

ABSTRACTS

XXXII Congresso Nazionale EDTNA/ERCA

San Benedetto del Tronto (AP)
8-10 Maggio 2014

INTENSITÀ DI CURA E COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE

1

45. Progetto di riorganizzazione infermieristica in emodialisi secondo i criteri dell'intensità di cura

P. Giurdanella, S. Cavina, T. De Tommaso, C. Mazzini, S. Sebastiani, L. Tridici

U.O. Emodialisi, Azienda Policlinico Universitario S. Orsola-Malpighi, Direttore Prof. S. Stefoni, Bologna

INTRODUZIONE: Il modello scelto e adottato per l'elaborazione di questo progetto è quello proposto da Pitacco e Silvestro (2003). Esso nasce principalmente per analizzare la complessità assistenziale e per orientare la qualità e la quantità delle risorse dedicate all'assistenza, secondo il criterio della competenza e del peso assistenziale. Il progetto di riorganizzazione si sviluppa considerando la diversa complessità di assistenza di ogni paziente e il diverso livello di competenze degli infermieri, riorganizzando il piano delle attività assistenziali per intensità di cure.

MATERIALI E METODI: Il progetto di cambiamento è incentrato su tre elementi:

1. **COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE** - Attraverso la definizione dei parametri di instabilità clinica, sarà possibile individuare la criticità del paziente. Solo in questo modo si potranno definire i diversi livelli di intensità di cura. Si definiscono **STABILI** i pazienti:
 - stabilizzati neurologicamente, ovvero svegli, coscienti e in grado di eseguire movimenti semplici e di manifestare i propri sintomi;
 - emodinamicamente stabilizzati, ovvero stabilizzati durante la seduta extracorporea con terapia medica e/o con l'impiego di tecniche depurative di tipo misto diffusivo/convettivo;
 - in assenza di angina intradialitica ricorrente;
 - con funzione respiratoria autonoma, in assenza di necessità ricorrente di ossigeno terapia

Si definiscono **INSTABILI** i pazienti in condizioni cliniche diverse da quanto descritto sopra.

In base ai parametri di stabilità definiti, vengono individuate 4 tipologie di pazienti.

Tipologia di paziente	Score
Stabile	Presenza di tutti i 4 criteri di stabilità (<i>SCORE</i> 4)
Moderatamente instabile	Assenza di 1 criterio di stabilità (<i>SCORE</i> 3)
Altamente instabile	Assenza di 2 o più criteri di stabilità (<i>SCORE</i> da 2 a 0)
Acuto Pazienti in Insufficienza Renale Acuta (I.R.A.), in insufficienza Renale Cronica (I.R.C.), scompensati (edema polmonare acuto, iperpotassiemia, ipercalcemia, acidosi metabolica) e sottoposti al trattamento emodialitico per la prima volta	(<i>SCORE</i> 0)

Sulla base dei criteri descritti, ogni singola camera di dialisi sarà suddivisa a bassa/media/alta complessità. Pertanto, le camere da 3 postazioni potranno avere uno *score* complessivo che può oscillare da 10 a 12 (bassa complessità), da 7 a 9 (media complessità) oppure da 0 a 6 (alta complessità).

2. **LIVELLO DI COMPETENZA DEGLI INFERMIERI** - Per definire il livello di competenza degli Infermieri di Dialisi vengono presi in esame tre diversi fattori:
 - anni di servizio espletati all'interno del reparto
 - *dossier* formativo personale e corrispondenza con il piano formativo previsto e programmato dall'Unità Assistenziale
 - titoli di studio specialistici inerenti alla Dialisi/Area Critica

Dall'analisi di questi fattori ogni infermiere viene collocato in una delle 5 seguenti categorie:

- infermiere di dialisi **ESPERTO SENIOR**: infermiere con anzianità di reparto superiore ai 20 anni e che ha partecipato ad almeno l'80% dell'attività formativa (residenziale e sul campo) rispetto a quella prevista;
- infermiere di dialisi **SPECIALIST**: infermiere con anzianità di reparto superiore ai 5 anni, in possesso di un *Master* specifico in Area Critica e/o con indirizzo Nefrologico e che ha partecipato

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

- ad almeno l'80% dell'attività formativa (residenziale e sul campo) rispetto a quella prevista;
- infermiere di dialisi ESPERTO: infermiere con anzianità di reparto superiore ai 5 anni e che ha partecipato ad almeno l'80% dell'attività formativa (residenziale e sul campo) rispetto a quella prevista;
 - infermiere di DIALISI: infermiere con anzianità di reparto tra i 2 e i 5 anni e che ha partecipato ad almeno l'80% dell'attività formativa (residenziale e sul campo) rispetto a quella prevista;
 - infermiere di dialisi NEOFORMATO: infermiere con anzianità di reparto inferiore ai 2 anni.

Sulla base del livello di competenza raggiunto, a ciascun Infermiere sarà assegnata la camera con il livello di complessità assistenziale corrispondente.

Tipologia di camera	Livello di competenza
Camera ad alta intensità (score 0/6)	Infermiere esperto <i>Senior</i>
	Infermiere <i>Specialist</i>
	Infermiere esperto
2	
Camera a media intensità (score 7/9)	Infermiere esperto <i>Senior</i>
	Infermiere <i>Specialist</i>
	Infermiere esperto
	Infermiere di Dialisi
Camera a bassa intensità (score 10/12)	Infermiere esperto <i>Senior</i>
	Infermiere <i>Specialist</i>
	Infermiere esperto
	Infermiere di Dialisi
	Infermiere Neofornato

3. GESTIONE INFORMATIZZATA - L'organizzazione del Reparto Dialisi secondo i criteri di intensità di cura richiede necessariamente una piattaforma informatizzata capace di coniugare il livello di criticità del paziente con il livello delle competenze infermieristiche richieste.

È stato predisposto, pertanto, un *software* specifico in grado di mettere insieme gli elementi caratterizzanti del progetto e di fornire indicazioni organizzative al Coordinatore e ai *Case Manager*.

In particolare, il *software* propone una visuale "dall'alto" del reparto, che permette una visione complessiva della struttura, delle postazioni dialitiche, dei pazienti programmati (e relativa complessità assistenziale) e degli infermieri presenti (il *software* gestisce anche la parte relativa alla pianificazione dei turni infermieristici).

CONCLUSIONI: La possibilità di visualizzazione "dall'alto" dell'intero reparto determina la possibilità di agire in contemporanea sulle diverse leve che regolano l'organizzazione per intensità di cura.

Il *software*, in automatico, gestisce i trattamenti dialitici, incrociando costantemente il livello di criticità assistenziale con il livello delle competenze richieste. L'infermiere *Case Manager* assume la rilevan-

te funzione di mediare e gestire le necessità previste dal *software* con il mutare delle condizioni cliniche e organizzative presenti in un dato momento all'interno del Reparto.

BIBLIOGRAFIA:

- Silvestro A, Pitacco G. La complessità e l'assistenza infermieristica: significati e modalità di analisi per la composizione dell'equipe assistenziale. XXII Congresso Nazionale Aniasi, 12-13-14 Novembre, Bologna, 2003.
- Pitacco G. Un Modello di analisi della complessità assistenziale. I quaderni, supplemento dell'Infermiere, n. 8-9/2003.

2
49. Valutazione integrata per intensità/complessità del paziente emodializzato: esperienza del Centro Dialisi dell'Ospedale Maggiore di Bologna

R. Toschi, M. Ballarini, D. Baraldi, M. Russo
 Azienda USL di Bologna, Bologna

INTRODUZIONE: Il panorama sanitario ed epidemiologico attuale presenta caratteristiche per cui è indispensabile ripensare il modello organizzativo dei servizi e anche l'intero paradigma assistenziale. Spunti di riflessione provengono da interlocutori prestigiosi quali l'OMS, il Ministero della Salute e le Regioni e tutti focalizzano l'attenzione sulla necessità di adeguare i nostri servizi, in un'ottica di percorsi assistenziali, alla gestione integrata dei pazienti cronici. La cronicità è la sfida assistenziale del nostro secolo e richiede una lettura attenta delle sue caratteristiche per garantirne una corretta gestione. Il paziente emodializzato è, forse, quanto di più cronico si possa immaginare e necessita, perciò, di un modello assistenziale che sia in grado non solo di rispondere, ma addirittura di prevederne i bisogni. Il Centro Dialisi CAD dell'Ospedale Maggiore di Bologna è inserito nel contesto di un presidio ospedaliero che dispone di circa 700 posti letto di degenza a varia intensità e di un Pronto Soccorso che, in media, registra 250 accessi nelle 24 ore.

MATERIALI E METODI: Il *team* medico e infermieristico del CAD è formato e addestrato per differenziare l'intervento assistenziale in base alla tipologia di paziente (acuto o cronico) e alla sede del trattamento (Centro Dialisi, rianimazione, terapie intensive).

Per rispondere in maniera adeguata ai bisogni assistenziali dei pazienti che presentano la necessità di effettuare un trattamento emodialitico presso il CAD sono stati previsti alcuni interventi strategici:

- il CAD è stato suddiviso in due sedi logistiche, una struttura *open space* da 15 postazioni dedicata al trattamento dei pazienti cronici, provenienti dal domicilio, e una composta da 5 *box* e un *open space* da 4 postazioni, dedicata al trattamento dei pazienti cronici ricoverati e dei pazienti acuti;
- è stata implementata la valutazione assistenziale, intesa come accertamento infermieristico, che viene effettuata prima dell'accesso al CAD di ogni paziente ricoverato che necessita di trattamento emodialitico.

DISCUSSIONE: La differenziazione delle postazioni dialitiche comporta dunque un'identificazione delle diverse tipologie di pazienti, per poi effettuare una corretta allocazione, e tale attività di *bed management* deve prevedere strumenti di valutazione oggettiva. Durante un periodo di 6 mesi di sperimentazione, un gruppo di lavoro multi professionale ha elaborato, adattando strumenti già validati, due schede di valutazione, una per l'identificazione dell'intensità di cura (VIEWS

modificata) e una per la complessità assistenziale (MAPr modificato); il compito del gruppo era soprattutto di tarare correttamente gli indici di intensità/complessità al fine di fornire un quadro esatto delle caratteristiche del paziente.

Entrambe le schede sono state poi consegnate dal gruppo di lavoro, nella versione operativa, ai singoli operatori che, dopo un'opportuna formazione, stanno provvedendo a sperimentarle sul campo.

CONCLUSIONI: Al termine della fase di sperimentazione sul campo, prevista per il Giugno del 2014, verranno raccolte tutte le annotazioni e le proposte degli infermieri e dei medici, per arrivare alla versione definitiva che verrà presentata per la validazione.

BIBLIOGRAFIA:

- Rees JE, Mann C. Use of the patient at risk scores in the emergency department: a preliminary study. *Emerg Med J* 2004; 21: 698-9.
- Gao H, McDonnell A, Harrison DA, et al. Systematic review and evaluation of physiological track and trigger warning systems for identifying at-risk patients on the ward. *Intensive Care Med* 2007; 33: 667-79.
- Winters BD, Pham JC, Hunt EA, Guallar E, Berenholtz S, Pronovost PJ. Rapid response systems: a systematic review. *Crit Care Med* 2007; 35 (5): 1238-43.
- Devita MA, Bellomo R, Hillman K, et al. Findings of the First Consensus Conference on Medical Emergency Teams. *Crit Care Med* 2006; 34 (9): 2463-78.
- Paterson R, MacLeod DC, Thetford D, et al. Prediction of in-hospital mortality and length of stay using an early warning scoring system: clinical audit. *Clin Med* 2006; 6 (3): 281-4.
- Burch VD, Tarr G, Morroni C. Modified early warning score predicts the need for hospital admission and in-hospital mortality. *Emerg Med J* 2008; 25: 674-8.
- Silvestro A, Maricchio R, Montanaro A, Molinar Min M, Rossetto P. La complessità assistenziale. Concettualizzazione, modello di analisi e metodologia applicativa. McGraw-Hill, Milano 2009.

3

31. L'indice di complessità assistenziale (ICA) nell'Unità Operativa di Nefrologia, Dialisi e Trapianto

G. Bacchi, A. Bellini, P. Fabbri, D. Faro, S. Guadagnin, A. Leccese, A. Simari, S. Venturelli

U.O. Nefrologia, Dialisi e Trapianto, Policlinico Universitario S. Orsola-Malpighi, Direttore Prof. S. Stefoni, Bologna

INTRODUZIONE: Pazienti sempre più anziani e con aumentate comorbidità e il bisogno di ottimizzare le risorse umane in organico nei 4 settori del nostro reparto hanno portato il gruppo a ipotizzare una diversa organizzazione del lavoro.

METODOLOGIA: Lo studio di tipo prospettico ha arruolato in modo consecutivo pazienti ricoverati nei settori del reparto di nefrologia dal 18 Marzo al 13 Maggio 2013, valutandoli attraverso il modello delle prestazioni infermieristiche e gli strumenti operativi elaborati da M. Cantarelli e B. Cavaliere. Esclusi pazienti di età <18 anni.

RISULTATI: I valori analizzati mostrano un ICA medio giornaliero nei settori a b c e d rispettivamente di 21.91, 22.22, 38.10 e 29.03.

CONCLUSIONI: L'analisi ha evidenziato un'inattesa equivalenza del valore ICA nei settori A e B di degenza e, come ci si aspettava, un ICA maggiore nel settore C terapia intensiva. Ha sorpreso il valore ICA del settore D della degenza. Lo strumento dell'ICA valutato prima

del ricovero potrebbe aiutare a scegliere la migliore allocazione per il paziente e ottimizzare le risorse assistenziali disponibili.

BIBLIOGRAFIA:

- Cantarelli M. Il Modello delle Prestazioni Infermieristiche. Masson ed., Milano 1996.
- Cavaliere B. Metodologia per la rilevazione della complessità assistenziale infermieristica: calcolo dell'indice di complessità assistenziale. *Management infermieristico* 1 (NS), 1999.

4

06. Core competence infermieristica in dialisi extracorporea

D. Valentina

Emodialisi di Dolo, Asl 13 Mirano, Venezia

INTRODUZIONE: Nell'unità operativa in cui lavoro stiamo preparando una scheda per valutare la *core competence* infermieristica, utilizzando lavori già validati. L'impronta dell'organizzazione degli *item* relativi alle competenze infermieristiche deriva dal progetto *Tuning Educational Structures in Europe*.

MATERIALI E METODI: Sono stati definiti gli *item* e le scale di misurazione tipo *Likert*. Le competenze vengono declinate in attività, che non sono però semplici azioni, ma processi profondi. Ecco il perché dei diversi livelli. Il punteggio può servire per valutare periodicamente l'infermiere e per poterne vedere il suo decorso curriculare. Tutti gli *item* possono essere classificati (eventualmente grazie a una colorazione) in 4 macroaree.

Si propone una matrice delle competenze per classificarle.

Le quattro macroaree proposte sono:

- competenze generali sanitarie
 - competenze tecnico specialistiche
 - competenze di relazione
 - competenze situazionali e di contesto organizzativo-gestionale
- LEGISLAZIONE ITALIANA - Il D. Lgs. 229/99 (legge Bindi) parla dell'aggiornamento professionale e della formazione permanente degli operatori sanitari. La formazione alimenta la multidimensionalità delle competenze del professionista. Le macroaree (e l'eventuale colorazione specifica) servono a evidenziare e a esemplificare questo concetto. Ogni macroarea di competenza può essere seguita dall'elenco dell'attività formativa svolta durante l'anno. È, quindi, possibile trarne un *audit* annuale per visionare l'attività formativa in funzione delle macroaree di competenza, per poter evidenziare punti di forza e punti da rinforzare (bisogni formativi). Utile allegare una sezione anagrafica corredata da un *curriculum* formato europeo. La filiera legislativa che delinea i tratti delle competenze infermieristiche inizia con il D.M 739/94; seguono, poi, la L. 42/99, la L. 251/2000, la L. 1/2002, il Codice Deontologico del 2009 e la L. 43/2006. A tutt'oggi, attendiamo spiragli di luce, viste le schermaglie che ne frenano la crescita.

DISCUSSIONE: *core La competence* si inserisce nel sistema del governo clinico. Le abilità, le conoscenze, gli attributi e i comportamenti critici per realizzare le pratiche di *leadership* si inseriscono nel contesto dell' "efficacia clinica". Per alcuni aspetti riguarda anche la formazione e l'aggiornamento professionale. Una piena consapevolezza e una formazione continua volta alla ricerca e allo sviluppo mirano anche alla gestione del rischio. A tale proposito risulta utile che il servizio infermieristico in ogni azienda sanitaria possa, attraverso un documento di facile consultazione, valutare le risorse umane per po-

terle utilizzare in altri reparti (la consulenza infermieristica) secondo un percorso pianificato.

CONCLUSIONI: Nella nostra U.O.C., abbiamo sentito anche l'esigenza di rivedere le attività dell'O.S.S. per migliorare il benessere organizzativo. Il progetto costruito è stato fatto partendo da riflessioni del Dr. L. Benci (Le professioni sanitarie non mediche, pg. 319) circa il punto di forza dell'O.S.S., la "FLESSIBILITÀ e il suo essere SOCIO-SANITARIO", e il punto debole, "FORMAZIONE NON COERENTE". Abbiamo stilato un documento con le *job descriptions*. L'attività di formazione avviene nei ritagli di tempo (isorisorse), annotando in un diario. Alla fine del percorso, l'operatore potrà avere una scheda delle *job descriptions* per cui è stato formato, che diviene un documento depositato e firmato dal responsabile della gestione del personale. Il progetto, tuttora in corso, ha creato tanto entusiasmo negli operatori.

BIBLIOGRAFIA:

- Bacchielli MP, Pediconi F. Un modello per la realizzazione del *dossier* formativo: il progetto pilota della regione Marche. QA, rivista della Società italiana per la qualità dell'assistenza sanitaria. 20 Aprile 2009.
- Napoli L. Una scheda di valutazione delle competenze del personale: strumento per il coordinamento infermieristico dei servizi di dialisi. Giornale di tecniche Nefrologiche & Dialitiche 2012, n° 1.
- Il progetto *Tuning Educational Structures in Europe*. L'infermiere 2012; 49 (3): e39-48.
- Il *core curriculum* in cure palliative. Società italiana di cure palliative. Aprile 2013. www.sicp.it/materiali/il-core-curriculum-dellinfermiere-cure-palliative, ultimo accesso 18.01.2014.
- Il Codice Deontologico dell'infermiere del 2009.
- Benci L. le professioni sanitarie (non mediche). I ed., Milano: McGraw-Hill, 304-19.
- Cavicchioni A, Casson P, Morello M, Pomes A, Zanella G. Manuale per l'operatore sociosanitario III ed. Milano: Casa editrice Ambrosiana; 747-71.
- Negrizolo A, Burattin B, Stivanello L, Gattolin F. Le figure di supporto all'assistenza infermieristica: linee guida per l'integrazione nel processo assistenziale. *In and out* Novembre 2004, Supplemento: 3-47.
- Gianaroli A. Inserimento della figura dell'O.S.S. in dialisi. In Atti 7° Convegno interregionale degli infermieri di nefrologia e dialisi sezione Piemonte e Valle d'Aosta. 2010, 26 Settembre: 1-12.
- Meneghello B. Progetto riorganizzativo in un'unità operativa di pneumologia: da un modello organizzativo per compiti a un modello organizzativo per settori con presa in carico dell'utente (tesi *master* universitario di I livello coordinamento infermieristico). Padova: Università degli studi di Padova 2007.
- Buccione D. Scienza e *management*. L'infermiere, Maggio 2006; 11-2.
- Benedetto MT, Ferri C. Il ruolo degli infermieri e degli O.S.S. nei servizi di emodialisi. L'infermiere 2007; 24.

5

38. La dialisi fuori dalla dialisi nell'Azienda USL di Bologna: garantire la qualità assistenziale al paziente in *setting* di Terapia Intensiva

V. Melandri, M. Ballarini, L. Bianchi, S.E. Cioinac, A. Fini, M. Russo, R. Toschi, B. Sofritti

Azienda USL Bologna, Bologna

INTRODUZIONE: L'Azienda USL Bologna dispone di 7 Centri Dialisi presenti all'interno dei propri Presidi Ospedalieri e, per rispondere ai requisiti di accreditamento regionale e alle crescenti necessità clinico-assistenziali dei pazienti ricoverati presso le terapie intensive, i CAD Maggiore e Bellaria e il CAL Bentivoglio hanno attivato un percorso per poter effettuare trattamenti dialitici a chi ne presenta la necessità ma non può essere trattato presso i Centri Dialisi.

METODOLOGIA: È stato creato un percorso specifico per il trattamento emodepurativo e idrosottrattivo del paziente, coinvolgendo il personale medico e infermieristico dei Centri Dialisi e delle Terapie Intensive/Rianimazione. Il percorso ha inizio con l'effettuazione di una consulenza nefrologica e, se vi è l'indicazione al trattamento dialitico, l'infermiere di dialisi effettua la valutazione assistenziale al paziente utilizzando l'apposita scheda. L'infermiere di dialisi si occupa dell'avvio e del termine del trattamento dialitico ed è a disposizione per qualsiasi problema inerente il trattamento, mentre la sorveglianza del paziente è affidata al personale infermieristico delle terapie intensive. La collaborazione tra gli infermieri dei vari servizi è stata prodotta grazie a un percorso formativo unico che prevedeva una formazione teorica e una formazione sul campo specifica per le proprie competenze.

RISULTATI: Nel periodo Gennaio-Dicembre 2013 sono stati effettuati i seguenti trattamenti:

CAL Bentivoglio

N° di trattamenti effettuati presso Terapia Intensiva Bentivoglio 31

N° pazienti trattati 6

CAD Ospedale Maggiore

N° di trattamenti effettuati presso UTIC 18

N° pazienti trattati 12

N° di trattamenti effettuati presso Rianimazione 2

N° pazienti trattati 1

CAD Ospedale Bellaria

N° di trattamenti effettuati presso Rianimazione 70

N° pazienti trattati 6

CONCLUSIONI: L'attivazione del percorso ha permesso di garantire il trattamento dialitico presso le terapie intensive dell'Azienda USL di Bologna e la riduzione dei costi dovuti ai trasporti dei pazienti e, infine, ha permesso la collaborazione tra professionisti di diverse realtà e lo sviluppo di competenze avanzate per il personale assistenziale.

L'assistenza alla persona con insufficienza renale si trova di fronte a sfide sempre nuove.

Considerata l'emodialisi come tecnica ad alta specializzazione, che comporta una serie di rischi e che viene effettuata al paziente critico ricoverato in Terapia Intensiva, si sottolineano i concetti riguardanti:

- l'adeguata conoscenza teorico-pratica degli infermieri che eseguono la dialisi;
- la conoscenza del proprio campo d'azione in termini di autonomia e responsabilità;

- un'elevata sensibilità verso i problemi della sicurezza;
- un buon livello di collaborazione interprofessionale in termini clinici, assistenziali e comunicativi;
- la formazione del personale a tutti i livelli come priorità e risorsa, al fine di garantire maggiore qualità al sistema che pone al centro i bisogni e l'integrità del paziente.

La combinazione delle conoscenze e delle capacità tecniche e relazionali peculiari degli infermieri di Dialisi e degli infermieri della Terapia Intensiva rappresenta un efficace meccanismo di raggiungimento degli obiettivi assistenziali specifici.

La collaborazione ha portato a rafforzare le competenze dei professionisti e rappresenta un valore essenziale e necessario per assicurare l'erogazione di cure efficaci e sicure; a tal fine, la formazione si configura come strumento indispensabile e privilegiato.

6

12. L'intensità assistenziale infermieristica a fronte della nuova tecnologia dialitica

T. Poloni¹, C. Calabria¹, F. Piccinini¹, E. Milesi¹, G. Mini¹, R. Capoferrì²
¹Nefrologia e Dialisi *NephroCare*, Ospedale Bolognini, Seriate, Italia
²*NephroCare* Italia, *Clinical Nurse Specialist*, Napoli, Italia

INTRODUZIONE: I sofisticati dispositivi di controllo e di *profiling* dei nuovi sistemi di dialisi hanno migliorato efficienza e sicurezza della terapia emodialitica, ma richiedono considerevoli competenze infermieristiche per la gestione dell'attività dialitica.

METODI: L'impatto della nuova tecnologia sull'intensità assistenziale infermieristica è stato valutato in un mese di attività nella nostra unità di dialisi (204 pazienti, 2535 sedute totali), monitorando gli interventi infermieristici, suddivisi in interventi tecnici per gestione dell'apparecchiatura/regolazione dei parametri di trattamento e interventi clinici per sintomatologia dei pazienti (ipotensione, crampi, problemi di accesso vascolare, ecc.). Un questionario sottoposto ai pazienti ha valutato la percezione soggettiva dei vantaggi psico-fisici ottenuti dalla tecnologia applicata e dall'assistenza ricevuta.

RISULTATI: *Routine* a parte (connessione/disconnessione del paziente dal circuito extracorporeo), gli interventi infermieristici sono stati relativamente scarsi: 7.3 ± 1.3 /paziente/mese (0.56 ± 0.1 /seduta) interventi tecnici per controllo, e 7.0 ± 2.9 /paziente/mese (0.54 ± 0.2 /seduta) interventi clinici. La migliore tolleranza del paziente a questa applicazione e la consapevolezza dei vantaggi delle nuove tecnologie sono stati documentati dal questionario.

CONCLUSIONI: La nuova tecnologia dialitica sembra ottenere migliori efficienza e sicurezza del trattamento, percepite pienamente dai pazienti. Il lavoro infermieristico è facilitato, ma richiede conoscenze ed esperienza più approfondite, pienamente acquisibili in non meno di un anno di addestramento.

INFERMIERISTICA NEFROLOGICA AVANZATA E GESTIONE DEI PERCORSI

7

51. Protocolli assistenziali nella gestione del paziente cronico complesso: "Linee Guida nella gestione clinica"

D. Antonelli

Direttore SIOT ASL BAT, Coordinatore Nazionale SIICP

La crescente necessità di assicurare una continuità assistenziale a livello territoriale e domiciliare attraverso la deospedalizzazione, la presa in carico dell'assistito, l'integrazione socio-sanitaria e la rete dei servizi rende necessario un percorso formativo a livello avanzato per la gestione dei problemi prioritari di salute della comunità, attraverso la pianificazione, la realizzazione, il monitoraggio e la valutazione di strategie assistenziali globali, tempestive e di elevata qualità a bassa, media ed elevata complessità assistenziale. La sfida principale, in ambito sanitario, sarà di pensare e proporre nuovi modelli organizzativi di presa in carico di pazienti cronici e complessi, in grado di rispondere al cambiamento qualitativo e quantitativo della domanda di salute, e di perseguire uno sviluppo sostenibile di un nuovo sistema sanitario, nel quale le cure primarie svolgono un ruolo strategico e assistenziale fondamentale e la figura dell'infermiere *care-manager* diventa il perno principale di tutto il Sistema Salute. Quindi, saranno prospettate le nuove Linee Guida e nuovi protocolli assistenziali di presa in carico dei pazienti cronici.

8

52. L'Infermiere *Case Manager* in Dialisi Peritoneale

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

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

INTRODUZIONE: In dialisi peritoneale, l'Infermiere *Case Manager* (ICM), insieme al gruppo infermieristico, inizia la conoscenza del paziente nei colloqui, iniziando l'accertamento e la valutazione dei bisogni educativi e socio assistenziali e seguendolo fino all'inizio del percorso formativo che porterà il paziente alla gestione domiciliare autonoma della metodica dialitica. L'ICM, costruendo quella relazione terapeutica che medierà successivamente il rapporto paziente e gruppo infermieristico, prende in carico la persona e la famiglia, recuperandone il ruolo e la socialità. Diventa un punto di riferimento e facilitatore del percorso di cura, pronto a intervenire in tante piccole situazioni che farebbero vivere e gestire non in maniera corretta la dialisi peritoneale, prevenendo le complicanze a essa connesse, e a smussarle. Il ruolo dell'ICM, quindi, è un intreccio di competenze sociali, legislative e sanitarie. Infatti, è, prima di tutto, un mediatore per la risoluzione di problemi e assicura la continuità di cura, modulando la rigidità della rete, la frammentazione dei servizi, l'inadeguato utilizzo di alcune risorse e l'inaccessibilità delle cure.

DESCRIZIONE DELLE FASI DI SVILUPPO DEL PERCORSO: Calando questa riorganizzazione globale nella cura dei pazienti in dialisi peritoneale o in predialisi che abbiano già scelto questa tecnica dialitica, l'attuazione della presa in cura inizia quando il paziente, insieme alla famiglia, viene affidato dal medico all'infermiere e al *Case Manager*, che

verificano e approfondiscono l'accertamento, pianificando con loro il percorso clinico assistenziale che li porterà alla scelta della metodica dialitica. Quando arriva il momento della scelta terapeutica, il *Case Manager* e il *team* medico e infermieristico si assicurano che il paziente abbia compreso il peggioramento clinico e, insieme, pianificano il percorso clinico assistenziale come:

- l'inserimento di catetere peritoneale;
- il *training* alla dialisi peritoneale;
- l'inserimento in lista trapianto di rene.

Tutto il processo assistenziale personalizzato viene periodicamente rivalutato con il *team* sino all'invio al domicilio del paziente, seguito, poi, nei *follow-up* e nella gestione delle possibili acuzie.

DISCUSSIONE: Nella fase di *training*, il rapporto è quotidiano, il paziente diventa autonomo nella gestione della terapia dialitica dopo circa due settimane e, poi, viene in ambulatorio, se non ha problemi clinici, una volta al mese, ma ciò non comporta una "presa" in carico minore rispetto al paziente che in emodialisi viene visto tre volte alla settimana, ma una "gestione" deospedalizzata e, forse, più impegnativa per chi deve gestire un percorso assistenziale, accertare i bisogni e valutare lo stato psicologico nel breve tempo in cui il paziente viene in ambulatorio o risolvere soprattutto al telefono gli eventuali bisogni o stati d'animo del paziente o della famiglia. Ogni infermiere in dialisi peritoneale e, soprattutto, il *Case Manager* che si dedica al paziente in dialisi domiciliare devono, oltre ad avere competenze nella comunicazione, essere innovativi e pratici e fermamente convinti nella capacità di autocura del paziente. L'ICM in dialisi peritoneale si inserisce nel coordinamento del processo assistenziale, anche se tutti gli infermieri che si prendono cura del percorso formativo dell'assistito sono "gestori del caso". L'ICM diventa "garante" dei percorsi assistenziali di ogni singolo assistito preso in carico e, oltre a essere una figura di riferimento per il paziente, lo è per l'*équipe* multidisciplinare. Il turno lavorativo affidato al *Case Manager* è principalmente quello della mattina, perché di mattina sono concentrate le maggiori attività ambulatoriali, e ciò permette la memoria storica delle attività nella gestione di qualsiasi percorso assistenziale di ogni paziente, che va dal *follow-up* all'invio del materiale dialitico mensile a domicilio.

CONCLUSIONI: Nella logica gestionale del paziente dalla predialisi alla dialisi peritoneale domiciliare, la figura dell'Infermiere *Case Manager* è inserita a pieno credito nell'ottica del lavoro in *équipe*, dove, nel rispetto delle singole professionalità, tutti operano per obiettivi condivisi e l'obiettivo per tutti è una maggiore autonomia del paziente e della famiglia nella gestione della malattia di cui tutto il *team* si fa carico. L'Infermiere *Case Manager* è la persona prossima, è l'agente di collegamento, è un professionista, è una risorsa organizzativa ad alto valore aggiuntivo, è il "*capitano*" di un equipaggio che percorre una rotta comune. Egli prende decisioni e orienta l'agire, ma è grazie al contributo di ogni membro che si raggiunge la meta. Ogni gruppo ha un *leader* (formale/istituzionale) e il *Case Manager* deve essere un *leader* che armonizza il bisogno dell'utenza, i bisogni individuali, i bisogni dell'azienda e i bisogni del gruppo.

BIBLIOGRAFIA:

- Chiari P, Santullo A. *L'infermiere Case Manager*. Milano, McGraw-Hill 2001.
- Moiset C, Vanzetta M. *La qualità nell'assistenza infermieristica*. 2006.
- D'Ivernois JF, Gagnayre R. *Educare il paziente: guida all'approccio medico-terapeutico*. Milano, Mediserve (Edizione italiana a cura di M.G. Albano e L. Sasso) 1998.
- Ferraresi A, Gaiani R, Manfredini M. *Educazione terapeutica:*

metodologia e applicazioni. Roma, Carocci Faber 2004.

- Gatta C, Derossi V. Progetto *Florence*, un cammino verso la presa in carico.
- Atti seminario "L'infermiere *Case Manager* e il *team* multi professionale" Bologna, 23 Maggio 2008.
- Zanella E. *Case management* e percorsi di continuità nei processi assistenziali.

9

53. Il *Case Manager* in Emodialisi dalla presa in carico alla gestione dei bisogni dell'assistito sottoposto al trattamento emodialitico

S. Brintazzoli, C. Elia

Nefrologia Dialisi e Ipertensione, Ospedale S. Orsola-Malpighi, Direttore A. Santoro, Bologna

INTRODUZIONE: La figura professionale dell'Infermiere *Case Manager* fornisce e coordina servizi sociali, sanitari e assistenziali, creando un modello unico assistenziale centrato sul singolo malato. Questo ruolo si esplica con la presa in carico della persona, fin dal primo momento dell'accoglienza e garantendo la continuità assistenziale per tutta la durata della sua vita emodialitica. Questo comporta il compito di interfacciarsi con molteplici protagonisti che il *setting* assistenziale prevede, *in primis* con l'assistito e la sua famiglia, nei momenti destinati all'attività educativa. I pazienti che afferiscono al nostro centro dialisi sono suddivisi in tre turni dialitici (mattina, pomeriggio e sera).

OBBIETTIVO: L'orario di turno dei *Case Manager* era stato organizzato solo per il turno della mattina e del pomeriggio, penalizzando i pazienti del turno serale. Per questo motivo, è stato modificato l'orario della terza *Case Manager*, per dare la possibilità nella stessa giornata di monitorare un numero maggiore di pazienti per attuare una pianificazione assistenziale basata su un accertamento infermieristico diretto. Sulla base di questa necessità, si è pensato di attuare degli interventi di miglioramento: migliorare l'accoglienza in emodialisi, in cui la figura del *Case Manager* risulti essere, insieme al paziente e alla famiglia, l'attore principale del percorso, in grado di garantire la continuità assistenziale a tutti i pazienti nei tre turni e di iniziare un percorso di Educazione Terapeutica strutturato e concordato.

METODOLOGIA: Il *Case Manager*, inserito in un'*équipe* multiprofessionale, è presente durante tutte le fasi di accoglienza e durante un percorso educativo alla persona assistita e al *care giver*, che l'accompagnerà per buona parte della sua vita in dialisi mediante un percorso strutturato. Sono stati creati nuovi strumenti operativi, che si integrano con quelli già in uso in reparto: indicatori di struttura, processo ed esito, che possano consentire al *Case Manager* di rilevare, leggere e interpretare i dati rispetto alla qualità percepita dall'utenza nei tre turni di dialisi.

STRUMENTI: Lo strumento infermieristico utilizzato per accertare i bisogni del paziente, i problemi interdialitici, le complicità dell'accesso vascolare è *Sybilla*: la cartella infermieristica informatizzata. Essa documenta l'assistenza e contiene parametri e dati dialitici grazie ai quali si comprendono l'andamento clinico, la tolleranza dialitica e l'efficacia dei trattamenti.

Lo strumento utilizzato per realizzare un programma di Educazione Terapeutica al Paziente e alla sua Famiglia è *Luna*: la cartella educativa che permette l'acquisizione di competenze manuali e cognitive.

RISULTATI: Attraverso l'utilizzo di nuovi strumenti operativi integrati con quelli già in uso in reparto che mettono in evidenza indicatori di

struttura, processo ed esito ha consentito al *Case Manager* di rilevare, leggere e interpretare i dati rispetto alla qualità percepita dall'utenza. **CONCLUSIONI:** Per assistere un malato cronico oggi, non è più sufficiente essere in grado di interpretare segni e sintomi o saper dializzare la persona utilizzando correttamente un'apparecchiatura da dialisi. Bisogna capire e accettare che le persone che si affidano alle nostre cure dovranno essere accompagnate per anni, allo scopo di garantire loro una degna qualità di vita. Occorre che il *Case Manager* e il gruppo multiprofessionale creino delle solide relazioni umane e dare continuità nel processo assistenziale. Occorre dimostrare che il gruppo si farà carico del paziente con competenza, grazie a un percorso strutturato e condiviso. Solo in questo modo si otterrà la fiducia del paziente e gli si potranno chiedere modifiche di comportamento e abitudini di vita, allo scopo di renderlo protagonista del proprio percorso di cura.

BIBLIOGRAFIA:

- Kanizsa. L'ascolto del malato, 1999.
- Zannini. *Medical humanities* e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura, 2001.
- Evans RW, Manninen DL, Garrison JP Jr, et al. The quality of life of patients with end-stage renal disease, 1985.
- Knowles. Teorie dell'apprendimento in Psicologia educativa, 1980.
- Chiari P. Santullo A. L'infermiere *case manager* dalla teoria alla prassi, 2ª Edizione Milano, McGraw-Hill 2010.
- Valentini O. L'educazione del paziente e della famiglia e il ruolo del *case manager* - Esiti sensibili alle cure infermieristiche: analisi critica della letteratura.
- Boaretti C, Trabucco G, Rugiu C, et al. Rapporti tra adattamento, qualità di vita e supporto familiare e sociale nel paziente in trattamento dialitico. *Giornale Italiano di Nefrologia* 2006; 23 (4): 415-23.
- Bona M. L'accoglienza quale indicatore della qualità percepita da operatori e utenti. *Management Infermieristico* 1999; 4: 22-30.

10

43. ALESC: "Percorso standardizzato del lavoro in team in ambito emodialitico"

C. Elia, G. Alfano, M. Cecchi, G. Cusano, M. Ferri, V. Luongo, G. Maranesi, F. Magri Mazzini, P. Perrone, G. Stefanizzi, A. Semeraro, V. Guadagno

Nefrologia Dialisi e Ipertensione, Ospedale S. Orsola-Malpighi, Direttore A. Santoro, Bologna

INTRODUZIONE: Il ruolo del *Case Manager* all'interno della nostra U.O. è una figura riconosciuta che periodicamente organizza riunioni del gruppo infermieristico, per garantire la continuità assistenziale e un approccio multidisciplinare alla persona assistita. In passato, queste riunioni erano un momento di passaggio di informazioni cliniche degli assistiti, da parte dell'infermiere *Case Manager* al gruppo infermieristico e, quindi, si è deciso di modificare la *mission* degli incontri. Per svolgere in maniera efficace il ruolo informativo e manageriale, si è pensato di attuare interventi di miglioramento, coinvolgendo il *team* infermieristico nella creazione di un programma codificato. Esso deve permettere la discussione collegiale dei casi clinici e deve diventare opportunità di scambio di informazioni, rispetto ai problemi operativi, per giungere alle soluzioni assistenziali più opportune.

OBIETTIVO: Creare con l'*equipe* infermieristica un percorso strutturato per documentare il ragionamento clinico che precede l'intervento assistenziale in sala dialisi. Esso farà da guida, negli incontri settimanali, per analizzare collegialmente i bisogni dell'assistito e creare dei progetti assistenziali, valutandone l'efficacia. Deve facilitare i rapporti multidisciplinari e incrementare i flussi informativi e gli scambi interprofessionali.

METODOLOGIA: Il programma prevede, ispirandosi al NMDS (*Nursing Minimum Data Set*), l'analisi di alcune aree assistenziali, specifiche del *setting* emodialitico: accessi vascolari, lesioni vascolari, efficienza dialitica, stato nutrizionale e *compliance* alla malattia. Da qui nasce l'acronimo ALESC.

Il metodo utilizzato per processare l'area assistenziale è scientifico ed è quello del *problem solving*.

L'accertamento infermieristico:

- si raccolgono informazioni, dati e situazioni riguardanti il problema del paziente
- si individua il problema e il fattore di rischio/causa che l'ha provocato
- si individuano gli obiettivi che il gruppo si prefigge di raggiungere
- si progettano gli interventi, i tempi e i professionisti che concorreranno alla risoluzione del disagio del malato
- si concorda un nuovo incontro per la valutazione degli interventi.

Su ogni paziente che presenta una problematica, viene compilata una scheda elettronica, che definisce gli obiettivi da raggiungere, gli interventi da attuare e il professionista coinvolto nel processo di cura ed essa viene collocata nella cartellina personale del paziente in sala dialisi.

Ogni professionista che svolge la seduta dialitica a quell'assistito ha la consapevolezza di padroneggiare la situazione clinica del paziente, evitando la frammentazione delle cure, la ridondanza di interventi e il dispendio di energie fisiche e risorse materiali e temporali.

RISULTATI: Questo programma ha permesso la riflessione collegiale nel processo decisionale rispetto alle aree cliniche di competenza. Si è percepita una solidarietà lavorativa che abbandona "l'io professionale" come individualità e lascia spazio al "Noi" come *team* infermieristico. Si è percepito, in modo particolare, il senso di appartenenza a un gruppo di lavoro. La ricaduta di questo cambiamento rafforzerà sempre più le dinamiche relazionali interprofessionali e migliorerà quelle con la persona assistita.

CONCLUSIONI: Gli incontri professionalizzanti, svolti in maniera sistematica, possono stimolare la partecipazione e la collaborazione di tutti i professionisti del *team*. È migliorato il clima lavorativo.

Si è consolidato il "lavoro in *team*", evidenziando le competenze di ognuno, affinché siano visibili e apprezzabili da tutti i membri. Anche in questo modo si costituisce la comunità delle BUONE PRATICHE.

BIBLIOGRAFIA:

- Il *team* infermieristico: mete comuni, differenti ruoli. Massimo Rivolo.
- Pratica collaborativa fra i *team* infermieristici - Traduzione di Luciana Modena, Centro Studi EBN, Direzione Servizio Infermieristico, Tecnico e Riabilitativo Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna - Policlinico S. Orsola-Malpighi, Italia.
- Requisiti organizzativi, strutturali, tecnologici, generali e specifici per l'esercizio delle attività sanitarie e per l'accreditamento istituzionale. DCR 221/99 e DCR 30/2000.
- Società Italiana di Nefrologia. Linee Guida sulla quantificazione della dose dialitica. *Giornale Italiano di Nefrologia* 1999; Anno 16,

- Numero Speciale, I Parte: 22-6.
- NMDS-PUBMED NCBI
 - Le competenze e la valorizzazione del patrimonio umano in sanità di Tiziana Gandini.
 - Struttura, processo, esito. Quali indicatori misurano la qualità dell'assistenza sanitaria? Antonino Cartabellotta.

11

46. Accoglienza del paziente in emodialisi: il ruolo del *Case Manager*

S. Brintazzoli

Nefrologia Dialisi e Ipertensione, Ospedale S. Orsola-Malpighi, Direttore A. Santoro, Bologna

BACKGROUND: Nonostante il fatto che molti pazienti nella fase di insufficienza renale cronica siano noti ai reparti, circa la metà inizia ancora il trattamento in modo acuto e senza un programma di Educazione Terapeutica. Un'accoglienza in emodialisi programmata e pianificata può fare in modo che le persone assistite ricevano tutte le informazioni circa il trattamento e ciò che comporta, ma che, soprattutto, siano in grado di partecipare in modo attivo alle scelte terapeutiche. I potenziali problemi connessi alla realizzazione del percorso sono sostanzialmente legati alla scarsa comunicazione con i membri dell'ambulatorio pre dialisi e alla difficoltà di far comprendere al medico nefrologo che anche l'*equipe* infermieristica ha necessità di conoscere la persona prima che inizi il trattamento, poiché la *compliance* può anche dipendere da come è avvenuto l'ingresso in emodialisi. Infine, difficoltà nel sensibilizzare il gruppo infermieristico a lavorare in *equipe*.

OBBIETTIVO: Migliorare l'accoglienza in emodialisi, in cui la figura del *Case Manager* risulti essere, insieme al paziente e alla famiglia, attore principale del percorso; in grado di garantire la continuità assistenziale e di iniziare un percorso di Educazione Terapeutica strutturato e concordato.

METODOLOGIA: L'accoglienza in emodialisi non può definirsi tale se non si prevede di pianificare un percorso educativo alla persona assistita e al *care giver*, che lo accompagnerà per buona parte della sua vita in dialisi. Il progetto prevede: un'analisi con relativo logigramma dell'attuale processo di accoglienza, evidenziando criticità e cause; proposta di implementazione del processo, rappresentata sempre con un diagramma di flusso, in cui il *Case Manager*, inserito in un'*equipe* multiprofessionale, è presente durante tutte le fasi di accoglienza (dall'ingresso del paziente in emodialisi fino al primo trattamento), mediante un percorso strutturato; utilizzo di nuovi strumenti operativi che vadano a integrare quelli già in uso in reparto; indicatori di struttura, processo ed esito, che possano consentire al *Case Manager* di rilevare, leggere e interpretare i dati rispetto alla qualità percepita dall'utenza.

CONCLUSIONI: Per assistere un malato cronico oggi non è più sufficiente essere in grado di interpretare segni e sintomi o saper dializzare la persona utilizzando correttamente un'apparecchiatura da dialisi. Bisogna capire e accettare che le persone che si affidano alle nostre cure dovranno essere accompagnate per anni, allo scopo di garantire loro una degna qualità di vita. Occorre che il *Case Manager* e il gruppo multiprofessionale crei delle solide relazioni umane nel momento dell'accoglienza. Occorre dimostrare che il gruppo si farà carico del paziente con competenza, grazie a un percorso strutturato e condiviso. Solo in questo modo si otterrà la fiducia

del paziente e gli si potranno chiedere modifiche di comportamento e abitudini di vita, allo scopo di renderlo protagonista del proprio percorso di cura.

BIBLIOGRAFIA:

- Boaretti C, Trabucco G, Rugiu C, et al. Rapporti tra adattamento, qualità di vita e supporto familiare e sociale nel paziente in trattamento dialitico. *Giornale Italiano di Nefrologia* 2006; 23 (4): 415-23.
- Bona M. L'accoglienza quale indicatore della qualità percepita da operatori e utenti. *Management Infermieristico* 1999; 4: 22-30.
- Chiari P, Santullo A. L'infermiere *Case Manager* dalla teoria alla prassi, 2ª Edizione Milano. McGraw-Hill 2010.
- Manthey M. La pratica del *primary nursing*. L'erogazione dell'assistenza basata sulle relazioni e guidata dalle risorse (Edizione italiana a cura di G. Costazza, P. Galletti, M. Mischo- Kelling). Il pensiero scientifico Editore 2002.
- Huges SA, Mendellson JG, Tohe SW, Mc Farlane PA, Mendellson DC. Factors associated with suboptimal initiation of dialysis despite early nephrologist referral. *Nephrol Dial Transplant* 2012 Dec 4 (Epub ahead of print).
- Paris V. Il ruolo dell'educazione terapeutica nell'adattamento e nella qualità di vita del paziente nefropatico oggi. *Giornale Italiano di Nefrologia* 2008; 25 (3): 364-8.
- Zanini S, Ajmone C, Margola D, et al. Il paziente emodializzato e il *care giver* familiare. Percezioni e confronto sulla malattia cronica. *Giornale Italiano di Nefrologia* 2006; 23 (3): 291-300.

12

47. *Nursing* Nefrologico tra efficienza e qualità: il percorso per il paziente affetto da PNA

A. Poletti, V. Guadagno, W. Longo

Nefrologia Dialisi e Ipertensione, Ospedale S. Orsola-Malpighi, Direttore A. Santoro, Bologna

INTRODUZIONE: La Pielonefrite Acuta (PNA) è un processo flogistico che interessa il rene e la mucosa del bacinetto renale. Il numero dei pazienti affetti da questa patologia è notevolmente aumentato e le ultime Linee Guida evidenziano una gestione sempre più complessa del trattamento. Soprattutto, il paziente deve essere trattato per un periodo prolungato in regime di ricovero. Da un lato, quindi, c'è questa esigenza, mentre, dall'altro, le aziende richiedono efficienza organizzativa anche in termini di riduzione delle giornate di degenza: soddisfare questi due bisogni diventa un grande problema! La nostra Unità Operativa, per garantire al paziente la migliore cura possibile nel *setting* appropriato e rispettare i vincoli dell'organizzazione, nel Dicembre del 2013 ha definito: *il percorso per il paziente affetto da PNA*. Questo progetto è stato condiviso con la Direzione Aziendale e con la Farmacia e attribuisce all'infermiere un ruolo molto importante.

METODOLOGIA: Il paziente, terminata la fase acuta, viene dimesso, ma si reca ogni giorno presso il nostro reparto in regime di prosecuzione di ricovero. Viene gestito dall'*Infermiere Case Manager* (ICM), che lo aveva in carico durante il ricovero. In questo modo, vengono garantite la continuità assistenziale e la gestione completa della malattia. Per realizzare questo progetto è stato necessario formare il personale e dotarsi di presidi adeguati: elastomeri (per la terapia antibiotica in continuo) e cateteri periferici tipo Intima.

È stato importante definire cosa, come, dove, quando e quali strumenti utilizzare per la registrazione. Oltre alla somministrazione della terapia e all'esecuzione di eventuali esami diagnostici o strumentali, è necessario monitorare segni e sintomi: il dolore, la temperatura e lo stato di idratazione e di nutrizione. Tutto viene registrato sulla cartella del ricovero.

RISULTATI E CONCLUSIONI: Il progetto è giovane, per cui, dal punto di vista quantitativo, i dati sono relativamente ridotti (6 pazienti in Gennaio). Non sappiamo se e come impatterà sulla riduzione della degenza media, dal punto di vista organizzativo, però abbiamo potuto apprezzare i vantaggi di questo modello. Ci sembra essenziale sottolineare gli effetti positivi e le ricadute che questo modello ha sui pazienti, soprattutto giovani donne, che, in fase acuta, vengono seguiti in ospedale e, quando la sintomatologia regredisce e gli esami laboratoristici lo confermano, possono ritornare alle loro famiglie con la certezza di ricevere le stesse cure dagli stessi professionisti.

BIBLIOGRAFIA:

- Calamandrei C, Orlandi C. La dirigenza infermieristica. McGraw-Hill, Milano 2009.
- Benner P, L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere. McGraw-Hill, Milano 2003.
- Santullo A. L'infermiere e le innovazioni in sanità. McGraw-Hill, Milano 2004.
- Silvestro A, Maricchio R, Montanaro A, Molinar Min M, Rossetto P. La complessità assistenziale. Concettualizzazione, modello di analisi e metodologia applicativa. McGraw Hill, Milano 2009.
- Williams G, Craig JC. Long-term antibiotics for preventing recurrent urinary tract infection in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (3): CD001534.
- Eliakim-Raz N, Yahav D, Paul M, Leibovici L. Duration of antibiotic treatment for acute pyelonephritis and septic urinary tract infection. *J Antimicrob Chemother* 2013; 68 (10): 2183-91.
- Wagenlehner FM, Schmiemann G, Hoyme U, et al. National guidelines on uncomplicated urinary tract infection: Recommendations for treatment and management of uncomplicated community-acquired bacterial urinary tract infections in adult patients. *Urologe A* 2011; 50 (2): 153-69.
- Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari (ARESS), Regione Piemonte, Raccomandazioni per la costruzione di PDTA e PIC nelle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte 2007.
- Casati G, Panella M, Di Stanislao F, Vichi MC, Morosini P. Gestione per processi professionali e percorsi assistenziali. Progetto Formazione Qualità ISS 2004.
- GIMBE News. Struttura, processo, esito. Vol. 2, n. 4 2009.
- NICE. Principles for Best Practice in Clinical Audit. Oxford, Ratchliffe Medical Press 2008.
- Benjamin A. Audit: how to do it in practice. *BMJ* 2008; 336: 1241-5.

13

42. Presa in carico dell'assistito sottoposto a trattamento emodialitico nel turno serale

C. Elia, A. Iacobelli, E. Trastullo, V. Guadagno

Nefrologia Dialisi e Ipertensione, Ospedale S. Orsola-Malpighi, Direttore A. Santoro, Bologna

INTRODUZIONE: La figura professionale dell'Infermiere *Case Manager* fornisce e coordina servizi sociali, sanitari e assistenziali, creando un modello unico assistenziale centrato sul singolo malato. Questo ruolo si esplica con la presa in carico della persona, fin dal primo momento dell'accoglienza e garantendo la continuità assistenziale per tutta la durata della sua vita emodialitica. Questo comporta l'impegno di interfacciarsi con molteplici protagonisti che il *setting* assistenziale prevede, *in primis* con l'assistito e la sua famiglia, nei momenti destinati all'attività educativa. I pazienti che afferiscono al nostro centro dialisi sono suddivisi in tre turni dialitici (mattina, pomeriggio e sera). L'orario di turno dei *case manager* era stato organizzato solo per il turno della mattina e del pomeriggio, penalizzando i pazienti del turno serale. Per questo motivo, è stato modificato l'orario della terza *Case Manager*, per dare la possibilità nella stessa giornata di monitorare un numero maggiore di pazienti per attuare una pianificazione assistenziale basata su un accertamento infermieristico diretto. Sulla base di questa necessità si è pensato di attuare degli interventi di miglioramento.

OBIETTIVO: Fornire assistenza di elevato livello pari a quella fornita ai pazienti che dializzano nel turno mattutino e pomeridiano; estendere la presa in carico da parte dell'infermiera *Case Manager* anche agli assistiti del turno serale, per beneficiare dell'integrazione assistenziale, intesa come coerenza fra ciò che è stato progettato e ciò che viene realizzato; promuovere la continuità assistenziale, evitando la frammentazione delle cure, perché, venendo coordinato dalla figura preposta, il progetto assistenziale si esplica in tutti gli ambiti di svolgimento.

METODOLOGIA: Sono stati contattati gli assistiti del turno serale, tramite una lettera, dove si ribadivano il ruolo e le funzioni dell'infermiere *Case Manager*. Si consigliava loro di fissare un appuntamento con lui, in corrispondenza di un esame che dovevano svolgere, in modo da evitare un ulteriore viaggio in ospedale.

Durante l'incontro si svolgevano attività di monitoraggio riguardanti:

- l'accesso vascolare
 - le lesioni vascolari
- Attività di controllo riguardanti:
- l'esecuzione degli esami strumentali periodici
 - l'esecuzione di esami strumentali/visite specialistiche per lista trapianto
 - l'appropriatezza della tipologia di trasporto assegnato
 - la cenestesi del paziente e il suo stato nutrizionale e di idratazione
 - il *feedback* sul grado di soddisfazione dell'assistenza erogata
 - il *focus* su dialisi-vacanze
 - il *feedback* sul grado di soddisfazione in merito al supporto psicologico fornito

Attività educativa riguardante:

- conoscenze e abilità pratiche che l'assistito in emodialisi e il *care-giver* devono padroneggiare per gestire in autonomia alcuni aspetti della malattia.

STRUMENTI: Lo strumento infermieristico utilizzato per accertare i bisogni del paziente, i problemi interdialitici e le complicanze

dell'accesso vascolare è *Sybilla*: la cartella infermieristica informatizzata. Essa documenta l'assistenza e contiene parametri e dati dialitici grazie ai quali si comprendono l'andamento clinico, la tolleranza dialitica e l'efficacia dei trattamenti. Lo strumento utilizzato per realizzare un programma di Educazione Terapeutica al Paziente e alla sua Famiglia è *Luna*: la cartella educativa che permette l'acquisizione di competenze manuali e cognitive.

RISULTATI: Ha aderito a questo progetto il 75% degli assistiti che dializzano sul turno serale.

Dall'elaborazione dei questionari di gradimento, l'*equipe* ha potuto rilevare:

- interesse rispetto agli argomenti trattati durante i vari colloqui
- puntualità rispettata nei diversi incontri
- adattamento a nuovi atteggiamenti e a stili di vita più adeguati alla malattia cronica
- aumento della motivazione, delle conoscenze, delle competenze e dell'autonomia decisionale nel periodo interdialitico, che precedentemente veniva gestito con ansia e agitazione
- stima e rispetto professionale, che sono aumentati nei confronti dell'*equipe* infermieristica

CONCLUSIONI: Estendere la presa in carico da parte dell'infermiere *Case Manager* anche ai pazienti del turno serale ha migliorato la qualità dell'assistenza, grazie alla presa in carico personalizzata alla persona, ma è divenuto anche evidente che all'infermiere è stata riconosciuta una sua identità culturale e professionale.

BIBLIOGRAFIA:

- Kanizsa 1999. L'ascolto del malato.
- Zannini 2001. *Medical humanities* e medicina narrativa. Nuove prospettive nella formazione dei professionisti della cura.
- Evans RW, Manninen DL, Garrison JP Jr, et al. The quality of life of patients with end-stage renal disease. 1985.
- Knowles 1980. Teorie dell'apprendimento in Psicologia educativa.
- Chiari P, Santullo A. L'infermiere *Case Manager* dalla teoria alla prassi. 2010.
- Valentini O. L'educazione del paziente e della famiglia e il ruolo del *Case Manager*. Esiti sensibili alle cure infermieristiche: analisi critica della letteratura.
- Palese A. La gestione clinico assistenziale del paziente in trattamento emodialitico.
- Fratton A. Il malato in trattamento emodialitico cronico.
- Pavari C. La documentazione infermieristica.
- Indicatori per la valutazione delle Linee Guida www.pnlg.it.

14

09. Dialisi peritoneale sul territorio

A. Marongiu, M. Cadeddu, G. Peddio

Azienda ASL Cagliari, Struttura Complessa di Nefrologia e Dialisi Territoriale

INTRODUZIONE: Il distretto dell'Azienda Sanitaria 8 di Cagliari, dove noi lavoriamo, comprende diversi ospedali e centri dialisi dislocati in modo omogeneo su tutto il suo vasto territorio. I centri di nefrologia e dialisi dell'azienda 8 fino a qualche mese fa offrivano solo il servizio di emodialisi. Il servizio di dialisi peritoneale era assicurato a Cagliari, dall'altra azienda sanitaria. Da qualche tempo la nostra azienda ha attivato anche un servizio di dialisi peritoneale. Essendo il territorio, come già detto, molto vasto, si è pensato di formare una

squadra, costituita da un coordinatore e 8 infermieri, tutti con esperienza decennale in emodialisi, e 3 nefrologi, di cui uno che ha lavorato per tanti anni in dialisi peritoneale.

ORGANIZZAZIONE DEL TERRITORIO: Il territorio è servito da quattro centri dialisi: due si trovano all'interno di una struttura ospedaliera e due sono centri di dialisi medicalizzati. Il coordinatore ha sede fissa nel centro di riferimento della dialisi territoriale e da qui gestisce il personale, l'ordine del materiale e gli aspetti burocratici. Ogni centro dialisi ha due infermieri dedicati alla dialisi peritoneale e un'area di sua pertinenza, mentre i nefrologi ruotano su tutto il territorio. Abbiamo stilato un protocollo che uniforma le procedure infermieristiche in tutti i centri.

MATERIALI E METODI: Prima di intraprendere il percorso che ci ha portati all'acquisizione dei primi pazienti, gli infermieri hanno fatto delle ricerche per sapere come lavorano e sono organizzati i principali centri dialisi peritoneale a livello nazionale. Il primo passo è stato quello di formare il personale attraverso corsi e *stage* in centri di dialisi peritoneale d'eccellenza. Il secondo passo è stato quello di scegliere quale fosse il servizio migliore da offrire agli utenti e la scelta è caduta sul *training* del paziente, da effettuarsi nel proprio domicilio. Il paziente seguito negli ambulatori nefrologici del territorio viene inviato presso la nostra struttura e, in occasione di questo incontro, l'infermiere fornisce al paziente tutte le informazioni che riguardano la dialisi peritoneale. Viene consegnato materiale cartaceo come rafforzamento delle informazioni e vengono programmati altri incontri con la famiglia. Nel caso in cui il paziente decidesse di iniziare il trattamento peritoneale, verrebbe preso incarico dagli infermieri del centro più vicino alla sua residenza. L'infermiere che prenderà in cura il paziente procederà a verificare l'idoneità dell'ambiente in cui verrà eseguito il trattamento, attraverso un sopralluogo a casa del paziente, programmerà gli esami e le visite per il posizionamento del catetere e seguirà il *break-in* in ogni sua fase, fino all'inizio del trattamento dialitico. Quando il paziente è pronto, inizia il periodo di *training* e l'infermiere si recherà a casa del paziente, fino a quando riterrà lui o il *care-giver* idonei a eseguire il trattamento autonomamente e in tutta sicurezza. Una volta avuta l'idoneità, il paziente potrà iniziare il trattamento da solo. Il paziente eseguirà una visita nefrologica una volta al mese nell'ambulatorio del centro dialisi di riferimento. Le visite domiciliari post *training* hanno cadenze settimanali il primo mese, quindicinali il secondo mese e mensili dal terzo mese in poi.

CONCLUSIONI: Attualmente abbiamo 4 pazienti distribuiti nel territorio e uno in procinto di domiciliarizzazione. Il sistema da noi adottato ha trovato più che soddisfatti i pazienti e i loro familiari. Eseguire il *training* a domicilio ha molteplici vantaggi perché il paziente è più a suo agio all'interno delle mura domestiche, nell'ambiente a lui più familiare. L'infermiere può dedicare con serenità il proprio tempo al paziente, non essendo vincolato dai ritmi che impone il reparto, e ciò porta maggiore fiducia tra l'infermiere e il paziente. La presenza di una struttura che segua e sostenga i pazienti in un momento così delicato, come l'inizio della dialisi, senza sconvolgere completamente le loro abitudini, e di professionisti disponibili a risolvere i problemi legati alla malattia ha reso i pazienti e i loro familiari più sereni e sicuri e il *team* della dialisi peritoneale gratificato professionalmente e invogliato a migliorare con sempre più entusiasmo il servizio che il sistema sanitario offre al cittadino.

BIBLIOGRAFIA:

- Manuale Oxford. Dialisi assistenza infermieristica al paziente in dialisi peritoneale.
- Formazione sul campo presso: Dialisi peritoneale Ospedale di Trento e Servizio territoriale di Torino S. G. Bosco.

15

26. Organizzazione di un'unità operativa di dialisi pediatrica orientata al modello Case Management

M. Tofani, F. Cavalluzzo

Ospedale Pediatrico Bambin Gesù, Roma

INTRODUZIONE: L'infermiere *Case Manager* è quel professionista che, con competenze, abilità e conoscenze adeguate, definisce e segue il percorso di assistenza del paziente, allo scopo di finalizzare le risorse e garantendo un elevato *standard* di qualità assistenziale. Orientando l'organizzazione dell'assistenza, nell'area nefrologica, verso il modello del *Case Management* e definendo dei percorsi di assistenza integrati ospedale/territorio, si garantisce un servizio più appropriato ai bisogni del piccolo paziente e della sua famiglia. Ora, l'organizzazione dell'assistenza prevede la presenza, nell'*equipe* infermieristica, di due infermieri con maggiore esperienza di dialisi peritoneale, che si alternano nella gestione dei bambini che richiedono tale tecnica. Le attività di coordinamento, per quanto riguarda tempi, modalità e valutazione per l'avvio alla dialisi, per l'addestramento, per i contatti con le strutture territoriali e per garantire una continuità assistenziale, non potendo essere seguite completamente dall'infermiere di riferimento, impegnato anche nell'attività quotidiana di assistenza, sono eseguite in collaborazione e suddivise con la Coordinatrice, l'*equipe* dell'unità operativa di Nefrologia, l'infermiera dedicata ai trapianti e l'assistente sociale: questo ha comportato, a volte, sovrapposizioni di interventi e di prestazioni, disguidi e rallentamenti nel coordinamento con le strutture sul territorio, aumento della durata di degenza e assenza di un preciso punto di riferimento per un adeguato sostegno della famiglia a domicilio.

Tenendo conto di tutti questi fattori e mettendo in primo piano i bisogni di assistenza del bambino e dei suoi familiari, è emerso quanto forte fosse l'esigenza di sviluppare un progetto per un nuovo modello organizzativo dell'assistenza, che prevedesse il riconoscimento di una figura professionale, come l'infermiere *Case Manager*, che si assuma la responsabilità di essere il principale referente e di garantire il percorso assistenziale più adeguato e appropriato.

PAROLE CHIAVE: Dialisi peritoneale, Assistenza, Coordinamento

OBIETTIVO: Garantire la presa in carico del paziente e della sua famiglia, agevolare il rientro a domicilio e coordinare le strutture territoriali preposte.

METODO: Ricerca di lavori pubblicati e analisi del caso nel nostro ospedale.

RISULTATI: Favorire il raggiungimento della massima autonomia nella gestione a casa della malattia, garantendo la continuità e la sicurezza assistenziale a domicilio.

BIBLIOGRAFIA:

- Chiari P, Santullo A. L'infermiere *Case Manager* dalla teoria alla prassi. 2010.
- Valentini O. L'educazione del paziente e della famiglia e il ruolo del *Case Manager*. Bologna 2007.

16

16. Proposta di un modello organizzativo e assistenziale in nefrologia e dialisi

S. Mennilli¹, R. Della Penna²

¹Nefrologia e Terapia Emodepurativa, Ospedale Clinicizzato "SS. Annunziata" Chieti, ASL 02, Abruzzo

²Servizio Emodialisi, Ospedale "G. Bernabeo" Ortona, ASL 02, Abruzzo

INTRODUZIONE: L'avanzamento della professione richiede la necessità di avere chiaro e condiviso il ruolo infermieristico, al fine di essere responsabili, a tutti i livelli, della gestione manageriale della propria area. Questo processo, in un periodo di contenimento dei costi e di *budget* limitati, di degenze medie e di super specializzazioni ad alta tecnologia, implica la necessità di possedere un insieme di competenze di base, generali, specifiche e avanzate nei diversi campi del *Nursing* nefrologico; tutto ciò per consentire lo sviluppo di propri modelli e teorie. La nuova sfida professionale, nel lavoro quotidiano, è rappresentata dalla capacità di dare, al di là della semplice risposta al bisogno, come atto tecnico legato alla patologia, il passaggio a un modello infermieristico che si prende carico della persona e di quanto la circonda. Queste necessità richiedono una maturità dei professionisti e un dibattito all'interno della comunità professionale. L'integrazione di nuovi percorsi nei modelli organizzativi esistenti richiede strategie per sostenere il cambiamento: determinazione, discussioni e condivisione.

SCOPO: Approfondire i modelli assistenziali, con particolare attenzione ad alcuni, che possono essere applicati ai diversi percorsi dei pazienti nefropatici attraverso l'analisi dello *status* attuale, utilizzando un modello di analisi sistemica. Analizzare e capire perché sia nata la necessità di effettuare un cambiamento e proporre organizzazioni diverse dalle attuali che, senza una vera presa in carico, vedono ruotare gli infermieri attorno all'utente in base ai turni di servizio.

MATERIALI E METODI: Consultazione di riviste e testi scientifici, di banche dati di *Nursing* nefrologico e comparazioni di modelli proposti.

CONCLUSIONI: L'infermiere diventa un professionista con capacità critica e riflessiva, che deve assumersi, pertanto, la responsabilità dei risultati, affrontare l'incertezza e assumere decisioni, migliorare la propria professionalità e contribuire a migliorare l'intero sistema, proponendo soluzioni innovative e mettendo in discussione le abitudini consolidate.

BIBLIOGRAFIA:

- Barrelli P, Palloro G, Perli S, Strimmar S, Zattoni ML. Modelli di organizzazione dell'assistenza: sono efficaci? Assistenza Infermieristica e Ricerca 2006; 25 (1): 35-41.
- Dellai M, Ruocco M, Roat O, Dallapè F. La competenza infermieristica superiore/avanzata (*advanced*). Assistenza Infermieristica e Ricerca 2006; 25 (2): 92-7.
- Caminati A, Mazzoli R, Tura G, Santullo A. Modelli organizzativi infermieristici. *Management infermieristico* 2004; 1: 30-7.
- Chiari P, Santullo A. L'infermiere *Case Manager*. II Ed. McGraw-Hill Milano 2006.

17

37. Ambulatorio infermieristico “percorso uremia” dell’azienda USL di Bologna: un anno di attività

T. Aliberti, D. Baraldi, M. Nicoli, M. Russo, R. Toschi, B. Sofritti
CAD Azienda USL Bologna, Bologna

INTRODUZIONE: L’Azienda USL di Bologna offre assistenza agli utenti nefropatici nei primi stadi della malattia attraverso una rete di ambulatori nefrologici. A partire dal Novembre 2012, sono stati attivati 3 ambulatori infermieristici “Percorso Uremia”, collocati in presidi ospedalieri strategici sul territorio, con l’obiettivo di garantire all’utente una presa in carico precoce, al fine di rallentare la progressione della malattia coinvolgendo attivamente la persona nel percorso assistenziale.

MATERIALI E METODI: L’infermiere responsabile dell’ambulatorio “Percorso Uremia” prende in carico utenti dal II stadio della malattia renale cronica (CKD), selezionati precedentemente dal nefrologo. Al primo colloquio, l’infermiere responsabile effettua l’accertamento infermieristico, utilizzando una cartella con i modelli funzionali di Gordon, mediante un’intervista semistrutturata e avvalendosi del *nursing* narrativo.

Attraverso l’accertamento, si valuta il bisogno assistenziale della persona, sia in termini di bisogni educativi (con coinvolgimento della famiglia o dei *caregiver*) che di attivazione di percorsi diagnostici terapeutici e assistenziali. L’utente in condizioni stabili effettua, in media, un colloquio ogni due mesi e l’intervento educativo è suddiviso in vari *step*, che iniziano dall’illustrazione del concetto di malattia cronica fino alla comprensione degli stili di vita necessari al contenimento della progressione della patologia. Ad ogni incontro vengono rivalutate le competenze acquisite e rinforzate, se necessario. Durante il colloquio, inoltre, l’infermiere effettua una valutazione assistenziale, rilevando parametri vitali e specifici della patologia (peso, diuresi, esame obiettivo), oltre a effettuare esami ematochimici e a coordinare altri esami diagnostici strumentali.

CONCLUSIONI: L’attivazione del progetto inerente gli ambulatori “Percorso Uremia” è stata illustrata con la presentazione del progetto stesso al Convegno EDTNA/ERCA 2013, con l’impegno di portare a un anno di distanza i primi risultati di attività e di impatto (vedi Tabella riassuntiva).

Il primo ambulatorio infermieristico è operativo da Novembre 2012 ed è collocato all’interno dell’Ospedale Maggiore di Bologna, mentre all’Ospedale di Bentivoglio è operativo da Aprile 2013 e all’Ospedale Bellaria di Bologna da Dicembre 2013.

BIBLIOGRAFIA:

- Hughes SA, Mendelssohn JG, Tobe SW, McFarlane PA, Mendelssohn DC. Factors associated with suboptimal initiation of dialysis despite early nephrologist referral. *Nephrol Dial Transplant* 2013; 28 (2): 392-7.
- Curtis BM, Ravani P, Malberti F, Taylor PA, Djurdev O, Levin A. The short-and *long-term* impact of multidisciplinary clinics in addition to standard nephrology care on patient outcomes. *Nephrol Dial Transplant* 2005; 20: 147-54.
- Ravani P, Mariangeli G, Tancredi M, Malberti F. Multidisciplinary chronic kidney disease management improves survival on dialysis. *J Nephrol* 2003; 16: 870-7.
- Devis GM, Mendelssohn DC, Barrè PE, Taub K, Binik YM. Predialysis psychoeducational intervention extend survival in CKD: a 20-year *follow-up*. *Am J Kidney Dis* 2005; 46: 1088-98.

18

08. Progetto per la misurazione dei carichi di lavoro

V. Dorigo, L. Martin, M.R. Merlo, D. Terrin
UOC Emodialisi di Dolo, ASL 13 Mirano, Venezia

Nell’UOC di Emodialisi in cui lavoro si cerca da tempo di uniformare le postazioni dialitiche razionalizzando gli utenti con lo scopo di avere carichi di lavoro simili.

OBIETTIVI: Migliorare la qualità assistenziale infermieristica, allocando con metodo le risorse, prevenendo il rischio clinico e migliorando il benessere organizzativo.

METODO: È stata utilizzata come strumento iniziale una scheda chiamata “Indice di criticità della persona dializzata”, presentata al XXIX Congresso EDTNA/ERCA 2011 dall’Emodialisi dell’Azienda Ospedaliera Policlinico S. Orsola-Malpighi. È stata aggiunta una voce relativa all’accesso vascolare ed è stato attribuito ad ogni voce un valore numerico da 1 a 4, con un *range* compreso tra 9 e 36. Sono sta-

TABELLA RIASSUNTIVA ATTIVITÀ

Sede	Giorni di apertura	Attivo da	Utenti presi in carico	Stadio CKD		Avviati in predialisi	Deceduti	Persi al <i>follow-up</i>
				Nr. pz	Stadio			
Ospedale Bellaria	Giovedì	Dicembre 2013	12	2	II	0	0	0
				10	III			
Ospedale Maggiore	Lunedì Mercoledì Giovedì Venerdì	Novembre 2012	149	1	II	HD peritoneale 4 Terapia conservativa 4 HD 11	8	8
				14	III			
				82	IV			
				11	V			
Ospedale Bentivoglio	Giovedì	Aprile 2013	13	6	IV	HD peritoneale 1 HD 1	0	3
				2	V			

ti modificati alcuni aggettivi in alcune voci e si è cercato di misurare i carichi di lavoro cercando di “fotografare” le postazioni dialitiche nei quattro diversi turni mensilmente, una sola volta, per un periodo di prova di mesi sei. Lo studio è iniziato nel mese di Ottobre.

LIMITI DELLA SCHEDA UTILIZZATA: Alcuni utenti con punteggio basso erano particolarmente impegnativi e quindi, dal mese di Dicembre, si è inserita anche una misurazione crociata con la scheda di valutazione professionale dell’intensità assistenziale con il Paoncil (metodo per stabilire l’intensità di cura ottimale). Tale dato, confrontato con l’indice di criticità della postazione, serve per verificare se vi è corrispondenza tra i dati oggettivi e la soggettività del lavoratore. Nella maggior parte dei casi, il carico di lavoro espresso con la scheda “indice di criticità” e quello espresso con la scheda “Paoncil” corrispondono (dati relativi al solo mese di Dicembre).

BIBLIOGRAFIA:

- De Tommaso T, Bonora M, Boschi S, et al. Nuovo strumento per la valutazione della criticità del paziente dializzato. In Atti XXIX Congresso EDTNA/ERCA 2011, 12-14 Maggio; Rimini (Italia).
- Varesini L. Gli indicatori di complessità assistenziale in dialisi. *L’infermiere* 3-2012; 20-1.
- Gentile C. Intensità di cura e complessità assistenziale: nuovi modelli organizzativi. In Atti, evento formativo asl Matera 2103; 19-20 Novembre, Matera (Italia).
- Mangardi M. Il modello di intensità di cura: le ricadute e gli esiti sugli operatori. In Atti 57° Congresso Nazionale Società Italiana di Gerontologia e Geriatria 2012; 21-24 Novembre, Milano (Italia).
- Indice di intensità assistenziale ed esperienza applicata all’A.O. Niguarda. Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Cà Granda 2012.
- Fagerstrom L, Rainio AK. Valutazione del livello di intensità assistenziale ottimale compiuta da professionisti: un nuovo metodo per valutare le risorse di personale necessarie per l’assistenza infermieristica. *Journal of Clinical Nursing* 1999.
- Zampieron A. Metodologia clinica infermieristica. Dispensa completa. CLI, Sede di Padova AA. 2004-2005.

PERCORSI DI EDUCAZIONE/FORMAZIONE

19

11. “Quando i reni non funzionano più”. Per piacere, potete spiegare la dialisi ai miei compagni?

E.P. Manias¹, M. Minetto²

¹Dialisi Peritoneale, Ospedale S. Maria degli Angeli, Pordenone

²Psicologa-psicoterapeuta, Oncologia Pediatrica, Ospedale S. Maria degli Angeli, Pordenone

PREMESSA: Promuovere e tutelare la salute del giovane paziente in dialisi è un principio imprescindibile in un sistema sanitario che mette al centro l’individuo e i suoi bisogni. Gli operatori ospedalieri che si fanno carico dei problemi di salute dell’età evolutiva devono creare una rete di assistenza in grado di prendersi cura non solo della patologia, ma di ciò che questa malattia comporta nella realtà quotidiana in cui il paziente vive. Diventa necessario che gli operatori ospedalieri operino in sintonia attraverso percorsi condivisi, con le diverse strutture sanitarie, educative e sociali esistenti nel territorio e, quando è possibile, promuovere un trattamento più adeguato a domicilio. Le

patologie dialitiche sono particolarmente difficili da affrontare e gestire non solo per i pazienti e le famiglie, ma anche per gli educatori che, a causa della scarsità di informazioni, non sono in grado di affrontare né le situazioni di primo soccorso né il disagio scolastico che ne deriva (ritardi a scuola, giorni di assenza, ecc.). La conseguenza diretta diviene la necessità di sviluppare progetti terapeutici che prevedano la creazione di *team* sanitari e scolastici in grado di garantire un’assistenza qualificata che sappia interfacciarsi nei diversi ambiti di vita del paziente (sistema familiare, scuola, gruppo dei pari, ecc.).

PROGETTO SCUOLA: In conformità con questa premessa nasce l’idea di realizzare un progetto scuola che prevede interventi nelle classi dei pazienti dializzati per far conoscere ai coetanei cosa vuol dire “quando i reni non funzionano più”. L’obiettivo è quello di tutelare il benessere nel contesto scolastico e di prevenire il disagio psicologico del piccolo paziente dializzato.

CONCLUSIONI: Il percorso si svolge curando due aspetti, da una parte uno di tipo informativo-conoscitivo, che trasmette le informazioni medico-assistenziali, e, dall’altra, quello psico-emotivo, preparando il gruppo classe ad accogliere e a gestire la presenza di un/a compagno/a in dialisi.

20

04. Interventi di educazione sanitaria nella gestione della fosforemia del paziente sottoposto a trattamento renale sostitutivo extracorporeo

K. Manocchi, P. Ficerai, B. Ubaldi, A. Ruzzino, C. Filiaggi, M.I. Mancini, L. Fioravanti, R. Gosti

AREA VASTA 5 - U.O. EMODIALISI dell’Ospedale “C.G. Mazzone”, Ascoli Piceno

INTRODUZIONE: La gestione dell’iperfosforemia rappresenta l’obiettivo principale della CKD-MBD (Malattia minerale ossea e Malattia renale cronica). L’ottimizzazione della fosforemia è condizionata dall’uso e dalla modalità di assunzione dei leganti del fosforo, dal controllo del fosforo introdotto con la dieta e dalla frequenza, dalla durata e dalla tipologia della metodica diffusiva-convettiva utilizzata (1, 2).

OBBIETTIVO DELLO STUDIO: Scopo dello studio prospettico-osservazionale è quello di valutare l’impatto dell’educazione sanitaria sulla gestione della fosforemia dei pazienti (pz.) sottoposti a emodialisi.

MATERIALI E METODI: Lo studio si è articolato nei mesi di Ottobre, Novembre e Dicembre del 2013 e mensilmente è stata monitorata la fosforemia. Sono risultati arruolabili 57 pz., di cui 32 hanno aderito allo studio. Il campione di ricerca aveva una fascia d’età compresa tra i 20 e gli 80 anni ed era in trattamento dialitico da più di 6 mesi. Sono stati esclusi i pz. oncologici, sottoposti a NPT o affetti da disturbi cognitivi. I pz. partecipanti allo studio effettuavano il trattamento dialitico di 4 ore 3 volte a settimana, mediante HD *standard* il 59%, HFR il 6%, AFB il 19% e HDF *on line* il 16%. I pz. sono stati suddivisi in sottogruppi in relazione a sesso, fascia d’età, metodica dialitica, terapia chelante del fosforo e tipologie di vitamine D e calcio-mimetici. I pazienti reclutati sono stati invitati a pesare e a trascrivere in un diario alimentare tutti i cibi assunti per tre settimane. In un’apposita Tabella sono state trascritte settimanalmente le porzioni assunte ed è stato quantificato in mg il fosforo alimentare.

RISULTATI: L’apporto di fosforo attraverso i cibi è stato mediamente di 1240 mg/die nella 1ª settimana di controllo dietetico, di 1175 mg/die nella 2ª settimana e di 1215 mg/die nell’ultima settimana di stu-

dio. La fosforemia è risultata inferiore del 47% in HD *standard*, del 33% in AFB, del 60% in HDF *on line* e del 100% in HFR, rispetto ai valori medi dei 3 mesi precedenti lo studio. La fascia d'età maggiormente influenzata dal *care-giver* è risultata quella compresa tra i 40 e i 60 anni.

DISCUSSIONE/CONCLUSIONI: Lo studio dimostra che la tenuta del diario alimentare e gli interventi di educazione alla salute promuovono un adeguato equilibrio fra fosforo dietetico e uso dei chelanti; il coinvolgimento del *care-giver* ha rappresentato la strategia migliore nella *compliance* del paziente al trattamento terapeutico e dietetico.

BIBLIOGRAFIA:

1. Cupidi A, et al. Controllo del fosforo in dialisi. *Int J Nephrol Renovasc Dis* 2013; 6: 193-205.
2. Kalantar-Zadeh K. Gestione dietetica del carico di fosforo nella malattia renale. *Semin Nephrol* 2013; 33 (2): 180-90.

21

20. Dal “fare” al “sapere”, dal “sapere” al “fare”; ripercussioni della formazione continua nella pratica clinica

G. Comunian, E. Baruzzo, E. Zambonin, M. Costa

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

INTRODUZIONE: Con il decreto legislativo 502/92, viene introdotta in Italia la formazione continua in medicina e, con il decreto legislativo 229 del 92, se ne determina l'importanza, definendola requisito indispensabile per svolgere l'attività professionale. Si ha, però, la sensazione che l'aggiornamento sia percepito più come un obbligo che come un'opportunità di crescita finalizzata al miglioramento assistenziale. È possibile valorizzare la formazione continua misurando gli effetti e sottolineando i miglioramenti da essa derivanti nella pratica clinica con l'utilizzo di indicatori misurabili?

METODOLOGIA: Tra il 2012 e il 2013, nella nostra unità operativa, si sono svolti due corsi di formazione interna “Il *management* infermieristico degli accessi vascolari nel paziente dializzato in OSA” e “Il *management* infermieristico nella gestione del paziente emodializzato, revisione della scheda emodialitica in uso presso la nefrologia 2 del presidio OSA”. L'indicatore analizzato è il Kt/V in due misurazioni T0 (misurazione con utilizzo di parametri dialitici normalmente utilizzati) e T1 (misurazione con utilizzo di parametri dialitici discussi durante il momento formativo). I pazienti afferenti al nostro centro al tempo 0 erano 125 e il campione analizzato era di 82 pz (trattamento trisettimanale con FAV); il Kt/V al tempo 0 era di 1.21; alla seconda misurazione, T1, dopo 9 mesi, il campione si è ridotto a 24 pz (gli unici ad aver mantenuto un'omogeneità di trattamento per metodica dialitica ed emofiltro) e il Kt/V era di 1.37.

RISULTATI: La differenza tra T1 e T0 è stata di 0.16, pari al 14%.

CONCLUSIONI: Considerando che, nelle Linee Guida sulla quantificazione della dose dialitica, si chiarisce che il Kt/V, ossia la *clearance* frazionata dell'urea, assunta come *marker* della tossicità uremica, è attualmente l'indice di più esteso utilizzo per la prescrizione e la quantificazione della dose dialitica somministrata e che, per ogni incremento di 0.1 del Kt/V, è stata dimostrata una riduzione del 7% del rischio di mortalità, sebbene i dati ottenuti si basino su un campione ristretto e poco significativo statisticamente, possiamo affermare che l'ipotesi sia verificata e, quindi, che la formazione continua possa modificare l'assistenza e avere su questa effetti positivi.

BIBLIOGRAFIA:

- Pegoraro M. Dati DOPPS e dose dialitica: considerazioni assistenziali. *Tecniche Nefrologiche & Dialitiche* 2011; XXIII: n. 2; 65-9.
- Held PJ, Port FK, Wolfe RA, et al. The dose of hemodialysis and patient mortality”. *Alloati S, Basile C, Bosticardo GM, et al. “Linee Guida sulla quantificazione della dose dialitica” Giornale Italiano di Nefrologia* 1999; 16: 22-5. *Kidney Int* 1996; 50: 50-6.
- Cavalli A, Pontoriero G. Qual è il contributo dello studio DOPPS nel caratterizzare il concetto di dialisi? *Tecniche Nefrologiche & Dialitiche* 2011; XXIII: n. 2; 70-6.

22

48. Il processo formativo in emodialisi

G. Stefanizzi, V. Guadagno

Nefrologia Dialisi e Ipertensione, Ospedale S. Orsola-Malpighi, Direttore A. Santoro, Bologna

BACKGROUND: I rapidi progressi scientifici e tecnologici, l'invecchiamento della popolazione e le risorse limitate hanno portato il sistema sanitario a focalizzare l'attenzione sulle competenze dei professionisti e sul mantenimento di *standard* adeguati nella pratica clinica e assistenziale. L'analisi dei bisogni formativi dei professionisti intesa come *gap* tra competenze possedute e necessarie a svolgere il proprio operato in un particolare *setting* si configura, nell'ambito della formazione, come il primo passo per acquisire elementi utili a progettare eventi formativi.

OBIETTIVO: I *tutor* dell'U.O. Emodialisi Malpighi hanno condiviso la scelta unanime di intervenire sui bisogni formativi impliciti ed espliciti dei professionisti e di modificare gli strumenti in possesso. Il progetto intrapreso consiste nell'individuare i volumi dei bisogni da soddisfare e nel progettare eventi formativi mirati ad adempiere alle reali necessità, al fine di migliorare la *performance* dei professionisti dell'U.O.

METODOLOGIA: Il progetto ha inizio nel 2013 e si realizza attraverso:

- analisi dei bisogni formativi previa stesura della Mappa delle Competenze e la somministrazione a tutti i professionisti dell'U.O di un questionario rispetto alle competenze acquisite o da acquisire
- progettazione dell'intervento formativo con definizione degli obiettivi specifici e generali da raggiungere e relativi programmi di formazione da seguire
- attuazione del programma con relativa pianificazione dei corsi
- verifica dei risultati attraverso la distribuzione del medesimo questionario al fine di valutare se i *deficit* formativi sono stati colmati

DISCUSSIONE: Dall'analisi dei dati emergono delle criticità. Ciò che ha suscitato perplessità da parte dei *tutor* alla lettura dei dati rilevati è stato l'autoattribuzione di competenze già acquisite evidenti soprattutto tra i colleghi neo assunti o neo inseriti, mentre, sul campo, sono manifesti comportamenti contraddittori. L'allarmismo tra i professionisti rispetto alla redistribuzione delle risorse umane da parte dell'azienda ospedaliera ha suscitato perplessità riguardo al vero obiettivo del progetto, inducendo i professionisti a non rendere manifeste in maniera completa le proprie carenze formative. Fatto tesoro del risultato ottenuto in questo primo *step* del progetto, i *tutor* si sentono alquanto soddisfatti e favorevoli a continuare il percorso iniziato e a concludere l'*iter* entro la fine dell'anno in corso.

CONCLUSIONI: La realizzazione e l'applicazione del progetto formativo in emodialisi ha costituito per i *tutor* uno stimolo avvincente

nel migliorarsi, produrre nuovi strumenti e dare una svolta al processo formativo in uso. La necessità aziendale di investire le proprie risorse verso la formazione continua costituisce per i professionisti un orientamento verso eventi formativi specifici all'indirizzo specialistico intrapreso.

La progettazione formativa costituisce una valida possibilità, poiché risveglia nei professionisti la consapevolezza delle proprie carenze formative e la scelta responsabile di partecipare all'evento formativo stesso, garantendo uniformità nei processi assistenziali.

BIBLIOGRAFIA:

- Bortone G. (a cura di), *Formazione e cambiamento - Teoria e prassi*. Aracne 2008.
- Grilli R, Taroni F. *Governo clinico. Governo delle organizzazioni sanitarie e qualità dell'assistenza*. Il Pensiero Scientifico editore 2004.
- Poletti P, Andrioli R, Cardone R, De Feo A. *Sviluppo delle competenze organizzative di governo clinico e delle abilità non tecniche*. Programma ministeriale 2011.
- Quaglino GP, Carrozzini GP. *Il processo di formazione*. Franco Angeli 1992.
- Prandi F, Ruozi C. *L'addestramento del personale*, in Mortilla, Ricci, Rinaldi. *La certificazione del sistema qualità di un servizio sanitario*. UTET 2000.
- www.riaoonweb.it/Documenti/pdf.../Modello_competenze_articolo_3.pdf.

INFERMIERISTICA NEFROLOGICA AVANZATA E GESTIONE DELLE EMOZIONI

23

54. L'agenda parallela nel percorso educativo della persona con malattia renale avanzata

C. Benigni

Servizio Infermieristico Baxter Gambro Renal, Italia

L'incontro tra infermiere e persona con malattia renale avanzata avviene all'interno di un contesto predefinito come l'ambulatorio in ospedale o, anche se raramente, nella casa del malato e, comunque, sempre nel contesto di una cornice clinica. Da qui deriva che il colloquio ha delle regole implicite, prevede aspettative precise e suscita delle emozioni specifiche. Il paziente porta e racconta dei sintomi, dei disturbi e una qualche forma di disagio. *A parte la specifica storia legata al sintomo, il paziente ha, inoltre, un'altra e più ampia storia che comprende il suo personale concetto di salute e malattia, ciò che delle malattie in genere sa o crede di sapere, ciò che ha appreso osservando parenti e amici malati e le esperienze (buone o cattive) nel corso di precedenti contatti con il sistema sanitario; in più, le convinzioni, le certezze, le ansie, i timori, le speranze e l'ambiguità del volere e, allo stesso tempo, non volere sapere*⁽¹⁾. Soprattutto nella malattia renale cronica, nella sua fase pre-dialitica, la parte dell'attore silente è proprio quella del sintomo: è più l'attesa del risultato dell'esame biochimico (la creatinina! Il filtrato!) che mina lo stato

¹ Bert, 2007

emotivo di una persona già potenzialmente fragile. La fragilità si manifesta, poi, oltre che sul paziente, sul sistema familiare e su altri sistemi sociali di riferimento: che conseguenza avrà un'eventuale diagnosi sulla famiglia? E sul lavoro? Il malato sarà costretto a rimandare a data non ben definita o a rinunciare per sempre a progetti costruiti con cura e a cui tiene? *Il medico dice "diabete" e ha in mente una patologia ben definita; il malato dice "diabete" e ha in mente un problema complesso e sfumato, che coinvolge lui, la sua famiglia, il suo lavoro, il suo presente e il suo futuro*⁽²⁾. Ciò che per il medico-infermiere è logico, sensato e ragionevole fare e non fare in termini di comportamento può risultare incomprensibile, impossibile o inaccettabile per il malato. Di qui, una potenziale conflittualità o, comunque, una scarsa cooperazione. Nel particolare rapporto curante-paziente, colui a cui spetta guidare l'interazione è forzatamente il curante: tocca a lui tracciare il percorso che, però, necessariamente, dovrà vedere la *collaborazione* del malato e della sua famiglia, intesa proprio come lavorare insieme. *La relazione è una danza e, per danzare, bisogna essere in due, anche se è uno quello che guida*: il curante porta le proprie competenze scientifiche e tecniche, mentre il paziente porta le proprie competenze su di sé, sulla sua storia, sulla sua cultura e sulla sua esperienza della malattia. La malattia cronica rende fragile e ferisce non solo il corpo, ma l'intera identità personale del paziente. Lindemann⁽³⁾ parla, in questo caso, di *identità danneggiata*, fase definita dall'Autore come *privazione di opportunità*. All'interno di un percorso, definito educativo, che anticipa l'entrata in dialisi di una persona, non possiamo, come curanti, privare il paziente anche dell'opportunità della scelta. Il percorso clinico diventa, così, un percorso educativo che porta, cioè, a un cambiamento del comportamento, che porta al passaggio di stato da *"oggettivamente sano"* a *"soggettivamente sano, ma potenzialmente malato"* a *"ufficialmente malato con periodi di soggettiva estraneità alla malattia"* a *"ufficialmente malato, con periodi di libertà provvisoria"*⁽⁴⁾. Il curante (medico, infermiere) accompagna il paziente in questi passaggi e, nel farlo, deve sempre ascoltare quello che il paziente dice o sta cercando di dire. Un percorso educativo deve *esplorare l'esperienza della malattia*: le idee del paziente a proposito del problema e le sue sensazioni, cosa si aspetta dalla visita medica e quali informazioni desidera; deve *comprendere la persona nella sua totalità* (incluse le emozioni) e *nel suo contesto* (la famiglia, gli effetti che la malattia ha sulla sua vita) e deve *trovare un terreno comune tra medico e paziente*⁽⁵⁾, problemi di priorità, obiettivi e ruoli rispettivi. Charon definisce la *cartella parallela (del curante)* un *atto medico*, dove lo scrivere è centrato su un particolare paziente, centrato sulla *relazione*. L'esperienza che il malato ha della propria malattia è singolare e irripetibile e lo strumento specifico di questo intervento è la narrazione; la traccia che lui stesso compone è lasciata sull'agenda parallela. Egli esprime l'*ILLNESS*⁽⁶⁾, la malattia riferita alla persona malata, ai suoi familiari e alla sua rete sociale, come percepisce e affronta i sintomi e la disabilità e come con essi convive, i giudizi, le convinzioni e le aspettative. Ogni paziente porta al curante una storia che noi dobbiamo saper raccogliere. Le informazioni andranno a completare quello che definiamo "il profilo del paziente", un'oggettivazione delle principali caratteristiche dell'*illness* di quel paziente (e della sua famiglia).

² Assal Lacroix, 2005

³ Lindemann, 2001

⁴ Liberati, 2011

⁵ Little, 2001

⁶ Kleinman, 1988

Sugeriamo, inoltre, di far tenere al paziente una sorta di agenda da utilizzare durante il percorso educativo: egli scrive, come vuole e se vuole, le domande da porre al medico e all'infermiere, i dubbi, le proposte o, magari, solo l'elenco dei numeri telefonici e degli orari dell'ambulatorio. Qualche volta fa scrivere qualcosa anche ai suoi familiari e agli amici. Anche chi ha una bassa scolarità o che è da tanto tempo che "non prende in mano una penna"... qualcosa scrive. L'esigenza di lasciare una traccia cresce man mano che si procede nei colloqui. Lo scritto diventa, poi, tema di riflessione e discussione durante l'incontro paziente-curante, favorendone la consapevolezza e il sapere con la persona malata e il curante.

Nel 2006, Rita Charon scriveva *Narrative medicine: honoring the stories of illness*: le storie descritte nell'agenda parallela meritano l'onore della nostra attenzione.

24

29. Condizioni psicologiche del paziente emodializzato e degli operatori UOC emodialisi AP: una possibile strategia di intervento

M. Romanelli¹, M. Antonini¹, C. Squarcia²

¹Infermiere Unità Operativa Complessa di Nefrologia e Dialisi, Ascoli Piceno

²Tecnico Dialisi Unità Operativa Complessa di Nefrologia e Dialisi, Ascoli Piceno

INTRODUZIONE: L'uremia terminale richiede la sostituzione della funzione renale mediante il trattamento dialitico (peritoneo dialisi, emodialisi). L'emodialisi, pur consentendo un buon livello di sopravvivenza del paziente, determina una variazione importante dello stile di vita, per la necessità di adattarsi alla nuova realtà. Il paziente emodializzato dovrà stabilire con il proprio ambiente naturale e sociale una condizione di equilibrio, modificando le abitudini familiari, lavorative e sociali, per far fronte ai cambiamenti dello schema corporeo e dell'identità psicologica, alle difficoltà relazionali e alle rinunce necessarie per ottenere una buona *compliance* al trattamento. Gli operatori dell'UOC di emodialisi sono sottoposti a un forte coinvolgimento emotivo verso le problematiche dell'utente e possono, quindi, manifestare un particolare tipo di *stress* occupazionale (*burnout*).

METODOLOGIA: Nel periodo Maggio-Giugno 2013, nell'UOC di Emodialisi di Ascoli Piceno è stato somministrato il questionario I.P.P.E. (Inventario pluridimensionale del paziente in emodialisi di Biasioli e Ballaben, 2003), che valuta la qualità di vita attraverso n° 6 dimensioni: relazioni familiari, rapporto con il proprio corpo, bisogno di bere, vita quotidiana, bisogni e percezione della malattia. Il campione esaminato risulta composto da n° 32 pazienti, di cui 23 di sesso maschile e 9 di sesso femminile. L'età dei soggetti è compresa tra 39 e 86 anni (età media 67 anni). I dati analizzati hanno riguardato i pazienti *in toto*, il sesso maschile e femminile e n° 3 fasce d'età. Nello stesso periodo, agli operatori dell'UOC di emodialisi è stato somministrato il *MASLACH BURNOUT INVENTORY* (MBI), strumento che valuta tre aspetti della sindrome del *Burnout*: l'Esaurimento Emotivo (EE), la Depersonalizzazione (DE) e la Realizzazione Personale (PA). Il campione di studio preso in considerazione è stato di 32 soggetti in totale (comprensivi di personale medico, infermieristico, tecnico e ausiliario), di cui n° 11 soggetti di sesso maschile e n° 21 soggetti di sesso femminile. L'età del campione esaminato è compresa tra i

37 e i 65 anni (età media 48 anni). I dati analizzati hanno riguardato il campione totale, il sesso maschile e femminile e n° 3 fasce di età e per lavoro in HD > o <20 anni.

RISULTATI: Dall'elaborazione dei dati del questionario IPPE sono state evidenziate le seguenti criticità: dimensioni dei bisogni di supporto (bisogni in relazione al trattamento medico e infermieristico): criticità campione tot. del 65.63% (m. 60.87%; f. 77.78%); dimensione delle relazioni familiari (cambiamento della vita sociale e lavorativa del paziente): criticità del campione tot. del 53.13% (m. 52.17%; f. 55.56%); discordante con quanto atteso, la criticità relativa alla dimensione del bisogno di bere (rapporto del paziente con la sete): criticità campione tot. solo del 34.38%, (m. 30.43%; f. 44.44%). Dall'elaborazione dei dati del questionario MBI somministrato agli operatori si evidenzia un EE (media delle categorie) moderato nelle categorie esaminate (età 37-48 anni pari al 23.85%), una DE (media delle categorie) moderata nelle categorie esaminate (lav. in HD <20 anni pari al 7.17%) e una PA (media delle categorie) moderata nelle categorie esaminate (m. pari al 36.81%).

CONCLUSIONI: Facendo riferimento alla nostra precedente esperienza (2002 UOC EMODIALISI), relativa alla costituzione di Gruppi di Auto Mutuo Aiuto, coinvolgenti pazienti, familiari e operatori, il cui lavoro si è protratto per circa 2 anni, e avendo rilevato le criticità suddette relative a pazienti e operatori, si è ritenuto opportuno, come possibile strategia di intervento, ricostituire dei nuovi gruppi di AMA, con l'ausilio di figure professionali di supporto, allo scopo di ottenere un miglioramento della comunicazione tra pazienti e operatori e della qualità di vita.

BIBLIOGRAFIA:

- Boaretti C, et al. Rapporti tra adattamento, qualità di vita e supporto familiare e sociale nel paziente in trattamento dialitico. *G Ital Nefrol* 2006; 23 (4): 415-23.
- Maslach C, Jackson S. Analisi dei Servizi Socio-Sanitari. *Organizzazioni Speciali*.
- Biasioli S, Ballaben P. Emodialisi e qualità di vita I.P.P.E. *La Dialisi*.
- Del Corso C, et al. Terapia dialitica e qualità di vita: individuare le aree di criticità per orientare alla metodica più idonea. *G Ital Nefrol* 2008; 25 (2): 215-22.
- Lambertucci A, Manocchi K, Santarelli A. Valutazione periodica delle condizioni psicosociali del paziente in emodialisi mediante un questionario strutturato. Indagine conoscitiva condotta nella U.O. di emodialisi dell'Area Vasta 4, Fermo. XXXI Congresso Nazionale EDTNA/ERCA. San Benedetto del Tronto 9-11 Maggio 2013.
- Biasioli S, et al. Un nuovo strumento per la valutazione della Qualità della Vita del paziente in trattamento emodialitico (IPPE): prime analisi esplorative delle proprietà psicosometriche. *Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia*.

25

41. Medicina di genere: una nuova chiave di lettura del dolore in dialisi

L. Baldo, A. Colautti, L. Ioan, L. Martimbianco, F. Nascig, C. Ricciardi, G.M. Stel, D. Ventura

S.C. Nefrologia e Dialisi, ASS 5 "Bassa Friulana", Palmanova

INTRODUZIONE: La Medicina di Genere applica alla medicina il concetto di "diversità tra generi" per garantire a tutti, uomini e donne, il migliore trattamento auspicabile in funzione della specificità di genere. La Medicina di Genere studia le differenze e le somiglianze biologiche, psicologiche e sociali tra i sessi o, meglio, generi, e la loro influenza sullo stato di salute e di malattia. Infatti, il concetto di sesso comprende tutto ciò che riguarda gli aspetti biologici (geni, ormoni, ecc.), mentre il concetto di genere, per molti anni patrimonio solo delle scienze umane, considera anche le influenze culturali e sociali. Anche il dolore mostra differenze precise fra i generi: ha una frequenza diversa, una tipologia diversa e una soglia diversa; sembra che possa attivare perfino aree diverse del cervello e, a volte, necessita di farmaci e approcci assistenziali differenti. L'analisi della letteratura mostra che il dolore negli emodializzati sta incontrando sempre più interesse, tuttavia non abbiamo trovato studi o ricerche in grado di dimostrare una distinzione di genere per quanto riguarda la tipologia, l'intensità, la natura e il tempo di insorgenza del dolore in dialisi e la risposta al trattamento.

OBIETTIVO: Scopo di questo lavoro è valutare come la "diversità di genere" possa influire sulla percezione del dolore in dialisi e sulla risposta ai diversi trattamenti.

MATERIALI E METODI: *lo studio è stato realizzato dal gruppo di lavoro per la gestione del dolore nel paziente dializzato, composto da personale in servizio presso la S.C. di Nefrologia e Dialisi degli ospedali di Palmanova e Latisana dell'Azienda per i Servizi Sanitari "Bassa Friulana". È stata condotta un'analisi della documentazione infermieristica relativa a tutte le sedute dialitiche effettuate da Gennaio a Dicembre 2012, prendendo in esame la scheda di rilevazione del dolore in dialisi.*

Il dolore è stato rilevato più volte nel corso del trattamento dialitico:

- prima dell'inizio del trattamento dialitico (tempo 0)
- nel corso della dialisi (tempo 0-3)
- nell'ultima ora di dialisi (tempo >3)

Gli strumenti usati per la rilevazione del dolore sono stati:

- la scala soggettiva NRS
- la scala oggettiva PAINAD

Sono stati documentati i trattamenti farmacologici e assistenziali effettuati e la risposta ottenuta in termini di efficacia.

I dati, suddivisi per genere, sono stati riportati su un foglio di calcolo elettronico e successivamente elaborati con grafici secondo istogrammi con colonne a pile percentuale e diagrammi a torta.

RISULTATI: Al 31/12/2012, i pazienti prevalenti nel nostro centro dialisi erano 100 (60 maschi e 40 femmine), con un'età media di 70 anni. Nel corso del 2012 sono state eseguite 14.433 sedute di dialisi, con il 98.9% di rilevazioni del dolore. L'analisi dettagliata del tipo di dolore ha, però, evidenziato che, prima dell'inizio della dialisi, nelle donne prevale il dolore osteoarticolare, mentre, negli uomini, prevale quello neuro-vascolare. Nel corso della dialisi, la

donna è più sensibile al dolore derivante dalle conseguenze del trattamento dialitico (puntura della FAV, crampi e cefalea) rispetto all'uomo. A fine dialisi, cefalea e crampi vengono riferiti in pari misura tra i due generi. In riferimento al trattamento infermieristico-assistenziale è emerso che, prima dell'inizio della dialisi, si ha una maggiore richiesta di cambio postura nelle donne rispetto agli uomini, vista l'elevata percentuale di dolore osteoarticolare nelle donne; gli uomini, invece, richiedono maggiormente l'arto in scarico legato alla patologia neuro-vascolare. Durante la dialisi, in relazione alla presenza di crampi, aumentano gli interventi di massaggio, pressione plantare e chiusura dell'ultrafiltrazione (quest'ultima soprattutto nei maschi). Importante è la percentuale, soprattutto di donne, che arrivano in dialisi già in trattamento farmacologico.

CONCLUSIONI: Il nostro lavoro ha evidenziato che, anche nell'ambito della gestione e del trattamento del dolore in dialisi, esistono delle differenze di genere per quanto concerne la percezione del sintomo e la risposta ai trattamenti farmacologici e/o assistenziali. Globalmente, il dolore nel paziente dializzato è presente con una percentuale quasi sovrapponibile nei due generi. È emerso che il farmaco più utilizzato è il paracetamolo, somministrato prevalentemente per via orale nelle prime tre ore di dialisi e per via endovenosa nell'ultima ora di dialisi, senza grande distinzione tra i generi.

Negli uomini prevale la somministrazione di FANS nelle prime tre ore di dialisi, mentre, nell'ultima ora di dialisi, non c'è distinzione tra i generi. In conclusione, riteniamo che questi dati mostrino delle differenze di genere nella gestione del dolore in dialisi che necessitano di ulteriori approfondimenti. Ci proponiamo di continuare la nostra ricerca definendo l'efficacia del trattamento del dolore con più precisione, non solo globalmente, ma distinguendo i risultati ottenuti per ciascun intervento. Questo tipo di analisi potrebbe rilevare ulteriori differenze di genere.

BIBLIOGRAFIA:

- Robb MC, Montanari V. Sistemi di valutazione del dolore, Centro Studi EBN S. Orsola-Malpighi 2002.
- Agnelli I, Canosa M, Chiari P, Corazza P, Dall'Ovo R, Pangolini AM. Quaderno del *nursing* di base, Ed. Nettuno 2005.
- Costardi D, et al. The Italian Version of Painassessment in advance dementia (PAINAD), Archives of Gerontology and Geriatrics 2007; 44:175-80.
- Agenzia Sanitaria e Sociale regione Emilia Romagna, Linee di indirizzo per trattare il dolore in area medica. Dossier 194, 2010.
- Ministero della Salute. Il dolore cronico in medicina generale. 2010.
- Legge 15 Marzo 2010. n. 38. Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. GU n. 65 del 19 Marzo 2010.
- Registered Nurses Association of Ontario, Assessment and management of pain: Nursing practice guideline 2002.
- Mercadente S. Il dolore: valutazione, diagnosi e trattamento. Masson 2005.
- Ercolani M., Pasquini L. La percezione del dolore. Il Mulino 2007.

26

36. Valutazione dell'empatia e del coping degli infermieri di alcune unità operative in dialisi

L. Cirio², D. Curci², S. Iannarino¹, G.F. Gerbino², A. Padovan¹, S. Facco¹, S. Fabbri¹, D. Faiuolo¹, T. Melis¹, V. Dimonte³

¹Laboratorio Didattico per l'Educazione Terapeutica - Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Torino, Torino

²Docente, Corso di Laurea in Infermieristica - Università degli Studi di Torino, Torino

³Presidente, Corso di Laurea in Infermieristica - Università degli Studi di Torino, Torino

INTRODUZIONE: Abilità empatiche e strategie di coping sono attitudini core nella professione infermieristica.

OBBIETTIVO: Misurare il livello di empatia e la capacità di adottare strategie di coping in un gruppo di infermieri di alcune U.O. di dialisi nella provincia di Torino.

METODOLOGIA: Il campione di convenienza è costituito da 77 infermieri di dialisi. Per misurare l'empatia, è stato somministrato il JSPE-HP2 (20 item, scala Likert 7 punti). Il range del punteggio può variare da 20 a 140 punti, dove al punteggio più alto corrisponde un grado di empatia maggiore. Per misurare il coping c'è il COPE-NVI (60 item, scala Likert 4 punti). Il punteggio va da 60 a 240 punti, dove al punteggio più alto corrisponde una maggiore strategia di coping.

RISULTATI: Il punteggio medio del JSPE è di 109.6 (range 79-131; DS ± 12.31) e quello del COPE-NVI è di 146.6 (range 113-182; DS ± 14.89). I punteggi sono più elevati nelle dimensioni "attitudine positiva" (MEDIA 35.22 DS ± 5.29) e "orientamento al problema" (MEDIA 35.21 DS ± 5.19), mentre un valore minore lo ottiene la dimensione "orientamento trascendente" (MEDIA 20.28 DS ± 4.68).

CONCLUSIONI: Gli infermieri di dialisi presentano buone capacità di coping, ma ancor più positive abilità empatiche. Sarebbe significativo confrontare i risultati con operatori sanitari di altri ambiti assistenziali correlandone a variabili influenti (età, sesso, area professionale, ecc.).

BIBLIOGRAFIA:

1. Price V, Archbold J. What's it all about, empathy? Nurse Education Today 1997; 17: 106-10.
2. SicaaC, et al. Coping Orientation to Problems Experienced - Nuova Versione Italiana (Cope-NVI): uno strumento per la misura degli stili di coping. Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale 2008; 14: 27-53.
3. Di Lillo M, Cicchetti A, Scalzo A, Taroni F, Mohammadreza H. The Jefferson Scale of Physician Empathy: Preliminary Psychometrics and Group Comparisons in Italian Physicians. Academic Medicine 2009; 84: 1198-202.

27

32. La medicina narrativa: esperienza concreta in dialisi

M. Yadori¹, A.M. Aruta², M.E. Balocco², C. Bordone², C. Borgio³, S. D'Elia², S. Gremo², G. Iannarelli², T. Miniscalco², L. Occhiena², E. Patrito³, L. Portis⁴, E. Quirico³

¹Coordinatore infermieristico, ASLTO2 PO S. G. Bosco Torino, SCU Nefrologia e Dialisi, Direttore Prof. Dario Roccatello

²Infermiere

³Dietista SOSD DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA, Responsabile Dr. Andrea Pezzana

⁴Antropologa, formatrice e ricercatrice sociale, esperta in metodologie autobiografiche

INTRODUZIONE: I tempi della grande tecnologia e delle grandi scoperte, che creano enormi vantaggi, hanno ridotto l'approccio comunicativo con la persona assistita (PA). La *Medical Humanities* rappresenta un nuovo modo di vedere, percepire e pensare la malattia, ma soprattutto la soggettività della persona malata.

L'approccio narrativo prevede una comunicazione e una relazione diretta tra chi racconta e chi ascolta. Entrambi sono parte attiva di questa relazione (1).

Dopo un primo approccio di conoscenza della metodologia nel 2012, si è passati alla fase di sperimentazione. Il progetto è nato presso la SCU di Nefrologia e Dialisi, dove il paziente cronico vive parte della sua vita e della sua malattia.

METODOLOGIA: La Formazione sul campo, da Febbraio a Dicembre 2013, ha permesso, a un gruppo di 12 operatori sanitari, di sperimentare questo nuovo approccio relazionale, "accompagnati" da un esperto esterno. Gli strumenti utilizzati sono stati condivisi.

Ogni operatore ha scelto una PA o suo caregiver, per relazionarsi e sperimentare il "raccontarsi" in un ambito cronico.

RISULTATI: Il corso accreditato ha permesso a tutti gli operatori di conoscere maggiormente le condizioni sociali e personali dell'utente e della sua famiglia.

L'approccio olistico alla persona ha permesso di aiutare ad accettare maggiormente la propria malattia e di rendere maggiormente consapevole l'utente sulla cronicità di essa.

CONCLUSIONI: La restituzione della "storia raccontata" da parte dell'operatore, come un vero "regalo", ha permesso di rendere "attivo" e "coinvolto" l'utente, ma anche l'operatore.

L'emozione e l'empatia creata è stata intensa da ambo le parti e ha permesso una reciproca e più completa conoscenza.

BIBLIOGRAFIA:

1. Zannini L. *Medical Humanities* e Medicina Narrativa, Raffaello Cortina Milano 2008.
2. Finiguerra I., et al. Narrare la malattia rara. Esperienze e vissuti delle persone assistite e degli operatori. Edizioni Medico Scientifiche 2012.
3. A cura di De Agostini M, Iannello L, Portis L. Con quali parole. Domiciliarità e Hiv. Vent'anni, una storia. END 2012.
4. Duccio Demetrio, Il gioco della vita - kit autobiografico - trenta proposte per il piacere di raccontarsi. Guerini e Associati, Milano 1997.

28

18. Le associazioni di volontariato nel trasporto del paziente dializzato

R. Paganini, R. Leoni, L. Cosmai, M.T. Tenca

S.C. Nefrologia e Dialisi, CAL Dialisi Presidio Ospedaliero Oglio PO, Istituti Ospitalieri, Cremona

INTRODUZIONE: Il volontario è la persona che mette a disposizione il proprio tempo e la propria capacità per gli altri. La gratuità diventa espressione del valore della relazione e della condivisione con l'altro. Al centro del suo agire ci sono persone considerate nella dignità umana, nell'integrità e nel contesto delle loro relazioni familiari, sociali e culturali. L'impegno si manifesta anche nella formazione consapevole delle responsabilità che si assumono nei confronti dei destinatari dei suoi interventi.

METODOLOGIA: Il nostro CAL collabora attivamente con le Associazioni di Volontariato presenti nel territorio. Attraverso corsi di formazione programmati vengono fornite dal personale del CAL conoscenze sul dializzato, sulla malattia renale, sugli accessi vascolari, sulla gestione della seduta dialitica e sulle apparecchiature utilizzate. Molta attenzione è rivolta alla gestione del paziente durante il trasporto e agli interventi in caso di sanguinamento, ipotensione o crampi, situazioni che si presentano spesso durante un trasporto. Saper individuare un paziente dializzato diventa anche utile nelle manifestazioni pubbliche, per praticare interventi mirati e gestire l'accesso vascolare in modo adeguato.

RISULTATI: Questi incontri hanno migliorato il rapporto volontario-utente, dando al primo maggiori consapevolezza e responsabilità.

CONCLUSIONI: Le conoscenze acquisite hanno creato la condizione per un servizio più consapevole sotto tutti gli aspetti del processo assistenziale.

29

19. Protocollo aziendale del paziente dializzato ricoverato

R. Paganini, R. Aroldi, D. Rastelli, L. Cosmai, M.T. Tenca

S.C. Nefrologia e Dialisi, CAL Dialisi Presidio Ospedaliero Oglio PO, Istituti Ospitalieri, Cremona

INTRODUZIONE: Le numerose criticità, raccolte dal personale del nostro CAL, circa la gestione del paziente dializzato durante il ricovero, ci hanno portato a creare un protocollo aziendale che rispondesse alla necessità di un'assistenza mirata nei confronti dei dializzati.

METODOLOGIA: Si sono svolti incontri periodici con il personale delle U.O. del Presidio con la creazione e la consegna di un protocollo i cui contenuti riguardano: tipi di accessi vascolari per Emodialisi (CVC e FAV), loro funzionamento e gestione ordinaria e in emergenza. Abbiamo sottolineato tempi e modi della somministrazione della terapia e le misure da apportare nel caso di esami strumentali specifici, così come dieta e controllo dei liquidi. Negli stessi incontri sono stati consegnati dei poster plastificati per una rapida consultazione, contenenti istruzioni per accessi vascolari in emergenza, e una *flow chart* per poter reperire un accesso venoso senza compromettere la funzionalità di una FAV o di un CVC. La formazione prosegue sul campo direttamente nelle U.O. anche con consulenze infermieristiche.

RISULTATI: Il miglioramento nella gestione autonoma e specifica del dializzato ha permesso al personale delle U.O. di acquisire conoscenze

specifiche per un'assistenza mirata e di migliorare la gestione del paziente dializzato ricoverato.

CONCLUSIONI: La formazione del personale è continua e i corsi sono organizzati annualmente per garantire conoscenze anche al personale neoassunto e il *retraining*.

RICERCA E DINTORNI/ACCESSI VASCOLARI

30

01. Emodialisi tramite puntura *Buttonhole* in pazienti pediatrici: studio pilota

C. Maroli, E. Gattarello, D. Sala, V. Frezzani, A. Biasuzzi

UOC Nefrologia e Dialisi Pediatrica, Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

INTRODUZIONE: In letteratura non esistono lavori che confrontino, in pz pediatrici, la puntura della fistola arterovenosa (FAV) mediante metodica *buttonhole* (BH) rispetto a quella tradizionale.

Scopo dello studio è stato di valutare la probabilità di successo della puntura della FAV tramite BH, le complicanze correlate e l'entità del dolore rispetto alla metodica tradizionale.

METODOLOGIA: Sono stati arruolati tutti i pz di età <18 anni in ED cronica (>3 m) tramite FAV nativa presso la nostra UO, nel periodo compreso tra il 01/02/11 e il 31/08/13. Abbiamo valutato la percentuale di riuscita della BH, le complicanze osservate e il dolore da venipuntura tramite scala NRS.

RISULTATI: Dei 32 pz valutati, 14 soddisfacevano i criteri di inclusione (10 M, 4 F), età mediana 12.8 anni (*range*: 5.9-17.2). In 9/14 pz (64.3%) è stato possibile creare un *tunnel* adeguato, in un periodo di 30-60 giorni e proseguire cronicamente con la metodica BH, per una mediana di 42 sedute (*range*: 10-333). Su un totale di 1337 punture non sono state osservate complicanze rilevanti. L'entità del dolore da puntura valutata tramite scala NRS è risultata significativamente più bassa nel caso di puntura BH rispetto a quella tradizionale (1.8 ± 0.8 vs 4.7 ± 0.7 ; $p < 0.0001$).

CONCLUSIONI: La puntura della FAV con metodica BH può essere praticata nella maggior parte dei pz anche in età pediatrica, non risulta associata a un aumento delle complicanze e permette di ridurre significativamente il dolore da venipuntura.

31

10. Strategie di medicazione nella gestione dell'*exit-site* del CVC e controllo delle CRBSI

A. Grizzo, M. Canzi

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

INTRODUZIONE: Negli ultimi anni, i CVC sono frequentemente utilizzati come accessi vascolari. Le principali problematiche cliniche correlate a questa tipologia d'accesso sono le complicanze infettive, in particolare le CRBSI (INFEZIONI EMATICHE CORRELATE AL CATETERE), che influiscono negativamente su ospedalizzazione, sopravvivenza e incidenza di mortalità, incrementando i costi assistenziali. È, quindi, importante attivare strategie efficaci per la prevenzione delle CRBSI, al fine di raggiungere incidenze che restino al di sotto di 1 episodio ogni 1000 gg/CVC. La comprensione

della sequenza di eventi clinico/assistenziali che portano all'episodio infettivo consente di elaborare strategie razionali atte alla prevenzione. Le notevoli variazioni di incidenza di CRBSI (casistica da 0.5 a 6.6 episodi per 1000 gg/CVC), rilevate nei centri dialisi europei e statunitensi, sono probabilmente dovute alla mancanza di protocolli condivisi sulla gestione del presidio. Attualmente, il numero di studi controllati randomizzati che riguardano, nello specifico, la prevenzione delle infezioni in pazienti portatori di CVC per emodialisi è ancora basso. È già, però, dimostrato che l'aderenza a meticolosi protocolli di gestione dell'accesso vascolare può portare alla riduzione dell'incidenza di CRBSI ben al di sotto di 1 episodio ogni 1000 gg/CVC; tale obiettivo può essere raggiunto solo con la creazione di protocolli basati su EBN, la coesione del *team* infermieristico e la supervisione da parte del referente degli accessi vascolari.

METODOLOGIA: La creazione di figure di riferimento (*vascular access nurse*, VAS) ha consentito l'elaborazione di protocolli di medicazione dei CVC diversificati, in base alle problematiche riscontrate durante la medicazione dell'*exit-site*. Considerando la necessità di valutare gli *exit-site* secondo *standard* condivisi, abbiamo preferito basarci su una semplice valutazione che non lasci spazio a interpretazioni personali, considerando *score* 0 gli *exit* perfettamente sani, quindi esenti da arrossamento, crosta, edema, secrezione e dolore, ai quali viene riservato il protocollo di medicazione *standard* (algoritmo 1). Qualora la situazione sia diversa da *score* 0, ma priva di seri segni di infezione (arrossamento lieve, crosta facilmente rimosibile), viene utilizzata la medicazione avanzata (algoritmo 2). Se, invece, vi sono segni e sintomi eclatanti di infezione (presenza di secrezione, pus), viene seguito l'algoritmo 3. La medicazione *standard* consiste nell'utilizzo di una medicazione trasparente in poliuretano atta a visualizzare l'*exit-site*, con una sostituzione settimanale. In presenza di uno *score* diverso da 0, si utilizza la medicazione avanzata a rilascio dinamico d'argento, rinnovandola per 6 sedute consecutive e coprendo il tutto con garza e cerotto.

RISULTATI: da Gennaio a Dicembre 2013 sono stati valutati n. 35 pazienti portatori di CVC *long-term*, su una popolazione dialitica di 65 pazienti. Il tasso di CRBSI è stato pari a 0 per 365 gg/CVC e il tasso di infezione locale non trattata è stato di 0.15 episodi per 365 gg/CVC, mentre gli eventi infettivi locali trattati con antibiotico-terapia sistemica sono stati 0.63 episodi per 365 gg/CVC, gran parte su pazienti portatori di MRSA; 19 pazienti non hanno mai avuto episodi infettivi locali. L'incidenza di episodi infettivi sulla popolazione totale dei CVC è stata di 0.19 per 365 gg/CVC.

CONCLUSIONI: L'applicazione di questi protocolli, grazie anche alla supervisione dei VAN, ha consentito di ottenere ottimi risultati in termini di controllo degli eventi infettivi, ben al di sotto dei dati riportati in letteratura, e, soprattutto, ha portato a un approccio condiviso del *team* infermieristico, parte attiva nel processo di prevenzione. Si sono, inoltre, contenuti i costi assistenziali ottimizzando le risorse, utilizzando l'antibiotico-terapia solo dove effettivamente necessaria.

BIBLIOGRAFIA:

- Centers for Disease Control (Atlanta). Linee Guida per la prevenzione delle infezioni da cateteri intravascolari, 2011.
- Betjes MG. Prevention of catheter-related bloodstream infection in patients on hemodialysis. *Nat Rev Nephrol* 2011; 7: 257-65.
- La cura e la gestione dei cateteri venosi centrali in dialisi EDTNA/ERCA 2012.
- Valutazione clinica dell'*Exit-pad Ag*, XXX Congresso Nazionale EDTNA ERCA *Workshop* Accessi vascolari e governo clinico. Milano Marittima 2012.

32

03. Studio randomizzato e controllato sull'uso dell'ago tagliente vs l'ago smusso nell'accesso vascolare alla fistola dialitica tramite *button-hole*

C. Morselli¹, T. Aliberti¹, S. Catalani¹, I. Miale¹, V. Melandri¹, L. Bianchi¹, R. Toschi¹, P. Chiari²

¹Centro Dialisi Ospedale Bellaria dell'Azienda USL di Bologna, Bologna

²Università di Bologna, Bologna

INTRODUZIONE: Tra le tecniche utilizzate, per l'accesso alla FAV, vi è la tecnica *Button-Hole* (BH), che prevede di utilizzare un ago tagliente finché quest'ultimo non abbia creato un *tunnel* cicatriziale. L'ago tagliente viene successivamente sostituito dall'ago smusso, per evitare traumatismi del vaso che potrebbero compromettere la FAV e aumentare il numero di complicanze.

OBIETTIVO: Misurare gli insuccessi dell'incannulamento della FAV tramite BH con ago smusso vs ago tagliente (mancata incannulazione/difficoltà inserimento ago/effetto trampolino). Vengono misurate altre complicanze come il dolore, le infezioni, l'incidenza di ematomi, il tempo di emostasi, le perdite peri-vasali salie e le preferenze del paziente.

METODOLOGIA: RCT in aperto, monocentrico, in pazienti in trattamento emodialitico con BH. Campione di 35 pazienti, adulti, con BH maturo, ambulatoriali e che abbiano fornito il consenso. L'assegnazione randomizzata è effettuata per ogni singolo accesso alla FAV. Viene applicato il principio dell'*Intent-To-Treat* (ITT).

RISULTATI: Dall'analisi dei dati non emergono differenze significative nella mancata incannulazione della FAV nell'accesso venoso ($p = 0.071$), mentre vi è una differenza significativa per l'accesso arterioso ($p = 0.002$) a sfavore dell'ago smusso. Per la difficoltà di inserimento e l'effetto trampolino vi sono differenze significative sia per l'accesso venoso che per quello arterioso ($p < 0.05$) sempre a sfavore dell'ago smusso.

CONCLUSIONI: Lo studio mostra un'umentata incidenza degli insuccessi da incannulamento dovuto all'utilizzo dell'ago smusso. Di contro, l'utilizzo dell'ago tagliente non ha evidenziato un aumento delle complicanze.

BIBLIOGRAFIA:

- Twardowski Z. Constant Site (Buttonhole) Method of Needle Insertion for Hemodialysis. *Dialysis and Transplantation Magazine*: 559-60, 576.
- Pegoraro M. La puntura a occhio della FAV arterovenosa. Storia e dati di evidenza nell'applicazione della tecnica. *TN&D* anno XX n° 1. 2008.
- Ball LK. The buttonhole technique for arteriovenous fistula cannulation. *Nephrol Nurs J* 2006; 33 (3): 299-304.
- Chow J, Rayment G, San Miguel S, Gilbert M. A randomised controlled trial of buttonhole cannulation for the prevention of fistula access complications. *J Renal Care* 2011; 37 (2): 85-93.
- Struthers J, Allan A, Peel RK, Lambie SH. Buttonhole needling of arteriovenous fistulae: a randomized controlled trial. *Asaio J* 2010; 56 (4): 319-22.
- van Loon MM, Goovaerts T, Kessels AG, van der Sande FM, Tordoir JH. Buttonhole needling of haemodialysis arteriovenous fistulae results in less complications and interventions compared to the rope-ladder technique. *Nephrol Dial Transplant* 2010; 25: 225-30.

- Pergolotti A, Rich E, Lock K. The effect of the buttonhole method vs. the traditional method of AV fistula cannulation on hemostasis, needle stick pain, pre-needle stick anxiety, and presence of aneurysms in ambulatory patients on hemodialysis. *Nephrol Nurs J* 2011; 38 (4): 333-6.
- Ludlow V. Buttonhole cannulation in hemodialysis: improved outcomes and increased expense-is it worth it? *Cannt J* 2010; 20 (1): 29-37.

33

13. Audit sulle infezioni batteriche correlate all'uso di cateteri venosi centrali tunnellizzati in emodialisi

V. Baschirotto, R. Floris, A. Colli, V. Belei, A. Lucatello

Nefrologia e Dialisi, Azienda Ospedaliera di Busto Arsizio, Busto Arsizio (VA)

INTRODUZIONE: I cateteri venosi tunnellizzati (CVC-T) rappresentano una valida alternativa all'allestimento di una fistola artero-venosa nei pazienti con esaurimento del patrimonio vascolare nativo. La loro sicurezza d'impiego e la loro durata nel tempo, tuttavia, sono strettamente dipendenti dalla capacità di prevenire l'insorgenza di infezioni e di complicanze trombotiche. Presentiamo i dati relativi all'incidenza di infezioni nei pazienti portatori di CVC-T in trattamento dialitico presso il nostro centro nel 2013.

METODOLOGIA: Nel nostro centro è attiva, dall'inizio del 2013, una scheda per la raccolta dei dati di *follow-up* dei CVC-T, che viene aggiornata ad ogni seduta dialitica. Abbiamo, così, potuto valutare in modo sistematico tutti i dati relativi alla comparsa di infezioni dell'emergenza/*tunnel* del CVC-T e di batteriemie.

RISULTATI: Sono stati analizzati i dati relativi a complessivi 61 CVC-T in 56 pazienti. L'incidenza di infezione dell'emergenza/*tunnel* è risultata pari a 1.2/1000 giorni catetere ed è stata documentata un'incidenza di batteriemie di 0.87/1000 giorni catetere. I batteri più frequentemente responsabili delle infezioni sono stati: *Stafilococco Aureo*, *Stafilococco Epidermidis*, *Enterobacter* ed *Escherichia Coli*. In due casi si è resa necessaria la rimozione del CVC-T.

CONCLUSIONI: I nostri risultati testimoniano il grande impegno messo in atto per la prevenzione delle infezioni correlate ai CVC-T. L'incidenza, infatti, è entro i limiti suggeriti dalle Linee Guida EBPG 2007 (1) e KDOQI 2006 (2). Grande importanza ha anche la puntuale registrazione di tutti gli eventi sulla scheda di *follow-up* che risulta uno strumento indispensabile.

BIBLIOGRAFIA:

1. Tordoir J, Canaud B, Haage P, et al. EBPG on Vascular Access. *Nephrol Dial Transplant* 2007; 22 (Suppl. 2): ii88-117.
2. Disponibile all'indirizzo www.Kidney.org/professionals/kdoqi/guideline_uphd_pd_va_va_guide7.htm.

34

14. Tecnica *Button Hole*: metodica che richiede maggiore attenzione, da limitare ai casi più problematici

C. Mocco, S. Caria, A. Pais, M. Cadeddu, M. Porcu, G. Pisano, M.P. Esposito, P. Bolasco

Struttura Complessa Territoriale di Nefrologia e Dialisi, ASL Cagliari, Cagliari

INTRODUZIONE: La tecnica *Button Hole* (BH) consente di pungere la fistola artero-venosa (FAV) mantenendo fisso il sito di inserzione degli aghi.

OBIETTIVI DELLA METODOLOGIA: Ridurre il tempo di emostasi, il dolore e l'errore dell'operatore; migliorare l'estetica del braccio.

METODOLOGIA: Studio prospettico dedicato a pazienti (pz) con accessi vascolari più difficoltosi da gestire. Abbiamo incluso 26 pz: 11 donne, 15 uomini. Età 58.6 ± 13 anni, età dialitica 73.6 ± 49 mesi, *follow-up* medio 28.7 ± 15 mesi. FAV: 15 di nuovo allestimento e 11 di vecchia data, utilizzate precedentemente con difficoltà. Il 34% dei nostri pz è diabetico.

RISULTATI: Complicanze: dolore: 36% (ma minore rispetto a quello riferito con un'altra tecnica di puntura); creazione di falsi *tunnel* sottocutanei: 30%; infezioni: 15% (risolte senza perdita del *tunnel*); stitlicidio di sangue dal sito di inserzione dell'ago: 11.5%; stenosi significative: 3.8% *versus* 27%. Prima della tecnica BH. Soddisfazione dei pz: 80%. Da quando abbiamo iniziato, il numero di infissioni totali in BH è stato di 11.200.

CONCLUSIONI: Nei nostri Centri abbiamo riscontrato una migliore qualità di vita dei pz dopo oltre due anni di *follow-up*. Segnaliamo una riduzione di interventi per stenosi della FAV (-85%) e, quindi, una sensibile diminuzione dei giorni di ricovero. Da tenere in considerazione la maggiore possibilità di infezioni rispetto alle tecniche di puntura classica, per cui abbiamo rigorosamente adottato le stesse precauzioni di asepsi per la gestione degli accessi vascolari.

BIBLIOGRAFIA:

- Pegoraro M. La puntura a occhio della FAV arterovenosa. Storia e dati di evidenza nell'applicazione della tecnica. *TN&D* anno XX n° 1. 2008.
- Ball LK. The buttonhole technique for arteriovenous fistula cannulation. *Nephrol Nurs J* 2006; 33 (3): 299-304.

35

33. Accessi vascolari in emodialisi: realizzazione di un percorso di gestione multidisciplinare

M. Mettifogo, C. Zampieri

Nefrologia, Dialisi e Trapianti, Ospedale S. Bortolo, Vicenza

Descrizione di un approccio multidisciplinare nella gestione degli accessi vascolari in emodialisi attraverso un percorso di miglioramento della competenze dei professionisti e l'uso di nuovi strumenti operativi.

METODOLOGIA:

- formazione del personale
- definizione di strumenti operativi, protocolli e procedure
- gestione diagnostica/operativa condivisa (medico/infermieristica)

RISULTATI:

- aumento della competenza professionale
- coinvolgimento del paziente nella gestione del proprio processo

di cura

- riduzione degli errori di puntura e identificazione precoce delle complicanze
- miglioramento dell'efficacia dialitica
- uniformità e adeguatezza delle procedure d'uso
- diminuzione dell'ansia percepita dal paziente e dall'infermiere nella gestione dell'accesso problematico

CONCLUSIONI: Si evidenzia l'importanza della gestione multidisciplinare e della formazione continua.

BIBLIOGRAFIA:

- La cura e la gestione dei cateteri centrali in dialisi EDTNA/ERCA anno 2012.
- NKF K/DOQI Guidelines, Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice recommendations 2010.
- Linee guida SIN.

EMODIALISI TECNOLOGIA DIALITICA

36

34. Pianificazione e realizzazione del primo trattamento pediatrico con nuovo monitor *carpediem*

M. Mettifogo, C. Zampieri

Nefrologia, Dialisi e Trapianti, Ospedale S. Bortolo, Vicenza

Presentazione della realizzazione del primo trattamento di CrRT con una nuova apparecchiatura che utilizza una tecnologia innovativa studiata per il paziente pediatrico. In questo lavoro vengono descritte le strategie di tipo organizzativo, formativo e gestionale adottate, che hanno permesso l'evoluzione positiva del quadro clinico di un neonato altamente critico.

METODOLOGIA:

- formazione del personale infermieristico
- identificazione di 4 infermieri esperti
- coinvolgimento di *Specialist*, Ingegneri, Medici Nefrologi e Pediatri
- elaborazione di documenti e strumenti operativi
- raccolta ed elaborazione dei dati

RISULTATI: Efficacia del trattamento e riduzione delle possibili complicanze; ottimizzazione della funzionalità dell'accesso vascolare per tutta la durata del trattamento; dimissione del paziente con I.R.C. in terapia conservativa.

CONCLUSIONI: L'efficacia della costante collaborazione tra i professionisti e i servizi coinvolti e l'istituzione di un *Pool* di infermieri con elevato livello di competenza sono stati determinanti nel raggiungimento dei risultati clinici.

BIBLIOGRAFIA:

- Ronco C, Garzotto F, Ricci Z. CA.R.PE.DI.E.M.: evolution of continuous renal replacement therapies in infants. A personal journey.

37

15. Progetto infermieristico: l'utilità dell'uso del KT/V seriale

A. Fadini, N. Munteanu

Nefrologia e Dialisi Cliniche *Humanitas* Gavazzeni, Bergamo

INTRODUZIONE: La stenosi e la trombosi sono le più importanti complicanze che portano al fallimento dell'accesso vascolare. La sorveglianza della fistola artero-venosa, si basa sul concetto che la stenosi si sviluppa lentamente nel corso del tempo, prima di portare all'arresto totale del flusso.

METODOLOGIA: Per arrivare a una diagnosi precoce di malfunzionamento della fistola artero-venosa, nel nostro Centro utilizziamo anche il grafico del KT/V rilevato dalla macchina ad ogni dialisi con l'aiuto del *Diascan*. Esso, in molti casi, si è rivelato fondamentale nel far emergere preventivamente il malfunzionamento dell'accesso vascolare, oltre che nel fornire una valutazione dell'efficacia della dialisi a scopo di controllo di qualità.

RISULTATI: Dal Gennaio del 2012 abbiamo iniziato la raccolta dati, creando un grafico dove inserire tutti i Kt/V delle sedute dei nostri 47 pazienti. Abbiamo sospettato 5 casi di stenosi FAV per una riduzione progressiva del KT/V, confermata, poi, al color Doppler.

CONCLUSIONI: L'uso del KT/V seriale è utile per una diagnosi precoce di una stenosi e consente la sua correzione prima che evolva in trombosi.

BIBLIOGRAFIA:

- Sistema di dialisi *Artis*. Manuale dell'operatore Gambro. Codice OP 9032845002_01Rev./Capitolo 12.
- Corso FAD: Accessi vascolari Gestione e monitoraggio infermieristico nel paziente in trattamento emodialitico.

38

27. Esperienza ed evoluzione infermieristica per lo sviluppo delle procedure per l'assistenza alla terapia plasmferetica

P. Celani, C. Filiaggi, C. Squarcia

Unità Operativa Complessa di Nefrologia e Dialisi, Ascoli Piceno

INTRODUZIONE: La prima metodica plasmferetica sull'uomo risale al 1930. Soloman e Fahey trattarono la sindrome da iperviscosità con metodica plasmferetica rimuovendo il plasma dal paziente e rifondendo una soluzione isotonica. L'evoluzione della tecnica iniziò con la realizzazione di un'apparecchiatura dedicata progettata nel 1962 dall'IBM. Oggi sono molteplici le ditte che sono indirizzate a tale metodica: *Plasma Exchange*, Plasma filtrazione a cascata e plasmassorbimento.

METODOLOGIA: L'esperienza del nostro centro dialisi ci ha portati all'utilizzo di tutte le metodiche sopracitate. Abbiamo trattato, dagli anni '80, pazienti che all'insufficienza renale associavano patologie che necessitavano di trattamenti aferetici. In questo lasso di tempo, la nostra esperienza è cresciuta di pari passo con l'evoluzione tecnologica. Siamo passati dall'assemblaggio di vari moduli nati per scopi dialitici alle macchine progettate specificamente per trattamenti di plasmferesi.

Le metodiche utilizzate sono: *plasmaexchange*, plasmassorbimento e plasmferesi a cascata, eseguite per depurazione del plasma; inoltre utilizziamo membrane specifiche che associano la depurazione dialitica a quella plasmferetica.

RISULTATI: Abbiamo compilato dei protocolli di utilizzo di queste metodiche, che vengono aggiornati periodicamente sulla base di nuove necessità operative. Particolare attenzione viene posta nel *priming* dei diversi filtri, utilizzando una soluzione di bicarbonato di sodio a 145 mEq/L per diminuire i potenziali sintomi da disequilibrio osmotico e di Ph. Inoltre, il volume di lavaggio varia da 2 L a 6 L in base alla tipologia di filtro. L'eparinizzazione del circuito avviene solo al momento dell'inizio della circolazione ematica con un bolo *standard* e continua, poi, durante tutto il trattamento con flusso continuo costantemente monitorato per le eventuali variazioni dovute alle diverse necessità.

CONCLUSIONI: L'applicazione dei diversi protocolli ci ha portato a migliorare nel tempo l'assistenza del trattamento. Un continuo monitoraggio delle fasi lavorative ci guida nel miglioramento e nell'individuazione delle criticità operative.

BIBLIOGRAFIA:

- Geiger H, Klepper J, Lux P, Heidland A. Biochemical assessment and clinical evaluation of a bilirubin adsorbent column (BR-350) in critically ill patients with intractable jaundice. *Int J Artif Organs* 1992; 15 (1): 35-9.
- Yoshida M, Tamura Y, Yamada Y, Yamawaki N, Yamashita Y. Immusorba TR and Immusorba PH: basics of design and features of functions. *Ther Apher* 1998; 2 (3): 185-92.
- Nalesso F, D'Angelo A, Lazzarin R, et al. Plasma Adsorption Perfusion (PAP). Esperienza clinica in pazienti con e senza insufficienza renale. *Clinica Nefrologica - Clinica Medica V., Gastroenterologia. Clinica Chirurgica, Anestesiologia e Rianimazione, Università di Padova.*

39

44. La neuropatia ottica ischemica anteriore acuta nonarteritica (NAION)

S. Bruno, D. Meschino

Istituto di Nefrologia e Dialisi, Università degli Studi Bari, Direttore Prof. Loreto Gesualdo, Bari

INTRODUZIONE: La NAION è una malattia disabilitante che colpisce la funzione visiva. Si ritiene che derivi da disturbi della microcircolazione nella porzione anteriore dell'estremità del nervo ottico, dovuta a fattori emodinamici causati da eccessiva vischiosità del sangue o da restrizione del lume vasale in pazienti diabetici, ipercolesterolemici e ipertesi.

MATERIALE E METODI: Scopo del lavoro è stato quello di determinare se la riduzione acuta del fibrinogeno plasmatico e del colesterolo LDL del siero sia efficace per il trattamento della NAION. Abbiamo preso in esame 11 pazienti, di cui 7 maschi e 4 femmine, con un'età media di 57.2 ± 19.6 anni. Tutti, eccetto uno, presentavano fattori di rischio per aterosclerosi. I valori medi di LDL e fibrinogeno prima del trattamento erano rispettivamente di 144 ± 32 mg/dL e di 341 ± 80 mg/dL. Tutti i pazienti furono trattati con terapia *standard* (prednisolone, salicilati, pentossifillina) e furono sottoposti a tre sedute di LDL-afèresi (*Help-BBraun*), che può ridurre il colesterolo LDL plasmatico e il fibrinogeno di più del 50% in brevissimo tempo.

RISULTATI: In tutti i pazienti abbiamo osservato una riduzione drastica del colesterolo LDL e del fibrinogeno e un chiaro miglioramento dei dati funzionali e visivi. Infatti, i valori medi della visione corretta passano da $3.7/10 \pm 3/10$ a $7.9/10 \pm 2.2/10$ ($p = 0.002$), dopo

il terzo trattamento, mentre la porzione scomatosa del campo visivo regrediva già dopo la prima seduta e, in cinque pazienti, regrediva ulteriormente dopo la terza. Questo miglioramento è rimasto stabile dopo tre mesi.

CONCLUSIONI: In conclusione, grazie al suo effetto antagonizzante dei disordini emoreologici della microcircolazione oculare, sembra che la LDL/fibrinogeno-afèresi rappresenti un efficace trattamento della NAION.

40

39. Il controllo del volume ematico durante l'emodialisi migliora il management della seduta dialitica

C. Squarcia

Tecnico Dialisi Unità Operativa Complessa di Nefrologia e Dialisi, Ascoli Piceno

INTRODUZIONE: L'ipertensione arteriosa (IA) aggrava il rischio di mortalità cardiovascolare nel paziente (pz) in emodialisi. La prevalenza di IA nei pz in uremia terminale varia dal 60% all'80%. Una brusca caduta della pressione arteriosa (PA) durante la seduta dialitica può portare a gravi complicanze vascolari; la prevenzione di tali complicanze è l'obiettivo di sistemi intelligenti di *bio-feedback* implementati dall'industria per coadiuvare il clinico e gli operatori di dialisi nella conduzione della seduta.

METODOLOGIA: Per *peso secco* del pz in dialisi si intende il peso sotto al quale insorgono ipotensione, crampi e un corollario di sintomi che ci indicano un basso volume circolante. Il giusto equilibrio fra l'ultrafiltrazione (UF) applicata e il *refilling* vascolare consente di raggiungere l'euvolemia e, quindi, di evitare incrementi pressori al termine della dialisi o l'uso di farmaci ipotensivi che favorirebbero le ipotensioni intradialitiche. Dotando il *monitor* di dialisi di un sistema di lettura dell'emoglobina, possiamo conoscere le variazioni percentuali dell'ematokrito (BVM) correlate all'UF e, quindi, determinarne l'emoconcentrazione. Abbiamo, perciò, monitorato l'andamento delle sedute dialitiche presso il nostro Centro implementando i sistemi di *bio-feedback* che modulano il sodio nel dialisato e il calo-peso orario in base alla variazione del volume ematico. L'individuazione per ciascun paziente del valore critico di riduzione del volume ematico ha evitato l'ipotensione intradialitica e permesso, attraverso definiti modelli matematici applicati al sistema di *bio-feedback*, di agire sull'UF e sulla conducibilità, impedendo così una delle condizioni più drammatiche per il pz e lo *staff* medico-infermieristico.

RISULTATI: Osservazioni preliminari, durante sedute dialitiche *standard*, attraverso la misura di continuo delle variazioni del Volume Ematico (VE) per litro di UF, hanno permesso la definizione di un VE% significativo, cioè della soglia critica di VE al di sotto della quale il pz diventa sintomatico. Nei pz in cui l'andamento della curva reale del VE corrispondeva a quella di riferimento, si è assistito al normale andamento della seduta dialitica in termini di raggiungimento del tempo dialitico impostato e della rimozione dell'UF, evitando, perciò, ipotensioni sintomatiche, mentre, nei pz in cui si è osservato un anticipo del raggiungimento dell'UF impostata, si è ipotizzata un'iperidratazione che la bioimpedenza effettuata al termine della seduta ha, in effetti, mostrato rendendo necessaria l'ulteriore riduzione del peso secco. Il ritardo della curva VE impostata rispetto alla curva di riferimento, ipotizzando uno stato di ridotta acqua plasmatica circolante, ha messo in moto il meccanismo di riduzione dell'UF; la bioimpedenza eseguita al termine ha richiesto, infatti, un adeguamento del peso secco.

CONCLUSIONI: Pur con tutti i limiti imposti dal fatto che lo studio effettuato è stato di breve durata e di numerosità limitata, i dati sembrano indicare che i sistemi di *bio-feedback* possono essere utili mezzi per aumentare la tolleranza al trattamento dei pz e, inoltre, aiutano il clinico e lo *staff* infermieristico a ridurre la necessità di interventi durante la gestione della seduta dialitica.

BIBLIOGRAFIA:

- Movilli E. I sistemi di *bio-feedback* per il controllo della pressione arteriosa nei pazienti in dialisi. GIN 2012; 29 (Suppl. 58): S72-6.
- Zoccali C, Panuccio V. Hypertension in dialysis patients. Italian Guidelines. GIN 2006; 23 (1): 49-57.
- Santoro A, Mancini E, Paolini F, Cavicchioli G, Bosetto A, Zucchelli P. Blood volume regulation during hemodialysis. Am J Kidney Dis 1998; 32 (5): 739-48.
- Santoro A, Mancini E, Paolini F, Spongano M, Zucchelli P. Automatic Control of Blood Volume trends during Hemodialysis. ASAIO J 1994; 40: 419-22.

41

17. Migliorare la sopravvivenza della fistola artero-venosa mediante auscultazione con fonendoscopio elettronico

A. Novelli, L. Mandolesi, A. Treccozi, F.G. Solano, F. Bruni
ASUR Marche, U.O. Nefrologia e Dialisi, Osp. Madonna del Soccorso S. Benedetto del Tronto (AP)

INTRODUZIONE: La semeiotica della FAV, completa di auscultazione, prima dell'infissione degli aghi, permette di verificarne il corretto funzionamento per una seduta emodialitica efficiente ed efficace e impedisce di danneggiare l'accesso vascolare, indispensabile per la vita dei pazienti emodializzati.

METODOLOGIA: Da Marzo 2013, in 2 mesi sono stati registrati, mediante un fonendoscopio elettronico (F.E.), i soffi delle FAV di 53 pazienti trattati presso la nostra unità operativa. Le registrazioni avvenivano con frequenza settimanale. Durante il primo mese, per evitare differenze nella modalità di registrazione, l'operazione è stata affidata a un solo infermiere. È stato organizzato un *audit* per coinvolgere tutto il personale infermieristico; dopo 1 mese, tutti gli operatori erano in grado di auscultare la FAV con una metodologia uniforme e di segnalare i casi patologici al medico referente. I soffi venivano classificati come: normale, patologico "sibilante" e patologico a "colpo d'acqua".

RISULTATI: In 10 mesi, su 6779 auscultazioni, 10 sono risultate patologiche; di queste, 5 trattate con successo con eparina b.p.m., 4 sottoposte a fistolografia e PTA e 1 FAV si è chiusa, prima di poter intervenire con il trattamento chirurgico.

CONCLUSIONI: La nostra esperienza mette in evidenza che l'uso del F.E. è in grado di uniformare la capacità di sorveglianza dell'accesso vascolare degli infermieri di dialisi per l'individuazione precoce delle anomalie e una tempestiva correzione e salvaguardia.

BIBLIOGRAFIA:

- Coentrão L, Turmel-Rodrigues L. Monitoring dialysis arteriovenous fistulae: it's in our hands. J Vasc Access 2013; 14 (3): 209-15.
- Kumbar L, Karim J, Besarab A. Surveillance and monitoring of dialysis access. Int J Nephrol 2012; 2012: 649735.

- AV Fistula After-Care and Monitoring. Fistula first.
- Quarello F, Fornris G, Pozzato M. La sorveglianza clinica e strumentale della fistola artero-venosa. Giornale Italiano di Nefrologia; 21 (4): 317-30.

**EDUCAZIONE/FORMAZIONE -
DIALISI PERITONEALE**

42

22. Indagine conoscitiva dell'efficacia dell'intervento educativo presso l'ambulatorio di predialisi con Malattia Renale Cronica (CKD) III-V stadio

E. Locatelli¹, M.P. Zito²

¹Laurenda Corso di Laurea Infermieristica, Università di Bologna, Bologna

²U.O. Dialisi Peritoneale, Policlinico Universitario S. Orsola-Malpighi, Direttore Prof. S. Stefoni, Bologna

INTRODUZIONE: In questo lavoro, si è voluto valutare l'efficacia dell'intervento educativo svolto dall'ambulatorio di predialisi e finalizzato a tenere monitorata e stabile la condizione clinica del nefropatico con malattia renale cronica in III-V stadio.

MATERIALI E METODI: Come strumento di indagine per valutare l'efficacia dell'intervento educativo, è stato adottato un questionario con 10 domande a risposta multipla, somministrato a 60 candidati (*range* di età 50-80 anni, 40 maschi, 20 femmine) in III-V stadio di CKD, presi in carico da Maggio a Settembre 2013. Tutti i candidati si trovavano in fase di *ripresa educativa*, quindi in precedenza avevano già ricevuto dal *team* infermieristico un'educazione iniziale. L'intervista, strutturata attraverso il questionario è stata arricchita da ulteriori *input* fondamentali per il raggiungimento dei risultati.

- Analisi della documentazione clinica e valutazione del VFG al momento della presa in carico nell'ambulatorio, aggiornato alla data di somministrazione del questionario.
- Approccio sistematico all'educazione del paziente.
- Intervista e osservazione (età, stile di vita, capacità di comprensione, condizione psico-sociale, presenza o meno di un *caregiver*).

RISULTATI: La maggioranza degli candidati selezionati (33) ha risposto correttamente a tutti i quesiti, i cui contenuti educativi sono stati affrontati in modo appropriato e personalizzato (colloquio preparatorio di agevolazione all'autoapprendimento del materiale informativo). I restanti candidati (27) non hanno risposto in maniera corretta ai quesiti. Dall'analisi dei risultati si evince che di questi 27 pazienti 13 (età >75 anni, 21%) non hanno fornito la risposta esatta a più di un quesito del questionario. In questi ultimi, oltre all'età, le comorbidità rendevano le condizioni cliniche maggiormente compromesse e non vi era il supporto di un *caregiver* o di un familiare. I 14 candidati restanti hanno dato solo una risposta errata. Questi pazienti sono stati in prevalenza affiancati da un parente o da un *caregiver*, sebbene il quadro clinico fosse ugualmente complesso e due di essi non parlavano l'italiano.

CONCLUSIONI: Terminata l'analisi dei risultati, possiamo affermare che i dati sono stati complessivamente efficaci (circa il 79%); l'efficacia è calcolata sulla corretta compilazione del questionario e basata

sul numero di risposte corrette. Non è stato pienamente raggiunto l'obiettivo specifico riguardante la scelta dei metodi e degli strumenti per la valutazione pedagogica della persona assistita a causa di alcune lacune individuate nel questionario, il quale non teneva in considerazione variabili importanti come l'età (situazione cognitiva), la presenza o meno di un *caregiver*, la preparazione del *caregiver* stesso, la comprensione della lingua italiana e le comorbidità del paziente. È emerso, in ogni caso, un importante risultato: la compilazione del questionario si è rivelata un momento centrale di educazione e *ripresa educativa*, dove pazienti e familiari hanno potuto ricevere chiarimenti e consolidare le competenze.

BIBLIOGRAFIA:

- Ballanti G 1988. Modelli di apprendimento e schemi di insegnamento. Teramo: Giunti & Lisciani.
- Zito MP 2010. Guida per il paziente con insufficienza renale. "Orientarsi n. 42" supplemento d'informazione a "Diario di bordo". Bologna - Centro stampa aziendale.
- Rankin SH, Stallings KD 2011. Patient education: principles and practice. Philadelphia: Lippincott.
- Scalorbi S 2012. Infermieristica preventiva e di comunità. Milano: McGraw-Hill.

43

02. Sessualità in dialisi peritoneale: studio pilota sul percepito intimo/sessuale dei pazienti in dialisi peritoneale

A. Delalio¹, A. Dalprà², F. Fratton², L. Giovannini², I. Zulian²

¹Responsabile Scientifico della Ricerca e Referente Nazionale Gruppo Italiano di Dialisi Peritoneale EDTNA/ERCA, Filiale Italiana (2010/2013)

²Infermiere Centro Dialisi Peritoneale, Ospedale Santa Chiara, Trento

BACKGROUND: In letteratura pochi lavori (1) hanno indagato la sfera affettivo-sessuale in soggetti dializzati peritoneali. I lavori selezionati (2-4) confermano che la problematica è presente in questa popolazione, ma nessuna evidenza è emersa rispetto alla modalità più efficace di trattare quest'argomento con il paziente, né in merito a quali sono le informazioni che i pazienti vorrebbero ricevere e in che modo la malattia ha modificato il rapporto intimo/sessuale. Il quesito professionale nato nel gruppo infermieristico del centro DP di Trento ha giustificato l'avvio di un progetto di ricerca condotto con il supporto scientifico di EDTNA/ERCA. Scopo della ricerca era di indagare la percezione del cambiamento della sfera affettivo-sessuale nei pazienti DP e di evidenziare quali informazioni i pazienti avrebbero voluto avere dall'*equipe*.

MATERIALI E METODI: Studio pilota di tipo qualitativo esplorativo. Il questionario era suddiviso in due parti: la prima relativa all'indagare il genere, l'età e lo *status* del soggetto rispondente e la seconda parte con due domande aperte mirate allo scopo della ricerca.

CRITERI DI INCLUSIONE: Pazienti autosufficienti in dialisi peritoneale di tutte le età.

CRITERI DI ESCLUSIONE: Non autosufficienza, metodica sostitutiva della funzione renale diversa dalla dialisi peritoneale.

ANALISI DEI DATI: Analisi fenomenologica (5-9) dei contenuti delle domande aperte e stratificazione dei dati per età e genere.

RISULTATI: Di 33 questionari distribuiti ne sono stati restituiti 15, con una percentuale di restituzione del 45%, il 60% maschi (9) e il 40%

femmine (6). La fascia d'età in cui paiono esservi minori problematiche, per entrambi i generi, è quella compresa tra i 20 e i 30 anni. Maggiori problematiche si evidenziano nella fascia tra i 30 e i 40 anni, rappresentata dal solo genere maschile, riconducibile a peculiarità dell'IRC (stanchezza, prurito). La fascia d'età tra i 40 e i 50 anni, rappresentata in pari rapporto da entrambi i generi dichiarata per il 75% iniziali problematiche risoltesi all'interno della coppia con strategie di adeguamento e per il 25% una diminuzione della libido e un imbarazzo per la presenza del catetere. Non è rappresentata la fascia d'età tra i 50 e i 60 anni. Nella fascia d'età tra i 60 e i 70 anni, rappresentata da entrambi i sessi, la percezione del cambiamento è forte nel genere femminile, invariata nel genere maschile e, infine, nella fascia d'età sopra i 70 anni, rappresentata da entrambi i generi, prevale il vissuto negativo e si evidenzia la solitudine per assenza di un *partner*.

DISCUSSIONE: I dati emersi evidenziano maggiori problematiche nelle persone anziane in cui non sempre è presente un *partner* e il genere femminile ha meno problematiche rispetto a quello maschile. La presenza del catetere peritoneale e del trattamento dialitico richiede un riadattamento che coinvolge la coppia, processo che sembra facilitato dalla forza stessa della coppia. Rispetto al secondo quesito, i risultati sottolineano come sia difficile per i pazienti affrontare l'argomento, e le principali informazioni che avrebbero voluto ricevere erano inerenti alla possibilità di avere rapporti con il proprio *partner* e a eventuali accorgimenti che facilitassero il rapporto stesso.

CONCLUSIONI: I numeri rappresentati in questo studio pilota non sono sufficienti a sostenere delle teorizzazioni sull'argomento, ma ci presentano, comunque, un buon punto di vista e, soprattutto, il confronto, nato internamente al gruppo, è stato fondamentale per poter iniziare ad affrontare il tema della sessualità con i nostri pazienti. Le informazioni raccolte sono state utili per la creazione di una *brochure*, in cui sono proposte dieci domande e risposte relative al vissuto di sessualità, distribuita presso il centro DP di Trento e disponibile in formato PDF sul sito EDTNA/ERCA, filiale italiana. La riflessione sulla pratica quotidiana ha sensibilizzato il gruppo di lavoro verso una problematica che aveva avuto scarsa evidenza, permettendo di modificare l'agito professionale verso un miglioramento della qualità dell'assistenza erogata.

BIBLIOGRAFIA:

1. Maslow A. Motivazione e personalità. Tradotto da Rivero E. Armando Editore 1992.
2. Yazici R, Altintepe L, Guney I, et al. Female sexual dysfunction in peritoneal dialysis and hemodialysis patients. *Ren Fail* 2009; 31 (5): 360-4.
3. Basok EK, Atsu N, Rifaioglu MM, et al. Assessment of female sexual function and quality of life in predialysis, peritoneal dialysis, hemodialysis, and renal transplant patients. *Int Urol Nephrol* 2009; 41 (3): 473-81.
4. Lai CF, Wang YT, Hung KY, et al. Sexual Dysfunction in Peritoneal Dialysis Patients. *Am J Nephrol* 2007; 27 (6): 615-21.
5. Rose P, Beeby J, Parker D. Academic rigour in the lived experience of researcher using phenomenological methods in nursing. *J Adv Nurs* 1995; 21: 1123-9.
6. Stievano A, Rocco G. Il concetto di etnografia nelle scienze infermieristiche. *IPASVI Roma, infermiere oggi*. N. 4 - Ottobre/Dicembre 2008: 3-7.
7. James A. Fain, La ricerca infermieristica. Leggerla, capirla e ap-

- plicarla, McGraw-Hill 2004.
8. Wood GL, Haber J. Metodologia della ricerca infermieristica. McGraw-Hill 2004.
 9. La ricerca infermieristica. Manuale introduttivo. Carocci 2007.

44

24. Addestramento o *training*: il ruolo dell'infermiere (*trainer*) nel percorso educativo per la gestione autonoma della dialisi peritoneale

S. Bianchi

Gruppo Infermieristico Toscano di Dialisi Peritoneale

INTRODUZIONE: La Dialisi Peritoneale (DP) è un trattamento domiciliare, gestito dal paziente e/o dal *care-giver*, in quanto essi devono apprendere e fare propri competenze e comportamenti indispensabili per poter gestire autonomamente il trattamento dialitico. Si tratta di un percorso a carattere educativo, informativo e non prescrittivo, che si propone di prendere in carico la persona assistita dal momento della scelta del trattamento dialitico, fino alla sua completa autonomia. L'educazione terapeutica non è standardizzata, ma si adatta alle caratteristiche psicologiche, culturali e attitudinali della persona e della sua famiglia. Il paziente deve convincersi che diventerà abile a svolgere ciò che verrà richiesto; incoraggiarlo e supportarlo sono gli elementi base per renderlo aderente alla terapia.

METODOLOGIA: L'obiettivo del Gruppo Infermieristico Toscano di DP è quello di uniformare e ottimizzare le attività pratiche e le nozioni teoriche relative all'educazione terapeutica del trattamento dialitico domiciliare. Il Gruppo di Lavoro ha elaborato e somministrato un questionario ai singoli centri di DP della Regione Toscana, per rilevare le modalità di svolgimento del percorso educativo di *training* e *re-training*.

RISULTATI: Il Gruppo Toscano Infermieristico di DP, essendo emersa da una prima indagine difformità di comportamenti, ha redatto la sintesi del lavoro svolto in un elaborato adattato e aggiornato sulla letteratura, con lo scopo di uniformare, in tutti i centri, le modalità operative relative allo svolgimento del *training* e del *re-training* in DP. Attraverso un *database* già in uso, ha monitorizzato il periodo che va dall'inserimento del catetere peritoneale all'inizio del *training* e la durata di quest'ultimo.

CONCLUSIONI: La stesura di un elaborato condiviso e diffuso a tutti i centri DP della Toscana, ha permesso all'infermiere dedicato in DP di modulare un linguaggio e contenuti teorici univoci per tutti. Il *training* rappresenta la giusta chiave per rendere autonoma la persona nella gestione della sua malattia.

BIBLIOGRAFIA:

- *Renal Omnia*
- IPASVI - ROMA 15 Competenze infermieristiche in dialisi: dall'ospedale al domicilio
- Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari, Regione Piemonte (2010). Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale della malattia renale cronica avanzata e della dialisi domiciliare.
- Il ruolo dell'educazione terapeutica nell'adattamento e nella qualità della vita del paziente nefropatico oggi. *Giornale Italiano di Nefrologia* 2008; 25 (3): 364-8.
- International Society of Nephrology. "Patient re-training in peritoneal dialysis: why and when it is needed. *Kidney Int* 2006;

70: S127-32.

- ISPD Guidelines-Recommendation. Peritoneal dialysis patient training 2006, peritoneal dialysis international, Volume 26: 625-632.

45

21. Training in pazienti pediatrici italiani e stranieri in dialisi peritoneale

R. Pacifico, G. Savino, C. Fabbri

Coautori: S. Benini, R. Briglio, N. Romeo, G. Spadafora

Azienda Ospedaliera Policlinico Universitario S. Orsola-Malpighi, Direttore A. Santoro, Bologna

INTRODUZIONE: La salute nella nostra Nazione è protetta dalla Costituzione e dal codice deontologico (articoli 4 e 21). In Emilia Romagna gli stranieri rappresentano 11% della popolazione, pari a 487.000 unità e provengono da paesi poveri o da paesi in cui non vi è il rispetto dei diritti civili. Dal Maggio del 2009 siamo gli specialisti di riferimento per la dialisi peritoneale nel minore pediatrico italiano e straniero. Un percorso che parte dal *training* fino alla consulenza della terapia dialitica e al rifornimento del materiale sia a domicilio che in reparto pediatrico.

OBIETTIVO:

- Rendere autonoma la famiglia nella gestione della terapia dialitica e delle complicanze ad essa legate
- Diminuire l'aggressività legata ai problemi dell'immigrazione
- Aumentare la *compliance*, fronteggiando situazioni complesse dovute alla lingua, al credo religioso e allo stile di vita

METODI E MATERIALI: Sicurezza della traduzione delle schede tecniche; in essere abbiamo schede tradotte in albanese, rumeno, inglese e arabo.

Le strategie:

- Aiuto del mediatore culturale affinché la comunicazione sia efficace
- Professionisti che abbiano sviluppato empatia e capacità comunicative
- Professionisti formati, che abbiano consolidato una formazione specifica e appartenenti a gruppi selezionati e accreditati.

RISULTATI: Dal 2009 abbiamo formato 12 famiglie appartenenti a diverse culture etniche e con problematiche psico-sociali. Le nazionalità di riferimento sono: italiana, rumena, araba, senegalese e albanese.

CONCLUSIONI: Il professionista formato e dedicato e la comunicazione sono elementi fondamentali per il raggiungimento degli obiettivi.

46

28. Cura e mantenimento dell'emergenza cutanea in dialisi peritoneale

W. Lunardi

Gruppo Infermieristico Toscano di Dialisi Peritoneale

INTRODUZIONE: L'infezione dell'emergenza cutanea (EC) rappresenta una delle principali cause di complicanze della dialisi peritoneale e di *drop-out* dalla metodica. La gestione, la cura e il mantenimento corretti dell'EC è argomento da trattare dall'immediato post impianto alla completa autogestione da parte del paziente e/o *care-giver*, per la prevenzione delle infezioni e il proseguimento della metodica dialitica.

METODOLOGIA: L'obiettivo della metodologia è analizzare le modalità

operative e avviare percorsi di miglioramento per la cura dell'EC. Il gruppo di lavoro ha elaborato e somministrato un questionario ai singoli centri di Dialisi Peritoneale (DP) della Regione Toscana per rilevare e analizzare le modalità di gestione della stessa in condizioni normali e/o infette, i dispositivi utilizzati e lo strumento di sorveglianza.

RISULTATI: Da una prima indagine è emersa una difformità di comportamenti, per cui il Gruppo Toscano Infermieristico di DP ha redatto la sintesi del lavoro svolto in un elaborato adattato e aggiornato sulle evidenze scientifiche, con lo scopo di uniformare, in tutti i centri, le modalità operative relative all'esecuzione della medicazione dell'EC. Successivamente, ha costruito uno strumento di monitoraggio delle complicanze precoci e tardive dell'EC, la diagnostica, gli schemi di trattamento, gli esiti e il *re-training* (database regionale).

CONCLUSIONI: L'elaborato redatto che ha permesso di uniformare i comportamenti nei centri DP Toscani è stato diffuso e condiviso attuando il piano di miglioramento. Tuttavia, per garantire l'efficacia e l'efficienza di quest'ultimo e l'eventuale rivalutazione, è stato avviato il monitoraggio della medicazione dell'EC attraverso il *database*.

BIBLIOGRAFIA:

- L'efficacia clinica di differenti approcci alla cura del punto di fuoriuscita del catetere per dialisi peritoneale. *Best Practice* 2004; 8 (1): 1329-874.
- De Vecchi AF, IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico Milano. Le infezioni dell'*exite-site* in dialisi peritoneale. *Giornale Italiano di Nefrologia* 2004; 21 (6): 519-30.
- Iadarola GM. Profilassi delle infezioni dell'*exite-site* e del *tunnel*. *Nefrologia e Dialisi Torino Nord emergenza P.O. S. Giovanni Bosco, ASL Torino 2, Torino*.
- Aggiornamenti in tema di diagnostica e terapia delle complicanze infettive dell'emergenza cutanea e/o *exite-site* in dialisi peritoneale. *Giornale Italiano di Nefrologia* 2011; 28 (1): 39-47.
- Deteriorazione delle ferite: soluzioni e tecniche. *Best Practice* 2003; 17 (1).
- Best practice della ferita: soluzioni tecniche e pressione. *Best Practice* 2006; 10 (2).

47

30. L'importanza dell'addestramento in Dialisi Peritoneale nella prevenzione delle complicanze infettive

R. Cruz Lima, M.R. De Jesus Barbosa

Dialisi Peritoneale, Policlinico Tor Vergata (PTV) di Roma, Roma

INTRODUZIONE: Secondo la SIN (Società Italiana di Nefrologia), in Italia il numero di pazienti in dialisi ammonta a 42 mila, dato destinato ad aumentare considerevolmente a causa del progressivo invecchiamento della popolazione, e la quota di pazienti che esegue la dialisi peritoneale è di poco superiore al 10%.

La dialisi peritoneale è una metodica dialitica di alta efficienza e che va considerata come una scelta sicura ed efficace per la cura della malattia renale cronica. Tale tecnica risulta la migliore scelta per i pazienti residenti lontano dal proprio centro di riferimento o anche per i soggetti con scarso accesso venoso. Il monitoraggio stretto nell'addestramento dialitico peritoneale è una strategia per minimizzare e prevenire l'insorgenza di com-

plicanze con la metodica dialitica peritoneale. L'addestramento è un fattore determinante per il successo della terapia dialitica e di fondamentale importanza nella prevenzione dell'infezione del peritoneo.

MATERIALI E METODI: Lo studio è retrospettivo; sono stati selezionati 46 pazienti in trattamento sostitutivo della funzione renale con la metodica dialitica peritoneale di una popolazione di 50 pazienti trattati in un grande ospedale romano. I dati sono stati ottenuti dalle cartelle cliniche dei pazienti e dai registri infermieristici. Oggetto dello studio era rappresentato dai dati che emergevano dall'addestramento nella riduzione delle infezioni del peritoneo. Abbiamo escluso i pazienti che hanno avuto una certa urgenza a iniziare la metodica dialitica, perché l'addestramento è stato considerato incompleto.

Per quanto riguarda le caratteristiche dei pazienti, sono stati studiati i dati epidemiologici come età anagrafica, sesso, età dialitica, diabete, provenienza da predialisi, attività professionale, presenza del *caregiver* ed eventuale occorrenza di infezioni peritoneali nel primo anno di trattamento dialitico. Per dare un significato importante della professionalità infermieristica e delle caratteristiche dell'addestramento, sono stati studiati sia l'esecuzione di tutte le fasi dell'addestramento da parte dello stesso infermiere educatore in un ambiente protetto sia il rispetto delle due fasi (teorica e pratica). I dati sono stati estrapolati dalla scheda di apprendimento compilata dall'infermiere educatore alla fine dell'addestramento.

RISULTATI: Nel gruppo studiato, il 78.2% (36 pazienti) è di sesso maschile con età media di 55 ± 28 anni (26-85 anni), il 68% è laureato, il 47.8% ha un'attività lavorativa, il 76% è sposato, il 60% è stato seguito in ambulatorio predialitico e il 32% abita lontano dal centro di riferimento dialitico. Il 73% del campione ha svolto da solo l'addestramento e la dialisi al proprio domicilio, il 27% ha avuto bisogno di un *caregiver* e il 38% è diabetico.

CONCLUSIONI: L'addestramento in dialisi peritoneale è diventato nel tempo una responsabilità infermieristica, probabilmente dovuta alle abilità di questo professionista nello stimolare l'autocura dei suoi pazienti. In questo lavoro viene messo in evidenza l'elevato numero di pazienti con età avanzata e diabetici che hanno avuto bisogno di un *partner* dialitico per seguire le proprie cure. Nel primo anno di dialisi si è verificato un tasso del 13% di infezione peritoneale.

BIBLIOGRAFIA:

- Riemann A, Cruz M. Dialisi Peritoneale: una guida per la pratica Clinica. Ed. EDTNA/ERCA Apr. 2013.
- Piraino B, Bernardini J, Brown E, et al. ISPD position statement on reducing the risks of peritoneal dialysis-related infections. *Journal of the International Society for Peritoneal Dialysis* 2011.
- Souto AM, Moreira RMP, Santos OR. Estudos das complicações infecciosas na diálise peritoneal ambulatorial continua - DPAC. *An Acad Med* 2001; 161 (2): 88-91.

MISCELLANEA

48

23. Pedalare in dialisi? Perché no!

A. Fadini, A. Bano

Nefrologia e Dialisi, Cliniche Humanitas, Bergamo

INTRODUZIONE: Attività fisica durante la seduta dialitica, con pedalieri appoggiate ai letti dei dializzati, come strategia per:

- ridurre la percezione di staticità e passività della dialisi
- recuperare energia vitale
- promuovere l'autostima
- stimolare la socialità
- favorire il ritorno venoso e il drenaggio dei liquidi dagli arti inferiori
- migliorare la depurazione intradialitica
- incentivare l'attività fisica a domicilio

METODOLOGIA:

- partecipazione degli infermieri a corsi sull'attività fisica dei dializzati
- riunioni di reparto per discutere: criteri, organizzazione dell'attività da proporre e scelta della tipologia del paziente
- creazione di una scheda di rilevazione: parametri vitali e tempi dell'esercizio
- intervista ai dializzati e prove pratiche per valutarne il gradimento
- incontro con dializzati e parenti sull'argomento "attività fisica" e presentazione della proposta

RISULTATI:

- ampia adesione
- stabilità dei parametri durante l'esercizio
- atmosfera più rilassata e ludica nel centro
- talvolta sana e piacevole competizione che ha portato ad aumentare i tempi dell'esercizio
- progetti di attività motorie alternative

CONCLUSIONI: Come attività facoltativa deve essere sentita come un piacere e non come un dovere, abituando i dializzati all'autocura anche attraverso l'esercizio fisico extradialitico.

BIBLIOGRAFIA:

- SIN-*Nephromeet*. L'esercizio fisico nella malattia renale cronica.

49

05. Esiste ancora il "paziente da CAL"? Come si sono modificate le condizioni cliniche e assistenziali del paziente dializzato? Analisi della popolazione di un CAL in un anno di osservazione

L. Rossi, E. Orazi, R. Calice, M. Gasperini, M.L. Ruotolo

AO Melegnano, Ospedale Predabissi, SS Emodialisi Extraospedaliere, CAL Dialisi

INTRODUZIONE: Un centro ad assistenza limitata (CAL) è, per definizione, un centro dialisi, generalmente decentrato, dove vengono trattati pazienti selezionati e stabili clinicamente. Il progressivo invecchiamento della popolazione dialitica e l'aumento delle condizioni co-morbide hanno portato a un cambiamento delle caratteristiche cliniche dei pazienti, che fanno ritenere sempre più difficile il loro arruolamento per un CAL.

METODOLOGIA: Abbiamo osservato e confrontato, nell'arco di un

anno, le patologie co-morbide e il grado di autosufficienza (rielaborando la scheda dei bisogni secondo il modello delle prestazioni infermieristiche di M. Cantarelli) di 33 pazienti (21 maschi, 12 femmine), età media 64 anni (range 33-84), età dialitica 70.3 mesi (range 3-221), con differente nefropatia di base.

RISULTATI:

- i pazienti autosufficienti sono diminuiti dal 27% al 14%
- i pazienti parzialmente autosufficienti sono aumentati dal 61% all'82%
- i pazienti non autosufficienti sono diminuiti dal 12% al 4%, in quanto sui 33 pazienti iniziali il 6% è deceduto, il 10% è stato trasferito nel centro ospedaliero e il 3% è stato trapiantato
- vi è stato un nuovo ingresso

L'apparente miglioramento di alcune condizioni cliniche è dovuto al trasferimento in centro dei pazienti più gravi (3 pazienti), al decesso di 2 pazienti e al trapianto di 1.

CONCLUSIONI: Nei CAL vengono oggi assistiti pazienti che solo qualche anno fa sarebbe stato impensabile trattare. In questa situazione organizzativa, la responsabilità del personale infermieristico è andata man mano modificandosi. È verosimile che, permanendo e, probabilmente, peggiorando la tipologia dei pazienti, non si possa più definire l'assistenza erogata nei CAL come a bassa intensità.

BIBLIOGRAFIA:

- Bolasco P. La scelta dei pazienti da inserire in CAL o in CAD. *Nephromeet* 2012.
- Limido A, et al. Come cambia la popolazione uremica nel Registro Nazionale di Dialisi e Trapianto. *G Ital Nefrol* 2012; 29 (Suppl. 58): S21-6.
- Harmer RA, EI Nahas AM. The burden of chronic kidney disease. *BMJ (Clinical research ed.)* 2006; 332 (7541): 563-4.
- Canaud B, Tong L, Tentori F, et al. Clinical practices and outcomes in elderly Hemodialysis patients: results from the Dialysis Outcomes and Practices Patterns Study (DOPPS). *Clinical Journal of the American Society of Nephrology, CJASN* 2011; 6 (7): 1651-62.
- Corghi E, Conte F, Limido A. Il trattamento dialitico in Lombardia dal 1992 al 2011. Analisi dei dati del Registro Lombardo di Dialisi e Trapianto. *GIN* 2012; 29 (Suppl. 58): S27-32.
- Cantarelli M. Il modello delle prestazioni infermieristiche. Masson 1996.

50

35. Dialisi Peritoneale nel morbo di Chron: un caso clinico

M. Ciccotti, D. Del Gaone, A. Saccomandi

UOS Nefrologia e Dialisi Atri (TE), Polo Nefrologico Teramo, Atri

INTRODUZIONE: Il Morbo di Chron è considerato una malattia autoimmune, in cui il sistema immunitario aggredisce il tratto gastrointestinale provocando l'infiammazione; sono importanti anche fattori genetici, autoimmunitari, familiari, psicologici e virali. La malattia di Crohn può portare a diverse complicanze all'interno dell'intestino, tra cui l'ostruzione e lo sviluppo di fistole e ascessi. In caso di concomitante Insufficienza Renale Cronica di solito viene attuato un trattamento con emodialisi. Nel caso che andremo a illustrare, in assenza di evidenze scientifiche rilevanti in merito al trattamento con DP, abbiamo chiesto un parere sui *network (Renal Omnia e FMC vision)*,

ottenendo opinioni contrastanti in merito alla metodica da applicare. Il gastroenterologo di riferimento si dichiara contrario al trattamento sostitutivo peritoneale. Tuttavia, in considerazione della giovane età della paziente e per le maggiori possibilità di reinserimento sociale, abbiamo deciso per un trattamento con DP.

SCelta DELLA METODICA: La paziente giunge alla nostra osservazione a 14 anni nel Settembre del 2011 con un'IRC terminale. Era in trattamento con terapia biologica per il morbo di Chron. Posizionato il catetere (un Vicenza corto, per motivi prettamente estetici), iniziava la Dialisi Peritoneale con valori di Creatinina di 5.82 mg/dL e MDRD di 10.43. Il trattamento era: CAPD con 2 scambi diurni per mesi 2. Solo dopo 4-8 settimane di DP la funzione peritoneale si stabilizza ed è opportuno misurare la dose dialitica (Kt/V e CrCl) e al controllo dopo 2 mesi MDRD 10.15 con FRR 800 mL; quindi, valutata la *compliance* al trattamento per i primi mesi e senza segni di riacutizzazione della patologia, con una buona risposta da parte della paziente, si passa dalla CAPD all'APD *Tidal* 70% con 8.5 litri, 7 scambi.

RISULTATI: Attualmente continua trattamento in APD con Urea 139 mg/dL, Creat. 10.55 mg/dL e FRR invariata. Durante il trattamento, non si sono evidenziate particolari controindicazioni sia dal punto di vista clinico che della metodica dialitica attuata. Unici problemi dialitici durante le riacutizzazioni del Morbo di Chron, con alcuni episodi sporadici (4 in 3 anni) di emoperitoneo a coltura sterile. Risoluzione dell'emoperitoneo con 1-2 scambi rapidi senza nessuna sintomatologia dolorosa, episodio verificatosi anche in presenza del ciclo mestruale della ragazza. L'emoperitoneo è presente in pazienti sottoposti a dialisi peritoneale (DP), perché il catetere DP fornisce una finestra che permette di vedere quello che accade nel peritoneo. I fenomeni associati ginecologici rappresentano la maggior parte dei casi (*Lew SQ*).

CONCLUSIONI: Nonostante non ci siano in letteratura evidenze che facciano propendere per una scelta di trattamento sostitutivo peritoneale nel Morbo di Chron, è stata scelta la terapia dialitica che risultava essere la più compliant per la paziente, vista la giovane età. Anche in presenza di episodi di emoperitoneo non è stato necessario ricorrere alla sospensione della stessa.

BIBLIOGRAFIA:

- Fiocchi. Inflammatory Bowel Disease, Etiology and Pathogenesis. Gastroenterology 1998.
- Linee Guida della SIN. G Ital Nefrol 2003; 20 (24): S109-28.
- Lew SQ. Hemoperitoneum: bloody peritoneal dialysate in ESRD patients receiving peritoneal dialysis. Perit Dial Int 2007; 27 (3): 226-33.

51

50. Progetto di Nursing nella nefropatia diabetica

M. Guarnieri

Dipartimento Nefro Urologico, ASL Taranto, Taranto

INTRODUZIONE: Il diabete è una causa frequente di insufficienza renale e dialisi. La nefropatia diabetica inizia molto prima della comparsa di uremia e una sua presa in carico con un programma assistenziale può rallentare la velocità di progressione e prevenire le complicanze. Nel nostro ambulatorio è stato implementato un progetto di *nursing* dedicato a pazienti diabetici, con protocolli differenziati a seconda dello stadio della malattia.

MATERIALI E METODI: I pazienti sono stati divisi in quattro tipologie:

- 1) pazienti con malattia renale lieve-moderata (stadi I-III)
- 2) pazienti pre-uremici-uremici (stadi IV-V);
- 3) pazienti in dialisi;
- 4) pazienti con trapianto di rene.

Il protocollo nei pazienti tipo 1 prevede controlli periodici e raccomandazioni su esami urine, rapporto albuminuria/creatininuria, pressione, peso, dieta, esercizio fisico e igiene personale.

Nei pazienti tipo 2 e 3 si valutano la comparsa di problemi clinici (edemi, dispnea, anemia, oliguria, ipertensione, alterazioni elettrolitiche, infezioni), le necessità terapeutiche in rapporto con la funzione renale (sostituzione di antidiabetici orali, variazioni di dosi di insulina) e la preparazione alla dialisi e/o al trapianto. Nei pazienti in dialisi, una speciale attenzione è per la patologia vascolare alle estremità, perché all'angiopatia diabetica si aggiungono la vasculopatia e la neuropatia uremiche. Nei pazienti di tipo 4, l'attenzione è giustificata dall'effetto diabetogeno di alcuni farmaci (steroidi, tacrolimus, ecc.) e dalla suscettibilità alle infezioni.

CONCLUSIONI: Il nostro protocollo di *nursing* nei diabetici con malattia renale consente di gestire al meglio sia le complicanze renali del diabete che la complessità delle comorbidità diabetiche esacerbate dall'uremia.

BIBLIOGRAFIA:

- Harrison. Principi di Medicina Interna (16ª edizione), New York - Milano, McGraw-Hill 2006. ISBN 88-386-2459-3.
- Qureshi AR, Alvestrand A, Divino-Filho JC, et al. Inflammation, malnutrition, and cardiac disease as predictors of mortality in hemodialysis patients. J Am Soc Nephrol 2002; 13 (Suppl. 1): S28-36.

52

55. Qb e Qd possono o devono lavorare insieme?

F. Pelliccia

Nursing Care Coordinator Region Western Europe
NephroCare Coordination - Fresenius Medical Care, Bad Homburg (Germany)

L'attuale tendenza verso il "green" in dialisi è evidente. Tuttavia, i fornitori di servizi dialitici che vogliono orientarsi al "go green" necessitano di fare di più che semplicemente desiderare di fare la cosa giusta. Fornire un servizio di dialisi "green" richiede un'attenta gestione del consumo delle risorse naturali impiegate. Così come l'intera popolazione del nostro pianeta, il tasso di crescita della popolazione di pazienti in dialisi continua a crescere. Attualmente, il tasso annuale di crescita della popolazione di pazienti in dialisi si assesta presumibilmente al 6%, stimando una futura popolazione di pazienti a 4 milioni entro il 2025. Allo stesso modo, cresce la quantità di risorse naturali consumate con i relativi rifiuti prodotti dai trattamenti dialitici. Come parte integrante della nostra strategia "go green" per il risparmio di risorse, nel Febbraio del 2012 abbiamo iniziato un progetto finalizzato a fornire ai nostri pazienti trattamenti che raggiungessero un adeguato Kt/V anche se utilizzando una ridotta quantità di flusso di dialisato, acqua ed energia.

Tale risparmio può concretizzarsi agevolmente regolando la portata del liquido di dialisi, aumentandolo in modo direttamente proporzionale al flusso ematico effettivo con un rapporto ≤ 1.2 , garantendo, così, pari efficienza del trattamento in tutte le condizioni. Con un semplice calcolo matematico e compatibilmente con le caratteristiche funzionali delle macchine per dialisi utilizzate, tale funzionalità può essere

estesa a tutti i *monitor* per dialisi. Nel corso del progetto, sono stati raccolti dati di importanti parametri di trattamento dal *database* clinico in 17 diverse nazioni europee (Repubblica Ceca, Irlanda, Italia, Portogallo, Russia, Serbia, Svezia, Turchia, Ungheria, Bosnia, Slovenia, Slovacchia, Polonia, Francia, Gran Bretagna, Romania e Spagna) e sono stati analizzati su base mensile come di seguito riportato:

- flusso ematico effettivo
- flusso medio del dialisato
- tempo effettivo di trattamento
- Kt/V tramite l'OCM® (*Online Clearance Monitor*)
- acqua consumata per il trattamento

Per un gran numero di pazienti trattati nelle cliniche arruolate, la prescrizione è stata modificata dal flusso di dialisato *standard* (500 mL/min), o fattore di regolazione del dialisato di 1.5, a un fattore ≤ 1.2 (17.641 pazienti, dai dati di Dicembre 2012). Benché, durante il progetto, il consumo di dialisato fosse significativamente inferiore rispetto ai trattamenti precedenti (risparmio del -9.4%), la dose di dialisi è rimasta invariata e, in alcuni casi, è addirittura migliorata.

I miglioramenti tecnologici delle attuali macchine per dialisi forniscono adeguati strumenti per assicurare il conseguimento di elevati obiettivi di qualità di trattamento, senza, tuttavia, aggiungere costi per la terapia dialitica. Il trattamento emodialitico è la somma di diversi elementi, alcuni dei quali, superficie del filtro di dialisi, flusso del dialisato e durata della sessione del trattamento, hanno un costo, mentre altri, come il flusso ematico, no. Nel nostro progetto, un notevole risparmio nel consumo di acqua è stato possibile cambiando la prescrizione da flusso di dialisato *standard*, o fattore di regolazione di 1.5, a un fattore ≤ 1.2 , potenziando l'effetto di altri componenti aventi influenza sull'efficacia complessiva del trattamento dialitico. Un aumento della qualità complessiva della terapia emodialitica (compresa la riduzione dell'impatto ambientale) non significa necessariamente un aumento dei costi.

53

56. Il sangue è fonte di vita: preservarlo è un dovere!

M.T. Parisotto

Director, Nursing Care Management

NephroCare Coordination – Fresenius Medical Care, Bad Homburg (Germany)

L'uomo ha da sempre avuto un rapporto reverenziale con il sangue, che è considerato la fonte della vita. Nei tempi antichi si riteneva che il sangue avesse addirittura poteri magici.

Il sangue ha un significato sia fisico che simbolico. Se giochiamo con le parole, possiamo parlare di "patto di sangue" che crea un rapporto di fratellanza o di "legame di sangue", come simbolo dell'amore che

unisce i familiari. In qualità di personale infermieristico addetto alla dialisi, ogni giorno entriamo in contatto con litri e litri di sangue da depurare. Per questo, le nostre attività quotidiane rischiano di farci dimenticare quanto il sangue rappresenti un elemento fondamentale nella vita dell'uomo.

Ci siamo mai chiesti quanto sangue perde un paziente in dialisi? La sola seduta dialitica determina una perdita di 300-600 grammi di emoglobina (Hb) all'anno, che è da attribuire al sangue che rimane nelle linee e nei dializzatori (circuiti extracorporeo), se la reinfusione non viene fatta correttamente.

Analizziamo i vari elementi del circuito extracorporeo. Il volume dell'ago fistola è di 2 mL e, se non viene risciacquato al termine della sessione di dialisi, si traduce in 312 mL di sangue all'anno, che equivale al contenuto di una sacca di trasfusione. Le linee, se non vengono completamente risciacquate, possono contenere fino a circa 6 mL di sangue ossia $6 \text{ mL} \times 156 \text{ trattamenti all'anno} = 936 \text{ mL}$ (circa due sacche di trasfusione).

Cosa può fare il personale infermieristico per ridurre al massimo la perdita di sangue?

Non c'è da reinventare la ruota, ma bisogna semplicemente migliorare lo pneumatico, vale a dire eseguire una reinfusione efficiente per ridurre la perdita di sangue del paziente!

Una reinfusione corretta ed efficiente significa che il processo non sarà interrotto fino a quando le linee non saranno completamente pulite e non vi sarà più sangue residuo nel circuito extracorporeo.

Ogni giorno, il personale infermieristico nel nostro *network* esegue oltre 24.000 procedure di sconnessione. E questo ci permette di valutare l'efficacia delle procedure basate su evidenze e non su opinioni. Una reinfusione ben eseguita, oltre a essere una scelta etica fondamentale, rappresenta un modo per ridurre il consumo di agenti stimolanti dell'eritropoiesi, con tutti i rischi correlati. Infatti, la somministrazione di ESA non avrà mai livelli fisiologici e resterà sempre una dose farmacologica. Pertanto, la riduzione del dosaggio di ESA non è solo un'occasione per risparmiare denaro, ma anche un modo per ridurre i suoi possibili effetti collaterali.

Per affrontare i continui aumenti dei costi mantenendo inalterata la qualità delle cure e ottimizzando, di fatto, le attività quotidiane svolte dagli infermieri, nel Febbraio del 2012 il gruppo infermieristico *NephroCare* ha sviluppato un progetto di miglioramento della procedura di reinfusione ematica.

L'implementazione di tale progetto è stata fatta usando un programma di formazione specifico sviluppato in accordo con il *Management Team* di assistenza infermieristica.

Tale implementazione ha portato come risultati l'aumento del volume totale di reinfusione e la contestuale riduzione della somministrazione di ESA, mantenendo inalterati i livelli di emoglobina dei pazienti arruolati.

È fondamentale ricordare di reinfondere al paziente tutto il suo SANGUE, la sua fonte di vita!