

XXXIII Congresso Nazionale EDTNA/ERCA Bari, 14-16 Maggio 2015

NUOVI APPROCCI DI DIAGNOSI E CURA

O 008

L'INVECCHIAMENTO DELLA PERSONA: I GRANDI ANZIANI IN DIALISI

Mamone C., Priori P., Pendenza M., Di Meo L.

U.O.C. Nefrologia e Dialisi, Ospedale S. Giuseppe, Albano Laziale (Roma)

Introduzione: Gli italiani hanno un'aspettativa di vita maggiore, ciò porta ad un invecchiamento della popolazione. Il numero dei GRANDI ANZIANI (persone con età >75 anni) è notevolmente aumentato con il conseguente aumento di fragilità intesa come sindrome che racchiude la perdita di domini funzionali (fisico, psichico, sociale) che porta ad una complessità assistenziale maggiore. Fragilità è una sindrome geriatrica emergente che si evidenzia con una perdita di indipendenza, vulnerabilità e compromissione della qualità di vita e del benessere psicologico di molte persone anziane. Con l'invecchiamento della popolazione e l'aumento dei costi sanitari e dell'assistenza sociale, la politica sanitaria si sta focalizzando sulla promozione della salute e sulla prevenzione della disabilità dei grandi anziani. L'identificazione dei rischi è volta a fornire un intervento precoce e/o la gestione dei casi con multidisciplinarietà. L'obiettivo è verificare se nel nostro centro dialisi la percentuale di grandi anziani è aumentata e, di conseguenza, l'aumento dei pazienti fragili per complessità assistenziale.

Metodologia: Lo studio è retrospettivo e prende in esame i pazienti incidenti nel decennio 2003-2013. I criteri di selezione sono stati: età >75 anni, fragilità/dipendenza valutata in base a gradi estremi di invalidità (comorbilità: miocardipatia ischemica, scompenso cardiaco, diabete, vasculopatia periferica, facoltà mentali notevolmente deteriorate, incapacità di eseguire autonomamente attività del vivere quotidiano come la deambulazione). Si sono valutati i decessi a 6 mesi dall'ingresso in dialisi dei grandi anziani individuando tra loro quelli reputati fragili.

Risultati: I decessi a 6 mesi dall'inizio della dialisi dei grandi anziani sono stati circa il 25% così ripartiti: 24% grandi anziani fragili, 1% grandi anziani deceduti per cause cardiovascolari.

Conclusioni: Swi è constatato che i decessi per fragilità sono aumentati rispetto a quelli dovuti a cause cardiovascolari. Dallo studio è emerso che il numero dei grandi anziani in dialisi è aumentato in maniera considerevole diventando prevalente nel nostro centro dialisi. Tutto ciò comporta un aumento della complessità assistenziale a causa della sindrome di fragilità associata all'età avanzata. Un approccio terapeutico che coinvolge più figure (neurologo, geriatra, infermiere, psicologo, assistenze sociale) può prevenire e far individuare tempestivamente la sindrome di fragilità.

MODELLI ORGANIZZATIVI

SANITÀ D'INIZIATIVA: LA VERA SFIDA PER LA SANITÀ DISTRETTUALE

Antonelli D.

Ospedale Generale Regionale F. Miulli, Andria (BT)

In risposta alla presa di coscienza di essere al cospetto di una crisi di sistema e alla necessità che le politiche sociali, nazionali e regionali, ripensino ad una identità condivisa di governance e di sviluppo sostenibile in ambito sanitario, il terreno principale di sfida culturale ed operativa per i decision-maker e le organizzazioni di settore, sarà quella di pensare e proporre nuovi modelli organizzativi e gestionali basati su assunti innovativi in grado di rispondere al cambiamento qualitativo e quantitativo della domanda di salute e favorire lo

sviluppo sostenibile di un nuovo Sistema sanitario nel quale le Cure primarie svolgono un ruolo strategico e assistenziale fondamentale.

Questo profondo processo di cambiamento, già in atto da alcuni anni, non può prevedere un ripensamento innovativo dei percorsi formativi, sia del medico di medicina generale che dell'infermiere e di tutte le figure professionali coinvolte nell'assistenza primaria.

In questo processo innovativo, si colloca la sanità d'iniziativa e le forme di Lean Thinking per una sanità snella per maturare competenze professionali e capacità di governance tali da poter contribuire ad organizzare una medicina d'iniziativa e modelli di gestione delle malattie croniche ad alta prevalenza e alto impatto socio-sanitario, oltre che gestire l'acuzie non ospedalizzabile.

L'obiettivo rimane quello di affiancare e sostenere il cambiamento, contribuendo alla costruzione di un modello più funzionale di cure primarie e quindi gestire i pazienti cronici in ambito territoriale a salvaguardia del futuro del SSN.

Ruolo strategico nella gestione territoriale sempre più viene rivestito dal care manager e dall'infermiere di famiglia figura centrale nella sanità nella gestione dei nuovi modelli organizzativi di presa in carico dei pazienti cronici (nefropatici).

O 021

ADOZIONE DI PROCEDURE CONDIVISE E RIDUZIONE DEL RISCHIO

CLINICO: ESPERIENZA DEL DIPARTIMENTO NEFROLOGICO DELLA ASL BA

Colagiaco R., Mancini A., Loconsole R., Timpano M.T., Petrarulo F.

Nefrologia e Dialisi, ASL BARI, Bari

Introduzione: Il Dipartimento nefrologico della ASL BA da circa due anni ha avviato un percorso di gestione del rischio clinico finalizzato alla stesura di procedure tecnico-organizzative.

Metodologia: Per la segnalazione degli errori è stato adottato il sistema dell' "incident reporting" utilizzando una apposita scheda di segnalazione; queste ultime sono state raccolte e codificate in un data base, analizzate, infine sono stati adottati interventi atti a ridurre la reiterazione dell'errore; ne è conseguito l'allestimento di procedure tecnico-organizzative condivise in tutto il dipartimento.

Risultati: In 18 mesi di osservazione, sono state segnalati 48 errori: 34,7% eventi avversi; 30% reazioni avverse; 30,4 near miss; 7% di eventi sentinella. Il 26 % degli errori riguardava la somministrazione e la prescrizione di terapie; il 26% si verificava nella fase organizzativa; il 21% riguardava la parte gestionale; nel 17,4% si è trattato di un errore chirurgico; infine nell'8% l'errore era dovuto ad una non corretta asepsi. L'analisi dei dati ha suggerito l'allestimento delle seguenti procedure:

1. adozione del foglio unico di terapia;
2. posizionamento di catetere venoso centrale per emodialisi;
3. gestione del catetere venoso centrale per emodialisi;
4. allestimento di FAV per emodialisi;
5. programmazione e gestione della seduta dialitica;
6. gestione del catetere per la dialisi peritoneale.

Conclusioni: Per la comprensione delle cause di errore è necessario indagare i cosiddetti fattori latenti (condizioni che hanno favorito il verificarsi dell'errore) la codificazione sistematica degli stessi è "conditio sine qua non" per evitare il perpetrarsi dell'errore stesso. L'osservazione delle procedure è la sola condizione che può garantire il raggiungimento di uno standard qualitativo elevato.

Esempi pratici di procedure (n° 2).

Le procedure per l'adozione del Foglio Unico di Terapia.

L'obiettivo è quello di definire procedure dipartimentali per la gestione corretta e sicura della terapia.

La sicurezza nell'uso dei farmaci è un obiettivo di primaria importanza nell'attività sanitaria. Tale obiettivo è reso ancora più cogente dall'aumento del numero di persone in età avanzata e in politerapia farmacologica, dell'uso di farmaci a ridotto indice terapeutico, della complessità organizzativa. Pertanto

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

to è dovere delle organizzazioni e degli operatori sanitari adottare tutte le misure che concorrono a raggiungere la massima sicurezza nell'uso dei farmaci, facendo ricorso sia al rigoroso rispetto della normativa nazionale sul tema, sia agli strumenti indicati nella stesura delle procedure del Dipartimento.

Le procedure pre e post intervento per l'allestimento della FAV Oltre 43.000 sono oggi in Italia i pazienti che vengono sottoposti a trattamento dialitico (dati ANED); La confezione ed il mantenimento dell'accesso vascolare costituisce la causa più frequente di ricovero per il paziente emodializzato in Italia. L'allestimento di un accesso vascolare rappresenta un momento fondamentale della complessa gestione di questi pazienti e solo l'adozione di procedure condivise, possono far ottenere non solo un accesso vascolare funzionante, ma un accesso adeguato per il trattamento dialitico. Pertanto, per l'allestimento dell'accesso vascolare si rende necessaria una attenta valutazione del paziente e la scelta di procedure più appropriate, con lo scopo di minimizzare i rischi ed evitare scelte arbitrarie; In altri termini, migliorare la qualità delle cure ottimizzando le risorse.

O 031

LA GREEN NEPHROLOGY A REGGIO EMILIA: EFFETTI DI UN PIANO DI GESTIONE DEI RIFIUTI OSPEDALIERI NEI CENTRI DIALISI DELLA PROVINCIA

Sessi E.¹, Medici e Personale Infermieristico¹, Pasquali S.²

¹R.I.D. Programma Nefrologico e Dialitico, AUSL, Reggio Emilia

²S.C. Nefrologia e Dialisi, ASMN, Reggio Emilia

Introduzione: Negli ultimi anni, un'attenzione crescente è stata rivolta alla sostenibilità ambientale dei Centri Dialisi con la nascita della cosiddetta "green nephrology". Consapevoli dell'impatto ambientale di un Centro Dialisi, abbiamo testato la possibilità di ridurre la produzione di rifiuti attraverso una gestione oculata dei materiali impiegati nella pratica comune nei nostri Centri.

Metodologia: Il progetto ha coinvolto tutti i 5 CAL della provincia di Reggio Emilia. Sono stati effettuati una serie di incontri e sviluppato un piano d'azione condiviso.

Risultati: La produzione di rifiuti per ciascun CAL prima dell'inizio del progetto è riportata in Tabella I, mentre in Tabella II sono riportati i risultati ottenuti dopo l'avvio del progetto. È stata riportata una riduzione statisticamente significativa ($p < 0,05$) nella quantità di rifiuto prodotta per singola seduta (da 1.56 a 1.25 kg).

TABELLA I

C.A.L.	Tot Kg	Rifiuto Per Sedute Dialitiche
1	7899,87	1,546
2	2800,00	1,575
3	7784,26	1,454
4	5871,58	1,523
5	9035,87	1,711
TOT ANNO 2013	33.391,58	1,562 MEDIA

TABELLA II

C.A.L.	Tot Kg	Rifiuto Per Sedute Dialitiche
1	7087,25	1,304
2	2388,68	1,313
3	6317,21	1,197
4	5839,99	1,438
5	5535,60	1,072
TOTALE	27.168,73	1,249 MEDIA
TOT ANNO 2013	33.391,58	1,562 MEDIA
DIFFERENZA	-6222,85	-0,313

Conclusioni: La promozione di modalità operative finalizzate alla riduzione dei rifiuti prodotti è una strategia di successo nell'aumentare la sostenibilità ambientale di un Centro Dialisi.

COMPETENZE SPECIALISTICHE: GESTIONE INFEZIONI

P 006

POPOLAZIONE MULTIETNICA CON CVC TUNNELIZZATO PER EMOIALISI: RICONOSCIMENTO DELL'INFEZIONE E TRATTAMENTO CON MEDICAZIONI A BASE D'ARGENTO

Pariani B.¹, Calore C.¹, Stochino M.G.¹, Stevanin A.¹, Gioachin M.¹, Orsi M.¹, Scialfa M.¹, Vargiu M.¹, Marmorio E.¹, Pellizzaro M.¹, Micheli V.¹, Bottini S.², Lombardo S.³, Jovane C.¹, Caretta E.¹

¹U.O. Nefrologia e Dialisi, Azienda Ospedaliera "S. Antonio Abate", Gallarate (VA)

²U.O. Dermatologia, Azienda Ospedaliera "S. Antonio Abate", Gallarate (VA)

³U.O. Farmacia, Azienda Ospedaliera "S. Antonio Abate", Gallarate (VA)

Introduzione: In Italia il 15% degli emodializzati utilizzano come accesso vascolare un catetere venoso centrale long-term che può determinare un rischio di complicanze infettive. Con la diffusione in Europa di una popolazione multi-etnica è richiesta una maggiore attenzione alle malattie dermatologiche. Si è posta particolare attenzione al riconoscimento e trattamento dell'infezione confrontando le diversità tra pelle chiara (fototipo 1) e pelle scura (fototipo 4). È stata iniziata una sperimentazione con Exit-Pag-Ag (medicazione a base di argento) che ha dimostrato che dopo poche applicazioni c'è un miglioramento-risoluzione del quadro infettivo senza bisogno di ulteriori terapie antibiotiche locali o sistemiche.

Metodologia: All'interno dell'Unità Operativa si è sviluppata una équipe per la gestione delle infezioni dell'exit site nei Cateteri Venosi tunnelizzati con particolare attenzione alla medicazione ed al trattamento che non prevede utilizzo di antibiotici. Attraverso una scala numerica di valutazione dell'infezione cutanea e una definizione del grado di sanguinamento, sono state messe a confronto le infezioni dell'exit site, rilevate in tutti i pazienti in trattamento emodialitico nei tre ospedali aziendali, nel periodo giugno 2013 a dicembre 2014 e trattate con medicazioni in argento senza somministrazione di antibiotico.

Risultati: Nel periodo di valutazione, compreso tra giugno 2013 e dicembre 2014, i pazienti portatori di Catetere Venoso Centrale Tunnelizzato sono stati 24 con diverse tipologie, lunghezza e sede di infissione. In totale abbiamo effettuato 10 rilevazioni con risoluzione con medicazione specifica in Argento. I risultati sono stati messi a confronto con la metodologia precedente che prevedeva l'utilizzo di terapia antibiotica locale. L'insorgere dei primi stati di arrossamento dell'exit site di CVC Tunnelizzati (stadio 1) è facilmente riscontrabile in pazienti caucasici e con l'utilizzo di medicazioni con garza al nitrato d'argento (EXIT-PAD®) la risoluzione del problema che ha riportato la lesione ad uno stadio 0 si è verificata dopo 4/5 medicazioni. L'insorgere dei primi stati di arrossamento dell'exit site di CVC Tunnelizzati (stadio 1) nei pazienti di pelle olivastra o nera è stata rilevata visivamente solo quando lo stato di flogosi si era già evoluto in stadio 2 e lo stadio di sanguinamento era già stadio 1 (formazione crosta). L'utilizzo di medicazioni con garza al nitrato d'argento (EXIT-PAD®) ha permesso la risoluzione del problema riportando la lesione ad uno stadio 0 dopo 5/6 medicazioni e senza lasciare esiti discromici postinfiammatori. In tutti i casi non è stato necessario l'utilizzo di antibiotici topici o sistemici.

Conclusioni: Le società multietiche impongono al personale sanitario la conoscenza e il riconoscimento di patologie che si presentano con caratteristiche cliniche non tipiche date dalla diversa espressività su cute scura rispetto alla cute chiara. L'équipe infermieristica, della nostra Unità Operativa, ha valutato e proposto di creare comportamenti uniformi nel riconoscimento e nella gestione della medicazione dell'exit site riconoscendo tempestivamente i segni di infezione sia in pazienti con cute chiara che in quelli con cute scura. Sono stati raggiunti anche obiettivi relativi alla riduzione economica della spesa farmaceutica e dell'uso di antibiotici. Inoltre e non meno importante puntare sulla prevenzione ci permette un risparmio di risorse umane.

P 039

ANALISI MACROFOTOGRAFICA DELLA SEDE DELL'INCANNULAMENTO DELLA FISTOLA CON LA TECNICA DI "BUTTON-HOLE": EFFETTO DELLA MEDICAZIONE CONTENENTE ARGENTO

Monteverdi K., Tantucci A., Casci C., Zeiler M., Santarelli S.
U.O. Nefrologia e Dialisi, Ospedale "Carlo Urbani", Jesi (AN)

Introduzione: La puntura della fistola di tipo "button hole" appare a lungo termine meno traumatica sia per il vaso sia per il paziente. L'infezione della fistola e della sottocute è più frequente con la suddetta tecnica atraumatica. La disinfezione della cute e la rimozione accurata della crosta sono molto importanti per la prevenzione di complicanze. Una medicazione su base di argento esplica una azione antibatterica che potrebbe ridurre il rischio di infezione. Lo scopo dello studio era di analizzare l'effetto macroscopico di una medicazione su base di argento alla sede dell'incannulamento con "button hole".

Metodologia: 12 pazienti in emodialisi, che effettuavano da almeno 3 mesi l'incannulamento atraumatico, venivano sottoposti a macrofotografie della sede della puntura. Tutti i pazienti non mostravano segni di infezione della fistola negli ultimi 3 mesi. L'aspetto macrofotografico utilizzando una benda premifistola senza argento (Betafix, Emodial s.r.l., Ferrara) veniva confrontato con il rispettivo utilizzando una benda dotata di tampone contenente una retina di argento (Nova Betafix AG Silver, Emodial s.r.l.).

Risultati: La medicazione risultava ben tollerata. La sede della puntura atraumatica, con benda contenente argento, mostrava una riduzione dell'edema e dell'eritema.

Conclusioni: L'analisi macrofotografica rilevava una riduzione della flogosi locale alla sede dell'incannulamento utilizzando una benda contenente argento, da ricondurre alla riduzione della carica batterica.

P 045

UN GIOIELLO AGLI IONI D'ARGENTO PER LA MEDICAZIONE DI UN EXIT SITE DIFFICILE

Bettega D., Ricotta M.T., Bonesso C., Franzin G., Gatto S.
U.O.C. Nefrologia e Dialisi, ULSS 10 Veneto Orientale, San Donà di Piave (VE)

Introduzione: Le infezioni dell'exit-site (IES) del catetere sono ancora complicanze frequenti in Dialisi Peritoneale (DP) e fattori di rischio per lo sviluppo di infezioni del tunnel e peritoniti e per drop-out dalla metodica. Agente eziologico più frequente è lo *S.Aureus* (SA), che porta nel 50% dei casi a rimozione del catetere.

Materiali e Metodi: Nel nostro ambulatorio nel 2013-2014 si sono trattati per IES 5 pazienti, di cui 3 con medicazione antisettica agli ioni di Ag Exit Pad. Si presenta il caso di S.I. di 47 anni, affetta da CKD con deficit cognitivi per esiti di ictus e portatrice cronica di SA nasale, in DP da Giugno 2013, che ha presentato 3 recidive di IES da SA. Fallimentari sono stati i tentativi di trattare lo stato di portatore nasale con Gentamicina topica e la profilassi delle recidive con Mupirocina per scarsa compliance della paziente. Alla terza recidiva di IES, dopo una infruttuosa revisione chirurgica dell'exit, si è associata alla terapia antibiotica topica e sistemica la medicazione antisettica agli ioni di Ag Exit Pad Emodial ogni 3 giorni. Con l'utilizzo in modo costante del presidio, prima ambulatoriale e poi domiciliare si è ottenuta la guarigione dell'exit-site e non si sono più avute recidive di IES.

Conclusioni: L'utilizzo di medicazione antisettica agli ioni di Ag Exit Pad ha ridato autonomia alla paziente, per la semplicità di utilizzo, ha permesso la riduzione degli accessi ambulatoriali e delle relative spese di trasporto e delle ore di assenza dal lavoro del marito per accompagnare la paziente in ospedale, la riduzione della spesa relativa alle ripetute terapie antibiotiche e esami di laboratorio, la reimmissione in lista d'attesa per trapianto di rene, ha migliorato il benessere psicofisico della paziente e la sua accettazione della DP.

COMPETENZE SPECIALISTICHE: EMODIALISI E TECNOLOGIA

P 016

COMPETENZE SPECIALISTICHE IN AREA NEFROLOGICA: CLINICA, RICERCA, FORMAZIONE, DIRIGENZA. LE PROSPETTIVE DEL NURSING

Lanotte F., Busà M., Team acuti nefrologia
U.O. Nefrologia, Azienda Ospedaliera di Padova, Padova

Il nostro gruppo di lavoro è composto da 6 Infermieri e 1 Nefrologo e ope-

ra in sinergia costante con il personale delle 8 Terapie multi specialistiche dell'Azienda Ospedaliera di Padova garantendo un'assistenza 24 h su 24 su paziente critico in IRA (Insufficienza renale acuta).

La formazione che abbiamo maturato e condiviso con le terapie intensive, ci permette di poter trattare ogni tipo di patologia correlata a IRA, personalizzando di volta in volta il trattamento a seconda delle specificità di ogni singola situazione.

Attraverso una prima fase di studio e sperimentazione, siamo arrivati a perfezionare un nuovo trattamento in CRRT (continuous renal replacement terapie) con Anticoagulante Regionale in Citrato che ci consente di avere ottimi risultati sia sul piano organizzativo assistenziale che sul costo economico (oggi necessario e richiesto dalle Aziende Ospedaliere).

Abbiamo raccolto in questi ultimi 3 anni dall' inserimento di tale metodica molti dati significativi che documentano il nostro operato, sia come gruppo di lavoro infermieristico dedicato al paziente acuto in Terapia Intensiva, sia come miglioramento nell'ambito assistenziale infermieristico all'interno delle Terapie Intensive.

Correlato a tale cambiamento sono stati introdotti percorsi formativi sulla nuova metodica CRRT in Citrato.

P 034

NEPHROLOGY INTENSIVE CARE: UN NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO

Consagro L., Danza A., Di Corcia A., Dello Mastro C.L., Giorgitto S., Lombardi S., Piemontese G., Tilli G.

S.C. Nefrologia, Dialisi e Trapianto, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Foggia, Foggia

Introduzione: L'Insufficienza Renale Acuta (IRA) è una sindrome clinica caratterizzata da rapida e potenzialmente reversibile riduzione della funzionalità renale. Nelle Unità di Terapia Intensiva (UTI) IRA compare nel 5-25% dei pazienti (pz), incrementando la mortalità da 50 a 80% se necessaria terapia sostitutiva extracorporea (RRT). La RRT in questi pz deve garantire efficace depurazione e stabilità emodinamica, attraverso tecniche continue (CRRT) o ibride (SLED).

Metodologia: L'aumentata incidenza di IRA nelle UTI ha comportato la necessità di una revisione organizzativa. Il modello realizzato (Nephrology Intensive Care, NIC) prevede risorse umane (mediche ed infermieristiche) e strutturali dedicate: un gruppo di nefrologi preposto alla gestione dei pz presso le UTI, attraverso protocolli diagnostico-terapeutici condivisi; un'equipe infermieristica su tre turni attivi per la gestione delle RRT presso le UTI; una stanza di degenza semi-intensiva, con monitor multiparametrici, Ventilazione Meccanica non Invasiva (NIV) ed apparecchiature per RRT.

Risultati: Da Gennaio 2014 sono stati trattati 821 pz affetti da IRA. Di questi, 499 presso le UTI, 289 presso la nostra UO. Sono state effettuate 601 emofiltrazioni, 140 BHD, 17 CPFA, 33 emoperfusioni con Polimixina B, 30 plasmapheresi, con una media di 2,25 trattamenti/giorno.

Conclusioni: Questa nuova organizzazione ha consentito di migliorare la qualità assistenziale attraverso una maggiore pianificazione delle attività, con garanzia di continuità terapeutica.

P 010

L'APPLICAZIONE LOCALE DI OSSIGENO NEL TRATTAMENTO DELLE ULCERE IN PAZIENTI RICOVERATI

Specchio C., Consagro L., Leggieri A.

S.C. Nefrologia, Dialisi e Trapianto Renale, A.O.U. "OORR" Foggia

Per il corretto trattamento e per la valutazione evolutiva di una lesione ulcerativa è importante l'esatta descrizione delle caratteristiche cliniche, della patogenesi e della presunta evoluzione.

Il processo di guarigione di un'ulcera dipende principalmente da tre fattori: la riduzione dell'insulto (pressione, microtrauma, vasculopatia), la cura della ferita e il buon apporto di nutrienti. L'adeguata cura della ferita comprende: detersione, rimozione del tessuto necrotico e uso di medicazioni adeguate che risulteranno in un migliore apporto di nutrienti ai tessuti e nella bonifica locale da detriti e batteri.

Nel 2013 presso la Nostra Struttura sono stati trattati due pazienti affetti da ulcera diabetica e ulcera vasculopatica, previo trattamento basico iniziale, con l'applicazione locale di ossigeno terapia a 10 l/m in sedute quotidiane della durata di 30 minuti per circa due mesi.

Si è reso evidente, sin dalle prime sedute, un netto e graduale miglioramento delle ulcere per tutto il periodo della degenza.

L'ossigenoterapia si è dimostrata utile per il trattamento di lesioni cutanee ad eziologia multifattoriale, consentendo la replicazione fibroblastica e mediante azione battericida e/o batteriostatica diretta sui batteri anaerobi e per l'incremento di attività di macrofagi e polimorfonucleati e migliorando la concentrazione plasmatica locale dell'ossigeno.

P 013
TEMPESTIVITÀ TERAPEUTICA E PROTOCOLLO DIAGNOSTICO SONO SUFFICIENTI PER RIDURRE LA MORTALITÀ NEI PAZIENTI AFFETTI DA SEPSI E SHOCK SETTICO?

Orlando A., Vernaglione L., Pastore A.

U.O.C. Nefrologia e Dialisi, "P.O. Perrino", Brindisi

Introduzione: La sepsi rappresenta la terza causa di morte in terapia intensiva. Negli ultimi anni sono emerse nel trattamento della sepsi nuove strategie dialitiche. La Coupled Plasma Filtration Adsorption (CPFA) è una metodica emodepurativa accoppiata con l'emofiltrazione e basata sulla rimozione aspecifica di mediatori circolanti dell'infiammazione acuta attraverso una speciale cartuccia adsorbente. Tale tecnica è stata impiegata nella terapia della sepsi e dell'insufficienza multi-organo secondaria allo shock settico. In questo lavoro presentiamo i risultati della nostra casistica di pazienti trattati con CPFA.

Metodologia: Abbiamo valutato i pazienti trattati con CPFA presso la nostra struttura nel periodo di tempo 2010-2014. L'indicazione al trattamento con CPFA era la presenza di shock settico refrattario alla terapia antibiotica mirata dopo 24 ore dalla sua instaurazione. Indici di outcomes erano la leucometria, la necessità di somministrazione di amine vasopressorie, la febbre e la biochimica clinica di pertinenza renale, epatica e muscolare. I pazienti sono stati trattati secondo un protocollo basato su 3 sedute di CPFA di 10 ore ciascuna (il trattamento depurativo continuo durava 24 ore). Abbiamo valutato la mortalità a 90 giorni dall'ultima CPFA e la necessità di dialisi cronica.

Risultati: Nel periodo di tempo considerato sono stati trattati 28 pazienti con shock settico: nel 70% dei casi da klebsiella pneumoniae, nel 20% da E. Coli e nel 10% da Acinetobacter baumannii. Il 53% è stato trattato con protocollo completo; il 25% con una sola seduta di CPFA e il 21,5% con due sedute per exitus. Il tasso di sopravvivenza complessivo dopo 90 giorni in cinque anni è stato del 21%. Uno solo dei pazienti sopravvissuti è rimasto in dialisi cronica. Tutti i pazienti trattati erano in terapia antibiotica e vasopressoria da 24 ore. I valori mediani dei principali parametri laboratoristici all'inizio dei trattamenti erano creatinemia 2,5mg/dl, leucocitosi 27.000 x mm³, PCR 29 mg/dl, D-Dimeri 800 ng/dl (non significativamente diversi tra sopravvissuti e deceduti). Tutti i pazienti trattati erano anurici. La pressione arteriosa media era di 110/95 mmHg. Tutti i trattamenti sono stati eseguiti con eparinizzazione continua (1000 UI/h) previa normalizzazione dell'AT III. Nessuno dei pazienti trattati è stato sottoposto a bonifica chirurgica di focolai settici.

Conclusioni: La nostra esperienza dimostra che la tempestività di trattamento con CPFA e l'adozione di procedure e protocolli standardizzati di trattamento non garantiscono comunque tassi di sopravvivenza a 90 giorni soddisfacenti in pazienti con shock settico. Nemmeno l'entità del deficit renale pare predire l'outcome.

P 032
USO DEL CITRATO IN CPFA: PROTOCOLLO DI MONITORAGGIO INFERMIERISTICO

Piemontese G., Dello Mastro C.L., Di Corcia A., Lombardi M., Giorgitto S., Danza A., Tilli G., Consagra L.

S.C. Nefrologia, Dialisi e Trapianto, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Foggia, Foggia

Introduzione: La sepsi rappresenta la principale causa di mortalità nelle terapie intensive, con tassi variabili dal 20% al 70%. La CPFA (Coupled Plasma Filtration Adsorption) è una tecnica che unisce l'adsorbimento non selettivo dal plasma di mediatori infiammatori all'emofiltrazione.

Metodologia: A partire dal 2014 c/o il nostro Centro, in collaborazione con l'U.O. di Rianimazione, è in uso la CPFA con il sistema Amplya (Bellco®). Abbiamo eseguito 17 trattamenti, tutti in pazienti con diagnosi di shock settico. 13 hanno utilizzato anticoagulazione con eparina sodica (NaHP) in infusione continua, 4 con citrato (CT) secondo lo schema seguente: infusione in

pre-diluizione di soluzione contenente CT e infusione continua di Calcio Gluconato (CaG), in via periferica per mantenere livelli di calcio ionizzato (Ca⁺⁺) nel range 0,8-1,0 mmol/L. Vengono eseguiti controlli EGA pre- e post-filtro ad intervalli prestabiliti (basale, ogni 15' per le prime 2h, successivamente ogni 60'), modificando l'infusione di Ca⁺⁺ secondo protocollo.

Risultati: La sopravvivenza del circuito è stata di 6,28 ± 0,6 h, nel gruppo HP e 8,15 ± 1,27 h, nel gruppo CT. La calcemia si è mantenuta stabile (pre 0.82 – post 1), con livelli di pH medi di 7,31 ± 0,18. Il numero di interventi infermieristici nei due gruppi è risultato essere sovrapponibile.

Conclusioni: L'utilizzo del CT e il monitoraggio del Ca⁺⁺ ha consentito di trattare una dose elevata di plasma mantenendo uno stato coagulativo di sicurezza con livelli di Ca⁺⁺ nella norma.

P 036
METODICHE DI DIALISI CONTINUA E PLASMA EXCHANGE (PEX) NEL TRATTAMENTO DI UN GRAVE CASO DI AMILOIDOSI SISTEMICA SECONDARIA A MIELOMA MULTIPO (MM)

Nuvoli A., Farina A., Carassino A., Pala P., Loriga G.

S.C. Nefrologia Dialisi e Trapianto, Ospedale "SS Annunziata", Sassari

Introduzione: L'insufficienza renale che complica il MM incide potentemente sulla prognosi dei pazienti affetti e spesso richiede terapia dialitica. La rimozione delle catene leggere dal plasma tramite PEX, accanto alla chemioterapia specifica, migliora la prognosi renale e la sopravvivenza dei pazienti.

Metodologia: Riportiamo il caso di una donna di 60 anni affetta da Amiloidosi secondaria a MM IgG Lambda, e insufficienza renale da cardiopatia amiloidotica, con grave scompenso cardiaco, da noi sottoposta alternativamente a PEX (7 sedute con 2500 ml di PFC, monitor Multifiltrate) e Continuous Renal Replacement Therapy (CRRT, 3 sedute di CVVHD con kit Septex, 5 sedute di CVVHDF e 1 di CVVH, kit ST-150, monitor Prismaflex) in associazione a chemioterapia specifica.

Risultati: L'associazione di tali metodiche ha consentito un notevole miglioramento del quadro clinico. La PEX si è confermata efficace nella rimozione delle catene leggere, potenzialmente riducendo il danno legato alla deposizione di fibrille di amiloide.

Conclusioni: L'alternanza di PEX e CRRT, in associazione alla chemioterapia, si è rivelata un trattamento efficace nella risoluzione di un grave quadro acuto di Mieloma multiplo pluricomplicato. Un intervento precoce e intensivo è un fattore determinante nella risposta al trattamento.

P 042
SUCCESSO DEL TRATTAMENTO CON COUPLED PLASMA FILTRATION ADSORPTION (CPFA) IN UN CASO DI SHOCK SETTICO IN UREMICO CRONICO TERMINALE

Orlando A.

U.O.C. Nefrologia e Dialisi, "P.O. Perrino", Brindisi

Introduzione: La Coupled Plasma Filtration Adsorption (CPFA) è una metodica emodepurativa accoppiata con l'emofiltrazione e basata sulla rimozione aspecifica di mediatori circolanti dell'infiammazione acuta attraverso una speciale cartuccia adsorbente. Tale tecnica è stata impiegata nella terapia della sepsi e dell'insufficienza multi-organo secondaria allo shock settico. In questo lavoro presentiamo un caso clinico trattato dalla nostra équipe e conclusosi con successo nonostante il severo quadro clinico. CASO: Uomo di 69 anni affetto da uremia cronica pre-terminale complicata da cardiopatia ischemica cronica (by-pass aorto-coronarico nel 1990, rivascularizzato nel 2005 mediante stenting), pregressa aneurismectomia aorta addominale ed endoprotesizzazione dell'aorta toracica discendente, broncopatia cronica ostruttiva in trattamento con CPAP da sei mesi, adenoma surrenalico. Si ricovera in nefrologia il 29/7/2014 per alvo diarroico (feci liquide) e febbre (temperatura corporea 39°C) resistenti alla loperamide ed al ceftriaxone. All'ingresso il paziente si presentava confuso, dispnoico, ipoteso (80/60 mmHg), anurico, con saturazione di O₂ al 92%. Il 30/7/2014, preceduto dalla infusione di dopamina, dopo posizionamento di catetere in vena femorale destra, si iniziava trattamento depurativo con HDF a basso flusso. Venivano prescritti imipenem e teicoplanina. Il 31/7/2014, nonostante una timida ripresa della diuresi (350 cc/die) e la regressione della diarrea, persisteva stato febbrile con ipotensione per cui, dopo aggiunta di infusione di noradrenalina, dati i segni franchi di shock settico e SIRS, si impostava trattamento con CPFA

prevedendo tre sedute in tre giorni consecutivi, in aggiunta al trattamento con linezolid e ceftazidime (in Tabella I sono riportati i parametri clinici significativi del paziente nel periodo di studio). Il 3/8/2014 il paziente appariva apirettico, sveglio, vigile e collaborante con pressione arteriosa di 110/60 mmHg e diuresi 600 cc/die. Nei giorni seguenti la diuresi diveniva copiosa pur persistendo lo stato di uremia cronica terminale per cui si proseguiva con trattamento emodialitico trisettimanale. Nel frattempo giungeva l'esito delle colture eseguite nei primi giorni di ricovero che dimostravano positività per staphylococcus epidermidis, enterococcus gallinarum, klebsiella pneumoniae e clostridium difficile. Durante tutta la degenza il paziente proseguiva il trattamento emodialitico cronico trisettimanale con stabilità emodinamica. Il 30/10/2014 veniva dimesso.

TABELLA I

	29/7/14	31/7/14	1/8/14	2/8/14	04/08/14
	Ricovero	I CPFA	II CPFA	III CPFA	
Creatininemia (mg/dl)	5	5	4,3	4,9	3,37
Urea (mg/dl)	177	176	161	177	185
Leucociti (x10 ³ /ml)	11,8	15,8	13,5	7,8	4,21
Fibrinogeno (mg/dl)	2,37	372	417		
PT%	55	1,47	1,10	1,07	1,03
PTT sec	30,5	0,9	7,40	2,25	1,06
PCR (mg/dl)	34,32	35,8			5,78
T.C. (°C)	39,4		36		37
PA (mmHg)	80/50	100/60	105/60	110/60	
DIURESIS (ml)	Anuria	350		600	

Conclusione: Nel caso clinico presentato la CPFA, insieme ad una congrua terapia antibiotica ed alla giusta terapia di supporto, ha consentito la risoluzione di un quadro di sepsi severa mista con shock in soggetto con uremia cronica terminale. A nostro parere, per un outcome favorevole, sono fondamentali il corretto timing di inizio della CPFA e la massiva terapia con antibiotici.

P 047

IPEOSSALOSI IN PEDIATRIA E IMPEGNO INFERMIERISTICO

Ciullo D., Bandinu V., Lozzi P., Iacoella E., Iovine P., Avari N., Stefani L., D'Agostino M.

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

Introduzione: L'iperossaluria primaria di tipo 1 è un errore congenito di tipo autosomico recessivo causato da un difetto funzionale del fegato per carenza dell'enzima alanina amino transferasi glicosilato, con sovrapproduzione di ossalato. Il disturbo provoca un'eccessiva escrezione urinaria dello stesso, causando nefrocalcolosi e urolitiasi ricorrente e colpisce molti organi compreso il danneggiamento dell'osso, retina, vasi, miocardio, nervi e articolazioni che si traduce in scarsa qualità di vita e morte (1).

Metodi: La diagnosi si basa su risultati clinici ed ecografici, valutazione di ossalato nell'urina e analisi del DNA.

Risultati: Inizio di un trattamento precoce conservativo (alta assunzione di liquidi, piridossina, inibitori della cristallizzazione dell'ossalato) mirano a mantenere la funzionalità renale. La strategia di comportamento in tale malattia può essere il trapianto combinato fegato-reni, fegato isolato, rene isolato. Il trapianto di fegato è comunque l'intervento curativo per l'iperossaluria di tipo1 capace di correggere il difetto innato, ciò presuppone però la progressione della malattia renale per cui è necessario mantenere la terapia dialitica per rimuovere non più la produzione nuova di ossalati ma quella dei depositi sui vari organi /apparati. Nella nostra esperienza abbia-

mo utilizzato entrambe le metodiche; sia il trapianto di fegato (e successivamente di rene) che il trapianto combinato fegato – rene (2). Nell'iperossaluria di tipo 1 i migliori risultati fin'ora sono stati raggiunti con trapianto combinato fegato-rene. Il trattamento emodialitico con bicarbonato dialisi intensivo giornaliero fino alla preparazione del trapianto e durante lo stesso in camera operatoria per impedire il depositarsi degli ossalati di calcio sul "nuovo" rene è di fondamentale importanza. Successivamente il trattamento dialitico viene ripreso anche in rianimazione utilizzando una CRRT (Continuous Renal Replacement Therapy) con metodica cvvh. Tale tecnica viene supportata oltre che dal personale di dialisi (tramite un training annuale) anche dal personale infermieristico di rianimazione che gestisce gli allarmi e valuta se chiamare l'infermiere di dialisi per il cambio circuito/reinfondere il paziente o cambiare metodica di dialisi. Conclusione: la valutazione e il miglioramento del post operatorio vengono monitorati tramite prelievi di campioni ematici per dosare l'ossalato a vari intervalli di tempo tra l'inizio e la fine di una metodica dialitica e l'altra per valutare l'effettiva rimozione degli ossalati di calcio. È da sottolineare inoltre l'impegno a livello di preparazione tecnico professionale del personale di dialisi per la capacità di passare da una tecnica dialitica all'altra.

COMPETENZE SPECIALISTICHE - EDUCAZIONE E FORMAZIONE

P 004

PUÒ L'EDUCAZIONE SANITARIA INFLUIRE SUI LIVELLI DI FOSFORO NEI PAZIENTI IN DIALISI?

Paradisi F., Benedetto M.T., Bertozzi D., Cardelli L., Maccarelli G., Pula C., Turrini D., Villa F.

U.O.C. Nefrologia e Dialisi, Ospedale Santa Maria della Scaletta, Imola (BO)

Introduzione: Valutiamo come gli interventi di educazione sanitaria influenzano l'adesione alla dieta migliorando i livelli di fosforo ematico nei pazienti.

Metodologia: Abbiamo randomizzato 84 pazienti in dialisi della UO di Nefrologia di Imola, suddividendoli in due gruppi: un gruppo "attivo" sottoposto ad interventi di counselling, un gruppo di "controllo" che non subisce interventi educativi.

Lo studio si svolge in un periodo temporale di otto mesi, suddiviso in 2 fasi da quattro mesi ciascuna, nel quale abbiamo monitorato in tutti i pazienti arruolati l'andamento mensile della fosforemia, confrontando i valori prima e dopo gli interventi di counselling.

Ai pazienti viene anche richiesta la compilazione di un questionario che valuta le conoscenze e la consapevolezza alimentare nei confronti del fosforo prima e dopo il percorso educativo.

Risultati: Nei pazienti in studio abbiamo riscontrato un netto miglioramento delle conoscenze inerenti il fosforo, mentre non si ottengono variazioni prima e dopo l'intervento educativo nei confronti dei livelli di fosforemia.

Conclusioni: La consapevolezza nei confronti del fosforo risulta notevolmente aumentata dopo gli interventi di counselling, anche se le maggiori conoscenze teoriche non si riflettono sulla riduzione della fosforemia, questo può essere attribuito a diversi fattori: il limite temporale di soli quattro mesi, chi prepara i cibi spesso non sono i pazienti stessi, la difficoltà nell'assunzione e la scarsa tolleranza dei farmaci chelanti del fosforo ed, in ultimo, la presenza di innumerevoli limitazioni alimentari associate ad ulteriori terapie dietetiche, esempio diabete, iperpotassiemia, ipercolesterolemia.

P 051

LA PRESA IN CARICO INTEGRATA: GESTIONE CLINICO ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE EMOALIZZATO CON FREQUENTI MARCATI INCREMENTI PONDERALI

Mazzarella C., Nicoli M., Russo M., Ballarini M., Marandi G., Toschi R. Ospedale Maggiore, AUSL Bologna, Bologna

Introduzione: Il nostro servizio, collocato in un grande ospedale cittadino, accoglie pazienti affetti da danno renale acuto e pazienti in trattamento emodialitico cronico per insufficienza renale terminale.

La nostra attenzione si è focalizzata su questo secondo gruppo di pazienti presi in carico ed in particolare su coloro che presentano ripetutamente marcati incrementi ponderali negli intervalli interdialitici. Per alcune categorie di pazienti, l'eccessivo sovraccarico idrico rappresenta una delle problematiche di più difficile gestione clinico assistenziale, nonché una delle cause di complicanze cardiovascolari e motivo di ospedalizzazioni frequenti.

Materiali e Metodi: L'educazione alimentare e terapeutica, svolta costantemente dal personale infermieristico avvalendosi di schede dedicate concordate con il servizio di dietologia e nutrizione clinica dell'AUSL di Bologna, permette la valutazione dello stile di vita alimentare e dello stato di nutrizione/malnutrizione. Unitamente a queste, un approfondito accertamento infermieristico, attuato attraverso l'utilizzo dei modelli funzionali di M. Gordon, ci permette di valutare il rischio di alterazione del modello nutrizionale-metabolico. Al miglioramento dell'aderenza del paziente al regime alimentare imposto dalla patologia, contribuisce la figura dello psicologo che da anni collabora con il nostro centro dialisi, che può essere attivato autonomamente dall'infermiere che ne rilevi la necessità o su richiesta del paziente stesso.

Il trattamento dialitico viene personalizzato dal medico nefrologo, avvalendosi dell'utilizzo della tecnica di dialisi sequenziale, predefinita con uno schema, che alterna ultrafiltrazione isolata e bicarbonato dialisi, e che viene poi attuata in autonomia dall'infermiere in presenza di incrementi interdialitici >4,5 Kg. In alternativa al trattamento in bicarbonato dialisi previsto di routine per quel paziente per incrementi inferiori.

Discussione: Questo approccio viene al momento attuato nel nostro centro su due pazienti giovani, per i quali la criticità era significativa, sotto stretto controllo degli esami biochimici ad inizio e fine dialisi e attraverso l'utilizzo di tutti i biosensori di cui i moderni monitors sono dotati per valutare che, oltre alla sottrazione di liquidi, si riescano ad ottenere indici depurativi adeguati malgrado l'utilizzo parziale dell'ultrafiltrazione isolata. La presenza di una prescrizione dialitica personalizzata predefinita in caso di marcato incremento ponderale >4.5 Kg, permette a tutti gli infermieri, in maniera uniforme, di valutare in autonomia a quale prescrizione attenersi, nel rispetto di quanto previsto da normativa vigente.

Conclusioni: Ciascuno di questi interventi (educazione terapeutica, valutazione nutrizionale, trattamento dialitico, intervento psicologo etc.), preso singolarmente, non è in grado di risolvere un problema così complesso, mentre la sinergia di tutte le azioni messe in campo può risultare vincente. Questa interazione deve essere sempre supervisionata dall'infermiere che, quotidianamente a contatto con il paziente, è l'unica figura professionale in grado di avere una visione d'insieme di tutto il processo.

P 017

DIALISI PERITONEALE (DP): TRAINIG E PERITONITI

Arrighi E.¹, Meroni M.¹, Iannaccone M.¹, Croppi G.²

¹Az. Osp Sant'Anna, Como

²EOC, Mendrisio

Introduzione: L'incidenza di peritoniti (P) espressa come P/mesi/pazienti (P/m/pz) è un indicatore di qualità che noi rileviamo con cadenza trimestrale. Visto il peggioramento di questo indice negli ultimi 3 anni lo scopo di questo lavoro è l'analisi delle cause e la verifica dell'efficacia dei correttivi.

Materiali e Metodi: Abbiamo analizzato tutte le P il tipo di germe (GRAM+/-) e l'esito prima e dopo l'introduzione di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA). Questo PDTA, un algoritmo, è uno strumento semplice formato da caselle colorate che conduce il pz dai "sintomi" alla "diagnosi" al "cosa fare" passo dopo passo. Da settembre 2014 abbiamo introdotto il PDTA come poster in ambulatorio e in A4 plastificato consegnato al pz con l'indicazione di porlo sotto la sacca di drenaggio per verificarne la limpidezza.

Risultati: Dal 1.1.12 al 31.12.14 abbiamo trattato n.115 pz in DP n78 pz nessuna P n 17 pz, 1P n 20 pz 2 o più P. La prima P avviene a 22 m, nel 34% delle P la diagnosi è misconosciuta dal pz e viene posta quando il pz si reca in reparto. L'incidenza di P da 1 P/55m/pz nel 2012, a 1P/35m/pz nel 2013 e 1P/22m/pz nei primi 9 mesi 2014. Nel 2012 prevalevano le P da GRAM- (56%), nel 2014 le P da GRAM- erano il 17%. Dopo il PDTA l'incidenza di P è scesa 1P/26m/pz.

Conclusioni: L'aumento di P da GRAM+, (contaminazioni), la diagnosi tardiva, ma soprattutto il primo episodio di P dopo anni dall'inizio della PD, sono da attribuire alla ripetizione automatica e distratta dello scambio eseguito senza l'accurato lavaggio mani e l'uso corretto della mascherina. La nostra esperienza ci insegna che bisogna organizzare re-training periodici.

P 025

L'IGIENE DELLE MANI E L'AUTOGESTIONE DEI CATETERI PER EMODIALISI: ANALISI DEI BISOGNI EDUCATIVI DEI PAZIENTI E PROGETTAZIONE DI UNA STRATEGIA INFORMATIVA

Curci D.², Parlanti S.¹, Dimonte V.³, Biancone L.⁴

¹Casa di Cura "Villa Grazia". S. Carlo Canavese (TO)

²Unità Trapianti Renali, A.O.U. Città della Salute e della Scienza, P.O. Molinette, Torino

³Università degli Studi, Torino

⁴S.C. Nefrologia Dialisi e Trapianto, A.O.U. Città della Salute e della Scienza, P.O. Molinette, Torino

Introduzione: In dialisi, i pazienti portatori di CVC presentano un alto rischio di infezione, con conseguente incremento dell'ospedalizzazione e della mortalità. L'obiettivo della ricerca condotta è analizzare i bisogni educativi dei pazienti dell'emodialisi del San Vito, riguardo l'igiene delle mani e la gestione del CVC di Tesio, al fine di elaborare strategie di miglioramento per ridurre le infezioni e rendere i pazienti competenti nella gestione del proprio accesso venoso.

Metodologia: È stata rivolta un'intervista ai 67 pazienti della dialisi, nel periodo ottobre-dicembre 2013. I 60 pazienti con fistola hanno risposto solo alla parte sull'igiene, mentre ai 7 pazienti portatori di Tesio, è stato rivolto anche un questionario riguardante la gestione del CVC.

Risultati: Il 54% degli intervistati (36) afferma di non aver mai ricevuto informazioni riguardo l'igiene delle mani. Il 18% (12) non lava le mani prima della dialisi e il 67% (45) non le lava al termine. Più della metà del campione non conosce tempi e modi d'uso del gel a base alcolica. Il 22% (13) dei pazienti con fistola non lava quest'ultima con acqua e sapone e il 32% (19) non indossa i guanti per tamponarla. Per quanto riguarda i pazienti portatori di Tesio, 4 pazienti su 7 non hanno mai ricevuto informazioni sulla gestione del CVC, solo 1 paziente si ritiene in grado di automedicarlo qualora ce ne fosse bisogno; 5 su 7 ritengono utile e chiedono un supporto informativo che li permetta di autogestirsi. I risultati hanno portato la necessità di elaborare due brochures informative per i pazienti: la prima fornisce semplici regole sull'igiene in dialisi, la seconda rappresenta per i pazienti portatori di catetere di Tesio una guida all'automedicazione.

Conclusioni: Le brochures, senza sostituire l'impegno educativo da parte degli infermieri, potranno esserne da supporto, diffondendo informazioni semplici, univoche ed accessibili a tutti. Il materiale informativo è stato apprezzato e considerato utile dai pazienti.

P 028

L'IMPORTANZA DI UN PERCORSO STRUTTURATO NELL'INSERIMENTO DEL NUOVO INFERMIERE IN PREDIALISI E DIALISI PERITONEALE

Savino G., Zito M.P., Fabbri C., Pacifico R.

Dialisi Peritoneale, Policlinico Universitario Azienda Ospedaliera S. Orsola-Malpighi, Bologna

Introduzione: La fase dell'inserimento in un contesto lavorativo, in questo caso in dialisi peritoneale e predialisi, rappresenta un momento importante poiché può segnare il professionista in quel contesto lavorativo. (Costa 1990). Per questo fin dall'approccio iniziale, l'inserimento nella nuova realtà lavorativa, deve avere un percorso tracciato con l'obiettivo di condurre gradualmente il professionista al giusto livello di autonomia e competenza. A questo proposito, anche noi abbiamo strutturato un percorso per facilitare l'inserimento dei nuovi infermieri nella nostra realtà lavorativa, e gli interventi curativi, tecnici, relazionali ed educativi che sono stati strutturati nel percorso, hanno tenuto conto del contesto organizzativo aziendale e di reparto e della diversa tipologia del paziente.

Materiali e Metodi: Il nostro percorso è suddiviso in formazione di base e formazione specifica.

- La Formazione di base prevede un percorso teorico-pratico di 60 giorni con il consolidamento delle competenze a sei mesi.
- La formazione specifica prevede un percorso teorico-pratico di sei mesi con un consolidamento delle competenze a 12 mesi.

Ambedue i percorsi hanno una modalità esecutiva che prevede momenti di illustrazioni delle azioni dal Tutor, momenti di esecuzioni in collaborazione e momenti di verifica finale sino all'autonomia. Il passaggio dalla teoria alla pratica avviene attraverso lezioni frontali e simulazioni *in vitro* e *in vivo* con utilizzo di opuscoli specifici di informazione ed educazione.

Il piano di apprendimento, i livelli e le definizioni delle competenze, sono

state suddivisi in 4 grosse tematiche:

- La conoscenza del contesto organizzativo,
- Le conoscenze teoriche,
- Le competenze tecniche
- Le competenze assistenziali ed educative.

Importante strumento operativo nel processo di inserimento è la scheda di valutazione, inserita a sei mesi e a 12 mesi, in cui viene dato un giudizio sulle competenze professionali raggiunte. Il punteggio acquisito viene identificato con uno score utile al Tutor e al Coordinatore per assegnare al nuovo Infermiere un giudizio il più possibile obiettivo che certificano il raggiungimento delle competenze.

Conclusioni: Data la complessità assistenziale, un inserimento non strutturato potrebbe portare a delle carenze nelle competenze tecniche ed assistenziali. L'obiettivo del progetto è proprio quello di evitare che questo accada e quindi migliorare la qualità del servizio. Infatti il percorso da noi strutturato ha portato a una omogeneità del percorso formativo e un riconoscimento a livello aziendale delle competenze che ogni singolo operatore sanitario deve raggiungere per poter lavorare in predialisi e dialisi peritoneale. Per la definizione delle aree di competenze ci siamo avvalsi del documento sulle competenze Assistenziali Generali e specifiche dell'EDTNA/ERCA¹.

P 037

L'INFERMIERE NELLA PREVENZIONE E NELLO SCREENING DEI FATTORI DI RISCHIO DELLA MALATTIA RENALE CRONICA

Pizzo A.¹, Nappa A.², Tisi L.³, Miano F.⁴, Moretti M.⁵

¹NephroCare Napoli, Napoli

²NephroCare Centro Dialisi Cea, Napoli

³NephroCare Centro Dialisi Renal Center, Salerno

⁴NephroCare Centro Dialisi Sodial, Napoli

⁵NephroCare Salerno, Salerno

Introduzione: In momenti di crisi economica, l'attuazione di iniziative di prevenzione per le malattie croniche (MRC) e delle complicanze loro correlate è sicuramente una delle strategie più efficaci e la partecipazione di tutti gli operatori sanitari per il contenimento dei costi di questo settore è indispensabile. Il ruolo degli infermieri nella formazione delle persone sui fattori di rischio e le possibili complicanze della MRC è un metodo valido per raggiungere in modo capillare la popolazione in apparente buona salute.

Metodologia: Durante la "Prevention Race Napoli 2013" svoltasi nell'ottobre 2013, un team di infermieri, ha offerto la misurazione della pressione arteriosa, peso, altezza, misura la circonferenza della vita e un test bioimpedenziometrico per valutare lo stato di idratazione e nutrizione fornendo informazioni sui rischio cardiovascolare (CVD) associato a MRC.

Risultati: 191 pazienti sono stati visitati (72M, 119F, età media 52.55 ± 13.9 anni, media P_{Am} 128.62 ± 19.8 e P_{Amin} 77.57 ± 11.8). Lo screening ha evidenziato: 67 sovraidratati, BMI <20 = 6, BMI 20-24 = 69, BMI 25-29 = 80 e BMI >30 = 36; circonferenza addominale media 93.77 ± 19.6 cm; 7 diabetici, 17 ipertesi e 6 MRC.

Conclusioni: L'informazione dei cittadini e lo screening dei fattori di rischio CVD, sono di essenziale importanza nella prevenzione delle MRC e nella riduzione della morbilità e mortalità. Lo screening per i fattori di rischio CVD in una popolazione apparentemente "sana" può sicuramente ridurre i costi dell'assistenza sanitaria.

P 030

L'ADERENZA DEI PAZIENTI IN ETÀ LAVORATIVA AL REGIME DIETETICO ADEGUATO AL TRATTAMENTO DIALITICO

Teli M.

Cliniche Gavazzeni spa, Capriate san Gervasio, Bergamo

Introduzione: Nonostante l'importanza della dieta in dialisi, non è ancora stato indagato approfonditamente come la vita sociale dei dializzati ne influenzi l'adesione.

Metodologia: Sono stati esaminati due centri dialisi: l'Istituto Clinico Humanitas e le Cliniche Humanitas Gavazzeni. I criteri di inclusione erano diagnosi di ESRD in trattamento emodialitico da almeno 6 mesi, essere sottoposto a emodialisi con tre sedute a settimana di almeno 3½ ore ciascuna; avere almeno 18 anni; non essere ricoverato al momento dell'inizio dell'indagine; non avere deficit cognitivi. Il campione studiato è stato di 19 lavoratori e 63 pensionati.

Risultati: Analizzando il campione attraverso l'ESRD-AQ, è emerso che i lavoratori, con un punteggio di 988,16 ± 147,87 hanno un comportamento di aderenza più scarso rispetto ai pensionati con 1093,75 ± 102,60. Interpellati in merito alla questione sociale, i lavoratori dimostrano di sentirsi limitati dalle restrizioni su cibi e liquidi, più dei pensionati.

Valutando infine i valori di potassiemia, fosforemia, sodiemia e la differenza tra il peso ideale e il peso prima della seduta di dialisi (espresso in percentuale) per un intervallo di sei mesi, appare come i lavoratori abbiano livelli di potassiemia medi 5,42 ± 0,70 mEq/l, più alti rispetto ai pensionati 5,13 ± 0,79 mEq/l; e il Δ peso con una media di 5,18 ± 2,48% contro i 3,50 ± 2,01% dei pensionati.

Conclusioni: I lavoratori sono una categoria sociale maggiormente a rischio rispetto a quella dei pensionati. I loro comportamenti sociali creano condizioni potenziali e reali di disturbo per l'aderenza al regime dietetico e idrico. Nuove prospettive di miglioramento si possono favorire attraverso sistemi di informazione e interazione in tempo reale come applicazioni per dispositivi mobili o la rete Internet.

SIMPOSI

SIMPOSIO in collaborazione con FRESenius

TECNICA DI PUNTURA DELL'ACCESSO VASCOLARE: IMPATTO SULLA SOPRAVVIVENZA DELLA FISTOLA E DELLA PROTESI ARTERIOVENOSA

Parisotto M.T., Pelliccia F.

Fresenius Medical Care, Nephrocare Coordination – Bad Homburg, Germany

La FAV è riconosciuta, in tutto il mondo, come il modello di accesso vascolare di riferimento, anche se la cura e la gestione della FAV sono tutt'altro che semplici. In questo senso, giocano un ruolo fondamentale sia il personale infermieristico addetto all'emodialisi che il paziente: il loro contributo è fondamentale per la sopravvivenza della fistola.

Una adeguata formazione è indispensabile per consentire al personale infermieristico di valutare, pianificare, implementare la cura da erogare ai pazienti prima, durante e dopo la punzione della FAV e di gestire eventuali complicanze.

Una corretta esecuzione della punzione risulta pertanto essere un momento fondamentale per la sopravvivenza a lungo termine dell'accesso vascolare ed è indispensabile che il personale infermieristico sviluppi adeguate capacità per l'esecuzione della punzione. La prima punzione deve essere sempre eseguita da personale che abbia una notevole esperienza nell'esecuzione di tale pratica.

Abbiamo studiato l'impatto della tecnica di punzione sulla sopravvivenza della fistola artero-venosa e della protesi. Sulla base di un'indagine sulla pratica di puntura dell'accesso vascolare in 171 unità di dialisi effettuata in aprile 2009, una coorte di pazienti con dati relativi alla sopravvivenza dell'accesso vascolare è stato selezionato per il follow-up fino a marzo 2012. Dei 10.807 pazienti arruolati nello studio originale, dati di sopravvivenza dell'accesso erano disponibili per 7058 pazienti provenienti da nove paesi. Di questi, il 90,6% aveva una fistola artero-venosa e del 9,4% una protesi. La tecnica di puntura della dell'accesso era ad area per 65,8%, rope-ladder per 28,2%, e ad occhio per il 6%. La direzione più comune dell'ago arterioso era antero-grada con il becco di flauto rivolto verso l'alto (43,1%).

Per l'analisi è stato applicato un modello di regressione di Cox, rettificato per gli effetti all'interno dei paesi, e definendo come eventi la necessità di creare un nuovo accesso vascolare. La tecnica di puntura ad area è stata associata ad un rischio di fallimento dell'accesso vascolare significativamente maggiore rispetto alla tecnica rope-ladder o ad occhio. La direzione retrograda dell'ago arterioso con becco di flauto rivolto verso il basso, ha evidenziato un impatto negativo sulla sopravvivenza dell'accesso statisticamente significativo.

Il risultato più sorprendente è stato l'impatto della pressione venosa sulla fistola e sulla protesi. L'aumentato rischio di fallimento dell'accesso vascolare associato a pressioni venose superiori a 150 mmHg dovrebbe aprire una discussione sui limiti attualmente considerati accettabili.

**SIMPOSIO in collaborazione con EMODIAL
GESTIONE DELL'ACCESSO VASCOLARE IN UNA POPOLAZIONE
MULTIETNICA: ESPERIENZA DEL CENTRO DIALISI DI GALLARATE**

Pariani B.

Ospedale di Gallarate (VA)

Le infezioni catetere correlate sono tra le principali complicanze associate all'uso del catetere venoso centrale. I segni clinici di infezione possono essere valutati come grado di flogosi e grado di sanguinamento all'E-S ma tale valutazione cutanea in una popolazione multi-etnica può essere di difficile riconoscimento, in quanto si presenta in maniera diversa in base al fototipo del paziente. Ad esempio l'infezione si presenta con eritema su cute chiara, mentre assume colorito grigiastro su cute scura così come la pelle scura ha una notevole tendenza a sviluppare discromie post-infiammatorie. Questo richiede una specifica strategia di lavoro per l'equipe della dialisi e una collaborazione con il reparto di Dermatologia.

Nello studio di Gallarate è valutata l'infezione dell'E-S in pazienti con pelle caucasica e con pelle olivastro. Questi pazienti sono stati trattati con medicazione con pellicola antiaderente a rilascio d'argento la quale ha risolto l'infezione in 4/6 medicazioni, senza lasciare esiti discromici post infiammatori nei pazienti con pelle olivastro o nera. L'adozione di questa medicazione ha inoltre determinato una riduzione della spesa farmaceutica rispetto al trattamento con pomata antibiotica e di conseguenza anche un minor uso di antibiotici.

BUTTON HOLE: GESTIONE DELLA TECNICA IN PAZIENTI DOMICILIARI E VANTAGGI DELL'USO DELLE MEDICAZIONI AVANZATE ALL'ARGENTO

Borsetto C.

Servizio di Nefrologia e Dialisi, Ospedale S. Maria della Misericordia, Rovigo

Il Button Hole è una tecnica di venipuntura della fistola arterovenosa.

Allo stato attuale le criticità cliniche della metodica sono legate a:

- Formazione della crosta nel sito di venipuntura;
- Possibilità di infezione e flogosi cutanee nel sito di venipuntura.

Sono maggiormente esposte quelle persone che effettuano l'emodialisi domiciliare giornaliera in quanto l'elevata frequenza di puntura (5-6 volte a settimana), favorisce la probabilità di insorgenza di infezione e/o arrossamenti nel punto di inserzione dell'ago.

Da qui l'esigenza di trovare medicazioni che siano in grado di ridurre tale incidenza.

I pazienti del Centro Dialisi di Rovigo, attualmente in emodialisi domiciliare (4 pazienti), impiegano regolarmente per la medicazione tamponi a rilascio di ioni d'argento.

L'esperienza fino ad ora maturata ha permesso di constatare che l'uso costante di queste medicazioni a rilascio controllato di ioni d'argento è in grado di prevenire l'insorgenza di infezione, l'infiammazione al punto d'inserzione e ridurre la formazione dell'escara.

ESPERIENZE E LINEE GUIDA NELLA PROCEDURA DI GESTIONE DELL'EX CON MEDICAZIONI AVANZATE ALL'ARGENTO

Canzi M.

U.O. Nefrologia e Dialisi, A.O. S. Maria degli Angeli, Pordenone

L'obiettivo di creare un protocollo ad hoc per la propria unità operativa ha portato il centro dialisi di Pordenone ad effettuare uno studio sull'efficacia dei disinfettanti e sulla loro tollerabilità sul materiale costituente il catetere.

Nello studio *in vitro* sono stati paragonati frammenti di CVC immersi in soluzioni con tre disinfettanti, iodopovidone al 10% in sol. acquosa, ipoclorito di sodio allo 0,057 g. in sol. acquosa e clorexidina al 2% in soluzione alcolica. A seguito della comparazione dei CVC così trattati, *in vivo* sono stati utilizzati solo due di questi disinfettanti, iodopovidone e ipoclorito di sodio, mentre per la cute lesa è stata testata una medicazione avanzata a rilascio di ioni d'argento.

Quest'ultima ha dato risultati positivi nella riduzione degli arrossamenti e delle croste della cute così come nei segni clinici di un exit site infetto. Inoltre non è mai stata associata a fenomeni di allergia.

Da ciò la stesura di due protocolli distinti, uno per cute integra con Iodopovidone al 10% in soluzione acquosa e uno per cute lesa con medicazione a rilascio di ioni d'argento.

ASSISTENZA OLISTICA

HOLISTIC NURSING: MUSICA, TOUCH THERAPY E GUIDED IMAGERY

Burrai F.

Università di Bologna - AOSP S. Orsola Malpighi, Bologna

Introduzione: L'assistenza infermieristica olistica si basa sul paradigma olistico. La filosofia dell'olismo si basa su una visione dell'essere umano e del mondo in chiave sistemica, dove l'interconnessione tra i vari sistemi biologici e il mondo fisico ne rappresenta il focus primario. La teoria dei sistemi è la base logica che guida tale visione, dove l'essere umano è un sistema che ha un significato diverso e superiore dalla semplice somma della sue componenti. Dal punto di vista epistemologico, non è possibile conoscere un essere umano, la sua condizione di salute o di malattia studiando le singole parti. Tale modo di procedere produce una conoscenza frammentata, riducendo l'uomo ad un agglomerato di tessuti e organi, da "riparare" perdendone la visione globale. Questa modalità di conoscenza è di tipo riduzionistico-meccanicistico-cartesiano, tipico di un modello di assistenza biomedico. Il modello olistico si basa sull'integrazioni delle parti, dove il significato di salute e malattia è legato alle relazioni tra le parti. Quali sono le parti? Tale modello considera l'uomo come un sistema vivente dinamico e aperto, formato da un corpo, una mente ed una componente spirituale. Tali parti sono interconnesse tra loro e sono connesse all'ambiente fisico e sociale. Molte culture indicavano una equivalenza tra la materia è energia, e l'energia e la materia. In fisica, dopo Einstein, questa condizione del mondo è dimostrata sperimentalmente, con importanti implicazioni sul mondo assistenziale e sanitario. Nel modello olistico l'energetica è un tipo di assistenza fondamentale. Dunque, la salute, la malattia sono prodotte dal tipo di relazione tra le parti, il che significa, che ogni parte influenza in tempo reale le altre, in una modalità circolare con continui feedback. Il corpo influenza i nostri contenuti cognitivi ed emotivi, ma a sua volta tali contenuti influenzano la fisiologia delle cellule, dei tessuti degli organi. Le condizioni psicofisiche influenzano la sfera spirituale la quale influenza il mondo psicologico e fisico della persona. Il contesto organizzativo, il clima organizzativo, le condizioni di lavoro, le condizioni psicofisiche e spirituali di un infermiere, di un medico influenzano le condizioni di un paziente, il quale influenza le condizioni psicofisiche e spirituali dei sanitari. Non può sussistere una separazione tra sanitari, pazienti, ambiente fisico e tecnologico. La visione olistica moderna non si basa solo su una visione filosofica, ma anche sulla scienza più avanzata di oggi, la fisica quantistica la quale ha dimostrato empiricamente come il mondo è olistico, un network di relazioni, dove solo una visione sistemica, globale ed unitaria conduce ad una conoscenza più precisa dei fenomeni.

In tale quadro concettuale si inseriscono gli interventi infermieristici olistici, tra i quali, l'uso del suono e della musica, della Guided Imagery e del Touch Therapy sono quelli più utilizzati dagli infermieri a livello internazionale e sono quelli con un maggior numero di studi RCT e di evidenze.

L'uso della Musica

La musicoterapia è una disciplina che utilizza l'elemento sonoro/musicale all'interno della relazione utente/operatore in un processo sistemico di intervento con finalità preventive, riabilitative e terapeutiche. Il suono, come ogni realtà, è una forma di energia che produce effetti sull'organismo umano attraverso la variazione dei campi di energia delle strutture organiche, mentre attraverso la forma materiale, gli effetti si manifestano attraverso la risonanza tra le frequenze sorgente e quelle mente corpo. Il suono produce effetti terapeutici grazie alla sua azione positiva sull'asse psiconeuroendocrinoimmunologico: questa affermazione si basa sul fatto che ogni fenomeno psichico induce una modificazione biologica, e al tempo stesso, ogni modificazione strutturale-funzionale cerebrale, produce una modificazione della sfera emozionale, comportamentale, esperienziale. Secondo diversi studi, esistono correlazioni tra i parametri sonori e il metabolismo delle cellule, tessuti e organi. Secondo la teorica infermieristica Martha Rogers, il suono influenza l'asse mente corpo grazie alla correlazione tra il principio di risonanza della fisica del suono e il principio di risonanza enunciato dalla teorica del nursing. Evidenze di EBN ed EBM mostrano risultati significativi sull'impatto dei suoni, della musica su diversi parametri biologici, psicologici, spirituali e sociali.

Il Therapeutic Touch

Il Therapeutic Touch (TT), fu introdotto e sviluppato da Dolores Krieger, professoressa emerita di Nursing dell'Università di New York e da Dora Kunz,

pranoterapeuta agli inizi degli anni 70. Il TT può essere definito come quell'insieme di tecniche e procedure che modulano il campo di energia dell'essere umano a scopo terapeutico. In base alla definizione originaria della Kreiger, il TT permette "di indirizzare consapevolmente o modulare con sensibilità le energie umane". Contrariamente al termine "touch" questa tecnica non prevede nessun tocco fisico della persona sotto trattamento con il TT, ma si basa sull'utilizzo consapevole e competente della mani, per la gestione del campo di energia della persona. Ma cosa è per la Krieger un campo energetico? Un campo di energia è una dimensione che possiede un'estensione oltre il corpo fisico, non visibile che si manifesta nella realtà con attributi fisici, potendo essere in questo modo percepito dall'apparato sensoriale di un'essere umano. Questo campo energetico, struttura e da forma ad ogni elemento della realtà fisica. Krieger e Kunz, utilizzando e sviluppando modelli energetici antichi, pongono quattro postulati su cui si basa l'azione del TT: a) gli esseri viventi sono sistemi energetici aperti; b) i sistemi energetici sono dotati di una simmetria bilaterale; c) la malattia è il prodotto di uno squilibrio nel campo energetico; d) l'uomo ha una capacità naturale di trasformare e trascendere la sua condizione esistenziale.

La Guided Imagery

La Guided Imagery è una potente tecnica di suggestione che utilizza le immagini mentali. L'immagine è una forma di rappresentazione della realtà. Tale produzione di immagini può essere stimolata da auto-induzione o da compiti di immaginazione definita Guided Imagery. Le immagini mentali presentano contenuti cognitivi, emotivi che innescano processi informativi a livello biologico, che influenzando non solo la fisiologia dei tessuti e degli organi, ma anche i contenuti stessi della sfera psichica, attraverso una comunicazione per suggestione. L'immagine è il più potente mezzo di comunicazione mente-corpo.

Le immagini mentali hanno potenti effetti sull'asse psicosomatico perché adottano il sistema principale del funzionamento cerebrale che è quello per immagini.

Conclusioni: I tre interventi olistici presentati, hanno numerose evidenze scientifiche, sono tutt'ora sottoposti a trial clinici, e sono quelli più praticati dagli infermieri internazionali. Queste tecniche olistiche dovrebbero far parte delle competenze degli infermieri italiani di oggi, nell'ottica di un'assistenza moderna ed aggiornata, sempre più vicina ai bisogni dei pazienti. Questi interventi potrebbero entrare anche nella pratica quotidiana dell'assistenza infermieristica in campo nefrodialitico dopo un periodo di formazione.

O 019

LA PROGRAMMAZIONE NEUROLINGUISTICA (PNL) COME STRUMENTO PER MIGLIORARE LA COMUNICAZIONE INTERPERSONALE: CON IL PAZIENTE NELLA RELAZIONE TERAPEUTICA E CON I COLLEGHI IN AMBITO LAVORATIVO

Rizzi L.

Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi di Torino, Torino

Introduzione: La PNL è uno strumento che rende più efficace la comunicazione interpersonale. È lo studio dell'esperienza soggettiva attraverso la comprensione del funzionamento della mente umana.

Materiale e metodi: Studio approfondito della materia.

Valutazione dell'impatto che avrebbe un programma di formazione specifico in questo campo su chi si occupa di caring all'interno di grandi organizzazioni: sia nel rapporto col paziente che in quello con i colleghi di lavoro.

Ricerca bibliografica riguardante le teorie che stanno alla base della PNL.

Risultati: Attraverso lo studio e l'applicazione della PNL si comprende con quali meccanismi la mente umana crea le sue rappresentazioni della realtà rendendole uniche e a volte in contrapposizione con quelle altrui.

Applicandone le teorie e la pratica ognuno di noi può migliorare in maniera sensibile la relazione con gli altri e inoltre, attraverso queste, possiamo mettere in atto strategie utili per migliorare la nostra vita.

Conclusioni: La PNL è uno strumento che fornisce la consapevolezza che ognuno di noi vive e rappresenta la realtà del mondo attraverso l'insieme di numerose variabili: comprendere quali siano e riuscire a intervenire su di esse significa diventare più flessibili nelle relazioni col prossimo, migliorando in maniera notevole e migliorando conseguentemente la qualità della nostra esistenza.

O 012

LA COMUNICAZIONE IPNOTICA (C.I.) COME SUPPORTO AL PAZIENTE NEFROPATICO NEL SUO PERCORSO DI CURA

Consolaro M.A.¹, Rizzi L.²

¹A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino, Torino

²Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi, Torino

Introduzione: Dal 2013 nella nostra S.C. è stata introdotta la C.I. come strumento per aiutare il paziente a gestire l'ansia e il dolore procedurali.

L'ipnosi è uno stato modificato della coscienza prodotto dalla focalizzazione dell'attenzione su una monoidea grazie alla quale si verifica una connessione particolare tra mente e corpo che comporta dei cambiamenti oggettivi e soggettivi distinguibili dallo stato di veglia e sonno.

Materiale e Metodi: Sono state effettuate induzioni ipnotiche inizialmente su 30 pazienti sottoposti a biopsia renale su rene trapiantato, in occasione di una ricerca fatta per uno lavoro sperimentale. La metodica è stata poi estesa a reparti e servizi della S.C. attraverso un programma di "formazione sul campo" del personale che ora applica la metodica nella pratica assistenziale abituale, formazione che è tutt'ora in corso.

I dati sono stati raccolti utilizzando un questionario/intervista che ha indagato i livelli di ansia e dolore percepiti e valutati dai paz., utilizzando una scala NRS da 0 a 10.

È stata inoltre oggetto di valutazione la significativa differenza della percezione del tempo trascorso durante la procedura e la durata effettiva

Risultati: La C. I. è risultata essere di supporto ai pazienti sottoposti a procedure ed esami invasivi in maniera statisticamente significativa

Conclusioni: La C.I. è uno strumento che aiuta a gestire l'ansia e il dolore procedurale e rende meno traumatica qualsiasi procedura invasiva migliorando la percezione qualitativa dell'esperienza del paziente.

O 048

MEDICAL ART THERAPY: UN'ESPERIENZA ALL'INTERNO DEL REPARTO DI EMODIALISI DELL'OSPEDALE MALPIGHI DI BOLOGNA

Berra G., Guadagno V.

A.O.U. S. Orsola Malpighi, Bologna

Introduzione: L'arte terapia utilizza le immagini come strumento comunicativo privilegiato e promuove l'equilibrio emotivo e la crescita psichica della persona. Grazie all'utilizzo del doppio canale verbale e non verbale, facilita e sostiene l'espressione dei vissuti e la loro elaborazione.

La sua applicazione in campo medico ha lo scopo di sostenere colui che sperimenta l'esperienza della malattia, favorendo una percezione di sé più ampia rispetto a quella del corpo sofferente, promuovendo la dimensione espressiva all'interno di un'area potenzialmente traumatica.

Attraverso la modalità d'esperienza, la *medical art therapy* attiva la resilienza, ovvero la capacità dell'lo di fronteggiare le difficoltà in maniera creativa.

Metodologia: Oggetto dell'intervento è l'esperienza di tirocinio, prevista e supervisionata all'interno del Programma di Formazione di Art Therapy Italiana, che si svolge presso il reparto di Emodialisi dell'Ospedale Malpighi di Bologna.

All'interno del reparto sono stati forniti ad alcuni pazienti, gli strumenti per potersi esprimere direttamente dal proprio letto, durante la dialisi. La possibilità di comunicare anche in maniera non verbale all'interno dello spazio di cura, diventa l'occasione per relazionarsi a quello stesso spazio in maniera attiva dando forma a contenuti difficilmente nominabili e aprendo all'opportunità di una loro successiva elaborazione.

Nella sala d'attesa adiacente al reparto sono stati collocati alcuni materiali destinati ai familiari, allo scopo di consentire loro di comunicare attraverso le immagini, durante l'attesa del trattamento dei loro parenti.

Risultati: I pazienti coinvolti hanno iniziato a nominare le proprie emozioni rispetto alla malattia e ha riportare attraverso nelle immagini, aspettative, paure e blocchi che sono risultati importanti a comprendere il loro comportamento nei confronti del personale e delle cure loro offerte.

Conclusioni: L'utilizzo dell'arte in un contesto ospedaliero quale il reparto dialisi, può essere un'opportunità per favorire l'espressione dei pazienti e dei loro familiari, nonché per sostenere gli operatori a comprendere i vissuti soggettivi di ogni persona rispetto alla propria malattia, in questo modo è possibile sostenere i pazienti emodializzati e aiutarli ad affrontarla in maniera più mirata le loro difficoltà.

MODELLI ASSISTENZIALI E COMPETENZE SPECIALISTICHE

O 023

METABOLE', IL CAMBIAMENTO NELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

De Donno T., Incorvaia F., Montana G., Capello E., Sorano N., Fenoglio G.
Dialisi e Nutrizione Clinica, Ospedale "San Lazzaro", S.O.C. Nefrologia, ASL CN2 ALBA-BRA

Introduzione: Lo scenario nel quale siamo chiamati a vivere ed agire è continuamente mutevole. Il cambiamento ci coinvolge ad ogni livello, mondiale non meno che locale. Cambiare vuol dire porsi domande nuove, o tentare di rispondere in modo differente a quesiti che già si credevano risolti. È comune esperienza che i pazienti afferenti i centri dialisi siano soggetti ad un progressivo invecchiamento, così come coloro che sono chiamati a curarli. Ciò pone problemi nuovi in termini di complessità assistenziale, di comorbidità, di relazione con il/i care giver o le strutture che accolgono i pazienti. Una simile complessità deve, a nostro avviso, essere gestita in modo organizzato, capillare e tracciabile non solo durante il trattamento emodialitico ma anche nelle sue componenti extraospedaliere. Lo strumento organizzativo che più è sembrato rispondere alle nuove sfide, dopo valutazione di alcune opzioni, è stato il modello del Primary Nursing.

Metodologia: Il metodo utilizzato per individuare il modello organizzativo più adatto a rispondere alle nuove esigenze assistenziali è stato, in una prima fase, la costituzione di un gruppo di studio (12/12/2012) per la valutazione dei possibili modelli attraverso revisioni di letteratura pubblicate, libri e banche dati (PUB Med, Cochrane, Medline). Avvenuta la scelta del modello lo stesso gruppo è stato chiamato a definirne modalità di inserimento nella pratica quotidiana attraverso l'individuazione/creazione di strumenti di lavoro all'uopo costituiti (Schede di valutazione, revisione ex novo della Cartella Infermieristica, implementazione di nuovi strumenti informatici), la presentazione all'equipe, dapprima solo infermieristica ed in seguito anche medica, della SOS di Emodialisi e Dialisi Peritoneale del modello, ed infine la sua attuazione a far data dal 7 gennaio 2014.

Risultati: Il modello del Primary Nursing è entrato a far parte della nostra routine di lavoro da un anno. Ogni infermiere operante nella nostra SOS ha avuto assegnati 4 o 5 pazienti di cui essere Primary Nurse e ai quali ha dovuto presentarsi spiegando le modalità e lo scopo di tale cambiamento organizzativo. Ha in seguito raccolto dati relativi ai pazienti assegnati e preparato un piano di assistenza quanto più personalizzato, divenendo referente per il medico durante le visite periodiche di valutazione dell'efficacia dialitica e del generale andamento clinico del paziente. Inoltre ha mantenuto i contatti con i familiari del paziente o con gli eventuali operatori delle strutture presso le quali il paziente era ospite (Case di Riposo) o nelle quali era ricoverato (Reparti di Degenza).

Conclusioni: Per quanto si sia cercato di trovare uno strumento di valutazione oggettiva che potesse fornire indicazioni su come tale cambiamento organizzativo sia stata vissuta da pazienti ed operatori non è stato possibile reperire uno strumento, validato, di valutazione per l'individuazione dei punti di forza e debolezza nell'applicazione del Primary Nursing nel contesto emodialitico. Recenti revisioni di letteratura sembrano suggerire che il Primary Nursing aumenti i livelli di soddisfazione di entrambi, sottolineando nel contempo l'esigenza di ulteriori studi e valutazioni future. Nulla però, in tali studi o revisioni di letteratura, si riferisce in modo particolare all'emodialisi. Sarà perciò obiettivo di lavoro futuro individuare questionari validati da poter utilizzare per la valutazione del modello o, qualora possibile, cercare di elaborarne uno ad hoc.

O 024

DATI PRELIMINARI DI BIENNIO DI SERVIZIO "TELEFONO AMICO" PER LA DIALISI DOMICILIARE

Manias E.P., Argentin D., Guidi B.

Servizio di Nefrologia Dialisi, A.A.S. 5, Pordenone

Introduzione: La dialisi peritoneale domiciliare rappresenta una cura che prevede l'assistenza infermieristica alle persone nefropatiche che si accingono, in condizioni di fragilità, ad iniziare una terapia nel proprio domicilio. Attraverso una attenta valutazione, gli infermieri riuniti in equipe dedicata, definiscono un programma assistenziale che si pone obiettivi precisi:

- assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio al fine di evitare il ricorso inappropriato al ricovero ospedaliero

- continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure;
- supporto alla famiglia;
- recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione;
- miglioramento della qualità di vita.

L'infermiere nel progetto assistenziale svolge un ruolo vitale nella comunicazione dei bisogni dei pazienti nefropatici in quanto sviluppa relazioni di lunga durata con i pazienti e con le loro famiglie. Gli stessi pazienti trovano adeguato supporto personale e professionale al fine di poter gestire situazioni nuove che si troveranno ad affrontare.

Preso atto del ruolo determinante della figura infermieristica, anche nel nostro centro si è pensato anni fa di attuare un progetto per promuovere la scelta della modalità dialitica domiciliare, garantendo al paziente una continuità assistenziale da parte di un team infermieristico esclusivamente dedicato.

Il programma di educazione terapeutica proposto dal team è standardizzato ma si adatta alle caratteristiche psicologiche, culturali e attitudinali del paziente e della sua famiglia, inoltre è finalizzato a ridurre gli accessi ospedalieri per motivi assistenziali e clinici.

Da qui l'esigenza di poter usufruire di un collegamento 24 ore su 24 con il paziente attraverso uno strumento, telefono cellulare che l'equipe ha denominato "telefono amico".

Metodologia: L'osservazione del servizio "telefono amico" è stata fatta su due anni di attività lavorativa utilizzando una linea telefonica (cellulare) fornito dalla nostra Azienda ospedaliera, inserendo tutte le chiamate pervenute in archivio informatizzato. Se le problematiche poste erano di tecnica dialitica l'operatore che rispondeva, dava indicazioni immediate alla soluzione; in caso di problematiche cliniche la chiamata veniva dirottata al medico nefrologo di guardia ed eventualmente allertato il personale infermieristico reperibile per la struttura di Nefrologia e Dialisi, secondo la tecnica del triage.

Successivamente la chiamata veniva registrata su modulo cartaceo e trascritta in consegna infermieristica su cartella informatizzata; quindi si procedeva alla verifica della risoluzione delle problematiche stesse.

La presenza di questo "telefono amico" ha dato maggiore serenità e sicurezza al paziente nell'affrontare l'inizio della terapia dialitica domiciliare e le sue eventuali complicanze.

Anche il team infermieristico impegnato nella preparazione e condivisione di questo progetto ha trovato maggiore motivazione e consapevolezza del valore del proprio ruolo.

Il paziente è stato addestrato all'uso di un semplice schema di chiamata standardizzato, al fine di rendere la stessa efficace sul piano assistenziale anche in situazioni stressanti o ansiogene. La comunicazione della dotazione del "telefono amico" veniva anticipata al momento dell'orientamento della scelta terapeutica nel "pre-dialisi" ed il relativo addestramento avveniva al termine del training di dialisi peritoneale secondo un programma stabilito.

Risultati: Nel primo anno di osservazione i pazienti erano in totale 29 di cui 12 in CAPD e 17 in APD.

Le telefonate ricevute sono state 117. 80 sono ricadute nella fascia oraria 7.00 alle 15.30 e 40 dalle 15.30 alle 7.00. Nella fascia serale notturna il 50% delle chiamate riguardavano la conduzione della seduta dialitica più precisamente errori tecnici nell'utilizzo dell'apparecchiatura.

Nel secondo anno di osservazione i pazienti erano in totale 34 di cui 6 in CAPD e 28 in APD le telefonate sono state 148 e di cui 97 dalle ore 7.00 alle 15.30 e 54 dalle ore 15.30 alle 7.00. In questo caso le telefonate pervenute tra le 23.00 e le 7.00 sono state 15 tutte riguardavano problematiche tecniche di conduzione della terapia dialitica.

Conclusioni: In attesa di rielaborare i dati raccolti, si può ritenere che il servizio "telefono amico" è un mezzo efficace e gradito di assistenza infermieristica nel progetto di dialisi peritoneale domiciliare.

Gli accessi ospedalieri sono stati programmabili e si sono ridotti del 80%. La conduzione della terapia dialitica soprattutto notturna è stata efficace e continuativa.

O 043

LA CONSULENZA SPECIALISTICA NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE IN INSUFFICIENZA RENALE ACUTA: IL RUOLO DELL'INFERMIERE DI DIALISI CONSULENTE

Presentati F.L., Giurdanella P., Mazzini C., Montemagno C., Tridici C., Tridici L.
U.O. Nefrologia Dialisi e di Trapianto, Azienda Ospedaliera Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna

Introduzione: L'aumento dell'età media della popolazione e la presenza di patologie croniche a forte impatto psicosociale, rendono necessari l'implementazio-

ne di nuovi percorsi assistenziali atti a rispondere a domande di salute sempre più esigenti e complesse. Queste ultime trovano risposta in una organizzazione sanitaria incentrata su trattamenti sempre più personalizzati attraverso strumenti e metodi di coordinamento e di integrazione tra i professionisti.

Materiali e Metodi: Il progetto prevede la creazione dell'Infermiere di dialisi Consulente. Egli, attraverso competenze e conoscenze specialistiche, è in grado di offrire un contributo importante al miglioramento della qualità dell'assistenza.

Tutto ciò attraverso:

- soluzioni organizzative specifiche pur mantenendo una visione generale dell'intero processo e del risultato che si vuole conseguire;
- lo sviluppo delle risorse umane, sulla base di valide competenze professionali specialistiche;
- la progettazione e la responsabilità, quali espressione delle competenze professionali;
- l'individuazione di indicatori per valutare la qualità dell'intervento; questo momento è indispensabile poiché permette di definire il livello in cui si sta operando, le eventuali possibilità di miglioramento o la definizione di un nuovo obiettivo.

Conclusione: L'ingresso in dialisi del paziente "in fase acuta" è un momento delicato. I professionisti – medici ed infermieri – sono chiamati a dare risposte cliniche ed assistenziali tempestive, coordinate ed efficaci. Un buon livello di pianificazione e di progettualità può determinare l'esito delle azioni previste. L'introduzione dell'Infermiere di dialisi Consulente può rappresentare il "trait d'union" tra le esigenze evidenziate.

O 003

VALUTAZIONE DELLE LINEE GUIDA E SPERIMENTAZIONE SUL CAMPO NELLA CREAZIONE DI UN PROTOCOLLO DI GESTIONE DEI CVC PER EMODIALISI

Grizzo A., Canzi M.

Servizio di Emodialisi, A.O.S.M.A., Pordenone

Introduzione: Nella ricerca di fonti da cui trarre ispirazione per la realizzazione del protocollo, ci siamo resi conto che le linee guida internazionali spesso si basano su studi clinici effettuati su popolazioni di pazienti delle terapie intensive (CVC short-term) e pochi studi coinvolgevano la popolazione dialitica (CVC long-term). L'aspetto più evidente sono i numerosi incoraggiamenti all'uso della clorexidina per l'antisepsi della cute, non risultando sempre chiara la concentrazione e/o il tipo di soluzione se acquosa o alcolica. L'interpretazione incoerente in alcuni studi e successive revisioni ci ha imposto di effettuare delle verifiche sul campo che provassero l'efficacia di prodotti alternativi e la tollerabilità degli stessi e della clorexidina sui materiali per la creazione di un protocollo che fosse ad hoc per la nostra realtà operativa. Ci siamo inoltre chiesti se gli effetti della clorexidina fossero positivi perché più efficace in quanto tale o a causa dell'unione vincente tra la stessa e l'alcool, inoltre, in caso di cute lesa (arrossamento, erosione, infezione dell'exit-site) cosa è possibile utilizzare visto la controindicazione all'uso di soluzioni alcoliche? e qual è l'effetto continuativo della clorexidina in alcool sui materiali costituenti i CVC long-term?

Metodologia: Le nostre ricerche sono state eseguite utilizzando Pub Med, Cochrane Library e consultando le schede tecniche fornite dai produttori di disinfettanti e medicazioni avanzate. Partendo dal presupposto che i disinfettanti in commercio per la disinfezione della cute siano tutti efficaci, abbiamo eseguito uno studio comparativo che valutasse la tollerabilità degli stessi nei confronti dei materiali costituenti i CVC. Nella sperimentazione *in vitro* sono stati posti dei frammenti di CVC in silicone e poliuretano, immersi in soluzioni disinfettanti a base di jodopovidone 10% in sol. acquosa, ipoclorito di sodio allo 0,057 g. in sol. acquosa, clorexidina 2% in sol. alcolica e mantenuti in tali soluzioni per circa un anno. L'esame macroscopico non ha evidenziato alcuna alterazione nei campioni posti a contatto dei primi due disinfettanti, se non una lieve ambratura per il campione in jodopovidone, mentre nel campione in silicone, posto in clorexidina si è evidenziato una riduzione di resistenza alla trazione ed una consistenza "appiccicosa". Per questo motivo la clorexidina in alcool non è stata testata *in vivo* visto il rischio di danneggiamento del presidio; lo studio *in vivo* ha coinvolto gli altri due disinfettanti testati su 17 pazienti per un anno con valutazione microbiologica. Per la cute lesa abbiamo testato la medicazione a rilascio dinamico d'argento conducendo uno studio per la valutazione clinica di efficacia effettuato su 16 paziente per la durata di 4 mesi.

Risultati: Dall'analisi bibliografica abbiamo riscontrato buone prove a favore

della clorexidina in alcool rispetto ai concorrenti in acqua ma non rispetto ad altri prodotti in alcool. Per quanto riguarda la tollerabilità sui materiali i danni riscontrati sul silicone ci hanno indotto a non utilizzarla nella pratica. Lo studio *in vivo* degli altri 2 disinfettanti ha portato alla conclusione che l'efficacia era sovrapponibile con un'incidenza di CRBSI uguale a 0 e infezione locale pari a 3 casi per inosservanza delle norme igieniche da parte del paziente, in nessun caso vi sono stati episodi di irritazione locale o reazione allergica. Lo studio di efficacia del prodotto a rilascio dinamico d'argento ha dato esito positivo sia nella riduzione di eritema e croste, sia nel miglioramento dei segni clinici su exit-site francamente infetti, anche in assenza di terapia antibiotica sistemica; inoltre non si sono riscontrati fenomeni di reazione allergica o intolleranza al prodotto.

Conclusioni: la valutazione dei risultati ci ha portato alla creazione di 2 protocolli distinti uno per cute integra con l'uso di disinfettante Jodopovidone al 10% in sol. acquosa, e l'altro per cute lesa con medicazione a rilascio dinamico d'argento, che a distanza di circa 4 anni ci hanno consentito di mantenere ottimi risultati nel controllo delle CRBSI (al di sotto di 1 episodio ogni 1.000 gg./CVC), utilizzo ridotto e mirato degli antibiotici con riduzione dei costi assistenziali e livelli di meticillino-resistenza inferiori a quelli riscontrati nella nostra Terapia Intensiva. La valutazione critica delle linee guida e la sperimentazione sul campo ci ha permesso di considerare aspetti mai valutati precedentemente ottenendo una coscienza e conoscenza che va al di là della semplice attuazione degli indirizzi assistenziali troppo spesso presi come tali.

O 015

MEDICAZIONI AVANZATE DELL'ES CON ARGENTO

Stefanelli G., Zamboni E., Rossini P., Rugiu C.

U.O.C. Nefrologia Dialisi, MdA Dialisi Peritoneale, Verona

L'infezione dell'exit site (ESI) è una complicanza della DP che può comportare conseguenze serie per la sopravvivenza della tecnica e dei pazienti (pz). Per medicazione avanzata ci riferiamo a un materiale di copertura che abbia caratteristiche di biocompatibilità, processo che si identifica nell'interazione del materiale con un tessuto, favorendo una reazione desiderata.

Abbiamo utilizzato le garze d'argento (Ag) su 10 pz che presentavano una difficoltà cicatriziale e un arrossamento della zona peristomiale: l'Ag ha un'azione germicida a bassissima concentrazione. I pz venivano tre volte alla settimana in ambulatorio per eseguire la medicazione e di volta in volta venivano registrati i progressi. In tutti i pz sono state sufficienti due settimane di trattamento, cioè 6 cambi di medicazione.

Abbiamo utilizzato lo stesso dispositivo in 3 pz con ESI documentata, da Stafilococco Aureo (1 pz) e Pseudomonas Ae (2 pz). Dopo due mesi di trattamento la carica batterica si è ridotta e l'infezione è rimasta localizzata.

Queste medicazioni garantiscono il mantenimento del corretto gradiente umido nel letto di lesione, favorendo una riparazione tissutale più rapida. Le garze con Ag permettono di risolvere alcuni quadri di ESI, con un favorevole rapporto costo-beneficio, consentendo anche un maggior benessere dei pz.

COMPETENZE SPECIALISTICHE: GESTIONE ACCESSI VENOSI

P 005

L'ESPERIENZA DEL BUTTONHOLE: FIORE "ALL'OCCHIELLO" NELLA VENIPUNTURA

Paradisi F., Benedetto M.T., Croci C., Pono A.

U.O.C. Nefrologia e Dialisi, Ospedale Santa Maria della Scaletta, Imola (BO)

Introduzione: La tecnica del ButtonHole o puntura ad "occhietto" ha origini remote, negli anni 70 il medico polacco Twardowski sviluppò questa tecnica di "puntura a sito costante" in alternativa alla rotazione dei siti di venipuntura. Attualmente viene riproposta al fine di ridurre le complicanze a carico della FAV.

Metodologia: Dal 2007 al 2014 abbiamo arruolato 65 pazienti, ai quali viene somministrato un questionario prima di intraprendere la tecnica ad "occhietto", a tre ed a sei mesi dall'utilizzo degli aghi ButtonHole.

Attraverso il questionario abbiamo valutato:

- il dolore mediante la VRS (Valutazione Rapida dello Stress)
- i tempi di emostasi della FAV
- il grado di soddisfazione alla tecnica di venipuntura.

Risultati: Dai dati analizzati è risultato che con la tecnica standard il dolore alla venipuntura risulta essere nel 53,8% da nessuno a lieve e nel 46,2% da modesto a forte mentre con tecnica ButtonHole il dolore è nel 97,1% da nessuno a lieve e nel 2,9% da modesto a forte.

I tempi di emostasi riportati nella tecnica standard sono: 18,5% inferiore a 5 minuti, 40,5% fra 5-8 minuti, 22% fra 8-12 minuti ed il 19% oltre i 12 minuti mentre con la tecnica ButtonHole nel 67,5% sono inferiori a 5 minuti, 31,1% fra 5-8 minuti, 1,4% fra 8-10 minuti e nessun caso registrato oltre i 12 minuti. Il 98,5% dichiara di essere soddisfatto del passaggio dalla tecnica standard al ButtonHole.

Conclusioni: In sette anni di esperienza abbiamo prevalentemente riservato la metodica a pazienti con elevata incidenza di complicanze. La riduzione del dolore e la considerevole diminuzione dei tempi di emostasi associato all'elevato grado di soddisfazione dimostra che la tecnica rappresenta una valida alternativa alla puntura standard.

P 007

INFERMIERE PROTAGONISTA: GESTIONE DI FISTOLA ARTERO VENOSA PROTETICA IN EMODIALISI

Vargiu M., Calore C., Stochino M.G., Stevanin A., Gioachin M., Orsi M., Scialfa M., Marmorio E., Pellizzaro M., Micheli V., Pariani B., Caretta E.
U.O. Nefrologia e Dialisi, Azienda Ospedaliera "S. Antonio Abate", Gallarate (VA)

L'importanza del ruolo infermieristico nella gestione degli accessi vascolari per emodialisi è ormai consolidata.

Nella nostra azienda l'aumento delle fistole protesiche ha rimesso in discussione il ruolo infermieristico.

Nel 2013 è stata creata un'Istruzione di lavoro per la gestione delle FAV, supportata da un progetto sorveglianza con l'obiettivo di valutare la funzionalità della protesi grazie a parametri di efficienza dialitica rilevati in corso di emodialisi.

È stato dimostrato che nelle protesi l'aumento della pressione dinamica, 200 mmHg con QB 300 mm/min, ago 15 G per almeno 3 dialisi consecutive, è indice di stenosi venosa.

Risultati: Riduzione del tempo lavoro infermieristico, aumento dell'efficienza dialitica, riduzione del dolore procedurale, riduzione dell'emostasi, correlazione tra ematocrito e trombosi, diminuzione eritropoietina somministrata.

P 020

L'ESAME OBIETTIVO (EO) DELLA FISTOLA ARTEROVENOSA (FAV): CONFRONTO TRA INFERMIERI, MEDICO IN FORMAZIONE E NEFROLOGO ESPERTO

Bevilacqua S., Magagna M.V., Moiola M., Grossule E., Pessolano G.
Servizio di Emodialisi, AOUI, Borgo Roma (VR)

Introduzione: L'EO è la base di ogni programma di screening della stenosi (ST) nella FAV e tutto il personale di dialisi che gestisce l'accesso vascolare dovrebbe essere in grado di eseguirlo con appropriatezza. L'EO ha il limite di essere operatore-dipendente, ma la tecnica per identificare la ST può essere insegnata e facilmente appresa.

Metodologia: Ci siamo proposti di valutare il grado di concordanza nell'individuare la ST e la sua sede (juxta-anastomosi, area di puntura, scarico venoso a valle) mediante l'EO eseguito da 3 infermieri esperti nella puntura dell'accesso (I), 1 medico in formazione (S) e 1 nefrologo esperto nello screening per la ST (N). Tutti hanno eseguito l'EO in 46 pazienti con FAV, dopo un breve corso teorico tenuto da N. La concordanza tra i vari operatori è stata misurata con la k di Cohen: l'accordo è scarso per un k di 0-0.20, accettabile per un k 0.21-0.40, discreto per un k 0.41-0.60 e sostanziale per un k >0.60.

Risultati: La concordanza è risultata scarsa tra i 3 I (k tra 0.01 e 0.15) e tra 2 I e medici (k tra 0.01 e 0.18), mentre è stata accettabile tra 1 I e S e N (k 0.29 e 0.38) e tra S e N (k 0.24).

Conclusioni: Lo studio evidenzia che nella FAV il grado di accordo tra i vari operatori nell'individuare la ST con l'EO è scarso o al massimo accettabile nella nostra realtà, suggerendo la necessità di un programma di formazione teorico-pratica per cercare di rendere più omogenea la performance del personale.

COMPETENZE SPECIALISTICHE: GESTIONE DEI PERCORSI

P 011

LA "CARTA DEL DIALIZZATO"

Maoret C., Scarton F., Giozzet M.
U.L.S.S. 2, Feltre (BL)

Introduzione: Dall'esperienza accumulata negli anni presso il servizio di nefrologia e dialisi dell'ospedale di Feltre, e sommando ad essa numerosi eventi particolari, si è reso evidente che le specificità cliniche e le necessità assistenziali del paziente dializzato spesso non sono conosciute in altre realtà di cura. Il rischio è che l'approccio diagnostico-terapeutico ed assistenziale non sia idoneo a risolvere le problematiche di questi pz.

Metodologia: Questo lavoro è frutto di un elaborato di tesi che per validare il sospetto di inefficiente assistenza espresso nell'introduzione si è avvalso di un questionario somministrato al personale infermieristico che lavorava presso le 5 u.o. prese in esame. Esso si proponeva di raccogliere informazioni sui quali fossero le difficoltà esperite dagli infermieri nell'assistere questi pz. e su quali aspetti si concentrasse la loro attenzione. Sono state anche consultate 63 cartelle cliniche, suddivise in 5 u.o., inerenti i ricoveri dei pz. in esame dal 01/01/2010 al 30/04/2013, cercando di indagare che cosa fosse stato segnalato nella documentazione clinica in merito all'assistenza.

Risultati: L'elaborazione dei dati raccolti ha evidenziato che le problematiche del pz. dializzato sono ancora poco conosciute e che l'assistenza fornita a loro spesso non soddisfa le reali necessità.

Conclusioni: Ecco l'utilità di trasmettere alcune informazioni inerenti le peculiarità del pz. dializzato agli operatori che operano in altri servizi/u.o. Si è costruita quindi la "Carta del Dializzato". Essa è uno strumento personalizzato che il pz. proporrà al personale sanitario che lo dovrà assistere. Contiene semplici informazioni sulla sua (è personalizzata) condizione di dializzato: tipologia di trattamento, accesso vascolare, bilancio idrico, dieta e recapiti utili.

P 014

L'INFERMIERE DI DIALISI PERITONEALE NELL'AMBULATORIO PRE-DIALISI: ESPERIENZA DELL'U.O.C. DI NEFROLOGIA E DIALISI DI ASCOLI PICENO

Federici G.

U.O.C. di Nefrologia e Dialisi, ASUR-Marche, AV5, Ascoli Piceno

Introduzione: Nato dall'esigenza di fornire al paziente (pz) con IRC terminale (GFR <15 ml/min) un'assistenza più frequente, l'Ambulatorio di Pre-dialisi è una realtà condivisa e consolidata nella ns U.O. di Nefrologia da circa 20 anni. Il medico che segue l'ambulatorio è lo stesso della Dialisi Peritoneale (DP) e l'infermiere (IP) della DP lo affianca, nella gestione del pz.

Metodologia: Abbiamo esaminato il flusso mensile dei pz dal 2007 al 2014, valutato i pz seguiti in ambulatorio pre-dialisi calcolandone gli ingressi e le scelte dialitiche, implementato un percorso che permette al pz di rivolgersi all'IP della DP per diverse esigenze che vanno: dalla spiegazione della Lettera ambulatoriale, al fornire ricette o Piani Terapeutici, al controllo, da parte dell'IP, dell'assunzione di farmaci e dell'aderenza alla dieta ipoproteica.

Si avvia così il pz alla cura di sé stesso ed a comprendere l'importanza della prescrizione e dell'adesione alla terapia. In tal modo anche l'IP riesce a definire, conoscendo il pz e la famiglia, l'idoneità al programma dialitico scelto.

Risultati: Abbiamo esaminato il flusso di pz in DP nei 7 anni: su 101 pz in DP, 63 pz provenivano dall'ambulatorio Pre-dialisi (62,7%), i rimanenti dalla Degenza nefrologica.

Conclusioni: La capacità di gestire la malattia ed il rapporto con l'infermiere di DP, ci permette di indirizzare il pz alla scelta della DP che comporta l'autogestione della dialisi.

P 018**CALCIFILASSI IN DIALISI: "UNA SFIDA PROFESSIONALE", VEDER SORRIDERE ANCORA UNA PERSONA**

Donabello F., Trolese F., Zambonin E., Martinello F., Vinci C., Scaparrotta G., Rebeschini M.

U.O.C. Nefrologia e Dialisi, Azienda Ospedaliera di Padova, Padova

Introduzione: Nei Pazienti affetti da malattia renale cronica in stadio avanzato colpiti da CUA, il quadro clinico è caratterizzato da lesioni dolorose della cute che tendono a necrotizzare con trasformazione ulcerativa o gangrenosa, talora richiedono l'amputazione, ed è frequente il sopravvenire di infezioni che esitano in sepsi e morte.

Metodologia: Abbiamo trattato una Paziente di anni 59 affetta da CUA, con comparsa di lesioni cutanee violacee, dolorose, a rapida evoluzione ulceronecrotica localizzate bilateralmente agli arti inferiori, attraverso la stesura di un progetto terapeutico-assistenziale medico-infermieristico dedicato. Si è provveduto alla presa in carico totale della Paziente, non solo nell'ambito dialitico, ma anche nell'ambito chirurgico, eseguendo alla paziente ad ogni accesso al Centro, durante le sedute dialitiche un debridement chirurgico e un trattamento intensivo delle lesioni cutanee mediante utilizzo di preparati a base di Alginato, Idrocolloide e Carbossimetilcellulosa Argentica. L'educazione ha rivisto l'alimentazione e la compliance della terapia farmacologica domiciliare, la valutazione costante del dolore, e la relazione d'aiuto si è focalizzata sul vissuto della Paziente e della sua famiglia.

Risultati: A distanza di 12 mesi dalla diagnosi, si è assistito ad una completa risoluzione della CUA senza amputazioni/menomazioni all'assistita. Abbiamo assicurato cure adeguate ed appropriate all'interno del nostro Centro, esaudendo un desiderio espresso inizialmente e fortemente dalla paziente, il bisogno di sicurezza.

Conclusione: La diagnosi e la terapia farmacologica tempestiva, una presa in carico della Paziente con personale infermieristico dedicato, attuando un precoce trattamento locale (debridement chirurgico) assicurando la continuità delle cure nella loro complessità, sono risultati determinanti e fondamentali nella risoluzione del caso.

Essere Infermiere di Dialisi oggi, cosa vuol dire?

P 022**PERCORSO ALLA DIALISI**

Pizzocoli E.

U.O.C. Nefrologia e Dialisi, Ospedale Mater Salutis-AULSS21, Legnago (VR)

Numerose sono le malattie croniche che hanno elevato impatto sociale: tra queste, le nefropatie rappresentano senza dubbio una delle voci principali, sia per l'elevato numero di pazienti affetti, sia perché la malattia renale porta progressivamente il paziente alla condizione di dializzato.

Se è certo, oggi, che gli ammalati possono contare su un'affidabile rete di centri pubblici in cui effettuare le terapie dialitiche e sulle eccellenti competenze del personale sanitario, medico e non, che in tali centri opera, è vero anche che gli ammalati e le loro famiglie hanno, per molteplici e differenti, serie difficoltà nel vivere la quotidianità della malattia.

Per rispondere a queste problematiche ecco che noi del Servizio Emodialisi dell' AULSS21-Legnago abbiamo elaborato questa guida "PERCORSO ALLA DIALISI" inserendola proprio in questo segmento: essa nasce con l'obiettivo di offrire a coloro che si avvicinano al trattamento dialitico, e alle loro famiglie, una serie di informazioni relative ai servizi erogati, ai riferimenti logistici, al personale dell'U.O.C. di Dialisi, alla cura a cui il paziente si sottopone, insieme a consigli pratici per conoscere e affrontare nel miglior modo possibile la malattia.

Sono state schematizzate le tappe del trattamento dialitico per aiutare il paziente e i suoi familiari a comprendere meglio alcuni aspetti della terapia, fornendo successivamente indicazioni su tutta una serie di accorgimenti pratici fondamentali su cui spesso non è posto a sufficienza l'accento nelle guide tradizionali.

Attraverso la ricerca e l'interpretazione di informazioni, si è voluto formulare un elaborato di semplice lettura, che, anche attraverso l'utilizzo di immagini e colori, da un lato favorisse in modo immediato la comprensione di tematiche ed aspetti fondamentali per migliorare la vita del dializzato e del suo nucleo familiare, e dall'altro fosse una prima importante tappa per l'instaurarsi di un rapporto paziente/servizio emodialisi basato sul dialogo e sulla collaborazione, determinanti per migliorare la qualità dei servizi offerti.

P 026**L'INTOLLERANZA GLICIDICA NEL PAZIENTE SOTTOPOSTO A TRAPIANTO RENALE: FORMULAZIONE DI UN PROTOCOLLO DI MONITORAGGIO GLICEMICO INTENSIVO IN UNITÀ TRAPIANTO RENE**

Curci D.¹, Ferrari E.², Raghino A.³, Grassi G.⁴, Dimonte V.⁵

¹Unità Trapianti Renali, A.O.U. Città della Salute e della Scienza, P.O. Molinette, Torino

²A.O. Ordine Mauriziano, DEA/Pronto Soccorso, Torino

³SC Nefrologia Dialisi e Trapianto, AOU Città della Salute e della Scienza, P.O. Molinette, Torino

⁴S.C. Endocrinologia, Diabetologia e Malattie Metaboliche, A.O.U. Città della Salute e della Scienza, PO Molinette, Torino

⁵Università degli Studi di Torino, Torino

Introduzione: Il diabete di nuova insorgenza post trapianto (NODAT), definito come persistenza di iperglicemia oltre il 6° mese, ed è fattore di rischio per complicanze infettive, cardiovascolari e di rigetto acuto del *graft*¹. In aggiunta l'iperglicemia precoce post-trapianto, in pazienti normoglicemici pre-trapianto è definita tale per valori di glucosio plasmatico ≥ 126 mg/dl a digiuno entro la 7 giornata post-operatoria (7 GPO)². Scopo del lavoro è stato formulare un nuovo protocollo di monitoraggio glicemico finalizzato a iniziare precocemente la terapia insulinica nel paziente trapiantato di rene.

Metodologia: A 16 pazienti normoglicemici sottoposti a trapianto renale nel nostro centro dal 01/11/11 al 31/12/11 sono stati analizzati retrospettivamente i profili glicemici dal post-intervento sino alle dimissioni. Il 37% dei pazienti mostrava iperglicemia a partire dalla 2 GPO e tali pazienti venivano dimessi con insulina terapia. Sulla base di questi riscontri si è definito un protocollo di monitoraggio a partire dalla 2° giornata. Per valutare l'efficacia di tale protocollo 20 pazienti non diabetici sottoposti a trapianto renale da Maggio 2012 a Settembre 2012 sono stati arruolati in uno studio prospettico.

Risultati: Rispetto al precedente schema di monitoraggio glicemico, con l'avvio dei controlli in 4° giornata, il nuovo protocollo ha consentito una diagnosi di iperglicemia nel 65% dei pazienti già dalla 2° giornata, con avvio precoce della terapia insulinica e conseguentemente miglior controllo glicemico (10% vs 50% pazienti con valori glicemici >180 mg/dl).

Il nuovo protocollo di monitoraggio glicemico intensivo ha permesso inoltre di uniformare i comportamenti degli operatori sanitari riguardo la somministrazione e la prescrizione dell'insulina terapia, rendendo così l'approccio al paziente più sicuro ed efficiente in regime di ricovero.

Conclusioni: Una precoce ed intensiva attenzione alle iperglicemie comporta una precoce attenzione a possibili complicanze legate ad esse. L'esecuzione di progetti multidisciplinari promuove la condivisione delle conoscenze, rafforzando i rapporti professionali.

P 029**IL PERCORSO PER L'INSERIMENTO IN LISTA PER TRAPIANTO D'ORGANO**

Pacifico R., Zito M.P., Fabbri C., Savino G.

Dialisi Peritoneale, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna

Introduzione: Il trapianto di rene è la terapia che garantisce il miglior rapporto costo/beneficio e la migliore qualità della vita tra tutte le terapie sostitutive dell'insufficienza renale cronica (IRC) avanzata, occorre pertanto, fare in modo, che tutti i pazienti eleggibili per il trapianto siano messi nella condizione di entrare in lista il prima possibile. Lo scopo di questo lavoro è quello di mettere in luce l'impegno lavorativo e organizzativo necessario per questo processo di immissione precoce e mantenimento in lista d'attesa per trapianto renale, iter condotto dal personale (infermieri e medico) dei centri di Nefrologia e dialisi.

Materiali e Metodi: Per facilitare il percorso di messa in lista per trapianto di rene e per coordinare il percorso dell'inserimento nella nostra unità lavorativa, dal 2007 si è adottato il modello organizzativo infermieristico del case management. La particolare delicatezza di tale procedura, impone l'impiego della figura del case manager come responsabile dell'attuazione di appropriati programmi di preparazione del paziente che si richiede di sottoporsi ad un trapianto di rene. Nel 2009 è stata formalizzata una procedura dell'U.O. che mette in evidenza il percorso clinico-assistenziale con lo scopo di rendere visibile e tracciabile tutto il processo della presa in carico, definendo il "chi fa che cosa".

La procedura è stata suddivisa in tre fasi:

Fase 1: Idoneità al trapianto – colloqui informativi ed educativi, scelta del

percorso donazione da vivente, programmazione degli esami strumentali, ematici e visite, esecuzione degli esami e registrazione delle prestazioni. Fase 2: mantenimento in lista - programmazione informatizzata dei controlli ematici, compilazione delle impegnative di riferimento e relativo invio del siero per la tipizzazione dei pazienti in lista TX. Fase 3: aggiornamento - clinico, strumentale, laboratoristico della documentazione dei pazienti in lista trapianto.

Discussione: La figura dell'infermiere Case Manager nella nostra unità è anche il punto di riferimento del paziente e dei familiari nel percorso per la scelta dialitica dei pazienti in predialisi e nell'assistenza al paziente in dialisi peritoneale a domicilio. L'ulteriore Coordinamento del percorso trapiantologico comporta a questa figura e al resto dell'equipe, un allargamento delle aree di intervento che potrebbe superare il limite per la "governance" delle cure possibili, per questo professionista già impegnato nel governo del rallentamento dell'evoluzione della patologia renale, nei percorsi di scelta dialitica, nell'inserimento in dialisi e nelle cure in cronico. Le Regioni e le Aziende Ospedaliere tendono a considerare l'atto chirurgico come "momento focale" del percorso dimenticando di evidenziare l'operato di chi gestisce il percorso pre o post trapianto logico.

Infatti queste molteplici attività all'interno di un contesto organizzativo vengono gestite senza risorse aggiuntive avendo come fine ultimo l'interesse del malato e l'etica di chi vi opera.

Conclusione: Considerato che si tratta di una coorte di pazienti in continua crescita, per migliorare e rendere evidente questa attività, potrebbe essere utile una adeguata programmazione di risorse sulla base delle caratteristiche e al numero dei pazienti che accedono all'ambulatorio e/o anche l'identificazione di una figura professionale specifica, integrata a tempo pieno che collabora con i centri trapianti per supportare l'attività organizzativa ed assistenziale del centro stesso e del paziente nel suo percorso di cure in relazione al trapianto. Il risultato potrebbe essere una maggiore motivazione per il riconoscimento delle competenze nelle specifiche aree di assistenza e minore tempi di attesa per la messa in lista trapianto.

P 038

LA FIGURA DEL COORDINATORE CLINICO TRAPIANTI NEL PERCORSO DI INSERIMENTO IN LISTA D'ATTESA TRAPIANTO

Lovato R., Sinico A., Mettifogo M., Dissegna D., Chiaramonte S., Ronco C.
Dipartimento di Nefrologia Dialisi e Trapianto, Ospedale San Bortolo, Vicenza

Descrizione della figura del Coordinatore Clinico Trapianti in supporto all'attività organizzativa clinica assistenziale del paziente nefropatico nel percorso di inserimento in lista d'attesa trapianto.

Metodologia:

- formazione del coordinatore clinico
- creazione della rete organizzativa multidisciplinare a supporto dei percorsi
- definizione di strumenti operativi, protocolli e procedure

Risultati:

- accorciamento tempi di immissione in lista trapianto
- gestione facilitata dell'immissione e mantenimento in lista trapianto
- standardizzazione percorsi e metodologie
- coinvolgimento del paziente nella gestione del proprio percorso di cura

Conclusioni: Si evidenzia l'importanza della figura del Coordinatore Clinico Trapianti per la gestione globale e multidisciplinare del paziente nefropatico nell'immissione in lista trapianto e nel mantenimento della stessa.

P 040

PERCORSO DI FORMAZIONE ALLA DIALISI PERITONEALE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO DELLE RSA ACCREDITATE NELLA PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Dalprà A., Giovannini L.

Unità Operativa di Nefrologia e Dialisi Peritoneale, Ospedale Santa Chiara, Trento

Introduzione: Il tema della vecchiaia, è uno dei più importanti tra quelli che riguardano la struttura sociale e sanitaria della comunità umana all'inizio del terzo millennio. L'allungamento della vita, o meglio dell'aspettativa di vita, ha portato la terza e quarta età (rispettivamente le persone sopra i 65 e gli 80 anni) a fare emergere problematiche un tempo misconosciute, come ad esempio la co-morbilità e le malattie croniche. Nella Provincia Autonoma di

Trento, su una popolazione di circa 530.000 abitanti, il 5% di essi è affetto da insufficienza renale cronica e lo 0,2% di essi passa da una terapia conservativa, ad una sostitutiva cioè la dialisi peritoneale, l'emodialisi o il trapianto. Dal 2008 presso la Nefrologia di Trento le persone che hanno scelto la dialisi peritoneale sono in notevole aumento; infatti i pazienti incidenti hanno raggiunto un picco del 47% nel 2013. Questo dato è stato raggiunto proponendo ed offrendo la possibilità di effettuare questa metodica anche presso le RSA del territorio della Provincia per pazienti senza partner.

Materiali e Metodi: Sono state individuate nel territorio della provincia, tre RSA, e successivamente sono state accreditate secondo la normativa vigente. Il personale infermieristico è stato coinvolto nell'addestramento alla metodica automatizzata. Dal 2009 ad oggi, sono stati addestrati 35 Infermieri di diversa provenienza, il 40% dell'est. Il training è stato effettuato presso la struttura ospedaliera con addestramento *in vitro* alla metodica automatizzata, alla medicazione, alla gestione degli allarmi e al riconoscimento delle complicanze. Dopo due anni, è stato effettuato un re training. È stato distribuito un questionario anonimo agli infermieri per vedere il loro grado di soddisfazione ed eventuali criticità da risolvere.

Risultati: Gli infermieri addestrati comunque, verbalmente, si sono sentiti "più motivati" ed hanno colto questo percorso assistenziale come una crescita professionale, inoltre, sono stati spronati ad avere sempre un rapporto di fiducia e continuità con gli infermieri esperti del centro dato che ci permette un ponte tra ospedale e territorio. In questi 5 anni sono stati dializzati presso le RSA n 20 pazienti e i ricoveri ospedalieri in questi anni sono stati per complicanze non attinenti alla dialisi I risultati del questionario distribuito agli infermieri, saranno oggetto di verifica e discussione a XXXIII congresso di Bari.

Conclusioni: Le persone senza care-giver sono curate in una struttura protetta, dove c'è anche la possibilità del mantenimento della loro autonomia funzionale, l'esercizio fisico, una corretta alimentazione, e il supporto psicologico, l'interazione con altre persone, la gestione del tempo libero, tutto a vantaggio del benessere della persona con una diminuzione dell'ansia dei familiari. Gli infermieri del centro di dialisi hanno potuto così confrontarsi con colleghi nuovi e scegliere insieme a loro percorsi e modelli assistenziali che attraverso l'incoraggiamento, l'ascolto e la professionalità, possano aiutare le persone e le loro famiglie negli adattamenti richiesti da una nuova condizione di salute.

P 041

INDAGINE RETROSPETTIVA DEI DATI RACCOLTI SUL TERRITORIO: IPOTESI DI AMBULATORIO INFERMIERISTICO, UN MODELLO ORGANIZZATIVO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE DELLE MALATTIE RENALI E IL CONTENIMENTO DEI COSTI

Gentile A.

U.O. Nefrologia e Dialisi, Presidio Ospedaliero A. Perrino, Brindisi

Introduzione: L'insufficienza renale cronica deve essere considerata come malattia di grande impatto sia sociale che sulla sanità pubblica. L'attenzione nei confronti della patologia renale è giustificata anche dai dati che dimostrano quanto prevenzione e trattamenti terapeutici precoci siano efficaci.

Metodologia: L'UOC Nefrologia-Dialisi dell'ASL BR/1, nell'anno 2012, ha aderito sia al progetto nelle scuole che nelle piazze promosso dalla Kidney Foundations. Il progetto nelle scuole ha coinvolto gli alunni del V anno degli Istituti Superiori in un incontro formativo seguito dallo screening i cui dati anamnestici, conoscitivi e fisiopatologici sono stati raccolti in un questionario validato, per un totale di 280 partecipanti. Il progetto nelle piazze ha coinvolto la popolazione, con età compresa da 9 e oltre 80 anni, precedentemente sensibilizzata, attraverso uno screening simile al precedente per una raccolta totale di 249 questionari.

Risultati: I dati emersi nelle scuole danno uno spaccato utile di come vivono la salute e la malattia le nuove generazioni. La consapevolezza che il rischio di sviluppare patologie sia sempre presente è una dimensione che possiede solo il 15% del totale il 54% di coloro che hanno ricevuto un suggerimento devono ripetere l'esame. Al 7% è stata consigliata la visita nefrologica e al 14% l'eco renale. L'indagine anamnestica nella popolazione ha considerato le 4 patologie propedeutiche all'insufficienza renale con il risultato di: ipertensione 31%, ipercolesterolemia 15%, diabete 8% e patologie renali 1,4%.

Conclusioni: Dai risultati prodotti nasce l'ipotesi di un progetto di ambulatorio infermieristico presso il P.O. e la necessità di svolgere attività preventivo-educativa sul territorio attraverso l'infermiere di famiglia e di comunità.

P 009

ECODIALISI: ANALISI ORGANIZZATIVA PER UNA GESTIONE ECOSOSTENIBILE DEI RIFIUTI DIALITICI NEL SERVIZIO DI EMODIALISI DELL'A.O. SAN LUIGI GONZAGA

POSTER Vincitore Convegno SIN 2014

Gatti R., Bevilacqua M.L., Cagnazzo M., Cassetta B., Denti G., Digiorgio G., Grimaldi G., Nazha M., Piccoli G.B.

U.O. Nefrologia e Dialisi, A.O.U. San Luigi Gonzaga, Orbassano (TO)

Obiettivo: Valutare l'impatto economico-organizzativo dell'ottimizzazione dello smaltimento dei rifiuti dialitici e preparare un progetto educativo di sensibilizzazione sull'argomento.

Materiale e Metodi: Ricerca bibliografica; Valutazione dei costi dei rifiuti dialitici; Focus group con il personale sanitario del servizio, allo scopo di evidenziare le strategie organizzative per implementare la raccolta differenziata; Questionari in Centri dialisi del Piemonte per stabilire lo stato dell'arte nella regione; Valutazione diretta dei tempi di "smontaggio" dei monitor, differenziandolo tra "smontaggio indifferenziato" e con "differenziazione ottimale".

Risultati: Ogni seduta dialitica produce minimo di 2 Kg di rifiuti contaminati, e tra 4 e 8Kg di rifiuti globali. Moltiplicandolo per il numero di dialisi annue, su scala nazionale si parla di milioni di euro investiti nello smaltimento.

Dal focus group emerge la necessità di incontri formativi, nonché l'importanza di un responsabile che si occupi della formazione e della supervisione della gestione-rifiuti.

Tutti i centri dialisi contattati affermano di eseguire raccolta differenziata, con una generale sovrastima dei tempi di "smontaggio" con corretta differenziazione che, in realtà, rientra in un range tra 10"-30".

Conclusioni: La maggior parte dei costi riguarda i rifiuti contaminati. Un investimento in attenzione è in grado di garantire una riduzione di almeno il 5% dei costi per seduta dialitica.

Una corretta raccolta dei rifiuti contaminati non implica un investimento di tempi rilevante.

Il nostro centro, nato con una particolare attenzione all'ambiente, esegue una accurata raccolta differenziata, presa a prototipo per un centro dialisi dove attualmente non viene effettuata tale raccolta.

MISCELLANEA

P 027

PATOLOGIE DEGLI ARTI SUPERIORI DEGLI INFERMIERI DELLA DIALISI: UN FENOMENO POCO OSSERVATO CHE RICHIEDE UN'ATTENTA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DA SOVRACCARICO BIOMECCANICO DEGLI AA.SS.

Suma C., Piccinni S., Martucci A., Parisi F.

ASL Taranto - P.O. Valle D'Itria, Martina Franca (TA)

Introduzione: L'attività dialitica costringe gli infermieri a movimenti e sforzi ripetuti degli arti superiori in particolare delle mani e dei polsi.

Metodologia: Il campione esaminato è costituito da 26 infermieri n° 18 femmine e 8 maschi.

Il tempo medio che ogni infermiere impiega per la preparazione e deconnessione del rene artificiale è di circa 20 minuti per monitor. Considerando che ogni infermiere prepara in media tre/quattro monitors, il singolo operatore effettua movimenti e sforzi ripetuti degli aa.ss. per un totale di 60/80 minuti per turno.

Il tempo di esposizione a movimenti e sforzi ripetuti è solo 1/6 dell'orario di lavoro, inferiore al 50% stabilito come soglia di rischio dal metodo di valutazione OCRA.

Risultati: La Sorveglianza Sanitaria fino al 2013 ha evidenziato, che il 61% del personale femminile soffre di patologie del polso-mano e il 39% di quelle del tratto spalla-gomito. Tra i maschi, il 37,5% soffre di patologie sia del tratto polso-mano sia del tratto spalla -gomito. Per la popolazione femminile il trend per classi d'anzianità lavorativa nella Dialisi (10-34 aa) delle patologie del polso è statisticamente significativo.

Conclusioni: Sono stati considerati fattori complementari di rischio l'uso fino a tre anni fa delle pinze stringitubo, l'applicazione di forza, frequente mano a pinch, l'azione cumulativa nel tempo.

Sarebbe opportuno spostare il personale con anzianità superiore a 15 anni di

servizio, incrementare gli studi di sorveglianza sanitaria, dedicare più attenzione alla costruzione di nuove apparecchiature per eliminare movimenti e posture dei singoli tratti degli aa.ss. (braccia, gomito, polso e mano).

P 033

IL REGISTRO SALENTINO DEGLI ACCESSI VASCOLARI: DATI PRELIMINARI

Larini M.L., Gerardi L., Napoli M., Accato S., Caccetta F., Castrignano E., De Giorgi A., Greco V., Lazzari O., Lefons M.L., Mammarella I., Paolillo A., Russo F.G., Stefanelli G.F.

U.O. Nefrologia e Dialisi, AUSL LE, P.O. Galatina, Galatina (LE)

Il lavoro nasce da un progetto del Gruppo di Studio degli Accessi Vascolari, che ha la finalità di creare un registro nazionale degli accessi vascolari. Primo obiettivo del progetto era raccogliere un numero di informazioni maggiore rispetto alla semplice distinzione in FAV, GRAFT e CVC. Altro obiettivo era uniformare le denominazioni degli Accessi Vascolari in maniera da renderli confrontabili e tabulabili. A tal fine il registro si è dotato di un sistema descrittivo universale, eliminando ogni denominazione delle FAV (non si parla più di fistole distali, prossimali, prossimalizzate etc.). Ciascun Accesso Vascolare viene definito in base alla sede, i vasi coinvolti, il tipo di anastomosi, il numero di interventi eseguiti dal pt, l'arto se dominante o non dominante. In caso di Graft come informazione aggiuntiva viene riportato il materiale della protesi. Per quanto riguarda i CVC, oltre al materiale ed al tipo di catetere (se monolume, bilume 2 cateteri), viene indicato il motivo per cui è stato posizionato (se prima o ultima scelta, se per maturazione della FAV, malfunzionamento o trombosi della FAV); è indicato anche il vaso in cui il CVC è posizionato. Come informazione accessoria viene indicato chi ha eseguito l'accesso, se il nefrologo, il chirurgo, il rianimatore, il radiologo interventista o equipe miste.

Quest'ultimo dato permetterà al registro di essere un osservatorio permanente sull'attività interventistica dei nefrologi.

In questa fase di collaudo sono stati registrati tutti i pazienti prevalenti della ASL di Lecce al 31 dicembre 2013. I dati raccolti permettono di dimostrare le differenti politiche dei centri riguardo la prevalenza dei CVC, ed il tipo di fistola maggiormente utilizzata. Altro dato rilevante è la possibilità di individuare i pazienti in base al numero di interventi subiti, consentendo di evidenziare la percentuale di pt ad alto rischio in ogni centro. Interessanti sono anche i dati inerenti i vasi coinvolti nelle anastomosi. Sono state poi eseguite delle correlazioni statistiche tra i vari tipi accessi ed età > o < di 75 aa, sesso e presenza di diabete.

In conclusione, da questi dati preliminari si può evincere quali e quante analisi si potrebbero derivare da un registro nazionale così come progettato dal GdS degli Accessi Vascolari.

P 035

LE DISFUNZIONI SESSUALI NELLA MALATTIA RENALE CRONICA

Iaffaldano G.P.

U.O. di Nefrologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Bari, Bari

Introduzione: I pazienti nefropatici vivono uno stato depressivo che può incidere problematiche di tipo sessuale che a loro volta esasperano lo stato depressivo, creando un circolo vizioso che si autoalimenta. La sessualità è un aspetto rilevante da indagare, nei pazienti affetti da malattia renale cronica al IV-V stadio secondo K-DOQI e soprattutto in quelli in trattamento dialitico.

Metodologia: Sono stati intervistati 100 pazienti (80 uomini e 20 donne). I questionari utilizzati: SF36 (valutazione della qualità di vita e stato di salute), il IIEF (International Index of Erectile Function) il FSFI (Female Sexual Function Index), Hads (Hospital, Anxiety and Depression Scale). Il ruolo dell'infermiere nelle modificazioni dello stile di vita del paziente nefropatico (attività fisica, alimentazione, approccio mentale).

Risultati: Il 64% dei pazienti che ha modificato lo stile di vita ha riferito una sessualità più soddisfacente, evidenziata dai questionari somministrati dopo circa 6 mesi. Inoltre il questionario Hads ha evidenziato una riduzione della sintomatologia ansiosa depressiva. Il 15% non ha mai parlato con un medico della loro vita sessuale, non ha risposto al questionario. Il 21% non ha apportato modifiche al vivere quotidiano.

Conclusioni: Le disfunzioni sessuali correlano con l'ansia e la depressione influenzando in maniera significativa sulla qualità di vita. Modificazioni dello stile di vita giocano un ruolo importante sulla funzione sessuale e su i livelli di benessere fisico e psicologico, sulla riabilitazione dell'uremico, specie se in dialisi.

P 044

IL COUNSELING INFERMIERISTICO NELLA NEFROLOGIA DIABETICA

Stipa R., Di Massimo A.R.

U.O.C. Nefrologia e Dialisi, Ospedale Riuniti di Anzio e Nettuno, Anzio – Nettuno (RM)

Un caso clinico: L'incidenza del diabete nella patogenesi dell' insufficienza renale cronica (IRC) ha una rilevanza marcata.

Dati internazionali attestano con il 40% l'incidenza del diabete nelle nefropatie che evolvono in IRC e quindi necessitanti di trattamento cronico sostitutivo renale, con un costo elevato per i SSN di tutti i paesi occidentali.

In Italia, dati ricavati dal Registro Regionale di Dialisi e Trapianti del Lazio – 2011 attestavano una popolazione diabetica prevalente in dialisi del 22,3% del totale con un'incidenza del 26% su base annua.

In particolare, il paziente affetto da nefropatia diabetica di tipo 1, necessita di particolari cure anche nel procurement di organi per un eventuale inserimento in lista per trapianto che come ben si sa è l'unica cura possibile in caso di IRC poiché in tali casi, l'approccio ottimale risulta essere quello del doppio trapianto rene – pancreas, con tutte le difficoltà e i costi che comporta il reperimento di un doppio organo.

La domanda che ci si è posti è: può un counseling infermieristico efficace modificare i comportamenti del paziente in maniera tale da ritardare e/o migliorare il decorso della nefropatia diabetica e l'approccio per un eventuale inserimento in lista d'attesa per la donazione di organo?

Presentiamo il caso di una paziente di sesso femminile, di 40 anni, che afferriva al Servizio di Emodialisi dell'Ospedale Riuniti di Anzio - Nettuno dopo aver ricevuto cure in altre strutture per la nefropatia di cui era affetta.

La presa in carico della persona venne effettuata dall'infermiera responsabile del caso.

All'esame anamnestico la donna riferiva che la madre di 67 anni era diabetica, il padre era deceduto all'età di 56 anni per IMA e che il diabete mellito le fu diagnosticato all'età di 15 anni; inoltre al momento della raccolta dei dati la donna riferiva di vivere con una figlia di anni 20.

Dall'accertamento infermieristico emerse che la donna si recò in pronto soccorso per una sindrome simil - influenzale trattata con FANS per oltre 2 settimane e che a seguito degli accertamenti si evidenziò uno stato di iper creatinemia. Pertanto venne trasferita presso l'U.O.C. di Nefrologia e Dialisi di un altro ospedale per ulteriori indagini dove le fu diagnosticato un quadro di insufficienza renale acuta (IRA) in paziente con IRC non nota (quest'ultima confermata da atrofia renale bilaterale); in associazione all'IRC la paziente presentava:

- Diabete mellito di tipo 1 in trattamento insulinico;
- Grave anemia normocromica e normocitica (Hb 7,5 g/dl);
- Ipertensione arteriosa severa (170/90 mmHg).

Durante l'accertamento multidisciplinare effettuato successivamente presso l'U.O.C. Nefrologia e Dialisi dell'ospedale Riuniti Anzio - Nettuno si confermarono i valori della creatinemia elevati (6,3 mg/dl), l'ipocalcemia e l'iperfosforemia e uno stato di grave acidosi metabolica (PH 7,2).

Un nuovo esame ecografico a carico dell'addome evidenziava:

- Rene destro di ridotto volume, con profili polilobati, diffuso incremento della ecogenicità parenchimale e struttura disomogenea.
- Rene sinistro di ridotto volume con assottigliamento della porzione corticale verosimilmente dovuto a trombosi dell'arteria renale.

L'anemia fu corretta con la trasfusione di una sacca di emazie concentrate.

Visto il perdurare del grave quadro clinico i sanitari decisero il confezionamento di un accesso vascolare (fistola artero - venosa distale dell'avambraccio sinistro) utile al trattamento dialitico a cui sarebbe stata sottoposta la donna.

Discussione: Alla paziente fu somministrato il questionario sulla percezione della salute denominato sf 36. L'accertamento infermieristico ordinato sulla base dei modelli funzionali della Gordon rilevò una serie di problemi bio – psico - sociali riguardanti:

1. Modello nutrizionale – metabolico
2. Modello di attività ed esercizio fisico
3. Modello ruolo – relazione
4. Modello di adattamento e tolleranza allo stress
5. Modello di percezione di sé e concetto di sé.

La somministrazione di tale questionario fu ripetuta varie volte nel corso del tempo per saggiare i miglioramenti della percezione dello stato di salute della paziente.

Un'analisi mirata delle problematiche riscontrate ha fatto sì che gli interventi di counseling infermieristico hanno condotto la paziente verso un miglioramento del modello nutrizionale - metabolico, come evidenziato nei

grafici elaborati estrapolando i valori della donna dalle cartelle infermieristico - mediche.

Il miglioramento conseguito nell'autogestione della patologia ha permesso ai sanitari di disinserire la donna dalla lista d'attesa per trapianto simultaneo d'organo (rene - pancreas) ed inserirla nella lista d'attesa per il solo trapianto di rene; inoltre la corretta gestione glicometabolica le ha permesso di passare dal trattamento insulinico al trattamento antidiabetico orale e di poter passare da una condizione con molte restrizioni dietetiche all'integrazione di elettroliti intradialitici (per mezzo dell'assunzione di frutta principalmente).

Esiti positivi sono stati apprezzati anche nei modelli *attività ed esercizio fisico*, infatti la donna continua a perdere peso ed eseguire esercizi regolarmente riuscendo a gestire le attività di vita quotidiana con livelli elevati di autonomia richiedendo sempre meno l'intervento di servizi sociali di sostegno.

Conclusioni: La figura dell'infermiere ha rivestito grande importanza nel passaggio dalle cure sanitarie prettamente ospedaliere alla continuità delle cure territoriali cui la donna ha continuato a sottoporsi (quali controlli ambulatoriali, prestazioni occasionali, contatti con associazioni e gruppi di aiuto ecc) con un ovvio buon risultato costo-benefici in quanto la donna non ha più necessitato di accessi in pronto soccorso e controlli e prestazioni mediche frequenti (pur proseguendo le sedute di emodialisi).

L'ottenimento degli obiettivi prefissi è stato raggiunto anche per i modelli *ruolo-relazione* con un incremento della socializzazione della donna, e *percezione di sé e concetto di sé* in quanto la stessa manifesta atteggiamento propositivo e dinamico assolutamente partecipe alla gestione del proprio processo di cura, si impegna a fornire lei stessa soluzioni alternative ai propri bisogni, si mostra aperta al colloquio e pronta ad affrontare situazioni non conosciute.

Nonostante la buona riuscita del processo di counseling, questo è stato interrotto in quanto la paziente per motivi logistico - familiari ha dovuto effettuare un trasferimento in altra regione, ma ulteriori contatti con la stessa che comunque continua a mantenere un rapporto di fiducia con alcuni membri del personale della nostra UOC danno la possibilità di affermare che a tutt'oggi, la paziente un atteggiamento positivo verso il suo processo di cura; le ultime notizie giunte la davano in lizza per la candidatura a responsabile di zona per un'associazione di malati nefropatici.

P 049

L'ESERCIZIO FISICO NEL SOGGETTO UREMICO: SONDAGGIO PRELIMINARE DELLA POSSIBILE COMPLIANCE IN SETTE CENTRI DIALISI DELLA LOMBARDIA

Orlando M., Capoferri R., Poloni T., Giordana G.

Centro NephroCare, Milano

Introduzione: L'esercizio fisico rappresenta una riconosciuta forma di terapia in termini cardiovascolari sia nel soggetto con normale funzione renale che nel soggetto uremico sottoposto a dialisi, la cui motilità è spesso compromessa da numerosi fattori comorbidi.

Scopo di questo lavoro è quello di capire la compliance dei soggetti dializzati a svolgere una attività fisica, pur commisurata alla loro capacità fisica.

Metodologia: una serie di semplici quesiti è stata somministrata a 296 pazienti (con una adesione quasi totale) trattati in 7 Centri di Emodialisi in Lombardia, considerata come rappresentativa di pool relativamente omogeneo di popolazione.

Risultati: La popolazione valutata presentava le seguenti caratteristiche:

- Maggioranza di sesso maschile (63%)
- Predominanza di popolazione >60 anni (73%)
- Discreta maggioranza della popolazione si dichiara già attiva (63%), con prevalenza di camminata (70%)
- L'attività fisica di almeno 2 ore alla settimana è praticata nell'80% dei casi.
- Il desiderio di frequentare la palestra (in pazienti con età>60 anni) nel 61%.
- La volontà di frequentare la palestra almeno 2 ore alla settimana, nel 77%.
- La disponibilità a frequentare la palestra nei giorni di NON dialisi nel 70% dei casi, indifferentemente se al mattino o al pomeriggio.
- Tipologia di attività motoria preferita: esercizi di natura aerobica (Tapis roulant e Cyclette) nella larga parte degli intervistati.

Conclusioni: I risultati di questa Survey fanno capire come, malgrado la condizione clinica spesso invalidante a causa dei molteplici fattori comorbidi, l'orientamento dei pazienti dializzati è di apertura verso un programma di attività fisica. Questi dati incoraggiano dunque a considerare operativamente lo studio di una programma idoneo, da sviluppare prevalentemente nel corso del tempo libero, pur senza trascurare un programma da effettuare nel corso della stessa seduta di emodialisi.