UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche Ostetriche
Presidente Prof.ssa Emilia Prospero

L'infermiere Case Manager In Dialisi

Relatore:
Dott.ssa Donatella Giovannini

Tesi di Laurea Magistrale di:
Filippo Ricci

Anno 2020/2021

INDICE

1 INTRODUZIONE

1.1 DIALISI

1.2 IL CENTRO DI EMODIALISI
1.2.1 IL CENTRO DI EMODIALISI DI RIMINI

1.3 PAZIENTE EMODIALIZZATO

1.4 LE COMPETENZE INFERMIERISTICHE IN DIALISI
1.4.1 ACCESSI VASCOLARI
1.4.2 FERITE DIFFICILI
1.4.3 CURE PALLIATIVE

1.5 INFERMIERE CASE MANAGER

2 OBIETTIVO

3 MATERIALI E METODI

4 RISULTATI
4.1 FERITE DIFFICILI
4.2 MEDICAZIONI EMOSTATICHE
4.3 INDIVIDUAZIONE PRECOCE DEI BISOGNI DI CURE PALLIATIVE

5 DISCUSSIONE
5.1 PIANIFICAZIONE STRATEGICA DEGLI INTERVENTI

6 CONCLUSIONE

7 BIBLIOGRAFIA

1. INTRODUZIONE

Con il termine malattia renale cronica (MRC) si definisce un complesso quadro clinico caratterizzato da una progressiva e permanente riduzione delle funzioni escretorie ed endocrine del rene. L'insufficienza renale è suddivisa in cinque stadi e viene misurata con la velocità di filtrazione glomerulare (VFG o GFR), in ml al minuto. Lo stadio 5 viene definito dalla presenza di una VFG inferiore a 15 ml/min e prende il nome di MRC terminale; ciò significa che i reni hanno quasi totalmente perso la loro funzione, pertanto è necessario un trattamento che sostituisca la funzione renale: la dialisi o il trapianto.(1) Secondo il report preliminare RIDT 2016 in Italia i soggetti in trattamento dialitico cronico sono oltre 48.000; tra questi gli ultrasettantenni e gli ultraottantenni rappresentano rispettivamente il 55% e il 20%.(2) Le caratteristiche comuni a questa fascia di età sono: la frequente condizione di non-autosufficienza, un elevato numero di comorbilità associate, spesso un'importante sintomatologia clinica non diversa da quella dei malati di cancro e una aspettativa di vita di gran lunga inferiore a quella dei soggetti della stessa età senza malattia renale cronica avanzata.(3) Questa "fotografia" della popolazione in trattamento dialitico cronico, se la si osserva da vicino, rivela dei particolari: più la persona è anziana e comorbida, più sarà difficile avere o mantenere nel tempo un accesso vascolare per emodialisi efficiente(4); più elevata sarà la possibilità di imbattersi in esiti di cadute, ferite difficili e lesioni da pressione(5); più stringente sarà la necessità di individuare precocemente i bisogni del fine vita prima che essi emergano come "urgenze". L'incontro tra infermiere di dialisi e paziente è frequente (ogni paziente accede al servizio in media tre volte a settimana e vi rimane dalle 3 alle 5 ore per seduta), ma al tempo stesso discontinuo (la rotazione dei turni infermieristici e le esigenze organizzative impediscono di fatto la continuità di questo rapporto). Il lavoro infermieristico in un centro dialisi somiglia ad una catena di montaggio che trascina sul nastro uomo e macchina: la pressione esercitata dalla ridotta risorsa tempo impedisce agli infermieri di investire in comunicazione, presa in carico, condivisione degli obiettivi assistenziali e dei risultati attesi.

1.1 DIALISI

Quando il VFG è <10 ml/min si considera in genere la terapia sostitutiva che preferibilmente consiste nel trapianto renale. Ma per la scarsa disponibilità di organi e per l'ineleggibilità in lista per le loro condizioni fisiche, si instaura la dialisi. In alcuni casi si preferisce cominciare in fase più precoce in quanto la terapia sostitutiva permette di eliminare, entro certi confini, le misure dietetiche che si impongono nella fase conservativa, con il miglioramento delle condizioni generale e nutri-

zionali del paziente. Le metodiche dialitiche sono rappresentate dell'emodialisi extracorporea e dalla dialisi peritoneale.(6)

La dialisi è un processo a cui si ricorre quando i reni sono malfunzionanti e che provvede a rimuovere dall'organismo liquido e prodotti di rifiuto del metabolismo. La dialisi può essere effettuata come procedura d'urgenza o cronica. La dialisi d'urgenza è mandatoria in presenza di insufficienza renale acuta: in caso di potassiemia elevata e crescente, eccessiva ritenzione idrica, rischio elevato di edema polmonare, acidosi crescente, pericardite, grave stato confusionale. Può essere usata anche per rimuovere dal sangue farmaci e tossine (sovradosaggio di farmaci o avvelenamento). La dialisi cronica, è indicata nell'insufficienza renale cronica (malattia renale terminale) nei seguenti casi: presenza di segni e sintomi uremici che coinvolgono tutti i sistemi dell'organismo (nausea, vomito, anoressia grave, letargia ingravescente, confusione mentale), iper potassiemia, accumulo di liquidi resistente alla terapia diuretica e alla restrizione idrica, malessere generale. Anche la presenza di uno sfregamento pericardico rappresenta un'indicazione urgente di dialisi nella persona con insufficienza renale cronica. (7)

L'emodialisi è il processo con cui le sostanze di scarto presenti nel sangue vengono selettivamente filtrate ed eliminate attraverso una membrana semi-permeabile, questo è il metodo di dialisi più utilizzato. Si ricorre a questa procedura per persone che hanno una malattia acuta e che richiedono una dialisi di breve durata (giorni o settimane) e per quelle con malattia renale terminale che richiedono una terapia cronica. Una membrana sintetica semipermeabile svolge le funzioni dei glomeruli e dei tubuli renali e agisce come filtro, sostituendo il rene danneggiato. Per sottoporsi alla dialisi occorre possedere l'accesso vascolare che viene reperito attraverso l'inserimento di un catetere a due o più lumi nella vena succlavia, nella giugulare interna o nella vena femorale. Un'alternativa più duratura, detta fistola arterovenosa (FAV), viene creata chirurgicamente tra un'arteria e una vena, con sutura laterolaterale o termino laterale. Vengono inseriti nel vaso aghi di grosso calibro (14-16 gauge). Il segmento arterioso della fistola viene utilizzato per la circolazione arteriosa, quello venoso per la rinfusione del sangue depurato. La fistola sarà pronta per l'uso dopo 4-6 settimane, il tempo necessario perché le suture si consolidino e perché il segmento venoso della fistola si dilati a sufficienza da permettere l'inserimento di due grossi aghi.(7)

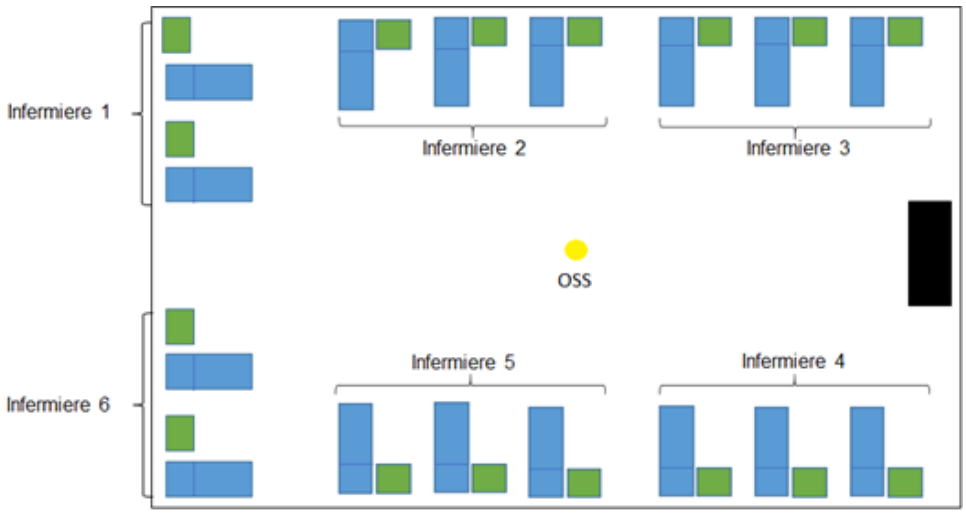
1.2 IL CENTRO DI EMODIALISI

Un centro di emodialisi ha alcune peculiarità:

- È un luogo che offre trattamenti salvavita a pazienti cronici fragili che accedono al servizio fino a tre volte a settimana.
- Il personale sanitario è soggetto ad una grande pressione "tempo/risultato" (sulla stessa postazione ruotano 2/3 pazienti al giorno)
- La formazione degli operatori è finalizzata al funzionamento della "macchina" e per questo la presa in carico del paziente può passare in secondo piano.
- È un servizio ambulatoriale organizzato per settori, con un rapporto di un infermiere per tre pazienti.

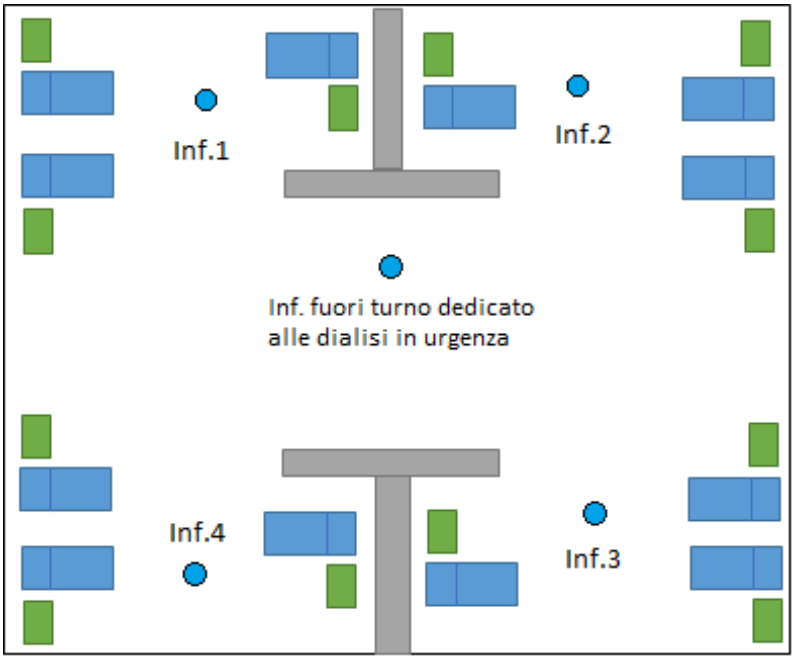
Il modello organizzativo per settori in dialisi si differenzia dal classico modello modulare dei reparti di degenza; principalmente perché sullo stesso settore ruotano in una settimana almeno 4 "triplette" di pazienti. La formazione dei neo inseriti, la necessità di portare il gruppo infermieristico al medesimo livello di competenza e l'immancabile necessità di coprire le assenze non programmate impone una rotazione degli infermieri nei vari settori, molto più intensa di quanto la presa in carico richiederebbe.

1.2.1 IL CENTRO DI DIALISI DI RIMINI



SALA 1

Fig.1 - Pazienti parzialmente autonomi e non autonomi



SALA 2

Fig.2 - Pazienti autonomi

La rappresentazione su pianta delle due sale dialisi rende bene l'idea della suddivisione dei settori per intensità assistenziale, nonché il rapporto 1 infermiere ogni 3 o ogni 2 pazienti; la rotazione su ogni postazione a 3 letti avviene con cadenza settimanale.

Sono attivi in reparto dei gruppi di miglioramento, che si occupano prevalentemente di sorveglianza e raccolta dati relativamente ad accessi vascolari e ferite difficili.

Nell'arco del tempo tuttavia, si è visto che questi gruppi perdono di vista l'obiettivo della sorveglianza e della raccolta dati e necessitano comunque di una figura che supervisioni il loro operato e tenga vivo l'interesse a perseguire gli obiettivi concordati.

1.3 PAZIENTE EMODIALIZZATO

Per le persone con insufficienza renale cronica l'emodialisi è indispensabile, nonostante non possa risolvere la malattia renale. Le persone dipendenti dalle sedute emodialitiche devono sottoporsi al trattamento per il resto della loro vita o fino a quando non ricevono un trapianto di rene. Le sedute emodialitiche, normalmente, vengono effettuate tre volte alla settimana per almeno 3-4 ore di trattamento. Le persone vengono sottoposte a dialisi cronica quando il processo è indispensabile per la sopravvivenza e il controllo dei sintomi uremici.(7)

Il miglioramento delle condizioni di vita, dell'assistenza sanitaria e il progresso tecnologico ha comportato un progressivo allungamento della vita media dei malati affetti da insufficienza renale, ma la storia naturale della MRC (come tutte le grandi insufficienze d'organo) non si è modificata continuando a essere caratterizzata da riacutizzazioni intercorrenti, ciascuna seguita inevitabilmente da un globale, progressivo scadimento della qualità di vita.

Fig. 3 – Traiettorie verso la morte - Romano M, Bertona R, Zorzoli F, Villani R. Cure palliative in unità di terapia intensiva cardiologica: una nuova competenza per il cardiologo intensivista. G Ital Cardiol. 1 ottobre 2017;18:685–95.(8)

Come è possibile vedere dal grafico, per un paziente emodializzato la traiettoria della qualità della vita ha un andamento discendente caratterizzato da frequenti e repentine cadute verso le fasi acute della malattia.

1.4 LE COMPETENZE INFERMIERISTICHE IN DIALISI

Agli infermieri che operano nei reparti di Emodialisi sono richieste un gran numero di competenze, che spaziano dalle capacità tecniche a quelle relazionali ed educative.
La frammentazione delle cure e un approccio disomogeneo degli operatori si riflette inevitabilmente su altre "aree" che non riguardano strettamente la singola seduta dialitica ma che hanno comunque

un grosso peso sia dal punto di vista del paziente (qualità di vita), che dell'organizzazione (assistenza prestata e costi sanitari):

A) DURATA DELL'ACCESSO VASCOLARE PER EMODIALISI
B) GESTIONE EFFICACE DELLE FERITE DIFFICILI
C) INDIVIDUAZIONE PRECOCE DEL BISOGNO DI CURE PALLIATIVE

1.4.1 ACCESSI VASCOLARI

Un accesso vascolare ben funzionante è essenziale per somministrare un'efficace terapia emodialitica. Le complicanze a carico degli accessi vascolari rimangono una delle principali cause di morbilità nella popolazione emodialitica e rendono conto di una cospicua parte degli elevati costi di gestione di questa popolazione di pazienti. Gli accessi vascolari sono classificabili in tre principali categorie: la fistola arterovenosa nativa (FAV), la fistola arterovenosa protesica (AG), il catetere venoso centrale (CVC), temporaneo o cuffiato.(4)
Le principali linee guida americane (KDOQI) ed europee (European Best Practice Guidelines) concordano nell'indicare come accesso vascolare da preferire la FAV (possibilmente radio cefalica), e suggeriscono di dare, comunque, preferenza a tutte le opzioni possibili di confezionamento di una fistola con vasi nativi.(9)

Nell'approccio alla veni puntura di una FAV l'infermiere deve eseguire un esame obiettivo per valutarne il corretto funzionamento e rilevare eventuali problemi.
Ci saranno 3 fasi: ispezione, palpazione e auscultazione.

	FAV normale	FAV stenotica
Ispezione	Regolarità dell'asse venoso	Restringimento lungo l'asse venoso
Palpazione	- Fremito solo a livello anastomotico - Polso morbido, facilmente comprimibile	- Fremito in sede di stenosi - Polso poco comprimibile, "duro" a monte della stenosi
Auscultazione	Soffio forte, continuo, sisto-diastolico	Soffio aspro, sibilante, discontinuo, solo sistolico

Fig.4 – Caratteristiche Cliniche Della Fav - Bonforte G, Pogliani D, Genovesi S. Sorveglianza Della Fistola Arterovenosa: Nuove Risposte A Un Vecchio Problema. 2011;9.(10)

A seguito dell'esame obiettivo sarà quindi possibile pungere la FAV ed esistono 3 tecniche principali:

A) Puntura Scala di Corda (Rope Ladder o Puntura Scalare)

Questa tecnica prevede la rotazione del sito. Ad ogni seduta dialitica si punge in una sede alcuni mm. al di sopra o al di sotto di quella precedente. Le cicatrici conseguenti si distribuiscono lungo tutta la lunghezza del vaso riducendone il danno anatomico.

In particolare nelle protesi è importante variare il punto di inserzione degli aghi sfruttando tutta la superficie pungibile, in quanto se ripetute nello stesso punto producono la lacerazione del tessuto con perdita del materiale protesico, prolungato tempo di sanguinamento, maggior rischio di infezione e frequente formazione di pseudo aneurismi. Nei casi di FAV protesiche il laccio emostatico è inutile in quanto non è necessario inturgidire la vena.

B) Puntura zonale (area puncture o Puntura a area)

È una tecnica da utilizzare solo in casi estremi, quando la presenza di particolari situazioni anatomiche (breve tratto di vena, stravaso e ematoma della FAV) impedisce l'impiego di altre tecniche.

L'inserimento degli aghi avviene sempre nella stessa area cutanea, ed è la causa più frequente di sfiancamento aneurismatico del vaso o di retrazione stenotica subito a valle della puntura. Le ripetute punture nella stessa area trasformano la parete venosa in un tessuto cicatriziale anelastico.

B) Button-hole (puntura ad occhiello)

Questa tecnica di puntura è utilizzabile nelle FAV native. La tecnica prevede l'inserimento di un ago smusso (non tagliente) sempre nel medesimo sito di incannulamento attraverso un tunnel cutaneo (occhiello) che viene formato mediante le prime veni punture effettuate dal medesimo operatore con aghi tradizionali infissi con la stessa inclinazione. L'operatore dovrà, prima di ogni trattamento, rimuovere la crosta che si è formata dopo l'emostasi per scoprire l'emergenza del tunnel cutaneo. In questo modo si minimizza la comparsa di aneurismi, si riduce il dolore e i tempi di emostasi. È tuttavia più alto il rischio di infezione a seguito di insufficiente disinfezione del sito prima della puntura e scorretta o incompleta rimozione delle croste.

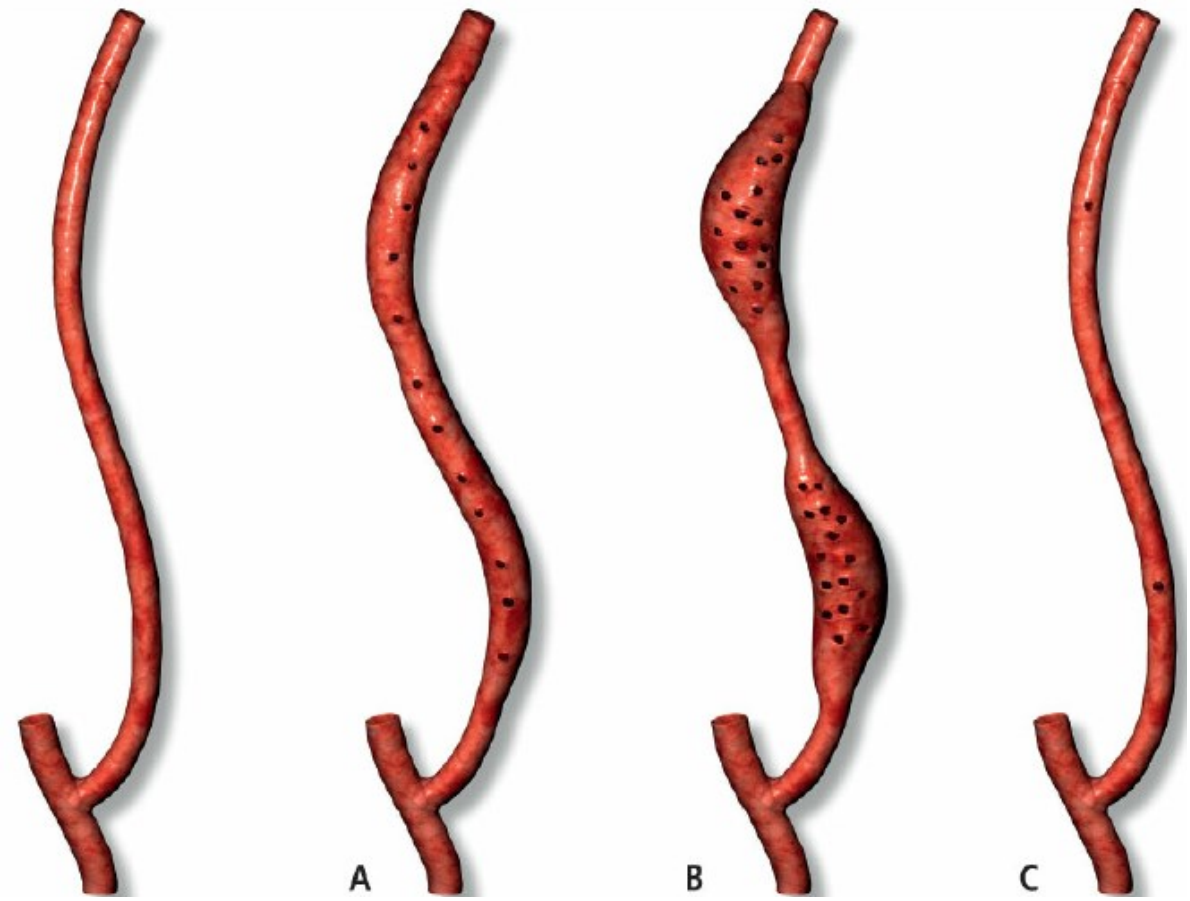


Fig. 5 – Tecniche di puntura FAV - Cannulation techniques. A) Rope-ladder technique, B) Area... [Internet]. ResearchGate. [citato 14 settembre 2021]. Disponibile su: https://www.researchgate.net/figure/Cannulation-techniques-A-Rope-ladder-technique-B-Area-technique-and-C-Button-hole_fig15_281733078. (11)

L'errore più frequente nell'uso della FAV risiede nella tendenza a praticare la veni puntura reiterata nella stessa sede. Concorrono ad alimentare questa malpractice, estremamente diffusa, gli atteggiamenti sia dell'operatore che del paziente. L'operatore preferisce utilizzare sempre la stessa sede per la puntura perché è più rapido, più facile e non si corre il rischio di insuccessi. Il paziente, richiede la stessa cosa, in quanto la sede utilizzata continuamente si desensibilizza progressivamente, sino a render (in certi casi) del tutto indolore la veni puntura. Tutti devono sapere tuttavia che questo comportamento abbrevierà la sopravvivenza della fistola stessa.

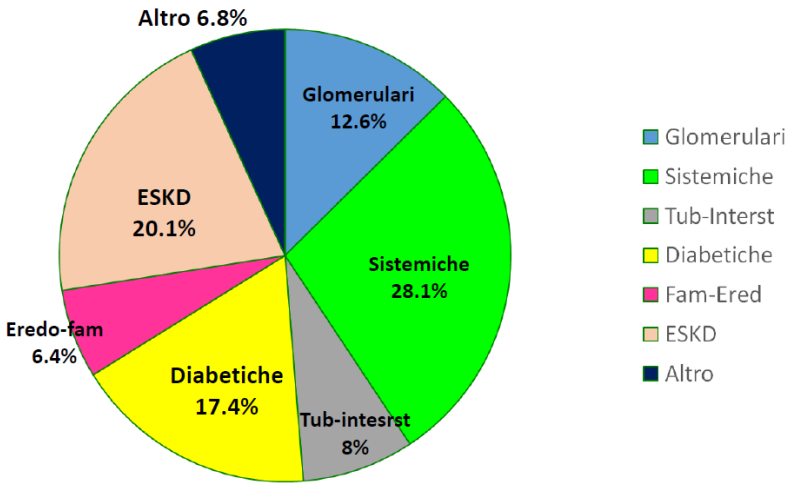
1.4.2 FERITE DIFFICLI

Il diabete è una grave malattia debilitante ed è in aumento. Sono stati registrati oltre 422 milioni di pazienti diabetici nel 2014.(12) Il numero di pazienti diabetici potrebbe superare i 500 milioni nel 2030. (13)

L'amputazione degli arti inferiori causata da ulcere diabetiche è 20 volte superiore nei pazienti diabetici rispetto ai pazienti non diabetici.(12)

In alcuni paesi il diabete è la causa principale di insufficienza renale cronica. Specialmente i pazienti in età geriatrica, affetti non solo da patologie complicanti il diabete, ma anche da altre - comorbidità, sono in terapia renale sostitutiva.(14)

Il registro emiliano romagnolo di dialisi e trapianto riporta la percentuale dei diabetici fra i pazienti incidenti in dialisi pari al 17,4%.



La torta riporta le diagnosi di nefropatia poste ai pazienti che sono entrati in dialisi cronica per la prima volta nel 2019. Le nefropatie sono riportate per raggruppamenti di patologie omogenee. Rispetto agli scorsi anni si sta un po' riducendo la percentuale di soggetti con nefropatie diabetiche, che da poco oltre il 20% sono scesi al 17%. Crescono le diagnosi di nefropatia «sistemica», e anche le «non diagnosi», ESKD (end stage kidney disease) condizioni tardive con danno già avanzato non più diagnosticabile .

Fig. 6 - Nefropatie nei pazienti incidenti. - Report-RR-2019.pdf [Internet]. [citato 16 settembre 2021]. Disponibile su: https://ridt.sinitaly.org/wp-content/uploads/sites/9/2020/10/Report-RR-2019.pdf (15)

Nel centro emodialisi di Rimini la percentuale di pazienti diabetici prevalenti al 2021 è pari al 24%.

I pazienti diabetici, in terapia renale sostitutiva sono spesso soggetti a patologie che richiedono la cura di ferite cosiddette difficili in quanto non vanno incontro a guarigione e se non adeguatamente gestite si complicano portando severe conseguenze.
Diventa fondamentale, con un così alto tasso di ferite difficili presente in questo tipo di pazienti avere uno sguardo più alto per uniformare e gestire gli interventi per una efficace guarigione di tali ferite, che si riflettono sulle condizioni cliniche del paziente e sull'aumento dei costi sanitari dato l'elevato numero di ricoveri che questa problematica comporta.

1.4.3 CURE PALLIATIVE

La percentuale di pazienti fragili anziani affetti da malattia renale cronica in stadio 5 e 5D è in rapido aumento. In simili pazienti la scelta di sospendere o non iniziare la dialisi è spesso difficile per tutte le figure coinvolte: malato, familiari e operatori sanitari. Per questo motivo gli infermieri di nefrologia-dialisi devono avere conoscenze approfondite sul tema del fine vita e delle cure palliative. La qualità degli interventi clinici e gestionali presuppone una solida competenza sui risvolti etici, legali, organizzativi e terapeutici.(16) La visione della dialisi rimodulata o palliativa, comprese opzioni di trattamento estemporaneo dopo la sospensione, e il principio di intervento mirato al sollievo dei sintomi con ogni mezzo, devono essere perseguiti fino al momento della morte. (17)
L'identificazione precoce di un malato con patologie croniche in fase avanzata che presenti dei bisogni di cure palliative consente di evitare un modello che "insegue" le criticità (cliniche, assistenziali) quando si presentano, per concentrarsi su modalità di intervento proattive. (3)

1.5 INFERMIERE CASE MANAGER

L'infermiere Case Manager è un professionista che si occupa di percorsi assistenziali complessi. Nasce allo scopo di finalizzare le risorse mantenendo un elevato standard di qualità assistenziale nella logica di contenimento dei costi.
Il Case Management è una metodologia che permette di mantenere il coordinamento di professionalità e risorse governando l'intero processo e garantendo un'assistenza personalizzata.(18)
Il ruolo del Case Manager viene affidato ad una figura infermieristica in quanto il processo che deve essere gestito, per competenze, abilità e conoscenze è riconducibile al profilo dell'infermiere.

Le componenti filosofiche chiave del case management indirizzano l'assistenza sia in senso olistico che centrandola sul paziente, con obiettivi comuni, organizzando l'amministrazione delle risorse per il paziente e il sistema di cura.
Se la filosofia del case management si realizza con un'assistenza sanitaria offerta in modo appropriato ed efficiente, tutte le parti ne beneficiano.
Utilizzare il case management, lavorando in modo collaborativo con il team di assistenza sanitaria nelle situazioni complesse, serve ad identificare le opzioni di cura ottimali per il paziente. Questo, a sua volta aumenterà l'aderenza al piano di cura e produrrà outcomes vincenti.
Il case management riduce la frammentazione dell'assistenza, situazione che è spesso sperimentata dai pazienti che ottengono prestazioni di assistenza sanitaria da diversi "attori" coinvolti nel processo di cura.
Ricevere collettivamente i servizi offerti da un case manager può aumentare la sicurezza del paziente, il benessere e la qualità della vita, mentre riduce i costi totali dell'assistenza sanitaria.
Il case manager, quindi, può incidere direttamente sullo sviluppo del sistema sanitario.

L'approccio di Case Management è quello di considerare i pazienti come entità che stanno vivendo un percorso di malattia, allontanandosi dalla concezione di vedere i pazienti attraverso le cure previste ed erogate in modo frammentario ed episodico.

L'approccio di Case Management prevede l'esistenza di tre componenti fondamentali:

1. la conoscenza clinica ed economica del percorso di una malattia articolato sulla base di linee guida in grado di rispondere alle modalità di intervento di ogni fase del processo di intervento;
2. un sistema sanitario senza le tradizionali separazioni di struttura e specialità;
3. un processo in evoluzione capace di sviluppare le conoscenze cliniche, di ridefinire le linee guida e di modificare il sistema di cure.(19)

Questo approccio è particolarmente adatto per le malattie di cui molto è conosciuto e basato su evidenze scientifiche, per cui è più facile elaborare protocolli e misurare risultati (per es., diabete, malattie cardiache, insufficienza renale cronica, tumori, ictus, malattie mentali, asma, patologie prostatiche).
Tra i motivi che possono orientare la scelta di un programma di Case Management figurano: l'alta incidenza della patologia in alcune aree, la necessità dì integrare interventi sanitari primari e secondari con linee guida, la presenza di trattamenti ad alto costo, la richiesta di sviluppo di linee

guida da parte dì istituzioni o professionisti, la mancanza di certezza sulla "buona pratica" e la necessità di sviluppo di una metodologia di misurazione di risultati.
Il Case Management si estende e integra interventi di promozione della salute, di prevenzione della malattia, di trattamenti diagnostici e terapeutici, di riabilitazione di assistenza a lungo termine.

Fatta questa premessa è facile capire quanto questo modello sia adatto all'inserimento in un contesto come quello della Dialisi, un'ambiente dove è presente una forte rotazione di personale che eroga l'assistenza e un grande numero pazienti cronici, in cura per tutto l'arco della loro vita e con tante e continue esigenze dal punto di vista assistenziale, sociale ed organizzativo.

Facendo un'analisi di fattibilità specifica per il centro di Emodialisi si Rimini applicando la SWOT analysis otteniamo:

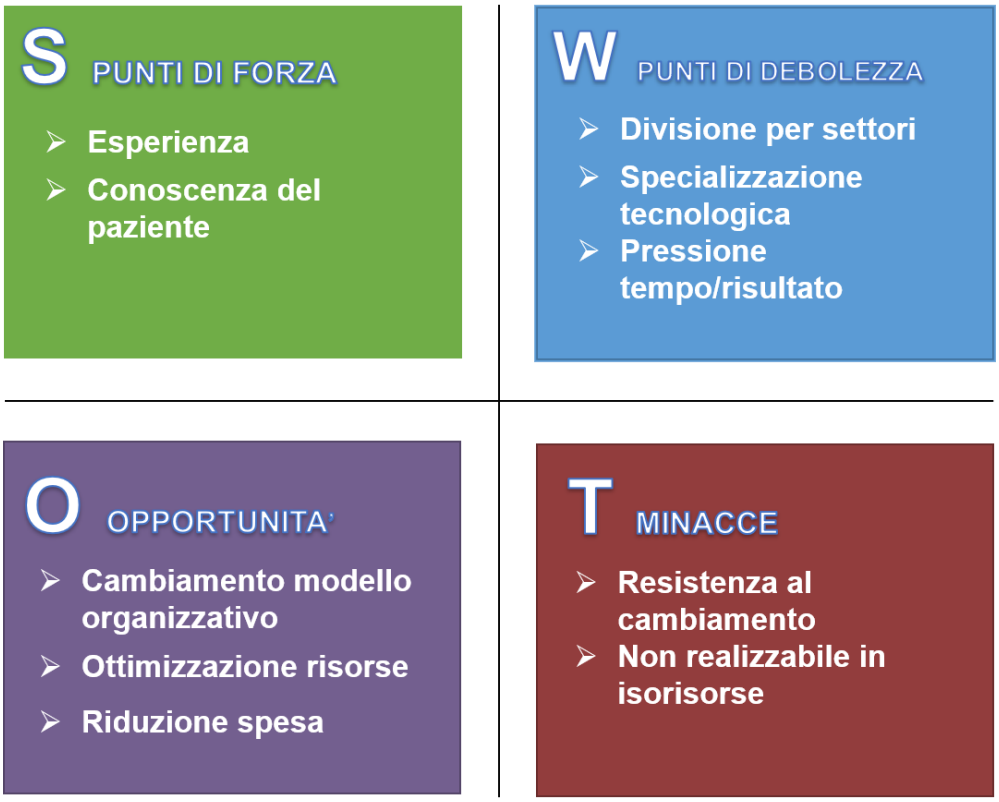


Fig. 7 – Analisi di fattibilità inserimento Case Manager nel centro di Emodialisi di Rimini.

2. OBIETTIVO

Obiettivo di questo progetto è individuare nell'infermiere case-manager la figura di riferimento nel reparto di Emodialisi per poter soddisfare al meglio le esigenze di salute e di cura del paziente dializzato e migliorare la collaborazione di tutti gli infermieri dell'equipe.

3. MATERIALI E METODI

Per prima cosa si è reso necessario eseguire un'analisi del setting ambientale presso il centro emodialisi di Rimini.
Utilizzando il software GEPADIAL, la nostra cartella informatizzata ambulatoriale, tramite la funzione GEPADIAL RICERCHE abbiamo raccolto i dati in maniera anonima e li abbiamo elaborati tramite il software stesso.
Successivamente abbiamo raccolto dati sulle aree di nostro interesse per lo svolgimento del progetto.
I dati sulle ferite difficili, estrapolati da una pubblicazione fatta dal nostro centro(5), sono stati raccolti dal gruppo di miglioramento dedicato.
Infine i dati relativi ai capitoli di spesa per le medicazioni emostatiche nel nostro reparto sono stati richiesti direttamente alla farmacia dell'ospedale che distribuisce i prodotti.

4. RISULTATI

Analizzando i dati raccolti presso il centro di emodialisi di Rimini al 31/12/2019 si può avere subito una fotografia chiara della tipologia di paziente.

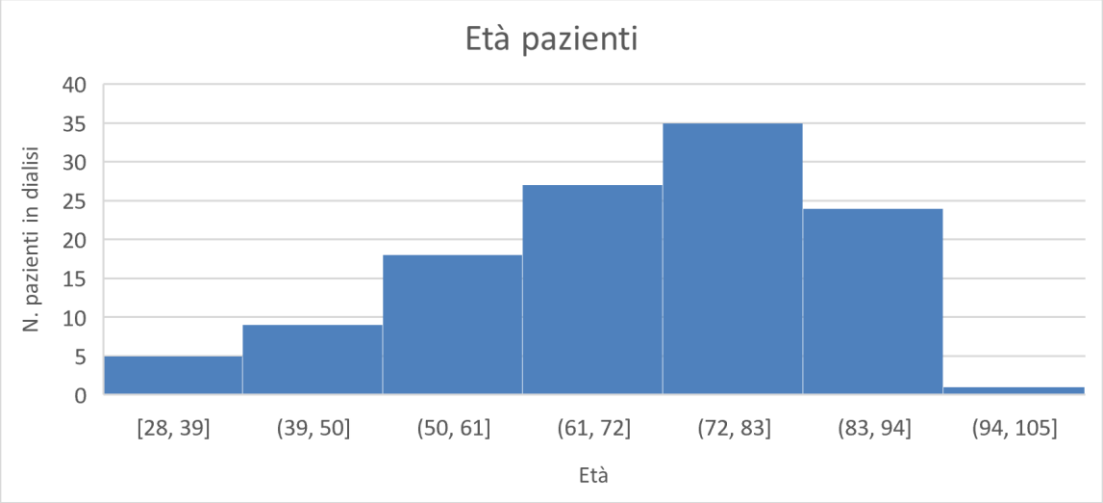


Fig. 8 – Età pazienti in dialisi a Rimini nel 2019.

Su 119, il 36% ha più di 78 anni (43).

La popolazione in dialisi infatti sta invecchiando, in parte come specchio della società italiana ma anche grazie al progredire delle tecnologie biomediche che permettono ai pazienti di vivere meglio e più a lungo.

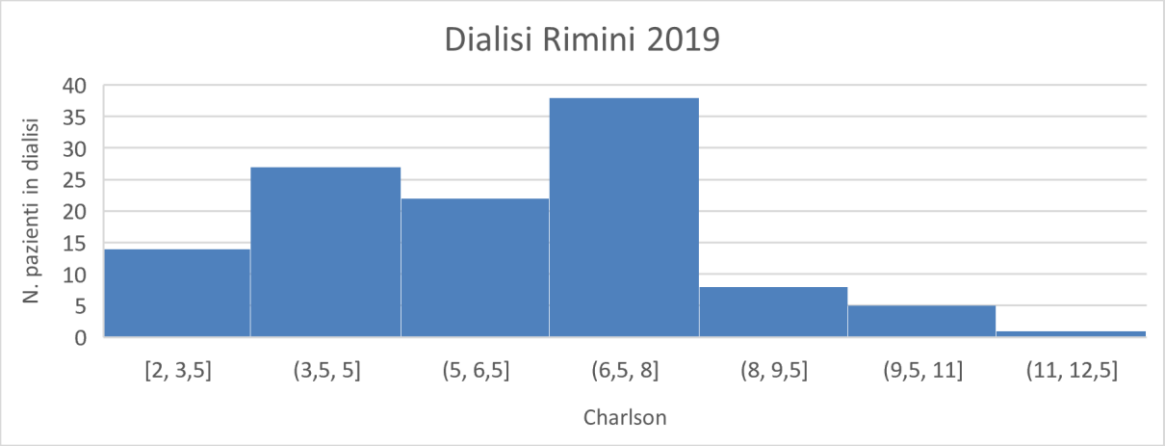


Fig. 9 – Indice di Charlson dei pazienti in dialisi a Rimini nel 2019.

Un altro dato importante ce lo fornisce l'indice di Charlson che consente di misurare la comorbidità e correlarla alla probabilità di sopravvivenza e al consumo di risorse sanitarie.

Su 119 pazienti, 14 hanno un indice di Charlson superiore a 8, che si correla con un elevato indice di mortalità a 12 mesi, il 12%.

Questo numero descrive pertanto il carico assistenziale che grava sul personale e sulla spesa sanitaria.

4.1 FERITE DIFFICILI

Negli ultimi anni dal gruppo di sorveglianza ferite difficili del nostro reparto è stata effettuata una raccolta dati sulle ferite sorvegliate e gli esiti che queste ferite sviluppavano.
Nel solo 2018 sono stati conteggiati tramite la piattaforma Log80 in dotazione alla nostra azienda ben 47 episodi di ricovero correlati direttamente alla presenza delle ferite difficili.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ferite sorvegliate	64	78	74	64	55	54
Pazienti portatori di ferita	37	36	33	29	25	27
Ferite pazienti diabetici	25	32	29	24	35	32
Ferite guarite	27	31	55	45	40	21

Tab. I – Report sorveglianza ferite difficile 2018. - Amaducci B, Biagetti E, Biguzzi R, Garetti A, Porcaro D, Ricci F, et al. Le ferite difficili in dialisi: valutare gli esiti per valorizzare le competenze. 2019;(5)

4.2 MEDICAZIONI EMOSTATICHE

Consumi e spesa medicazioni emostatiche Dialisi Rimini 2019 e 2020

Ambito	CdC	Cnd	Prodotto Des	Qta 2019 Gennaio - Dicembre	Importo 2019 Gennaio - Dicembre	Qta 2020 Gennaio - Dicembre	Importo 2020 Gennaio - Dicembre
RN	RN00346 - RN SERV.EMODIALISI	M040501 - DISPOSITIVI EMOSTATICI IN CELLULOSA	MED EMOST CELLULOSA_TABOTAMP_5X35CM_	430	7.344	990	16.909
RN	RN00346 - RN SERV.EMODIALISI	M040501 - DISPOSITIVI EMOSTATICI IN CELLULOSA	MED EMOST CELLULOSA_TABOTAMP_10X20_	190	3.709		0
RN	RN00346 - RN SERV.EMODIALISI	M040501 - DISPOSITIVI EMOSTATICI IN CELLULOSA	MED EMOST CELLULOSA_TABOTAMP_10X20CM	330	6.442		0
		M040501 - DISPOSITIVI EMOSTATICI IN CELLULOSA			17.495		16.909

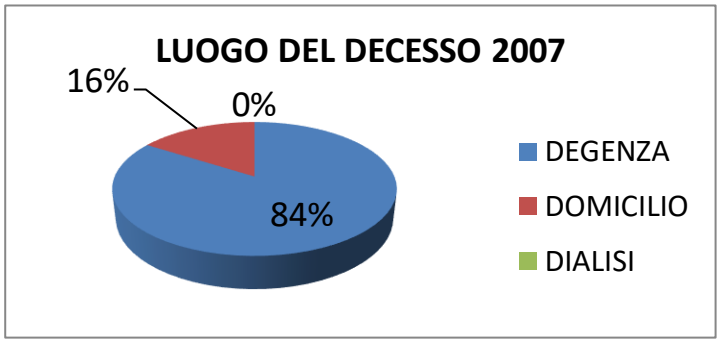
Ambito	CdC	Cnd	Prodotto Des	Qta 2019 Gennaio - Dicembre	Importo 2019 Gennaio - Dicembre	Qta 2020 Gennaio - Dicembre	Importo 2020 Gennaio - Dicembre
RN	RN00346 - RN SERV.EMODIALISI	M040503 - DISPOSITIVI EMOSTATICI IN SPUGNA DI GE	MED EMOST GELAT_CUTANPLAST DENTAL_	10992	2.682	11.856	2.893
		M040503 - DISPOSITIVI EMOSTATICI IN SPUGNA DI GELATINA			2.682		2.893

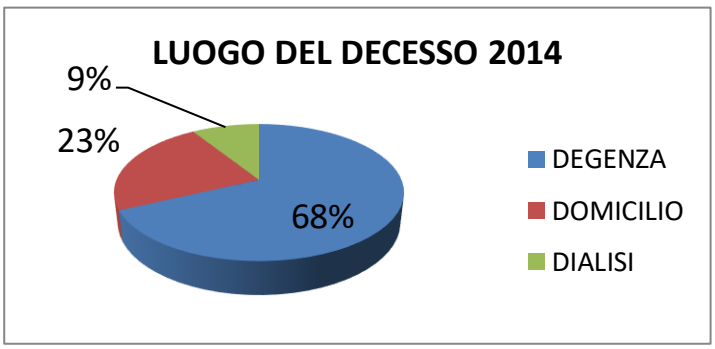
Fig. 10 – Costo medicazioni emostatiche 2019/2020 in dialisi a Rimini. – Documento budget aziendale AUSL Romagna.

La tabella mostra le spese del nostro reparto per l'anno 2019/2020 per le medicazioni emostatiche che vengono utilizzate in dialisi al fine di accelerare il processo di emostasi, specialmente nelle fistole di pazienti con problemi di coagulazione.
Sia per l'anno 2019 che per l'anno 2020 sono stati spesi circa 20.000 euro.

4.3 INDIVIDUAZIONE PRECOCE DEI BISOGNI DI CURE PALLIATIVE

Analizzando i grafici sottostanti si nota come negli ultimi anni sia comparso un certo numero di pazienti che muoiono in dialisi durante il trattamento. Questo dato significa che a volte le cure non tengono conto delle reali condizioni del paziente. Condizioni che, in certe situazioni richiederebbero una dialisi di tipo decrementale o addirittura la sospensione del trattamento.





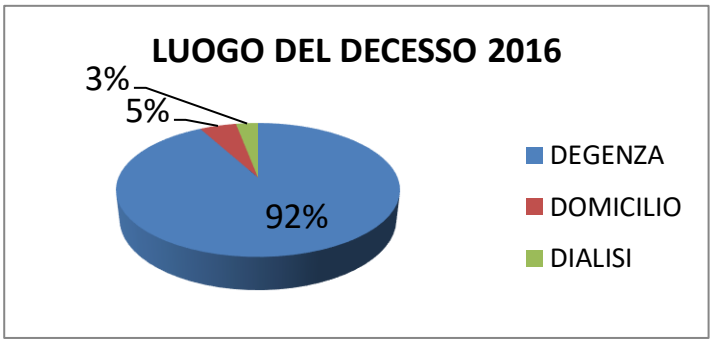


Fig. 11 Report luoghi del decesso dei pazienti in dialisi a Rimini.

5. DISCUSSIONE

L'aumento dell'incidenza delle malattie croniche è uno dei principali driver della necessità di riequilibrio ospedale- territorio, rispetto al quale è necessario definire che tipo di "nuova" organizzazione implementare e quali figure professionali introdurre al fine di assicurare la continuità assistenziale al paziente e la necessaria integrazione socio- sanitaria.

Il Case Management è un processo collaborativo di accertamento, pianificazione, facilitazione, coordinamento delle cure, valutazione ed advocacy delle scelte e dei servizi, che agevolano i bisogni sanitari generali dell'individuo e della famiglia, attraverso la comunicazione e le risorse disponibili, al fine di promuovere outcomes di qualità, con un buon rapporto costo/efficacia. La presenza di un case manager garantirebbe all'utente l'orientamento alle risposte di cui necessita nelle diverse situazioni e una assistenza efficace e coordinata e un appropriato utilizzo delle risorse. (20)
Il Case Manager, come riportato dalla letteratura e dalle numerose esperienze applicative in ambito nazionale ed internazionale, supporta il triplice obiettivo di migliorare le esperienze di assistenza ai pazienti, ridurre i costi sanitari e migliorare la salute della popolazione.(18)
Gli infermieri case manager lavorano per soddisfare le esigenze dei pazienti attraverso la valutazione, il coordinamento e la pianificazione e valutando le opzioni ei servizi disponibili.(21) Il loro coinvolgimento aiuta i pazienti e gli operatori sanitari a fare le scelte migliori per gestire il complesso mondo dell'assistenza sanitaria.

Dato il numero crescente di pazienti anziani, grazie all'allungamento della vita media, ma anche alle previsioni di aumento dei casi di diabete in tutto il mondo è necessario investire senza dubbio risorse e competenze sulla prevenzione e la corretta gestione delle ferite difficili. Quelle ferite che tendono a cronicizzare e che spesso portano ad episodi di ricovero e ad un gran numero di risorse sia materiali che umane. Avere una figura che prenda in carico queste ferite precocemente e indirizzi il paziente verso percorsi adeguati (ambulatorio vulnologico, assistenza domiciliare) diventa fondamentale.

Nell'ottica della conservazione dell'accesso vascolare (fistola, cvc) è importante avere una figura che faccia da riferimento per gli accessi vascolari complicati fra gli infermieri che si alternano in turno per aumentare l'efficacia e l'efficienza degli interventi infermieristici.

La spesa elevata delle medicazioni emostatiche utilizzate per la FAV (circa 20.000 euro l'anno) è dovuta ai tempi stringenti a cui sono sottoposti gli operatori per portare a termine il trattamento e liberare il letto per il paziente successivo.
Si ha la sensazione di guadagnare tempo prezioso e il paziente è incentivato a richiederlo la volta successiva. Il costo di emostatico può essere sicuramente ridotto con una corretta tecnica di puntura ed una pronta segnalazione delle fistole complicate.

Infine, l'aumentare dei pazienti che muoiono in dialisi durante le poche ore di trattamento effettuate è spesso indice di non attenta pianificazione delle cure. L'infermiere case manager deve essere quella figura che partecipa, con le proprie conoscenze e competenze, alle decisioni dei clinici, in materia di appropriatezza e proporzione delle cure.

L'infermiere case manager avrebbe quindi funzione di supervisore clinico assistenziale per la gestione dei problemi dei pazienti nelle diverse fasi del trattamento dialitico, un infermiere con competenze specifiche avanzate nell'ambito educativo e clinico, e che lavora in modo integrato ed uniforme all'interno delle equipe, fungendo da referente e consulente per i propri colleghi.(22)

Questo modello organizzativo viene già attuato con buoni risultati presso il reparto di emodialisi dell'ospedale Malpighi a Bologna dove "*il processo di cambiamento ha utilizzato le basi teoriche del Nursing Primario e del Case Management, inducendo il singolo professionista ad un maggiore approfondimento clinico, con conseguente maggiore soddisfazione lavorativa; al gruppo ha permesso di definire dei percorsi di competenze cliniche avanzate e strutturate. Il tutto inserito in un progetto aziendale codificato, che ha consentito la sostenibilità economica della sperimentazione e la raccolta di dati di evidenza: questi finora hanno confermato l'efficacia ed efficienza gestionale delle scelte metodologiche operate*."(23)

5.1 PIANIFICAZIONE STRATEGICA DEGLI INTERVENTI

ACCESSI VASCOLARI COMPLICATI

Infermiere	ICM	Razionale
Osservazione della sede di puntura della FAV, utilizzando indicatori concordati: • Esame obiettivo cute (eritema, edema, ecchimosi, ematomi). • Esiti di pregressa puntura (sangue, croste). • Esito puntura odierna (difficoltà, numero di aghi utilizzati, mono ago, sanguinamento). • Tempi di emostasi (minuti). Comunicazione all'ICM tramite segnalazione su cartella clinica informatizzata e apposito registro.	L'ICM che riceve la segnalazione da parte dell'infermiere prende in carico l'accesso vascolare e crea un piano di assistenza personalizzata. Gestisce il caso collegando al meglio le varie parti coinvolte nell'assistenza (infermiere, medico, caregiver). In particolare si occupa di: • Valutazione e presa in carico dell'accesso vascolare complicato. • Condivisione del caso con il "gruppo di miglioramento FAV" e il medico Nefrologo. • Monitoraggio nel tempo (con possibile ausilio di esame ecografico). • In caso di peggioramento, contatto con il chirurgo vascolare per valutazione.	Un accesso vascolare ben funzionante è una condizione imprescindibile per poter fare la dialisi e la dialisi è una terapia salvavita per questi pazienti. La pronta e precoce presa in carico di un accesso vascolare che mostra i primi segni di complicanza è molto utile ai fini di evitare tutti gli scenari che possono causare la perdita dell'accesso stesso. Una FAV mal funzionante: • aumentato rischio di trombosi che causa la perdita dell'accesso vascolare con necessità di utilizzarne uno nuovo in urgenza. • causa sanguinamento anomalo al momento della rimozione degli aghi con conseguente utilizzo di emostatico e allungamento dei tempi di permanenza in reparto da parte del paziente. Può

		inoltre portare a pericolose emorragie al domicilio con possibile accesso al pronto soccorso. • ha un aumentato rischio di infezione che è legata a ricovero e inizio terapia antibiotica. • diventa difficile da reperire in sede di puntura portando all'allungamento dei tempi di inizio trattamento e coinvolgimento di altri operatori e risorse materiali.

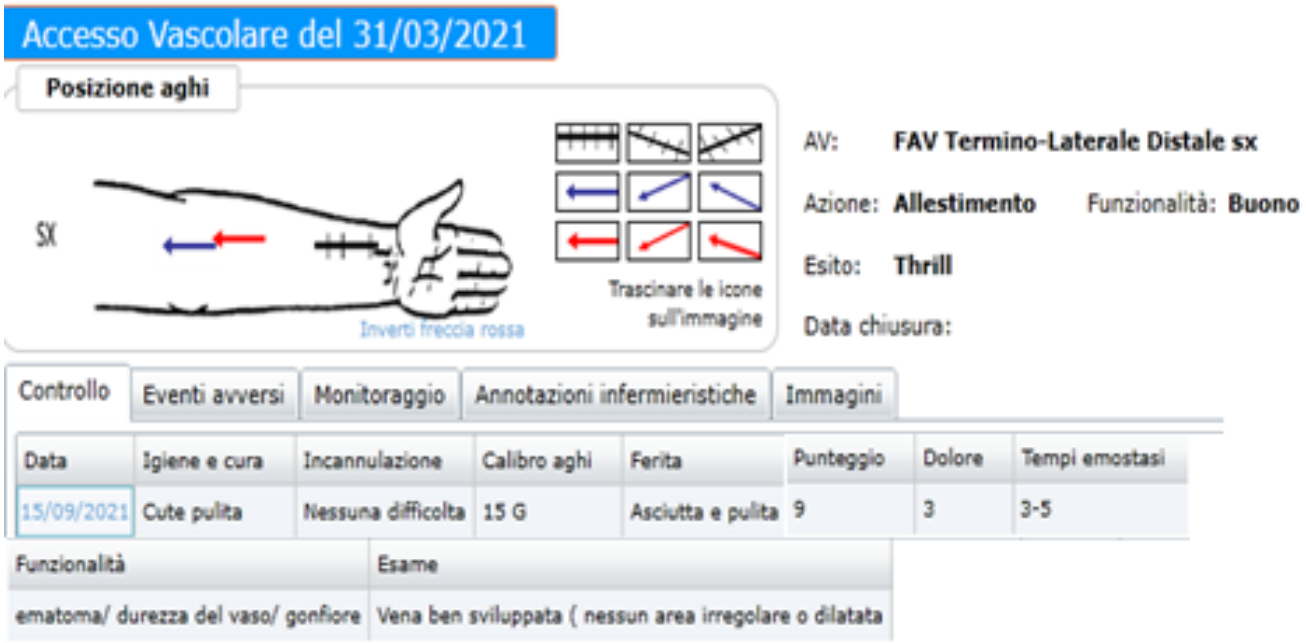


Fig.12 - Schermata della cartella infermieristica informatizzata riguardante l'accesso vascolare.

FERITE DIFFICILI

Infermiere	ICM	Razionale
Rilevazione, in sede di trattamento dialitico, di comparsa di lesioni e segnalazione tramite cartella clinica informatizzata e apposito registro all'infermiere case manager.	L'ICM che riceve la segnalazione da parte dell'infermiere prende in carico la ferita e crea un piano di assistenza personalizzata e gestisce il caso collegando al meglio le varie parti coinvolte nell'assistenza (infermiere, medico, caregiver) permettendo così di migliorare l'assistenza e contenere gli sprechi di medicazioni avanzate. In particolare si occupa di: • valutazione e presa in carico. • condivisione con il gruppo di miglioramento ferite difficili e con il medico Nefrologo. • monitoraggio del tempo e aggiornamento della procedura di medicazione su cartella clinica informatizzata. • Nel caso di pazienti diabetici, attivazione PDTA.	Una presa in carico precoce di queste ferite e l'attivazione, se necessario, di percorsi clinici assistenziali specifici (es. ambulatorio piede diabetico) evita il peggioramento e la complicazione di ferite che se trascurate portano a ricoveri e a investimento di risorse umane e materiali elevati.

Scheda del 31/08/2021

Data rilevazione 31/08/2021 Data risoluzione <dd/MM/yyyy>

posizione n. 21 lato Dx dettagli Lesione vascolare estesa con

Frequenza medicazione nei giorni di dialisi

Infermiere referente

Valutazioni periodiche | Agenda | Foto

Nuova | Modifica | Elimina

Data	Tipologia	Stadiazione	Detersione	Presidio	Medicazione	Terapia
02/09/21	vascolare	essudata, fibrina, escara, infetta, produttiva	soluzione fisiologica 0.9%	suprasorb ag	elastomul benda	antidolorifico

Fig.13 - Schermata della cartella infermieristica informatizzata riguardante la sorveglianza ferite.

CURE PALLIATIVE

Infermiere	ICM	Razionale
Somministrazione, in sede di trattamento dialitico, di scala di rilevazione del dolore e aggiornamento della scheda di valutazione giornaliera delle condizioni cliniche sulla cartella clinica informatizzata	L'ICM che riceve la segnalazione da parte dell'infermiere a seguito della comparsa di bisogni di cure palliative esegue un primo accertamento con il nefrologo. Verrà presentato un piano di cure condiviso con il paziente e i famigliari definendo con chiarezza i risultati attesi, includendo eventualmente il medico palliativista. Per la valutazione utilizza i seguenti strumenti: • Calcolo dell'indice di Charlson. • Calcolo dell'indice di Karnofsky. • Calcolo indice di Cohen. • Età del paziente	La proporzionalità delle cure, il rispetto delle scelte personali e la condivisione del percorso di assistenza sono un obbligo di legge per tutti gli esercenti le professioni sanitarie (L. 219/2017).

Comorbidità

Data rilevazione 13/01/2018

Indice di Karnofsky 90 - In grado di svolgere le normali attività solo con sintomi minori

Indice di Charlson 6

Comorbidità	Presente	Punteggio	Anno diagnosi
AIDS (non solo positività sierologica HIV)	No	6	
Aritmia	No	0	
Coronary artery disease	Sì	1	2011
Demenza	No	1	
Diabete con danno d'organo terminale (retinopatia, neuropatia, nefropatia)	No	2	
Diabete senza danno d'organo terminale (escluso quello controllato dalla sola dieta)	No	1	
Emiplegia	No	2	
Epatopatia (senza ipertensione portale, inclusa l'epatite cronica)	No	1	
Epatopatia moderata o severa	No	3	
Ipertensione arteriosa o paziente in trattamento antiipertensivo	No	0	
Leucemia (acuta o cronica)	No	2	
Linfoma	No	2	
Malattia cerebro vascolare: ictus senza residui o con residui modesti, o AIT	No	1	
Malattia del connettivo	No	1	
Malattia polmonare cronica	No	1	
Malattia renale severa e moderata	Sì	2	2009
Malattia vascolare periferica (incluso aneurisma aortico>=6 cm)	No	1	

Fig. 14 – Schermata cartella informatizzata per il calcolo dell'indice di Charlson e di Karnofsky.

HD MORTALITY PREDICTOR

Programmed by Stephen Z. Fadem, M.D., FASN and Joseph Fadem

DOWNLOAD IPHONE APP

SERUM ALBUMIN
2 g/dL

SURPRISE QUESTION
◉ I would NOT be surprised if my patient died in the next 6 months.
○ I would be surprised if my patient died in the next 6 months.

AGE 65 years

DEMENTIA
◉ My patient HAS dementia.
○ My patient does NOT have dementia.

PERIPHERAL VASCULAR DISEASE
◉ My patient HAS peripheral vascular disease.
○ My patient does NOT have peripheral vascular disease.

XBETA: 118.51
Predicted Six Month Survival: 17%
Predicted Twelve Month Survival: 1%
Predicted Eighteen Month Survival: 0%

REFERENCE:Cohen LM, Ruthhazer R, Moss AH, Germain MJ. Predicting Six-Month Mortality for Patients who are on Maintenance Hemodialysis Clin J Am Soc Nephrol. 2009 Dec 3

Fig.15 – Indice di Cohen per il calcolo della probabilità di sopravvivenza a sei mesi per il paziente emodializzato. (24)

6. CONCLUSIONE

L'inserimento dell'infermiere Case Manager in un reparto di Emodialisi comporta molteplici vantaggi.

Facilita la comunicazione e l'integrazione tra i vari membri del gruppo infermieristico, che si traduce in una conoscenza profonda del paziente e delle sue problematiche cliniche e psicosociali, aumentando la soddisfazione personale di ogni membro dell'equipe.

Questo modello organizzativo infatti implica una minore frammentazione delle cure, riduzione degli errori e di conseguenza una qualità più alta degli interventi erogati.

Il paziente avrebbe una pronta identificazione dei bisogni di assistenza, una gestione globale dei problemi e un'assistenza efficace e personalizzata con vantaggi diretti sulla salute e sulla qualità della vita.

Nel centro di Emodialisi di Rimini sono già presenti tutti gli strumenti per lavorare al meglio e fornire un'assistenza completa e personalizzata (gruppi di miglioramento, cartella infermieristica informatizzata e personale motivato e competente).

L'infermiere case manager attraverso l'esercizio del suo ruolo rappresenterebbe un valore aggiunto garantendo la supervisione dell'intero processo di cura e l'adeguata presa in carico di ogni singolo paziente, colmando le soluzioni di continuo che si possono avere in ambienti iper specialistici ed ipertecnologici quali le Emodialisi.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Jenkins K, Mahon A. Chronic kidney disease a guide to clinical practice. Luzern, Switzerland: EDTNA/ERCA; 2008. 125–155 pag.

2. Report 2016 – Ridt [Internet]. Registro Italiano Dialisi e Trapianto. 2016 [citato 3 settembre 2021]. Disponibile su: https://ridt.sinitaly.org/2018/10/16/report-2016/

3. Bergia R, Brunori G, Lombardi F, Formica M, Sangalli L, Ritossa C. Le Cure Palliative nelle persone con malattia renale cronica avanzata [Internet]. SIN | Società Italiana Nefrologia. [citato 3 settembre 2021]. Disponibile su: https://sinitaly.org/2016/06/03/documento-condiviso-sicp-sin-le-cure-palliative-nelle-persone-malattia-renale-cronica-avanzata/documentocondivisosicp-sin/

4. Libardi S, Bacchini G, Pontoriero G. La gestione dell'Accesso Vascolare nei pazienti in dialisi: il contributo dello Studio DOPPS - S. Libardi, G. Bacchini, G. Pontoriero, [Internet]. 2010 [citato 3 settembre 2021]. Disponibile su: https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/039493621002200107

5. Amaducci B, Biagetti E, Biguzzi R, Garetti A, Porcaro D, Ricci F, et al. Le ferite difficili in dialisi: valutare gli esiti per valorizzare le competenze. 2019;

6. Schena F, Selvaggi F, Gesualdo L, Battaglia M. Schena FP, Selvaggi FP, Gesualdo L, Battaglia M. Malattie dei reni e delle vie urinarie. Milano: McGraw-Hill, 2008, pag.424. 4ª ed. Milano: McGraw-Hill Education; 2008. 424 pag. (Medicina).

7. Hinkle J, Cheever K. Brunner & Suddarth. Infermieristica medico-chirurgica. 5ª ed. Vol. 1. CEA; 2017. 1549–1551 pag.

8. Romano M, Bertona R, Zorzoli F, Villani R. Cure palliative in unità di terapia intensiva cardiologica: una nuova competenza per il cardiologo intensivista. G Ital Cardiol. 1 ottobre 2017;18:685–95.

9. Vascular Access Work Group. Clinical practice guidelines for vascular access. Am J Kidney Dis Off J Natl Kidney Found. luglio 2006;48 Suppl 1:S248-273.

10. Bonforte G, Pogliani D, Genovesi S. SORVEGLIANZA DELLA FISTOLA ARTEROVENOSA: NUOVE RISPOSTE A UN VECCHIO PROBLEMA. 2011;9.

11. Fig. 5.17 Cannulation techniques. A) Rope-ladder technique, B) Area... [Internet]. ResearchGate. [citato 14 settembre 2021]. Disponibile su: https://www.researchgate.net/figure/Cannulation-techniques-A-Rope-ladder-technique-B-Area-technique-and-C-Button-hole_fig15_281733078

12. WHO. Diabetes [Internet]. [citato 16 settembre 2021]. Disponibile su: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes

13. Global diabetes data report 2010 — 2045 [Internet]. [citato 16 settembre 2021]. Disponibile su: https://diabetesatlas.org/data/

14. Stein G, Fünfstück R, Schiel R. Diabetes mellitus and dialysis. Minerva Urol E Nefrol Ital J Urol Nephrol. settembre 2004;56(3):289–303.

15. Report-RR-2019.pdf [Internet]. [citato 16 settembre 2021]. Disponibile su: https://ridt.sinitaly.org/wp-content/uploads/sites/9/2020/10/Report-RR-2019.pdf

16. Scanziani R. Qualità del fine vita nel paziente uremico: dalla teoria alla pratica. G Ital Nefrol Organo Uff Della Soc Ital Nefrol. 8 giugno 2016;3.

17. Marazzi F, Serra I, Manazza A, Marengo M, Tamagnone M, Pino C, et al. La sospensione della dialisi e le cure palliative: da un caso clinico una riflessione generale [Internet]. GIN. 2019 [citato 3 settembre 2021]. Disponibile su: https://giornaleitalianodinefrologia.it/2019/07/la-sospensione-della-dialisi-e-le-cure-palliative/

18. CCMC Code of Professional Conduct | Commission for Case Manager Certification (CCMC) [Internet]. [citato 16 settembre 2021]. Disponibile su: https://ccmcertification.org/ccmc-code-professional-conduct

19. Chiari P, Santullo A, Silvestro A. L'infermiere case manager : [dalla teoria alla prassi]. 2. ed. McGraw-Hill; 2011.

20. What Is A Case Manager | Case Management Society of America [Internet]. [citato 3 settembre 2021]. Disponibile su: https://cmsa.org/who-we-are/what-is-a-case-manager/

22. Guadagno V. L'innovazione organizzativa come strumento per migliorare l'assistenza infermieristica e per motivare e valorizzare i professionisti V. Guadagno - U.O.C. Nefrologia, Dialisi e Ipertensione Santoro, Settore Emodialisi - Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna Policlinico S.Orsola Malpighi, Bologna.

23. Guadagno V. L'assistenza infermieristica al paziente in emodialisi: applicazione di modelli organizzativi che esaltano le competenze e migliorano la qualità del servizio. G Clin Nefrol E Dialisi. 2012;24(1):47–51.

24. touchcalc.com/calculators/sq [Internet]. [citato 16 settembre 2021]. Disponibile su: http://touchcalc.com/calculators/sq