

Valutazione psicologica del paziente in trattamento dialitico cronico: comparazione tra tecniche sostitutive domiciliari e ospedaliere

Articoli originali

Francesca Manari¹, Lorenzo Di Liberato², Mario Bonomini¹

1 Dipartimento di Medicina e Scienze dell'Invecchiamento, Università degli Studi G. D'Annunzio di Chieti-Pescara, UOC Clinica Nefrologica, P.O. SS. Annunziata, Chieti, Italia
2 UOSD Dialisi, P.O. SS. Annunziata, Chieti, Italia



Francesca Manari

Corrispondenza a:

Francesca Manari
Dipartimento di Medicina e Scienze dell'Invecchiamento
Università degli Studi G. D'Annunzio
Via dei Vestini, 66100 Chieti
Tel. 3208861478
E-mail: <mailto:francesca.manari@unich.it>

ABSTRACT

Il lavoro dello psicologo presente all'interno della Clinica Nefrologica e Dialisi dell'Ospedale SS. Annunziata di Chieti inizia sin dalle prime fasi della scoperta della malattia renale cronica, prosegue nella fase pre-dialitica e nell'avviamento alla terapia renale sostitutiva. L'intervento psicologico ha lo scopo di fornire supporto psicologico ai pazienti che si trovino ad affrontare una malattia organica cronica e ai loro caregiver, nonché di realizzare interventi di rilevazione di bisogni e sostegno al personale sanitario costantemente esposto a pazienti cronici.

Il vissuto percettivo ed emotivo nei confronti della dialisi sembra differenziarsi in base alle molteplici tipologie di terapia: emodialitica ospedaliera e domiciliare, e peritoneale. I differenti vissuti emotivi e percettivi sembrano delinearsi a partire dalla fase di preparazione alla dialisi e sembrano influenzare il processo di accettazione ed adattamento alla malattia e alla terapia.

PAROLE CHIAVE: psicologia, nefrologia, dialisi, intervento psicologico, pre-dialisi

Introduzione

La possibilità, nel campo delle nuove terapie, di migliorare la prognosi e prolungare la sopravvivenza dei pazienti sembra aumentare l'incidenza delle malattie croniche. Esse sottolineano i bisogni assistenziali dei pazienti, dei familiari coinvolti nella gestione delle cure e del personale sanitario. Le nefropatie rappresentano una delle principali malattie croniche in cui si evidenzia un forte impatto sociale, da ricondurre all'elevato numero di pazienti che ne soffre e alla progressione della malattia fino alla dialisi [1].

La malattia renale cronica (chronic kidney disease, CKD) e il conseguente trattamento dialitico comportano significative ripercussioni psicologiche sul paziente, sui familiari e sul personale sanitario di riferimento [2].

Gli aspetti psicologici derivanti dalla condizione di cronicità della malattia renale pongono l'esigenza di inserire la figura dello psicologo all'interno dell'equipe curante dell'Unità Operativa di Nefrologia e Dialisi. Il fine è quello di garantire la possibilità di un supporto specifico e professionale al paziente nelle diverse fasi che caratterizzano la malattia, ai familiari e al personale sanitario [3].

Il lavoro clinico condotto dal 2018 ad oggi presso l'Unità Operativa di Nefrologia e Dialisi dell'Ospedale Clinicizzato SS. Annunziata di Chieti ha come obiettivo quello di porre le basi per creare un modello di cura integrato in cui rientri la dimensione medica, ma anche emotivo-affettiva, cognitiva e sociale del paziente con CKD e quindi del relativo contesto di cura.

Questa collaborazione tra nefrologia e psicologia mira alla creazione di uno spazio per aiutare il malato cronico nel processo di accettazione dei limiti derivanti dalla malattia, rispetto al precedente stile di vita [4].

La presa in carico globale del paziente consente di occuparsi degli aspetti psicologico-relazionali e dei comportamenti collegati al trattamento dialitico cronico, componente essenziale nel favorire livelli di adattamento avanzati e nel mantenimento di una buona compliance [1,3].

Progetto di ricerca

Sulla base delle considerazioni esposte è stato sviluppato il progetto di ricerca "Analisi psicologica nel paziente nefropatico cronico" presso l'Unità Operativa di Nefrologia e Dialisi dell'Ospedale Clinicizzato SS. Annunziata di Chieti. Specifico oggetto di studio la valutazione psicologica del paziente in trattamento dialitico cronico, con comparazione tra tecniche sostitutive domiciliari e ospedaliere.

Il lavoro dello psicologo inizia sin dalle prime fasi della CKD, proseguendo nella fase pre-dialitica e nell'avviamento alla terapia renale sostitutiva. La presenza dello psicologo accanto al nefrologo consente al paziente di individuare un punto di riferimento emotivo costante che può essere preso in considerazione a prescindere dalla scelta della metodica dialitica. Lo psicologo, infatti, affianca e accompagna il paziente in dialisi peritoneale, il paziente in emodialisi domiciliare e ospedaliera. Si occupa della preparazione psicologica al trapianto e dell'elaborazione del post trapianto e di supportare i pazienti in regime di ricovero con particolari difficoltà psicologiche in riferimento alla scoperta della malattia. L'obiettivo principale, perseguito in stretta collaborazione con il personale medico, è quello di fornire supporto psicologico ai pazienti che si trovino ad affrontare una malattia organica cronica e ai loro caregiver, nonché di realizzare interventi di rilevazione di bisogni e supporto al personale sanitario costantemente esposto a pazienti cronici [3].

Attività clinica

L'attività clinica psicologica si è concentrata sulle diverse fasi nel percorso della malattia del paziente nefropatico: dalla scoperta della patologia, alla preparazione della dialisi, la dialisi, il pre- e post-trapianto.

Pre-dialisi

Nel momento in cui si assiste ad un peggioramento della malattia renale e si accerta l'irreversibilità della CKD negli stadi 4-5 il paziente viene inserito nell'ambulatorio di pre-dialisi, come previsto dal Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gestione integrata della CKD. In questa fase viene comunicata al paziente e ai familiari la necessità di programmare un trattamento sostitutivo della funzione renale. Il programma informativo, educativo e supportivo consente di accompagnare il paziente e favorire quindi il processo di adattamento psicologico ed emotivo alla malattia. Il tipo di lavoro condotto prevede l'affiancamento dello psicologo al nefrologo durante la fase pre-dialitica all'interno dell'attività clinica ambulatoriale. Ciò favorisce da parte del paziente il riconoscimento dello psicologo sin dall'inizio come figura di riferimento nel caso di difficoltà legate alla gestione e all'accettazione della malattia e della terapia dialitica. Così facendo è possibile individuare e contenere eventuali reazioni di rifiuto e accogliere reazioni emotive particolarmente intense al momento della comunicazione dell'inizio della dialisi, aprendo l'ascolto del paziente non solo ad aspetti medici ma anche alle aspettative e motivazioni legate alla metodica scelta [3]. Il percorso di accompagnamento psicologico diventa un supporto costantemente presente e ricercato dai pazienti [5,6].

Il paziente viene in seguito informato riguardo le possibili metodiche sostitutive della funzione renale, dialitiche ospedaliere o domiciliari, e il trapianto renale da vivente pre-emptive. Segue un periodo di riflessione ed elaborazione delle immagini acquisite, in cui l'intervento psicologico risulta fondamentale nell'accettazione dei cambiamenti e nell'adattamento, attraverso una serie di colloqui rivolti individualmente al paziente o in presenza dei familiari. Questo approccio consente una buona aderenza terapeutica, ingrediente indispensabile affinché il paziente segua le prescrizioni necessarie a migliorare la qualità di vita [7]. Successivamente l'equipe si occupa di verificare le conoscenze acquisite dal paziente e di chiarire eventuali dubbi e paure. La condivisione della scelta è significativa per una buona motivazione e collaborazione del paziente nel percorso terapeutico.

La valutazione psicologica del paziente attivata in questa fase comprende l'esame della personalità, del senso di autoefficacia, del Locus of Control, e delle strategie di coping e meccanismi di difesa messi in atto rispetto alla cronicità della malattia. In base alla valutazione emersa, caratterizzata da colloqui e somministrazione di test, si procede nel definire il tipo di intervento, i tempi e le modalità di un percorso psicologico che, se avviato in una fase preliminare della terapia dialitica, favorisce l'avvio di un processo di adattamento psicologico, condizione sine qua non per il mantenimento del benessere psico-fisico del paziente nella fase successiva. La presenza dello psicologo durante questa fase ha consentito inoltre l'individuazione di situazioni di non aderenza alla terapia e difficoltà nel seguire costantemente le restrizioni dietetiche, rivelando così la necessità di lavorare sui sintomi di negazione alla malattia e disadattamento [3].

Il trattamento dialitico

Nella presa in carico dei pazienti sottoposti a trattamento dialitico sono emersi disturbi ansiosi, stati depressivi, vissuti somatici, disturbi del sonno e disturbi sessuali. Il lavoro psicologico prevede il sostegno psicologico del paziente, il coinvolgimento dei familiari e un empowerment dei livelli di compliance alla terapia, caratterizzata anche da un controllo dell'assunzione dei liquidi che incide sul peso interdialitico.

Migliorare l'aderenza alla terapia consente, come vantaggio secondario, il miglioramento dello stile di vita e della qualità di vita legata alla salute del paziente [8]. È emerso come l'inserimento dei colloqui psicologici durante la fase pre-dialitica favorirebbe la presa in carico psicologica e lo svolgimento dei colloqui nella fase dialitica, preferibilmente condotti in uno spazio ambulatoriale che possa garantire la necessaria riservatezza.

Trapianto

Nella presa in carico di un paziente nefropatico dializzato non può mancare la preparazione psicologica all'evento trapianto. L'incorporazione nel proprio corpo di una parte del sé-corporeo di un altro individuo mette in luce un diverso aspetto della dipendenza rispetto a quello correlato alla macchina della dialisi.

Forte è la connessione tra la possibilità di vita del paziente e la morte dell'altro (il donatore) nonché l'angoscia suscitata dal processo di incorporazione-integrazione psico-fisica di un organo altrui, un organo in grado di dare la vita in cambio di una esperienza di lutto per qualcun altro (la perdita di un organo per il donatore vivente o la morte di un'altra persona, nel caso di un trapianto da cadavere) [9,10].

Nella fase di pre-dialisi è importante prospettare al paziente l'opportunità di effettuare un trapianto renale da vivente pre-emptive, ossia precedente al trattamento dialitico (legge n. 328 del 10/06/2019). Una buona fase informativa, che consideri i vantaggi e i rischi per il ricevente e per il donatore, sembra favorire la comprensione e aumentare la probabilità di accettazione del trapianto. Il trapianto segna la via d'uscita alternativa alla dialisi e alla morte, ma richiede la presenza di un donatore che si offre per il bene del paziente.

Nel caso del trapianto eseguito su donatore vivente, è importante considerare come questo rappresenti per i pazienti l'opportunità di evitare la dialisi. Risulta significativo in questa fase coinvolgere i familiari, aiutarli e guidarli nel processo di elaborazione dell'intervento, accogliendo paure, dubbi ed incertezze. I fattori importanti da considerare nella valutazione psicologica del donatore e del ricevente, che possono influire sui processi decisionali della donazione, riguardano: fattori cognitivi, struttura di personalità, qualità delle relazioni familiari e sociali, motivazione e aspettative. È stato creato inoltre un servizio per la valutazione psicologica dei donatori nei casi di trapianto da donatore vivente, al fine di creare un protocollo di follow-up di questi pazienti anche dal punto di vista psicologico.

Le visite psicologiche (anamnesi e colloquio psicologico), i controlli, i percorsi di sostegno attivati e i colloqui con i familiari hanno coinvolto 146 persone, di cui 27 in percorsi strutturati.

Attività di ricerca

Nonostante la consapevolezza delle molteplici strade da percorrere nell'indagine psicologica delle malattie renali, l'interesse preliminare è stato rivolto alla rilevazione del disagio psico-emotivo nei pazienti affetti da CKD stadio 5.

L'attività di ricerca ha coinvolto 72 pazienti, in pre-dialisi, trattamento dialitico, e portatori di trapianto renale. Le caratteristiche demografiche della popolazione oggetto di studio sono riportate nella Tabella I.

I dati sono espressi come valore assoluto, percentuale, o medie \pm deviazione standard.

Numero totale pazienti	72
Sesso	37 femmine (51%), 35 maschi (49%)
Età	12-88 anni (55.6 ± 16.8)
Professione	14 pensionati (19%), 58 in età lavorativa (81%)
Situazione familiare	29 vivono con coniuge/convivente 29 vivono con il proprio nucleo familiare 7 vivono da solitudine 7 vivono con altri parenti
Numero pazienti dializzati	45
Età di esordio malattia (range)	1 anno-81 anni
Anzianità dialitica (mesi)	3-228
Numero pazienti trapiantati	15
Anzianità trapianto (mesi)	6-204
Numero pazienti pre-dialisi	12

Tabella I: Caratteristiche demografiche della popolazione di studio

Lo studio si è avvalso dell'utilizzo di questionari autosomministrati, costruiti in modo specifico per indagare l'impatto dell'inserimento della figura dello psicologo nel presente contesto e la qualità di vita dei pazienti, in due differenti tempi di somministrazione (Tabella II).

Test di valutazione psicologica	Tempo di somministrazione
a) Questionario anonimo di valutazione delle aspettative	Zero – dopo 9 mesi
b) SF- 12 Questionario sullo stato di salute	Zero – dopo 9 mesi

Tabella II: Strumenti di valutazione psicologica impiegati

a) Questionario anonimo di valutazione delle aspettative

Per aspettativa si intende la qualità dell'intervento che ci si attende dall'inserimento della figura dello psicologo e dai cambiamenti attesi nel contesto di riferimento. I presenti questionari avevano lo scopo di indagare il livello di aspettative prima e dopo l'intervento psicologico. Ogni soggetto doveva indicare su una scala Likert a cinque punti (dove 1 era "molto d'accordo" e 5 "per niente d'accordo") il suo grado di accordo/disaccordo con sette affermazioni riguardanti la figura dello psicologo in un'Unità Operativa di Nefrologia e Dialisi (Tabella III). Alla luce delle sette domande e dei gradi di risposta, la Figura 1 riporta i cambiamenti significativi nel tempo, dall'inizio del progetto al termine dello stesso.

	Molto D'accordo	Abbastanza d'accordo	D'accordo	Poco d'accordo	Per niente d'accordo
È necessario inserire la figura dello psicologo all'interno dell'equipe curante dell'Unità Operativa di Nefrologia e Dialisi.	1	2	3	4	5
Il supporto psicologico può essere utile anche ai familiari dei pazienti.	1	2	3	4	5
Il supporto psicologico può essere utile anche al personale medico ed infermieristico.	1	2	3	4	5
Fondamentale è la possibilità di parlare con lo psicologo nella fase pre-dialisi.	1	2	3	4	5
L'impatto psicologico della dialisi influenza la terapia dialitica.	1	2	3	4	5
Lo psicologo può aiutare ad affrontare il percorso pre- e post-trapianto.	1	2	3	4	5
Il supporto psicologico può favorire l'accettazione e l'adattamento alla terapia dialitica.	1	2	3	4	5

Tabella III: Quesiti del questionario di valutazione delle aspettative

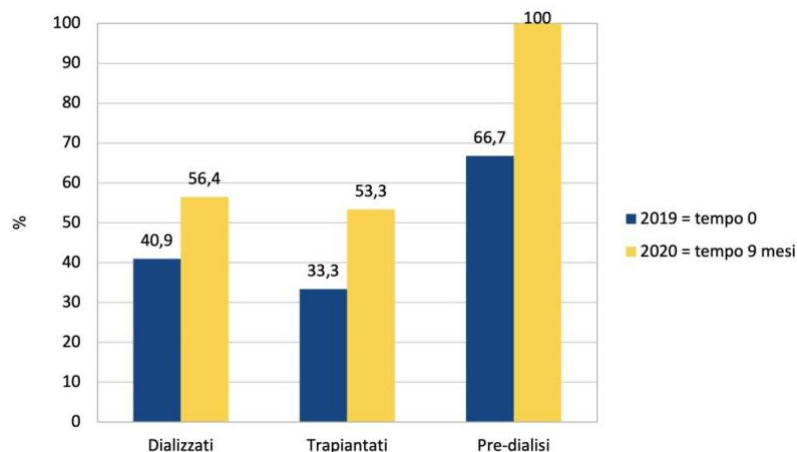


Figura 1: Percentuali a confronto sull'importanza della figura dello psicologo in Nefrologia e Dialisi

b) SF-12 questionario generale sulla salute

Publicato per la prima volta nel 1995 come parte del Medical Outcome Study (MOS), il SF-12 è composto da 12 "item" (ricavati dai 36 del questionario originale SF-36) che producono due misure relative a due diversi aspetti della salute: salute fisica (PCS-12) e salute mentale (MCS-12). L'SF-12 è formato da 4 scale (funzionamento fisico, ruolo e salute fisica, ruolo e stato emotivo, salute mentale) misurate da 2 item ciascuna e da 4 scale misurate ognuna da un item (dolore fisico, vitalità, attività sociali e salute in generale). Al soggetto viene chiesto di rispondere su come si sente e su come riesce a svolgere le attività consuete, valutando la giornata in cui compila il questionario e le 4 settimane precedenti. Esempi di item del questionario sono: "La sua salute la limita attualmente nello svolgimento di attività di moderato impegno fisico, come spostare un tavolo, usare l'aspirapolvere, giocare a bocce, fare un giro in bicicletta?"; nelle ultime 4 settimane, a causa del suo stato emotivo, ha reso meno di quanto avrebbe voluto?; nelle ultime 4 settimane, per quanto tempo si è sentito calmo e sereno?". Ciò che è emerso è una riduzione della percentuale della categoria più bassa (peggior percezione di salute fisica), con un aumento dei valori di PCS-12 (migliore percezione di salute fisica) nel tempo (Figura 2). In figura 2 è rappresentata per ogni classe di PCS-12, la percentuale di soggetti che hanno riferito di non avere nessuna limitazione a svolgere attività di moderato impegno fisico. Tale comportamento sembra riflettere l'impatto dell'intervento psicologico sul benessere fisico dei pazienti e la percezione che essi associano alle loro limitazioni dal punto di vista fisico.

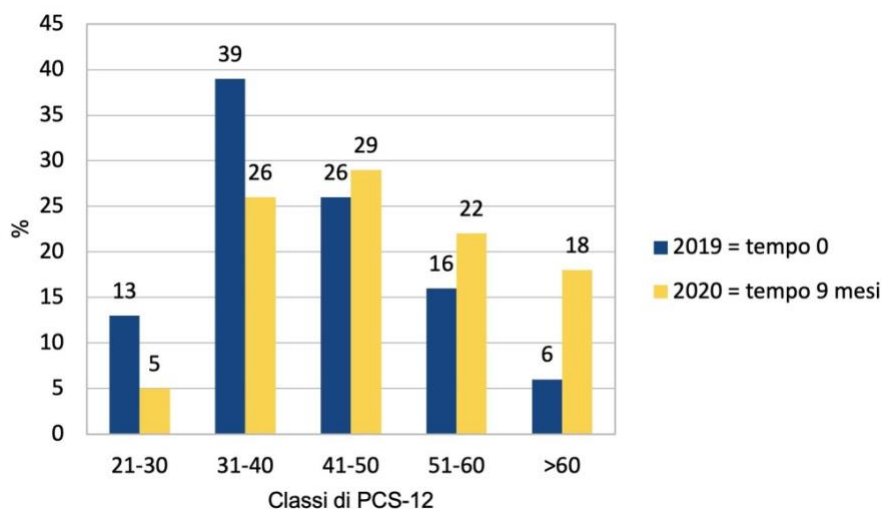


Figura 2: Confronto tra le percentuali di casi in ogni classe di PCS-12 nel tempo

Nel confrontare nel tempo le risposte che indicano il livello di salute psicologica percepita dai soggetti è emerso un aumento di rispondenti “sempre o quasi sempre” in accordo ai livelli di MCS-12: si passa dallo 0% della categoria più bassa (peggior percezione di salute mentale) al 13% di quella con valori di MCS-12 maggiori (migliore percezione di salute mentale) (Fig. 3). In figura 3 è stata tabulata, per ogni categoria di MCS-12, la percentuale di soggetti che hanno riferito di essere sempre o quasi sempre calmi e sereni. Tale comportamento sembra riflettere l’impatto dell’intervento psicologico sul benessere psicofisico dei pazienti e la percezione che essi associano ai loro stati mentali.

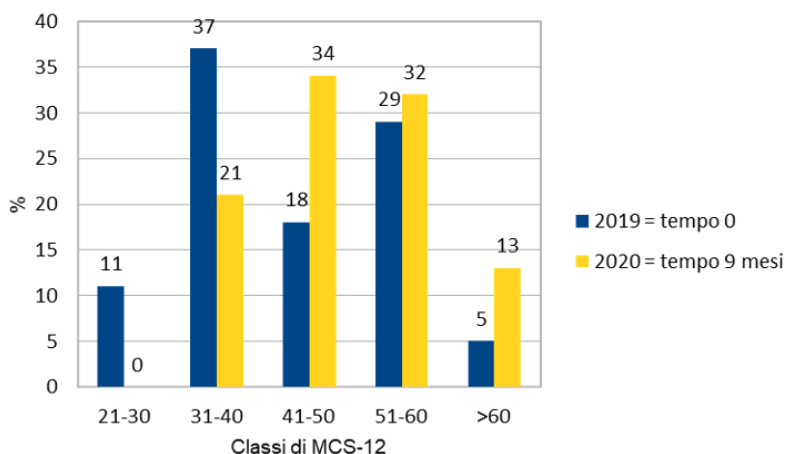


Figura 3: Confronto tra le percentuali di casi in ogni classe di MCS-12 nel tempo

Discussione

L’inizio della dialisi espone il paziente affetto da CKD ad un’esperienza impattante dal punto di vista cognitivo-emotivo, ad uno stravolgimento dei ritmi di vita e uno sconvolgimento delle risorse personali, dei legami affettivi e dei progetti per il futuro.

L’attività psicologica specialistica si è inserita all’interno dell’equipe medica e infermieristica attraverso la strutturazione di forme di intervento rivolte a diverse tipologie di utenti: paziente nefropatico o dializzato, paziente trapiantato, familiari, equipe curante.

Paziente nefropatico o dializzato

L’attenzione psicologica al paziente nefropatico o dializzato verte sugli inevitabili vissuti percepiti dal paziente rispetto alla patologia cronica di cui è affetto e alla sua stessa diagnosi, alle inevitabili modificazioni della qualità della vita e alla irreversibilità di una condizione di salute. Il vissuto percettivo ed emotivo nei confronti della dialisi sembra differenziarsi in base alle molteplici tipologie di terapia: emodialitica, ospedaliera o domiciliare, e peritoneale.

I differenti vissuti emotivi e percettivi, riscontrabili attraverso un’analisi qualitativa proveniente dai colloqui clinici, sembrano delinearli a partire dalla fase di preparazione alla dialisi. Nella scelta del trattamento dialitico, esplorata nella fase di pre-dialisi, emerge con forza, quando possibile, la preferenza della dialisi peritoneale, la quale consente la conservazione di una forma di autonomia e di controllo, la possibilità di dializzare nella propria abitazione, maggiore flessibilità e minori complicazioni nella gestione del lavoro, con conseguenti minori ripercussioni sul contesto familiare. Di contro, è emersa una certa ansia nei pazienti, rivolta al training per la sua applicazione. Le tecniche dialitiche domiciliari, come la dialisi peritoneale e l’emodialisi domiciliare, consentono di contenere

alcuni stati di ansia legati al tempo, favorendo una certa quota di flessibilità al paziente nella gestione della terapia. La sensazione di maggiore libertà e autonomia può facilitare l'adattamento e l'aderenza terapeutica da un lato, dall'altro può sviluppare aspetti di chiusura, di solitudine e di onnipotenza terapeutica che mettono a rischio una buona presa in carico del paziente e quindi una buona compliance. Inoltre, le terapie domiciliari richiedono uno sguardo attento alle dinamiche relazionali alla base dei rapporti di cura e interventi mirati alla preparazione dei partner che si occupano della cura dei pazienti, alla comunicazione tra operatori sanitari e familiari dei pazienti, e alle dinamiche relazionali nella diade membro della famiglia-paziente.

Nel caso specifico dell'Unità Operativa sede del progetto, la preparazione di un personale specializzato e la presa in carico globale del paziente costituiscono elementi fondamentali per l'acquisizione di un saper fare nella gestione della malattia e della cura e un livello di autonomia che presenta buone possibilità di riduzione e risoluzione dello stato di ansia anticipatoria presentato dai pazienti e dai loro familiari.

Nei pazienti in emodialisi ospedaliera il senso di costrizione, di non scelta e di rassegnazione è spesso dominante. Il trattamento sostitutivo eseguito in regime ospedaliero avviene tre volte a settimana e ha una durata media di quattro ore. Inevitabilmente ciò comporta una modificazione soggettiva del tempo, con soventi vissuti conflittuali verso una cura necessaria per vivere ma, allo stesso tempo, responsabile di una perdita della propria vita. Il ritmo della dialisi, lento e ripetitivo, richiede quindi una riorganizzazione del tempo a disposizione [3].

Familiari

L'attenzione psicologica rivolta ai familiari pone in luce come la costante gestione del paziente dal punto di vista sia fisico che emotivo esponga questi caregiver a diverse difficoltà: il pericolo di isolamento sociale, la minaccia del futuro, scarsi livelli di adattamento. Nei casi in cui l'impegno richiesto al caregiver risulti maggiore rispetto alle risorse presenti può emergere uno stato di disagio che si manifesta in un aumento del livello di stress e ansia, in situazioni conflittuali, movimenti regressivi, e talvolta stati di dipendenza, soprattutto tra coniugi, anche a livello simbiotico [11].

L'angoscia della dipendenza (dalla macchina e/o dal trattamento); l'ansia per la perdita del proprio status sociale, lavorativo e familiare; il vissuto di cambiamento dell'immagine di sé e del proprio schema corporeo; il senso di morte di parti di sé e la paura di morire, sono tra le difficoltà psicologiche più comuni nei pazienti in dialisi [12, 13].

Considerazioni finali

In base ai risultati esposti è doveroso sottolineare l'importanza e il valore del lavoro psicologico nell'ambito delle malattie renali croniche. I malati cronici, che vivono continue perdite ed esperienze di lutto, necessitano costantemente di ritrovarsi e di ri-significarsi nell'incontro con qualcuno che sappia ascoltare, soprattutto dalla fase pre-dialisi.

L'analisi presentata sui vissuti percettivi ed emotivi dei pazienti affetti da insufficienza renale cronica terminale nei confronti della dialisi e la reazione all'emodialisi ospedaliera, emodialisi domiciliare e peritoneale, rappresenta il punto di partenza nel disegno di un modello di assistenza psicologica da applicare nella comune pratica nefrologica. Questo modello organizzativo, educativo ed informativo consente di mantenere una continuità comunicativa e relazionale del paziente con il nefrologo e lo psicologo ed una continuità comunicativa e relazionale con il contesto familiare di riferimento per tutto il ciclo del trattamento sostitutivo della funzione renale (pre-dialisi, dialisi, trapianto).

Alla luce dei risultati statisticamente elaborati è emerso un miglioramento generale del grado di accordo riguardo l'importanza della figura dello psicologo nei reparti di Nefrologia e Dialisi dell'Ospedale SS. Annunziata di Chieti, in particolare per la categoria dei pazienti in fase pre-dialitica. Inoltre, dai risultati è possibile riscontrare una migliore percezione della salute mentale e fisica da parte di tutti i pazienti dopo la presa in carico e l'intervento psicologico.

L'attività clinica psicologica rivolta al paziente e ai familiari ha consentito il raggiungimento di vari obiettivi, tra cui il sostegno del paziente e dei suoi familiari nel processo di adattamento alla malattia e alla terapia, la possibilità di contenere la ricaduta negativa su outcome assistenziali e nei costi derivanti dal disagio e lo stress, l'applicazione di strategie di empowerment agli utenti al fine di migliorare l'autogestione post ricovero e l'opportunità di sostenere le difficoltà vissute dall'equipe curante, allo scopo di garantire e salvaguardare anche la relazione con il paziente.

Alla base dell'eziologia e lo sviluppo della patologia renale cronica è importante considerare l'integrazione di aspetti fisiologici, psicologici e sociali. Pertanto, un intervento psicologico strutturato con i pazienti affetti da insufficienza renale cronica può favorire la riduzione del distress emotivo, la gestione della sintomatologia ansiosa e depressiva, e migliorare quindi la percezione della qualità della vita connessa alla salute. Si evidenzia come depressione, ansia e supporto sociale percepito abbiano un impatto sulla qualità di vita e sull'evoluzione di diverse patologie croniche [3].

BIBLIOGRAFIA

1. Boaretti C, Trabucco T, Rugiu C, et al. Dialysis, adaptation, quality of life, and family support. *G Ital Nefrol* 2006 Jul-Aug; 23(4):415-23. https://giornaleitalianodinefrologia.it/wp-content/uploads/sites/3/pdf/storico/2006/gin_4_2006/415-Boaretti-423.pdf
2. Ripamonti CA, Clerici C. *Psicologia e Salute, introduzione alla psicologia clinica in ambiente sanitario*. Il Mulino (Bologna): 2008.
3. Ratti MM, Delli Zotti GB, Spotti D, Sarno L. L'inserimento della figura dello psicologo all'interno dell'unità operativa di Nefrologia-Dialisi-Ipertensione. *G Ital Nefrol* 2014; 31(5). https://giornaleitalianodinefrologia.it/wp-content/uploads/sites/3/pdf/GIN_A31V5_00196_8.pdf
4. Niu SF, Li IC. Quality of life of patients having renal replacement therapy. *J Advanced Nursing* 2005; 51(1):15-21.
5. Trabucco G, Magagnotti MG. In: *Emodialisi e bisogni psicologici. Un modello "integrato" di risposta assistenziale*. Ed. SES (Napoli): 2005, pp. 27-54.
6. Natale P, Palmer SC, Ruospo M, Saglimbene VM, Rabindranath KS, Strippoli GFM, Psychosocial interventions for preventing and treating depression in dialysis patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; 12(12):CD004542. <https://doi.org/10.1002/14651858>
7. Auneau-Enjalbert L, Hardouin JB, Blanchin M, Giral M, Morelon E, Cassuto E, Meurette A, Sébille V. Comparison of longitudinal quality of life outcomes in preemptive and dialyzed patients on waiting list for kidney transplantation. *Qual Life Res* 2020; 29(4):959-970. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02372-w>
8. *Dialisi e qualità di vita. Atti XII Convegno Nazionale di Dialisi Peritoneale*. Palermo, 2003.
9. Trabucco G. *Emodialisi e bisogni psicologici – Aspetti teorici, problemi psicologico-clinici*. In: Ferretti R, Gentili MV. *Quaderni di Psico-in. Modelli di intervento dello psicologo in ospedale, confronto di esperienze*. 2005.
10. Nesci DA, Ferro FM., Russo A, Tazza L, Luciani G. *Prime esperienze di gruppo in un Centro di Emodialisi*. In: *Problemi psicologici e relazionali dei Centri Dialisi*. Edizioni Milano: 1989, pp. 73-76.
11. Gilbertson EL, Krishnasamy R, Foote C, Kennard AL, Jardine MJ, Gray NA. Burden of care and quality of life among caregivers for adults receiving maintenance dialysis: a systematic review. *Am J Kidney Dis* 2019; 73(3):332-343. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2018.09.006>
12. Bazzurri F, Troiano G, Cartocci A, Nante N. *Emodialisi e assistenza infermieristica: uno studio pilota sulla qualità percepita dal paziente*. *G Ital Nefrol* 2021; 38(4):38-04-2021-09. <https://giornaleitalianodinefrologia.it/2021/08/38-04-2021-09/>
13. Khan WA, Ali SK, Prasad S, Deshpande A, Khanam S, Ray DS. A comparative study of psychosocial determinants and mental well-being in chronic kidney disease patients: a closer look. *Ind Psychiatry J* 2019; 28(1):63-67. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_23_19