



Ci trovi in:

www.asnetsardegna.com

e su:



A.S.N.E.T. Associazione Sarda
Nefropatici Emodializzati e Trapiantati

A SARDEGNA

E ASSOCIAZIONE SARDA EMODIALIZZATI E TRAPIANTATI

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



SPECIALE



European Transplant Sport Week

Vantaa (Finlandia)
10 - 17 luglio 2016

Judit Berente
Presidente Europeo dei Giochi
Dializzati e Trapiantati



**ISEE: Il Consiglio
di Stato boccia
l'equiparazione
delle pensioni di
invalidità alle fonti di reddito**

RETROMARCIA di Governo e Regione

*Revocati i tagli
alla Legge 162/98
che mettevano
a rischio i piani
personalizzati di 30 mila disabili*



Alimentazione in dialisi

Il corretto controllo
nel paziente
uremico
di fosforo.
potassio
e l'aumento
di peso
negli inter-
valli di dia-
lisi
influisce
sulla qualità
di vita

e consente di vivere bene



ANNO XXVII • N° 1 • MAGGIO 2016

ASET - SARDEGNA

ORGANO UFFICIALE
DI INFORMAZIONE
DELL'ASSOCIAZIONE SARDA
NEFROPATICI EMODIALIZZATI E
TRAPIANTATI
VIA ROCKEFELLER 30 • CAGLIARI

PRESIDENTE
E DIRETTORE RESPONSABILE
Rag. GIUSEPPE CANU



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

www.asnetsardegna.com

FOTOCOMPOSIZIONE,
IMPAGINAZIONE E STAMPA:
IGES

Industria Grafica Editoriale Sarda
Via Beethoven 14, Quartu Sant'Elena
Tel. 070824399

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

ANNO XXVI • N. 1 • LUGLIO 2015
in copertina:

Assemblea Asnet a Oristano, record dell'ora,
campagna per le donazioni, dialisi domiciliare,
sussidi mensili

Chiuso in tipografia il

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

SEDE di SANLURI: c/o Centro Culturale Polifunzionale



La tua donazione
può essere molto
importante.



A.S.N.E.T.
Associazione Sarda Nefropatici
Emodializzati e Trapiantati
Via Rockefeller, 30 - Cagliari
Tel/fax 070/308675 asnet@tiscali.it
www.asnetsardegna.com

DONAZIONE 5 X MILLE

L'Associazione ASNET Onlus, rientra nella lista
delle associazioni a cui è possibile devolvere il
5 per mille della propria dichiarazione dei redditi.
Al donatore non comporta nessuna spesa in più,
basta solo scrivere il codice fiscale dell'ASNET
nella propria dichiarazione dei redditi o
Mod.CUD accompagnata dalla propria firma.

C.F. 80023840921

TESSERAMENTO 2016

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

Per le urgenze: 3348373071

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

Potenziare le équipes dei trapianti formando nuovo personale

Ha creato scalpore e preoccupazione in tutti noi quanto accaduto al Brotzu a metà dicembre scorso quando, per un evento che abbiamo definito “eccezionale”, l'équipe che avrebbe dovuto effettuare gli ultimi due trapianti di rene, dei sei espunti effettuati in due giorni, ha dovuto sospendere l'attività per raggiunti limiti d'orario fissati dall'Unione europea.

Infatti, il provvedimento impone che, fra un turno e l'altro debbano trascorrere almeno 11 ore e il turno stesso non può andare oltre le 12 ore e 50 minuti. Una direttiva comunitaria sugli “straordinari”, vecchia di qualche anno, ma che l'Italia ha recepito solo prima della fine dello scorso anno.

La notizia del mancato trapianto e del trasferimento dei reni a due pazienti della penisola ha creato scalpore in tutta Italia e la nostra associazione, e il Forum, è stato presente, ovunque invitato, a spiegare cosa è successo quel giorno, all'ospedale di Cagliari.

Abbiamo messo a fuoco la grande dedizione, la disponibilità e l'abnegazione di tutta l'équipe del dottor Mauro Frongia che a Cagliari opera da anni, toccando già i mille trapianti di rene.

Abbiamo anche solidarizzato con questa équipe e con la scelta di rispettare, per la prima volta, i termini della direttiva europea che, tra l'altro, avrebbe messo questi operatori in grossa difficoltà a causa delle multe fissate che toccano anche i diecimila euro per i trasgressori.

Le équipes impegnate nelle sale operatorie, e in particolare nel settore trapianti d'organo, devono godere di tutele particolari vista la delicatezza del loro operato, perciò occorre spingere affinché tutto il sistema nazionale dei trapianti venga aggiornato sempre in meglio.



Aver sottolineato la gravità di quanto successo e del rischio reale che le due donazioni potessero andare perse, non è stata una “campagna campanilistica” pur solidarizzando con i pazienti sardi che non hanno potuto ricevere il tanto auspicato rene nuovo e abbiamo espresso soddisfazione che, in questa emergenza, le due donazioni siano andate ad altri pazienti bisognosi. Avremmo considerato un “doppio delitto” se i due reni si fossero persi.

Questo non è accaduto perché in Italia funziona la rete, che merita anche di essere ulteriormente potenziata, e che consente un interscambio di informazioni sui pazienti in lista d'attesa per ricevere una donazione e gli organi a

disposizione.

Dopo questa vicenda, il Forum nazionale ha scritto sia al ministro Beatrice Lorenzin, sia al Direttore del Centro Nazionale Trapianti, dottor Alessandro Nanni Costa perché, quali responsabili istituzionali, è loro compito elaborare proposte

e iniziative finalizzate ad arginare queste problematiche e garantire il diritto al turnover degli operatori sanitari.

Diversamente da quanto si potrebbe ipotizzare, la nostra proposta non è stata quella di potenziare il numero del personale attraverso nuove assunzioni che aggraverebbero il già precario bilancio nazionale della sanità.

Abbiamo proposto, invece, un potenziamento delle équipes dedite ai trapianti, incrementando la didattica e la forma-

zione umana e professionale di altro personale da inserire in queste strutture.

Un provvedimento del genere si sarebbe dovuto attivare già prima dell'applicazione della normativa europea sulla turnazione in ospedale e in sala operatoria, ma questo non è avvenuto, e non vorremmo che la nostra condizione di insularità possa, una volta o l'altra, far perdere donazioni al minimo intoppo della rete di comunicazione. Questo ci mette in allarme, ma ci stimola per trovare soluzioni da proporre alle istituzioni preposte affinché le situazioni come quelle che si sono verificate dicembre scorso a Cagliari, non accadano più in Italia.

Giuseppe Canu

A Vantaa, in Finlandia, dal 10 al 17 luglio

Campionati europei per trapiantati e dializzati

I giochi europei per dializzati e trapiantati si svolgeranno a Vantaa, in Finlandia dal 10 al 17 luglio 2016 e sono aperti a tutti i trapiantati di rene, fegato, cuore, polmone, pancreas, midollo osseo e di pazienti sottoposti a dialisi.

Un entusiasmo per questa manifestazione, espressa anche da **Judit Berente**, Presidente Europeo dei Giochi per dializzati e trapiantati, che in questa iniziativa si dedica con grande impegno per programmare con scrupolo ogni evento sportivo,

Questi campionati, come da tradizione sono gare multisportive e comprendono le discipline di badminton, tennis, tennis tavolo, ciclismo, bocce, nuoto, freccette, golf, mini-maratona e atletica, mentre gli atleti sono divisi per gruppi di età, partendo dai 18 anni per sequenze decennali fino alla categoria di atleti di età superiore ai 70 anni.

Fu nel 2000, mentre il mondo festeggiava i XXVII Giochi olimpici di Sydney, che ad Atene, cominciavano i primi Giochi europei per trapiantati e dializzati che a cadenza biennale, hanno toccato le città di Balatonaliga in Ungheria, Lubiana in Slovenia, Pécs, ancora in Ungheria Wurzburg in Germania, Dublino in Irlanda, Zagabria in Croazia e per ultima Cracovia in Polonia nel 2014.

Lo scorso anno, all'Unione Europea sono stati presentati 135 progetti non profit per eventi sportivi, ma solo tre di questi hanno ottenuto il riconoscimento ufficiale, uno dei quali è stato quello inoltrato dalla VAU, la Federazione

sportiva finlandese per le persone con disabilità che, per i giochi europei di Vantaa ha ricevuto il contributo..

Inoltre, ogni nazione che appartiene all'UE, potrà anche inviare due professionisti ai workshop del simposio su "trapiantati e lo sport" che si pone l'obiettivo di avviare la ricerca per integrare le linee guida europee per la pratica sportiva dei trapiantati, così come ha dichiarato Tomi Lounio, responsabile del ETSW.



Anche il professor Ari Harjula, uno dei relatori del simposio e direttore di ricerca al Dipartimento di Chirurgia cardiotoracica della University Central Hospital di Helsinki, ha sottolineato come l'esercizio fisico regolare, se fa bene a tutti, è ancora più importante per le

persone con trapianto d'organo perciò, per tutta la settimana dell'evento sportivo questo argomento sarà affrontato con competenza e completezza da tutti i partecipanti.

«Vediamo la Settimana europea dello Sport per trapiantati e dializzati come un'ottima occasione per mostrare i risultati sorprendenti che i trapiantati d'organo ottengono attraverso lo sport e l'esercizio fisico - ha dichiarato Ilkka Vass direttore della Lung Association Trapianto SYKE - e dimostreremo come anche i pazienti con una prognosi che parrebbe senza speranza possono, oggi, ottenere anni e qualità di vita».

Questa settimana di giochi, quindi, sarà ancora una volta una grande occasione per attirare l'attenzione pubblica verso queste malattie, al fine di diffondere una informazione corretta circa l'importanza dei trapianti d'organo e sensibilizzare alla donazione.

I responsabili finlandesi, quindi, si aspettano che la visibilità offerta dai giochi europei, la presenza di professionisti medici e, naturalmente, delle persone provenienti da tutta Europa possa davvero contribuire a riunire tutti nel nome dello sport.

Per questo, è stato importante il supporto offerto dal sindaco di Vantaa, Kari Nenonen, che, nel dare il benvenuto ai partecipanti, si augura che l'evento possa svolgersi nella gioia dello sport e della promozione della salute attraverso una massiccia partecipazione e un incremento della generosità.

Paolo Trudu

La Terapia Dietetica Nutrizionale migliora la vita dei nefropatici

La letteratura nazionale ed internazionale ribadisce che la Terapia Dietetica Nutrizionale (TDN) nel paziente renale cronico (IRC) in conservativa, ritarda l'ingresso in dialisi di almeno 13 mesi migliorando la qualità di vita e contribuendo a portare lo stesso paziente alla dialisi o al trapianto in uno stato nutrizionale ottimale.

Non possiamo nemmeno trascurare che i vantaggi di una dieta *aproteica* generano, per il Servizio sanitario nazionale, un risparmio non inferiore a 55.000 euro all'anno per ogni paziente.

Per avere una buona adesione e collaborazione del malato alle prescrizioni mediche e ai trattamenti previsti per una determinata forma morbosa, comunemente detta *compliance*, le terapie dietetiche, a differenza di quelle farmacologiche, necessitano di prodotti che siano saporiti (*palatabili*) e vantino un indice di gradimento elevato.

Purtroppo, come accaduto prima nella Asl di Olbia-Tempio e di recente presso la Asl di Cagliari, so-

v e n t e
v e n g o n o
p o r t a t e
a v a n t i t r a t t a t i v e d ' a c q u i s t o c h e n o n t e n g o n o c o n t o d e l l ' a s p e t t o q u a l i t a t i v o e d e l l ' i n d i c e d i g r a d i m e n t o , i n b a s e a l l ' a r t i c o l o 1 5 2 0 d e l c o d i c e

civile (vendita con riserva da parte del compratore), ma limitano la scelta del prodotto esclusivamente sull'offerta più economica, ignorando le proteste e gli ammonimenti dei medici prescrittori, delle dietiste e dei pazienti.

In tutte le realtà, la qualità si paga, pertanto un capitolato di gara che non tenga conto dell'aspetto qualitativo genera acquisti di prodotti non graditi dagli utilizzatori.

La scarsa *compliance* della terapia nutrizionale, inevitabilmente si ripercuote nella qualità di vita del paziente che, certamente, come detto in precedenza, entrerà in dialisi in un tempo più breve rispetto a chi pratica una adeguata Terapia Dietetica Nutrizionale.

Il mercato regionale sardo dell'*aproteico* ammonta a circa 700.000 euro.

Si tratta, evidentemente, di cifre trascurabili se paragonate al bilancio della Sanità in Sardegna e occorre considerare anche, che questa

spesa assicura un risparmio di svariati milioni di euro alla collettività. Diversi fattori dietetici, correlati all'apporto proteico, influenzano la perdita di funzione e la gravità della malattia renale.

Quando esaminiamo i costituenti della dieta che direttamente influenzano la severità della malattia renale, è importante ricordare che le diete iperproteiche hanno generalmente un più alto contenuto di sodio, precursori dell'acido urico, fosforo e un maggior carico di idrogenioni.

L'eccessivo consumo di proteine è associato con un aumento dei livelli di proteinuria, un marker surrogato di progressione della malattia renale.

Diversi fattori dietetici aumentano il rischio di danno renale indotto da tossine uremiche. molte tossine contenenti azoto, si accumulano a causa dell'alterata escrezione renale.

Per esempio, i livelli di indoxil-fosfato, un metabolita dell'amminoacido essenziale triptofano, aumentano al diminuire della funzione renale e l'aumento è associato con diverse complicanze tipiche dell'IRC.

Quando si instaura una dieta a basso contenuto proteico, i livelli ematici di questa tossina diminuiscono con il conseguente miglioramento dei sintomi legati all'uremia e una riduzione della velocità di progressione della malattia renale.



Consigli utili per mantenere l'organismo in equilibrio

Alimentazione in dialisi

Il corretto controllo del paziente uremico di fosforo, potassio e l'aumento di peso negli intervalli di dialisi influisce sulla qualità di vita e consente di vivere bene in dialisi

Le tabelle si riferiscono al contenuto di 100 g di alimento al netto degli scarti, espresso in mg

CEREALI E DERIVATI

Riso brillato cotto	28	28	72,6
Fiocchi di mais	99	58	5
Grissini comuni	120	162	8,5
Farina di mais gialla	130	99	12,5
Pasta alimentare di semola	160	165	12,4
Pasta alimentare all'uovo	164	199	12,5
Pane bianco tipo 00	176	63	29
Pane bianco tipo 0	176	77	31
Pane integrale	210	180	36,6
Pasta di semola integrale	390	330	10,5
Farina di soia intera	1660	600	7
Farina di soia a basso contenuto di lipidi	2030	640	7
Soia, bistecca	2384	674	7,3



FRUTTA FRESCA

Amarene	114	17	84,2
Mela	120	12	85,6
Pera	130	11	85,2
Limone succo	140	10	92,1
Mirtilli	160	31	85
Fragole	160	28	90,5
Kaki	170	16	82
Prugne	190	14	87,5
Uva	192	4	80,3
Arance	200	22	87,2
Mandarini	210	19	81,4
Lamponi	220	52	84,6
Ciliegie	229	18	86,2
Pompelmo	230	16	91,2
Ananas	250	8	86,4
Pesca	260	20	90,7
Fichi	270	25	81,9
Cocomero	280	2	95,3
Albicocche	320	16	86,3
Melone	3333	13	90,1
Banane	350	28	76,8
Kiwi	400	70	84,6
Datteri	410	28	60,7



CARNI FRESCHE

Maiale lombo	220	150	70,7
Pollo intero	260	194	68,7
Pollo coscia	300	192	74,2
Tacchino petto	320	290	70,2
Pollo petto	330	200	75,3
Cavallo	331	231	74,9
Bovino adulto scamone	337	180	73,8
Bovino adulto sottofesa	342	206	74,6
Agnello	350	190	73
Vitello magro	360	210	76,9
Coniglio semigrasso	360	180	70,9



DOLCI

Ghiacciolo all'arancia	14	0	64
Marmellata di arance	44	13	28
Brioche	52	70	19,5
Scioppata di ananas	82,2	79	5
Merendina pan di Spagna	103	117	17,9
Biscotto frollini	110	85	2
Fette biscottate dolci	140	109	6
Gelato fior di latte	150	165	60,6
Scioppata di pesche	150	10	74
Biscotti wafers	160	83	4
Torta al cioccolato	199	125	28
Panettone	234	130	26,9
Cioccolato fondente	300	186	1,1
Bignè	360	66	37,4
Biscotti al latte	366	225	5
Cioccolato al latte	420	207	1,7



PESCI FRESCHI

Gambero	266	349	80,1
Seppia	273	143	81,5
Acciuga	278	196	76,5
Sogliola	280	195	79,5
Carpa	286	220	72,4
Vongola	314	169	82,5
Merluzzo/Nasello	320	194	81,5
Cozza	320	236	82,1
Merluzzo	320	194	81,5
Aringa	320	230	68
Triglia	340	218	75,3
Cefalo	350	220	73,4
Salmone	360	250	67,2
Sgombro	360	264	69,8
Halibut	450	222	77,9
Trota	465	220	80,5
Tonno	520	264	61,5
Sarda	630	215	73
Orata	-	1050	69,1



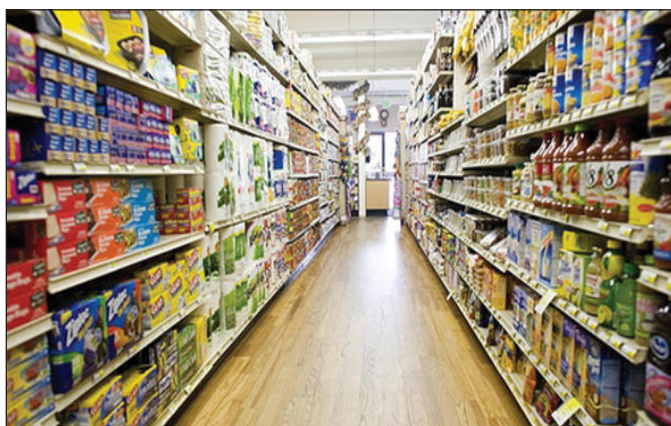
VERDURE E ORTAGGI

Cetrioli	140	17	96,5
Cipolla	140	35	92,1
Funghi in scatola	150	70	92
Melanzane	184	33	92,7
Peperoni dolci	210	28	92,3
Zucchine	210	65	93,6
Carote	220	37	91,6
Cipolline	230	48	88,2
Pomodori pelati	230	24	94,7
Funghi porcini	235	142	92
Cicoria	236	31	93,4
Lattuga	240	31	94,3
Asparagi	240	77	91,4
Finocchi	276	39	93,2
Sedano	280	45	88,3
Pomodori da insalata	290	26	94,2
Pomodori maturi	297	25	94
Barbabietola rossa	300	21	91,3
Porri	310	57	87,8
Funghi prataioli	320	102	92,1
Broccoli	340	66	90,3
Cavolfiore	350	69	90,5
Patate nuove	367	54	81,9
Carciofi	376	67	84
Indivia	380	31	93
Cavoli di Bruxelles	380	50	85,7
Spinaci	530	62	90,1
Papate	570	54	78,5
Aglio	600	63	80
Prezzemolo	670	75	87,2



BEVANDE ANALCOLICHE

Coca cola	1	15	89
Bevande gassose dietetiche	15	-	93,8
Aranciata in lattina	18	5	86
Orzo solubile o caffè d'orzo in tazza	24	7	98,7
Tè in tazza	27	2	99,5
Succo di pompelmo conservato non zuccherato	100	11	89,4
Spremuta di pompelmo fresco	123	13	90
Succo di arancia conservato non zuccherato	150	13	89,2
Spremuta di arancia fresca	180	17	89,3
Succo di pomodoro conservato	230	19	93,8
Caffè bar, moka e decaffeinato in tazza	251	17	95,4



ALIMENTARI VARI

Zucchero raffinato	2	-	0,5
Gomma da masticare	4	0	2,6
Maionese	16	28	15,1
Miele	51	6	18
Sale da cucina	89	1	-
Aceto	89	32	99
Lievito di birra compresso	610	394	71
Cacao amaro in polvere	1500	685	2,5
Fecola di patate	1580	27	16,1
Caffè tostato macinato	2020	160	4,1
Salsa tomato ketchup	5901	43	64,8

BEVANDE ALCOLICHE

Whisky	-	5	65,9
Vermout dolce	30	6	70,6
Vermout secco	34	6	82,1
Birra chiara	35	28	93,5
Spumante secco	61	6	-
Vino bianco da pasto	81	74	89,7
Porto	97	12	71,1
Vino rosso da pasto	110	13	89



FRUTTA SECCA E CONSERVATA

Noci secche	368	380	6,3
Castagne fresche	395	81	55,8
Olive verdi	432	14	76,8
Arachidi tostate	680	283	2,3
Castagne secche	738	131	10,1
Prugne secche	824	85	29,3
Fichi secchi	1010	111	19,4

OLII E GRASSI

Olio di oliva	0	0	0
Olio di semi	0	0	0
Margarina	5	16	23
Burro	15	16	14,1



LATTE E DERIVATI

Panna	100	61	58,5
Latte di vacca pastorizzato intero	150	93	87
Latte di vacca pastorizzato scremato	150	97	90,5
Latte di vacca uht intero	150	88	87
Latte di vacca uht scremato	150	92	90,5
Yogurt di latte intero	150	87	87



LEGUMI

Piselli surgelati	190	90	79
Fave fresche	200	93	83,9
Piselli freschi	202	101	76,1
Fagiolini	280	48	90,5
Fagioli secchi	360	180	62,3
Semi di soia	1740	591	8,5



UOVA

Tuorlo	120	586	49,2
Uovo di gallina intero	140	210	73,9
Albumi	150	15	87,6

Consigli per una dieta equilibrata in dialisi

	Emodialisi	Dialisi peritoneale
Calorie	30-40 Kcal/kg *	35 Kcal/kg *
Proteine	Almeno 1,1 g/kg *	Almeno 1,2-1,2 g/kg *
Fosforo	800-1000 mg	
Calcio	Non più di 2000mg/die #	
Sodio	Non più di 80-100 mml	
Potassio	50/70 mml	
Guadagno interdialitico	Non più di 4-4,5% peso ideale	

* Si intende kg di peso ideale

° Questo quantitativo dovrebbe essere aggiustato per l'età del paziente (con età superiore a 60 anni, questo valore dovrebbe essere ridotto a 30 Kcal/kg di peso ideale/die).

Si intende il calcio contenuto negli alimenti e quello derivante dalla supplementazione con sali di calcio



FORMAGGI

Ricotta di pecora	37	196	63
Mozzarella	38	239	60,1
Mascarpone	53	97	44,4
Provolone piccante	79	576	31
Parmigiano	102	678	30,4
Emmenthal	107	700	34,6
Grana padano	120	692	31,5
Certosino	126	263	57
Provolone	139	521	39



CARNI CONSERVATE

Prosciutto cotto	227	250	62,2
Prosciutto crudo	281	177	41,7



Persona diabetica

Valgono i precedenti consigli, ma devono essere ridotte le quantità di grassi e zuccheri utilizzate. Per quanto riguarda i dolcificanti, vanno consigliati quelli non calorici (aspartame, saccarina)

NOTA BENE: questi sono suggerimenti generali per pazienti clinicamente stabili che vanno adattati dal medico curante alle varie esigenze cliniche del paziente

Perché è importante controllare i livelli di fosforo?

- Per ridurre il rischio di mortalità
- Per ridurre il rischio di complicazioni cardiovascolari

E come si possono controllare?

- Seguendo la dieta
- Con la dialisi
- Prendendo i farmaci prescritti dal medico

Un decreto del 2013 aveva equiparato le pensioni di invalidità e le indennità di accompagnamento a una “fonte di ricchezza” che modificava il calcolo dell’Isee

Il Consiglio di Stato boccia il Governo

L’indennità di accompagnamento e altre forme di retribuzioni non formano reddito ma sono un compenso alla inabilità e perciò non devono essere inseriti nell’Indicatore della Situazione Economica Equivalente (Isee).

La notizia è di quelle che possiamo annoverare fra quelle “belle”, ma soprattutto attese dalle persone interessate direttamente e dalle loro famiglie.

Lo scorso 29 febbraio 2016, infatti, il Consiglio di Stato ha messo la parola fine ad un “tira e molla” cominciato con il governo Letta in quale, con un decreto del dicembre 2013 ed entrato in vigore a gennaio 2014, aveva deciso come le pensioni di invalidità e le indennità di accompagnamento assegnate ai disabili, fossero “una

fonte di ricchezza” e di conseguenza tutto ciò andava a modificare il calcolo dell’Isee in cui venivano compresi anche i trattamenti assistenziali, quali pensioni, assegni, indennità concesse per minorazioni civili, assegni sociali, indennità per invalidità sul lavoro, assegni di cura, contributi per la vita indipendente e altro ancora.

Figurarsi il pesante aggravio che tale decisione aveva portato fra i destinatari di tali emolumenti per il solo fatto che l’Isee incrementato, toglieva loro diversi diritti.



Una paura che in tanti hanno toccato con mano vedendosi decurtate indennità e sostegni dovuti per legge proprio a causa della disabilità.

Così, da parte di alcune famiglie di persone disabili, partirono tre ricorsi al Tar del Lazio il quale, l’11 febbraio 2015 accolse, seppure parzialmente, i ricorsi presentati contro il decreto Letta.

Non convinto della chiarezza di tale sentenza, nel mese di aprile 2015, il Governo Renzi presentò ricorso al Consiglio di Stato. Da allora, sono passati circa 10 mesi e, come detto, l’ultimo giorno di feb-



braio di quest’anno bisestile, il Consiglio di Stato ha respinto il ricorso del Governo, fornendo una sentenza definitiva e scritta nero su bianco e confermando quanto già aveva sentenziato il Tar del Lazio: cioè, che le provvidenze economiche previste per la disabilità non possono e non devono essere conteggiate come reddito.

Inoltre, il tribunale amministrativo prima e il Consiglio di Stato ora, non hanno ritenuto idonee le franchigie introdotte dal governo Letta proprio per abbattere la parte

di reddito derivante dai contributi di tipo assistenziale, previdenziale e indennitario previste per legge al fine di compensare una oggettiva situazione di svantaggio che ricade sui disabili e sulle famiglie.

I giudici hanno annullato anche le franchigie variabili fra il disabile maggiorenne o minorenni, mentre hanno respinto le richieste dei ricorrenti fra cui quella dell’illegittimità del tetto di 5 mila euro per le spese da detrarre al calcolo dell’Isee.

Ma se tutto appare chiaro e pacifico, nonostante le sentenze di Tar e Consiglio di Stato siano immediatamente esecutive, le dichiarazioni sostitutive Uniche, base dell’Isee, rilasciate dal sistema operativo attuale Inps, sono quelle precedenti alle sentenze di Tar e Consiglio di Stato che, dunque, considerano tra i redditi anche le provvidenze economiche degli invalidi civili e applicano le franchigie diverse per maggiorenni e minorenni. Se la situazione fosse questa, tale pratica appare formalmente illegittima seppure sia l’unica possibile finché l’Inps non modificherà il sistema operativo sotto le indicazioni del Ministero del Lavoro.

A questo punto, è facile assistere ad un paradosso qualora il sistema informatico non venisse celermente modificato: il cittadino che volesse vedersi applicata la sentenza definitiva, non gli resta che fare ricorso al giudice ordinario contro un documento, l’Isee appunto, che, per norma, lui stesso deve accettare e sottoscrivere.

p.tr.

La regione revoca i tagli

Legge 162/98: erano a rischio i finanziamenti per i piani personalizzati di 30 mila disabili

Nel mese di agosto 2015 la Regione, dopo le vibranti proteste da parte delle associazioni che si occupano di sostegno ai disabili, ha finalmente, revocato i tagli alla legge 162/98 per i piani personalizzati a sostegno delle disabilità gravi che interessano circa 30 mila persone fra cui 2500 bambini o minori.

La sforbiciata, passata per “correttivi ai criteri attualmente in vigore riferiti agli importi ammissibili al finanziamento” era stata introdotta con una delibera del 30 giugno precedente.

Così la delibera del 7 agosto che conferma la proroga dei piani personalizzati e i criteri in vigore, riferisce come l'importo ammissibile “è stato rideterminato in ragione della classe di punteggio attribuito a ciascun piano”.

Attualmente, la procedura affinché le persone con grave disabilità possano entrare nei piani personalizzati, inizia con il rivolgersi ai servizi sociali del comune di residenza i quali dovranno, a loro volta, far riferimento al Servizio interventi integrati alla persona, Settore interventi a favore delle persone con disabilità dell'Assessorato dell'igiene e sanità. I requisiti necessari per usufruire di questa assistenza, anche per i bambini da zero a tre anni, sono quelli di essere cittadini residenti in Sardegna ed essere in possesso della certificazione rilasciata dall'Inps qualora si tratti di disabilità grave o, per la sin-



drome di Down, dal medico di base. La domanda per richiedere il piano personalizzato, va presentata dall'interessato o da una persona delegata o tutore o amministratore di sostegno, entro un termine stabilito dal Comune di residenza presentando l'ultima dichiarazione Isee, l'autocertificazione sulla capacità economica del destinatario del piano, firmata da quest'ultimo o dalla persona incaricata e la certificazione attestante la disabilità, qualora il Comune non ne sia ancora in possesso.

Una volta deciso per l'avvio del piano, il procedimento interessa, inizialmente la Regione che erogherà al comune di residenza del paziente, il finanziamento finalizzato allo sviluppo della piena potenzialità della persona, al sostegno delle cure familiari ed alla piena integrazione nella famiglia, nella scuola e nella società. I comuni possono scegliere di gestire direttamente gli interventi fornendo loro il servizio agli utenti, oppure optare per la forma indiretta consentendo al beneficiario o al suo

legale rappresentante di stipulare contratti con gli operatori professionali che non possono essere scelti fra i parenti conviventi, né persone incluse tra le categorie elencate all'art. 433 del Codice civile ad eccezione delle situazioni autorizzate dalla Direzione delle politiche sociali. Con l'opzione indiretta, l'utente dovrà consegnare le pezze

giustificative al Comune di residenza.

Questi, predispone il piano in collaborazione con la famiglia dell'interessato e, se necessario, con i servizi sanitari, sulla base di apposite schede di valutazione.

La prima è la “scheda salute”, che deve essere compilata e firmata dal medico di medicina generale, da un pediatra di libera scelta oppure da altro medico di una struttura pubblica o convenzionato, che abbia in cura il destinatario del piano, in cui si valuta la situazione del disabile relativamente ai sensi e linguaggio, le attività quotidiane e la vita di relazione. L'utente che ha già usufruito di un piano nell'anno precedente, e le cui condizioni di salute sono immutate, non deve compilare una nuova “scheda salute”.

La seconda valutazione viene compilata nella “scheda sociale” che deve contenere le informazioni necessarie per l'attuazione del piano personalizzato quali, età, servizi fruiti, carico assistenziale familiare, situazioni di particolare disagio, e

altro ancora.

La compilazione di questa scheda è compito dell'assistente sociale che la sottoscrive assieme al dirigente comunale del settore e dallo stesso utente o dal suo legale rappresentante.

Le informazioni contenute nelle due schede consentirà al Comune di attribuire al piano un punteggio al fine di individuare l'entità massima del finanziamento da attribuire che sarà determinato anche sulla base del reddito Isee e, per i redditi annui non superiori ai 9 mila euro, l'importo massimo concedibile non subirà alcuna decurtazione.

Le amministrazioni comunali, infine, presentano alla Direzione generale delle politiche sociali le richieste di finanziamento per i piani personalizzati attivati.

Il competente Servizio della Direzione generale verifica la documentazione presentata e, in caso di esito positivo, approva i piani attivati, disponendone il finanziamento al Comune di residenza del beneficiario, anche nel caso in cui l'istruttoria del

piano sia stata effettuata da altro ente, quale il Comune in cui il beneficiario è domiciliato.

Il saldo del finanziamento complessivo concesso viene erogato ai comuni sulla base della certificazione delle economie residue dei programmi precedenti, approvata con determinazione del dirigente competente e trasmessa all'Assessorato. Se questo è l'iter previsto per inserire una persona con disabilità grave in un piano personalizzato di assistenza, occorre anche rimarcare che gli "utenti" di questa legge sono anziani, barellati, persone in carrozzina o gente assistita da badanti sempre più spesso straniere, quindi cittadini che, in un modo o nell'altro si trovano in disagiate condizioni fisiche o attitudinali che, ovviamente, hanno enormi difficoltà a seguire un iter, certamente corretto e doverosamente posto sotto controllo delle istituzioni, e per questo anche farraginoso.

Ma vi è di più. Se da parte delle amministrazioni comunali la presa in carico dell'utente e la predisposizione del piano personalizzato ha tempi consoni, i ritardi maggiori si hanno quando la pratica arriva in Regione, e prima che vengano erogati in finanziamenti, trascorrono diversi e numerosi mesi. Sempre di più accade che l'utente non faccia nemmeno a tempo a vedere l'erogazione dei finanziamenti predisposti prima della sua dipartita.

Una vera tragedia che aggiunge dramma al disagio.

Per ovviare tutto ciò, l'azione e lo stimolo verso la Regione da parte della nostra associazione, è quello di chiedere una decisa semplificazione sulle procedure previste dalla legge 162/98 prevedendo, sia nell'iter di approvazione sia nell'erogazione delle risorse, tempi consoni che consentano di accelerare la disponibilità dei contributi.

Non ci sarebbe nulla da scandalizzarsi se, le "corsie preferenziali" una

buona volta vengano attuate a favore di chi, più di altri ne ha davvero bisogno e non per scavalcare, ingiustamente, graduatorie o procedure. Ciò non significa per forza allargare le maglie della procedura sui controlli relativi alla legittimità degli aventi diritto ai piani personalizzati in quanto, ogni abuso determina l'esclusione di una persona che ne ha diritto, ma non è corretto che una istituzione faccia attendere, a volte anche un anno, prima che la persona con disabilità grave possa ricevere il legittimo sostegno per l'assistenza.

Paolo Trudu

L'angolo della poesia

Mattina in dialisi

di Nicolò Buzzo

Accompagnati

come scolaretti

Tutti presenti

Al turno delle otto

I dializzati vanno

lentamente

nei saloni

dove sono ubicati

i loro letti,

chi tremolante

o spinti in carrozzina

vi trovan il personale

ospedaliero

ad allacciar pazienti

ai macchinari.

Che tristezza

per questi dializzati

pieni d'acciacchi

e di dolori vari.

Nessuno qui guarisce

ed il trapianto

è l'unica speranza

che rimane.

In questo strano

mondo di dolore

sembra che il tempo

tardi ad arrivare

quattro ore di dialisi

e poi via

si torna a casa

solo a riposare.



Il 10 marzo scorso, Giuseppe Canu, presidente dell'ASNET e il nostro socio Giuseppe Canu, sono stati ospiti di

RADIO SINTONY, nel programma condotto da Mary, per parlare dell'attività dell'Associazione, delle donazioni e della vita "normale" che possono condurre i dializzati e i trapiantati.

Osteoporosi e fratture in dialisi



A cura della Dott.ssa. **Maria Cristina Mereu**
Direttore U.O. Nefrologia e Dialisi Ospedale San Gavino

Seconda parte

Considerata la complessità della sindrome CKD-MBD è chiaro che l'inquadramento diagnostico dell'osteoporosi nell'ambito di questa sindrome risulta difficile. Nella popolazione generale la diagnosi di osteoporosi è basata semplicemente sulla valutazione della densità minerale ossea o "bone mineral density" (BMD). La DEXA (assorbimetria a raggi X a doppia energia) considerata gold-standard fra tutte le metodiche, valuta appunto la massa ossea a livello della colonna e del femore, e calcola il rischio di frattura secondo la classificazione internazionale dell'osteoporosi (tab. 1).

Invece l'utilizzo di questo esame nei pazienti in dialisi rimane ancora oggi molto controverso. Infatti come abbiamo già detto, la CKD-MBD di per sé costituisce un rischio di frattura indipendentemente dai valori di BMD. Nessuna correlazione esiste tra BMD e comparsa di frattura nei pazienti in dialisi, e l'esame densitometrico non è assolutamente in grado di distinguere sulla qualità dell'osso (corticale e trasversale), non fornisce indicazioni sulla resistenza scheletrica, né sul rimodellamento osseo. Inoltre la DEXA, effettuata a livello della colonna dei pazienti in dialisi, ha fornito risultati falsamente positivi a per la presenza di sclerosi dei corpi vertebrali

tab. 1 Classificazione WHO dell'osteoporosi	
Classificazione	T-score
Normale	> -1.0
Osteopenia	-1.0 ÷ -2.5
Osteoporosi	< -2.5
Osteoporosi severa	< -2.5 con frattura da fragilità*

e/o di calcificazioni delle arterie di grande calibro. Altre tecniche di imaging meno invasive, come la tomografia computerizzata quantitativa (QCT), la risonanza magnetica ad alta risoluzione (HR-MRI) e la tomografia quantitativa periferica ad alta risoluzione (HR-pQCT), in grado quest'ultime di distinguere correttamente l'osso corticale (fig.1) e quindi indicate per il paziente in dialisi o con IRC, sono in realtà metodiche non alla portata di tutti, ma esclusive di pochi centri specializzati. In definitiva osteopenia/osteoporosi" possono coesistere in tutte le forme istologiche dell'osteodistrofia renale (alto turnover o iperparatiroidismo, basso turnover o malattia adinamica dell'osso, osteomalacia e forme miste). Pertanto ancora oggi la biopsia ossea costituisce il **gold standard** per la diagnostica della CKD-MB per le informazioni dettagliate sia quantitative che qualitative dell'osso. Il ricorso a questo esame però è molto raro nei centri Dialisi perché molto invasivo. Nella nostra pratica clinica invece, si ricorre al dosaggio di alcuni marcatori ossei: il paratormone (PTH) e la fosfatasi alcalina (FA). In questi ultimi anni, numerosi studi effettuati nei pazienti in dialisi sottoposti a biopsia ossea, hanno dimostrato che la determinazione del PTH da sola non è indicativa del rimodellamento osseo in quanto non è in grado di distinguere tra elevato, basso o normale turnover osseo, ma solo valori estremi di PTH, maggiore di 600 e minore di 100 pg/ml, correlavano in maniera significativa con le fratture. Tutto ciò dipende dalla presenza di numerose variabili esistenti ancora oggi nel dosaggio di questo ormone nei pazienti dializzati. Queste variabili sono tali da comportare delle differenze di risultato sullo stesso campione fino ad 40%, quando testato con diverse metodiche. Le linee guida K-DIGO proposte nel 2009 dalla National Kidney Foundation per questo motivo, raccomandano di eseguire insieme al PTH, il dosaggio della FA, enzima che ha dimo-

strato che la determinazione del PTH da sola non è in grado di distinguere tra elevato, basso o normale turnover osseo, ma solo valori estremi di PTH, maggiore di 600 e minore di 100 pg/ml, correlavano in maniera significativa con le fratture. Tutto ciò dipende dalla presenza di numerose variabili esistenti ancora oggi nel dosaggio di questo ormone nei pazienti dializzati. Queste variabili sono tali da comportare delle differenze di risultato sullo stesso campione fino ad 40%, quando testato con diverse metodiche. Le linee guida K-DIGO proposte nel 2009 dalla National Kidney Foundation per questo motivo, raccomandano di eseguire insieme al PTH, il dosaggio della FA, enzima che ha dimo-

strato che la determinazione del PTH da sola non è in grado di distinguere tra elevato, basso o normale turnover osseo, ma solo valori estremi di PTH, maggiore di 600 e minore di 100 pg/ml, correlavano in maniera significativa con le fratture. Tutto ciò dipende dalla presenza di numerose variabili esistenti ancora oggi nel dosaggio di questo ormone nei pazienti dializzati. Queste variabili sono tali da comportare delle differenze di risultato sullo stesso campione fino ad 40%, quando testato con diverse metodiche. Le linee guida K-DIGO proposte nel 2009 dalla National Kidney Foundation per questo motivo, raccomandano di eseguire insieme al PTH, il dosaggio della FA, enzima che ha dimo-



strato di essere un marcatore molto affidabile di rimodellamento osseo e considerare come valori di riferimento per il PTH quelli compresi da 2 a 9 volte i limiti di riferimento del laboratorio. Pertanto alla luce di questo, nella clinica quotidiana è consigliabile non soffermarsi mai su una singola determinazione di PTH, ma considerare il suo trend di variazione nel tempo, insieme alla FA, e l'andamento clinico. Le linee guida internazionali suggeriscono inoltre la valutazione dello **score di calcificazione** o punteggio di calcificazione (**score di Kauppila**).

Scoperto da Kauppila e pubblicato 13 anni fa, il calcolo dello score si effettua con l'esecuzione di un RX dell'addome in proiezione latero-laterale, che permette di visualizzare la presenza di depositi di calcio come immagini radiopache lungo le pareti dell'aorta addominale che si proiettano a livello delle vertebre lombari. Con questo semplice esame, ripetibile e poco

invasivo è possibile così evidenziare e/o escludere anche la presenza di fratture della colonna, intese come "crolli vertebrali". Quest'ultime infatti sono spesso asintomatiche in quanto non necessariamente legate ad un trauma (**fig.2**).

Dagli studi pubblicati l'RX del-

l'addome ha dimostrato di possedere la stessa sensibilità e specificità dello score di calcificazione valutato con l'esame TAC dei vasi coronarici, quindi permette di ottenere numerose informazioni utili non solo per inquadrare la patologia in ogni paziente, ma anche per la scelta terapeutica. La morfometria vertebrale quantitativa (QMV) basandosi su questo stesso principio, calcola in automatico attraverso un software (**MorphoXpres**) i crolli vertebrali valutando l'altezza dei corpi vertebrali (anteriori, medi e posteriori) e le relative deformazioni, insieme allo score di calcificazione. Una riduzione superiore al 20% dell'altezza dei corpi vertebrali è considerata frattura (**fig.3**).

Da tutto ciò che abbiamo detto si capisce come tutte le strategie terapeutiche siano volte al trattamento dell'iperparatiroidismo secondario (IPS) e/o alla sua prevenzione, in modo da ridurre e/o modulare il rimo-

Morfometria Vertebrale Quantitativa (QVM)

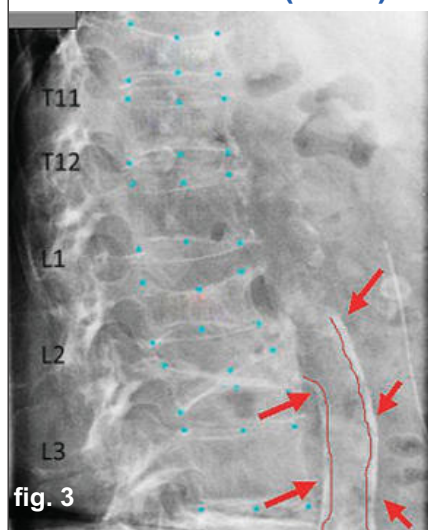


fig. 3

Con lo stesso apparecchio si valutano le fratture e le calcificazioni vascolari (linea rossa)

della mente osseo e quindi il rischio di frattura e la progressione delle calcificazioni.

Fortunatamente oggi rispetto al passato disponiamo di diversi farmaci in grado di ridurre efficacemente la sintesi e secrezione e del PTH: composti attivi della vitamina D calcitriolo e/o composti più selettivi, meno ipercalcemizzanti,

come il paracalcitolo, i calciomimetici, ed infine i chelanti del P. L'utilizzo di dosi modulate di vit. D attiva in associazione ai calciomimetici, ha consentito in questi ultimi 20 anni il trattamento di forme anche severe di IPS, con conseguente riduzione della Paratiroidectomia (studio Evolve). Molta attenzione andrà fatta nel corso del trattamento a non "sopprimere" troppo il paratormone ed evitare la malattia adinamica dell'osso a cui conseguono calcificazioni extra-scheletrici. e/o fratture.

Non sono presenti sufficienti dati che dimostrino l'evidenza di una efficacia di farmaci ad effetto antirassorbitivo (bifosfonati) o anabolico (paratormone) sulla riduzione del rischio fratturativo sia nei pazienti con IRC, ma soprattutto in dialisi.

L'immissione in commercio di un nuovo farmaco, Denosumab, per la prima volta indicato nei pazienti con IRC al 3°, 4° stadio per la terapia dell'osteoporosi e fratture, fa ben sperare su nuovi studi che consentano di far maggior chiarezza su questa grave e sempre più frequente patologia.

RX latero-laterale addome per calcolo dello score di calcificazione aortica

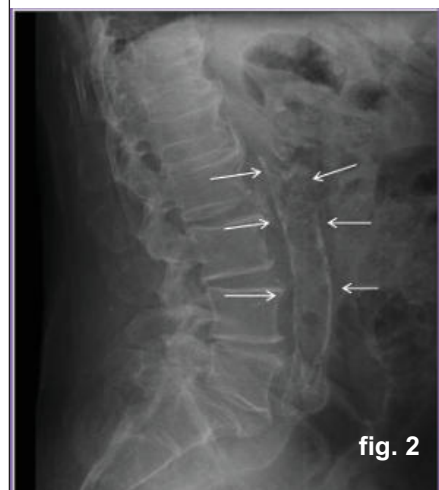


fig. 2

Ci ha lasciato Efisio Erbi



Padre e marito esemplare, ha dedicato la sua vita al lavoro e alla famiglia.

Nato a Gesturi il 28 febbraio 1928, è deceduto a Isili l'1 aprile del 2013.

Seppure in ritardo, lo ricordiamo con affetto.

Il logo dell'ASNET nella nuova maglia 2016 della società ciclistica GIALETO di Serramanna



**MOVIMENTO
DIFESA
DEL Cittadino**

Hai un problema o dubbi

in merito a cartelle Equitalia, utenze telefoniche, utenze gas ed elettricità? Problemi con la tua RC auto e con il tuo conto corrente bancario/postale?

Rivolgiti al

Movimento Difesa del Cittadino

Interveniamo su: Sicurezza Alimentare - Tutela della Salute - Ambiente - Banche - Poste - Assicurazioni - Fisco e Tasse - Cartelle Equitalia e Tributi locali - Trasporti - Contraffazione prezzi - Tariffe - Bollette acqua - energia e utenze telefoniche.

Quartu Sant'Elena - Vico La Marmora, 38
info e appuntamento: 3464942410 - 3477111968

CAF CGN SpA
IL CAF DEI PROFESSIONISTI

CENTRO DI RACCOLTA

CAF CGN e PATRONATO

Quartu Sant'Elena - Vico La Marmora, 38
Per info e appuntamento:
cell. 3464942410 - 3477111968

Servizi Caf

- Mod 730 - Mod Unico
- ISEE - RED
- F24
- IMU - TASI
- Invalidità civile
- Assegno sociale

Servizi Camerali

- Deposito Bilancio
- Sportello CCIAA
- Comunicazione Unica
- Smart Card CNDCEC
- Rilascio Smart Card
- Firma digitale
- PEC - Visure Camerali

Servizi per gli immobili

- IMU
- TASI
- Contratti di locazione
- Successioni e Vulture
- Perizie Immobiliari
- Visure Catastali

Servizi Contabilità

- Fatturazione di Contabilità
- Gestionale di Contabilità
- Gestione Studio
- Consulenza Legale e Tributaria

SERVIZI DI PATRONATO

Elenco Delegati dei centri Dialisi

Centro Dialisi	Delegato del Centro	Recapito Telefonico
Ospedale San Michele	Noli Gianfranco	070/486801
CAGLIARI	Denotti Bruno	3403774167
	Frongia Paolo	070/523334
	Abis M. Francesca	070/523334
	Misura Raffaella	070/373324
Santissima Trinità	Podda Daniele	3459276672
	Samoa Rita Romeo	3913409983
CAGLIARI	Frongia Francesco	070/523334 - 3452345962
Clinica San Salvatore	Loi Cesare	3495764501
Policlinico San'Elena	Canu Giuseppe	3282892466
C.A.D. QUARTU S.E.	Cuneo Roberto	3484967302
	Franco Contu	3383672362
C.A.L. MONASTIR	Daniele Sperandio Secci Virgilio	3476542043 3384289764
Clinica Decimomannu	Deidda Salv. Angelo	3406039987
	Roberto Mandis	3206850693
	Deidda Roberta	3474033340
C.A.D. SERRAMANNA	Anna Deiana	3479672604
Ospedale Sirai CARBONIA	Scano Ignazio	3476350798
C.A.L. CARLOFORTE	-	-
Ospedale IGLESIAS	Peddis Franco	0781/24719
Ospedale SAN GAVINO	Mangiantini Roberto	070/9389271
	Cancedda Maurizio	070/9758584 - 3479413729
	Troncia Ausilio	3687366304
Osp. MURAUVERA	Pilia Luigi	070/9928132 - 3336584280
Mad. Rimedio Oristano	Frau Paolo	0783/81086 - 3478966118
Ospedale ORISTANO	Flore Antonella	3494954060
C.A.L. TERRALBA	Mannai Roberto	0783/82252 - 3476008423
Ospedale	Deledda Martino	0785/84839
MACOMER	Marceddu Salvatore	0785/59714 - 3486614192
	Teodesio Antonio	
	Lai Giovanni Vittorio	0785/71225
Ospedale LANUSEI	Piras Bruno	0782/42210 - 3487057518
Ospedale NUORO	Uscidda Alessandro	3381711189
	Busia Gianfranco	3286136651
C.A.L. Dorgali	Loi Serafina	
Ospedale ISILI	Cogoni Luigina	3333500727
Ospedale SORGONO	Carta Paola	0784/629376 - 3284642166
	Dessi Giuseppina	3396163741
Ospedale SASSARI	Piu Salvatore	079/217714 - 3383226445
Ospedale OZIERI	Picus Michele	079/770868 - 3346189742
	Murgia Antonio	079/719002 - 3687176304
	Zanza Gianni	3403033760
C.A.L. BONO	Deriu Antonio	079/758902 - 3498587291
Ospedale OLBIA	Paroldo Rosa	0789/28008
C.A.L. Arzachena	Careddu Matteo	0789/83099 - 3336588250
Ospedale La Maddalena	Morelli Augusto	0789/738611
	Abis Nicola	0789/738740 - 3473363844
Ospedale ALGHERO	Sotgiu Natale	079/950349 - 3475773813
	Idili Vincenzo	0785/375219 - 3281358673
	Bardino Giuseppe	079/977872
Emodialisi Domiciliare	Locche Antonello	070/402263 - 3398960363
Trapiantati	Marotto Giovanni	070/824434 - 3281825741

Elenco Centri Dialisi

Centro Dialisi Cagliari e Provincia	Responsabile	Recapito Telefonico
Ospedale S.Michele Brotzu	Dott. Pani Antonello	070/539491
Santissima Trinità	Dott. Alessandro Monni	070/6095947
Clinica San Salvatore	Dott.sa Antonella Fresu	07060426252
Decimomannu	Dott. Oscar Manca	070/9660090
Osp. Sirai -Carbonia	Dott.Giorgio Mirarchi	0781668398
Carloforte	Dott.Giorgio Mirarchi	0781857049
Osp.S.Barbara Iglesias	Dott.Raffaele Pistis	0781/3922232
Buggerru	Dott.Raffaele Pistis	0781/548121
Quartu S.Elena Asl 8	Dott. Piergiorgio Bolasco	070/6097341
Monastir Asl 8	Dott. Piergiorgio Bolasco	070/9177069
Osp. S.Marcellino Muravera	Dott. Piergiorgio Bolasco	070/6097701
Isili	Dott. Piergiorgio Bolasco	0782/820360
Policlinico Quartu	Dott. Michele Mascia	070/8605111
Osp.San Gavino	Dott.sa Cristina Mereu	070/9378244
Serramanna	Dott.sa Cristina Mereu	070/9339350
Centro Dialisi Oristano e Provincia	Responsabile	Recapito Telefonico
Osp. San Martino Oristano	Dott. Antonio Pinna	0783/317248
Casa di Cura Oristano	Dott. Rinaldo Ivaldi	0783/7709156
Terralba Ghilarza	Dott. Antonio Pinna	0783/850034
Centro Dialisi Nuoro e Provincia	Responsabile	Recapito Telefonico
Osp.S.Francesco Nuoro	Dott. Franco Logias	0784/240259
Lanusei	Dott.Bruno Contu	0782/490231
Tortoli	Dott. Bruno Contu	0782/600316
Macomer	Dott. ssa Tonin Ghisu	0785/222365
Sorgono	Dott. Franco Logias	0784/623365
Dorgali	Dott. Franco Logias	0784/94750
Siniscola	Dott. Franco Logias	0784/871308
Centro Dialisi Sassari e Provincia	Responsabile	Recapito Telefonico
Osp. SS Annunziata Sassari	Dott.sa Maria Cossu	079/2061595
San Camillo Sassari	Dott.sa Maria Cossu	079/2062029
Alghero	Dott.sa Domenica Casu	079/996296
Osp. Olbia	Dott. G. Fundoni	0789/552200
La Maddalena	Dott.sa L.Gazzanella	0789/791207
Arzachena	Dott. G.Fundoni	0789/83469
Ozieri	Dott.Marino Ganadu	079/779222
Bono	Dott. Marino Ganadu	079/791041
Tempio Pausania	Dott.M.Passaghe	079/678270
Thiesi	Dott.sa Maria Cossu	079/886069
Porto Torres	Dott.sa Maria Cossu	079/5049626