



La Fenice

Periodico dell'Associazione Nazionale Trapiantati di Rene - Registro Tribunale di Bologna n° 7884 - ANNO VIII - N°1

Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n° 46) art. 1, comma 2, DCB BO

Direttore responsabile: Andrea Sassoli

Manifesto per un'alleanza terapeutica fra pazienti, medici e infermieri

Abbiamo cullato, da tempo, un'idea ambiziosa pur rendendoci conto come fosse difficile metterla in pratica, ma per noi pazienti, assolutamente necessaria.

Riuscire a stabilire un patto fra pazienti, medici e infermieri che ci portasse ad una migliore qualità della vita e a dare un positivo impulso ai rapporti, non sempre placidi, fra medici ed infermieri. Vogliamo confrontarci su possibilità ed impegni da conseguire avvicinando ulteriormente medici ed infermieri e persone con problemi renali di qualsiasi tipo, nefropatici, dializzati, in lista d'attesa di trapianto e i trapiantati persone che trascorrono molto tempo in ospedale.

Rinnovare un dialogo fatto di conoscenze dirette, di parole comprensibili e continuità di rapporti. Siamo certi che un diretto reciproco confronto potrà rivelarsi molto più proficuo rispetto a molti risultati diagnostici come raccontare la malattia, il malessere che provoca e poter ricevere chiari e comprensibili suggerimenti, quindi un miglior modo di affrontarla. La malattia si fa strada nella nostra vita cambiandola radicalmente nel quotidiano, nel lavoro, nella vita sociale, la nostra famiglia è direttamente e profondamente coinvolta. Lo stile di vita, le prospettive per il futuro ne escono stravolte creando nuove necessità costretti a doversi sottoporre a pesanti terapie e ricoveri. Non siamo più in grado di contare pienamente su noi stessi dovendo delegare ad altri la nostra autonomia e il tempo. Certamente la malattia viene affidata a chi sa prendersene cura, ma questo non è sufficiente in quanto le capacità "tecniche" la gestione dei dati clinici e il corretto utilizzo della strumentazione bio medica non possono bastare ad accompagnare e compensare un diverso cammino quotidiano in rapida salita. Ora sono gli esiti degli esami e delle visite mediche che condizionano i nostri progetti, in particolare gli stati d'animo. Una sfida che la vita ci pone davanti coinvolgendo le persone care condizionate esse stesse interamente ad un nuovo modo di vivere. Perché questa lunga battaglia sia sostenibile, perché la salita non ci lasci senza fiato, è assolutamente necessario



costruire percorsi comuni, sinergie ed alleanze. A corollario delle mie considerazioni vi prego di leggere attentamente la lettera che una signora ha scritto al Resto del Carlino di Bologna.

"Ho trascorso un lungo periodo in ospedale e, dopo esserne uscita, devo dire apertamente che la scienza avrà certamente fatto grandi passi in avanti, ma i rapporti umani, il modo in cui noi pazienti veniamo trattati è peggiorato, anche perché esiste una tale rigidità nei ruoli (chi assiste, chi pulisce, che decide) che noi abbiamo paura a fare anche una semplice domanda."

Il direttore del Resto del Carlino ha indirettamente fatto rispondere al nefrologo prof. Claudio Ronco presentando le sue considerazioni sull'argomento.

"Il concetto di aziendalizzazione riferito alla sanità stride, perché la diagnosi non è un prodotto e il malato non è un cliente. L'aziendalizzazione ha disperso patrimoni di incalcolabile valore quali che siano le relazioni umane al punto che oggi si dovrebbe introdurre il concetto di umanizzazione per regolamento".

Meditate gente, meditate.

Franco Brizzi, presidente nazionale



SOMMARIO

Editoriale	1
Focus	2
Attualità	4
News	6
Focus	8

Emodialisi - L'utilizzo del button-hole

L'esperienza tradotta in studio scientifico del Centro Dialisi Bellaria (Bologna)

Il momento più stressante per il paziente durante la seduta emodialitica è rappresentato dalla venipuntura della FAV, che influenza negativamente la qualità di vita dello stesso.

Eppure un efficace trattamento emodialitico (HD) necessita sia della puntura dell'accesso vascolare che di un accesso vascolare funzionante. Le linee guida internazionali indicano come scelta ottimale per l'accesso vascolare la FAV (NKF-KDOQI 2006; CPG Vascular Access For Haemodialysis - UK Renal Association 2011). Un accesso ideale offre una velocità di flusso adeguata per la dialisi, ha una lunga durata d'uso e ha un basso tasso di complicanze (per esempio: infezioni, stenosi, ischemia/trombosi, aneurisma, etc.).

Degli accessi disponibili, la FAV è quello che più si avvicina a soddisfare questi criteri (NKF-KDOQI 2006). Convenzionalmente il trattamento HD richiede tre sedute a settimana, il che equivale a circa 312 incannulazioni l'anno, salvo complicanze. Esistono principalmente tre tipi di tecniche utilizzate per l'accesso alla FAV. La puntura ad area, dove le diverse inserzioni di aghi si concentrano nella stessa area della FAV; la tecnica a scala di corda, meglio conosciuta come rope-ladder rotation (RLR), dove il sito di puntura cambia ad ogni seduta lungo la FAV come se fosse una corda; infine, la tecnica Button-Hole (BH), detta anche a sito costante, in cui l'ago si inserisce sempre nello stesso punto, in modo da creare un tunnel virtuale attraverso il quale accedere alla FAV. Il processo di maturazione del tunnel è caratterizzato principalmente da due fasi. Nella prima fase viene utilizzato un ago tagliente, finché questo non abbia creato una traccia che costituisca un tunnel cicatriziale (dura poco più di un mese); la seconda fase prevede l'abbandono dell'ago tagliente e l'utilizzo di un ago smusso, utile secondo le opinioni di esperti, per evitare traumatismi del vaso che potrebbero compromettere la FAV e aumentare il numero di complicanze (Twardowski 1995; Pegoraro, 2008; Ball, 2009).

Nel Centro Dialisi dell'Ospedale Bellaria, da circa sette anni è utilizzata esclusivamente la tecnica BH. Dal 2007 alla fine del 2009 è stato utilizzato unicamente l'ago tagliente, per una mancata disponibilità dell'ago smusso. Anche se vi erano dei suggerimenti sulla modalità di utilizzo degli aghi che indicavano di utilizzare prima l'ago tagliente e poi, con la maturazione del tunnel, l'ago smusso, nel centro si è continuato ad utilizzare entrambi gli aghi anche dopo maturazione del tunnel cicatriziale, senza aver riscontrato complicanze nei pazienti.

Infatti in un'indagine conclusa a primavera 2012 riportava una percentuale di mancata incannulazione e sostituzione dell'ago smusso con l'ago tagliente del 41% (probabilmente il dato elevato era legato ad una ancora insufficiente abilità tecnica nell'uso dell'ago smusso). Una successiva indagine rilevava a novembre 2012 una riduzione al 30% (336 su 1116).

In letteratura non esistono studi che abbiano confrontato le complicanze che possono insorgere con l'uso dell'ago tagliente rispetto allo smusso.

Per questo motivo sono stati presi in esame alcuni studi che confrontavano la tecnica tradizionalmente utilizzata RLR e la

tecnica BH.

Le complicanze indicate negli studi includono il dolore, le infezioni del sito di puntura, la presenza di ematoma del sito, la presenza di aneurisma, il sanguinamento -espresso anche in tempo di emostasi necessario-, l'ansia e la paura che derivano dalla puntura della FAV, la mancata incannulazione, un flusso insufficiente ad eseguire una emodialisi o l'impossibilità ad avanzare con l'ago, ma, non si rilevano altre indicazioni sulle mancate incannulazioni con sostituzione dell'ago smusso con ago tagliente.

Negli attuali protocolli viene raccomandato l'uso dell'ago smusso per accedere alla FAV tramite buttonhole. Nei casi di insuccesso viene consigliato di utilizzare un altro accesso lontano da questo buttonhole. È tuttavia presente e consolidato il consenso tra gli esperti che suggeriscono di utilizzare, dopo maturazione del BH, solo l'ago smusso. (Twardowski, 1979; Ball, 2006; Pegoraro, 2008)

Per i suddetti motivi, nel 2013 un gruppo di infermieri, del Centro Dialisi Bellaria, responsabili del monitoraggio della fistola artero-venosa, hanno deciso di intraprendere uno studio scientifico (Studio in aperto randomizzato, controllato con controllo attivo, crossover e monocentrico in pazienti in trattamento emodialitico con BH.) che dimostrasse che in caso di insuccesso con l'ago smusso è possibile utilizzare l'ago tagliente nello stesso sito senza determinare complicanze.

Come obiettivo primario ci si è proposti di misurare l'incidenza degli insuccessi dell'incannulamento della FAV tramite BH con ago smusso rispetto all'ago tagliente.

Gli obiettivi secondari consistono nel confrontare nei due gruppi il dolore al momento dell'inserzione e durante la dialisi in caso di eventi acuti, misurare l'incidenza delle infezioni del sito e di ematomi con valutazione dell'infiltrato ed edema che impedisca o meno l'utilizzo dell'accesso, il sanguinamento dopo la rimozione degli aghi e l'incidenza della perdita di sangue attorno all'ago durante la seduta. Inoltre si è voluto raccogliere le preferenze del paziente rispetto all'uso dei due aghi e misurare la variabilità delle dimensioni dell'ago.

Metodologia e Risultati

Il reclutamento dei partecipanti è avvenuto al momento della raccolta del consenso allo studio (dal 18 al 28/11/2013). Dei 60 soggetti eleggibili, hanno aderito allo studio in 35.

La raccolta dei dati è iniziata il 26 novembre 2013 ed è terminata il 19 dicembre 2013.

Per quanto riguarda l'accesso venoso, sono stati analizzati in totale 335 accessi. Di questi, 169 sono stati randomizzati per l'ago smusso, mentre per l'ago tagliente sono stati 166.

Dei 169 accessi previsti con ago smusso, 12 hanno utilizzato l'ago tagliente per la mancata incannulazione dovuta a: dolore nell'inserimento dell'ago smusso in vena, rifiuto del paziente all'utilizzo dell'ago smusso, effetto trampolino, mancato reperimento del vaso.

Dei 166 accessi previsti con ago tagliente, 4 hanno utilizzato l'ago smusso per rifiuto del paziente all'utilizzo dell'ago tagliente o per dolore da incannulamento.

Per quanto riguarda l'accesso arterioso, sono stati analizzati in totale 335 accessi. Di questi, 169 sono stati randomizzati per l'ago smusso, mentre per l'ago tagliente sono stati 166.

Dei 169 accessi

previsti con ago smusso, 2 hanno utilizzato l'ago tagliente per la mancata incannulazione dovuta a rifiuto del paziente all'utilizzo dell'ago smusso.

Dei 166 accessi previsti con ago tagliente, 4 hanno utilizzato l'ago smusso per rifiuto del paziente all'utilizzo dell'ago tagliente o per dolore da incannulamento.

Discussione

In sintesi, lo studio dimostra che vi è un'aumentata incidenza delle mancate incannulazioni con l'uso dell'ago smusso, rispetto all'ago tagliente. Pensiamo che ciò sia dovuto alla maggiore resistenza che l'ago smusso incontra durante la manovra, non avendo la stessa capacità di attraversare il tessuto cicatriziale. Di contro, l'utilizzo dell'ago tagliente non ha evidenziato un aumento delle complicanze.

La tecnica BH, risulta essere ben accettata dai pazienti, come dimostra la preferenza rilevata. Si evidenzia da parte del paziente un beneficio per svariati aspetti: bassa percezione del dolore durante incannulamento, uguale tempo di emostasi per entrambi gli aghi, assenza di aneurismi della FAV dopo l'introduzione della tecnica.

Conclusioni

Sulla base dei risultati si può confermare che l'accesso alla FAV con la tecnica BH, indipendentemente dall'uso dell'ago smusso e dell'ago tagliente, non presenta gravi complicanze. Per la pratica professionale possiamo raccomandare di utilizzare l'ago smusso su BH maturo, ma in caso di insuccesso, non abbandonare quel sito ma ricorrere all'ago tagliente.

I criteri d'inclusione ampi (pazienti adulti ambulatoriali in trattamento emodialitico tramite FAV con BH, che abbiano firmato il consenso) permettono di affermare che i risultati raggiunti attraverso questo studio, possono essere facilmente generalizzabili alla popolazione di soggetti che si sottopongono ad emodialisi.

Hanno partecipato alla stesura dello studio: Tiziana Aliberti, Claudio Morselli, Silvia Catalani, Ignazia Miale, Melandri Vanessa, Guglielmo Celli (studente Laura Magistrale) e Paolo Chiari (Ricercatore Azienda Ospedaliera di Bologna), mentre alla raccolta dati hanno partecipato tutti gli infermieri del Centro Dialisi Bellaria.



TIZIANA ALIBERTI

*Dott.ssa Tiziana Aliberti
Dott. Scienze Infermieristiche ed Ostetriche
CAD Ospedale Bellaria*

Una sanità al passo con i tempi

L'evoluzione delle competenze professionali degli infermieri



Giannantonio Barbieri

Da qualche tempo, e per essere più precisi da alcuni anni, il mondo delle professioni sanitarie è attraversato da una sorta di vento innovatore che a molti piace e a molti – forse i più tradizionalisti e conservatori - piace meno.

Il “campo di battaglia” in cui imperversa il vento è l'evoluzione delle competenze professionali degli infermieri, la cui professione è stata per molti anni ristretta, circoscritta e anche penalizzata professionalmente per il fatto di essere nata come professione sanitaria “ausiliaria”, ossia in qualche modo come pressoché esclusiva attività di supporto all'attività del medico.

Dal lontano 1999 la professione infermieristica non è più una professione sanitaria ausiliaria ma piuttosto una professione sanitaria a tutto tondo, con un suo specifico professionale ben individuato e con un proprio campo di responsabilità.

Se è vero che negli Stati Uniti e in Canada il dibattito sulla cosiddetta pratica infermieristica avanzata ha preso le mosse nel 1960, il nostro Paese da pochi anni vede la professione infermieristica impegnata ad affrontare il tema, appunto, delle competenze avanzate e specialistiche.

Nello stesso momento, tuttavia, ha ripreso con ulteriore vigore il dibattito, supportato anche da un progetto di legge che mira alla definizione del cosiddetto “atto medico”, circa una del tutto improbabile invasione di campo da parte della professione infermieristica rispetto a quella medica.

Insomma, grandi fermenti in ambito professionale-sanitario, importanti dibattiti circa gli ambiti e i confini della professione medica e della professione infermieristica, stoccate di fioretto che rischiano tuttavia di far sì che “il paziente”, ossia l'interlocutore privilegiato delle professioni sanitarie, si trovi sempre più sullo sfondo di questo dibattito e assista, impotente, dalla riva del lago alla battaglia navale che si svolge nello specchio d'acqua.

Tante le dichiarazioni riportate dalla stampa specialistica e di settore sul tema, e altrettante le affermazioni riportate dai vari esponenti delle categorie professionali interessate. Ad esempio, il medico soffrirebbe di una sorta di “sindrome d'accerchiamento”, ossia sente su di sé la pressione esercitata dagli infermieri invasori di campo. Me lo si conceda, ma questo non è affatto condivisibile. O meglio, il medico deve sentirsi in qualche modo accerchiato, ma piuttosto dalle persone malate

che attendono risposte in campo sanitario e che, purtroppo, non sempre giungono con tempi in linea con la risposta di cui il paziente necessita.

Ma la storia, o in questo caso dovremmo dire la filosofia, non sempre – purtroppo - è considerata maestra di vita; il filosofo inglese John Locke, nel lontano XVII secolo sosteneva che “le nuove opinioni sono sempre sospette e di solito incontrano opposizioni per nessun altro motivo se non perché non sono ancora comuni”.

Allora il medico faccia il medico e l'infermiere faccia l'infermiere, e faccia ciò, usando le parole della senatrice Annalisa Silvestro, sapendo adeguarsi all'evoluzione generale dei saperi, dei bisogni, dei sistemi organizzativi e soprattutto alle necessità e alle aspettative dei cittadini. Cittadini che, si ribadisce, nel momento in cui si trasformano in malati, o pazienti sempre meno tali e sempre di più “esigenti”, rischiano di assistere impotenti e sullo sfondo, alla “guerra delle competenze” che, se da una parte è legittima per una professione, come quella infermieristica che al suo interno ha gli strumenti e le competenze per uno sviluppo e per una crescita professionale, dall'altra, ossia dal punto di vista medico, pare più una battaglia per proteggere prerogative oggi indifendibili. Il cittadino ha bisogno tanto del medico quanto dell'infermiere, come certamente delle altre professioni che si occupano dei percorsi di salute e di malattia; il cittadino ha bisogno della miglior diagnosi possibile, delle cure migliori possibili e della miglior assistenza praticabile, e ciò deve provenire da professionisti preparati, competenti e aggiornati.

Il rischio che il cittadino-malato si senta “solo” è reale e concreto; concetti quali “rispetto dell'autonomia del paziente”, “relazione sanitario-paziente”, “alleanza terapeutica” e tanto altro potrebbero divenire involucri privi di contenuto e far sì che si abbiano “curanti” con una grande capacità di comprendere la malattia e minor capacità, ad esempio, a comprendere l'atteggiamento del paziente nei confronti della malattia e anche difficoltà a saper rispondere ai bisogni che insorgono nel malato come conseguenza della malattia e che possono riguardare non solamente l'aspetto fisiologico ma anche l'aspetto psicologico e sociale del vivere quotidiano e che certamente incidono sull'autonomia della persona malata. Proseguo, dunque, il dialogo sereno sugli ambiti di professionalità e di responsabilità ma senza dimenticare che la prima responsabilità, intesa soprattutto come capacità e doverosità nel fornire risposte, è nei confronti dei cittadini malati.

Dott. Giannantonio Barbieri
Avvocato - Esperto in Diritto sanitario e Bioetica

Un bicchiere alla salute del rene



E' partita in occasione del congresso nazionale dell'Associazione ANTR la campagna digital “Un bicchiere alla salute del rene”; SS&C ha realizzato un primo filmato per mostrare come sia importante creare una cultura che avvicini il paziente - pur sempre il punto debole della catena - al mondo dei medici e degli infermieri, in particolare quando il paziente ha urgente bisogno di assistenza e si trova in una condizione di necessità. E crediamo sia purtroppo successo a tutti, chi più chi meno.

ANTR ha lanciato il “Patto di Alleanza” tra pazienti, medici e infermieri, affiancando al momento congressuale un'attività di crowdfunding, attraverso una piattaforma - la bolognese Ginger - che propone ad un pubblico sensibile il nostro progetto con lo scopo di raccogliere fondi tramite la rete.

A poche settimane dal lancio, l'obiettivo è stato raggiunto e ampiamente superato tanto che l'Associazione sta già programmando un rilancio.

SS&C

Abbiamo bisogno di te per realizzare un progetto che riduca la distanza tra medici, infermieri e persone che hanno subito un trapianto di reni o che hanno problemi renali e sono spesso costrette a lunghe degenze in ospedale.

Vogliamo promuovere un Patto di Alleanza che impegni tutti a prendersi il giusto tempo per accogliere, ascoltare e far avvicinare chi cura a chi viene curato.

Aiutaci ad azzerare le distanze. Avvicinati ad ANTR.

19 aprile 2015

Un patto di Alleanza Terapeutica

Prima Tavola Rotonda fra medici, infermieri e pazienti dedicata all'impegno di prendere il giusto tempo per l'accoglienza, l'ascolto e per avvicinare chi cura a chi viene curato.

Da tempo avevamo a cuore un'idea, un progetto ambizioso, ma a noi molto caro per un Patto di Alleanza terapeutica. Abbiamo aperto il dialogo sulla possibilità e l'impegno di avvicinare fra loro medici infermieri e persone che hanno ricevuto un trapianto di rene o che hanno malattie renali. Abbiamo avuto un primo confronto sulle possibilità di rinnovare un dialogo fatto di conoscenza diretta, di parole comprensibili, di reciproco ascolto e di continuità di rapporti.

Quando la malattia renale si fa strada nella nostra vita, il quotidiano, il lavoro, la vita sociale cambiano radicalmente e anche la nostra famiglia è direttamente coinvolta.

Cambiano l'orizzonte e le prospettive per il futuro, cambia lo stile di vita e si creano nuove necessità come doversi sottoporre a importanti terapie o ricoveri.

Siamo costretti ad affidarci a medici e infermieri specializzati. Le loro capacità e competenze mediche non sempre sono

sufficienti ad accompagnare il paziente nel nuovo percorso, spesso in rapida salita.

Sono infatti gli esiti di esami e visite mediche a condizionare i nostri progetti e, soprattutto, i nostri stati d'animo.

Perché questa lunga battaglia sia possibile e sostenibile, perché la salita non ci lasci senza fiato è necessario costruire percorsi comuni, sinergie e alleanze.

Il Patto di Alleanza che sosteniamo propone:

Ai **medici** di valutare la possibilità di impegnarsi a:

“ascoltare i pazienti con i loro dubbi e le loro paure e a darsi più tempo con pazienti e infermieri per instaurare un dialogo chiaro e sincero fatto di conoscenza diretta, parole comprensibili e continuità”

Agli **infermieri** di valutare la possibilità di impegnarsi a:

“accogliere e prendersi cura dei pazienti instaurando un rapporto autentico con loro, le loro famiglie e tutti i professionisti coinvolti nella realizzazione del progetto terapeutico”

Noi **pazienti** e le nostre famiglie vogliamo impegnarci a:

“aderire al progetto terapeutico condividendo la responsabilità della nostra salute con medici e infermieri e ad accrescere la nostra capacità di controllo e gestione delle terapie prescritte e dello stile di vita concordato”



“La stretta di mano tra Roberta (trapiantata), Giorgia (medico) e Cinzia (infermiera) simboleggia:

1. l'amicizia che ci lega e che ci ha permesso di essere qui;
2. La volontà di rafforzare le relazioni e approfondire il dialogo;
3. Il desiderio di conoscerci meglio e unire i nostri sforzi;
4. Lo sforzo di garantire il rispetto e i diritti di ciascuno.

*Se fissiamo questa immagine nei nostri occhi, nella nostra memoria e nei nostri cuori sarà certamente la strada per il successo per un vero e dilagante **Patto di Alleanza.**”*



ALLEANZA TERAPEUTICA

Prima Tavola Rotonda fra medici, infermieri e pazienti dedicata all'impegno di prendere il giusto tempo per l'accoglienza, l'ascolto e per avvicinare chi cura a chi viene curato.

In collaborazione con:



POLICLINICO DI
SANT'ORSOLA



PROGRAMMA

Ore 10.15: Saluti della autorità

Ore 10.30: Tavola Rotonda

F. Brizzi - ANTR, Presidente: **Manifesto sul Patto di Alleanza**

G. La Manna - Direttore U.O. Nefrologia, Dialisi e Trapianto, Policlinico S.Orsola: **Esiste ancora la possibilità di essere uno dei grandi maestri della medicina, uno di quelli con cui siamo cresciuti?**

M. G. Bedetti - Presidente Collegio IPASVI della Provincia di Bologna: **Cittadini e Infermieri**

M. Pegoraro - Infermiera e Presidente Associazione Infermieri di dialisi e trapianto "Filiale Italiana EDTNA/ERCA": **Competenze dell'infermieristica nefrologica, nell'area trapianto**

R. Zioni - ANTR, Trapiantata: **Dal mio vissuto: ciò che non vorrei e ciò che auspico**

M. G. Facchini - Medico Nefrologo U.O. Nefrologia, Dialisi e Ipertensione, Policlinico S.Orsola-Malpighi: **Dall'ambulatorio predialisi all'inizio del trattamento dialitico**

C. Elia - Infermiera emodialisi, Policlinico S.Orsola-Malpighi: **Curare e prendersi cura**

M. Petrucci - ANTR, Trapiantato e F. Lanzoni - ANTR, Consigliere e Infermiere emodialisi, Policlinico S.Orsola-Malpighi: **Provarci insieme: cosa ha cambiato?**

G. Comai - Medico Nefrologo U.O. di Nefrologia, Dialisi e Trapianto, Policlinico S.Orsola: **Trapianto di rene e compliance terapeutica**

A. Barattini - ANTR, Donatrice: **Si può fare**

Ore 12.00: Interventi non programmati

Ore 12.30: Cerimonia del Patto di Alleanza

Ore 13.00: Pranzo

Relatori della Tavola Rotonda



Da sinistra: A. Barattini, R. Zioni, M. Pegoraro, M. G. Bedetti, G. La Manna, M. Ricci, M.G. Facchini, C. Elia F. Lanzoni, M. Petrucci, G. Comai

Sono intervenuti...



Dr. Anselmo Campagna, Direttore Sanitario Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna



Dr.ssa Valentina Castaldini, Consigliere comunale a Bologna.



Dr. Giuseppe Paruolo, Consigliere Regione Emilia-Romagna.



Dr.ssa Elena Mancini, Direttore U.O. Nefrologia e Dialisi Ospedale Malpighi, Bologna



Prof. Gerardo Martinelli, Ex-Direttore (in pensione) U.O. Rianimazione Policlinico Sant'Orsola-Malpighi



Prof. Stefano Faenza, Direttore U.O. Rianimazione Policlinico Sant'Orsola-Malpighi



Dr. Giorgio Feliciangeli, Responsabile per lo sviluppo dei trapianti in Italia del Centro Nazionale Trapianti



Prof. Alessandro Faenza, Ex Direttore (in pensione) dell'U.O. di Chirurgia dei Trapianti di Rene Policlinico Sant'Orsola-Malpighi

Il pubblico nella splendida cornice di Palazzo Albergati



La regia



Dr.ssa Giulietta Magagnoli (consigliere ANTR), Dr. Luca Brugiolo, Dr. Luca Spadoni



Da sinistra: Giuseppe Iacovelli (presidente ANTR sezione di Latina) e Franco Brizzi (Presidente ANTR)



Da sinistra: Cesira Borghi (presidente ANTF), Franco Brizzi, Luisa Sternfeld Pavia (presidente AIRP)



Da sinistra: Roberta Zioni, Giuseppe Iacovelli, M. Pegoraro, Prof. Francesco Pisani, Maria Grazia Bedetti, Franco Brizzi



Con il taglio della torta si chiude il pranzo della giornata che ha visto nascere il Patto di Alleanza fra medici, infermieri e pazienti.

Bioimpedenziometro donato al Centro Dialisi di Bentivoglio in memoria di Davide Sgargi

La cerimonia si è svolta domenica 10 maggio al Centro Dialisi dell'ospedale di Pianura Est.



Il Bioimpedenziometro è uno strumento che permette di valutare lo stato di idratazione e lo stato nutrizionale del paziente in dialisi in pochi secondi. Ciò permette di prevenire

o controllare le complicanze durante o a fine seduta dialitica, come la comparsa di crampi o episodi di ipotensione, e, quindi, è importante per svolgere un adeguato trattamento dialitico.

Il nuovo dispositivo elettromedicale è stato donato al Centro Dialisi di Bentivoglio da un gruppo di amici di Davide Sgargi, un paziente recentemente scomparso.

"Abbiamo voluto, con tutte le nostre forze, trasformare il dolore per la perdita di un amico in qualcosa di costruttivo in suo ricordo, per i pazienti del suo Centro Dialisi e, nonostante gli ostacoli incontrati, fargli questo regalo" sono state le

parole degli amici di Davide alla Cerimonia che si è svolta ieri mattina alle 10 al Centro Dialisi di Bentivoglio.

Presenti alla cerimonia gli operatori del Centro. Con loro, Vincenzo Carnuccio, responsabile degli ospedali di Bentivoglio e Budrio, e Gaetano La Manna, Direttore della Scuola di Specializzazione in Nefrologia dell'Università di Bologna.

Il Centro Dialisi di Bentivoglio, inserito nella rete di dialisi dell'Azienda Usl e della Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, che conta 12 centri diffusi in tutto il territorio metropolitano e serve circa 600 pazienti, dispone di 12 posti letto, ed è in grado di accogliere 48 pazienti per settimana.

Trapianti, neonata di 6 giorni dona reni e cellule del fegato¹

In Inghilterra un intervento pietra miliare della neonatologia. Un gruppo di medici ha eseguito un trapianto d'organi donati da una neonata.

La donazione ha permesso di utilizzare i suoi reni ed alcune cellule del fegato per salvare la vita a due pazienti affetti rispettivamente da insufficienza renale e epatica. Va ricordato che gli organi di un neonato sono lunghi non più di 5 centimetri.

Consenso alla donazione di organi sulla carta d'identità.²



Iniziano ad aumentare progressivamente i comuni che si attrezzano per fornire questo importantissimo servizio. All'emissione o al momento del rinnovo, rispondendo alla domanda posta dal funzionario comunale, una persona sarà automaticamente registrata secondo quanto avrà deciso sia in senso positivo che negativo. Solo su espressa richiesta del cittadino il dato può essere anche riportato sul documento di identificazione. Va ricordato che nel corso della sua vita un cittadino può cambiare la sua opinione e dichiararla in comune.

Staminali contro malattie renali o del fegato³

Una iniezione di staminali potrà evitare la dialisi, il trapianto di fegato o le iniezioni di insulina? L'impiego delle cosiddette "cellule Jolly" contro le malattie di rene e fegato, contro il diabete e le patologie vascolari è la nuova frontiera della medicina rigenerativa, che punta a sostituire i tessuti danneggiati con "pezzi di ricambio" nuovi e funzionali. Delle premesse emerse dalle sperimentazioni in corso hanno discusso gli esperti internazionali riuniti a Torino per il meeting "Frontiers in Regenerative Medicine", confronto su un progetto di ricerca nato nel 2003 dalla collaborazione fra l'Università degli Studi di Torino e Fresenius Medical Care con l'obiettivo di produrre staminali ad hoc per la terapia dell'insufficienza renale ed epatica. I risultati raggiunti in questi anni dimostrano come sia possibile curare patologie acute del rene e del fegato impedendone la cronicizzazione. Tuttavia è assolutamente indispensabile che venga sviluppato un rigoroso contesto scientifico per evitare strumentalizzazioni e facili illusioni. In Italia si contano ormai più di 50.000 pazienti in dialisi, in considerevole aumento, mentre i trapianti di rene sono circa 1500 l'anno su una lista d'attesa di 6500-7000 pazienti. L'insufficienza renale colpisce circa il 10% della popolazione italiana, quindi 5/6 milioni di persone.

Donare un rene: nessun problema per una futura gravidanza⁴

I ricercatori dell'Istituto per le Scienze Cliniche della Western University of Ontario (Canada) hanno cercato di determinare se la donazione di rene da vivente possa avere effetti sulla gravidanza. Lo studio in particolare ha voluto indagare se l'incidenza di ipertensione gestazionale o gestosi - caratterizzata da segni clinici quali edema, proteinuria o ipertensione - rappresenti una condizione patologica che possa portare a gravi complicazioni per la madre e il bambino. I ricercatori hanno sottolineato, a livello probabilistico, che le donatrici di rene avevano più possibilità di sviluppare ipertensione gestazionale o gestosi rispetto alle non donatrici. Nella realtà non sono state osservate altre differenze fra i due gruppi: la maggior parte delle donne che aveva donato un rene ha avuto gravidanze senza complicazioni.

Apparecchiature per dialisi peritoneale⁵

E' uscito recentemente "CA. R. PE. DI. EM." (Cardiorenal, Pediatric, Dialysis, Emergency, Machine), un libro scritto dal nefrologo vicentino, Dr. Claudio Ronco, nel quale racconta il suo percorso professionale che nel 2013 lo ha portato a perfezionare, con la collaborazione del suo staff multidisciplinare, un'avveniristica apparecchiatura per dialisi peritoneale che ha permesso di curare fino ad ora 30 bambini affetti da insufficienza renale.

Trapianti di rene da donatore anziano deceduto⁶

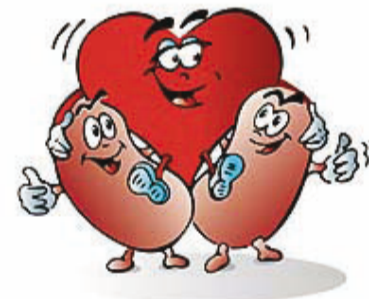
Da uno studio del dr. John Gill della University British Columbia (Stati Uniti) e della dr.ssa Elke Schaeffner della Charity University Medicine di Berlino risulterebbe che, per i pazienti più anziani affetti da insufficienza renale cronica, un rene proveniente da un donatore coetaneo deceduto potrebbe rappresentare una buona soluzione. I reni provenienti da persone anziane non hanno una longevità sufficiente a garantire una funzione renale prolungata ai pazienti più giovani con davanti una vita presumibilmente lunga, ma possono servire nei riceventi con più breve aspettativa di vita. Questo risultato potrebbe, almeno in parte, modificare le attuali politiche di allocazione dei trapianti non eliminando di principio organi di possibili donatori anziani. Anche con questo metodo si possono ridurre, almeno in parte, le lunghe liste d'attesa dovute all'insufficienza di organi disponibili.



- 1 - Blog Scienza e Salute
- 2 - Ansa
- 3 - Quotidiano sanità
- 4 - News dalla Letteratura
- 5 - Istituto Internazionale di ricerca renale di Vicenza
- 6 - italiasalute.it
- 7 - Agenzia AGI
- 8 - Pharmastar

Scoperta la proteina che protegge il cuore dei malati renali⁷

La carenza di una proteina, chiamata Klotho, che viene prodotta dai reni aumenta il rischio di sviluppare malattie cardiache in chi è già affetto da malattia renale. Questo il risultato di uno studio condotto sui topi da un gruppo di ricercatori della University of Texas Southwestern Medical Center. I risultati sono stati pubblicati sul Journal of the American Society of Nephrology. Se le conclusioni fossero confermate, negli esseri umani una terapia sostitutiva di Klotho potrebbe proteggere la salute dei pazienti con scarsa funzionalità renale. Le malattie cardiache sono la principale causa di morte nei pazienti con malattia renale cronica. I ricercatori hanno osservato come una diminuzione dei livelli circolanti di Klotho potrebbe spiegare l'origine della cardiomiopatia uremica, ovvero l'ipertrofia cardiaca associata all'insufficienza renale. L'ipertrofia cardiaca si verifica nel 95% dei pazienti con insufficienza renale cronica aumentando il rischio di morte vascolare.



Diabete: ZS-9 efficace contro l'iperkaliemia nei pazienti nefropatici⁸

Si tratta di uno scambiatore cationico sperimentale progettato per intrappolare il potassio nell'intestino e si è dimostrato efficace e rapido nel riportare e mantenere alla normokaliemia pazienti diabetici con insufficienza renale grave e iperkaliemici. Il dato arriva da un'analisi sui sottogruppi di uno studio multicentrico di fase III randomizzato e controllato con placebo, presentato di recente alla Kidney Week di Philadelphia. Il trattamento ha dimostrato di offrire benefici clinicamente e statisticamente significativi su un campione di 753 pazienti con iperkaliemia e diabete sottostante, insufficienza cardiaca o malattia renale cronica. L'iperkaliemia è una complicanza comune e grave nei pazienti diabetici con nefropatia cronica. In questo momento sono in corso studi sul trattamento a lungo termine con questo agente.

La vaccinazione nei soggetti a rischio: aggiornamenti 2015

Strategie e collaborazioni per il paziente nefropatico



Roberta Toschi

Il 19 aprile 2015 l'ANTR ha organizzato all'interno del Convegno Nazionale una tavola rotonda sul tema "Alleanza Terapeutica", invitando a dare un contributo, oltre ai pazienti, anche a medici e infermieri.

Inoltre si è colta l'occasione di questa iniziativa per accendere una volta di più i riflettori anche sulla vaccinazione antinfluenzale stagionale, e sulla pratica vaccinale in generale.

Come ormai di consuetudine, nell'autunno 2014/2015, i pazienti assistiti nei Centri Dialisi dell'AUSL e dell'AOSP di Bologna sono stati informati e motivati ad aderire alla campagna vaccinale antinfluenzale e antipneumococcica; operando in stretta collaborazione con il Servizio di Sanità Pubblica si è provveduto ad effettuare un intervento misto, per cui in alcuni casi le vaccinazioni sono state effettuate direttamente nei Centri Dialisi o, in alternativa, sono stati inviati i pazienti presso gli ambulatori vaccinali, presenti sul territorio.

La strategia mista messa in campo, focalizzata sugli aspetti informativi e con un'offerta di accesso alla pratica vaccinale differenziata: al centro dialisi, dal medico curante ed al Servizio di Sanità Pubblica, ha fatto in modo che venissero rispettate al massimo le esigenze delle persone interessate, con la ricaduta che oltre il 90% dei pazienti afferenti ai Centri Dialisi AUSL ha aderito alla campagna vaccinale.

Il presidio della pratica vaccinale stagionale nei pazienti in trattamento emodialitico è dunque una priorità assistenziale che si rinnova di anno in anno e, dalla prossima stagione, verrà sicuramente estesa alle persone affette da insufficienza renale cronica progressiva, in carico agli ambulatori del Percorso Uremia (AUSL Bologna) e Predialisi (AOSP Bologna).

*Dott.ssa Roberta Toschi
Resp. ArOA Centri Dialisi*

Coordinatore UA Dialisi Area Città Ovest Bologna

COME PUOI AIUTARCI

ANTR da dieci anni sostiene chi soffre di nefropatie, i dializzati e i trapiantati aiutandoli ad ottenere un'assistenza qualificata all'interno delle strutture ospedaliere. I volontari ANTR si impegnano sul campo per migliorare i diritti costituzionali dei malati e per diffondere la cultura della prevenzione delle patologie legate all'insufficienza renale cronica. Scegli anche tu di sostenere le iniziative ANTR:

DONAZIONE LIBERALE:

IBAN: IT2710335901600100000101524
BANCA PROSSIMA per le IMPRESE SOCIALI e le COMUNITA'
C/C POSTALE: 59531418

5x1000:

Tutti possono aiutarci gratuitamente apponendo la propria firma nell'apposito riquadro inserito nel modulo per la dichiarazione dei redditi IRPEF, riservato alle associazioni Onlus / Non-profit, indicando il nostro numero di
CODICE FISCALE: 91243070371

An advertisement featuring a man in a light blue shirt looking upwards in a bathroom. A white box with bold text is overlaid on the image. In the top right corner, there is a small logo for the Italian Republic (Repubblica Italiana) and a text box that reads 'Con il Patrocinio di'.

**FATTO IL
TAGLIANDO
AI RENI?**

Un esame delle urine una volta l'anno verifica l'efficienza dei tuoi reni. Lo chiedi al tuo medico, fai tutti i controlli e sei sereno.



A.N.T.R. ASSOCIAZIONE NAZIONALE TRAPIANTATI RENE ONLUS

c/o Nefrologia Dialisi e Trapianto, Policlinico S.Orsola-Malpighi pad.15 • Via Massarenti, 9 • 40138 Bologna
www.antr.it • info@antr.it • Tel. 338 6363954

Donazioni 5xmille C.F. 91243070371 • Donazioni e contributi C/C postale 59531418 • IBAN IT2710335901600100000101524

Presidente Onorario: Prof. Alessandro Faenza