

Abstracts del XXXV Congresso Nazionale EDTNA/ERCA

Riccione, 8-10 Maggio 2017

I SESSIONE - NUOVI E NOTI PANORAMI DI ASSISTENZA

001

LA CONSULENZA INFERMIERISTICA DI ASSISTENZA PALLIATIVA: I DATI DELL'APPLICAZIONE. L'ESPERIENZA DEI PRIMI ANNI DI ATTIVITÀ

C. Dente

Nefrologia e Dialisi, Asl Biella, Biella

Introduzione: In uno studio (Gristina GR et al, 2014), emerge come il personale sanitario debba coinvolgere il malato e i familiari nel processo di pianificazione anticipata delle cure. Lo stesso concetto di condivisione delle condizioni del malato emerge anche nello studio di Meinero S et al (2007) dove attraverso un questionario viene valutato il comportamento e l'opinione dei Centri Nefrologici Piemontesi rispetto al problema del non avvio o della sospensione del trattamento dialitico nei pazienti molto compromessi.

Dal 2010 nel reparto dialisi di Biella sono stati apportati cambiamenti assistenziali per il fine vita migliorando la presa in carico globale del paziente e della sua famiglia sotto l'aspetto fisico, psicologico e spirituale.

Materiali e metodi: È uno studio osservazionale retrospettivo, la popolazione osservata è formata da pazienti adulti afferenti all'Ambulatorio di Predialisi dell'ASL biellese dal 1° gennaio 2010 a oggi attraverso il quale si sono evidenziati i percorsi di cura comprendente l'inizio di trattamento, sospensione e fine vita e accompagnamento alla morte senza inizio del trattamento.

Risultati: Pazienti seguiti da Ambulatorio MaReA dal 2010, con inserimento chiuso al 31 dicembre 2014 ma osservazione continuata fino al 31 dicembre 2016. Totale pazienti: 268, di cui 166 maschi. Età media all'ingresso in studio 71.9 ± 12.6 anni.

Nei 7 anni di osservazione 138 pazienti sono stati avviati a un trattamento sostitutivo (88 HD, 51 DP, 3 TX preventivo da donatore vivente). 130 pazienti hanno proseguito la terapia conservativa; di questi 61 sono deceduti entro il 31 dicembre 2016, 65 erano ancora seguiti dall'Ambulatorio MaReA al 31 dicembre 2016 mentre 4 sono stati persi al follow-up ma non risultano deceduti.

Conclusioni: Nel nostro reparto sono stati definiti i processi di cura in cui la consulenza infermieristica ha apportato miglioramenti nei piani assistenziali nel fine vita e nel percorso informativo/educativo per la scelta della metodica dialitica.

002

NON AVVIO E SOSPENSIONE DEL TRATTAMENTO DIALITICO: UNO STUDIO OSSERVAZIONALE PRESSO IL CENTRO DIALISI DI RIMINI

M. Sgreccia¹, C. Tini²¹U.O. Nefrologia e Dialisi, AUSL Romagna, AOO di Rimini, Rimini²Corso di Laurea in Infermieristica, Rimini

Introduzione: La cessazione del trattamento dialitico in corso generalmente avviene per il fallimento del tentativo di migliorare la qualità della vita con la dialisi. Si parla invece di non avvio quando si decide di non iniziare la dialisi, generalmente per i seguenti motivi: l'età avanzata, la completa perdita di autonomia, la patologia arteriosclerotica estesa, la demenza grave, il cancro metastatico e la richiesta del paziente. Nell'anno 2007 nel Centro Dialisi di Rimini è stata valutata per la prima volta la percentuale di non avvio e di sospensione del trattamento dialitico: negli anni successivi il problema non è stato più preso in considerazione, ma nel 2014, a fronte dei due decessi avvenuti durante la dialisi in pazienti terminali, la questione è stata riaperta. La morte all'interno di un open space come la dialisi è un problema molto complesso; sono presenti circa 12-15 pazienti per turno; si conoscono più o meno tutti e si chiamano per nome; le ripercussioni emotive e psicologiche possono essere devastanti.

Materiali e metodi:

Obiettivi dello studio. Cogliere i cambiamenti del fenomeno "non avvio e sospensione" rispetto a quanto indagato nell'anno 2007, allo scopo di migliorare la gestione del paziente uremico in fase pre-dialisi e di quello in trattamento dialitico cronico.

Popolazione. Sono stati indagati tutti i pazienti emodializzati del Centro Dialisi di Rimini, deceduti negli anni 2012, 2013, 2014; e tutti i pazienti prevalenti dell'ambulatorio uremici che sono stati avviati alla dialisi o deceduti nello stesso triennio.

Strumenti utilizzati. Cartelle cliniche di ricovero, cartelle ambulatoriali, schede dialitiche.

Risultati: Nel 2007 (considerato anno di confronto) per nessun paziente è stato scelto il non avvio, mentre la sospensione è stata concordata con l'interrato o con la famiglia nel 14% dei casi.

Nel triennio 2012-2013-2014 la situazione cambia notevolmente: prevale il non avvio (25% il dato medio triennale), mentre diminuiscono fino a scomparire le sospensioni del trattamento. Nel 2014 compaiono i primi decessi in sala dialisi; fenomeno sconosciuto fino ad allora.

Un altro dato importante che emerge dall'indagine è il progressivo diminuire dell'età dialitica: nell'anno 2007 la maggior parte dei deceduti aveva un'età dialitica maggiore di 10 anni (27%); solo il 3% aveva un'età dialitica inferiore ai 3 mesi. Nel triennio preso in esame l'età dialitica dei pazienti deceduti diminuisce progressivamente facendo salire a 11% la percentuale di coloro che al momento del decesso avevano un'età dialitica inferiore a tre mesi. Tutto ciò ci porta a considerare che in sette anni è completamente cambiata l'epidemiologia del paziente che affrisce all'ambulatorio uremico: persone più anziane e portatrici di numerose comorbidità.

Conclusioni: La riflessione inevitabile è che forse in alcuni casi le scelte compiute in accordo con la famiglia e col paziente possano aver avuto poco senso; ma come in tutte le considerazioni che coinvolgono, l'etica, che comportano il confrontarsi sulla qualità di vita e sulla morte, non si arriva a stabilire qualcosa di definitivo; piuttosto si aprono altre domande.

005

APPLICAZIONE DEL PATIENT DIGNITY INVENTORY (PDI) SU DI UNA COORTE DI PAZIENTI CRONICI E CON INSUFFICIENZA RENALE

L. Righi¹, M. Palladini², F. Ferretti², F. Marini², S. Adami³¹Arezzo²Siena³Perugia

Background: La dignità personale e il senso di dignità percepito sono fortemente soggette a variazioni in rapporto alle relazioni assistenziali instaurate tra paziente e operatori sanitari. Esiste solo uno strumento validato sul contesto nazionale atto a valutare dignità e senso di dignità percepito dall'utenza. Non esistono strumenti generici finalizzati all'uso in contesti operativi comuni, tranne l'approccio basato sulla *dignity therapy*. In tale ambito assistenziale la valutazione di un costrutto complesso come quello di dignità percepita richiede strumenti e approcci valutativi adatti che permettano la precisa individuazione dei soggetti maggiormente a rischio di perdita del senso di dignità. In tal senso unico strumento validato in italiano è il *Patient Dignity Inventory (PDI)* di Chochinov a opera di Ripamonti et al. Lo strumento originale è stato ideato nel corso di una serie di lavori sulla dignità nel fine vita ed è finalizzato all'analisi degli effetti del modello assistenziale basato sulla *Dignity Therapy* dello stesso Chochinov. Il PDI è costituito da 25 item che indagano aspetti fisici, psico-sociali, esistenziali e anche elementi spirituali e pare in grado di misurare efficacemente una vasta gamma di fonti di *distress* nel fine vita, conclusioni confermate anche da Ripamonti et al nel contesto italiano. Lo strumento è stato inoltre validato su larga scala, per costruito e contenuto,

Tutti gli abstracts sono stati pubblicati così come pervenuti alla Segreteria Organizzativa

con positivi riscontri riguardo efficacia e appropriatezza delle misure, sulla popolazione generale per ottenere informazioni sulle opinioni concernenti la previsione dei vissuti di dignità attesa nel fine vita.

Materiali e metodi: Lo studio ha come obiettivo l'estensione della validazione del *Patient Dignity Inventory* su pazienti con insufficienza renale, utilizzando come riferimento il modello della dignità personale percepita di Chochinov. Sono stati raccolti dei questionari nei seguenti ospedali: Azienda Ospedaliera Senese (AOUS), Ospedale della Misericordia di Grosseto e presso l'Ospedale Santa Maria della Misericordia di Perugia. Sono esclusi i pazienti che presentano problematiche psichiatriche, di disorientamento, coloro che non sono in "grado di intendere e volere" e gli stranieri.

Risultati: Sono stati analizzati tramite il software *Statistical Package for Social Science* (SPSS) utilizzando i modelli di equazioni strutturali per l'analisi dell'invarianza (analisi multi gruppo), allo scopo di verificare la robustezza della validità di costruito in relazione alle diverse patologie e alle caratteristiche dei pazienti coinvolti nello studio. Lo studio della monodimensionalità della scala di misura è approfondito mediante i modelli di Rasch, approccio analitico finora non applicato per lo studio della PDI.

Conclusioni: Generalizzazione del *Patient Dignity Inventory* in modo da ottenere misure attendibili e valide del costruito anche per altre tipologie di pazienti diverse da quelle per le quali il PDI è stato inizialmente studiato. L'utilizzo del *Patient Dignity Inventory* su pazienti con insufficienza renale può indurre nuove conoscenze sul *distress* emozionale e permetterà di indagare aree non facilmente esaminabili dagli operatori. Proprio per la difficoltà di approfondire alcuni temi, il PDI suggerisce una nuova direzione e promuove un lavoro terapeutico e di *insight* (sia per il paziente che per gli operatori). In accordo al tipo di indagine, si sottolinea che i risultati non sono rappresentativi (né hanno lo scopo di esserlo) per tutta la popolazione, ma forniscono una prima descrizione e indirizzo per utilizzare la Scala PDI anche sui pazienti con insufficienza renale e non solo sul fine vita.

004

EDUCAZIONE TERAPEUTICA E LE DOMENICHE DI ANED ASSOCIAZIONE NAZIONALE EMO-DIALIZZATI-DIALISI E TRAPIANTO

R. Colagiacomo, P. Badini, V. Paris, O. Castelnuovo
ANED, Milano

Introduzione: "Gente come noi vive!" È il titolo del programma che la National Kidney Foundation ha scelto per l'educazione dei pazienti nefropatici e le loro famiglie. Il programma abbraccia la filosofia che queste persone hanno il diritto di essere informate sulla scelta del loro trattamento in modo semplice, chiaro e imparziale, convinta che queste informazioni aiuteranno i pazienti a gestire la loro patologia renale, li aiuteranno ad "accettare" la malattia e a trovare la giusta motivazione per l'aderenza nel tempo alle prescrizioni mediche (K. King, 1997). La mancata aderenza alle prescrizioni mediche nel malato cronico varia dal 30 all'80% (J.P. Assal, 1999). Nel 1977 Franca Pellini scriveva la **carta dei diritti e doveri** del malato cronico in cui veniva fortemente raccomandata l'importanza della informazione al malato nefropatico. Oggi sono sempre più numerosi gli studi che mostrano come i programmi di Educazione Terapeutica producano outcomes positivi sia clinici che psicologici e migliorano la qualità della vita dei pazienti.

Obiettivi: Obiettivo del presente lavoro è quello di descrivere "Le Domeniche di ANED" e un programma per migliorare l'educazione e l'aderenza alle terapie dei malati nefropatici, dializzati e trapiantati.

Materiali e metodi: Con la presenza di specialisti del settore: nefrologo, dietista, psicologo, infermiera, durante gli incontri si affrontano i comportamenti che aiutano a stare bene: la dialisi, il trapianto, l'alimentazione, l'aderenza ai farmaci, la gestione delle reazioni psicologiche e l'attività fisica. Agli incontri partecipano pazienti dializzati, in lista d'attesa di trapianto renale e trapiantati con relativi familiari. Al termine viene consegnata la Guida che riporta gli argomenti trattati: Emodialisi, Dialisi Peritoneale, Aderenza Terapeutica per i trapiantati. Il programma ha avuto inizio a Gennaio 2016 in alcune U.O. di Nefrologia-Dialisi e Trapianto a cui hanno partecipato centinaia di pazienti. I questionari finali compilati dai partecipanti hanno rilevato un alto grado di soddisfazione.

Conclusioni: Le "Domeniche di ANED" accompagnate dalle Guide Educative ANED, rappresentano oggi nel nostro Paese un importante programma di Educazione Terapeutica per i malati nefropatici che molto si avvicina al programma "Gente come noi vive!" della National Kidney Foundation. Ci auguriamo di poter estendere il programma per arrivare a più malati possibili convinti oggi più che mai che: "il paziente che ha capito è colui che si cura al meglio" (Pellini F, 1977) e collabora con il team di cura.

034

GESTIONE DELLE EMERGENZE CARDIOVASCOLARI IN DIALISI

A. Chiodi

U.O.C. di Nefrologia e Dialisi, Direttore Bruni Francesco, Servizio di Emodialisi, Ospedale Mazzoni, Ascoli Piceno

Le competenze infermieristiche avanzate in emodialisi impongono agli infermieri una formazione sempre più completa in ogni campo. Le criticità e le comorbidità cardiovascolari dei pazienti dializzati legate anche all'età avanzata, comportano l'instaurarsi di situazioni di emergenza, che l'infermiere di dialisi deve saper affrontare.

Lo scopo della relazione nasce dalla necessità di promuovere la cultura dell'emergenza cardiovascolare, anche tra gli Infermieri di dialisi.

La conoscenza ECG con metodologia di diagnosi delle aritmie cardiache, sono un patrimonio indispensabile per l'infermiere di dialisi.

Durante il trattamento emodialitico si possono avere delle variazioni osmotiche ed elettrolitiche che comportano un'alterazione dei rapporti intra/extracellulari della concentrazione degli elettroliti e di alcune sostanze osmoticamente attive, che inducono situazioni che potrebbero generare alterazioni del ritmo cardiaco giungendo anche ad aritmie maligne come Tachicardia o Fibrillazione Ventricolare (TV/FV).

Numerosi studi hanno evidenziato la debolezza del sistema organizzativo di riconoscimento e risposta alle emergenze in ambiente ospedaliero, da qui l'esigenza di avere competenze specialistiche in tale ambito.

L'approccio standardizzato e ottimizzato al malato "critico" ad alto rischio di arresto cardiocircolatorio consente il suo rapido riconoscimento e la sua efficace messa in sicurezza. La metodologia di lavoro nell'emergenza-urgenza, sottolineando la necessità di un approccio in team assistenziale, fornisce gli strumenti per poter agire con criteri riconosciuti e validati.

La qualità della formazione dei professionisti e la frequenza del *retraining* risultano fattori cruciali nel migliorare la gestione delle emergenze, per il tempo che precede l'arrivo del team di soccorso avanzato. Questo bagaglio formativo può essere patrimonio di alcuni membri del team in dialisi che offrendo le proprie competenze e conoscenze avanzate al gruppo, riescono a creare un sistema di risposta rapida.

II SESSIONE - MULTITASKING CARE

006

LA GESTIONE INFERMIERISTICA DELLE FERITE DIFFICILI IN DIALISI

D. Porcaro, C. Antimi, E. Biagetti, S. Domeniconi, A. Garetti, A. Maraula, M. Sgreccia, A. Sanchi

U.O. Nefrologia e Dialisi AUSL Romagna, AOO di Rimini, Rimini

Introduzione: I pazienti affetti da malattia renale cronica terminale in trattamento emodialitico possono presentare diverse manifestazioni cutanee patologiche che impattano negativamente sulla qualità di vita correlata alla salute.

Le principali patologie che provocano interessamento cutaneo sono riassumibili in tre gruppi:

- Manifestazioni cutanee secondarie all'uremia (quali xerosi, prurito, iperpigmentazione)
- Patologie sistemiche di diversa natura (quali diabete mellito, malattia ateroembolica)
- Sindromi genetiche (quali sclerosi tuberosa e la malattia di Fabry-Anderson).

All'infermiere di dialisi oggi non è solo richiesta la competenza sulla gestione della seduta dialitica, sull'accesso vascolare, sul monitor di dialisi, sull'educazione terapeutica nell'insufficienza renale cronica; è richiesta anche la capacità di gestire le complicanze a carico della cute, identificate nel linguaggio comune come "ferite difficili".

Vengono denominate "ferite difficili" quelle perdite di sostanza che non volgono alla guarigione spontanea e che anzi tendono a cronicizzarsi.

Nella Azienda USL della Romagna, AOO di Rimini, vengono dializzati mediamente 200 pazienti prevalenti; il Centro Dialisi di Rimini concentra al proprio interno la popolazione dialitica maggiormente "complicata" e comorbida e proprio in essa è frequente il riscontro di ferite difficili. Questi pazienti incontrano delle

evidenti difficoltà logistiche nell'avvalersi di ambulatori dedicati; la gran parte infatti sono in età avanzata, presentano deficit della deambulazione, deficit cognitivi e spesso le famiglie non riescono a far fronte alle difficoltà di trasporto.

Materiali e metodi:

Obiettivi

- Indagare il numero di ferite difficili medicate dagli infermieri del Centro Dialisi di Rimini, la loro eziologia, la durata del trattamento, la tipologia di medicazione e gli esiti.
- Raccogliere dati per valutazioni future anche rispetto alla complessità del paziente.

Popolazione: Oggetto di questo studio sono state le ferite difficili dei pazienti affetti da insufficienza renale cronica terminale in trattamento emodialitico cronico presso il Centro Dialisi di Rimini.

Strumenti

- Corsi di formazione interna riguardo il *wound care*
- Metodo TIME per la *wound bed preparation*
- Manuale guida AUSL Rimini per il trattamento delle piaghe da decubito
- Medicazioni avanzate previste nel prontuario aziendale
- Scheda rilevazione BWAT modificata
- Consulenza infermieri esperti in *wound care* della Diabetologia.

Risultati: Sono state sorvegliate dal 2013 al 2016 in media 78 ferite; i pazienti portatori di queste lesioni erano circa 35 all'anno. Le ferite riscontrate in pazienti diabetici costituiscono più della metà del totale. La percentuale di guarigione ha oscillato tra il 40% e l'80% aumentando con l'aumentare dell'esperienza e della competenza di gruppo. Il dato costante presente nei 4 anni di osservazione riguarda l'eziologia: la maggior percentuale (dal 35% al 54%) delle ferite è di natura traumatica.

Conclusioni: La presa in carico della ferita e l'approfondimento riguardo le metodiche di *wound care* ha aumentato la sensibilità degli infermieri rispetto alla gestione delle ferite difficili, come dimostrano gli indicatori di esito. Provvedere alla medicazione in corso di seduta dialitica ha aumentato il carico di lavoro degli infermieri, ma ha evitato ai pazienti numerosi accessi extra dialitici alla struttura ospedaliera.

Riguardo l'eziologia delle ferite ci sono due osservazioni fondamentali che scaturiscono da questo studio.

La prima è che, essendo quella traumatica la più frequente, probabilmente la gran parte di esse potrebbero essere prevenute lavorando sulla educazione alla prevenzione delle cadute accidentali.

La seconda è che, nonostante la causa possa apparire "banale" e di più facile risoluzione rispetto a ulcere diabetiche o a lesioni da pressione, la ferita traumatica si inserisce in un contesto spesso già compromesso e proprio per questo trova tempi lunghi di risoluzione o cronicizza richiedendo un grande impegno come le altre di eziologia diversa.

012

FOCUS SU: MULTITASKING CARE IN EMODIALISI

M. Mulé¹, M. Appiani², L. Bertelli², P. Gaggia², E. Movilli², A. Bertoni²

¹U.O. Nefrologia, ASST Spedali Civili di Brescia, Brescia

²Facoltà di Psicologia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano

Introduzione: Per gli infermieri il lavoro in dialisi è sempre più *multitasking*: devono relazionarsi con i pazienti, con le apparecchiature dialitiche, con i *caregivers*, con il personale medico e i colleghi, ricoprendo il difficile ruolo di mediatori tra un compito e un altro. L'infermiere, nel prendersi cura di pazienti con insufficienza renale cronica, è sempre più soggetto a *burnout* con il rischio di aumentare il margine d'errore e di un'assistenza sempre più deumanizzante nei confronti dei malati.

Materiali e metodi: La ricerca vuole indagare rischi e punti di forza del *multitasking care* negli infermieri di emodialisi presso il nostro ospedale. Si vuole esplorare la relazione tra l'esigenza di essere *multitasking* e le fatiche fisiche ed emotive che l'infermiere riscontra nel suo lavoro per arrivare a individuare le possibili risorse alle quali esso può attingere. Per comprendere il ruolo dell'infermiere in emodialisi e il contesto in cui opera è stato utilizzato lo strumento qualitativo Focus Group. I 2 Focus Group realizzati sono stati videoregistrati e trascritti.

Conclusioni: Le trascrizioni sono in fase di analisi con il software di analisi testuale T-Lab e saranno presentate al congresso.

029

SINDROME DELLA MANO ISCHEMICA NEL PAZIENTE IN EMODIALISI: UNO STUDIO SU PREVALENZA, SEGNI E SINTOMI

K. Cantù¹, I. Sinisi², M. Orlando¹, D. Camarella¹, R. Capoferri², A. Pizzo²

¹NephroCare Italia, Centro Dialisi Simone Martini, Milano

²NephroCare Italia, Coordinamento Infermieristico, Napoli

Introduzione: La sindrome da mano ischemica (IHS) è una complicanza tipica nei pazienti (pz) in emodialisi. La causa scatenante si identifica nella riduzione del flusso sanguigno nel tratto di vasi compresi tra il gomito e la mano dove la presenza di una Fistola Artero-Venosa può innescare la sindrome.

Materiali e metodi: Per definire l'entità della sindrome, abbiamo promosso uno studio per investigarne la prevalenza in 2082 pz in emodialisi di 41 Centri presenti sul territorio italiano, somministrando tre questionari atti a indagare l'entità del problema e la percezione dello stesso, da parte del personale medico e infermieristico. Il primo questionario è stato somministrato a tutti i Direttori Sanitari dei Centri Dialisi, per indagare il numero dei pazienti in dialisi, il numero di pazienti ai quali era stata diagnosticata IHS e per studiare le opinioni del personale medico riguardo la sindrome e la sua gestione clinica. Solo per i pazienti con diagnosticata IHS, venivano somministrati due questionari indirizzati rispettivamente ai medici, per valutare l'anamnesi patologica, eventuali terapie farmacologiche in atto e il tipo di accesso vascolare e un questionario infermieristico per indagare la presenza di segni e sintomi inerenti alla sindrome, quali la presenza di dolore alla mano della FAV, il riferito senso di freddo alla mano della FAV, la presenza di pallore e/o ipotermia, la presenza e la sede delle lesioni alla mano della FAV e la necessità di antidolorifici per il controllo del dolore alla mano sede della FAV.

Risultati: La IHS si è rilevata in 45 pz su 2082 (2.2%). Il 29% aveva dolore a riposo, il 33% dolore notturno e 73% dolore in dialisi. Il 22% dei pz richiedeva una terapia antidolorifica, 64% dei pz risultava aver freddo alla mano e il 33% necessitava di indossare un guanto; nel 62% dei pz si riscontrava una variazione del colore della pelle dopo l'inizio della sessione dialitica. Il 33% dei pz mostrava lesioni avanzate cutanee da lievi a gravi. Inoltre dei 41 medici intervistati il 53% sottolineava la rilevanza clinica della sindrome, pur riscontrando insufficienti strategie da seguire nel 51% dei casi; il 37.8% rilevava la mancanza di un esperto di riferimento, identificandolo nel chirurgo vascolare nel 64.5% dei casi.

Conclusioni: Questo studio evidenzia che la HIS è una patologia poco conosciuta, grave e invalidante che se non diagnosticata precocemente, può compromettere la salute e l'autonomia del paziente, comportando l'aumento di costi relativi alla spesa sanitaria. Il ruolo dell'infermiere in emodialisi, adeguatamente formato in merito, pertanto è fondamentale nel riconoscere i primi segni e i sintomi della malattia spesso sottovalutati o inespressi dal paziente.

033

FACILITARE IL PERCORSO DEL PAZIENTE STRANIERO IN EMODIALISI

N. Pirrone, M. Torri, T. Aliberti, D. Baraldi, M. Hayam, A. Fini, A. Ziogas, M. Ballarini, R. Toschi

U.O. DATer Dialisi e Ambulatori, Servizio Sanitario Emilia-Romagna, Bologna

Introduzione: L'incremento dei processi migratori e l'aumento di cittadini stranieri hanno determinato in maniera proporzionale un aumento della popolazione straniera anche nei nostri Centri Dialisi. Sono aumentate di conseguenza le difficoltà, soprattutto legate alle barriere linguistiche, nella comunicazione tra infermiere e paziente che è alla base di un adeguato processo di cura. Si è quindi rilevata la necessità di elaborare uno strumento informativo per facilitare la gestione del paziente straniero con insufficienza renale cronica terminale.

Materiali e metodi: Si è costituito un gruppo di lavoro con duplice obiettivo: 1) censire i pazienti stranieri all'interno dei Centri Dialisi dell'AUSL di Bologna per nazionalità, età, progetto migratorio, difficoltà linguistiche e religione; 2) valutare la letteratura di riferimento e la documentazione già presente in azienda per rivedere e aggiornare l'opuscolo con le informazioni sanitarie consegnato ai pazienti in emodialisi, da tradurre in diverse lingue straniere.

Risultati: L'analisi dei dati ha mostrato che tra i circa 280 pazienti in trattamento nei nostri Centri, poco meno del 15% è straniero, proveniente soprattutto da Africa, Est Europa e di religione musulmana. È stato aggiornato l'opuscolo informativo per tutti i pazienti in emodialisi, inserendo informazioni ritenute utili, e tradotto in inglese, francese, arabo, russo, moldavo. Nel 2017 l'opuscolo sarà diffuso in tutti i Centri Dialisi aziendali e se ne rivaluterà la ricaduta in termini di compliance con appositi indicatori.

Conclusioni: Un approccio multiculturale che rispetti usi, tradizioni, aspetti religiosi e una comunicazione efficace determinano un miglioramento dell'aderenza al trattamento dialitico e facilitano l'educazione terapeutica al paziente straniero.

018 NEFROLOGIA DAI TANTI COLORI: IL NURSING MULTICULTURALE IN EMODIALISI

D. Veneziano¹, L. Marraro¹, A. Vittorio¹, S. Florida¹, G. Gianni¹, G. Denaro¹, L. Gozzo¹, G. Rossitto², N. Bongiovanni², C. Zappulla², A. Vita², C. Sessa¹, A. Reina², S. Di Franco¹, M. De Luca¹, L. Corsaro², D. Bascetta¹, V. Bono¹, S. Gianni²

¹Servizio Nefrodialitico Tike, Siracusa
²Ambulatorio di Emodialisi Floridiano, Siracusa

Introduzione: Nel nostro Paese, teatro di imponenti fenomeni di immigrazione, è impossibile pensare alla staticità culturale, nella società come nell'ambiente sanitario. Con i flussi migratori è aumentata la richiesta di assistenza sanitaria da parte delle popolazioni straniere per le quali, spesso, si configura il rischio di scarsa *compliance* a causa delle barriere linguistiche e del sostrato di appartenenza. Diventa, dunque, un dovere deontologico conoscere i contesti socio-culturali di provenienza per offrire un'assistenza ottimale. I nostri professionisti necessitano, in questi casi, di essere *addestrati* da associazioni scientifiche e umanitarie di mediazione culturale affinché lo straniero che giunge nel nostro Paese affrontando innumerevoli cambiamenti di cultura, di religione, di alimentazione e di lingua, non subisca anche il trauma di un insufficiente trattamento medico.

Materiali e metodi: Sul principio dello "Human Care" e del più ampio di *Nursing* transculturale, la comunicazione acquisisce un ruolo fondamentale. Il sanitario deve comunicare efficacemente, per essere un professionista empatico, avvalendosi della figura del mediatore culturale. Nel nostro case report abbiamo confrontato i parametri inerenti la pressione arteriosa, il Kt/V, l'incremento ponderale, la potassiemia, le proteine totali, prima e dopo la formazione del personale da parte del mediatore culturale.

Risultati: Unico soggetto arruolato un paziente nigeriano, 40 anni, in Italia da 7 anni e in trattamento emodialitico da 3 anni. Sono stati presi in considerazione i parametri clinici e biochimici sopra citati prima e dopo la formazione da parte del personale di mediazione culturale. Il confronto dei dati ha messo in evidenza un miglioramento significativo dimostrato dal test T di Student a due code di tutti i dati raccolti nel periodo di esame.

Conclusioni: L'obiettivo di un buon lavoro multidisciplinare è quello di avere una comunicazione più chiara, per rispondere al meglio alle esigenze del paziente e a quelle dell'operatore sanitario. Col nostro lavoro abbiamo potuto mettere in evidenza come il superamento delle barriere linguistiche e culturali possa essere tangibilmente utile nell'efficacia della terapia medica.

III SESSIONE - MULTITASKING, COLLABORAZIONI AZIENDALI E COMPETENZE SPECIALISTICHE: ALCUNI CONNUBI

036 LABORATORI PERMANENTI DI MEDICINA NARRATIVA NEL CONTESTO DELLA PATOLOGIA RENALE CRONICA

C. Benigni, MG. Olivetti

Infermieri Formatori, Servizio Dialysis Specialist Renal, Baxter SpA - Italia, Roma

Nel 2016 il Ministero della Salute ha emanato il Piano Nazionale della Cronicità, (PNC) nel quale fa riferimento anche alla Malattia Renale Cronica. Nelle linee di orientamento proposte si trovano, tra gli obiettivi, quello di promuovere l'*empowerment* della persona con cronicità e migliorare la capacità di gestione della malattia nel proprio contesto familiare e sociale attraverso lo strumento della terapia educativa (PNC 2016). E ancora, tra le linee di intervento, quello di diffondere la capacità di praticare educazione terapeutica efficace, utilizzando strumenti come il patto di cura e modelli come la medicina narrativa. Già nella metà degli anni Novanta del Novecento, Charon negli "Annals of Internal Medicine" ribadiva l'importanza della competenza narrativa nella pratica medica (R. Charon, 1995). Il presente lavoro vuole illustrare l'attività svolta da un team di infermieri formatori nel progettare e

condurre laboratori di medicina narrativa, nel contesto della malattia cronica e malattia renale, in particolare. Due le tipologie di laboratorio. Il primo, rivolto agli operatori della cura, mirato a sviluppare e rinforzare le loro *skills* narrative, cioè la capacità di comprendere e rispondere narrativamente, e non solo scientificamente, a una storia di malattia. Attraverso l'utilizzo di testi letterari, filmici e scritture autobiografiche, gli operatori hanno rivisto le storie di malattia, analizzandole, reinterpretandole, revisionandole e riscrivendole poi con il paziente (D. Demetrio, 2012). Il secondo laboratorio narrativo ha visto il coinvolgimento delle persone con malattia renale cronica e i loro familiari. Un gruppo ristretto di persone (in trattamento emodialitico, in dialisi peritoneale, in trapianto di rene) e i loro familiari, hanno partecipato a una serie di incontri, strutturati, con delle tematiche scelte e organizzate con moduli di domande, tempi di racconto e di ascolto ben definiti. Ma perché si chiede a una persona con una malattia cronica di raccontare la propria storia, che già tanta sofferenza e disagio ha prodotto? Narrare una storia è la strategia fondamentale che tutti gli uomini hanno individuato... per riconnettere ciò che è stato improvvisamente e brutalmente scombuscolato... (L. Zannini, 2008)... Per attribuire significato a particolari esperienze si racconta una storia (H. Brody, 2003). E se si applica la medicina narrativa già come strumento di cura, quali sono i risultati attesi? Fare una diagnosi più approfondita (la differenza tra *disease* e *illness*), favorire le relazioni fra persona malata, famiglia e curanti, ottimizzando la strategia curativa (patto di cura) e soprattutto impattare positivamente sull'esito delle cure (aderenza terapeutica).

L'auspicio è che questo modello trovi consenso e sviluppo, in previsione di una risposta integrata ai bisogni di salute sociali e sanitari.

IV SESSIONE - MULTITASKING CARE - ALTRI FOCUS ASSISTENZIALI

008 STUDIO CROSS-OVER SUGLI EFFETTI DEL CANTO NEI PAZIENTI IN EMODIALISI

R. Lupi¹, F. Burrai²

¹Infermiera Libero Professionista, Bologna

²Professore a contratto Università di Bologna, Coordinatore Didattico AOU di Bologna, Bologna

Introduzione: Da numerosi anni in emodialisi sono utilizzati i trattamenti non farmacologici, soprattutto per il miglioramento della qualità di vita e del benessere del paziente. Tra i trattamenti non farmacologici maggiormente utilizzati, la musica presenta possibilità applicative elevate, a costi molto bassi o nulli e senza effetti collaterali.

Questo studio è il primo al mondo che valuta gli effetti del canto *live* sui pazienti in emodialisi. Scopo. Valutare l'eventuale impatto della musica *live* attraverso il canto sugli episodi di ipotensione (obiettivo primario) e sui livelli del Kt/V, della bicarbonatemia standard, della qualità di vita, qualità del sonno, dell'ansia e della depressione, delle aritmie, valori della pressione arteriosa sistolica e diastolica, sulla frequenza cardiaca, sul prurito, sulla cefalea, sul dolore, sui crampi e sul vomito (obiettivi secondari), nei pazienti con insufficienza renale cronica sottoposti a trattamento dialitico.

Materiali e metodi: Studio esplorativo, *crossover*, in aperto, monocentrico, randomizzato controllato con gruppo in *standard care*, con allocazione bilanciata 1:1, in un campione di 24 pazienti affetti da IRC in dialisi. Il canto eseguito da un'infermiera esperta è stato applicato ai pazienti durante l'emodialisi per un periodo di 30 giorni, con inversione dei due gruppi al 15° giorno e con un periodo di *wash out* di 2 giorni. Il campione convenzionale di 24 pazienti è stato suddiviso in un gruppo A, riguardante l'ascolto della musica + *standard care*, e un gruppo B riguardante il non ascolto della musica + *standard care*. Le fasi dello studio *crossover* sono due: quella di arruolamento e quella di trattamento. Nel periodo 1, i pazienti del gruppo A hanno ascoltato musica *live* + assistenza standard per 2 settimane, durante le 3 sedute emodialitiche settimanali, per un totale di 6 sedute emodialitiche, mentre il gruppo B, non ascoltava la musica *live* ma aveva solo l'assistenza standard per lo stesso periodo. Dopo il periodo 1, è stato inserito il periodo di *wash out* di 2 giorni, seguito dal periodo 2, in cui vi è stata l'inversione dei due gruppi. La raccolta dati sulle variabili dipendenti sono state al giorno 0, al 7° giorno, al 15° giorno, al 22° giorno e al 30° giorno. La sperimentazione è durata 4 settimane. La qualità di vita misurata con lo *Short Form-12*; qualità del sonno misurata

ta con il *Pittsburgh Sleep Quality Index*; ansia e depressione misurati con la *Hospital Anxiety and Depression Scale*; Kt/V urea misurato in numero assoluto in quanto risultato di una formula; bicarbonatemia standard misurata in mEq/L; aritmie misurate con la distribuzione di frequenza; pressione sistolica e diastolica, misurate in mm/Hg; il dolore, misurato con scala VAS 0-10; frequenza cardiaca, misurata con distribuzione di frequenza/minuto; prurito, cefalea, crampi, vomito e reazioni avverse misurate con la distribuzione di frequenza. Per l'analisi qualitativa, è stata utilizzata una metodologia fenomenologica, basata sull'esperienza esistenziale dei pazienti, degli infermieri e dell'infermiera olistica. Si è proceduto a registrare i dati emotivi e cognitivi dei tre target, per poi estrapolare i temi essenziali comuni. La statistica descrittiva ha usato indici di tendenza centrale media, moda e mediana, indici di dispersione deviazione standard e range, indici di distribuzione frequenze e percentuali. Le variabili continue relative a KT/V urea, bicarbonati sono state analizzate con test non parametrico di Wilcoxon per dati appaiati. Le variabili continue relative alla pressione arteriosa sistolica e diastolica e alla frequenza cardiaca sono state valutate con il test non parametrico di Friedman per misure ripetute e con test *post hoc* di Student-Newman-Keuls (SNK). χ^2 test per le comparazioni tra le variabili di tipo categorico ansia e depressione, qualità di vita, qualità del sonno, aritmie, episodi di ipotensione, prurito, cefalea, dolore, crampi, vomito e eventi avversi. Il livello di significatività statistica è posto a ≤ 0.05 .

Risultati: Il valore medio della PA sistolica dovuto all'intervento è di 115 mmHg ($p = 0.03$), che è un livello ottimale di pressione come da linee guida. Questo indica che l'intervento è stato efficace nel contrastare il fenomeno dello sbilanciamento emodinamico negli stadi ipertensivi i quali sono ampiamente descritti in letteratura con una riduzione della PA sistolica di -9.55 mmHg ($p < 0.05$). La riduzione della FC è stata di -6 bpm ($p < 0.05$). La riduzione del dolore è stata di -4 ($p = 0.00$). La riduzione dei crampi è stata di -4 ($p = 0.00$). La riduzione dell'ansia è stata di -3 ($p = 0.00$) e della depressione di -4 ($p = 0.00$). I dati qualitativi hanno mostrato la presenza dei seguenti temi essenziali emotivo-cognitivi: nei pazienti, Interesse, Paura, Gioia; negli infermieri, Timore, Sorpresa, Approvazione e nell'infermiera olistica, Aspettativa, Apprensione, Fiducia. **Conclusioni:** L'idea di applicare la musica, di tipo *live* attraverso il canto, permette di unire gli effetti della musica con quelli della relazione tra infermiere e paziente. In questo studio, si presenta un protocollo sperimentale che studia non solo gli aspetti legati alla sfera psicologica, ma anche quelli biologici. La presenza di risultati significativi quantitativi, e di dimensioni soggettive di tipo emotivo-cognitivo positive, nonché l'assenza di effetti collaterali o avversi, e l'assenza di costi, permette di consigliare l'inserimento nell'assistenza infermieristica di questo intervento olistico.

003

L'INFERMIERE DI DIALISI E IL PREGIUDIZIO DI PESO

M. Sgreccia, G. Battistoni

U.O. Nefrologia e Dialisi AUSL Romagna, AOO di Rimini, Rimini

Introduzione: Secondo recenti statistiche elaborate dall'OMS, circa 2 miliardi di persone nel mondo sono in sovrappeso, di cui più di mezzo miliardo sono obesi. Il contesto socio-culturale odierno è la culla del pregiudizio sul peso e i professionisti della salute non ne sono immuni. I fattori che influenzano il pregiudizio sul peso negli infermieri però, oltre alle esperienze personali e al substrato culturale, possono essere relativi anche alle difficoltà in cui si può incorrere nell'erogazione dell'assistenza infermieristica a un paziente obeso. L'obesità rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo della malattia renale cronica. L'aumentata prevalenza di insufficienza renale cronica (ESRD) nei pazienti obesi è in genere attribuita alla presenza di comorbidità quali il diabete e l'ipertensione. Tuttavia, l'obesità "di per sé", anche in assenza di diabete e ipertensione, aumenta significativamente il rischio di malattia renale cronica e ne accelera la progressione. Anche nei Centri Dialisi della Romagna, AOO di Rimini, si è assistito a un progressivo aumento del numero di pazienti obesi e nell'ultimo anno è stato necessario modificare la taratura di almeno un letto a bilancia per ogni Centro oltre i 150 kg, per poter accogliere pazienti con BMI >40. In alcune discussioni di casi clinici emergono opinioni molto critiche di alcuni infermieri riguardo i pazienti obesi; il dubbio che nasce è: gli infermieri sono soggetti al "weight bias"? E in quale misura? La loro formazione professionale riesce a combattere il pregiudizio culturale?

Materiali e metodi:

Obiettivi dello studio

- Rilevare quanto persiste il pregiudizio culturale di peso negli infermieri nonostante gli studi e l'esperienza sul campo.
- Valutare eventuali azioni formative di rinforzo.

Popolazione. La popolazione esaminata è composta da due differenti categorie:

- Gli infermieri dell'Unità Operativa Nefrologia e Dialisi dell'Azienda USL della Romagna, AOO di Rimini.
- Gli studenti del II anno del Corso di Laurea Infermieristica dell'Università di Bologna Campus di Rimini appartenenti all'anno accademico 2015-2016.

Materiali e metodi utilizzati

- "Fat Phobia Scale": scala composta da 14 coppie di aggettivi opposti che valutano l'esistenza del pregiudizio circa l'obesità.

Risultati: I dati ottenuti suggeriscono come il pregiudizio sul peso sia presente e, su certi aspetti, si rivela molto forte in entrambe le popolazioni analizzate. Sono gli studenti però a detenere il primato del pregiudizio di peso nella quasi totalità degli item. Questi non hanno ancora ricevuto una formazione specifica sull'argomento perciò stigmatizzano la persona obesa con i canoni, imposti dalla nostra società. Gli infermieri però, pur assumendo un atteggiamento generalmente più neutro, non sono completamente immuni dal ricorso allo stereotipo.

Conclusioni: Gli ideali di bellezza imposti oggi dalla cultura occidentale vengono inculcati attraverso un intenso bombardamento mediatico dal quale nessuno sfugge, infermieri inclusi, ai quali non piace la persona "con qualche chilo in più".

Sicuramente anche le difficoltà nell'erogazione di assistenza infermieristica a un paziente obeso giocano un ruolo importante nella determinazione del pregiudizio. Si evince però dai risultati ottenuti che la formazione ricevuta modifica in positivo l'atteggiamento degli infermieri rispetto a quello degli studenti; è auspicabile quindi proporre una formazione continua sull'argomento per facilitare la relazione terapeutica con la persona obesa.

028

VALUTAZIONE DI UN PROGRAMMA EDUCATIVO PER IL MANAGEMENT DELL'ACCESSO VASCOLARE IN EMODIALISI

G. Di Pietro¹, D. Dileo¹, A. Tiziana¹, I. Bombara², A. Pizzo²

¹NephroCare Italia, Centro Dialisi SS. Medici, Taranto

²NephroCare Italia, Coordinamento Infermieristico, Napoli

Introduzione: Un Accesso Vascolare (AV) ben funzionante e un'emodialisi adeguata sono strettamente correlati e risultano essenziali nel management clinico del paziente in dialisi. Il ruolo dell'infermiere risulta pertanto fondamentale e l'adeguata formazione dei pazienti nella gestione e cura quotidiana, alle precauzioni da osservare, al riconoscimento precoce di segni e sintomi sospetti, può essere fondamentale nella riduzione delle complicanze e a preservare degli AV. Scopo di questo studio è stata la valutazione dell'utilità percepita di un programma educativo basato sugli AV in emodialisi, la loro gestione quotidiana, l'igiene e le possibili complicanze.

Materiali e metodi: Da gennaio a novembre 2015 lo staff infermieristico di un Centro di Dialisi, ha strutturato un programma educativo sugli AV a tutti i pazienti, successivamente un questionario di valutazione è stato somministrato ai pazienti e al personale infermieristico.

Risultati: 90 pazienti (pz) hanno partecipato allo studio, 83 (92.22%) hanno completato l'intero periodo; 65 (78.31%) hanno risposto al questionario. Dei 65 pz, 60 (92.31%) erano portatori di Fistola Artero-Venosa (FAV), 55 (84.62%) hanno risposto di aver migliorato le proprie conoscenze e 62 (95.38%) hanno confermato l'utilità del programma formativo. Il team era composto da 19 infermieri dei quali 12 (63.16%) di sesso femminile, 10 (52.63%) svolgevano attività professionale da più di 11 anni e 14 (73.68%) hanno risposto di aver approfondito le proprie competenze sugli AV.

Conclusioni: Questo studio evidenzia l'utilità di un'adeguata formazione dei pazienti in emodialisi e del personale infermieristico al fine di mantenere e migliorare la qualità della vita dei pazienti, a prevenire e intervenire in tempi brevi all'insorgenza di complicanze e a contenere i costi sanitari.

001

INDAGINE SULLA QUALITÀ DI VITA CORRELATA ALLA SALUTE DELLA PERSONA TRAPIANTATA DI RENE

M. Sgreccia, A. Sanchi

U.O. Nefrologia e Dialisi AUSL Romagna, AOO di Rimini, Rimini

Introduzione: Il trapianto renale rappresenta il trattamento di elezione per la maggior parte dei pazienti affetti da insufficienza renale terminale. Offre una buona qualità di vita, un miglior stato di salute a lungo termine, il ripristino di una normale funzionalità renale e il ritorno per la maggior parte dei pazienti

a una vita socialmente produttiva.

La qualità di vita correlata alla salute in un paziente che è stato sottoposto a trapianto renale, è quel parametro utilizzato per misurare il modo in cui lo stato di salute influisce sulla percezione che la persona ha della propria sfera fisica, psichica ed emotiva.

Le misurazioni della qualità di vita correlata alla salute, possono essere usate in maniera indipendente o a integrazione delle valutazioni cliniche tradizionali per definire l'impatto generale che la condizione di "trapiantato" sta esercitando sul suo stile di vita. I questionari costruiti con la finalità di valutare tale parametro, aiutano l'équipe di riferimento nell'identificazione dei settori maggiormente toccati da una malattia o condizione cronica.

Nella Azienda USL della Romagna, AOO di Rimini, è presente un ambulatorio Trapianti Renali che funge da Centro nefrologico afferente e si fa carico dell'aspetto gestionale, organizzativo, assistenziale a lungo termine del paziente trapiantato di rene. In questo ambulatorio sono seguiti 125 pazienti sottoposti a trapianto renale (dato rilevato al 31 maggio 2015). Presso questo ambulatorio, non è mai stata compiuta un'indagine relativa alla qualità di vita post-trapianto.

Materiali e metodi:

Obiettivi

- Indagare la qualità di vita del paziente trapiantato di rene
- Costituire punto di partenza per valutazioni future
- Migliorare eventuali aspetti assistenziali che possano emergere dal questionario stesso.

Popolazione. Tutti i pazienti prevalenti dell'ambulatorio che si sono presentati al controllo dal 16 marzo al 25 aprile 2015: totale 85 pazienti.

Strumenti

Questionario SF36 modificato, al quale è stato aggiunta un'appendice che indaga la qualità dell'assistenza ricevuta presso l'ambulatorio.

Risultati: Il 75% dei pazienti, di età compresa tra i 20 e gli 85 anni, reputa la propria salute "buona", "molto buona" ed "eccellente".

In merito alla sfera fisica e alle ripercussioni che il trapianto renale comporta, mediamente il 77% dei pazienti intervistati afferma di non avere limitazioni, fatta eccezione per quelle attività che richiedono un notevole impegno fisico. L'80% dei pazienti afferma di non aver riscontrato problemi o difficoltà a causa del suo stato emotivo in associazione al trapianto renale, così come il 70% dei pazienti esprime una confortante assenza di dolore, e questo correla con un buon reinserimento lavorativo.

Degli 85 pazienti che sono stati sottoposti alla compilazione del questionario infatti, 36 hanno definito un po'/molto gravoso l'impegno di una regolare assunzione della terapia farmacologica; questo per le particolari modalità di assunzione e l'intrinseca necessità di una assunzione quotidiana per il resto della vita. Andando ad approfondire le motivazioni di queste risposte, è possibile capire le reali motivazioni dei diretti interessati. Coloro che ritengono infatti gravoso l'impegno di una regolare assunzione di farmaci, presentano in buona percentuale un'età anagrafica superiore ai 60, e un numero di anni trascorsi dal trapianto pari o superiore ai 5 anni.

Conclusioni: Un trapianto di rene riuscito fornisce una prospettiva di vita più lunga, con importante riduzione delle morbidità; cosa difficilmente prevenibile per quei pazienti che si sottopongono a trattamenti dialitici (emodialisi o dialisi peritoneale). La possibilità di liberarsi dalle restrizioni intrinseche ai trattamenti dialitici, l'aumento, in termini di resistenza, delle abilità fisiche e le migliori opzioni di reinserimento sociale modificano notevolmente la qualità di vita. Il prezzo imposto da questo miglioramento è la necessità di sottoporsi costantemente alla terapia antirigetto e a controlli clinici ravvicinati. Conoscere la percezione della persona trapiantata di rene rispetto a tutto ciò è importante per individuare possibili aree di miglioramento nella relazione e nella organizzazione del lavoro infermieristico.

011

MANAGEMENT DI UN TRAPIANTO RENALE IN PAZIENTE HIV POSITIVO

M. Cadeddu, MA. Frongia

Struttura Complessa Territoriale di Nefrologia e Dialisi, ATS Sardegna, ASSL Cagliari, Cagliari

Introduzione: Lo scopo di questo studio è dimostrare come la nefrologia territoriale che ha accompagnato un paziente HIV positivo al trapianto di rene, possa continuare a prendersi cura del paziente anche nel post-trapianto e fare quindi parte del team multidisciplinare coinvolto nel follow-up.

Materiali e metodi: Nel gennaio del 2016 un uomo di 32 anni HIV positivo per trasmissione verticale in trattamento emodialitico da 5 anni fu sottoposto a trapianto renale da donatore deceduto HIV negativo (trapianto a rischio non standard accettabile) in un Centro Trapianti Extra Regione dopo

un'attesa di circa 4 mesi. Dopo circa 4 settimane dal trapianto il paziente rientrava nella regione di appartenenza e venivano coinvolti nel follow-up un'infettivologa ospedaliera, il nefrologo e l'infermiera territoriale che avevano preparato il paziente al trapianto. Alla quarta settimana dal trapianto la terapia immunosoppressiva comprendeva Tacrolimus, Metilprednisolone a dosaggio dimezzato in seguito al riscontro di diabete steroideo e Micofenolato associato dopo la riduzione dello steroide; la terapia antivirale era composta da Raltegravir, Epivir, Rilpivirina; la profilassi per le infezioni opportunistiche si basava sull'uso di Valganciclovir e Trimetoprim. I controlli clinici, laboratoristici ed ecografici venivano programmati sulla base di uno schema fornito dal Centro Trapianti e qualsiasi variazione clinica e terapeutica veniva condivisa tra le varie figure componenti il team. I prelievi ematici necessari al follow-up nefrologico e infettivologico venivano effettuati presso l'ambulatorio di Nefrologia territoriale e successivamente smistati a laboratori specifici. Il controllo della decima e ventesima settimana venivano effettuati presso il Centro trapianto

Risultati: Nei primi 5 mesi di follow-up il paziente ha presentato funzione renale stabile con valori di creatinina media 1.35 mg/dL MDRD>60 mL/min./1.73 m², CD4 compresi tra 600-800 cells/microL, HIV-1 RN<40 cps/mL, viremia per CMV negativa viremia e viruria per BKV negativa. La tacroleemia, determinata settimanalmente è stata mantenuta nel range indicato dal Centro trapianto per età di trapianto.

A causa di persistenza di iperglicemia, in quinta settimana veniva iniziato il trattamento insulinico e in tredicesima settimana si riprendeva a scalare lo steroide che veniva completamente sospeso al termine del quinto mese dal trapianto. Nel periodo preso in esame non si è manifestata alcuna infezione da opportunisti o sepsi e non è stato necessario sottoporre il paziente a ricovero ospedaliero.

Il paziente ha sempre dimostrato buona aderenza terapeutica e ha riferito sin dai primi mesi miglioramento della qualità della vita e dello stato di benessere. L'assetto nutrizionale è risultato essere in miglioramento.

Conclusioni: Nonostante la nostra giovane esperienza, riteniamo che anche la Nefrologia Territoriale possa essere coinvolta nel follow-up del paziente HIV positivo trapiantato di rene e contribuire al miglioramento della qualità della vita del paziente.

013

LA TELEMEDICINA IN DIALISI PERITONEALE

C. Bussi¹, M. Mulé², V. Vizzardi¹, M. Sandrini¹, A. Bertoni²

¹U.O. Nefrologia, ASST Spedali Civili di Brescia, Brescia

²Dipartimento di Psicologia, Università Cattolica Del Sacro Cuore, Milano

Introduzione: La tecnologia è sempre più essenziale per migliorare l'assistenza sanitaria; in dialisi la telemedicina permette il controllo da remoto del paziente e potrebbe migliorarne gli esiti.

Materiali e metodi: Per intraprendere in via sperimentale questa modalità di assistenza infermieristica presso la nostra U.O. di Nefrologia è stata svolta una ricerca per valutare le aspettative legate all'uso della telemedicina in un contesto *multitasking*. Ai fini della ricerca è stato somministrato un questionario di gradimento all'équipe di peritoneale (8 infermieri, 3 medici).

Risultati: Il 40% dei partecipanti considera la telemedicina molto efficace, il 60% abbastanza efficace nel superare le barriere tra l'assistenza ospedaliera e domiciliare. Sorgono anche delle perplessità in merito ai cambiamenti nella collaborazione tra i membri dell'équipe e alla disponibilità delle risorse per sostenere il progetto.

Conclusioni: La telemedicina potrebbe essere una svolta per l'assistenza a domicilio, non sottovalutando però il sovraccarico di lavoro per l'équipe. Pertanto è necessario svolgere delle valutazioni post-intervento mirate a comprendere i rischi per il benessere del corpo curante sempre più *multitasking*. Infine, la ricerca evidenzia il bisogno di momenti formativi per far fronte ai compiti complessi di cura e per prevenire lo stress da lavoro correlato.

020

PNL IN EMODIALISI: DAL RAPPORTO ALLA COMPLIANCE

L. Marraro¹, D. Veneziano¹, A. Vittorio¹, S. Floridia¹, G. Gianni¹, G. Denaro¹, L. Gozzo¹, G. Rossitto², N. Bongiovanni², C. Zappulla², A. Vita², C. Sessa¹, A. Reina², S. Di Franco¹, M. De Luca¹, L. Corsaro², D. Bascetta², V. Bono¹, S. Gianni²

¹Servizio Nefrodialitico Tike Siracusa

²Ambulatorio di Emodialisi Floridiano Siracusa

Introduzione: In Emodialisi è alta la probabilità che si verifichi una mancanza di punti d'incontro tra domanda del paziente cronico e risposta degli operatori se i flussi comunicativi sono poco attenti.



Una comunicazione di tipo terapeutico, che riesca a condizionare la persona con un disagio, dovrebbe essere utilizzata dall'intera équipe di HD per raggiungere un obiettivo comune: la compliance del paziente.

Materiali e metodi: La "Programmazione Neurolinguistica" (PNL) nasce dall'uso specifico e consapevole del linguaggio al fine di migliorare la comunicazione creando un *rapport*, ovvero una affinità, tra operatore e paziente. Abbiamo condotto uno studio prospettico utilizzando tecniche proprie della PNL, tra cui: l'attenzione al linguaggio non verbale, l'eliminazione delle "parole tossiche", la calibrazione e il ricalco; lo studio, della durata di 6 mesi, è stato condotto su un campione di 35 pazienti, eterogeneo per sesso, età anagrafica e dialitica, afferente a 2 ambulatori di HD.

A tempo zero (T0) e a fine trial (Te) abbiamo somministrato un questionario di *Customer Satisfaction* contenente il giudizio in termini numerici della qualità del rapporto paziente-personale sanitario e uno di valutazione dell'aderenza a terapia/dieta/restrizione di liquidi basato sul "ESRD-AQ" Infine abbiamo confrontato i risultati.

Risultati: L'elaborazione dei dati ha rivelato l'incremento statisticamente significativo ($P < 2,16095E-30$, < 0.05) dell'intesa con gli operatori, coincidente con una maggiore aderenza terapeutica.

Conclusioni: Le tecniche di PNL ci hanno permesso di avvicinare i pazienti al nostro punto di vista. L'operatore *in rapport* con il paziente è stato capace di entrare in sintonia con lui e migliorare l'aderenza terapeutica. Attraverso la PNL l'intera équipe è capace di comunicare efficacemente riuscendo a ottimizzare la compliance del paziente.

016

SUPERVIZIONE CASI CLINICI: UN AIUTO ALL'INFERMIERE MULTITASKING

ML. Bernardi, B. Pariani, C. Moro, T. Fotia, E. Corciulo, L. Tiozzo, A. D'Alfieri, B. Taverna, G. Salvaggio, M. Tartagne, V. Belei, P. Cantisani, R. Nichetti, M. Armiraglio, G. Maccarone, M. Azzarelli, R. Longi
ASST Valle Olona Busto Arsizio, U.O. Nefrologia e Dialisi Ospedali di Gallarate, Angera e Somma Lombardo

Introduzione: Dal 2014 al 2016 si è sviluppato un progetto di supervisione aperto al gruppo infermieristico nefrologico di sei ospedali nella provincia di Varese, con l'obiettivo di analizzare attraverso un percorso formativo e l'aiuto di un supervisore esterno (Coordinatore Infermieristico di Area psichiatrica con specializzazione in comunicazione neurolinguistica), i casi clinici e i processi assistenziali particolarmente critici, potenziando la competenza relazionale dell'infermiere per una solida alleanza terapeutica con il paziente in terapia dialitica.

Materiali e metodi: In tre anni sono state effettuate 4 sessioni di formazione con incontri mensili, coinvolgendo 20 infermieri per volta. In ogni incontro un operatore si è fatto portavoce del gruppo presentando una situazione assistenziale che creava particolari criticità nella relazione o gestione infermieristica. Il supervisore con una visione esterna al gruppo, ha analizzato le dinamiche relazionali e attraverso una comunicazione circolare ha restituito al gruppo degli input per migliorare la gestione del paziente.

Risultati: 30 incontri, coinvolgimento del 70% dell'équipe infermieristica. Le criticità relazionali maggiori che sono emerse nella gestione del dializzato sono: anomalie comportamentali durante la seduta dialitica, gestione di utenti giovani con prognosi infauste, comorbilità psichiatrica nel paziente dializzato, gestione del paziente straniero, il vissuto invalidante della malattia cronica.

I questionari di *customer* hanno evidenziato l'utilità formativa e la ricaduta positiva sul clima del team di lavoro (punteggio finale 3.25 con score da 0 a 4).

Conclusioni: La cronicità e la dipendenza del paziente verso gli operatori sanitari sottolinea l'importanza della valenza *multitasking* dell'infermiere nefrologico che necessita però, di supporto per la gestione degli stati emozionali e per rinforzare in modo positivo l'alleanza terapeutica. È stato spostato il focus della supervisione, dal paziente all'operatore e al suo apprendimento.

007

CI STIAMO DENTRO ?! CLICK SU UN ANNO DI VITA DEL CATETERE VENOSO CENTRALE

S. Fanelli, A. Petriello, D. Leopaldi, G. D'Aloja, F. Fumagalli, A. Limido
U.O. Nefrologia e Dialisi, ASST Fatebenefratelli-Sacco, Milano

Introduzione: L'utilizzo dei cateteri venosi centrali (CVC) sia temporanei che tunnellizzati come accesso per HD è in costante aumento. In Italia, dal 2006 al 2010, l'uso dei CVC-t nei pazienti prevalenti è aumentato dall'11% al 23.8%. Le infezioni sistemiche da CVC sono le più temibili e impongono

un attento monitoraggio dell'incidenza delle CRBSI (*Catheter Related Blood Stream Infection*) per valutare la correttezza delle procedure assistenziali.

Materiali e metodi: L'incidenza di CRBSI è stata valutata dal 1° dicembre 2015 al 30 novembre 2016 in 28 pazienti (15 M-13 F) in HD portatori di CVC-t (36.3% del totale), con età media 68/71 anni (range 45-91), età dialitica media 38 mesi (range 2-164), 35.7% affetti da diabete mellito (DM) di tipo 2. Abbiamo suddiviso i 28 pazienti in 2 gruppi: CRBSI (70% italiani, 10% etiopi, 30% filippini) e NO CRBSI (72.7% italiani, 16.6% cinesi, 11.1% filippini). L'incidenza di CRBSI è stata correlata ad età anagrafica e dialitica, DM, media PULT (*Periodical Urokinase Lock Therapy*)/mese, colore della cute secondo la scala di Fitzpatrick, autonomia personale e stato d'igiene.

La valutazione ispettiva dell'*exit-site* dei CVC e la medicazione sono effettuate in media 1 volta alla settimana utilizzando garza TNT (Tessuto Non Tessuto) e ipoclorito di sodio 10% quale antisettico. In caso di secrezioni o lieve flogosi, è utilizzata una medicazione costituita da tessuto impregnato di DACC (dialchilcarbamoilcloruro).

Risultati: Il 35.7% ha sviluppato CRBSI con incidenza di 1.73/1000 gg CVC-t., l'80% negli ultimi 6 mesi dell'anno solare, il 60% dei germi era rappresentato da GRAM positivi (53.3% *Stafilococco aureo*). Non è stata riscontrata correlazione con età anagrafica, presenza di DM, media PULT/mese, grado d'igiene e autonomia. La CRBSI sembra invece associarsi al colore della cute e all'età dialitica. Infatti, nei pazienti con cute tipo 2 si è riscontrato il 50% delle CRBSI, 20% nei pazienti con cute tipo 4 e il 30% nei pazienti con cute tipo 5. Nel gruppo NO CRBSI, il 72.2% dei pazienti aveva cute tipo 2, il 22.2% tipo 3 e il 5.6% tipo 5. Non è stata evidenziata correlazione tra il grado d'igiene e la comparsa di CRBSI.

Conclusioni: Nel nostro Centro l'incidenza di CRBSI rientra nei range consigliati dalle linee guida nonostante il 36.3% di CVC-t sia superiore alla media italiana probabilmente dovuto all'età anagrafica >80 anni (21.55%), 21.5% pazienti *late-referral*, il 57% pazienti con esaurimento accessi vascolari periferici. Gli ultimi 6 mesi dell'anno solare e il colore della cute suggeriscono l'intervento di fattori condizionanti lo sviluppo di CRBSI. Nei nostri pazienti non sembrano avere effetti potenzianti età anagrafica, DM, media PULT, autonomia personale e stato d'igiene.

021

PASTO INTRADIALITICO E CONTROLLO DEL VOLUME EMATICO

L. Marrara¹, D. Veneziano¹, A. Vittorio¹, S. Florida¹, G. Gianni¹, G. Denaro¹, L. Gozzo¹, G. Rossitto², N. Bongiovanni², C. Zappulla², A. Vita², C. Sessa¹, A. Reina², S. Di Franco², M. De Luca¹, L. Corsaro², D. Bascetta¹, V. Bono¹, S. Gianni²
¹Servizio Nefrodialitico Tike, Siracusa
²Ambulatorio di Emodialisi Floridiano, Siracusa

Introduzione: Assumere cibo ha effetto sulla circolazione splanchnica, la cui capacità può espandersi oltre il 30% del volume ematico (VE) totale, quindi si avrà una riduzione di VE sistemico con conseguenti disturbi intradialitici. I sistemi di *biofeedback* tengono conto del VE e potrebbero venire influenzati negativamente dal pasto.

Materiali e metodi: Abbiamo arruolato un campione eterogeneo di 10 pazienti cronici in trattamento HD. Per tre sedute non consecutive abbiamo registrato valori del VE (ed eventuali ipotensioni, nausea e crampi) dopo aver fatto consumare un pasto al paziente a un'ora da inizio trattamento; lo stesso studio è stato ripetuto sui medesimi pazienti a digiuno. Il tasso di UF è stato mantenuto costante; le variazioni di VE sono state monitorizzate con i software di *biofeedback*; la PA è stata rilevata ogni 15 minuti tramite sfigmomanometro elettronico.

Risultati: Nessuno dei pazienti ha avvertito nausea durante lo studio; tutti i pazienti che avevano lamentato crampi postprandiali hanno tratto giovamento dal digiuno (minore o del tutto assente incidenza del disturbo); in 3 dei 4 soggetti che avevano presentato ipotensione postprandiale la PA si è mantenuta stabile a digiuno; il VE di tutti ha subito un calo del 3-5% dopo il pasto; gli effetti sulla variazione di VE sono stati più gravi se il pasto è stato assunto in posizione seduta piuttosto che supina.

Conclusioni: Sebbene condotto su un numero esiguo di pazienti, il nostro studio conferma le evidenze già note alla letteratura sull'introito intradialitico di cibo e ne osserva la relazione con i software di *biofeedback*.

Dopo il pasto molto sangue viene sequestrato dall'apparato digerente e questo va a discapito del benessere del paziente. È ipotizzabile che mangiare induca una contrazione vascolare della milza, con conseguente aumento dell'HCT, che il monitor interpreta come una caduta del VE: quest'apparente diminuzione altera il *biofeedback* rendendo difficile il raggiungimento del peso secco; questo, sommandosi ad altri eventi avversi intradialitici (ipotensione, crampi) che comportano sotto-dialisi, costituisce ulteriore evidenza a favore del digiuno come scelta ottimale.

022

LA TEORIA DEI VOLUMI MANCANTI

M. Vargiu, L. Tiozzo, B. Pariani, N. Quinto, M. Scialfa, C. Fincato, V. Micheli, MG. Stochino, A. Stevanin, G. Chiorzi, S. Vergari, J. Favato, A. D'Alfieri, P. Aspesi, M. Pellizzaro, M. Orsi

ASST Valle Olona Busto Arsizio, U.O. Nefrologia e Dialisi, Ospedali di Gallarate, Angera e Somma Lombardo

Introduzione: Un'eccessiva rimozione di volumi d'acqua durante il trattamento dialitico può comportare emocoagulazione, ipovolemia e causare ipotensione marcata. Un ematocrito elevato, determina un aumento della viscosità ematica in maniera esponenziale e proporzionalmente lo *shear stress*. Si riduce inversamente la portata della FAV. Tutte queste condizioni predispongono alla stenosi/trombosi.

Materiali e metodi: Da novembre 2013 a gennaio 2016 abbiamo effettuato uno studio su 13 FAVP al fine di preservare la pervietà e la funzionalità nel tempo, rilevando e trattando precocemente le complicanze. Strumenti utilizzati: scheda accesso vascolare, biosensori, ecografia, esami emato-chimici.

Risultati: Correlazione tra deplezione di volume associata a valori predialisi di HTC compresi tra 36-42, a complicanze stenotiche/trombotiche nel 70% dei casi. Efficacia della rilevazione della PV. Dinamica per evidenziare precocemente le stenosi, nel 90% dei casi; Pervietà delle FAVP a 6 mesi 100%, a 24 mesi 70%.

Conclusioni: Lo studio ci ha permesso di verificare l'importanza della valutazione precisa e modulata nel tempo del peso secco, onde evitare complicanze sistemiche/di accesso, connesse direttamente ai volumi mancanti. Con la nuova metodologia di sorveglianza (estesa nel 2016 a tutte le FAV) si è implementato l'utilizzo della tecnologia e dei suoi algoritmi consentendo il monitoraggio contemporaneo su più pazienti e parametri, permettendoci di identificare con alta percentuale di probabilità i volumi disponibili.

030

L'ASSISTENZA AL BAMBINO E ALLA SUA FAMIGLIA PER GARANTIRE UNA BUONA COMPLIANCE NEL PASSAGGIO DALL'AMBULATORIO NEFROLOGICO ALL'EMODIALISI

D. Ciullo, V. Bandinu, P. Pozzi, P. Iovine, N. Avari, L. Stefani, P. Vicere, M. D'Agostino

U.O. di Dialisi, Dipartimento di Nefrologia-Urologia, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù - IRCCS, Roma

Introduzione: Quando l'Insufficienza Renale Cronica giunge ad uno stadio terminale (CKD stadio 5, clearance <15 mL/min) e la necessità di terapia sostitutiva si avvicina, per il bambino si prospetta un passaggio decisivo e traumatico. Non esistono al momento linee guida che orientano l'operatore alla minimizzazione del carico di ansia, e all'apprendimento della nuova condizione da parte dei genitori e del paziente. La nostra Unità di Dialisi è Centro di Riferimento Regionale per l'Insufficienza Renale Terminale in età Pediatrica e vengono trattati bambini in emodialisi, dialisi peritoneale e pazienti acuti nella Terapie Intensive con CRRT.

Materiali e metodi: È stato creato un Ambulatorio dedicato al trattamento dei bambini che arrivano allo stadio CKD5 allo scopo di preparare i bambini e le famiglie al passaggio in terapia sostitutiva.

Il primo contatto con gli infermieri avviene con l'illustrazione della terapia dialitica:

- Cos'è, come si fa, quanto dura, quante volte a settimana viene eseguita (cercando di far coincidere l'attività scolastica dei bambini etc.)
- Come socializzare con altri bambini presenti in dialisi
- Illustrare le attività d'insegnamento scolastico e ludiche
- Programmazione primo contatto con la dietista e lo psicologo.

Inoltre, viene fornita una brochure educativa che illustra con parole semplici l'evoluzione della malattia, la metodica dialitica trattata e l'importanza di salvaguardare del patrimonio venoso necessario per la creazione di una possibile FAV (fistola artero-venosa). L'obiettivo è preservare le vene degli arti superiori nei pazienti con (IRC) perché in futuro potrebbero aver bisogno di un accesso vascolare per eseguire un trattamento dialitico. Si danno infine consigli e norme da osservare per l'igiene e quale abbigliamento indossare per le sedute dialitiche.

Conclusioni: L'accoglienza e l'informazione sanitaria corretta è importante per il benessere del paziente, per una migliore comprensione ed accettazione del trattamento stesso e per una buona relazione collaborativa con i sanitari. Migliorando l'educazione soprattutto delle famiglie è stato possibile far "ac-

ettare "senza traumi questo nuovo percorso della sua vita al bambino. Tale lavoro ha voluto e vuole fornire conoscenza sulle aree considerate prioritarie: la famiglia, gli ammalati e la loro centralità, l'attività e la pianificazione assistenziale. Per realizzare una reale presa in carico del paziente in tutte le fasi della malattia risulta indispensabile la costruzione di un linguaggio comune tra gli operatori a livello interdipartimentale in modo tale da uniformare i comportamenti. La reciproca fiducia che si instaura favorisce e accompagna il paziente e la sua famiglia in questo lungo percorso.

ESPOSIZIONE DEI POSTER CARTACEI

009

LA PERCEZIONE DELLA QUOTIDIANITÀ DEI MALATI DIALIZZATI IN CANTON TICINO

C. Prandi, L. Canduci, S. Branca, M. Bianchi

SUPSI - Dipartimento Economia Aziendale Sanità e Sociale, Manno - CH

Introduzione: La dialisi e la malattia nefrologica hanno importanti ripercussioni sulla vita del malato e sull'intera famiglia. Esse sono causa di modificazioni della quotidianità nella vita del malato sottoposto a questi prolungati trattamenti invasivi. La qualità della vita che ne deriva può essere modificata a seconda dei fattori che prendono o meno in considerazione i nuovi bisogni di questi malati.

Obiettivo dello studio: Esplorare e descrivere le problematiche inerenti la quotidianità che la condizione di dializzato genera nei malati e nei loro familiari dal punto di vista del malato stesso, dei suoi familiari e degli operatori dei Centri Dialisi.

Materiali e metodi: Si tratta di uno studio qualitativo attraverso l'analisi di interviste narrative condotte a malati, familiari e curanti (medici e infermieri). Tutti gli intervistati sono afferenti a un Centro Dialisi del Canton Ticino. L'indagine si è svolta nell'ultimo trimestre del 2016. I dati sono stati elaborati secondo le metodiche previste: audioregistrazione dell'intervista, ascolto, sbobinatura, lettura e rilettura da parte di due ricercatrici. Individuazione delle tematiche.

Risultati: I partecipanti allo studio fanno riferimento a tre tipologie di persone: 1) Malati dializzati; 2) Familiari dei malati dializzati; 3) Curanti. In totale sono state svolte 20 interviste: 8 malati, 8 familiari e 4 curanti. Il totale di audioregistrato è di 15 ore con una media di 45 minuti/intervista.

Relativamente ai malati intervistati (n = 8).

Evidenziano un buon rapporto con "il Centro" che definiscono come un luogo in cui medici e infermieri si adoperano per il loro benessere, per "salvare loro la vita". Hanno una confidenza con la macchina e con il letto, inteso come postazione di dialisi e alcuni risentono del fatto che talvolta siano spostati dalla postazione consueta. Relativamente all'impatto che la malattia ha avuto sulla loro vita riferiscono che trascorrono "gran parte del tempo" nel Centro Dialisi, poi sono stanchi e infine dormono. Per molti di loro le ore libere dal trattamento dialitico sono utilizzate a riposarsi e a prepararsi alla dialisi successiva. La stanchezza postdialitica è davvero un peso rilevante per l'intera popolazione intervistata. Per alcuni è invalidante più della dialisi. Rispetto ai loro familiari e agli aiuti che ricevono, si dichiarano nella totalità soddisfatti. Riferiscono presenze stabili fra i loro familiari e che essi li aiutano in maniera intensa già da tempo. Indicano buone e soddisfacenti relazioni con i medici. Ricordano i loro nomi e ne esemplificano le azioni, in modo particolare quando si sia verificato un problema importante. Un problema rilevato di entità notevole è quello relativo ai trasporti. Spesso i pazienti sono accompagnati, o spendono cifre considerevoli per raggiungere il Centro Dialisi e poi la casa al termine del trattamento. Da parte di nessun malato è stato riferito come si è svolta la scelta del trattamento e se questo abbia o meno influenzato il trattamento successivo. Si sono modificati, in tutti i malati intervistati, gli hobby, la gestione delle vacanze e del tempo libero.

Relativamente ai familiari (n = 8): sono emersi i seguenti dati: i familiari (coniugi e figli) esprimono una notevole devozione alla cura. Si dedicano, pur in maniera diversa, alla cura del loro familiare per un tempo lungo, continuamente, rendendosi disponibili anche nelle urgenze e durante la notte. Questo dato si esplicita maggiormente quando esprimono la quantità di tempo che dedicano, le attività che svolgono, i problemi che incontrano. Alcuni familiari mettono in evidenza come vengono assunte le decisioni anche di gestione della malattia, in famiglia. Per la quasi totalità c'è una condivisione nelle scelte e un'apertura alla comunicazione. I fatti vengono esposti e resi noti quando sono "importan-

ti" e "prioritari". I familiari si dichiarano non troppo stanchi, ma rinunciati di momenti di libertà in famiglia, con ritmi di vita modificati e punteggiati dalle sedute dialitiche. Ciò che più si modifica nei familiari è la possibilità di trascorrere del tempo libero con il loro caro uscendo, andando in vacanza, in passeggiata o per commissioni. Il peso che si rileva è relativo alla durata di questa costrizione che va al di là di un tempo definito. Buona parte di essi si occupa delle attività di sostegno alla cura della casa, della quotidianità, del trasporto del malato al Centro o per commissioni o visite.

Relativamente ai curanti (n = 4): I curanti evidenziano la dimensione della relazione con il malato e con i familiari come un ambito di recente e rapida trasformazione: i malati sono più partecipativi, hanno nuove esigenze e gli operatori devono riflettere su come risponderli e acquisire nuove competenze; il percorso di accettazione del trattamento si è trasformato in un rapporto di *compliance* con la macchina e di aderenza con lo stile di vita, il che richiede una partecipazione nuova e duratura al malato e alla famiglia e di un supporto a entrambi nelle fasi cruciali.

Conclusioni: La dialisi continua a modificare la quotidianità della vita dei malati e anche dei familiari, le risposte fornite nei Centri, pur ritenute soddisfacenti necessitano di una rilettura più ampia, che consideri tra i fattori della qualità della vita: il tempo libero, gli hobby, la strutturazione del tempo e i trasferimenti "per" e "da" il Centro. Una visione triangolata della problematica concorre a generare una visione più attuale della qualità della vita.

014

EMODIALISI VACANZA: NON PROPRIO UN LAST-MINUTE...

M. Gabrielli¹, G. Forneris², D. Roccatello³

¹U.O. Emodialisi Cavalese, CPSI presso APSS di Trento, Trento

²Dirigente Medico, Servizio Emodialisi Ospedale San Giovanni Bosco, Asl 2, Torino

³Direttore del Dipartimento di Nefrologia e Dialisi San Giovanni Bosco e Malattie Rare, Immunologiche, Ematologiche degli Ospedali San Giovanni Bosco e Maria Vittoria di Torino, Torino

Introduzione: La legge 23 dicembre 1978, n. 833, che istituisce il Servizio Sanitario Nazionale enuncia: CAI cittadini è assicurato il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura... (...) "Gli utenti hanno diritto di accedere, per motivate ragioni ... ai servizi di assistenza di qualsiasi unità sanitaria locale". Il diritto a godere di un periodo di vacanza si può considerare una motivata ragione? Le vacanze sono un diritto per tutti, ma non sempre per gli emodializzati. L'iter burocratico per accedere alla dialisi vacanza in un Centro vicino alle località di villeggiatura è talvolta lungo e difficoltoso.

Obiettivo: Individuare le principali criticità d'accesso alla dialisi vacanza dei pazienti emodializzati e il coinvolgimento degli operatori sanitari come supporto a tale processo.

Esplorare nuove idee e relativa fattibilità per migliorare l'organizzazione di questo aspetto non secondario nella cura della malattia renale cronica allo scopo di proporre nuovi modelli organizzativi di presa in carico dei pazienti emodializzati vacanzieri.

Materiali e metodi: È stata condotta una ricerca qualitativa con delle interviste semistrutturate ai turisti emodializzati pervenuti nel mese di luglio 2016 presso il CAL di Cavalese. con più di due anni di trattamento emodialitico con un'età compresa tra 38 e 86 anni, per un totale di 13 pazienti, 10 maschi e 3 femmine e con un'età media di 63.4 anni. La provenienza per tutti italiana è pari al 30.7% dalla Lombardia (4/13); 30.7% dall'Emilia Romagna (4/13); 15.3% dalla Liguria (2/13); 15.3% dal Lazio (2/13); e 7.6% dalle Marche (1/13).

"Chi più del paziente stesso può raccontare come vive la propria malattia?" L'obiettivo principale era quello di far raccontare al paziente emodializzato la propria esperienza di malattia, il proprio vissuto e come pianifica e organizza la propria vacanza. Diamo spazio e rilevanza alla Medicina Narrativa nella ricerca, nella clinica e nell'organizzazione sanitaria.

Risultati: Il 100% degli intervistati conferma questo iter burocratico lungo e difficoltoso, si attivano per la pianificazione della vacanza almeno sei/sette mesi prima. *"...è uno stato di clima d'incertezza che vincola nel tempo la possibilità di prenotare una struttura turistica..."*

L'84.6% dei pazienti si attiva in modo autonomo nella ricerca del Centro Dialisi prescelto, attraverso i canali informativi come internet individua i principali forum e prende i contatti con il Centro Dialisi vacanza.

Nel 100% degli intervistati il Coordinatore infermieristico lo supporta nel reperire tutta la documentazione necessaria anche se l'invio della modulistica nell'84.6% è a carico del paziente.

Il 92.3% richiede almeno due settimane e il turno serale *"...bisogna dare la possibilità al paziente di godersi la vacanza e quindi andare incontro alle sue*

esigenze, sono pochi giorni in un anno che chiediamo..."

Spesso il paziente si trova nella condizione di contattare più Centri Dialisi per richiederne la disponibilità nel 69.2% (9/13), in alcuni casi non riceve nessun tipo di risposta e precisamente nel 15.3% (2/13).

Nella realtà esistono numerose modalità organizzative della dialisi vacanza, in tante regioni italiane il personale sanitario molto sensibile alla problematica, con un approccio multidisciplinare, si improvvisa tour operator accompagnando i propri pazienti in vacanza, ulteriore esempio ne è la possibilità di barattare o scambiare il proprio posto dialisi tra pazienti.

Conclusioni: La principale criticità all'erogazione dell'emodialisi vacanza è legata alla carenza di personale infermieristico, molte possono essere le modalità di ottimizzazione e incremento del personale, come la flessibilità, le incentivazioni, la collaborazione con liberi professionisti ecc. Il continuo investimento da parte degli Assessorati alla Salute in progetti straordinari per incentivare la dialisi vacanza si sta sempre più concretizzando come pure una maggior collaborazione e coinvolgimento delle APT o le Agenzie Regionali per il Turismo.

Il paziente emodializzato è un cittadino ed è quindi una persona dotata di diritti e quindi di potere, per mezzo dell'*empowerment* è messo nella condizione di migliorare in modo autonomo il proprio sviluppo e il proprio stato di benessere, la qualità della sua vita, la sua autostima e i suoi rapporti sociali. Può diventare un paziente "Esperto" nell'organizzazione della propria vacanza.

015

NUTRIRSI DI SALUTE

L. Depaoli, F. Fiorio

U.O. Nefrologia, Presidio Ospedaliero "S. Chiara", Trento

Introduzione: Cosa posso mangiare? Cosa non posso mangiare? Sono queste le domande che più frequentemente vengono poste al personale infermieristico e al medico nefrologo, soprattutto quando tra gli esami del sangue si riscontra un aumento di potassio e fosforo. Una corretta alimentazione diventa, pertanto, un aspetto fondamentale del trattamento dell'insufficienza renale cronica, al pari di molte altre terapie per controllare la pressione, l'anemia ecc. Non vi è dubbio che i risultati a lungo termine del trattamento dialitico cronico dipendano essenzialmente da un'alimentazione adeguata e a un attento controllo sull'assunzione dei liquidi.

Materiali e metodi: Somministrazione di questionari ai pazienti emodializzati nei Centri di Trento e Rovereto. Sono stati selezionati pazienti che effettuano dialisi da almeno un anno senza limiti di età e nazionalità, non considerando i pazienti in dialisi peritoneale per diversità di percorso e per poter creare un campione omogeneo. I questionari sono stati somministrati ai pazienti in emodialisi che effettuano la loro seduta di routine e che pertanto si alimentano al domicilio.

Obiettivo: Comprendere l'aderenza alla dieta e cogliere le aree carenti in termini di informazioni rispetto a tale argomento. Comprendere le eventuali difficoltà e saperle affrontare per un miglioramento della qualità di vita.

Risultati: L'87.5% dei pazienti è compliant ai liquidi, il 57.6% ha conoscenze rispetto agli effetti che potassio e fosforo hanno sul nostro organismo, il 69% dei pazienti è aderente a una dieta corretta. In particolare i soggetti sono molto attenti all'introito di liquidi, ponendo attenzione al consumo di primi piatti o liquidi diversi dall'acqua da sottrarre al totale dell'introito (zuppe, succhi, tè...). In termini di conoscenze dell'argomento, si nota una particolare carenza riguardo alle informazioni rispetto alle ripercussioni che un alto valore di potassio ha sul nostro organismo. In quanto a aderenza alimentare, gli emodializzati hanno difficoltà a controllare l'introito di cibi da forno come pane e fette biscottate poiché alimenti presenti in modo significativo sulle tavole e in tutti i pasti del giorno.

Conclusioni: Appare evidente che bisogna indirizzare il paziente verso corrette abitudini alimentari, senza demonizzare alcun cibo, ma fornendo le giuste informazioni circa la quantità e la frequenza con cui un alimento può essere consumato. Nel guidare le persone a una scelta corretta sulla quantità, qualità e frequenza del consumo degli alimenti, l'obiettivo è fornire una dieta varia, completa ed equilibrata, con un introito calorico adeguato; numerosi studi ormai confermano che il soggetto in terapia sostitutiva, che presenta un buono stato di nutrizione, ha una sopravvivenza migliore e un numero inferiore di comorbidità. Vietare completamente l'assunzione di un determinato alimento o di una categoria di alimenti, crea ansia nel paziente e lo induce a consumi smodati e/o pericolosi. Infine, l'aderenza alla dieta richiede la motivazione del soggetto, il quale deve pertanto essere informato sui vantaggi e sull'importanza di una corretta alimentazione per la sua salute. Rispetto a queste premesse e ai risultati ottenuti dalla raccolta dati, abbiamo elaborato un opuscolo informativo per fornire informazioni semplici e attuabili per i pazienti emodializzati. In particolare soffermandoci sull'introito di potassio,

fosforo e liquidi i principali nemici che si accumulano negli intervalli tra una seduta dialitica e l'altra causando ripercussioni all'organismo.

023

MEDICAZIONE A BASE DI IONI DI ARGENTO PER CVCT PER EMODIALISI: UN VALORE AGGIUNTO ALLA DISINFEZIONE

S. Gioira, P. Bortoli, G. Cannizzo, R. De Gasperi, R. Di Pietro, F. Falcioni, P. Gunella, O. Malatino, V. Mancini, B. Proletti, G. Saggese, M. Uzzo
ASL VCO-SOC Nefrologia e Dialisi, Verbania

Introduzione: Ad oggi nella Regione Piemonte la percentuale di CVCT ha raggiunto il 28%. La maggiore complicità correlata all'utilizzo di CVCT è l'infezione.

Materiali e metodi: Scopo dello studio: valutare in un gruppo di pazienti emodializzati portatori di CVCT, la differenza di incidenza di episodi infettivi con l'utilizzo di medicazione antisettica a base di ioni di argento (exit-pad ag) per un periodo di sei mesi rispetto a un altro periodo di medesima durata senza l'utilizzo della stessa.

Risultati: Arruolati nello studio osservazionale 10 pazienti con età anagrafica media di 75 anni, età dialitica media di 50.5 mesi, di cui l'80% affetti da patologia vascolare.

La gestione dei CVCT avviene con l'utilizzo di una procedura ben codificata realizzata in collaborazione con l'Unità Prevenzione Rischio Infettivo (UPRI).

Nei primi sei mesi in cui hanno utilizzato exit-pad ag non si è osservata alcuna batteriemia CVC correlata o infezione dell'exit-site. Nel secondo semestre in cui non è stata utilizzata exit-pad ag non sono state rilevate batteriemie CVC correlate, ma si sono verificati 2 episodi di flogosi dell'exit-site, in 2 pazienti diabetici, con tampone negativo, che si sono risolti con l'utilizzo di exit-pad ag.

Conclusioni: L'analisi dei dati suggerirebbe che la corretta applicazione delle procedure e l'idonea scelta degli antisettici da utilizzare (Clorexidina 2%) hanno un peso rilevante nel ridurre l'incidenza delle complicanze infettive CVC correlate, un ruolo non marginale potrebbe essere riferito all'utilizzo di medicazioni a base di argento soprattutto a scopo preventivo e in pazienti a più elevato rischio.

026

L'ACCESSO VASCOLARE: SUMMA LECTIO CUM MAGISTRO

M.G. Trengia, S. Lizio, H. Kulurianu

Dialisi Azienda Ospedali Riuniti Marche Nord, Ospedale di Pesaro, Pesaro

Introduzione: Abbiamo organizzato, vissuto e rielaborato una giornata di straordinaria efficacia con la presenza e la Magistrale *Lectio* del chirurgo vascolare Dr. Carbonari circa la presa in carico di accessi vascolari complessi. Erano presenti anche il personale medico e paramedico dei Centri Dialisi dell'Azienda Marche Nord, Pesaro e Fano e il Dr. Mulazzani del servizio di Angiografia dell'ospedale di Pesaro.

Materiali e metodi: La Dr. Kulurianu di Pesaro ha accuratamente selezionato i pazienti formulando ed esponendo poi un breve *excursus* clinico e raccogliendo le informazioni salienti degli accessi vascolari. Il luogo scelto per l'incontro è stato provvisto di visore per fistolografie, ecografo, computer per attingere al data base di Gepadial, macchina fotografica per documentare il tutto, laccio emostatico e pennarello. I pazienti entrati uno alla volta sono stati presi in carico dal Dr. Carbonari con ispezione, palpazione, auscultazione,

visione dei referti ed ecografia.

Risultati: La focalizzazione su accessi vascolari complessi è risultata chiara, istruttiva e pratica. Alcuni operatori hanno rivisto e riadattato precedenti comportamenti. Varie ipotesi formulate dal Dr. Carbonari sono divenute in breve eventi concreti e incisivi per l'iter diagnostico e il follow-up di alcuni accessi vascolari complessi.

Conclusioni: Semplici, veloci, concrete l'organizzazione e lo svolgimento della giornata. Dati l'entusiasmo, la partecipazione e i risultati, ci riproponiamo di organizzare altre giornate simili con la speranza di poter condividere l'esperienza con altri Centri Dialisi.

031

VALUTAZIONE DELLA TENDENZA EMPATICA NEGLI OPERATORI SANITARI DI ALCUNE U.O.C. DI NEFROLOGIA E DIALISI DELLA REGIONE MARCHE (ASCOLI PICENO, CIVITANOVA MARCHE, FABRIANO, MARCHE NORD, RECANATI, SAN BENEDETTO DEL TRONTO, SENIGALLIA, URBINO)

D. Narcisi, S. Norcini, L. Rossi, C. Squarcia, A. Tancredi

U.O.C. di Nefrologia e Dialisi, Area Vasta 5, Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto

Introduzione: L'abilità empatica è considerata una attitudine fondamentale nella professione sanitaria. In particolare, le malattie croniche come l'uremia hanno un impatto profondo sulla vita delle persone, che devono riorganizzare radicalmente le proprie abitudini, le relazioni, l'attività lavorativa. Il personale sanitario che opera con i pazienti uremici, ha il compito di accompagnare pazienti e familiari per molti anni, aiutandoli a mantenere sia un buono stato di salute sia la miglior qualità di vita possibile. È importante pertanto sviluppare nel tempo oltre che capacità tecnico-scientifiche anche capacità di relazione come l'empatia. L'obiettivo di questo lavoro è quello di valutare la tendenza empatica negli operatori sanitari di alcune UOC di Nefrologia e Dialisi delle Marche.

Materiali e metodi: Nel nostro studio osservazionale, per la valutazione della tendenza empatica è stata somministrata la *Balanced Emotional Empaty Scale* (BEES) di A. Mehrabian, nella versione validata in italiano, a un totale di 135 operatori di età compresa tra 25 e 65 anni. È stata valutata la differenza di empatia tra operatori di sesso maschile e femminile e tra fasce di età (25-45 aa/46-65 aa). Sono stati inoltre valutati 5 facet ottenuti dalla somma di risposte fornite a gruppi di item, che ci hanno consentito di definire e interpretare meglio il punteggio totale.

Risultati: Il livello di tendenza empatica è risultato buono (media della tendenza empatica del campione esaminato è di 25.53); gli operatori sanitari di sesso femminile hanno tuttavia ottenuto un punteggio di tendenza empatica superiore (Maschi 19.72 - Femmine 26.42). Si evidenzia inoltre come sia maggiore la tendenza empatica negli operatori, sia maschi che femmine, di fascia di età superiore (M,F 25/45 = 22.61; M,F 46/65 = 27.65). I valori ottenuti sono sovrapponibili alle medie nazionali e internazionali, sia per il valore assoluto che per i valori di fasce di tendenza empatica.

Conclusioni: Sebbene lo studio osservazionale si sia svolto su un campione relativamente esiguo, ci ha permesso di valutare la nostra abilità empatica nella relazione professionale con il paziente uremico, consentendoci di individuare eventuali aree di carenza relazionale o aree di fatica da compassionevole. Lo scopo ultimo sarà quello di organizzare, come prosecuzione, gruppi di discussione e interventi formativi tra operatori, con la guida di un esperto di dinamiche relazionali, con l'obiettivo di migliorare la gestione di situazioni relazionali complesse.