

Trattamento dei pazienti con insufficienza renale cronica: un'esperienza di presa in carico multidisciplinare

Anna Laura Fantuzzi^{1,2}, Rossella Giannini³, Massimo Penna⁴, Giuseppe Medici⁵

¹Dietista Coordinatore AUSL Modena, Nuovo Ospedale Civile S. Agostino-Estense, Modena

²Docente a contratto di Dietoterapia in Nefrologia presso il Corso di Laurea in Dietistica, Università di Modena e Reggio Emilia, Modena

³Dietista UOD Scienza dell'Alimentazione e Dietetica, Nuovo Ospedale Civile S. Agostino-Estense, Modena

⁴Dirigente Psicologo DSM - Settore Psicologia Clinica U.O. Psicologia Ospedaliera, Nuovo Ospedale Civile S. Agostino-Estense, Modena

⁵Dirigente Medico, Divisione Nefrologia, Dialisi e Trapianto renale, Sezione Dialisi Peritoneale, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena, Modena

Treatment of patients with chronic renal failure: a case report with a team-based approach

Teamwork may offer several advantages to individual professionals and to the healthcare context in which they operate: multidisciplinary and multi-professional integration, performance improvement, skills enhancement and increased safety in clinical and organizational processes, offering a significant contribution to the improvement of the quality of life of patients with chronic diseases. The course of kidney disease is evolving and implies different treatment steps leading the patient to live in a climate of uncertainty and anxiety about the future. This situation represents for the person a condition of permanent "stress" with difficulties in maintaining positive and constructive reactions. Supporting the psycho-social uneasiness of chronic patients, making thus livable living conditions, means defining health programs which meet their needs. Our experience follows a pattern according to which every patient who begins the Peritoneal Dialysis is rated by all team professionals to highlight his/her physical and mental conditions, his/her treatment compliance and his/her ability to manage the disease. The course of the treatment is a continuous process aimed to enhance the self-management capability, taking into account the patient's main needs. In the care relationship the team should support the patient to overcome the state of dependence by transferring all the necessary tools for self-management. This case report shows how the team's active communication is essential for the implementation of an adequate care for CKD patients.

Keywords: Helping relationship, Multidisciplinary team, Peritoneal dialysis



Anna Laura Fantuzzi

Introduzione

Il decorso della malattia renale è a evoluzione variabile e comporta fasi di trattamento diversificate, portando il paziente a condurre una vita in un clima di incertezza e di ansia per il futuro, sul quale pende in continuazione la minaccia dell'aggravamento delle complicazioni e della morte (1).

Tale situazione rappresenta, per la persona, una condizione di "stress" permanente, con conseguenti difficoltà a mantenere a lungo reazioni positive e costruttive. La definizione di programmi sanitari volti a soddisfare i bisogni dei pazienti può concorrere a sostenere il disagio psico-sociale, rendendo, così, vivibile la condizione di malato cronico.

La letteratura internazionale riporta diversi modelli di presa in carico dei pazienti con malattia cronica. Le esperienze più positive sembrano quelle effettuate da un *team* strutturato e multiprofessionale (2): la nostra esperienza ricalca, dal punto di vista organizzativo, questo modello, secondo il quale ogni paziente che accede alla Dialisi Peritoneale viene valutato da tutti i professionisti dell'*equipe* per evidenziare la sua condizione psico-fisica, la *compliance* al trattamento e la capacità di gestione della malattia.

Il percorso di cura è, allora, un processo continuo finalizzato a promuovere la capacità di autogestione, che tiene in considerazione i principali bisogni: 1) ricevere cure di qualità, 2) poter manifestare le proprie attese e i propri timori, 3) confidare nel fatto che i curanti tengano conto delle proprie credenze, 4) essere supportati nel processo di accettazione e di adattamento, 5) acquisire un saper fare nella gestione della

Accepted: January 21, 2016

Published online: February 18, 2016

Indirizzo per la corrispondenza:

Anna Laura Fantuzzi
Dietista Coordinatore
Unità Operativa di Scienza dell'Alimentazione e Dietetica
Azienda USL di Modena
Nuovo Ospedale Civile S. Agostino-Estense
Via Giardini 1355, 41126 Modena
a.fantuzzi@ausl.mo.it

malattia e della cura e 6) diventare autonomi e collaboranti con l'*equipe* curante.

Caso clinico

Caso patognomiconico di come sia imprescindibile una presa in carico multidisciplinare nella malattia renale cronica, in quanto, per curare il paziente, è fondamentale un processo di comunicazione attiva tra i vari professionisti, che porti all'identificazione della cura appropriata per «quel paziente», dopo averne individuato l'elemento di criticità (*organico o psichico*).

Il paziente

Età: anni 59, inizio trattamento sostitutivo peritoneale.

Anamnesi Familiare e Fisiologica:

- nefropatia familiare non meglio definita;
- padre e madre deceduti per cause cardiologiche (il padre a 49 anni per IMA);
- si segnalano due fratelli del padre in emodialisi e uno zio deceduto per Insufficienza Renale Acuta;
- figlio con proteinuria in fase di accertamento.

Anamnesi Patologica Remota:

- nato a termine;
- normale sviluppo somato-psichico;
- nel 2008, primo riscontro di perdita di funzione renale, assenza di proteinuria ed ematuria;
- mai sottoposto a biopsia renale.

Anamnesi Patologica Prossima:

- in dieta ipoproteica dal 2009;
- dal Settembre 2013 ingresso in Dialisi Peritoneale.

Il dietista

- Trattamento nutrizionale con inizio nella fase conservativa dal 2009 (prescrizione nefrologo per IRC STADIO IV), in anamnesi pregressi episodi di "iperkaliemia".
- Durante la fase conservativa, mantiene un atteggiamento generale molto ossequioso e apparentemente collaborativo.
- Dalla valutazione nutrizionale emerge un elevato *intake* di potassio: il paziente riferisce il consumo di porzioni abbondanti di verdura e frutta, "gli unici alimenti che si possono mangiare a volontà e che difendono il nostro organismo dalle malattie" (in particolare, mentre chiacchiera con la moglie, unico momento della giornata in cui può rilassarsi). Consumo quotidiano di 1 *brick* di succo di frutta (per le medicine che è costretto a prendere!!!), di tre (a volte quattro) caffè e di un quarto di vino.
- Durante la fase conservativa, si segnala una discreta *compliance* anche se, durante le visite di *follow-up*, si rinnovano continuamente i messaggi relativi al contenuto di potassio e fosforo di cibi e bevande, messaggi che sembra non vengano interiorizzati/appresi.

- A un certo punto del percorso terapeutico, il paziente telefona al dietista con fare ossequioso/manipolatorio, dicendo di volersi rivolgere a un dietista della sua città per esigenze di comodità.

Lo psicologo

Il paziente, all'incontro, apparentemente a proprio agio, esprime contenuti riguardanti la propria condizione clinica e l'ambito familiare e sociale, dal quale emerge un buon supporto (*moglie casalinga, figlio di 29 anni all'estero per lavoro*). Difensivamente molto loquace, egli tende a manifestare aderenza alle cure, facendo intendere di sapersi gestire dal punto di vista della malattia e della vita sociale. In tal senso, egli è piuttosto restio a impegnarsi (fuga) in un percorso di approfondimento terapeutico (dice di non aver molto tempo a disposizione) per un trattamento multidisciplinare. Quindi, dopo il primo colloquio, il paziente decide di interrompere il percorso con lo psicologo.

Ciò che colpisce immediatamente è l'arrivo del paziente al colloquio con:

- atteggiamento logorroico, senza manifestare preoccupazione alcuna per la propria condizione clinica;
- atteggiamento di non lasciar spazio all'«*altro*» nella relazione;
- atteggiamento confidenziale, con il tentativo di trasformare la situazione clinica in una relazione amicale;
- atteggiamento ipomaniacale: grandiosità nel descrivere se stesso e la propria vita (lavoro, figlio, ecc.). Tale situazione ipomaniacale è ciò che caratterizza il paziente nella relazione con tutti i professionisti.

Il nefrologo

Il nefrologo, dopo che il paziente, durante una visita, gli ha comunicato l'intenzione di voler cambiare dietista «*per comodità*», lo ha persuaso a rivolgersi (previo accordo con il dietista del *team*) a un professionista esterno che fosse comunque in costante comunicazione con gli altri già facenti parte del *team*.

L'infermiere di dialisi peritoneale

Il paziente ha più volte manifestato, durante le visite di controllo e i frequenti contatti telefonici, una "disinvolta" modalità di approccio alla terapia farmacologica, decidendo autonomamente in merito all'assunzione di alcuni farmaci e alla tempistica della terapia.

Discussione

Il trattamento sostitutivo

La malattia renale è caratterizzata dal progressivo deterioramento della funzione renale e, per quanto il declino della

funzione possa essere rallentato, attraverso la terapia farmacologica e la terapia nutrizionale, il ricorso al trattamento sostitutivo (dialisi o trapianto) è ancora necessario nella grande maggioranza dei casi.

Le tecniche dialitiche più frequentemente utilizzate sono l'emodialisi e la dialisi peritoneale.

Entrambe impongono rilevanti modifiche allo stile di vita che si ripercuotono negativamente sulla psiche del paziente, a causa del costante confronto con la malattia.

Di seguito, le più frequenti criticità correlate alla terapia sostitutiva ed evidenziate dai nostri pazienti:

- attività quotidiane limitate dalla frequenza e dalla durata del trattamento sostitutivo;
- problematiche nutrizionali di vario genere, in relazione alla terapia sostitutiva e al trattamento farmacologico (p. es., disgeusia, sazietà precoce, disappetenza, astenia, difficoltà di masticazione, stipsi);
- dipendenza dalla macchina e dagli operatori sanitari;
- presenza della fistola artero-venosa che crea un certo rifiuto estetico (in particolare nelle donne);
- presenza del catetere peritoneale;
- preoccupazione per il mancato funzionamento della fistola artero-venosa;
- conseguenze sulla vita sessuale con caduta della libido;
- complessità nell'organizzazione di una vacanza;
- paura della morte.

Questi cambiamenti condizionano in misura diversa non solo le abitudini personali, ma anche le relazioni sociali e familiari, modificando e/o ridimensionando il ruolo del paziente, che deve adattarsi alle mutate condizioni di vita e ai ritmi imposti dalla malattia e dal trattamento. Nelle prime settimane di trattamento sostitutivo, i pazienti avvertono un positivo mutamento psicologico legato al miglioramento della sintomatologia generale.

Nonostante la possibilità di seguire una dieta meno restrittiva rispetto alla terapia conservativa, essi sviluppano spesso una progressiva dipendenza dal personale sanitario. Nei mesi successivi, emerge una presa di coscienza dei disagi e del ritmo del nuovo trattamento con uno sguardo maggiormente realistico e, in caso di sviluppo di complicanze fisiche, possono insorgere atteggiamenti di resistenza e inadeguata *compliance* al piano nutrizionale e terapeutico, fino a casi estremi di rifiuto totale del trattamento (*withdrawal*).

Il disagio psicologico irrisolto si può esprimere anche con sintomi fisici che vengono esacerbati (prurito, dolore, ipotensione, insonnia), con comportamenti tipo passività, negativismo, aggressività e con diverse forme di adattamento (comparsa di ansia, depressione, angoscia, sentimento di abbandono, ecc.) (3).

Per questo, il benessere bio-psico-sociale dei pazienti viene fortemente condizionato e, dal momento che il supporto psico-sociale è essenziale per la promozione di un atteggiamento

“terapeutico” da parte del paziente, i membri del *team* dovrebbero contribuire a realizzarlo costantemente (4).

Nel caso clinico presentato, le criticità espresse dal paziente erano quelle legate principalmente alla vita sessuale e ai condizionamenti correlati alle tempistiche e alla meto- dica dialitica e, non ultima, la paura della morte (mascherata) indotta frequentemente dalla malattia cronica.

L'operatore sanitario e le malattie croniche

Le professioni di aiuto (medico, infermiere, psicologo, dietista) sono professioni ad alto investimento psichico, oltre che tecnico.

L'attività di assistenza a pazienti con malattie croniche richiede la comprensione dei differenti significati che i pazienti attribuiscono ai loro sintomi, ai vissuti, ai comportamenti e alla cura proposta dai professionisti del *team*. Ciò comporta la capacità di gestire situazioni a volte molto problematiche dal punto di vista relazionale. In assenza di un adeguato supporto psicologico, l'operatore (ma anche il *team*) non può fare altro che subirle, con numerose conseguenze sul piano personale e relazionale, con una conseguente perdita di efficacia terapeutica (5).

La nostra esperienza conferma quanto già indicato in letteratura relativamente alla stretta interdipendenza tra i problemi psicologici dei pazienti e il disagio degli operatori, che, irrisolto, si esprime con il cosiddetto “*burn-out*”, la fase ultima di un processo difensivo reattivo a condizioni di lavoro stressanti, caratterizzata da uno stato di esaurimento fisico ed emotivo, un senso di ridotta realizzazione personale, una ridotta produttività nel lavoro e un deterioramento nella relazione con i pazienti (Tab. I).

Nel caso clinico presentato, il trauma indotto dalla malattia portava il paziente a non impegnarsi in un percorso di approfondimento terapeutico multidisciplinare, motivandolo con la capacità di sapersi autogestire.

Qualità di vita del paziente con malattia renale cronica

La qualità di vita è un concetto complesso. Una definizione moderna della qualità di vita (Q.d.V.) legata alla salute deve incorporare il punto di vista soggettivo del paziente, essere multidimensionale e, quindi, tenere conto degli ambiti fisico, psicologico e sociale (6).

Si tratta di un concetto di ampio spettro, che integra gli aspetti fisico-clinici con le aspirazioni, i valori personali e la quantità e la qualità delle relazioni sociali.

Esprime la percezione soggettiva che un individuo ha della sua posizione nella vita, nel contesto della propria cultura e del proprio ambiente, e l'insieme dei valori personali in relazione ai propri obiettivi, aspettative e preoccupazioni (7).

TABELLA I - Le dinamiche negative della relazione

Rapporto operatore – paziente	Rapporto operatore - operatore
<ul style="list-style-type: none"> • Sentimenti di inadeguatezza e di “intrusione” da parte del paziente • Sentirsi continuamente giudicato (p. es., buono o cattivo, capace o incapace) • Difficoltà nel regolare la distanza terapeutica nel lavoro assistenziale • Forti coinvolgimenti emotivi o penosi distacchi e rifiuti del paziente e dei suoi familiari • Ricerca di comportamenti di neutralità nei confronti di tutti i malati • Sentirsi continuamente provocato • Forme dirette o indirette di reciproca aggressività • Calo di efficienza o comparsa, nei casi estremi, di una vera e propria sindrome da <i>burn-out</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Contrasti circa le competenze • Formazione di sottogruppi in conflitto tra loro • Incomunicabilità e difficoltà a lavorare in <i>équipe</i> • Rigidità nei cambi di orari e nei turni di lavoro • Assenteismo, richieste di trasferimento • Accentuazione di tutti i conflitti

TABELLA II - Obiettivi della relazione d'aiuto

- Mettere il paziente in grado di affrontare la fonte di disagio psichico, aiutandolo ad acquisire capacità decisive non emotivamente influenzate dalla malattia
- Arrivare a far percepire la malattia come un evento di crescita individuale e non come un ripiego e lasciare che il malato racconti il proprio vissuto e le proprie esperienze, esprimendo ciò che è veramente
- Aiutare il paziente a prendere coscienza della propria condizione e adattarsi alla situazione che sta vivendo per poterla gestire meglio
- Aiutare la persona a non attribuire ad altri la colpa della sua infermità e del disagio psicologico conseguentemente generato
- Aiutare la persona a discriminare tra gli obiettivi realizzabili e quelli impossibili e, tra i primi, individuare quelli realizzabili a breve termine piuttosto che a lungo termine
- Riattivare e riorganizzare le risorse psicologiche originarie dell'assistito, rendendolo capace di azioni compatibili con il suo vero modo di essere rispetto alla condizione di malattia
- Mettere il paziente in condizione di percepire da solo quello che sente e di verbalizzarlo consciamente

Le aree ritenute fondamentali per la Q.d.V. delle persone sono l'autonomia funzionale-lavorativa, la situazione psicologica, le relazioni sociali e interpersonali e i disturbi somatici.

La Q.d.V. è, quindi, direttamente correlata con la *compliance* terapeutica, con il supporto sociale e con il livello di adattamento raggiunto; mentre è inversamente correlata con l'invecchiamento, con i sintomi depressivi e con la severità della malattia.

Nel caso clinico presentato inizialmente, l'atteggiamento di tipo maniacale del paziente impediva l'adeguata compliance al piano terapeutico complessivo, al fine di raggiungere gli obiettivi di cura (grandiosità nel descrivere se stesso, nessuna preoccupazione per la propria condizione di salute, ecc.).

La relazione d'aiuto

Nel rapporto d'aiuto, i professionisti del *team* dovrebbero supportare il paziente nel superare lo stato di dipendenza, trasferendogli gli strumenti per l'acquisizione dell'autonomia di cui può essere capace.

Le caratteristiche peculiari della relazione d'aiuto sono la volontà reciproca da parte del terapeuta/professionista e del

paziente di relazionarsi e l'esistenza di un rapporto comunicativo tale da permettere l'instaurarsi di un clima di fiducia.

I principali obiettivi della relazione d'aiuto sono riportati nella Tabella II (8).

Affinché si instauri una relazione d'aiuto è necessario che l'operatore sanitario accetti di essere coinvolto, e non travolto, nella realtà della persona che assiste. La relazione d'aiuto, infatti, va oltre gli aspetti funzionali che caratterizzano il rapporto quotidiano con il malato perché si instaura soprattutto in momenti assistenziali difficili (per esempio, il peggioramento delle condizioni di salute), che, se ben sfruttati, portano all'instaurarsi di un legame empaticamente significativo.

Nel caso clinico presentato, il comprendere da parte dei professionisti del team che le richieste di “fuga” erano legate all'angoscia di morte ha determinato una risposta terapeutica che ha portato il paziente a reintegrarsi all'interno del processo di cura.

Il supporto familiare e sociale

È stata dimostrata una correlazione positiva tra supporto familiare/sociale e sopravvivenza nei pazienti con malattie croniche (9).

La gestione continuativa sul piano fisico e psicologico dei pazienti dializzati più problematici espone il familiare di riferimento (*caregiver*) a rischi di isolamento sociale e di minaccia per il futuro che, associati a un basso livello di adattamento, possono interferire con l'assistenza stessa. Quando l'impegno richiesto al *caregiver* è eccessivo rispetto alle risorse a disposizione, egli può manifestare un disagio che si esprime in accentuazioni dei conflitti di coppia, aumento dell'ansia e dello *stress* oppure aspetti regressivi o più frequentemente dipendenze, talvolta simbiotiche, tra coniugi (10).

Nelle situazioni di cronicità, si impone anche ai familiari un certo adattamento alle esigenze dettate dalla malattia e dai trattamenti. Nei casi in cui questo si realizzi, il supporto familiare risulta più efficace e migliora la qualità di vita di entrambi, aumentando il benessere reciproco (8).

Nel caso clinico presentato, l'atteggiamento ipomaniacale del paziente si manifesta anche nella descrizione che egli ci fornisce del proprio nucleo familiare, facendoci vedere come anche i familiari tengano sotto controllo la preoccupazione per la malattia cronica (non si presenta mai con nessuno dei suoi familiari).

La comunicazione tra paziente e professionisti del team

Nell'atto terapeutico, la componente tecnica e quella relazionale sono strettamente legate. Nel prendersi cura del paziente, infatti, il *team* mette in campo competenze tecniche-specialistiche (diagnosi e terapia) e relazionali-comunicative (empatia).

Esiste una dimensione profonda del rapporto professionista-paziente (*transfert* e *controtransfert*), che è di primaria importanza nella relazione terapeutica.

Mentre gli obiettivi della medicina "*disease-centred*" sono la diagnosi e la terapia, nella medicina "*patient-centred*" si aggiunge, come obiettivo, il vissuto del paziente, che comprende: sentimenti, interpretazione della malattia, aspettative, desideri e contesto.

Quindi, da un modello medico paternalistico si passa a un modello di collaborazione attiva (*partnership*), nel quale il paziente ha un ruolo attivo e informato, partecipa delle scelte terapeutiche e del recupero del proprio equilibrio.

La comunicazione efficace è un fattore chiave nell'aumentare la qualità dell'assistenza e nel rispondere adeguatamente alle aspettative dei pazienti e dei loro familiari e assolve tre funzioni principali: la trasmissione di informazioni, il riconoscimento delle emozioni del paziente e il raggiungimento degli obiettivi diagnostico-terapeutici.

Una comunicazione veritiera e partecipata tra operatore e paziente:

1. riduce l'incertezza e la confusione originate dall'assenza di informazioni esaurienti che possono portare il paziente a elaborare fantasie e previsioni catastrofiche;
2. riduce lo scoraggiamento e il senso di solitudine: infatti,

la mancanza di informazione e di chiarimenti e/o la distorsione della verità isolano il paziente e ne determinano la chiusura, la diffidenza, l'ostilità;

3. sostiene la collaborazione del paziente alle terapie.

La relazione terapeutica è, sicuramente, influenzata dalle caratteristiche della personalità del paziente, che riversa sugli operatori molte aspettative anche di tipo affettivo, e dei componenti del *team* di cura, che devono, con impegno e fatica, lavorare per costruire e mantenere la relazione.

Nel caso clinico presentato, il paziente tende a costruire una relazione terapeutica "ingannevole", nel senso che egli vuole dimostrare all'intera équipe di sapersi gestire e di essere capace di tollerare le frustrazioni, così come la patologia cronica. Tale atteggiamento si è manifestato con la rigidità delle difese psicologiche messe in atto (negazione e manipolazione), che sono state attentamente individuate e che hanno permesso all'équipe, attraverso una costante riflessione, di attuare strategie appropriate per un'adeguata presa in carico.

La qualità della comunicazione è condizionata dai requisiti umani dell'operatore (empatia) ma anche dalla capacità di valutare tale qualità (11) che, secondo la letteratura, ha un impatto sull'esito dei trattamenti.

Considerazioni conclusive

In questo caso, l'elemento di criticità si identifica con il dato psichico che influisce negativamente sull'andamento della malattia. Vediamo, infatti, che l'atteggiamento del paziente ha un ruolo attivo nel contrastare l'aderenza terapeutica, cercando di indurre i vari professionisti a lasciare che sia lui a decidere sulla terapia e sulle cure da farsi.

È come se lui volesse dirigere l'*équipe* per paura di essere intrappolato nell'*équipe*.

In tal caso, le sue richieste di «fuga» sono legate all'angoscia di morte. Egli, con il suo atteggiamento difensivo, volto a negare la malattia, manovra l'agire dei professionisti, frammentando il loro "pensiero globale" sulla sua malattia.

Nel caso clinico presentato, è proprio l'atteggiamento difensivo rigido (difese ipomaniacali) a ostacolare un'iniziale aderenza al trattamento (il paziente dice di sapersi autogestire, non ha tempo per presentarsi alle visite, ecc.); esso è causato dal trauma psicologico conseguente alla malattia. Quindi, il caso che, in prima istanza, potrebbe apparire negativo esprime una complessità che va a influire sia sulla cura che sulla relazione terapeutica, che è il veicolo attraverso il quale la cura viene proposta al paziente. La strategia affrontata dal nefrologo, che ha "persuasivo" il paziente a rivolgersi, previo accordo con il dietista del team, a

un professionista esterno che fosse in costante comunicazione con gli altri già facenti parte del team, è la risultante di una riflessione costante e congiunta multidisciplinare che non perde di vista la centralità del paziente.

Disclosures

Financial support: No financial support was received for this submission.
Conflict of interest: The authors have no conflict of interest.

Bibliografia

1. Paris V. Vivere in dialisi. Conoscere e sostenere il disagio psicosociale. In "Vivere in dialisi: dalla qualità dei servizi alla qualità della vita". Ministero della Salute; Atti del Seminario, Roma, 2004;77-91.
2. "Documento di indirizzo per la malattia renale cronica". Ministero della Salute, 2014; 23-24.
3. Gozzini S, Bernardi M, Poggi P, Lotti M. Emodialisi e dialisi peritoneale. Milano, MacGraw-Hill, 2002.
4. Fantuzzi AL, Bedogni G. Dieta ipoproteica e insufficienza renale cronica. Torino, UTET, 2001;34-35.
5. Trabucco G. Emodialisi e bisogni psicologici - aspetti teorici, problemi psicologico-clinici. In "Modelli di intervento dello psicologo in ospedale, confronto di esperienze" R. Ferretti, M.V.Gentili, Quaderni di Psico-in, 2005.
6. Trabucco G, Magagnotti MG. Emodialisi e bisogni psicologici. Un modello "integrato" di risposta assistenziale. Napoli, EdiSES, 2005;27-54.
7. Secchi GC, Strepparave MG. The quality of life in cancer patient: a cognitive approach. Eur J Int Med 2001;12:1.
8. Monformoso P. Istruzioni di counseling nell'assistenza, nella riabilitazione e nell'educazione in: I care, l'arte di prendersi cura secondo appunti, 2002, Busto Arsizio, edizione privata, 1-34.
9. Patel SS, Peterson RA, Kimmel PL. Social support and subsequent mortality among patients with end-stage renal disease. Semin Dial 2005;18:98-102.
10. Adler Serge E, Quaranti R, Cerrini E, Porri MT, Pinerolo C. Psicoterapia di gruppo in pazienti in dialisi peritoneale continua ambulatoriale (CAPD) e nei loro partner. Giornale di Tecniche Nefrologiche e Dialitiche 2003;24 1:18-21.
11. Bonino S. Psicologia per la salute, Milano, Casa Editrice Ambrosiana, 1988.

TEST DI VERIFICA

1. **La comunicazione che avviene all'interno dell'equipe è il valore aggiunto che permette:**
 - a) Di capire che ogni paziente è diverso
 - b) Una strategia da parte del nefrologo per mantenere il paziente agganciato al lavoro multidisciplinare, anche se il paziente è riuscito parzialmente nella "fuga" dalla cura
 - c) Di capire che la patologia cronica «mette in scena» difese che devono essere «comprese» e che modulano l'agire del paziente involontariamente dal suo bisogno/voglia di farsi aiutare/curare
 - d) Tutte le precedenti
2. **La scelta del nefrologo di accettare che il paziente si rivolga a un professionista esterno all'equipe (dietista) è considerata come:**
 - a) Il risultato della riflessione costante nel tempo del gruppo di lavoro multidisciplinare

- b) Una strategia da parte del nefrologo per mantenere il paziente agganciato al lavoro multidisciplinare, anche se il paziente è riuscito parzialmente nella "fuga" dalla cura
- c) Un fallimento dell'intervento multidisciplinare che interrompe la continuità terapeutica di tutto il gruppo dei professionisti
- d) Strategica per il "controllo" del paziente e del lavoro d'equipe

3. L'introduzione della cura globale nel paziente con IRC ha i seguenti effetti:

- a) Conduce il paziente all'autogestione della patologia cronica
- b) Migliora l'atteggiamento del paziente ma anche quello degli operatori sanitari verso i pazienti
- c) Riduce il rischio di fuga del paziente
- d) Tende a ridurre il rischio per l'equipe che venga interrotto il processo comunicativo.