rivolgersi ad un esperto della materia o quantomeno ad una associazione interessata.

Avv. Marco Basciu

Aggiornamento sulle attività di indennizzo

Di seguito un aggiornamento sulle attività di indennizzo dell'Ufficio VIII della Direzione Generale Programmazione sanitaria, livelli di assistenza e principi etici di sistema:

Danneggiati da vaccinazione

Legge 20 novembre 2005, n. 229 - erogazione una tantum aggiuntiva ai sensi ex articolo 4: il decreto ministeriale che autorizzava l'erogazione dell'assegno secondo il criterio della gravità dell'infermità, predisposto su indicazione della Avvocatura generale dello Stato a seguito dell'ordinanza di sospensiva del TAR Lazio, è stato pubblicato sulla G.U.R.I. in data 13 novembre 2008. Alla data del 31 dicembre 2008 era stato completato il pagamento di 168 posizioni, appartenenti alla prima categoria - la più grave e numerosa (quasi il 50% del complessivo numero dei soggetti) - pari al 88% degli aventi diritto. A breve saranno completati i pagamenti delle posizioni residue della prima categoria ed è in fase di completamento l'istruttoria necessaria per la corresponsione dell'una tantum ai soggetti appartenenti alle categorie successive.

Articolo 33, comma 5, del decreto legge 159/97, convertito con la legge 29 novembre 2007, n. 222: erogazione una tantum di cui all'articolo 1, comma 3 della legge 229 anche ai soggetti già deceduti alla data di entrata in vigore della legge n. 229 del 2005, e che siano già titolari dell'indennizzo previsto ai sensi della legge 25 febbraio 1992, n. 210, e successive modificazioni; l'assegno è corrisposto in favore degli «aventi diritto», su domanda degli interessati prodotta entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto.

Il decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e finanze per la definizione

dell'importo, quantificato in 150.000 euro, da predisporre ai sensi della normativa sopra richiamata, è attualmente all'Ufficio di Gabinetto del Ministero dell'economia e finanze per essere sottoposto alla firma del Ministro. Nel frattempo è stata conclusa la ricognizione degli aventi diritto, sulla base delle istanze pervenute, ed il relativo esito è stato notificato agli interessati; nelle more del perfezionamento del provvedimento ministeriale l'ufficio sta provvedendo alla acquisizione della documentazione, ove necessario, per il pagamento.

Transazioni da stipulare con soggetti talassemici, affetti da altre emoglobinopatie o da anemie ereditarie, emofilici ed emotrasfusi occasionali danneggiati da trasfusione con sangue infetto o da somministrazione di emoderivati infetti e con soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie

Articolo 33, del decreto legge 159/97, convertito con la legge 29 novembre 2007, n. 222 Commi 361 e 362, articolo 2, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 Per le transazioni sono stanziati dalle normative sopra richiamate rispettivamente 150.000.000 per il 2007 e 180.000.000 a decorrere dal 2008. Con appositi provvedimenti si è provveduto a rendere disponibili le somme in questione anche per il corrente esercizio finanziario. Le citate disposizioni normative prevedono che con decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e finanze siano fissati i criteri fissati i criteri in base ai quali sono definite, nell'ambito di un piano pluriennale, le transazioni di cui al comma 361 e, comunque, nell'ambito della predetta autorizzazione, in analogia e coerenza con i criteri transattivi già fissati per i soggetti emofilici dal decreto del Ministro della salute 3 novembre 2003, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 280 del 2 dicembre 2003, sulla base delle conclusioni rassegnate dal gruppo tecnico istituito con decreto del Ministro della salute in data 13 marzo 2002, con priorità, a pari-



tà di gravità dell'infermità, per i soggetti in condizioni di disagio economico accertate mediante l'utilizzo dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) di cui al decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e successive modificazioni.

In considerazione dell'ampia platea di soggetti interessati, stimabili ad oggi nel numero di non meno 5000 utenti, ai fini di realizzare una programmazione attendibile, sulla base delle indicazioni della Commissione istituita dal Ministro pro tempore in data 4 marzo 2008, è stato predisposto uno schema di decreto ministeriale, presentato anche alle associazioni in data 31 luglio 2008. Con detto schema di provvedimento si era definita, per entrambe le disposizioni legislative, con modalità unificate, tutta la procedura attuativa per la stipula delle transazioni in applicazione delle disposizioni citate, prevedendo una ricognizione, con modalità operative informatiche, dei soggetti talassemici, affetti da altre emoglobinopatie o da anemie ereditarie, emofilici ed emotrasfusi occasionali danneggiati da trasfusione con sangue infetto o da somministrazione di emoderivati infetti e dei soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie che abbiano instaurato azioni di risarcimento danni pendenti alla data del 1 gennaio 2008 e interessati alla stipula di una transazione. Il Consiglio di Stato con parere in data 10 novembre 2008, trasmesso con nota del 5 dicembre 2008, ha formulato una serie di osservazioni in merito al provvedimento in questione, rilevando in particolare la necessità provvedere, ai sensi della normativa

sopra citata, alla definizione dei criteri transattivi. Ciò comporta che detti criteri dovranno essere predisposti a priori, in assenza dei necessari elementi conoscitivi sulla numerosità e composizione della popolazione di riferimento.

Si è in ogni caso provveduto, sulla base anche delle indicazioni della Commissione ministeriale convocata il 22 dicembre 2008, a predisporre un nuovo testo di regolamento, integrato con anche i criteri transattivi,

che sarà sottoposto il 19 gennaio 2009 all'approvazione della medesima Commissione.

Soggetti danneggiati da Talidomide

Legge 24 dicembre 2007 n. 244

La legge sopra citata, all'art. 2, comma 363, ha riconosciuto ai soggetti affetti da sindrome da talidomide, determinata dalla somministrazione dell'omonimo farmaco, nelle forme dell'amelia, dell'emimelia, della focomelia e della macromelia, la corresponsione dell'indennizzo di cui all'articolo 1 della legge 29 ottobre 2005, n. 229. Per l'attuazione delle disposizioni contenute nel medesimo comma dell'articolo 2 della legge sopra menzionata, la disponibilità di risorse è stata incrementata di € 40.000.000,00 per l'anno finanziario 2008 (con apposito provvedimento si è provveduto a rendere disponibile l'importo in questione anche per il corrente esercizio finanziario) e di € 10.000.000,00 per gli esercizi finanziari successivi. Tenuto conto che la legge predetta non ha specificato le modalità da seguire per effettuare il riconoscimento degli aventi diritto e per l'effettiva corresponsione dell'indennizzo, si è resa necessaria l'introduzione di norme regolamentari di attuazione sulla base di una istruttoria tecnica eseguita dal competente Ufficio medico legale di questo ministero e sulla scorta di incontri tenuti con le associazioni i settore. Il documento in questione, già inviato per un primo esame alla fine del 2008 all'Ufficio di Gabinetto - settore salute, è in via di definizione. ♦

IL PARERE MEDICO LEGALE

Sempre più spesso al medico legale viene richiesta la valutazione del danno biologico in un soggetto con epatite da virus HCV, e questo sia per la frequenza di esiti permanenti sia per le caratteristiche del contagio, prevalentemente per via parenterale.

L'esistenza del nesso causale è il primo problema che lo specialista medico-legale deve esaminare per poter affermare la dipendenza dell'evento-contagio da un antecedente di rilevanza giuridica (l'emotrasfusione p.es.), affinché venga riconosciuto il diritto al risarcimento del danno.

Dal punto di vista della responsabilità si tratterà pertanto di appurare l'esistenza del nesso di causalità materiale tra un'azione o un'omissione e l'episodio infettivo e quindi tra l'infezione e il danno.

In ambito civilistico ai fini risarcitori prevale la regola della preponderanza dell'evidenza, del "più probabile che non" rendendo pertanto necessaria una probabilità vicina a 100 (espressione utilizzata in ambito penale), ovvero un giudizio di probabilità logica caratterizzato da un livello di

attendibilità elevato.

Il primo passo del percorso è costituito dall'identificazione dell'agente infettante, dalla dimostrazione che il contagio si sia realmente determinato, in caso di responsabilità da terapia trasfusionale, nell'ambito ospedaliero e a causa del mancato rispetto delle norme di prevenzione.

L'accertamento dell'antecedente lesivo costituisce solo il primo passo a cui succede quello della probabilità statistica. Questo utilizza dati di elaborazione statistica della letteratura scientifica, rafforzando la significatività statistica dell'ipotesi proposta e contemporaneamente del criterio di esclusione di altre cause, da sole necessarie e sufficienti a produrre l'evento.

Il criterio cronologico va soddisfatto con una logica coerenza temporale tra il fatto e l'insorgenza della patologia: congrui devono essere i tempi di incubazione; tale criterio relativo al lasso di tempo è di rilevante importanza.

Per l'epatite C è riconosciuta un "periodo finestra" di positivizzazione: un intervallo inferiore alle 6 settimane tra trasfusione e sieropositività



con i test di seconda generazione e ai 3 mesi con i kit di prima generazione, permette di escludere il nesso di causalità. Stessa conclusione se tra trasfusione e la scoperta dei segni di cirrosi epatica trascorrono meno di 2 anni, tempo insufficiente per l'instaurarsi di tale patologia.

Il criterio topografico si basa sulla corrispondenza tra le sedi della patologia e la causa che li ha prodotti.

Il criterio di continuità fenomenologica si basa sul principio che tra il fatto lesivo e la comparsa delle prime manifestazioni della malattia intercorre tutta una serie di sintomi concatenati costituenti la cosiddetta "sintomatologia a ponte".

Nel caso dell'infezione il criterio di adeguatezza lesiva quali-quantitativa, altro imprescindibile criterio medico-legale, viene a coincidere con la soglia minima di infettività necessaria a provocare la contaminazione e la malattia.

Per quanto attiene al criterio di idoneità lesiva, va provato che l'epatite C, in caso di utilizzo di sangue o emoderivati, sia derivata da un donatore infetto o portatore di anticorpi anti-HC. È, in altri termini, importante confermare la realtà infettante della trasfusione con un'indagine accurata volta ad accertare i protocolli usati, tanto accanto all'impianto dove è stato trattato il paziente che presso quello dove sono stati raccolti i prodotti ematici, potendosi così trovare elementi a favore di contaminazione eventuale o indirizzanti a far scartare questa eventualità.

Per il criterio di esclusione di altre cause l'infezione non deve derivare da cause differenti, e così pure il danno conseguente attribuito, quali tatuaggi, agopuntura, mesoterapia, sclerosi di varici, cure dentarie, podologiche o di manicure.

La documentazione di una sieronegatività precedentemente documentata o altamente presumibile costituisce un prezioso punto di partenza per un'indagine sempre delicata che si svolge spesso tra notevoli difficoltà e incertezze, documentali, anamnestiche ed umane.

È poi opportuna un'analisi della letteratura scientifica in relazione all'argomento di studio (criterio di ammissibilità o di possibilità scientifica) nonché della probabilità statistica (criterio epidemiologico statistico).

Dott.ssa Silvia Carta

RICORDA SEMPRE DI DONARE IL TUO 5 PER MILLE PER SOSTENERE L'ASNET



A.S.N.E.T.

ASSOCIAZIONE SARDA NEFROPATICI
EMODIALIZZATI TRAPIANTATI

Tel. 070 308675



Donazione 5 per mille

L'Associazione A.S.N.E.T. Onlus, rientra nella lista delle Associazioni a cui è possibile donare il 5 per mille. Nella dichiarazione dei redditi, scriva il codice fiscale dell'A.S.N.E.T. e la sua firma.

C.F. 80023840921

La Tua Donazione
Può essere molto
importante.

Una cenerentola sulla strada del meritato successo

La puntura ad occhiello della fistola artero-venosa per emodialisi.

Dott.ssa Monica Spina

U.O. Nefrologia e Dialisi
Ospedale Nostra Signora di Bonaria
San Gavino M.le ASL6 Sanluri

La puntura ad occhiello della fistola artero-venosa (Botton-hole puncture) è semplicemente una metodica di venipuntura a sito costante, introdotta nei primi anni settanta dal Dottor Twardowsky quando ancora lavorava in Polonia e prima di trasferirsi in America.

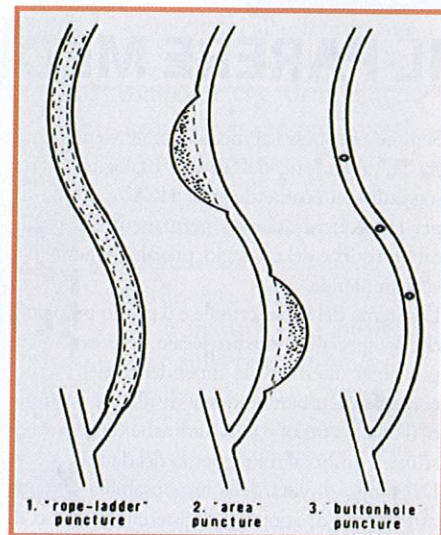
Essa si differenzia dalle altre tecniche come la puntura a scala di corda (rotazione dei siti di inserzione degli aghi) e/o la puntura ad area (siti di inserzione degli aghi in zone circoscritte e limitate), in quanto si avvale del posizionamento degli aghi fistola sempre nello stesso sito e per ogni seduta emodialitica. (fig. 1)

Il Dottor Twardowsky applicò tale tecnica su alcuni pazienti che presentavano limitate zone di venipuntura della fistola e poté con-

statare nel tempo, come la metodica a sito costante proteggesse il vaso dalla comparsa di aneurismi, (cioè le dilatazioni sacciformi del vaso arterializzato); come il dolore riferito dal paziente all'atto della venipuntura fosse notevolmente attenuato e come fosse diminuita l'incidenza di problematiche e complicanze, a breve e lungo termine, a carico della fistola. Questi risultati furono poi confermati dall'esperienza del Dottor Kronung, nei primi anni ottanta, quando spiegava come l'unione di un'arteria con una vena (anastomosi artero-venosa) creasse una differente pressione e portata di sangue all'interno della fistola e come il suo sviluppo nel tempo fosse influenzato dalla tecnica di posizionamento degli aghi.

Egli infatti riteneva che la tecnica migliore fosse quella a sito costante, "ad occhiello", proprio perché non induceva la dilatazione dei vasi arterializzati.

Malgrado i dati e nonostante tutte le positive



(fig. 1) Tecniche di venipuntura:
1. scala di corda; 2. ad area; 3. ad occhiello

ricerche, la puntura ad occhiello non ha avuto alcun seguito in Italia e nei paesi del sud Europa e questo perché è stata data priorità a concentrare gli sforzi nello studio di tecniche dialitiche sempre più efficaci e sofisticate.

Adesso che l'atteggiamento sociologico, etico e di qualità delle cure si è spostato verso l'attenzione alla persona, la tecnica di puntura ad "occhiello" della fistola sta riconquistando l'attenzione meritata in campo scientifico, per il suo merito di preservarne la vita e il successo nel tempo.

Il metodo

I punti fondamentali della tecnica di puntura ad occhiello per le fistole native (non con protesi) sono:

1) La personalizzazione dei siti di venipuntura.

Per ogni paziente vengono individuati almeno due siti di inserzione, uno per l'ago arterioso, di aspirazione e uno per l'ago venoso, di rientro. Gli aghi saranno sempre inseriti esattamente in quei siti e ad ogni seduta emodialitica.

I criteri di scelta impongono zone di cute integra (non cicatrizzata, non arrossata), elastica e con una distanza degli aghi di 7 cm circa, l'uno dall'altro. (fig. 2)

In questa fase iniziale è assolutamente importante che un solo operatore applichi la procedura di venipuntura in modo da permettere un gesto il più ripetitivo possibile (ogni operatore ha la sua tecnica con differenze anche millimetriche di inserzione dell'ago).

Dopo circa 2-3 settimane e utilizzando sempre l'ago fistola tagliente, si formerà nel sito di venipuntura un tunnel sottocutaneo di cicatrizzazione capace di poter accogliere successivamente l'ago fistola a punta smussa e non tagliente.

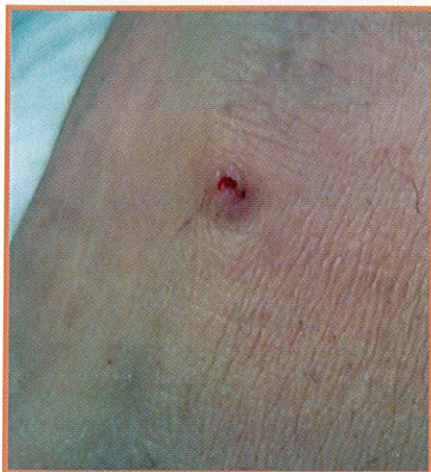
Per agevolare la formazione del tunnel



(fig. 2) Scelta delle zone di cute integra per la tecnica di puntura ad occhiello



(fig. 3) Posizionamento del dispositivo biohole plug sui siti di venipuntura



(fig. 4) Sito di venipuntura dopo rimozione del dispositivo biohole

sottocutaneo si può utilizzare il dispositivo monouso "bio hole plug" di circa 5mm di lunghezza, il quale viene inserito mediante un apposito supporto nel sito di puntura al termine della seduta emodialitica, dopo l'emostasi, e rimosso nella dialisi successiva. (fig. 3; fig. 4; fig. 5)

2) La rimozione delle croste formatesi dalle punture precedenti

Questa manovra è lontana dalle normali abitudini e incontra spesso delle resistenze psicologiche e pratiche da parte degli operatori.

Essa serve per portare allo scoperto la microarea di sottocute cicatriziale, che è più fragile e meno inquinata.

In questo modo si rende più visibile il punto di inserzione e con assoluta precisione si procede a posizionare l'ago senza dover portare all'interno del tunnel materiale biologico contaminato dalla cute e capace di occluderne la punta.

La crosta viene ammorbidita con delle garze intrise di disinfettante prima della loro rimozione e successivamente rimossa con aghi sterili monouso di piccolo calibro. (fig. 5)

È fondamentale non usare per la rimozione delle croste gli aghi fistola per l'elevato rischio di inquinamento dell'ago che poi si posizionerà all'interno del vaso.

L'inserzione dell'ago nello stesso sito induce ad ogni successiva puntura una meno resistenza alla sua progressione nel tunnel in formazione e una sensazione del dolore percepita dal paziente come diminuita (più comune la percezione di una pressione più che di un dolore).

3) Il Posizionamento degli aghi fistola a punta smussa

Dopo aver punto per 6-8 sedute con un ago tagliente normale da emodialisi, nei siti di venipuntura si formerà un tunnel cicatriziale, definibile anche come "un invito" di inserimento, il quale indica il



(fig. 5) Rimozione delle croste con ago monouso sterile di piccolo calibro

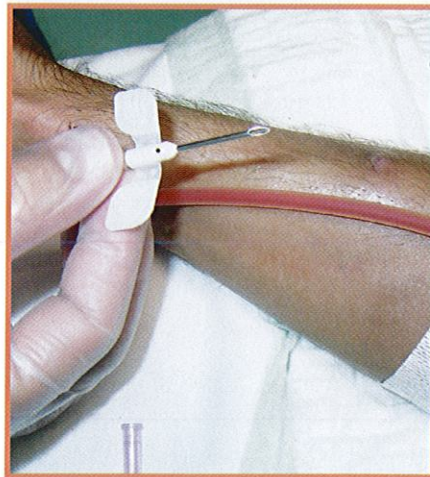
sito di inserzione e permette, in quella specifica micro zona, l'uso dell'ago a punta smussa.

Questo particolare ago non recide come quello tagliente, ma bensì sposta le fibre cicatriziali più lasse del sottocute senza tagliarle, fino a raggiungere la parete del vaso sanguigno e a posizionarsi nel punto di minore resistenza con successiva penetrazione nel lume. (fig. 6; fig. 7)

L'utilizzo dell'ago smusso necessita di una manualità percettiva leggermente diversa dagli aghi taglienti, specificità che viene acquisita mediante il suo uso nel tempo.

A fine trattamento l'ago viene rimosso con la solita accortezza e seguendo lo stesso angolo di entrata. Il tessuto sottocutaneo circostante essendo sano, tonico e ancora elastico, si richiude intorno al sito di inserzione permettendo un'emostasi più breve di quanto accada con le altre metodiche di venipuntura. La crosta che consegue l'uso dell'ago smusso sarà più piccola e leggermente introflessa.

La tecnica a puntura ad occhiello (o a sito costante, o button hole puncture), ha dato ottimi risultati di performance nei Centri Dialisi



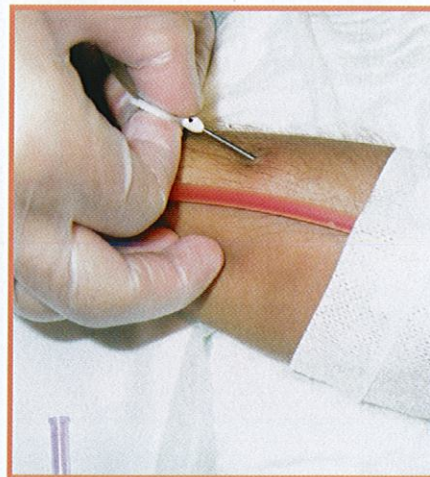
(fig. 6)



che l'hanno adottata. Può essere applicata sia nelle fistole di nuova confezione, sia in quelle già usate e critiche, fermo restando alcuni criteri pratici da rispettare nell'uno e nell'altro caso.

Benché nella realtà operativa la tecnica a scala di corda non è ben accettata dagli operatori e dai pazienti in quanto implica la scelta diversa di siti di venipuntura, alcuni ad alto rischio e il paziente non gradisce "i buchi mancati" o sentire dolore, ne consegue che la tecnica ad "area" sia quella maggiormente applicata in tutti i Centri Dialisi. Quest'ultima però è spesso causa di formazioni aneurismatiche della fistola e di stenosi, le quali a seconda delle tipologie del sottocute del paziente, aumentano l'insuccesso dell'accesso vascolare. A tutto ciò si aggiunge anche il deturpamento dell'arto e il dolore fisico alle singole inserzioni degli aghi.

Alla luce dell'esperienza dei Centri Dialisi che in Italia già dal 2006 hanno iniziato ad utilizzare questa metodica, i cui risultati sull'affidabilità della tecnica sono stati presentati negli ultimi incontri scientifici, non possiamo non condividere anche noi quanto riportato, soprattutto se l'attenzione viene focalizzata sul risparmio del patrimonio vascolare dei nostri pazienti e sull'aspetto estetico dell'arto portatore di fistola. Inoltre con questa metodica a sito costante, ne deriva un sicuro beneficio anche per il paziente il quale avvertirà molto meno dolore alla venipuntura e per il personale infermieristico il quale potrà contribuire sempre di più al benessere psico-fisico del proprio paziente. ♦



(fig. 7) Psizionamento dell'ago a punta smussa nel sito ad occhiello

Dal predialisi alla dialisi: utilità di un ambulatorio dedicato

A cura della Dott.ssa Eleonora Maria Manca



L'incidenza dell'Insufficienza Renale Cronica è in continuo aumento, si prevede infatti che negli Stati Uniti nel 2010, il numero dei pazienti che necessiteranno di trattamento dialitico sostitutivo sarà approssimativamente di 660000 persone.

In Sardegna l'incidenza dell'insufficienza renale cronica è alta, nella sola provincia di Cagliari (circa 760.000 abitanti) l'incidenza nel 2002 è stata di

131 nuovi pazienti in dialisi.

Tale incremento è dovuto principalmente ad un aumento della vita media e quindi delle patologie ad essa più frequentemente correlate, come il diabete e l'ipertensione arteriosa.

Curare l'insufficienza renale cronica richiede un percorso di cura che si sviluppa nel tempo e che contempla il controllo clinico della malattia durante la sua progressione, la preparazione del paziente alla evoluzione della sua malattia e all'ingresso in dialisi.

Per questi motivi si dà molta importanza al referral nefrologico, cioè al momento in cui arriva il paziente all'osservazione nefrologica; a questo proposito si possono distinguere i pazienti in late referral e early referral.

Per early referral si intendono i pazienti che giungono alla dialisi dopo esser stati seguiti in un ambulatorio nefrologico da almeno tre mesi, mentre i late referral sono i pazienti seguiti da un nefrologo da meno di tre mesi prima dell'inizio della dialisi. Esistono diversi

studi che hanno dimostrato la relazione tra il tempo di invio del paziente al nefrologo e l'incidenza delle complicanze legate all'insufficienza renale; tra i vari lavori uno dei più recenti (Febbraio 2006) è uno studio francese in cui è emerso che i pazienti late referral erano più soggetti ad anemia, grave acidosi, maggior durata della prima ospedalizzazione, maggior frequenza di emergenza dialitica (con maggior uso di cateteri venosi temporanei) e soprattutto si è evidenziata una differenza significativa di sopravvivenza a 2 anni, che è risultata essere del 56% nei pazienti late referral e dell'84% in quelli early referral.

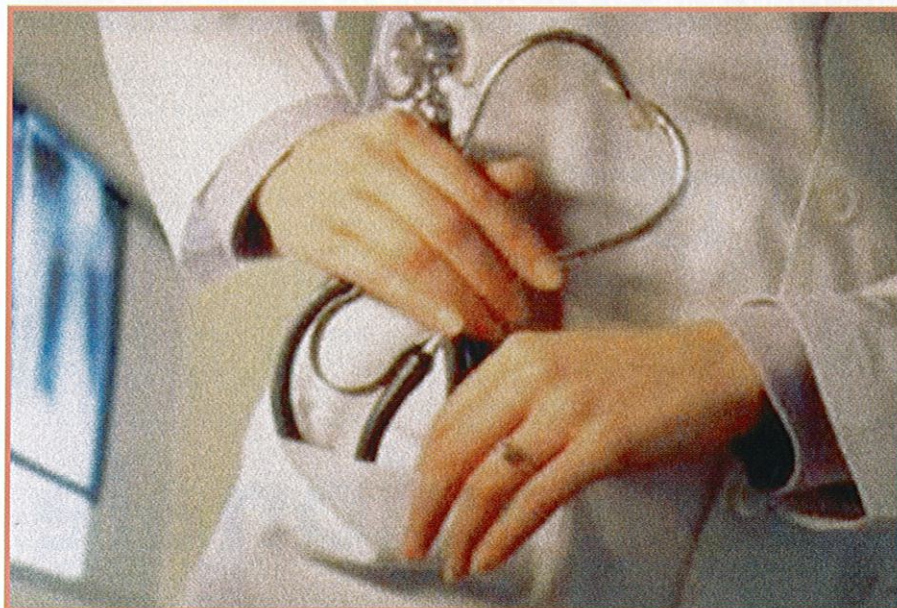
Le motivazioni del tardivo invio dei pazienti nefropatici al nefrologo sono molteplici: la frequente asintomaticità di buona parte della patologia renale progressiva, la non curanza dei pazienti alle raccomandazioni e prescrizioni mediche, la carenza di assistenza del personale sanitario, il ritardato invio in ambito specialistico da parte dei medici curanti sul territorio.

In che modo il tempo dell'inserimento del paziente in un ambulatorio di predialisi è un fattore cruciale nel ridurre le complicanze e la mortalità durante il periodo dialitico e in che cosa consiste l'ambulatorio del predialisi?

L'ambulatorio Predialisi si configura come un ambulatorio "protetto", cioè uno stabile punto di riferimento per i pazienti; si avvale infatti di un programma ben strutturato e multidisciplinare che ha come obiettivo quello di indirizzare il paziente nefropatico nelle migliori condizioni cliniche verso i trattamenti dialitici più idonei alle sue attività sociali, lavorative e relazionali; consentendo così di migliorare la sopravvivenza e la qualità di vita.

Il medico dell'ambulatorio predialisi ha infatti il compito di spiegare al paziente cos'è la dialisi.





TACCUINO MEDICO

a cura del dott.

OSCAR MANCA

terà, attraverso un'attenta valutazione della situazione clinica e socio-familiare, di valutare insieme le varie possibilità di terapia sostitutiva.

Altrettanto importante e complementare è il rapporto infermiere-paziente, l'infermiere infatti effettua la dimostrazione pratica delle metodiche, un'ulteriore valutazione della situazione familiare ed organizza colloqui con pazienti già in dialisi.

Tutto ciò consente di creare tra medico e paziente un sodalizio terapeutico che, da una parte, agevoli il lavoro del medico e, dall'altra faccia riacquistare al paziente l'autonomia perduta a causa della malattia.

Da questo cammino scaturirà la scelta del paziente che, sarà, o meglio dovrebbe essere una scelta motivata e consapevole della terapia sostitutiva e che consentirà il tempestivo allestimento dell'accesso dialitico ed eviterà la dialisi in emergenza con le inevitabili conseguenze che questo comporta.

Consentirà insomma, un inizio appropriato della dialisi. ♦

Si devono dare al paziente gli strumenti per scegliere, in assenza di controindicazioni, il tipo di trattamento sostitutivo che meglio si adatta al suo tipo di vita.

Devono venire prospettati entrambi i tipi di dialisi: l'emodialisi e la dialisi peritoneale, illustrando quelli che sono gli aspetti positivi e i possibili inconvenienti dell'una e dell'altra metodica perché non esiste una dialisi perfetta. Parole come "Emodialisi" (ED), "Dialisi Peritoneale" (DP), "trapianto di rene", si affollano nella mente del malato con tutte le sue variabili fisiche, esistenziali, relazionali e di tipo lavorativo. I pazienti che già conoscono le varie possibilità di una terapia sostitutiva della funzione renale sono pochi.

Il medico è tenuto ad istruire il paziente in maniera obiettiva, ovvero usando la sua esperienza professionale, non per convincerlo a scegliere una metodica anziché un'altra, ma per fornire ad esso gli strumenti per curarsi nel migliore modo possibile. In ultima analisi, se non esistono controindicazioni ad una specifica metodica, si lascia ovviamente al paziente o, se questo non fosse autosufficiente, al partner, la decisione sulla modalità dialitica.

Questa gestione ha portato i pazienti ad una scelta ragionata e quando la clinica lo ha consentito, autonoma e per quanto possibile serena.

Ne consegue che un predialisi ben gestito va di pari passo con una successiva dialisi efficiente e con poche complicanze.

Con una buona organizzazione i pazienti infatti giungono alla fase dialitica dell'insufficienza renale cronica in miglior compenso metabolico, dopo aver eseguito un'opportuna terapia farmacologica e dietetica per il trattamento dei fattori di rischio cardiovascolare (come ipertensione arteriosa, dislipidemia, anemia e controllo del metabolismo calcio-fosforo) e giungono con un accesso dialitico.

Tutto ciò è svolto, nell'ambito dell'ambulatorio predialisi, dal team nefrologico medico-infermieristico, che si configura come un modello di cura collaborativo.

Nell'ambito del team, fondamentale è il rapporto medico-paziente che permet-





Assemblea Regionale

Domenica 28 Febbraio 2010

Hotel Gran Torre

Strada Torregrande Pontile (OR)

Ordine del giorno:

NUOVI SUSSIDI MENSILI

APPROVAZIONE BILANCIO

LISTA D'ATTESA PER I TRAPIANTATI



Per informazioni e prenotazioni

SEGRETERIA ASNET

Via Rockefeller, 30 • Tel./Fax 070 308675 • CAGLIARI

e-mail: asnet@tiscali.it

A.S.N.E.T. SARDEGNA • Elenco dei Delegati dei centri Dialisi

Centro Dialisi	Delegato del Centro	Indirizzo	CAP	Residenza	Recapito Telefonico
Ospedale San Michele CAGLIARI	Noli Gianfranco	Via Basilicata, 8	09100	Cagliari	070 / 486801
	Pili Giovanna	Via Ariosto, 13	09032	Assemini	070 / 9477290
	Frongia Paolo	Via S. Cadeddu, 44	09134	Pirri	070 / 523334 – 3382422287
	Carboni Natalino	Corso Repubblica	09041	Dolianova	3392165592
	Abis M. FRancesca	Via Giotto	09100	Cagliari	070/530308
Pediatria San Michele	Misura Raffaella	Via Magellano, 1	09100	Cagliari	070 / 373324
Santissima Trinità CAGLIARI	Marcis Antonio	Via Is Funtaneddas	09040	Ballao	3286880789 – 070 / 380951
	Frongia Francesco	Via S. Cadeddu, 44	09134	Pirri	070 / 523334 – 3299612145
Ospedale Clinica Lay	Manca Paolo	V.co Tuberi, 9	09100	Cagliari	070/489560
Policlinico San'Elena	Canu Giuseppe	Via Cocco Ortu 13	09028	Sestu	3282892466
C.A.D. QUARTU S.E.	Cuneo Roberto	V.co I Marconi, 7	09045	Quartu S.Elena	070 / 885904 – 3484967302
C.A.L. MONASTIR	Agus Sergio	Via IV Novembre, 1	09041	Dolianova	070 / 741002 – 3471315742
	Secci Virgilio	Via G.M. Angioy	09030	Samassi	3384289764
	Vacca Marta	Via a. Volta 5	09041	Dolianova	070 / 7442000
C.A.L. SARROCH	Fa Pierluigi	Via Bologna, 7	09010	Pula	070 / 9208094 - 3497784505
	Loi Elisabetta	Via F.lli Melis, 12	09010	Pula	3395897747
Ospedale Sirai Cabonia	Delugas Gianni	Via Cogne, 12	09010	Bacu Abis	0781 / 65241 – 3397722631
	Scano Ignazio	C.so Iglesias 123	08013	Carbonia	3476350798
C.A.L. CARLOFORTE	Petrollese Antonio	V.co Napoleone, 5	09014	Carloforte	0781 / 855434
	Alimonda Marco	Via Maestrale, 12	09014	Carloforte	0781 /
Ospedale IGLESIAS	Peddis Franco	Miniera Monteponi, 7	09016	Iglesias	0781 / 24719
Ospedale SAN GAVINO	Mangiantini Roberto	Via Repubblica, 77	09030	Samassi	070 / 9389271
	Cancedda Maurizio	Via Turati, 12	09031	Arbus	070 / 9758584 – 3479413729
Ospedale MURAUVERA	Pilia Luigi	Via Garibaldi	09046	San Vito	070 / 9928132 – 3336584280
	Depau Manfredi	Via Sabadi	09040	Castiadas	070 / 9947154 – 3381709254
	Atzeni Milena	Via Dante, 5	09043	Muravera	070 / 9931377 – 3483413447
Clinica Mad. Rimedio ORISTANO	Frau Paolo	Via C. Battisti	09098	Terralba	0783 / 81086
	Flore Antonella	Via Sardegna 140	09170	Oristano	3494954060
	Corona Maria	Via Marconi,	09071	Abbasanta	3490842787
Ospedale ORISTANO e C.A.L. TERRALBA	Mannai Roberto	Via Oristano, 18	09098	Terralba	0783 / 82252 – 3476008423
	Fanari Giuseppina	Via Laconi, 8	09070	Oristano	0783.74148
Ospedale MACOMER	Niola Felice	Via Mandras, 15	09079	Aidomaggiore	3331724592
	Corrias Riccardo	Via A. Soggiu	09074	Ghilarza	0785 / 53086 - 3487701075
	Deledda Martino	Via Galliano, 17	08015	Silanus	0785 / 84839 -
	Marceddu Salvatore	Via De Gasperi 5	09076	Sedilo	0785 / 59714 - 3486614192
	Teodesio Antonio	Via Quartu S.E.17	08015	Macomer	
	Lai Giovanni Vittorio	Via Mondigliani, 21	08015	Macomer	
Ospedale LANUSEI	Piras Bruno	V.co I Piemonte	08045	Lanusei	0782 / 42210 – 3487057518
Ospedale NUORO	Uscidda Alessandro	Via Angioy, 4	08020	Loculi	3381711189
	Busia Gianfranco	Via Curune, 10	08020	Gavoi	3286136651
	Nieddu Giov. Salvatore	Via Cav. Zuddas	08100	Nuoro	0784/202583 - 3497354886
	Villani Benito	Via Muggianu, 42	08028	Orosei	078498853
C.A.L. Dorgali	Nonne Salvatore	Via La Marmora, 37	08022	Dorgali	3490584718
	Loi Serafina	Via Alessandria, 9	08022	Dorgali	
Ospedale ISILI	Picchedda Tigellio	Via Puddu, 41	09020	Turri	0783 / 95029
	Cogoni Luigina	V.co Municipio, 13	08030	Gergei	3333500727
	Usai Antonio	Corso Italia, 229	08035	Nurri	0782 / 849140 – 3336000593
Ospedale SORGONO	Carta Paola	Via M. Carta, 1	08030	Belvi	0784 / 629376 – 3393860436
	Dessi Giuseppina	Loc. Sa Bandela, 5	08030	Atzara	3396163741
Ospedale SASSARI	Piu Salvatore	Via Parigi, 19/B	07100	Sassari	079 / 217714 – 3383226445
	Scano Pierpaolo	Via Silenti, 7	07100	Sassari	079 / 260437 – 3284781035
Ospedale OZIERI	Picus Michele	Via Alagon, 45	07014	Ozieri	079 / 770868 – 3479012197
	Campus Pietro Mario	Via Wagner, 1	07027	Oschiri	079 / 733434 -
	Murgia Antonio	Via La Marmora, 3	07010	Tula	079 / 719002 – 3687176304
	Zanza Gianni	Via E.Fermi, 13	07014	Pattada	3403033760
C.A.L. BONO	Deriu Antonio	Via Romano Ruiiu, 15	07010	Chilivani	079 / 758902 – 3498587291
Ospedale OLBIA	Paroldo Rosa	Via Tunisi	07026	Olbia	0789 / 28008
C.A.L. Arzachena	Careddu Matteo	Via Tiziano, 20	07021	Arzachena	0789 / 83099 – 3336588250
Ospedale La Maddalena	Moi Francesco	Via Oristano, 11	07020	Palau	0789 / 709452 -
	Morelli Augusto	Loc. Suareddu	07024	La Maddalena	0789 / 738611
	Abis Nicola	Via Ugo la Malfa, 17	07024	La Maddalena	0789/738740 - 3473363844
Ospedale ALGHERO	Sotgiu Natale	Zona Caragol	07041	Alghero	079 / 950349 – 3475773813
	Bardino Giuseppe	Via de Gasperi, 12	07041	Alghero	079 / 977872 -
	Idili Vincenzo	Via Lungotemo, 83	08013	Bosa	0785 / 375219 – 3281358673
Emodialisi Domiciliare	Locche Antonello	Via Catalani, 21/A	09128	Cagliari	070 / 402263 – 3398960363
Trapiantati	Marotto Giovanni	Via B. Croce, 28	09045	Quartu S.Elena	070 / 824434 – 3281825741



A.S.N.E.T SARDEGNA

Via Rockefeller, 30 • Tel./Fax 070 308675 • CAGLIARI

e-mail: asnet@tiscali.it

elenco centri dialisi in Sardegna

CAGLIARI E PROVINCIA

CENTRO DIALISI OSPEDALE SAN MICHELE - VIA PERETTI, 5 - CAGLIARI	RESPONSABILE: DOTT. ANTONELLO PANI	TEL. 070539491
REPARTO PEDIATRIA OSPEDALE SAN MICHELE - VIA PERETTI, 5 - CAGLIARI	RESPONSABILE: DOTT. SSA PATRIZIA FONDULI	TEL. 070539550
OSPEDALE SS. TRINITA' - VIA IS MIRRIONIS, 92 - CAGLIARI	RESPONSABILE: DOTT. ROCCO FERRARA	TEL. 0706095947
CENTRO DIALISI- ARCO DELL'ANGELO - VIALE SANT'IGNAZIO DA LACONI, 34 - CAGLIARI	RESPONSABILE: DOTT.SS ANTONELLA FRESU	TEL. 07060426223
CENTRO DIALISI- NUOVA CASA DI CURA - PIAZZA VIRGILIO LOI, 1 - DECIMOMANNU	RESPONSABILE: DOTT. PAOLO ALTIERI	TEL. 0709660111
CENTRO DIALISI OSPEDALE DI CARBONIA - LOCALITA' SIRAI - CARBONIA	RESPONSABILE: DOTT. GIORGIO MIRARCHI	TEL. 0781668398
CENTRO DIALISI CARLOFORTE (ASS. LIMITATA) - VIA DON PAGANI - CARLOFORTE	RESPONSABILE: DOTT. GIORGIO MIRARCHI	TEL. 078157049
CENTRO DIALISI OSPEDALE SANTA BARBARA - SAN LEONARDO, 1 - IGLESIAS	RESPONSABILE: DOTT. . RAFFAELE PISTIS	TEL. 07813921
CENTRO DIALISI C.A.D. BUGERRU -	RESPONSABILE: DOTT. . RAFFAELE PISTIS	TEL. 07816681/668368
CENTRO DIALISI ASL 8 - VIA TURATI, 41/C - QUARTU SANT'ELENA	RESPONSABILE: DOTT. PIERGIORGIO BOLASCO	TEL. 0706097332
CENTRO DIALISI ASL 8 - VIA NAZIONALE - MONASTIR	RESPONSABILE: DOTT. PIERGIORGIO BOLASCO	TEL. 0709177069
CENTRO DIALISI OSPEDALE MURAUVERA - VIALE RINASCITA - MURAUVERA	RESPONSABILE: DOTT. PIERGIORGIO BOLASCO	TEL. 070609771
CENTRO DIALISI OSPEDALE ISILI - VIA SA GIUSEPPE - ISILI	RESPONSABILE: DOTT. PIERGIORGIO BOLASCO	TEL. 0782820360
CENTRO DIALISI POLOCLINICO POLISPECIALISTICO VIALE MARCONI, 160 - QUARTU SANT'ELENA	RESPONSABILE: DOTT. MICHELANGELO MASCIA	TEL. 070865074
CENTRO DIALISI OSPEDALE SAN GAVINO - VIA ROMA - SAN GAVINO MONREALE	RESPONSABILE: DOTT. SSA CRISTINA MEREU	TEL. 0709339350
CENTRO DIALISI SERRMANNA	RESPONSABILE: DOTT. SSA CRISTINA MEREU	TEL. 0709339350

ORISTANO E PROVINCIA

CENTRO DIALISI OSPEDALE SAN MARTINO - VIA ROCKFELLER - ORISTANO	RESPONSABILE: DOTT. G. COGONI	TEL. 0783317248
CENTRO DIALISI CASA DI CURA MADONNA DEL RIMEDIO - VIA BUSACHI, 5 - ORISTANO	RESPONSABILE : DOTT. R. IVALDI	0783303333
CENTRO DIALISI TERRALBA (CAL) ASL 5 - VIA S. SUIA - TERRALBA	RESPONSABILE : G. COGONI	TEL.0783850034

NUORO E PROVINCIA

CENTRO DIALISI OSPEDALE SAN FRANCESCO - VIA MANNIRONI, 65 - NUORO	RESPONSABILE: DOTT. FRANCO CADINU	TEL. 078434277
CENTRO DIALISI OSPEDALE DI LANUSEI - VIA OSPEDALE - LANUSEI	RESPONSABILE: B. CONTU	TEL. 0782490231
CENTRO DIALISI (C.A.L.) TORTOLI - VIA MONSIGNOR VIRGILIO - TORTOLI	RESPONSABILE: DOTT. B. CONTU	TEL. 0782624497
CENTRO DIALISI MACOMER - LOC. NURAGHE RUIU - MACOMER	RESPONSABILE: DOTT. FRANCO CADINU	TEL. 07857028
CENTRO DIALISI OSPEDALE DI SORGONO - VIA IV NOVEMBRE - SORGONO	RESPONSABILE: F. LOGIAS	TEL. 0784460519
CENTRO DIALISI DORGALI	RESPONSABILE: DOTT. FRANCO CADINU	TEL.078494750

SASSARI E PROVINCIA

CENTRO DIALISI OSPEDALE DI ALGHERO - VIA DON MINZONI - ALGHERO	RESPONSABILE: DOTT.SSA D. CASU	TEL. 079996293
CENTRO DIALISI OSPEDALE DI LA MADDALENA - VIA TERRA LUGIANA - LA MADDALENA	RESPONSABILE: DOTT.SSA L. GAZZANELLI	TEL. 0789791207
CENTRO DIALISI OSPEDALE OLBIA - VIALE A. MORO, 14 - OLBIA	RESPONSABILE: DOTT. G. FUNDONI	TEL.079552217
CENTRO DIALISI ARZACHENA - OLBIA	RESPONSABILE: DOTT. G. FUNDONI	TEL.078983469
CENTRO DIALISI OSPEDALE DI OZIERI - VIA SAN MICHELE - OZIERI	RESPONSABILE: DOTT. M. GANADU	TEL.079779111
CENTRO DIALISI BONO - VIALE SAN FRANCESCO - BONO	RESPONSABILE: DOTT. M. GANADU	TEL.079791041
CENTRO DIALISI OSPEDALE DI TEMPIO PAUSANIA VIA G. DELEDDA - TEMPIO PAUSANIA	RESPONSABILE: DOTT. M. PASSAGHE	TEL.079678269
CENTRO DIALISI OSPEDALE SS. ANNUNZIATA - VIA E. DE NICOLA, 4 - SASSARI	RESPONSABILE: DOTT.SSA M. COSSU	TEL.0792061542
CENTRO DIALISI OSPEDALE S. CAMILLO - LOC. S. CAMILLO - SASSARI	RESPONSABILE: DOTT.SSA M. COSSU	TEL.0792062029
CENTRO DIALISI THIESI - VIALE SEUNIS CHIESI	RESPONSABILE: DOTT.SSA M. COSSU	Tel. 079.886069; fax 079.886020
CENTRO DIALISI PORTO TORRES - REGIONE ANDRIOLU - PORTO TORRES	RESPONSABILE: DOTT.SSA M. COSSU	Tel. 079 5049626; fax 079 5049623