

# Descrizione dell'esperienza vissuta dal paziente trapiantato di rene per migliorare la presa in carico a lungo termine. Analisi della letteratura

Pasquale la Torre

Infermiere, Azienda Ospedaliero Universitaria, Parma

## Description of the experience lived by the kidney transplanted patient to improve long-term nursing care. Analysis of the literature

**Introduction:** Renal transplantation is the best treatment for most patients with chronic renal failure at an advanced stage. In recent years, in response to the reduced availability of organs, the eligibility criteria for donation have been expanded and living donor transplantation was implemented, too. Transplant system complexity and problems occurring after transplantation require a greater expertise in clinical care. The analysis of transplant patient's experience is important for the identification of patient's needs and for the prevention of complications.

**Materials and methods:** Research studies last 15 years through databases Pubmed and CINAHL. Search through institutional websites is useful for statistical data and legal references.

**Results:** 17 items have been selected on the quality of life and transplant patient's experience. A critical analysis of the content has been made through a division into five thematic areas: organ donation, legal nursing skills, psycho-social and relational components, clinical care components, outcome data.

**Conclusions:** The pathway to an optimal health state after the transplant is long and sometimes hampered by complications such as rejection, infections, cancers and disorders of the psychic sphere. The problems that occur gradually over time are the reconstruction of the image of the self and of the identity, the concerns about the origins of the kidney, the management of complications, the adherence to therapy and the relationship with the family and any living donor. For a proper long-term plan a stronger nursing role in decision-making together with a well organized outpatient follow-up service is of great importance, supported by a multidisciplinary team for specific complications (adherence to the requirements: diet, therapy, hygiene).

**Keywords:** Experience in transplant, Kidney transplant, Psychological impact



Pasquale la Torre

## Introduzione

Il trapianto renale rappresenta la terapia d'elezione per la maggior parte dei pazienti affetti da insufficienza renale cronica in fase avanzata; rispetto alla dialisi, aumenta l'aspettativa e la qualità della vita (1). Secondo il Rapporto del Ministero della Salute, in Italia, nel periodo 2000-2012, la sopravvivenza del paziente trapiantato di rene a un anno dall'inter-

vento è stata del 97.2% e quella dell'organo del 92%. I dati relativi alla riabilitazione dei pazienti confermano che il trapianto consente di salvare migliaia di vite all'anno, con ottimi risultati anche sul fronte del pieno reinserimento nella vita sociale (2).

Negli ultimi anni, una legislazione più efficace sulla sicurezza (in modo particolare su quella stradale) ha determinato un calo significativo dei decessi per cause traumatiche e di conseguenza la disponibilità di organi da cadavere. Per fare fronte a questa situazione, sono state introdotte nuove modalità cliniche come l'ampliamento dei criteri di inclusione nei requisiti di idoneità, l'implementazione del trapianto da donatore vivente e la donazione "samaritana". In questo caso una persona terza senza vincoli di parentela può donare il proprio rene a un ricevente sconosciuto.

Nonostante le numerose iniziative sulla sensibilizzazione alla donazione degli organi, in lista per il rene ci sono ancora circa 6700 pazienti, con un tempo medio d'attesa di 3.1 anni e una percentuale di mortalità per chi attende dell'1.5%.

La comprensione dell'esperienza dei pazienti trapiantati è in-

Accepted: May 4, 2016

Published online: July 4, 2016

### Indirizzo per la corrispondenza:

Pasquale la Torre  
Rene Acuti e Trapianti  
Azienda Ospedaliero Universitaria  
Via Gramsci 14, 43126 Parma  
latorrep26@libero.it

dispensabile per individuare bisogni e intervenire efficacemente, sia nella prevenzione di gravi complicanze come il rigetto e le infezioni, sia nel mantenimento di un buono stato di salute.

### Materiali e metodi

Nel periodo Maggio-Giugno 2015 è stata effettuata una ricerca di studi sulle banche dati *Pubmed* e *CINAHL* attraverso le seguenti parole chiave: “*experience kidney transplant patients*”, “*psychology of kidney transplant*”. Periodo preso in considerazione: ultimi 15 anni.

Sul motore *Google*, attraverso la frase “vissuti dei pazienti trapiantati” è stata effettuata una verifica generale su documenti e articoli in lingua italiana.

Sono stati esclusi articoli riguardanti esclusivamente l'età pediatrica e trapianti non renali.

È stata, inoltre, effettuata una ricerca sui siti istituzionali per i dati statistici e i riferimenti giuridici.

### Risultati

Sono stati rilevati dati dai siti istituzionali (Ministero della Salute e Parlamento) per la descrizione delle attività dei trapianti, i tempi di attesa in lista e i riferimenti normativi concernenti il trapianto di organi e la dichiarazione di volontà alla donazione.

Su 27 articoli analizzati, sono stati selezionati 17 articoli riguardanti principalmente la qualità della vita, l'impatto psicologico, la rilevanza etica e l'esperienza dei pazienti trapiantati. Gli studi presi in esame sono prevalentemente descrittivi qualitativi ed elaborati attraverso l'utilizzo di questionari e interviste strutturate.

Nella Tabella I è descritta la sintesi del percorso di selezione degli studi.

### Discussione

L'analisi degli articoli selezionati è stata suddivisa in cinque aree: la donazione, le competenze infermieristiche e gli

**TABELLA I** - Elenco articoli

Articoli su qualità della vita e aspetti psicologici	Campione e metodo
Orr A, Willis L, Holmes M, et al (2007). Living with a kidney transplant: a qualitative investigation of quality of life.	Analisi tematica su <i>focus group</i>
Karam VH, Gasquet I, Delvart V, et al Quality of life in adult survivors beyond 10 years after liver, kidney, and heart transplantation.	229 pazienti. Intervista questionario
Chen K, Weng L, Lee S. Stress and stress-related factors of patients after renal transplantation in Taiwan: a cross-sectional study.	153 pazienti. <i>Cross Sectional</i> descrittivo
Kreitzer M, Gross C, Ye X, et al Longitudinal impact of mindfulness meditation on illness burden in solid organ transplant recipients.	20 pazienti. Questionario
Lovera G, Basile A, Bertolitti M, et al L'assistenza psicologica nei trapianti d'organo.	Rassegna tematica
Rosenberger J, Van Dijk J, Nagyova I, et al Predictors of perceived status in patients after kidney transplantation.	138 pazienti. Analisi regressione lineare con questionario
Margareta A. Sanner, Lagging E, et al The kidney recipient's path to transplantation: a comparison between living and deceased kidney donor recipients in Stockholm.	246 pazienti. Questionario
Consoli E. L'approccio centrato sulla persona nella medicina dei trapianti d'organo.	Relazione scientifica
Articoli su questioni etiche sulla donazione ed esperienze dei pazienti	Campione e metodo
Friedman EA, Friedman AL. Payment for donor: pros and cons.	Articolo
Limpido A, Fraticelli M, D'Amico M. Problemi etici nel trapianto renale da vivente.	Editoriale
Icardi A, Sacco P, Salvatore F. L'assistenza a lungo termine del paziente trapiantato di rene.	Articolo descr.
Frejd L, Norden G, Dahlborg-Lyckhage E. To be transplanted: a study about patients' experience.	9 pazienti. Intervista semistrutturata
Shillitt HJ, Brunkhorst R, Schmidt HH, et al. Attitudes of patients before and after transplantation towards various allografts.	1049 pazienti. Intervista. Analisi dati in cieco
Lira ALB, Lopes MVO. Kidney transplanted patients nursing diagnosis association analysis.	58 pazienti. Descrittivo trasversale
Brown JB, Karley ML, Boudville N, et al. The experience of living kidney donors.	12 pazienti. Intervista
Andrheassen T. Nurses reflection about living kidney donors and their experience of regrets after donation.	<i>Focus group</i>
Bertelsen KH, Rasmussen K, Ludvigsen MS, et al. Experiences of recipients and living donors the first three days after kidney transplantation.	14 pazienti. Intervista

aspetti giuridici, le componenti psico-sociali e relazionali, le componenti clinico assistenziali e i dati di esito.

### **La donazione**

L'atto della donazione degli organi è fortemente condizionato da fattori socio-culturali. I familiari del potenziale donatore si trovano in breve tempo a dover fare scelte molto importanti e sono influenzati dalla difficoltà ad accettare la morte improvvisa. Questo conflitto decisionale si misura sulle credenze religiose, sulla condizione sociale, sulle dinamiche familiari e su eventuali dubbi nei confronti dell'equipe sanitaria (3).

Il trapianto da donatore vivente comporta inevitabilmente quesiti etici e giuridici, riconducibili al rischio di mercificazione della donazione. Un articolo apparso su *Kidney International* (EA Friedman, AL Friedman) (4) ha suscitato un acceso dibattito circa l'ipotesi di legalizzare il mercato per il reperimento di reni da trapiantare. L'opinione diffusa si è coalizzata su posizioni critiche nei confronti della proposta di mercificazione (5). In Italia, non è assolutamente praticabile un'ipotesi di mercificazione, perché la normativa è molto chiara in ordine alla gratuità del gesto e all'assenza di conflitti di interesse (art. 6 L. 458/1967).

### **Competenze infermieristiche e aspetti giuridici**

L'attività trapiantologica è in continua innovazione sotto il profilo tecnico, farmacologico e clinico. L'infermiere, in coerenza con la normativa vigente e con il dettato deontologico (art. 40 capo IV Codice deontologico), acquisisce un ruolo sempre più importante nell'intero sistema trapianti e partecipa attivamente alle procedure di individuazione/selezione dei donatori e al processo di allocazione, prelievo e trapianto degli organi, fino ai percorsi assistenziali pre e post trapianto. Le sue competenze sono sempre più qualificate (formazione post laurea in area trapianti) nelle risposte di assistenza, nella prevenzione delle complicanze (mediche, chirurgiche, infettive), nell'educazione alle norme comportamentali e nel potenziamento dell'aderenza terapeutica ai farmaci anti-rigetto. La mancata o incompleta aderenza alle prescrizioni dietetiche, farmacologiche e alle indicazioni comportamentali, rappresenta il fattore più importante della disfunzione e della perdita del rene nel lungo periodo (6).

Le norme di riferimento che disciplinano la materia dei trapianti di organi e tessuti, il trapianto renale tra persone viventi e la dichiarazione di volontà sono sintetizzate nella Tabella II.

### **Componenti psico-sociali e relazionali**

Il trapianto renale è un intervento terapeutico complesso contraddistinto da specificità cliniche e organizzative e da una significativa componente psico-relazionale. L'intero percorso

implica dimensioni profonde come vita, morte, fede, malattia, dono, riconoscenza e identità.

Gli aspetti connessi alla sfera psicologica e relazionale sono presenti in tutte le fasi che il paziente e la sua famiglia si trovano ad affrontare, dalla donazione al trapianto, dall'accettazione dell'organo fino al raggiungimento del benessere psico-fisico.

Dopo le indagini per l'idoneità, il paziente può entrare in lista d'attesa per trapianto da cadavere o in un programma per sottoporsi a quello da donatore vivente. In questo periodo, il paziente può vivere condizioni problematiche come i tempi d'attesa della lista, la valutazione del donatore vivente troppo lunga, la permanenza in dialisi e la paura che il donatore possa rifiutarsi. I trapiantati di rene inoltre, risultano avere una percezione della qualità di vita più bassa rispetto ad altri pazienti trapiantati di altri organi (7).

Il vissuto di questi trapiantati si alterna su due polarità: la sofferenza fisica e lo stato di benessere.

Nonostante la fiducia nel servizio sanitario e nella cura sia elevata, il ricordo della malattia (insufficienza renale-dialisi) rimane presente.

Gli infermieri dovranno essere consapevoli del fatto che il passaggio dalla malattia alla fase completa di benessere è molto lungo e il processo di assistenza si dovrà misurare su questa dimensione temporale (8).

### **Componenti clinico assistenziali**

Il trapianto è un intervento molto particolare, perché, a differenza di altre metodologie terapeutiche, viene effettuato di fatto un "innesto" dentro un corpo affetto da malattia. Risultano inevitabili implicazioni sul piano clinico-immunologico e sul vissuto interiore. Una volta assicurato il buon funzionamento del rene è indispensabile l'adattamento alla nuova condizione, non solo per scongiurare il rigetto (anticorpo-mediato, cellulare), ma anche per scongiurare il quadro di reazioni e di sensi di colpa che spesso ostacolano l'accettazione psichica dell'organo.

Nel primo post intervento, il paziente è sottoposto alle cure di terapia intensiva e può manifestare reazioni di ansia, paura, insicurezza e isolamento. Superata questa fase, può ricevere visite, iniziare a camminare, alimentarsi e sperimentare una fase di benessere con tratti di euforia definita anche del "Lazzaro resuscitato" (9). Nonostante la buona percezione di un rinnovato stato di salute, questo passaggio rimane delicato perché, a un minimo segnale di complicanza, il paziente può andare in crisi. Nelle settimane successive, il paziente dovrà ricostruire le proprie immagine e identità e imparare ad "accorparsi" gradualmente il nuovo organo.

La nuova parte del corpo supera i confini dell'organo e coinvolge l'intera dimensione psico-fisica. Si possono manifestare disturbi dell'immagine del Sé connessi alla presenza della ferita, agli effetti dei farmaci (corticosteroidi) e alle misure di prevenzione delle infezioni (utilizzo frequente della mascherina).

Dopo il trapianto, la maggioranza dei pazienti dei pazienti considera il rene un organo proprio, organo proprio, circa un

**TABELLA II - Normativa sui trapianti****Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e tessuti****L 01.04.1999 n. 91**

Art 1. *comma. 1 Il prelievo di organi e tessuti è consentito secondo le modalità previste dalla presente legge ed è effettuato previo accertamento della morte ai sensi della L. 29 Dicembre 1993, n. 578, e del decreto 22 Agosto 1994, n.582, del Ministro della Sanità.*

*comma 3. È vietato il prelievo di gonadi e cervello.*

*comma 4. La manipolazione genetica degli embrioni è vietata anche ai fini del trapianto d'organo.*

**L 26 Giugno 1967 n. 458 (trapianto renale tra persone viventi)**

Art 1. *In deroga al divieto di cui all'art. 5 del Codice Civile, si ammette di disporre a titolo gratuito del rene al fine del trapianto tra persone viventi. La deroga è consentita ai genitori, ai figli e ai fratelli germani o non germani del paziente maggiorenni, purché siano rispettate le modalità previste dalla presente legge. Solo nel caso in cui non ci siano i consanguinei di cui al precedente comma o nessuno sia idoneo o disponibile, la deroga può essere consentita anche per altri parenti e per donatori estranei.*

Art 2. *L'atto di donazione e destinazione del rene a favore di un determinato paziente è ricevuto dal pretore del luogo in cui risiede il donatore o ha sede l'Istituto autorizzato al trapianto. La donazione di un rene può essere autorizzata a condizione che il donatore abbia raggiunto la maggiore età, sia in possesso della capacità di intendere e di volere, sia a conoscenza dei limiti della terapia del trapianto di rene tra vivente e sia consapevole delle conseguenze personali che il suo sacrificio comporta. (...) L'atto, che è a titolo gratuito e non tollera l'apposizione di condizioni o di altre determinazioni accessorie di volontà, è sempre revocabile sino al momento dell'intervento chirurgico e non fa sorgere diritti di sorta del donatore nei confronti del ricevente.*

Art 4. *Il trapianto del rene legittimamente prelevato e destinato a un determinato paziente non può avere luogo senza il consenso di questo o in assenza di uno stato di necessità.*

Art. 6. *Qualsiasi pattuizione privata che preveda un compenso in denaro o un'altra utilità a favore del donatore, per indurlo all'atto di disposizione e destinazione, è nulla e di nessun effetto.*

**Dichiarazione di volontà**

**L'art. 4 L 91 del 1999** introduce il principio di silenzio assenso e la mancata dichiarazione è considerata assenso alla donazione. Tuttavia, la manifestazione di volontà è regolamentata dall'art. 23 della stessa legge (disposizioni transitorie), che introduce il principio di consenso e di dissenso esplicito, quindi ogni cittadino può esprimere sia il consenso a donare che quello a non donare. In sintesi, le situazioni che si possono verificare sono le seguenti:

- a) il cittadino ha espresso la sua volontà positiva e i familiari non possono opporsi;
- b) il cittadino ha espresso volontà a non donare e il prelievo non si può fare;
- c) il cittadino non si è espresso e, in questo caso, il prelievo si può fare se non c'è opposizione dei familiari.

La volontà alla donazione di organi e tessuti si può esprimere attraverso la registrazione presso la propria Asl, mediante atto olografo dell'Aido (Associazione italiana donazione organi), oppure nel Comune di appartenenza. I dati vengono trasmessi al Cnt (Centro nazionale trapianti) che ne dispone secondo i limiti e le modalità previsti dalla norma.

**L 26.02.2010 n. 25**

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge del 30 Dicembre 2009 n.194, recante proroga dei termini previsti da disposizioni legislative.

Dopo il comma 8 è aggiunto, infine, il seguente:

*"8 bis. All'articolo 3 del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza, di cui al regio decreto 18 Giugno 1931, n. 773, e successive modificazioni, dopo il secondo comma è inserito il seguente: "La carta d'identità può altresì contenere l'indicazione del consenso ovvero del diniego della persona a cui si riferisce a donare i propri organi in caso di morte".*

**29 Luglio 2015. Circolare interministeriale** sulle indicazioni per attuare il servizio di registrazione della dichiarazione di volontà in materia di organi e tessuti al momento del rilascio o del rinnovo della carta d'identità.

terzo l'organo di un'altra persona diventato proprio e solo una percentuale residuale lo considera ancora un organo estraneo.

Si evidenzia, quindi, una fascia sensibile di pazienti che può essere considerata a rischio per lo sviluppo, nel tempo, di una scarsa accettazione dell'organo ricevuto.

Le preoccupazioni sull'origine del rene riguardano prevalentemente l'età avanzata del donatore, il suicidio, l'omosessualità e il sesso (10).

Queste domande interessano non solo i pazienti trapianti,

ma, in misura opposta, anche i familiari del donatore.

La dispersione di organi provocata dal seguita dal prelievo multiplo, può causare infatti, fisiologici meccanismi di individuazione del corpo del defunto per la giusta elaborazione del lutto.

Alcuni familiari si mettono a seguire tracce degli organi del proprio defunto come dei "segugi" (11). Per questi motivi, diventa fondamentale il rispetto della riservatezza in tutte le fasi del trapianto da parte degli operatori coinvolti.

### Dati di esito

La qualità della vita migliora dopo il trapianto d'organo. In rapporto alla popolazione generale, la migliore qualità percepita riguarda progressivamente il polmone, il fegato e il rene (7). I livelli di qualità sono stati analizzati anche in base all'età:

- per i pazienti sotto i 40 anni, è molto importante la relazione sociale e si manifesta meno preoccupazione per gli eventi avversi;
- tra i 40 e i 60 è molto importante il rapporto con la situazione lavorativa;
- dopo i 60 anni è apprezzata l'assenza di altre patologie come il diabete, i ricoveri e il non doversi sottoporre a dialisi.

L'attenzione per gli effetti collaterali della cura riguarda, invece, tutte le fasce d'età (12).

I problemi che i pazienti riscontrano dopo il trapianto sono la medicalizzazione continua (*follow-up*), la paura del rigetto, i sentimenti di gratitudine/senso di colpa nei confronti del donatore, la paura di essere trattati in modo diverso dagli altri, la necessità di una partecipazione attiva alla cura prescritta (13). Le diagnosi infermieristiche hanno anche identificato i disturbi della sfera sessuale e del sonno (14).

Questi problemi sono di lunga durata e spesso si associano alla disfunzione cronica del rene trapiantato e ad altre complicanze. Tra queste:

- complicanze cardiovascolari. Costituiscono la prima causa di morte nei pazienti trapiantati di rene e risultano primi nei fattori causali di esito negativo del trapianto;
- complicanze infettive. Circa il 10% dei pazienti dopo un anno dal trapianto contrae un'infezione cronica virale;
- complicanze neoplastiche. Le neoplasie sono imputate come terza causa di morte nei pazienti trapiantati di rene. Rispetto alla popolazione generale, il rischio tumorale è superiore in 25 sedi corporee, in 18 delle quali supera il 300% (15).

I problemi descritti risultano fattori di *stress* dovuti principalmente all'incertezza, al rischio di rigetto e all'interazione con gli altri e impongono un impegno sia da parte del servizio responsabile della presa in carico sia da parte del paziente, che deve necessariamente conservare un adeguato livello di responsabilità rispetto alla propria cura (16).

Negli ultimi anni, è stato rilevato un aumento degli accessi alle medicine alternative da parte dei trapiantati. Le tecniche di meditazione sembrano avere effetti positivi sul sonno e sull'ansia (17).

L'impiego del trapianto da donatore vivente è in costante aumento. Le condizioni più problematiche di questo trapianto possono essere ricondotte ai tempi di valutazione lunghi e alla paura del rifiuto (18).

I percorsi assistenziali in caso di trapianto da donatore vivente devono essere orientati al coinvolgimento attivo anche del donatore, perché lo stesso paziente è soggetto a problemi prima e dopo la donazione.

I donatori effettuano questa decisione importante per diversi motivi: per ridurre la sofferenza continua del proprio familiare, per la loro filosofia di vita, per il riconoscimento sociale e per la carica psicologica ed emotiva del dono (19).

Risultano soddisfatti per la scelta fatta e una minima parte di questi nutre il rimpianto di non averlo fatto prima, ritenendo decisivo il ruolo dell'informazione (20).

Nell'immediato post operatorio, a causa dell'intervento più complesso del trapianto e delle implicazioni farmacologiche, il donatore può sentirsi marginalizzato rispetto al ricevente. Questa percezione di abbandono può durare anche a lungo. Una parte dei riceventi sostiene che i donatori sono stati abbandonati dal servizio dopo la nefrectomia (21). La degenza in comune (donatore e ricevente) nell'immediato post operatorio è stata invece molto apprezzata da entrambi i pazienti (21).

### Conclusioni

Il percorso per un ottimale stato di salute dopo il trapianto renale è lungo e, a volte, ostacolato da complicanze come il rigetto, le infezioni, le neoplasie e i disturbi della sfera psichica.

I problemi che si manifestano nel tempo riguardano progressivamente la ricostruzione dell'immagine del sé e della propria identità, le preoccupazioni sulle origini del rene (età del donatore, sesso, eventuale suicidio), la paura per il ritorno in dialisi e gli effetti collaterali della terapia, le complicanze cliniche e la gestione della terapia immunosoppressiva.

La complessità del percorso trapiantologico ha indotto, in altre realtà europee e internazionali, a sostenere e a sviluppare figure infermieristiche con competenze specialistiche. In Italia, solo alcune realtà dotate di autonomia organizzativo-gestionale (IRCCS o similari) hanno implementato queste figure. Nella realtà nazionale si evince la necessità di potenziare il ruolo infermieristico nei servizi di gestione delle liste d'attesa e nel *follow-up* post trapianto, attraverso l'attivazione di ambulatori a gestione infermieristica sulle complicanze psico-sociali e sull'aderenza alle prescrizioni (dieta, terapia anti-rigetto, norme igieniche e comportamentali).

Implicazioni dirette per la presa in carico a lungo termine si possono, quindi, riassumere nella formazione continua sul sistema trapianti, in una maggiore attenzione all'educazione sanitaria e nella relazione funzionale con il paziente, la famiglia e gli altri professionisti.

### Disclosures

Financial support: No financial support was received for this submission.

Conflict of interest: The author has no conflict of interest.

## Bibliografia

1. Orr A, Willis L, Holmes M, et al. Living with a kidney transplant: a qualitative investigation of quality of life. *J Health Psychol* 2007;12(4):653-62.
2. Ministero della Salute. Qualità dei trapianti di rene, cuore e fegato. I dati dell'attività 2000-2012. [http://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_1\\_1\\_1.jsp](http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp). lingua=italiano=&menu=notizie&p=dalministero&id=1901.
3. Ralph A, Champman JR, Gillis J, et al. Family perspectives on deceased organ donation: thematic synthesis on qualitative studies. HYPERLINK "<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Ralph+A%2C+Champman+JR%2C+Gillis>" \o "American journal of transplantation : official journal of the American Society of Transplantation and the American Society of Transplant Surgeons." *Am J Transplant* 2014;14(4):923-35.
4. Friedman EA, Friedman AL. Payment for donor: pros and cons. *Kidney Int* 2006;69(6):960-2.
5. Limpido A, Fraticelli M, D'Amico M. Problemi etici nel trapianto renale da vivente. *Giornale Italiano di Nefrologia* 2006;23(4):431-6.
6. Icardi A, Sacco P, Salvatore F. L'assistenza a lungo termine del paziente trapiantato di rene. *Giornale Italiano di Nefrologia* 2008;25(3):325-41.
7. Karam VH, Gasquet I, Delvart V, et al. Quality of life in adult survivors beyond 10 years after liver, kidney, and heart transplantation. *Transplantation* 2003;76(12):1699-704.
8. Frejd L, Norden G, Dahlborg-Lyckhage E. To be transplanted: a study about patients' experience. *Nordin J Nursing Research and Clinical Studies* 2008; 28(2):14-8.
9. Consoli E. L'approccio centrato sulla persona nella medicina dei trapianti d'organo. Relazione all'XI *European Congress of Psychology*. Oslo. <http://www.psicanalisi.it/psicosomatica/4352>.
10. Shillitt HJ, Brunkhorst R, Schmidt HH, et al. Attitudes of patients before and after transplantation towards various allografts. *Transplantation* 1999;68(4):510-4.
11. Lovera G, Basile A, Bertolitti M, et al. L'assistenza psicologica nei trapianti d'organo. *Ann Ist Sup Sanità* 2000;36(2):225-46.
12. Rosenberger J, Van Dijk J, Nagyova I, et al. Predictors of perceived status in patients after kidney transplantation. *Transplantation* 2006;15(9):1306-10.
13. Orr A, Willis L, Holmes M, et al. Living with a kidney transplant: a qualitative investigation of quality of life. *J Health Psychol* 2007;12(4):653-62.
14. Lira ALB, Lopes MVO. Kidney transplanted patients nursing diagnosis association analysis. *Rev Gaucha Enfermagem* 2010;31(1):108-14.
15. Icardi A, Sacco P, Salvatore F. L'assistenza a lungo termine del paziente trapiantato di rene. *Giornale italiano di Nefrologia* 2008;25(3):325-41.
16. Chen K, Weng L, Lee S. Stress and stress-related factors of patients after renal transplantation in Taiwan: a cross-sectional study. *J Clin Nurs* 2010;19(17/18):2539-47.
17. Kreitzer M, Gross C, Ye X, et al. Longitudinal impact of mindfulness meditation on illness burden in solid organ transplant recipients. *Prog Transplant* 2005;15(2):166-72.
18. Margareta A, Sanner, Lagging E, et al. The kidney recipient's path to transplantation a comparison between living and deceased kidney donor recipients in Stockholm. *Nephrol Dial Transplant* 2011;26:1053-7.
19. Brown JB, Karley ML, Boudville N, et al. The experience of living kidney donors. *Health Soc Work* 2008;33(2):93-100.
20. Andrheassen T. Nurses reflection about living kidney donors and their experience of regrets after donation. *Norsk Tidsskrift Sykepleieforskning* 2007;9(4):41-9.
21. Bertelsen KH, Rasmussen K, Ludvigsen MS, et al. Experiences of recipients and living donors the first three days after kidney transplantation. *J Ren Care* 2015;41(3):195-201.