

# LA CONTINUITA' OSPEDALE-TERRITORIO IN ULSS 8 BERICA E L'ESPERIENZA IN DIALISI PERITONEALE

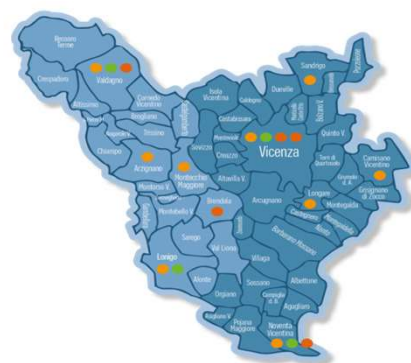
*Dott.ssa Luciana Nogara*  
27.10.2024



**Educare al cambiamento:  
quale supporto al paziente  
n e f r o p a t i c o**

**Padova**  
Fondazione OIC Onlus  
27 ottobre 2024

## Componenti Dialisi Peritoneale Domiciliare e Territorio dell'Ulss 8 Berica



- Case della Comunità (CdC)
- Centrali Operative Territoriali (COT)
- Ospedali di Comunità (OdiC)

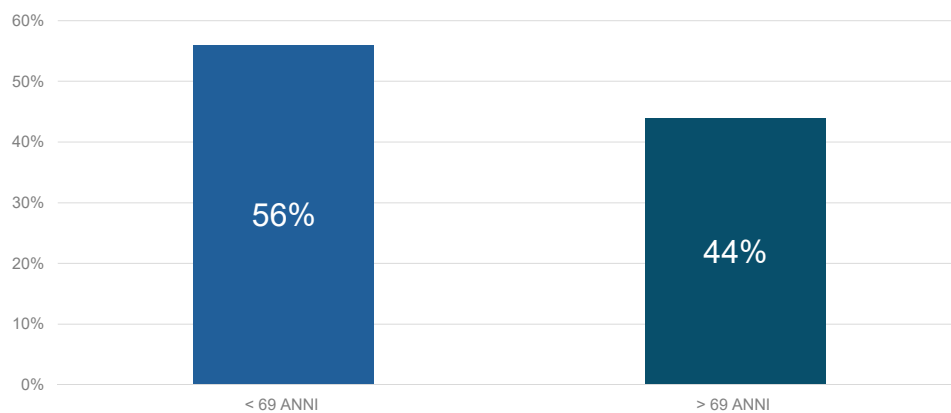


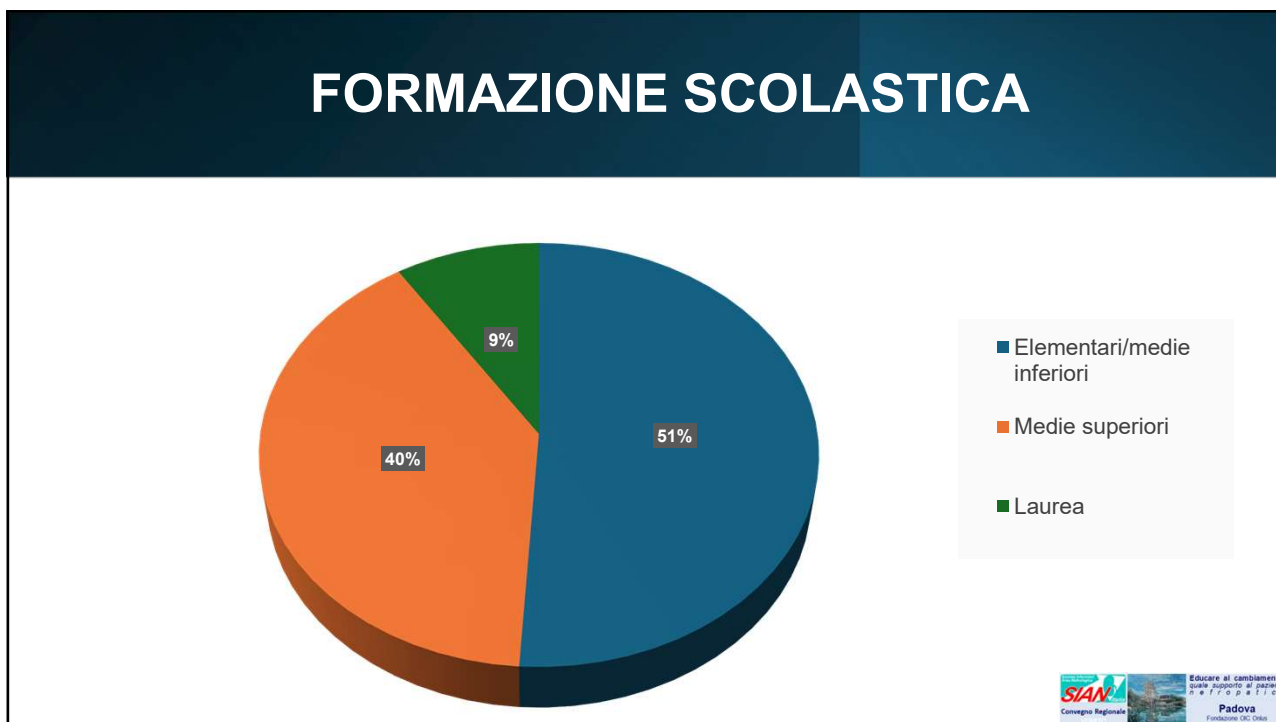
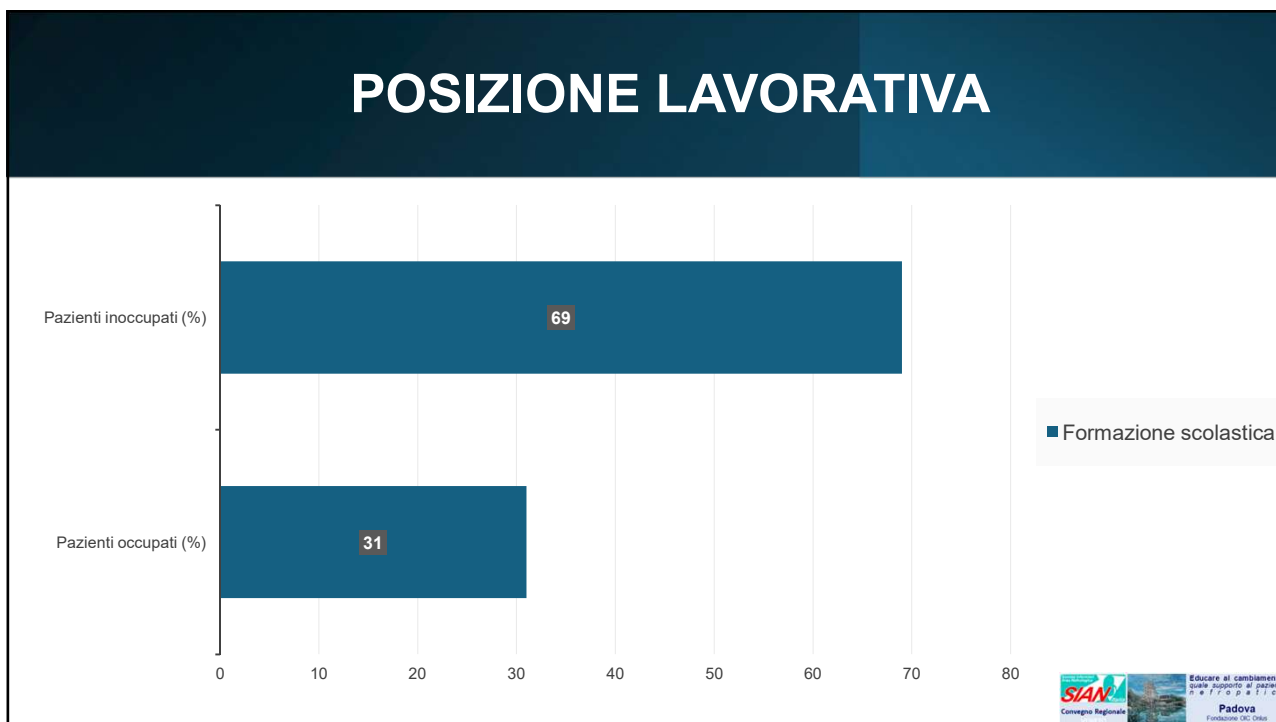
# PROFILO DEI PAZIENTI

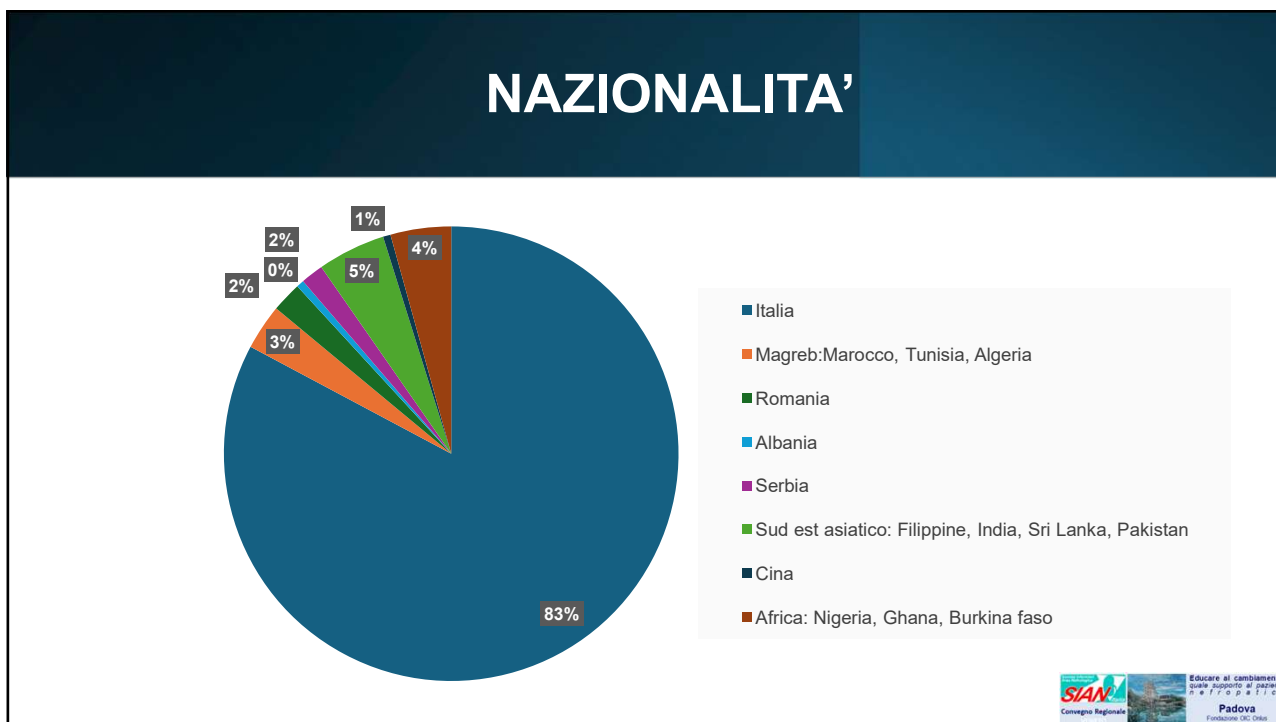


# ETA' DEI PAZIENTI

Età media: 62 anni







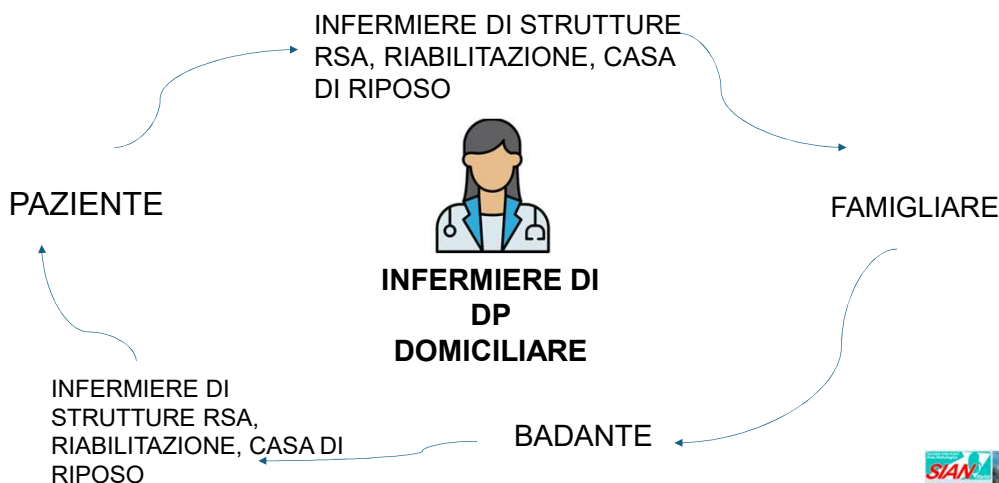
## STUDIO OSSERVAZIONALE RETROSPETTIVO

**La formazione continua sulla dialisi  
peritoneale a domicilio consente di  
migliorare l'enpowerment dei pazienti:  
l'esperienza di un singolo centro**

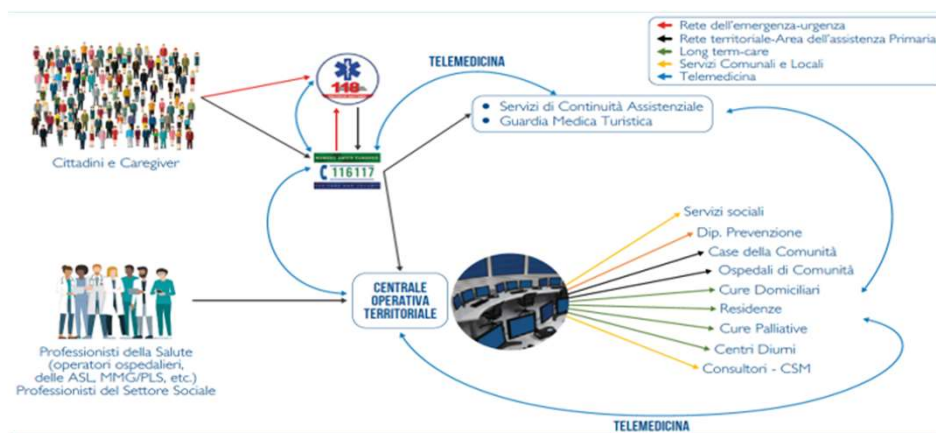
*J. Clin. Med.* 2024, 13(2), 411; <https://doi.org/10.3390/jcm13020411>

SIAN  
Consiglio Regionale Educare al cambiamento:  
questo supporto al paziente  
è il tuo partner  
Padova  
Fondazione IGC Onlus  
Autunno 2024

## Con chi si interfaccia l'infermiere di dialisi peritoneale domiciliare?



## Il territorio della ULSS 8 Berica



## Centrale Operativa Territoriale (COT)

La **Centrale Operativa Territoriale (COT)** è un modello organizzativo che ha come obiettivo quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Assolve al suo ruolo di racconto tra i vari servizi attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti e svolge una funzione di *coordinamento* della presa in carico della persona.

Stabilisce modalità formalizzate di comunicazione e utilizza strumenti tecnologici a supporto dei professionisti della salute che operano nelle seguenti unità operative:

- Case della Comunità (CdC)
- Unità di Continuità Assistenziale (UCA)
- Cure Domiciliari Integrate (ADI)
- Residenze/centri diurni
- Strutture ospedaliere, collaborando strettamente con i servizi di Bed Management
- Altre strutture territoriali (es. SERD, Alcologia)
- MAP/PLS
- Servizi sociali dei Comuni



## Unità Riabilitativa Territoriale (URT)

L' **Unità Riabilitativa Territoriale (URT)** è la struttura di ricovero intermedio e temporaneo: dà una risposta principalmente di *riabilitazione neurologica e motoria* di tipo estensivo per la riduzione della disabilità residua dopo eventi acuti o riacutizzazioni di patologie croniche in pazienti comunque sufficientemente collaboranti.



## Ospedale di Comunità (OdC)

E' una struttura intermedia inserita nella rete dei servizi rivolta principalmente a:

- **pazienti affetti da patologie croniche o riacutizzate**
- **pazienti affetti da malattie evolutive**
- **pazienti in dimissione da reparti ospedalieri per acuti**
- **pazienti affetti da patologie in fase di aggravamento irreversibile**
- **pazienti con perdita recente di alcune funzioni basilari della vita quotidiana (ADL)**



## Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD)

**L'UVMD (Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale)** è la modalità di accesso ai servizi della rete territoriale dei servizi socio-sanitari dell'Azienda ULSS n. 8 Berica.

L'UVMD è formata da un gruppo di professionisti socio-sanitari presente nel Distretto. Attraverso una valutazione di tipo multidimensionale (che prende cioè in considerazione gli aspetti sanitari, familiari, sociali ed economici) l'UVMD valuta il tipo di bisogno della persona che ha presentato domanda al fine di identificare gli interventi e le risposte più appropriate.

Definisce e segue nel tempo un progetto individualizzato, effettuando opportune verifiche ed aggiornamenti del progetto stesso periodicamente.



## CASI CLINICI – Caso n. 1

**S:** Paziente B.E., 62 anni, con storia di cardiopatia dilatativa e trapianto di cuore nel 2006. Attualmente in dialisi peritoneale (CAPD) e con recenti complicazioni cliniche. Recentemente dimesso dall'URT di Sandrigo dopo un ricovero in rianimazione per shock settico e linfoma cutaneo. Necessità di supporto continuo nella gestione della dialisi e nelle attività quotidiane

**B:** - Residente a 40 km dal centro dialisi.

- Dialisi peritoneale iniziata nel settembre 2022, con la moglie che assiste nella medicazione e nei controlli.
- Reazione allergica al Binocrit con edema del collo e lingua, trattata con corticosteroidi.
- Persistenti difficoltà a deglutire, gonfiore al collo, calo ponderale e ansia della moglie.
- Incidenti frequenti nella gestione della dialisi, come contaminazione e dimenticanze.
- Ricoverato nuovamente per un dolore al fianco dx, con ematoma perirenale, poi trasferito in rianimazione dove è avvenuto il decesso.

**A:** La situazione del paziente ha mostrato un deterioramento progressivo a causa delle complicazioni legate alla dialisi e alle patologie concomitanti. La moglie, sebbene stia acquisendo autonomia, ha manifestato preoccupazione costante e il supporto fornito non era sufficiente a garantire una gestione sicura e adeguata della terapia dialitica.

**R:** - Monitoraggio a distanza (telefonicamente) ed in presenza per aumentare la resilienza del paziente e del caregiver per ridurre il livello di ansia della moglie e migliorare il coping

- maggior collegamento con i servizi territoriali ( ADI e servizio Sociale) ed il MAP
- inserimento in un percorso di terminalità?



## CASI CLINICI – Caso n. 2

**S:** Paziente G. L., 66 anni, residente a 20 km dal centro dialisi. Attualmente in dialisi peritoneale (CAPD) gestita dalla moglie. Ha una storia clinica complessa con ipertensione, diabete mellito tipo II, e recente diagnosi di leucemia. Attualmente seguito dal MMG e dal servizio ADI.

**B:** - Ottobre 2022: ricovero in cardiologia per valori di creatinina elevati (da 4.5 a 8.5 mg/dl) e coinvolgimento ematologico per leucopenia e policitemia.

- Novembre 2022: posizionamento di un catetere peritoneale (CP) sistema Fresenius; avvio del training CAPD a fine dicembre.
- La moglie è stata addestrata a eseguire gli scambi dialitici e la medicazione, poiché il paziente si rifiuta di apprendere le tecniche.
- Frequenti ricoveri per problemi vascolari; a marzo 2024, amputazione dell'arto inferiore sinistro e del quinto dito del piede destro.
- Aprile 2024: trasferimento all'URT di Sandrigo per riabilitazione, con retraining CAPD per il personale.
- Situazioni critiche per confusione del paziente e scarsa compliance.

**A:** Il paziente ha mostrato progressi nella riabilitazione e ha recuperato cognitivtà, ma la fragilità logistica e familiare rimane un fattore critico. La moglie continua a gestire la dialisi e le medicazioni. La situazione familiare è complicata dalla recente nascita di un nipotino e dalle problematiche della figlia.

**R:** - Continuare il supporto del servizio ADI per le medicazioni e i prelievi ematochimici.

- Monitorare la compliance del paziente e organizzare incontri regolari per valutare la sua condizione.
- Fornire eventuali ulteriori risorse o supporto psicologico per la famiglia per migliorare l'ambiente di cura.
- Considerare la possibilità di un coinvolgimento più attivo del MMG e dell'Ass sociale per affrontare la fragilità familiare e logistica





## CASI CLINICI – Caso n. 3

**S:** Paziente P.V., 62 anni, residente a 20 km dal centro dialisi. Attualmente in dialisi peritoneale (APD) notturna, con un catetere vescicale a dimora per ritenzione urinaria. Vive con un fratello e la madre anziana. Ha iniziato a seguire regolarmente la terapia antipertensiva e chelante.

**B:** - Diagnosi di ritardo mentale non specificato.

- Diagnosi di diabete insipido nefrogenico a 4 anni, con frequenti infezioni delle vie urinarie.
- Posizionamento di un CP Fresenius nel dicembre 2012 per peggioramento della depurazione.
- Formazione su CAPD e APD gestita da colleghi precedenti.
- Attualmente gestisce autonomamente il cycler durante il trattamento notturno e prepara la terapia per os con l'aiuto del fratello, ma spesso non assume le terapie prescritte.
- Problemi di prurito e valori pressori elevati; scarsa aderenza alle terapie antipertensive e chelanti.

**A:** Nonostante le difficoltà iniziali, dopo un mese di supervisione settimanale, il paziente ha migliorato l'aderenza alla terapia. I valori pressori sono notevolmente diminuiti e il peso corporeo è calato di 10 kg in due mesi, con un miglioramento del BCM da +8,3 a +2,4. Tuttavia, la necessità di monitoraggio regolare rimane critica per mantenere il progresso.

**R:-** Continuare il programma di visite settimanali congiunte tra il team di dialisi e i colleghi dell'ADI per un supporto costante.

- Monitorare attentamente l'aderenza del paziente alla terapia antipertensiva e chelante e intervenire se necessario.
- Considerare ulteriori strategie per affrontare il prurito e migliorare la qualità della vita del paziente.
- Valutare l'opportunità di coinvolgere ulteriormente la famiglia nella gestione della terapia per garantire un supporto adeguato e costante.



## QUALE FUTURO ??

In questi tre anni il **31%** dei pazienti assistiti in DP erano seguiti anche con progetti assistenziali sul territorio.

- **Questi numeri cosa ci possono far capire?**
- **Quale futuro avrà il territorio?**
- **Potrebbe essere possibile un progetto condiviso a livello regionale di integrazione del paziente uremico con il territorio?**

**GRAZIE PER L'ATTENZIONE**

**Dott.ssa Luciana Nogara**

**luciana.nogara@aulss8.veneto.it**

