



www.asnetsardegna.com

A SARDEGNA E

ASSOCIAZIONE SARDA
EMODIALIZZATI E TRAPIANTATI

T Via Rockefeller, 30 - Tel./Fax 070 308675
09126 CAGLIARI • e-mail: asnet@tiscali.it



Associazione Sarda Nefropatici Emodializzati e Trapiantati

Sede Regionale: Via Rockefeller, 30 - Cagliari 09126 - Tel/ Fax 070/308675 - 3880532074 - e-mail: asnet@tiscali.it

DONA IL TUO 5 PER MILLE DALLA TUA DICHIARAZIONE 730 E MOD.CUD (C.F. 80023840921)

TESSERAMENTO
2011

ASNET Home

L'ASNET approda su Internet



Solo parziale
l'aumento per
i dializzati



Stop dell'Alta Corte
alla rivalutazione
della Legge 210/92



La dieta
Ipoproteica
nei nefropatici

ANNO XXI • N. 01 • Marzo 2011

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

388 05 32074 - FAX 070.308675

e-mail: asnet@tiscali.it

www.asnetsardegna.com

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 XXI • N. 1 • MARZO 2011

in copertina:

La pagina iniziale del sito ASNET

Chiuso in tipografia il 07-03-2011

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

e-mail: asnet@tiscali.it

SEDE REGIONALE: Via Rockefeller, 30 - CAGLIARI

Tel. e Fax 070.308675 - 388 0532074

SEDE di CARBONIA: c/o Reparto Dialisi Ospedale Sirai

Tel. 0781.6683607



LA SEDE REGIONALE DELL'ASNET

TESSERAMENTO 2011

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 nelle ore d'ufficio
e al n. 388 0532074 fuori dalle 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. Ci trovi anche in FACEBOOK
e su Internet alla pagina www.asnetsardegna.com

BASTA CON I RITARDI

Siamo alle solite. Da una parte troviamo riscontro politico alle nostre istanze. Mentre dall'altra, i dirigenti, che ricoprono ruoli amministrativi in seno all'apparato regionale, sostengono che non esiste copertura finanziaria per soddisfare le nostre giuste rivendicazioni.

In mezzo, continuano a subire i nefropatici, gli emodializzati e trapiantati dell'isola giunti alla disperazione per il mancato sostegno a una situazione divenuta assurda per l'innalzamento del costo della vita e del carburante che rendono impossibile fare fronte alle giuste rivendicazioni di chi richiede solo giustizia, solidarietà sociale e riconoscimento dei propri diritti.

Come vi spieghiamo attraverso la pubblicazione della tabella che riproponiamo di fianco in questa pagina, dopo aver faticosamente raggiunto la condivisione politica sulle problematiche segnalate dalla nostra associazione in merito alla parametrizzazione dell'assegno mensile a sostegno dei costi che ricadono sui pazienti, ci ritroviamo lontani dalla soluzione.

L'innalzamento dei limiti di reddito da prendere in considerazione per l'individuazione dell'assegno mensile è stato aggiornato del 30 per cento mentre i contributi per le spese di soggiorno e di viaggio, quelli per l'emodialisi domiciliare e per la Dialisi peritoneale domiciliare e il contributo straordinario a favore dei trapiantati sono in attesa della più volte citata "copertura" finanziaria che dimostra di giorno in giorno la sua inadeguatezza.

La battaglia per la revisione delle due leggi di settore (la 11 e la 43) non può perciò essere dichiarata conclusa. Anzi, davanti a un simile disinteresse politico, ci troveremo presto in prima linea – anche con iniziative clamorose – per accertare la esatta dimensione delle specifiche poste di bilancio regionale.

Non ci è mai piaciuto condurre le trattative per il riconoscimento delle istanze delle categorie da noi rappresentate in modo aggressivo e sconsiderato ma crediamo sia giunto il momento di dire basta. Basta alle chiacchiere e all'inconcludenza della logica dilatoria che viene utilizzata per rimandare una copertura



di spesa destinata comunque a non coprire mai le effettive spese sostenute dai pazienti: un'elemosina pubblica che rientra in valori quasi mai superiori alle poche centinaia di euro.

Nei prossimi giorni saremo chiamati nuovamente attorno a un tavolo di confronto. L'ennesimo di una lunga serie di incontri mai definitivi.

In quella occasione rivendicheremo l'attualizzazione delle leggi di settore, sostenendo però anche l'opportunità di iscrivere in legge automatismi legati all'incremento delle provvidenze in base ai valori annuali dell'Istat e attraverso il quale evitare per il futuro contenziosi e polemiche inutili per tutti: per la parte politico - amministrativa e per la componente dei pazienti.

Un argomento questo, sul quale torneremo d'ora in poi con maggiore tempestività, sfruttando la splendida opportunità assicurata dal nostro sito www.asnetsardegna.it che vi invito a visitare per ricevere rapidi aggiornamenti sull'argomento e su questa assurda "guerra dei numeri" cui speriamo di porre presto rimedio.

Giuseppe Canu

ASSEGNO MENSILE **APPLICATO** (per Dializzati e Trapiantati)

ASSEGNO MENSILE	REDDITO NETTO ANNUO	NUCLEO FAMILIARE
258,23 €	0	Qualsiasi
206,58 €	Fino a 8.056,72	Qualsiasi
154,94 €	Fino a 23.498,78	Max 2 persone
154,94 €	Fino a 26.855,76	Max 4 persone
154,94 €	Fino a 33.569,69	Max 6 persone
154,94 €	Fino a 40.283,63	7 o più persone

SPESE di SOGGIORNO **INVARIATO** (per i Dializzati)

RESIDENZA	RIMBORSO
Nel comune del presidio	0
Da 15 Km dal comune del presidio dialisi	€ 10,33
Da 30 Km dal comune del presidio dialisi	€ 15,49
Oltre i 90 Km dal comune del presidio dialisi	€ 20,66

SPESE di SOGGIORNO **INVARIATO** (da corrispondere ai Trapiantati)

RESIDENZA	RIMBORSO
Dal comune di residenza al centro trapianti di riferimento (nel territorio regionale)	25,82 €
Dal comune di residenza al centro trapianti di riferimento (fuori dal territorio regionale)	41,32 €

SPESE di VIAGGIO **INVARIATO** (Dializzati e Trapiantati)

RESIDENZA	RIMBORSI
Non residenti nel comune o frazione del presidio trapianto	1/5 costo benzina super a Km
Non residenti nel comune o frazione del presidio dialisi	1/5 costo benzina super a Km
Residenti nel comune o frazione del presidio dialisi	77,47 €

DALLE STALLE ALLE STELLE

a cura di Piergiorgio Bolasco

Il titolo vi sembrerà un po' retorico o vagamente umoristico ma esprime appieno quale risultato si può ottenere sommando: la passione per la nefrologia, la voglia di offrire il meglio ai pazienti soprattutto quelli più malandati, la spinta nell'ombra senza clamori ma decisiva dell'associazione dei nefropatici, un Commissario Straordinario lungimirante ed un ufficio tecnico, che pur tra mille progetti in mano, è stato messo nelle condizioni di offrire ad Isili (ex-ASL 3) un centro dialisi all'avanguardia con 17 posti tecnici.

La mia storia e della ASL 8 con Isili inizia nel 2006 con un laconico fax dell'allora Direttore Sanitario: *"devi occuparti di Isili ora appartiene all'ASL 8"*.

Superato quell'attimo di disperazione dettato dal fatto che ci siamo ritrovato con un organico medico risicato al minimo, un piccolo numero di infermieri capitantati dalla ormai mitica caposala ed instancabile infermiera Antonietta Musu, ne subentra un altro: il momento che giunsi ed entrai per la prima volta nel centro dialisi: avevo fatto un tuffo indietro nel passato di 20 anni!!! impianto idraulico obsoleto e "malato", centrale acque "asmatica", serbatoi provvisti di "meduse" batteriche.

Ma l'esperienza e la pazienza hanno preso il sopravvento, sia perché si lavorava all'interno di un presidio ospedaliero e sia perché avevo per i miei pazienti più critici



L'Equipe (vedi didascalia con nomi in coda all'articolo).

il solito fraterno appoggio per "il ricovero dell'ultimo momento" degli amici del Brotzu e della SS. Trinità.

Lo chiamano modello "Hub and Spoke" al centro stanno gli ospedali di riferimento e noi in periferia ai piedi del Gennargentu.

Dopo un momentaneo cambio dell'anello di distribuzione dell'acqua e di una osmosi si è proceduto a curare l'aspetto umano: e devo dire che qui l'ASL non ci ha mai lasciato. Per farla breve siamo passati da 1-2

Nefrologi a 4, da 7 infermieri professionali a 12 + il capo sala, abbiamo introdotto delle procedure rigorose di una buona e più attenta assistenza dialitica che, con il passare del tempo è entrata e sta ancora entrando nella mentalità dei nostri bravi infermieri e medici, che stanno subendo una meravigliosa metamorfosi sotto i miei occhi e dei miei colleghi più anziani.

L'entusiasmo è una cosa meravigliosa da scoprire nei propri collaboratori Medici ed infermieri.

Come titolo di esempio vorrei ricordare solo la Giornata Mondiale del Rene del 2008: abbiamo lavorato infaticabili e contenti fino a tarda sera screenando 300 pazienti (pensate che nel resto di tutti, e dico tutti gli altri centri italiani messi insieme, ne avevano screenato solo 800!).

Vista questa esperienza è inevitabile fare una riflessione prima di parlare di dialisi: l'ambulatorio nefrologico e la prevenzione sono un'arma formidabile ed insostituibile per alleviare tante sofferenze, diminuire gli ingressi in dialisi, proporsi sorridenti e accoglienti a famiglie e pazienti in sofferenza.

**Quindi prima "pietra miliare"
la PREVENZIONE.**

La DIALISI: già si partiva con il piede giusto potendo disporre di un service con numerose tipologie di trattamento da personalizzare per le diverse esigenze cliniche del paziente e soprattutto la tecnologia di più alto livello e devo dire che anche qui, piacevolmente, ho trovato una adattabili-



Una delle sale dialisi del reparto.

tà ed una flessibilità del personale medico ed infermieristico formidabile.

**Seconda “pietra miliare” quindi:
una buona tecnologia
ma applicata dagli Operatori giusti**

e devo dire che su questo fronte sono stato fortunato ma tenace ottenendo alla fine un'equipe di persone valide nel cuore del Sarcidano e che effettuano una terapia dialitica, credetemi, meglio della Columbia University di New York!

Poi è arrivato in un soffio il 2010 che ci ha portato all'apice una serie di Direttori Generali e Sanitari che ci hanno “voluti bene”; ma il vero colpo di spugna lo devo al mio attuale Commissario che ci ha consentito di aprire un grande reparto nuovo di zecca, supermoderno e attrezzato di letti-bilancia unici, mobili e arredamento di alto livello, un ambiente confortevole: insomma le stelle per un nefrologo come me che dal 1980 non ha fatto altro che ristrutturare o aprire nuovi centri dialisi.

Ma la sicurezza del paziente non è fatta solo di strumenti ma di uomini che dialogano e che si aiutano.

**Quindi terza pietra miliare
è l'integrazione ospedale-territorio;**

questa non l'abbiamo mai scritta con il dott. Antonello Pani e il dott. Rocco Ferrara, a cui sono molto riconoscente per il loro grande senso del dovere, ma l'abbiamo... semplicemente applicata giorno dopo giorno senza documenti e formalità ma solo con la passione per una professione che nulla deve lasciare al caso.

Se ho un paziente problematico: viene accolto da loro in tempi brevi, se hanno bisogno di un posto dialitico per alleggerire il grande carico di lavoro cerchiamo in tutti i modi di offrire le nostre risorse per aiutarli ed aiutarci.



Una visione del reparto.

Tante cose crescono e singolarmente i flussi talvolta si invertono.

E' il caso degli accessi vascolari; infatti alcuni pazienti dell'hinterland cagliaritano vengono ad Isili per allestire una fistola o posizionare un catetere venoso centrale grazie alla grande passione che ha mosso professionisti di valore come il dott. Gianluca Pisano e la dott.ssa Paola Esposito.

E' stato un grande successo l'entusiasmo di aver fatto la prima fistola dell'ASL 8 da noi grazie alla sempre presente ala protettrice del “prof” Gianfranco Pili e le frequenze di perfezionamento fatte dai colleghi in reparti della Penisola.

Eppure dobbiamo ancora crescere, siamo a metà strada: i Nefrologi, secondo il mio punto di vista, devono iperspecializzarsi e diventare un riferimento in

una branca specifica nefro-dialitica.

Gli infermieri professionali devono spazare definitivamente dal loro cervello le ragnatele degli anni '90: non sono più i subordinati del medico ma collaboratori responsabili e “professionali” con una cultura di base e condivisioni di responsabilità che deve continuamente implementare la buona qualità del loro lavoro.

I problemi continueranno sempre: si cerca di collaborare con i Medici di Medicina Generale con cui (per colpa di entrambi) non si riesce a dialogare in maniera sufficiente: anche questa è Nefrologia territoriale.

Mi perdonerete se vi aspettavate una riflessione tecnica ma, grazie alla sensibilità di Giuseppe Canu, che mi ha offerto questo spazio, avevo voglia di raccontarvi una bella storia.

Ma la storia continuerà con Muravera ma quella è un'altra... telenovela.

Lasciatemi ringraziare tutti i miei Colleghi e Collaboratori professionali che reggono la struttura in maniera egregia e che vedete ritratti nella fotografia dell'equipe, da sinistra:

IP Alessandra Soddu;
S. Giuseppe Pais (noto Angelo); dr.sa Rita Contu (inghinocchiata); dr.sa Paola Esposito;
dr.sa Katia Cannas;
dr.sa Irene Sitzia;
dr. Piergiorgio Bolasco;
dr. Gianluca Pisano;
IP Sabrina Schirru;
IP Irene Saderi; IP Teresa Piras; OSS Sara Manca;
IP Marta Marroccu;
IP Romina Pisanu.◇



Uno scorcio del laboratorio.

UN RIFERIMENTO D'AVANGUARDIA



L'Equipe dell'U.O.C. di Nefrologia del Brotzu di Cagliari

L'U.O.C. di Nefrologia e Dialisi dell'Ospedale "Brotzu" di CA ha iniziato la sua attività nell'Ottobre 82 sotto la Direzione di P. Altieri, vero caposcuola e uomo che ha fatto del suo lavoro una vera missione. P. Altieri ha guidato, costruito e garantito la formazione di medici e infermieri "nuovi" della specialità ma carichi di entusiasmo e pronti negli anni a far fronte alla sempre crescente attività ultraspecialistica per la cura dei nefropatici. L'U.O. è inserita nel Dipartimento di Malattie Renali diretto da Mauro Frongia, affermato Chirurgo del Tx Renale e Primario della U.O. di Urologia. La degenza ha 26 posti letto (8 dedicati al Tx). Il Tx Renale, la Dialisi Cronici e la Dialisi Acuti-Chirurgia delle Fistole sono strutture semplici dipartimentali dirette rispettivamente da GB Piredda, G. Sau e GF. Pili. Altre Strutture Semplici quali la Degenza, la Dialisi Peritoneale, il D.H. e la Dialisi Acuti hanno come responsabili rispettivamente M. Conti, GF Cabiddu, P. Melis e G. Pili. Aggiungono specialità e competenza i colleghi, G. Murgia, B. Michittu nel settore Tx, G.

Dessi, V. Matta, B. Onano e M. Rombi in Dialisi, R. Cao e A. Atzeni in Corsia, V. Binda in D.H. Anche gli infermieri hanno incarichi dipartimentali quali A. Fulghesu, Coordinatore URU, R. Sardara (*Dialisi cronici*), AR Zara (*Dialisi Acuti*), L. Camboni (*Degenza*), G. Mameli (*Tx*). Completano la squadra i 2 tecnici di dialisi, B. Denotti e A. Ferrari, gli Assistenti all'Accoglienza G. Musa, L. Lecca in Segreteria, nonché tutti gli infermieri che completano l'organico che in totale è attualmente di 15 medici e 60 infermieri.

Qual è l'importanza di questa U.O. per il territorio?

Il nostro reparto serve la vasta area di CA garantendo il ricovero e tutte le urgenze dialitiche 24h/24. Il centro di Emodialisi Cronici assiste Pz molto complessi ad alto indice di comorbidità e di età avanzata. L'U.O. è Riferimento Regionale per l'attività della Dialisi Peritoneale, per l'esecuzione delle Biopsie Renali, per l'attività della Chirurgia delle Fistole, per il Tx di Rene (insieme

al centro tx di SS). L'approccio di cura del Pz renale nel nostro centro è un approccio integrato con il territorio che permette di offrire al Pz la migliore cura secondo le necessità cliniche garantendo continuità di assistenza per specifici problemi clinici. **L'attività:** 1100 ricoveri all'anno (15-18% su Pz tx). 18.000 trattamenti/anno in dialisi cronici (110 Pz in carico). 2600 trattamenti/anno in dialisi acuti. 12.000 trattamenti/anno in dialisi peritoneale (47 Pz in carico). 250 nuovi ricoveri/anno e 1500 prestazioni/anno in D.H. 20-30 nuovi tx/anno con 650 Pz tx in carico ambulatoriale. 4000-5000 Pz renali in carico ambulatoriale. 120 studi di Bioimpedenza/anno. 250 interventi/anno per accessi vascolari (FAVI e CVC a permanenza). 100 agobiopsie renali/anno. 1000 ecografie renali interne al reparto. La giornata lavorativa nella nostra U.O. inizia con il "Briefing" clinico mattutino, riunione clinica di tutti i medici e caposala per discutere le principali criticità dei Pz, scambiarsi informazioni sulle attività della giornata e coordinarci.

Essendo l'U.O. composta da 4 grosse sezioni (degenza, dialisi cronici e acuti, dialisi peritoneale e trapianto) è come lavorare per 4 reparti. Il rapporto che abbiamo con i nostri Pz è molto stretto perché molti di loro vivono con noi per moltissimi anni grazie alle migliorate terapie farmacologiche, dietetiche e dialitiche e perciò conoscono molto bene la struttura e le risorse utilizzate. Il Pz con malattia renale è riunito in Associazione, l'ASNET che lo rappresenta e con la quale abbiamo un dialogo e un rapporto proficuo ed improntato alla collaborazione.

Attività didattica e addestramento delle nuove leve.

La collaborazione didattica tra la nostra U.O. e l'Università di CA è stretta e proficua. Frequentano il reparto gli specializzandi di Nefrologia e di altre scuole, gli studenti del corso dispari del 4° anno di Medicina e Chirurgia e i tesisti per la laurea in Medicina. Tutti i colleghi strutturati sono impegnati nell'attività didattica quotidiana e di tutoraggio. Tutti partecipano al briefing mattutino, alla collegiale clinica, a lezioni e seminari interni che si aggiungono all'intera attività didattica dell'Università. Tale intensa attività didattica è un grosso impegno ma contemporaneamente un grande supporto e stimolo per l'aggiornamento culturale necessario per curare al meglio i malati.

La Dialisi e il Trapianto. Quali possibilità offrono al paziente?

La terapia dialitica è da noi affrontata con un approccio integrato che permette al Pz e al medico di scegliere insieme fra tutte le tecniche quella più adatta. La personalizzazione è resa possibile dalla presenza di un moderno centro di Emodialisi Extra Corporeo e da un Centro di Dialisi Peritoneale. Il Centro Tx ha un'attività multidisciplinare di Alta Specializzazione che coinvolge Nefrologi, Urologi, Anestesisti e che si avvale della collaborazione continua e qualificata di numerosi reparti e servizi dell'Ospedale. L'intervento chirurgico e tutte le problematiche Urologiche sono gestite dal Dott. Mauro Frongia e dalla sua équipe. Dott. GB Piredda con 2 medici Nefrologi dedicati (G. Murgia, B. Michittu) valutano l'idoneità dei Pz per l'iscrizione alla lista d'attesa, la loro cura durante il ricovero e durante i controlli ambulatoriali successivi al tx. Tutti i colleghi dell'UO effettuano le reperibilità durante le quali avviene la convocazione e la valutazione finale dei Pz che poi vengono sottoposti al tx.



Il Dott. Antonello Pani

Le malattie renali sono frequenti e il malato renale è sempre più complesso è difficile.

Oggi la malattia renale cronica (CKD) è una vera epidemia. L'invecchiamento della popolazione, l'ipertensione, l'aterosclerosi e il diabete sono le principali cause di danno renale cronico. L'indiscriminato consumo di farmaci, talvolta

potenzialmente nefrotossici e l'iperuricemia aggiungono rischi di danno renale. Un individuo su 10 della popolazione generale ha una CKD in atto, spesso misconosciuta. Il Pz renale è spesso anche un Pz cardiaco e neurologico e necessita di cure diabetologiche e antipertensive. Il diabete e l'ipertensione arteriosa sono le prime due cause d'ingresso in dialisi. La CKD è un rischio di mortalità e di morbidità cardiovascolare indipendente. Il Pz renale si trova sempre più frequentemente nei reparti di Cardiologia, Neurologia e Medicina Interna. I Pz più gravi hanno spesso necessità di cure intensive complesse.

Criticità: organico e posti dialisi nel territorio.

- L'attuale principale criticità è la carenza di medici e infermieri che sono sotto-dimensionati rispetto alla gran mole di lavoro svolto. E' in atto un forte impegno da parte del Commissario Dott. A. Garau e della Direzione Sanitaria (R. Sequi e M. Spissu) insieme all'Assessore alla Sanità Dott. A. Liori per sanare la carenza dei medici in organico (18+il Primario) e per consentire di raggiungere gli standard minimi del rapporto infermieri/Pazienti imposto dalla stessa legge regionale di accreditamento.
- La vera criticità è la carenza di posti dialisi cronici nel territorio e nelle Case di Cura cittadine che crea un sovraccarico di lavoro nella nostra dialisi acuti per dializzare temporaneamente Pz. Cronici. Anche questo problema è stato ben esposto da me e da tutti i Responsabili dei centri dialisi del territorio della ASL 8 (R. Ferrara, PG Bolasco) all'Assessore che ha promesso una soluzione in tempi brevi. In riferimento al recente articolo dell'Unione Sarda vorrei precisare che i Pz in dialisi presso il nostro Centro ricevono una terapia dialitica moderna e assolutamente sicura. La nuova gara service è in Regione per la definitiva approvazione e presto entrerà in fase operativa.

In conclusione, il nostro Reparto rimane un punto di riferimento di diagnosi e cura per i Pz renali per l'intera Regione ed un Riferimento Didattico costante per i futuri Nefrologi.

Ringrazio l'ASNET e il Presidente Giuseppe Canu per avermi dato l'opportunità di illustrare con questo articolo tutto ciò che il nostro reparto offre ai pazienti nefropatici, emodializzati e trapiantati di rene. ♦



Posto rene

www.asnetsardegna.com
L'Associazione sbarca su INTERNET

L'associazione si allinea ai nuovi sistemi di comunicazione e sbarca su Internet con un sito dedicato alla sua attività istituzionale, arricchito da tantissime notizie in "tempo reale".

Con un semplice click di mouse, è ora possibile accedere ai comunicati e alle notizie che interessano e coinvolgono tutti gli emodializzati, trapiantati e nefropatici dell'isola, con importanti richiami legislativi e normativi che rappresentano un importante contributo per tutti coloro che hanno necessità di informazioni immediate.

Il sito è arricchito da una importante serie di link che consentono rapide connessioni con i siti delle altre principali associazioni di tutela dell'intera penisola e con il FORUM, il

coordinamento nazionale di tutti gli organismi che si occupano di dialisi, trapianti e patologie renali.

Dalla home page è possibile anche scaricare gli ultimi numeri del notiziario che – come tutti sanno – oltre all'informazione istituzionale cura la pubblicazione di numerosi interventi qualificati di altissimo livello scientifico.

Il collegamento è possibile all'indirizzo web www.asnetsardegna.com da dove è possibile scaricare con facilità tutti i materiali e le informazioni di maggiore interesse.

Come ultima novità del sito, vi proponiamo il nuovo logo che caratterizzerà d'ora innanzi tutte le attività della nostra compagine giunta in questo ultimo periodo a registrare ben 35 primavera della sua esistenza. ♦

ASSEMBLEA REGIONALE



22 maggio 2011

All'ordine del giorno:

- > Ritardo negli aumenti dei sussidi mensili
- > Approvazione bilancio consuntivo 2010
- > Dialisi vacanze

I Soci possono rivolgersi alla segreteria

ASNET per l'adesione oppure consultare il sito www.asnetsardegna.com

RIVALUTAZIONE INDENNIZZI: LA PAROLA ALLA CORTE COSTITUZIONALE



Due i tribunali italiani hanno rimesso la questione di legittimità alla Corte Costituzionale e oltre mille le persone si sono già rivolte alla Corte europea dei diritti di Strasburgo.

Il decreto legge n. 78/2010 convertito con la legge n. 122/2010 all'art. 11 recita "Il comma 2 dell'articolo 2 della legge 25.2.1992, n.210 e successive modificazioni si interpreta nel senso che la somma corrispondente all'importo dell'indennità integrativa speciale non è rivalutabile secondo il tasso di inflazione...".

Tale novità legislativa ha dato vita a numerose incertezze: chi percepisce già l'assegno "rivalutato" in seguito a sentenza passata in giudicato continuerà a percepirlo con l'importo bloccato al 31 maggio 2010 (fermo restando che non avrà futuri "scatti" di rivalutazione) secondo l'interpretazione data dal Ministero dell'Economia e da molte delle sue direzioni provinciali, oppure tale rivalutazione non è più dovuta e, di conseguenza, gli assegni futuri saranno di importo pari a quello pre-sentenza, secondo l'interpretazione offerta da diverse Regioni e Aziende Sanitarie Locali, su indicazione del Ministero della Salute?

Una cosa è invece certa: sono diversi gli aspetti ritenuti contrari ai fondamenti della nostra Carta Costituzionale da un lato, e alla Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali, in vigore dal 1953. In merito al primo punto, si deve prendere atto del (finalmente) riconosciuto fondamento della questione di legittimità costituzionale da parte del Tribunale di Reggio Emilia nel settembre 2010 e

del Tribunale di Prma nel gennaio 2010, i quali hanno di conseguenza rimesso la questione alla Corte Costituzionale. L'auspicio, è che grazie a tali ordinanze e alle altre che con tutta probabilità seguiranno (con contestuale sospensione dei processi in corso sino alla pronuncia in materia da parte della Corte Costituzionale), si ponga fine alla compromissione dei diritti di tutti coloro che godono dell'indennizzo ai sensi della l. 210/1992.

Ad oggi si è in attesa della pronuncia della Corte Costituzionale, la quale porrà finalmente il punto definitivo al diniego della rivalutazione nella sua interezza. Pertanto, l'esito dei processi in corso presso i Tribunali italiani dipende da quella che sarà la decisione della Corte adita.

In merito al secondo punto invece, si presume siano almeno 1.000 i danneggiati di tutta la penisola che percepiscono l'indennizzo in questione, ad essersi già rivolti alla Corte di Strasburgo per vedere tutelati quei diritti.

Si ricorda, infatti, che già in altre occasioni tale Corte ha condannato lo Stato italiano per aver direttamente emanato disposizioni normative lesive di diritti riconosciuti a livello europeo o per aver tenuto, indirettamente, comportamenti contrari agli stessi (si pensi ad esempio, alla pronuncia di condanna dello stato italiano al pagamento di € 1.000 per ogni ritardo nei processi aventi ad oggetto il risarcimento dei danni derivanti da trasfusione).

Il termine per rivolgersi alla Corte europea è di 6 mesi dalla "final decision" (decisione finale) che può essere interpretato

EMODERIVATI NON SICURI

Ci sono in Italia emoderivati (cioè prodotti farmaceutici ricavati del sangue, usati nelle trasfusioni) che sono a rischio salute per i cittadini. Locomunica l'Aifa, chiedendo il ritiro di tutti i prodotti della società Kedrion Spa, che nel settore è monopolista. Tutto inizia alla fine del 2010, quando la società farmaceutica chiede l'autorizzazione a commercializzare alcuni emoderivati, mostrando alcuni documenti - finora tenuti nascosti - dai quali risulta che il sangue usato come materia prima non è controllato. L'unico esame che viene effettuato è quello per l'epatite C, ma non per l'Aids, per esempio, o per altre malattie. Per questo sono prodotti pericolosi che possono trasmettere malattie e che quindi, secondo l'Aifa (Agenzia italiana del farmaco) va ritirato immediatamente dal mercato.

A questa protesta risponde Enrico Garaci, presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, che dice che Non è un problema, perché il rischio è minimo (da 0,1 a 1 caso ogni milione di sacche di sangue) e sarebbero maggiori i rischi nel ritirare i prodotti della Kedrion, dato che, essendo monopolista, si lascerebbero gli ospedali senza un importante supporto medico. Casualmente, è la stessa posizione della società farmaceutica.

Per risolvere la questione è intervenuto il governo, con il Ministro della Salute Ferruccio Fazio che ha incaricato il Centro Superiore di Sanità di dirimere la questione. Un giudizio che difficilmente sarà imparziale: il presidente del CSS è Garaci, presidente anche dell'ISS. ◇

come decorrente dalla pubblicazione del decreto n. 78 (31 maggio 2010) oppure dal momento della conversione in legge del decreto in questione. Solo qualora si seguisse la seconda linea interpretativa si potrebbe adire tale Corte (entro, comunque, il 30 gennaio 2011).

In ogni caso, dato il numero di cittadini che si è già rivolto alla Corte europea per chiedere giustizia, si attende al più presto una pronuncia dalla stessa, che potrebbe consistere ancora una volta in una condanna verso il nostro Stato, ribaltando la situazione attuale.

Qualora infatti, l'esito della stessa dovesse essere favorevole ai danneggiati, tutti i cittadini che godono dell'indennizzo ex l. 210/1992 potranno richiedere tramite il proprio avvocato, la rivalutazione dell'indennizzo senza vedersi negare tale diritto, come invece accaduto in quest'ultimo anno.

Avv. Marco Basciu
Dott.ssa Daniela Marras

L'INPS CAMBIA LE "REGOLE" DELLA VERIFICA

La Legge 3 agosto 2009, n. 102 che, all'articolo 20, ha fissato nuovi criteri e competenze nei procedimenti di accertamento delle minorazioni civili.

Come noto, dal primo gennaio 2010 la domanda di accertamento di invalidità, handicap e disabilità si presenta all'INPS e non più alle Aziende USL. Le competenti Commissioni ASL sono integrate da un medico INPS.

Queste disposizioni normative sono state rese operative da INPS e disciplinate dalla Circolare 28 dicembre 2009, n. 131.

Cosa prevedeva la Circolare 131/2009

La nuova composizione delle Commissioni ASL (integrate con un medico INPS) avrebbe dovuto generare un vantaggio in termini di tempi oltre che – sicuramente – di risparmi di gestione.

Infatti, la Circolare dell'INPS 131/2009 prevede che se al termine della 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 conceditore 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 diretta 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, ANFFAS) e, nel caso di valutazione dell'handicap, da un operatore sociale (per le certificazioni relative alla Legge 104/1992 e 68/1999).

Quindi: le visite dirette avrebbero dovuto essere limitate ai casi dubbi e ai casi su cui non vi era accordo, consentendo comunque un ampio ricorso alla valutazione sugli atti, senza cioè scomodare il Cittadino.

Evidentemente, a quasi un anno di distanza, INPS verosimilmente rileva che il sistema non funziona: in molte Commissioni ASL il medico INPS non è ancora presente; la documentazione sanitaria completa non viene trasmessa all'INPS, ma, soprattutto, le concessioni di provvidenze economiche stanno riprendendo il loro normale.



Ecco allora che l'Istituto cambia le sue indicazioni con una Comunicazione del 20 settembre 2010 (interna e non diffusa nel sito ufficiale) del Direttore Generale ai tutti i Dirigenti regionali INPS.

Più visite dirette

Il Direttore Generale stabilisce che "si rende indispensabile potenziare (...) il ricorso all'accertamento sanitario diretto sulla persona con l'obiettivo di verificare la sussistenza ovvero la permanenza dei requisiti sanitari (...)."

Anche se la nota afferma che l'intento è quello di rendere "definitivo il giudizio medico legale dei sanitari INPS, con il dichiarato obiettivo di evitare futuri disagi al cittadino conseguenti a successive verifiche sanitarie straordinarie", sembra piuttosto che la finalità sia quella di stringere ulteriormente i meccanismi di controllo e di restrizione delle provvidenze concesse.

Le stesse "Linee Guida", allegate alla nota del Direttore Generale (paragrafo "Visita diretta"), sottolineano "che l'accertamento sanitario diretto è da ritenersi prioritario al fine di garantire la massima coerenza metodologica e la trasparenza dell'iter valutativo e del conseguente giudizio medico-legale. Ciò soprattutto nei casi in cui si evidenzia una severa minorazione dell'integrità psico-fisica da cui derivano benefici assistenziali."

Le conseguenze per il Cittadino

Le conseguenze per il Cittadino sono di più severe di quanto appaia. Vediamo il perché. Il Cittadino che chiede l'accertamento (primo accertamento o revisione o accertamento al 18esimo anno di età) può ricevere una valutazione non unanime ma a maggioranza da parte della Commissione oppure unanime (incluso il medico INPS, quindi).

Nel primo caso, già la Circolare 131/2009 prevedeva una valutazione sugli atti o con visita diretta presso la Commissione INPS. Ora, il Direttore Generale suggerisce il ricorso prioritario alla visita diretta. Ma il ricorso alla visita diretta è prioritario – secondo INPS – anche nel caso in cui il giudizio della Commissione ASL (integrata con il medico INPS) sia stato unanime, soprattutto nei casi in cui siano previsti benefici assistenziali (cioè, in particolare, pensioni, assegni, indennità).

Le "Linee Guida" propongono delle eccezioni discrezionali alla convocazione alla visita diretta in alcuni casi specifici:

- Casi in cui si è proposta l'applicazione del DM 2 Agosto 2007, ove siano rispettati i requisiti previsti dalle singole voci;
- Minori con patologie validamente documentate soprattutto concernenti la sfera psichica o con patologie di tipo genetico-malformativo;
- Soggetti inseriti in strutture di lungodegenza o in residenze protette;
- Soggetti interdetti;
- Soggetti di interesse geriatrico con perdita dell'autonomia personale adeguatamente documentata; (...)
- Patologie neoplastiche di comprovata gravità.

Quindi, saranno molti i Cittadini che verranno, d'ora in poi, sottoposti ad una doppia visita: prima all'ASL e poi all'INPS. I disagi e i ritardi aumenteranno parecchio. Considerando il clima politico-culturale attuale e l'evoluzione delle disposizioni in materia, appare poco convincente la motivazione di INPS che tali procedure siano rivolte ad un minor disagio per il Cittadino.

Sorge poi un dubbio circa il significato del permanere dei Medici INPS in seno alle Commissioni ASL. Se il loro coinvolgimento era motivato dall'opportunità di accelerare e ottimizzare i procedimenti, dopo le nuove indicazioni, questa presenza appare solo come un costo per INPS e non con un vantaggio per il sistema. Ma forse è proprio questo il problema.

Ultima notazione, riguarda la "rilettura" presente nelle "Linee Guida" rispetto ai criteri medico-legali di accertamento delle minorazioni civili. In più passaggi, vi sono affermazioni ed interpretazioni che non trovano fondamento nella normativa vigente e che sono comunque discutibili anche sotto il profilo della letteratura scientifica in materia. ♦

LE LINEE GUIDA PER GLI ACCERTAMENTI

CIVILE

PREMESSA: L'esigenza di assicurare la massima omogeneità sul territorio nazionale dei comportamenti e delle valutazioni dei medici impegnati nella invalidità civile, ha indotto il Coordinamento Generale Medico Legale a emanare le seguenti linee guida. Rafforza tale esigenza anche la constatazione della volontà del Legislatore, espressa con il Decreto legge del 26 maggio 2010, convertito nella Legge 30 luglio 2010, n. 122, di richiamare le responsabilità dei medici che attestino intenzionalmente e falsamente uno stato di malattia o di handicap con conseguente pagamento di trattamenti economici di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità ai sensi dell'articolo 5, comma 5, del decreto del Presidente della Repubblica 21 settembre 1994, n. 698 e del comma 1 dell'articolo 55-quinquies del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modificazioni. All'art 10 della succitata Legge si precisa che, fermo restando le responsabilità penali e disciplinari, il medico ... è obbligato a risarcire il danno patrimoniale, pari al compenso corrisposto a titolo di trattamenti economici di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità nei periodi per i quali sia accertato il godimento da parte del relativo beneficiario, nonché il danno all'immagine subito dall'amministrazione.

FONTI NORMATIVE-CRITERIOLOGIA VALUTATIVA:

SOGGETTI DI ETA' COMPRESA TRA I 18 ED I 65 ANNI:

Il dettato legislativo è costituito dall'art.2 della Legge 30 marzo 1971, n. 118 e dal Decreto legislativo 23.11.1988, n. 509. A mente di legge sono... invalidi civili i cittadini affetti da minorazioni congenite o acquisite, anche a carattere progressivo, compresi gli irregolari psichici per oligofrenie di carattere organico o dismetabolico, insufficienze mentali derivanti da difetti sensoriali e funzionali che abbiano subito una riduzione della capacità lavorativa non inferiore a un terzo. I momenti valutativi saranno tesi a individuare: 1) il danno anatomico-funzionale permanente (art. 1 D.Lgs. 509/1988: Le minorazioni congenite od acquisite, di cui all'articolo 2, secondo comma, della legge 30 marzo 1971, n. 118, comprendono gli esiti permanenti delle infermità fisiche/o psichiche e sensoriali che comportano un danno funzionale permanente); 2) la capacità lavorativa,

con riferimento a quella c.d. "attitudinale"; 3) il riferimento al sistema tabellare normato dal D.M. 5.2.1992.

Il Legislatore, utilizzando termini come "chiarezza" e "precisione" circa le diagnosi e riferendosi al danno anatomico-funzionale permanente, rimanda in modo implicito al rigorismo obiettivo tipico della Medicina Legale supportato da adeguata documentazione clinico-strumentale. Vanno tenute in considerazione, in questa ottica, le Indicazioni per la valutazione dei deficit funzionali, contenuta nella seconda parte del D.M. 5.2.1992.

E' il caso di ricordare che, secondo quanto prevede la prima parte del D.M. 5.2.1992, il verbale deve essere compilato in modo che siano espresse con chiarezza la diagnosi clinica secondo quanto sancito dall'art. 1 comma 3, D.L. 509/88, la prognosi con particolare riguardo alla permanenza della infermità e del danno funzionale, la percentuale assegnata a ciascuna menomazione in base alla tabella ed in caso di menomazioni multiple, la valutazione complessiva, se trattasi di concorso d'invalidità ovvero, la valutazione ottenuta mediante il calcolo riduzionistico se trattasi di coesistenza d'invalidità, la possibilità di applicazione di protesi e la eventuale variazione percentuale ad essa connessa. Si rammenta che nel caso di infermità espressamente prevista nella tabella si è tenuti tassativamente ad applicare la relativa percentuale; ove sia previsto un range tabellare non si deve ricorrere alla applicazione indiscriminata del limite superiore, che realizzerebbe un superamento della volontà del Legislatore, ma modulare il valore percentuale secondo scale di gravità accreditate. Ove, invece, si tratti di infermità non tabellate è possibile, in ragione di natura e gravità, applicare un criterio analogico rispetto a quello tabellare. Sono da evitare soggettivismi valutativi e l'uso di criteri analogici non informati al metodo medico legale. Sarà utile ricordare, a tal proposito, l'ambito giuridico nel quale si opera; in altri termini, se si è chiamati ad una valutazione sulla capacità lavorativa, appare ingiustificato attribuire, ad esempio, con criterio analogico il punteggio della Psicosi ossessiva (80 %) ad un Disturbo di Personalità Ossessivo-Compulsivo di un soggetto con normale o, addirittura, elevato funzionamento lavorativo.

Nel caso, assai frequente, di menomazioni multiple occorre distinguere se esse siano concorrenti, interessanti cioè lo stesso organo o apparato, o coesistenti. Nel primo caso si rammenta che, ad

eccezione di concorrenze espressamente previste in tabella, si deve procedere a valutazione complessiva che sarà proporzionale al valore percentuale attribuito alla perdita totale anatomico-funzionale dell'organo o dell'apparato e, di norma, non rappresenterà la mera somma aritmetica delle singole percentuali. Si ricorda che con la Circolare n. 14/1992 l'allora Ministero del Tesoro esortava all'applicazione della formula del Gabrielli, in analogia con il sistema infortunistico, nei casi in cui il grado di riduzione permanente della capacità lavorativa sia aggravato da invalidità preesistenti non pertinenti all'invalidità civile (guerra, lavoro, servizio). La formula è costituita da una frazione in cui il denominatore rappresenta il grado di capacità lavorativa preesistente alla valutazione (C) ed il numeratore la differenza fra questa e la capacità al lavoro residua dopo la minorazione in valutazione in invalidità civile (C').

$D (\text{danno indennizzabile}) = \frac{C-C'}{C}$. Nel caso di menomazioni concorrenti non esiste, comunque, un richiamo esplicito di legge all'utilizzo di particolari formule a differenza di quanto previsto per le minorazioni coesistenti, per le quali il D.M. 5.2.1992 rimanda al calcolo riduzionistico.

Un generico metodo di riferimento per le menomazioni concorrenti omogenee può essere il cosiddetto calcolo salomonico, indicativo di un valore intermedio tra i valori ottenuti con il calcolo riduzionistico e la somma delle minorazioni.

Si rammenta che menomazioni iscritte tra lo 0 e il 10% non sono valutabili nella valutazione complessiva dell'invalidità a meno che non siano concorrenti tra loro o con altre minorazioni afferenti a fascia superiore.

Nel caso di menomazioni coesistenti, interessanti organi e apparati funzionali distinti, si procederà al calcolo riduzionistico mediante la seguente formula:

$IT = IP1 + IP2 - (IP1 \times IP2)$ dove l'invalidità finale IT è uguale alla somma delle invalidità parziali IP1, IP2, diminuita del loro prodotto. Per tali finalità si rimanda alla funzionalità NEXTMATE presente in procedura.

E' prevista la possibilità di applicare una variazione percentuale di cinque punti in più o in meno, ove si configuri una incidenza della menomazione sulle occupazioni confacenti alle attitudini del soggetto. L'aumento della variazione percentuale presuppone una accurata valutazione delle occupazioni confacenti alle attitudini del soggetto che può derivare

Provvidenze economiche per invalidi civili, ciechi civili e sordi: importi e limiti reddituali per il 2011

Ogni anno vengono ridefiniti, collegandoli agli indicatori dell'inflazione e del costo della vita, gli importi delle pensioni, assegni e indennità che vengono erogati agli invalidi civili, ai ciechi civili e ai sordi e i relativi limiti reddituali previsti per alcune provvidenze economiche. Per il 2011 importi delle provvidenze e limiti reddituali sono stati fissati dalla Direzione Centrale delle Prestazioni dell'INPS con Circolare del 30 dicembre 2010, n. 167.

Nella tabella che segue riportiamo gli importi in euro, comparati con quelli del 2010.

Tipo di provvidenza	Importo		Limite di reddito	
	2011	2010	2011	2010
Pensione ciechi civili assoluti	281,46	277,57	15.305,79	15.154,24
Pensione ciechi civili assoluti (se ricoverati)	260,27	256,67	15.305,79	15.154,24
Pensione ciechi civili parziali	260,27	256,67	15.305,79	15.154,24
Pensione invalidi civili totali	260,27	256,67	15.305,79	15.154,24
Pensione sordi	260,27	256,67	15.305,79	15.154,24
Assegno mensile invalidi civili parziali	260,27	256,67	4.470,70	4.408,95
Indennità mensile frequenza minori	260,27	256,67	4.470,70	4.408,95
Indennità accompagnamento ciechi civili assoluti	807,35	783,60	Nessuno	Nessuno
Indennità accompagnamento invalidi civili totali	487,39	480,47	Nessuno	Nessuno
Indennità comunicazione sordi	243,10	239,97	Nessuno	Nessuno
Indennità speciale ciechi ventesimisti	189,63	185,25	Nessuno	Nessuno
Lavoratori con drepanocitosi o talassemia major	467,43	460,97	Nessuno	Nessuno

unicamente da una attenta indagine anamnestica. E' conforme alla volontà del Legislatore, laddove non emergano riflessi negativi della menomazione sulla cosiddetta capacità semispecifica, applicare la variazione della percentuale in senso riduttivo. I parametri tabellari indicativi dell'incapacità lavorativa generica sono strettamente ancorati alle caratteristiche del mondo del lavoro in essere al momento della loro emanazione, che sottono l'attribuzione di specifiche percentuali di invalidità a singole minorazioni. E' evidente che le attuali modalità di prestazione d'opera sono qualitativamente assai difforni rispetto a quelle che circa 20 anni fa informarono la tabella tuttora in vigore, ovviamente ispirata a privilegiare le minorazioni incidenti su un tipo medio ipotetico di lavoro prevalentemente manuale. Si può ritenere che la tipologia media di lavoro "manuale" ha ceduto il passo a modalità di prestazione d'opera tecnologicamente più avanzate, professionalmente qualificate è maggiormente coinvolgenti la sfera intellettuale, con parallelo sviluppo di settori produttivi in precedenza minoritari (in particolare quello dei servizi e del terziario). Appare dunque appropriato laddove la menomazione coinvolga ambiti prevalentemente "manuali" considerare l'applicazione della variazione percentuale in senso riduttivo.

Si ricorda, infine, la necessità di esprimere con chiarezza le diagnosi e le relative codifiche D.M. 5.2.1992 e ICD-9, le eventuali indicazioni di revisioni programmate specificando il mese e l'anno della revisione prevista, la ricorrenza di patologia per cui è applicabile quanto previsto dal D.M. 2.8.2007, la registrazione per ognuno dei componenti di giudizio "favorevole" o "contrario". Occorre, inoltre, evitare l'abuso dello strumento della revisione che può causare disagi ingiustificati al cittadino verbalizzando, ove necessario, il parere contrario alla rivedibilità. Nel momento in cui, infatti, si è chiamati ad esprimersi circa un danno anatomico-funzionale permanente la revisione trova giustificazione unicamente per contesti caratterizzati da elevata dinamicità o suscettibili di apprezzabili modificazioni. Sono contemplati in questi casi le patologie oncologiche trattate con chemio-radioterapia, le insufficienze d'organo con possibilità di trapianto, le patologie dell'età evolutiva.

MINORI:

L'art. 2 della Legge 30 marzo 1971, n. 118 considera invalidi civili i...minori di anni 18, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età..... I compiti e le funzioni proprie della età vanno intesi in senso ampio e sono da considerare "parte integrante del processo evolutivo-maturativo della crescita, della strutturazione della personalità, nella acquisizione di un "ruolo sociale" (Scorretti). Saranno oggetto della valutazione, pertanto, attività quali il gioco, la capacità di verbalizzare, l'apprendimento scolastico, le attività sportive e ricreative, le capacità relazionali con adulti e coetanei, ecc..... Il dettato legislativo non quantifica in modo esplicito le difficoltà ma si deve presumere che esse abbiano un significato apprezzabile nel modo di essere della persona. Sarà opportuno riferirsi, ove possibile, alla seconda parte del D.M. 5.2.1992 ove sono riportati i vari livelli di gravità dei deficit funzionali. La valutazione è, secondo dottrina consolidata, di tipo comparativo; si tratta, in altri termini, di riferire le difficoltà ad un modello standard ispirato ai compiti e funzioni svolte da un coetaneo in buona salute. Da sottolineare che il termine "persistenti" rimanda ad



Il Presidente del ASNET Giuseppe Canu.

una maggiore elasticità del giudizio medico legale rispetto al termine "permanente", come è logico attendersi in un contesto caratterizzato dalla elevata dinamicità tipica dell'età dell'accrescimento. Va segnalato che, nel caso di minori che abbiano superato l'età dell'obbligo scolastico, può essere opportuno esprimere anche una valutazione percentualizzata al fine di consentire la collocabilità assistita. Si ricorda, infine, che nei casi caratterizzati da un elevato carico assistenziale, eccezionale rispetto a coetanei in buona salute, spetta l'Indennità di Accompagnamento anche per gli infanti (vedi Sentenza della Corte di Cassazione n. 11329 del 7.6.1991).

SOGGETTI ULTRASESSANTACINQUENNI:

L'art. 6 del D.Lgs n. 509/1988 dispone che...ai soli fini dell'assistenza socio-sanitaria e della concessione dell'indennità di accompagnamento, si considerano mutilati ed invalidi i soggetti ultrasessantacinquenni che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età. Il successivo Decreto legislativo n. 124/1998 ha ripristinato la percentualizzazione per questi soggetti che deve essere riferita ai compiti e funzioni proprie dell'età. Con Direttiva del Ministero della Sanità sono state definite tre classi: 1) difficoltà lievi con invalidità comprese tra il 33,3% e il 66,6% 2) difficoltà medio-gravi con invalidità comprese tra il 66,6% ed il 99% 3) difficoltà gravi corrispondenti al 100%. Circa i compiti e le funzioni proprie della età occorre rifarsi al complesso delle attività attese, consuete e lecite tipiche della classe di età in considerazione. Tenuto conto delle minori possibilità di compenso funzionale e di adattamento, sarà opportuno valutare con attenzione le emendabilità delle minorazioni mediante intervento riabilitativo, protesico o chirurgico.

CECITA' CIVILE:

Lo status giuridico ed i benefici economici connessi alla cecità civile sono normati dalle leggi 382 del 1970, 508 del 1988, dal decreto legislativo n. 509 del 1988, nonché dalla Legge 138 del 2001. Il combinato legislativo individua le categorie dei ciechi assoluti, con mancanza totale della funzione della vista e che non sono in grado di percepire la forma degli oggetti, potendo al più avvertire il passaggio da ombra a luce, e dei ciechi parziali, identificati come coloro che presentano un residuo visivo non superiore a un ventesimo in entrambi gli occhi con eventuale correzione. Si ricorda che qualsiasi residuo visivo misurabile (1/30, 1/50 ecc) comporta che esista una

possibilità di discriminare forme e, quindi, una condizione di cecità parziale. Le classiche definizioni sopra riportate identificano la funzione visiva con l'acutezza visiva centrale; orbene, visto che la funzione visiva contempla numerose altre capacità, come l'estensione del campo visivo, la stereopsi, la capacità di adattamento...ecc., con la Legge 138 del 2001 il Legislatore ha inteso prendere anche in considerazione il campo visivo, presupponendo che oltre un certo livello di perdita di campo visivo vi sia una perdita della capacità di interagire con l'ambiente in modo autonomo. La legge definisce, quindi, ciechi totali coloro il cui residuo perimetrico binoculare è inferiore al 3 per cento e ciechi parziali coloro il cui residuo perimetrico binoculare è inferiore al 10 per cento. Da notare, ai fini della applicabilità della Legge 138/2001, che si prende in considerazione la perimetria binoculare e che il residuo perimetrico è espresso in termini percentuali e non in gradi, secondo specifico programma perimetrico. Giova ricordare in tale sede, che le categorie degli ipoventi gravi, ipoventi medio gravi e lievi di cui agli artt. 4,5,6 della legge 138/2001 sono valutati dal punto di vista del beneficio economico secondo le voci tabellari presenti nel D.M./92. Sarà cura del medico valutatore accertarsi della attendibilità della documentazione specialistica presentata, richiedendo nei casi dubbi i necessari esami elettrofisiologici. I Potenziali Evocati Visivi (PEV) e l'Elettoretinogramma (PERG) possono fornire utili informazioni soprattutto nel caso in cui forniscano risposte completamente destrutturate (vedi la voce 11 del D.M. 2 agosto 2007).

SORDITA' CIVILE:

La legge di riferimento in materia di sordomutismo è la legge n.381 del 26.5.1970 dove all'art.1 stabilisce che è da considerarsi sordomuto: "il minorato sensoriale dell'udito affetto da sordità congenita o acquisita durante l'età evolutiva che gli abbia impedito il normale apprendimento del linguaggio parlato, purché la sordità non sia di natura esclusivamente psichica o dipendente da causa di guerra, di lavoro o di servizio". La definizione normativa sollevava alcuni problemi interpretativi laddove non precisava il limite dell'età evolutiva, non specificava che per sordità non si intendeva necessariamente la perdita assoluta della funzione uditiva, citava l'impedimento del linguaggio parlato trascurando le difficoltà di linguaggio. Le perplessità valutative sono state chiarite successivamente dal Legislatore con il DM del 5.2.1992, ove si precisa che:

- il requisito della soglia uditiva è quello pari o superiore a 75 dB HTL di media alle frequenze di 500, 1000, 2000 Hz sull'orecchio migliore;
- ai fini della concessione dell'indennità di comunicazione la dizione di "sordo prelinguale" di cui all'art 4 della Legge 508 del 1988 è equivalente alla dizione di "sordomuto" di cui all'art.1 della Legge 381/1970;
- "... impedito il normale apprendimento del linguaggio parlato..." va inteso nel senso che "..... l'ipoacusia renda o abbia reso difficoltoso il normale apprendimento del linguaggio parlato....."

Deve essere riportata, inoltre, la Legge n.95 del 20.2.2006 ove si precisa che:

- in tutte le disposizioni legislative vigenti, il termine "sordomuto" è sostituito con l'espressione "sordo"
- il secondo comma dell'art. 1 della legge 381/1970 è sostituito dal seguente: "Agli

effetti della presente legge si considera sordo il minorato sensoriale dell' udito affetto da sordità congenita o acquisita durante l'età evolutiva che gli abbia compromesso il normale apprendimento del linguaggio parlato, purché la sordità non sia di natura esclusivamente psichica o dipendente da causa di guerra, di lavoro o di servizio.

Il DM 5.2. 1992 stabilisce che:

- qualora il richiedente non ha compiuto 12 anni, l'ipoacusia deve essere pari o superiore a 60 dB di media tra le frequenze 500, 1000 e 2000 Hz nell' orecchio migliore;
- qualora il richiedente abbia superato i 12 anni l'ipoacusia deve essere pari o superiore ai 75 dB di media alle frequenze di 500, 1000 e 2000 Hz nell' orecchio migliore;
- I beneficiari dell'indennità di comunicazione con perdita uditiva inferiore ai 75 dB di media alle frequenze sopra indicate, decadono dal godimento dei benefici al compimento dei 12 anni di età;
- Gli esami audiometrici devono essere effettuati dopo il primo anno di età e devono recare una attestazione di attendibilità redatta dal medico esaminatore;
- Deve essere allegato obbligatoriamente anche l'esame impedenzimetrico.

Inoltre il DM 5.2.1992 precisa alcune condizioni che di seguito elenchiamo:

- nel caso di ipoacusie trasmissive o di tipo misto, ipoacusie neurosensoriali con timpanogramma patologico, malattia di Menière,...., si debbono considerare almeno tre esami oto-funzionali con punteggio che deriva dalla loro media. E' raccomandata, inoltre, la revisione ogni tre anni;
- la valutazione va fatta ad orecchio senza protesi; si applica una teorica riduzione dell'invalidità del 9% per le ipoacusie considerate protesizzabili che sono quelle a partire da 245 db di perdita nell'orecchio migliore;

vi sono casi dove non è utilizzabile l'audiometria tonale liminare soggettiva espressa in dB HTL (Hearing Threshold Level), ma solo test obiettivi quali i potenziali evocati acustici con valori espressi in dB SPL (Sound Pressure Level); in tal caso occorre convertire i dB SPL in dB HTL, ,sommare la perdita in dB HTL alle frequenze di 500, 1000, 2000 Hz ove siano stati impiegati stimoli caratterizzati in frequenza, moltiplicare per 3 il valore della perdita riscontrato e convertito in dB HTL ove sia stato impiegato uno stimolo non caratterizzabile in frequenza (è il caso del "click dei potenziali evocati). Il cardine valutativo in tema di sordità civile è rappresentato dall' accertamento dell' esistenza di una correlazione causale tra la sordità, insorta in età evolutiva, e la compromissione del linguaggio parlato e l'accertamento dell' integrità dell'apparato fonatorio tale da escludere altra genesi del deficit del linguaggio; in altri termini il deficit del linguaggio parlato deve discendere dal mancato uso del canale sensoriale fisiologico che è stato vicariato da altre modalità. (vista, tatto...).

INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO:

Giova ricordare l'art.1 della Legge n. 508/1998: ...L'indennità di accompagnamento è concessa: a) ai cittadini riconosciuti ciechi assoluti; b) ai cittadini nei cui confronti sia accertata una inabilità totale per affezioni fisiche o psichiche e che si trovino nella impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di una assistenza conti-

nua....E' opportuno sottolineare alcune requisiti di legge quali l'impossibilità a deambulare, non la semplice difficoltà, il carattere di permanenza dell'aiuto dell'accompagnatore, non di saltuarietà. Va da sé che presidi ortopedici e protesici che rendano il soggetto autonomo nella deambulazione escludono il diritto all'indennità. Il requisito della permanenza implica la sussistenza di menomazioni anatomo-funzionali irreversibili e immodificabili da qualsiasi presidio. Per quel che concerne gli atti quotidiani della vita, constatando la genericità dell'espressione e in accordo con la prevalente dottrina medico legale, essi vanno intesi come quel complesso di attività che assicurano un livello basale di autonomia personale in un ambito per lo più intradomiliare. Il prendere in considerazione le attività extradomiliari, in ambienti complessi come le moderne metropoli, porterebbe, infatti, ad una valutazione talmente estensiva da superare l'ambito medico legale. Si ricorda che il dettato legislativo prevede la necessità di una assistenza continuativa da parte di terzi per il concretizzarsi del requisito medico legale; si intende che la dizione "continuativa" rimanda ad una assistenza che si esplica nell'arco della intera giornata e non solo in saltuari momenti. In analogia a quanto precisato per l'impossibilità alla deambulazione autonoma, l'impossibilità dell'espletamento autonomo degli atti quotidiani della vita rimanda a condizioni cliniche non dinamiche, non suscettibili di miglioramenti terapeutici o di tipo riabilitativo e, quindi, irreversibili e immodificabili da qualsiasi presidio; in tal senso la prescrizione di terapie che prevedano un termine temporale configura, per lo più, un contesto clinico mutevole le cui ripercussioni funzionali non possono definirsi "permanenti".

Utile punto di riferimento sono le scale ADL (specialmente nell'indicare le funzioni basali da prendere in considerazione: lavarsi, vestirsi, spostarsi, continenza sfinteriale e autonomia in toilette, alimentazione) e IADL (enfaticando le funzioni più elementari quali l'assunzione dei farmaci e la preparazione dei pasti) rifuggendo però da schematismi. Si ricorda, infatti, che i suddetti strumenti nascono in ambiente fisiatrico e derivano, oltre che da una attenta raccolta anamnestica, anche da una diretta e prolungata osservazione. Suscita perplessità, dal punto di vista medico legale, la traslazione tout court di punteggi di non autosufficienza, ottenuti semplicemente con il colloquio anamnestico e non corroborati da adeguata documentazione clinico-strumentale, in indennità di accompagnamento. A tal proposito sembrano di maggiore affidabilità strumenti quali l'indice di Barthel o l'indice di Katz utilizzati in ambiente fisiatrico. Analoghe considerazioni possono essere fatte per la valutazione dei decadimenti cognitivi, laddove vengano tradotti meccanicamente in giudizi medico legali punteggi ottenuti mediante MMSE. In ambito clinico e successivamente in ambito medico legale, una diagnosi di decadimento cognitivo e la relativa stadiazione comportano, al di là dei casi conclamati, un'attenta indagine supportata da moderni strumenti scientifici (quali indagini neuroradiologiche, batteria di test neuropsicologici standardizzati, Pet...). Sembra opportuno in questi casi ricorrere a competenze specialistiche appropriate da identificare, a nostro avviso, in quelle neurologiche o neuropsicologiche. Un richiamo al necessario rigore medico legale è indispensabile, visti i profili di responsabilità

del medico citati in premessa, per le malattie psichiatriche. L'ambito psichiatrico comporta, infatti, numerose difficoltà; ad esempio la non ancora raggiunta uniformità di linguaggio circa le diagnosi, l'uso di termini desueti nella tabella del D.M. 5.2.1992, la frequente ambiguità della documentazione clinica allegata. Sarà cura del medico attenersi strettamente all'obiettività rilevata, con l'eventuale ausilio specialistico, avvalendosi delle informazioni attendibili ottenute circa la terapia in atto, il livello di funzionamento globale così come delineato nella scala del DSM IV, la testistica modernamente accreditata.

VISITA DIRETTA:

Si ribadisce quanto previsto dalla Circolare n. 131 del 28.12.2009. La visita medica sarà effettuata da una Commissione costituita da medico INPS, con funzioni di Presidente, indicato dal Responsabile del CML e diverso dal componente della Commissione Medica Integrata, al quale compete il giudizio definitivo e da un medico rappresentante delle associazioni di categoria (ANMIC, ENS, UIC, ANFASS) e dall'operatore sociale nei casi previsti dalla legge. La Commissione Medica si potrà avvalere della consulenza di un medico specialista della patologia oggetto di valutazione che avrà funzioni di supporto non partecipando, quindi, al giudizio finale. Si ricorda che, nel caso di assenza del medico rappresentante di categoria, nonostante regolare convocazione, è opportuno costituire Commissione Medica con altro medico INPS.

La Commissione Medica è tenuta al rispetto delle indicazioni del D.M. 5.2.1992 sopra riportate.

Si sottolinea che l'accertamento sanitario diretto è da ritenersi prioritario al fine di garantire la massima coerenza metodologica e la trasparenza dell'iter valutativo e del conseguente giudizio medico-legale. Ciò soprattutto nei casi in cui si evidenzia una severa minorazione dell'integrità psico-fisica da cui derivano benefici assistenziali.

In tali condizioni, garanzia di omogeneità dei giudizi medico legali espressi sul territorio è la validazione definitiva della CMS.

Nella disposizione delle visite dirette debbono comunque essere evitati automatismi.

Possibili cause di esclusione sono ravvisabili nei seguenti casi:

- Casi in cui si è proposta l'applicazione del DM 2 Agosto 2007, ove siano rispettati i requisiti previsti dalle singole voci;
- Minori con patologie validamente documentate soprattutto concernenti la sfera psichica o con patologie di tipo genetico-malfattivo;
- Soggetti inseriti in strutture di lungodegenza o in residenze protette;
- Soggetti interdetti;
- Soggetti di interesse geriatrico con perdita dell'autonomia personale adeguatamente documentata; pur ritenendo ingiustificato assimilare l'anzianità a condizione di patologia, si deve considerare che la prevalenza della demenza raddoppia approssimativamente ogni 5 anni di età tra i 65-85 anni. Appare opportuno, quindi, evitare accertamenti diretti indiscriminati soprattutto nei casi in cui emerga chiaramente la presenza di un caregiver dedito all'anziano, che del resto dovrebbero essere ricompresi dal DM 2 Agosto 2007;
- Patologie neoplastiche di comprovata gravità.◊

Ci hanno lasciato

DOPO QUARANTASETTE ANNI DI VITA INSIEME A GABRIELE, CONTINUAVO A CHIAMARE MIO MARITO "IL MIO RAGAZZO"; A LUI CHE DA POCO NON C'E' PIU' SONO DEDICATE QUESTE RIME -

AL MIO RAGAZZO CHE NON C'E' PIU'

TI VOGLIO RICORDARE O MIO RAGAZZO
E LA TUA ARIA TIMIDA E SCONTROSA
MI MANCHI TANTO, TANTO DA MORIRE
TUTTO PARLA DI TE, SEI IN OGNI COSA.
O MIO RAGAZZO, VAGO PER CASA
E MI MUOVO AD AGIO
NON VOGLIO DISTURBARE IL SONNELLINO
IL TUO, L'USUALE, DOPO AVER PRANZATO
E TI RIVEDO POI PRESSO IL CAMINO.
O MIO RAGAZZO
IO MI AFFACCENDO E ASPETTO IL TUO RITORNO
DALL'OSPEDALE O DALLA TERAPIA;
MA ATTENDO INVANO!
DIMMELO TU O MIO RAGAZZO
COME POSSO FARE PER DARE UN SENSO
A QUESTA VITA MIA.

*Atzori Anna
febbraio 2011*



Gabriele Mallus

Caro nonno, il tuo viaggio di dolori era come un muro che ora finalmente si è distrutto perché dietro a quel muro c'era nuova vita, vita infinita che ti stava aspettando da circa due mesi.

Quello che c'era dietro era il paradiso cioè un posto bellissimo il più bello dell'universo che però prima non riuscivi a distruggerlo ma finalmente ce l'hai fatta lasciando sulla terra il tuo corpo senza anima perché è salita in cielo.

Quando ti ho visto con il sorriso mi sono detta: "finalmente ha finito di soffrire! Povero nonno!".

Questo è la vita, non si può fare niente, ma io credo e non perderò la speranza che tu risorga perché tu sei, sei stato e sarai per sempre una persona molto, molto, molto SPECIALE.

Tua Elena

Gianni Meloni



Gianni Meloni ci ha lasciato. Con nostro dispiacere, che si unisce al dolore dei familiari. Sempre partecipe alle battaglie in difesa dei diritti di tutti coloro che hanno gravi problemi di dialisi e di trapianto, viene infatti a mancare il suo prezioso apporto e supporto proprio nel momento in cui la sua tempra sarebbe stata di grande aiuto.

Gianni sarà comunque al nostro fianco nel percorso intrapreso assieme per conquistare i risultati che tutti si attendono, nella certezza che da lassù saprà darci la giusta forza per raggiungere i traguardi di interesse collettivo.

Ai familiari giungano i più cari e sinceri voti di vicinanza da parte della Presidenza dell'Asnet e di tutti i collaboratori.

Augusto Schirru



Anche Augusto Schirru ci ha lasciati. È particolarmente importante per noi arricchire le pagine del nostro notiziario con il ricordo di coloro che ci hanno affiancato in tutte le attività più importanti e significative. Tra queste ha spiccato la figura di Augusto Schirru, impegnato nel sociale da tanto tempo. Il suo prezioso contributo alle nostre iniziative è stato un esempio di coerenza e partecipazione costruttiva per risolvere i mille problemi di nefropatici, dializzati e trapiantati.

Augusto, come tanti altri amici scomparsi avrà perciò un eterno posto nei nostri cuori. Ci stringiamo perciò alla sua famiglia nella speranza che sappia e possa superare il doloroso distacco.

Nel Ricordo di Marisa Caria

**<<Se mi ami, non piangere!>>:
un messaggio di gioia per chi sta soffrendo per
la morte di una persona cara**

"Se mi ami non piangere!
Se tu conoscessi il mistero immenso del cielo dove ora vivo,
se tu potessi vedere e sentire quello che io vedo e sento in questi orizzonti senza fine
e in questa luce che tutto investe e penetra,
tu non piangeresti se mi ami.
Qui si è ormai assorbiti dall'incanto di Dio,
dalle sue espressioni di infinita bontà e da riflessi della sua sconfinata bellezza.
Le cose di un tempo sono così piccole e fuggevoli al confronto.

Mi è rimasto l'affetto per te.
una tenerezza che non ho mai conosciuto.
Sono felice di averti incontrato nel tempo,
anche se tutto era allora così fugace e limitato.
Ora l'amore, che mi stringe profondamente a te,
è gioia pura senza tramonto.
Mentre io vivo nella serena ed esaltante attesa del tuo arrivo tra noi, tu pensami così!
Nelle tue battaglie, nei tuoi momenti di sconforto e di solitudine, pensa a questa meravigliosa Casa, dove non esiste la morte e dove ci disdeteremo insieme, nel trasporto più intenso, alla fonte inesauribile dell'amore e della felicità.
Non piangere più, se veramente mi ami!"

G. Persico S.J.



Marisa Caria



RUOLO DELLA DIETA IPOPROTEICA NELLA NEFROPATIA CRONICA

A cura di Eleonora M. Manca e Giovanna Carboni

Centro Dialisi Casa di Cura Polispecialistica Sant'Elena



I reni hanno tre funzioni principali: regolare la quantità di acqua che si trova nel sangue e con essa i sali che vi sono disciolti (sodio, potassio, etc), filtrare e depurare il sangue dai cataboliti tossici (prodotti tossici di rifiuto) e per ultimo, ma non meno importante produrre ormoni che partecipano al metabolismo calcio-fosforo, che influiscono sulla regolazione della pressione arteriosa e sulla composizione del sangue.

Quando tali funzioni iniziano ad essere deficitarie si hanno una serie di alterazioni a carico del metabolismo glucidico, proteico, vitaminico, idroelettrolitico, e del rapporto calcio-fosforo.

Prima di arrivare allo stadio terminale dell'insufficienza renale cronica che porta inesorabilmente alla dialisi o se possibile al trapianto renale, è importante nella fase ancora conservativa della malattia controllare tutte le varie cause di progressione di tale patologia tra cui l'apporto proteico ai reni.

Negli anni ci sono state varie scuole di pensiero a tale proposito, contrari e favorevoli, comunque nel tempo ci si è sempre più espressi a favore di tale restrizione dietetica.



Le proteine sono componenti importanti per il nostro organismo e sono contenute in percentuali differenti negli alimenti, ma i reni malati fanno fatica a smaltirle.

Esistono *due tipi di proteine*: *quelle nobili* che contengono gli amminoacidi essenziali, ossia sostanze che il nostro organismo non è in grado di produrre; pertanto non bisogna eliminare ma limitare dall'alimentazione i cibi che le contengono (come carne, pesce, uova) e *le proteine non nobili* che non contengono gli amminoacidi essenziali; è quindi possibile sostituire i prodotti che le contengono (pasta, pane, patate, etc.) con altri a basso contenuto proteico. Il supporto nutrizionale che consi-

ste nella dieta ipoproteica del paziente con insufficienza renale cronica in trattamento conservativo ha soprattutto tre obiettivi:

- 1) **rallentare la progressione della malattia** determinando sia una riduzione del carico di lavoro dei nefroni residui che un miglioramento della proteinuria (riduzione compresa tra il 20 e il 37% del valore iniziale di proteinuria), costituendo così un fattore reno-protettivo.
- 2) **prevenire e controllare le alterazioni metaboliche** indotte dalla malattia e quindi i sintomi uremici (TAB.1). Un ridotto apporto di proteine è in grado di *ridurre l'accumulo di tossine uremiche* e riduce l'accumulo di idrogenioni con *miglior controllo dell'acidosi metabolica*. Si ha inoltre una *riduzione dei livelli sierici di paratormone* legato al fatto che una dieta ipoproteica comporta anche una riduzione dell'introito di fosforo alimentare, tutto ciò comporta un *miglioramento dell'osteodistrofia* ed anche dell'*osteomalacia* e dell'*osteofibrosi*;

inoltre si è constatato che determina un miglioramento della *sensibilità insulinica* consentendo una riduzione delle dosi di insulina nei pazienti diabetici e un miglioramento del profilo lipidico in

TAB.1 Manifestazioni e sintomi della sindrome uremica (principali)

Sintomi neurologici	• alterazioni memoria • flapping e mioclono • restlegless syndrome • affaticabilità muscolare
Sintomi cardiovascolari	• pericardite • aterosclerosi
Sintomi polmonari	• pleurite fibrinosa
Sintomi gastrointestinali	• nausea, vomito • gastrite emorragica • pancreatite • ascite
Sintomi dermatologici	• prurito • alterata pigmentazione cute
Sintomi endocrini/emopoietici	• iperparatiroidismo secondario • dislipidemia • anemia/sanguinamento



TACCUINO
MEDICO

a cura del dott.

OSCAR MANCA

TAB.2 IRC e apporto proteico

GFR (ml/min)	STADIO	INTROITO PROTEICO
90-60	2	1,2-1,0 g/kg x die (controllo: sale, grassi saturi, energia, fibra)
60-30	3	0,8 g/kg x die
30-15	4	0,6 g/kg x die
≤ 15	5	0,3 g/kg x die + chetoanaloghi

quanto la riduzione dell'apporto proteico, limitando l'assunzione degli alimenti di origine animale, limita anche l'assunzione dei lipidi saturi.

3) **mantenere uno stato nutrizionale soddisfacente:** la dieta ipoproteica deve avere un'adeguata quantità di calorie, ciò è



fondamentale per evitare che l'organismo bruci i suoi costituenti per produrre energia con conseguente calo ponderale e stato di malnutrizione; le proteine introdotte devono essere quelle ad alto valore biologico cioè quelle che si ritrovano nel mondo animale più che in quello vegetale.

Quindi i presupposti per la terapia nutrizionale nell'IRC sono:

a) **basso apporto di proteine** (ridurre il carico di molecole azotate), **fosforo** (prevenire e limitare gli effetti dell'iperparatiroidismo secondario), **sodio** (per favorire il controllo della pressione arteriosa e potenziare l'effetto antiproteinurico e antiipertensivo degli ACE-inibitori), **potassio** (per contrastare il rischio di iperpotassiemia



b) **adeguato apporto di calorie**, per garantire il corretto stato nutrizionale

c) **buon apporto di fibra** per contrastare la costipazione e favorire il controllo glicemico (soprattutto nel paziente diabetico).

Quando le proteine devono essere drasticamente ridotte (TAB. 2), entrano in ausilio gli **alimenti aproteici** che hanno un basso contenuto di proteine e di certi sali minerali (TAB. 3), sostanze

TAB.3 Composizione degli alimenti

Analisi media per 100g	Prodotti comuni				Prodotti aproteici			
	Pane	Pasta	Biscotti (wafers)	Fette Biscottate	Pane	Pasta	Biscotti (wafers)	Fette Biscottate
Energia (kcal)	276	356	454	408	231	344	540	395
Proteine (g)	8,1	10,8	7,1	11,3	< 1	< 0,6	< 1	< 1,4
Lipidi (g)	0,5	0,3	15	6	7	1,1	29	10
Carboidrati (g)	64	82,8	77,6	82,3	41	83	69	74,8
Sodio (mg)	553	5	70	206	< 200	< 30	< 60	< 40
Potassio (mg)	110	160	160	140	< 80	< 30	< 40	< 90
Fosforo (mg)	77	165	83	124	-	-	-	-
Fibra (mg)	2	2,6	1,6	3,5	5	2,7	0,15	5



queste potenzialmente dannose nei pazienti affetti da insufficienza renale cronica.

Nella TAB. 4 sono riportate le necessità nutrizionali nei pazienti con IRC.

L'uso di prodotti aptroteici permette di sostituire i prodotti a base di cereali che sono ricchi di proteine non nobili (non indispensabili per l'organismo), consentendo di mantenere il consumo di alimenti contenenti proteine nobili (uova, carne pesce, latte e derivati).

Tali prodotti aptroteici che forniscono quindi calorie senza fornire proteine, vengono dispensati dalle ASL locali a tutti i pazienti cui viene attivata la prescrizione dal proprio nefrologo.

Tali prodotti sempre più numerosi e vari cercano di soddisfare le necessità dietetiche dei pazienti sostituendo il pane, la pasta, i biscotti, i vari snack, la farina, i dessert e alcune bevande.

La gamma di prodotti aptroteici in commercio è andata rapidamente aumentando negli ultimi anni sia in termini di numero di referenze sia come tipologia di prodotti.

Oggi sono disponibili prodotti che consentono di sostituire di fatto quasi tutti gli alimenti a base di cereali che, come detto, sono quelli contenenti proteine a basso valore biologico. Inoltre alcuni dei prodotti attualmente reperibili sono caratterizzati anche da livelli controllati e garantiti di sodio, potassio, fosforo ed inoltre sono stati integrati con *inulina* che è una fibra dietetica idrosolubile estratta principalmente dalle radici di cicoria.

Questa sostanza favorendo lo sviluppo di flora batterica intestinale aumenta l'escrezione di azoto per via intestinale anziché renale e, come fibra solubile, influenza le funzioni intestinali combattendo la stipsi.

Ciò che influisce in maniera preponderante nel raggiungimento di tale obiettivi è ovviamente l'*adeguata compliance* del paziente alla dieta ipoproteica, dove per compliance si intende l'adesione e l'osservanza del paziente a tale prescrizione.

La compliance non è sempre facile da ottenere nel paziente con insufficienza renale che è già sottoposto, per tale patologia a tante restrizioni dietetiche che compromettono la qualità di vita.



TACCUINO MEDICO

a cura del dott.
OSCAR MANCA

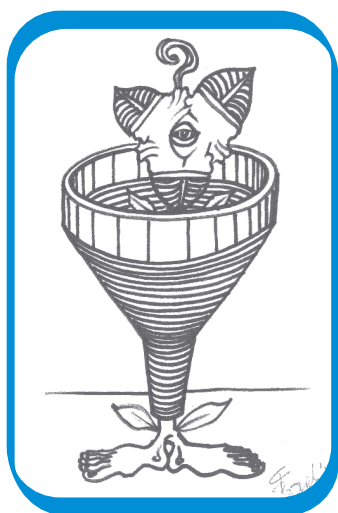
Il miglior supporto nutrizionale del paziente con insufficienza renale cronica in trattamento conservativo si raggiunge con un'ideale sinergia tra nefrologo e dietista ma soprattutto con la collaborazione del paziente la cui compliance può essere favorita personalizzando per quanto possibile la dieta valutando le abitudini alimentari di ciascuno e facendo scegliere quindi ad ogni paziente i cibi che più si addicono al proprio gusto. Sarebbe opportuno quindi che i servizi farmaceutici addetti a dispensare tali prodotti mettano a disposizione tutte le varietà presenti ormai in commercio.

Ciò anche in considerazione dei considerevoli risparmi per il SSN che la dieta ipoproteica può determinare procrastinando l'inizio della dialisi. ♦

TAB.4 Necessità nutrizionali giornaliere paziente IRC rapportate al peso corporeo ideale (non reale) del paziente

Energia	≥ 35 kcal/kg
Proteine	0,6 g/kg di cui almeno il 50 % ad alto valore biologico
Fosforo	8-12 mg/kg o individualizzato
Potassio	Individualizzato in base alla kaliemia (mediamente 2000-2500mg/die)
Sodio	1-2 g/die o individualizzato

first announcement
22 maggio 2011
PRIMA GIORNATA
ACCESSI VASCOLARI



Sede del corso

Teatro Civico di Sorgono (Nuoro)

Segreteria scientifica

Rita Loi, Maura Orrù, Andrea Martorana,
 Monica Spina, Gianluca Pisano,
 Gianfranco Pili

Con il patrocinio di:



Segreteria Organizzativa e Provider ECM:



teseo®srl

Via Cardinale Maffi, 36 - 56126 Pisa
 tel. 050-8312311 r.a. fax 050-8312095
 e-mail: iscrizione@teseoricerche.it

09.00-9.30 Iscrizione e questionario ECM

PRIMA SESSIONE: LE FAV NATIVE

Moderatori: O. Manca, G. Sau, M. Ganadu

09.30-10.00 Ruolo dell'esame fisico e ecocolorDoppler nella
 valutazione dell'arto superiore
M. Spina - San Gavino Monreale

10.00-10.30 Sala Operatoria: come preparare il paziente all'intervento
 e lo strumentario chirurgico
M.R. Loi - Sorgono

10.30-11.00 Anastomosi artero-venosa e tecniche di
 confezionamento: Fav distali-Mid Arm-Prossimali
F. Lo Iacono - Napoli

11.00-11.15 coffee break

11.15-11.45 Complicanze della FAV: precoci e tardive
L. Tazza - Roma

SECONDA SESSIONE: SORVEGLIANZA DELLA FAV

Moderatori: C. Rotelli, F. Logias, G. Pisano

11.45-12.15 Gestione infermieristica della Fav e tecniche di
 venipuntura: Esperienze a confronto
Dialisi AOB; Dialisi S.Gavino

12.15-12.45 Il ruolo del "Catetere a ponte" per le FAV non pungibili
G. Mirarchi - Carbonia

12.45-13.15 Il ruolo della radiologia interventistica nella gestione
 medica delle FAV
C. Ganau - Cagliari

13.15-14.45 lunch

TERZA SESSIONE: CASI CLINICI

Moderatori: M. Orrù, M. Simbula, M. Maxia

14.45-15.45 5 casi clinici

Tavola Rotonda

- Controversie: quale accesso vascolare per i pazienti
 over 80?

*O. Manca, M. La Rocca, F. Lo Iacono, L. Tazza, G. Pili,
 M. Spina, M. Simbula, R. Loi, G. Sau, M. Ganadu*

- Le Fistole

G. Pili - Cagliari

- I Cateteri Venosi Centrali Tunnellizzati

M. La Rocca - Sassari

17.30-18.00 Discussione e chiusura dei lavori con Questionario ECM

Major Sponsors

AMGEN® Dompé

Fresenius Medical Care

e con il contributo di:



Presidenti del corso:

Oscar Manca
 Michele La Rocca

Direttori del corso:

Francesco Logias
 Monica Spina

SOSTIENI L'ASNET PER GLI OBIETTIVI DEI MALATI

Come devolvere il 5x1000 a favore di A.S.N.E.T.?

È davvero semplice:

- compila il modulo 730, il CUD oppure il Modello Unico;
- firma nel riquadro "Sostegno delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale..."
- indica il codice fiscale di A.S.N.E.T. : 80023840921



Può destinare il 5x1000 anche chi non compila la dichiarazione dei redditi, ovvero la persone che hanno solo il modello CUD fornitogli dal datore di lavoro o dall'ente erogatore della pensione.

Come fare?

È sufficiente compilare la scheda e presentarla, in busta chiusa:

allo sportello di un ufficio postale o a uno sportello bancario che provvederà a trasmetterle all'Amministrazione finanziaria (il servizio è gratuito)

oppure

a un intermediario abilitato alla trasmissione telematica (commercialista, CAF, etc.)

Quest'ultimo deve rilasciare, anche se non richiesta, una ricevuta, attestante l'impegno a trasmettere le scelte.

Sulla busta occorre scrivere: "scelta per la destinazione del cinque per mille dell'Irpef", e indicare cognome, nome e codice fiscale del contribuente.



A.S.N.E.T SARDEGNA

Via Rockefeller, 30 • Tel./Fax 070 308675 • 338 0532074 • 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.SSA GIOVANNA SAU	TEL. 070539491
REPARTO PEDIATRIA OSPEDALE SAN MICHELE - VIA PERETTI, 5 - CAGLIARI	RESPONSABILE: DOTT. SSA CARMEN SETZU	TEL. 070541313
OSPEDALE SS. TRINITA' - VIA IS MIRRIONIS, 92 - CAGLIARI	RESPONSABILE: DOTT. ALESSANDRO MONNI	TEL. 0706095947
CENTRO DIALISI- ARCO DELL'ANGELO - VIALE SANT'IGNAZIO DA LAONI, 34 - CAGLIARI	RESPONSABILE: DOTT.SSA ANTONELLA FRESU	TEL. 07060426252
CENTRO DIALISI- NUOVA CASA DI CURA - PIAZZA VIRGILIO LOI, 1 - DECIMOMANNU	RESPONSABILE DOTT.SA SCRIVANO MARISA	TEL. 0709660090
CENTRO DIALISI OSPEDALE DI CARBONIA - LOCALITA' SIRAI - CARBONIA	RESPONSABILE: DOTT. GIORGIO MIRARCHI	TEL. 07816683099
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. 0781392232
CENTRO DIALISI C.A.D. BUGERRU -	RESPONSABILE: DOTT. . RAFFAELE PISTIS	TEL. 0781548121
CENTRO DIALISI ASL 8 - VIA TURATI, 41/C - QUARTU SANT'ELENA	RESPONSABILE: DOTT. PIERGIORGIO BOLASCO	TEL. 0706097341
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. 0706097701
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. 0709378244
CENTRO DIALISI SERRAMANNA	RESPONSABILE: DOTT. SSA CRISTINA MEREU	TEL. 0709339350
CENTRO DIALISI SARROCH	RESPONSABILE DOTT. PIERGIORGIO BOLASCO	TEL. 070901278

ORISTANO E PROVINCIA

CENTRO DIALISI OSPEDALE SAN MARTINO - VIA ROCKFELLER - ORISTANO	RESPONSABILE: DOTT. SA M.ANTONIETTA SECHI	TEL. 0783917248
CENTRO DIALISI CASA DI CURA MADONNA DEL RIMEDIO - VIA BUSACHI, 5 - ORISTANO	RESPONSABILE : DOTT. R. IVALDI	TEL. 07837709156
CENTRO DIALISI TERRALBA (CAL) ASL 5 - VIA S. SUJA - TERRALBA	RESPONSABILE : DOTT. SA M.ANTONIETTA SECHI	TEL.0783850034

NUORO E PROVINCIA

CENTRO DIALISI OSPEDALE SAN FRANCESCO - VIA MANNIRONI, 65 - NUORO	RESPONSABILE: DOTT. FRANCO CADINU	TEL. 0784240259
CENTRO DIALISI OSPEDALE DI LANUSEI - VIA OSPEDALE - LANUSEI	RESPONSABILE: B. CONTU	TEL. 078241370
CENTRO DIALISI (C.A.L.) TORTOLI - VIA MONSEGNOR VIRGILIO - TORTOLI	RESPONSABILE: DOTT. B. CONTU	TEL. 0782624497
CENTRO DIALISI MACOMER - LOC. NURAGHE RUIU - MACOMER	RESPONSABILE: DOTT. TONINA GHISU	TEL. 078570829
CENTRO DIALISI OSPEDALE DI SORGONO - VIA IV NOVEMBRE - SORGONO	RESPONSABILE: F. LOGIAS	TEL. 0784620364
CENTRO DIALISI DORGALI	RESPONSABILE: DOTT. FRANCO CADINU	TEL. 078494750
CENTRO DIALISI SINISCOLA	RESPONSABILE: DOTT.FRANCO CADINU	TEL. 078494750

SASSARI E PROVINCIA

CENTRO DIALISI OSPEDALE DI ALGHERO - VIA DON MINZONI - ALGHERO	RESPONSABILE: DOTT.SSA D. CASU	TEL. 079996296
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. 078952280
CENTRO DIALISI ARZACHENA - OLBIA	RESPONSABILE: DOTT. G. FUNDONI	TEL. 078983469
CENTRO DIALISI OSPEDALE DI OZIERI - VIA SAN MICHELE - OZIERI	RESPONSABILE: DOTT. M. GANADU	TEL. 07977922191
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. 079678270
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. 0795049626
CENTRO DIALISI PORTO TORRES- REGIONE ANDRIOLU- PORTO TORRES	RESPONSABILE: DOTT.SSA M. COSSU	TEL. 079 5049626