



Le due torri di Bologna. Si ringrazia per la gentile concessione: LANDINI, Maria Gràzia

Prevenzione, Cura, Innovazione
Nuove prospettive
per l'Infermieristica Nefrologica

44° CONGRESSO
NAZIONALE SIAN



BOLOGNA
4, 5, 6 maggio 2026

ZanhotelEuropa
Via Cesare Boldini, 11

Ruolo infermieristico e
trapianto pre-emptive:
un'indagine
conoscitiva a supporto
di futuri interventi
infermieristici

FRANCESCO PASTORE
Gruppo trapianti SIAN

Cos'è il trapianto pre-emptive?

1 **Trapianto renale pre-emptive**
Eseguito **prima dell'inizio della dialisi**

2 **Trapianto precoce**
Poco dopo l'insufficienza renale, con tempo minimo in dialisi

Perché è importante?



Trapianto Renale

L'opzione pre-emptive rappresenta il gold standard per il paziente con insufficienza renale terminale, evitando le complicanze della dialisi e migliorando la qualità di vita.

Quando parliamo di trapianto renale, è importante distinguere due momenti fondamentali.

Il primo è il **trapianto pre-emptive**, ovvero il trapianto eseguito *prima dell'inizio della dialisi*. Questo rappresenta l'approccio ideale, perché consente al paziente di evitare completamente la dialisi e le sue complicanze.

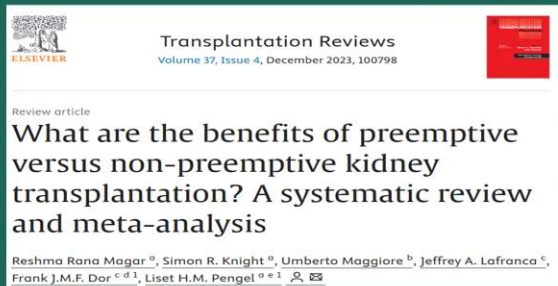
Il secondo è il **trapianto precoce**, che avviene poco dopo l'insorgenza dell'insufficienza renale terminale, con un tempo minimo in dialisi.

Ma perché il trapianto pre-emptive è così importante?

Perché oggi è considerato il *gold standard* per i pazienti con insufficienza renale avanzata.

Permette infatti di evitare le complicanze legate alla dialisi, come problemi cardiovascolari, infezioni e un generale peggioramento della qualità di vita.

Benefici del trapianto pre-emptive: revisione sistematica



Il trapianto renale pre-emptive (PKT) può evitare i costi e le complicanze legate alla dialisi.

La letteratura presenta risultati sui benefici complessivi del PKT.

Revisione sistematica su **87 studi** (≈860.000 pazienti).

Nei trapianti da donatore vivente:

- **riduzione significativa della mortalità** (RR 0.74),
- **riduzione della perdita del graft** (RR 0.72)

Il trapianto pre-emptive, soprattutto da donatore vivente, è associato a migliori outcome clinici rispetto al trapianto non pre-emptive.

Rana et al., 2023

Una recente revisione sistematica che ha incluso **87 studi per un totale di circa 860.000 pazienti**, fornisce evidenze solide, in particolare si osserva una **riduzione significativa della mortalità nel trapianto pre-emptive**. In sintesi, questi dati indicano chiaramente che il trapianto pre-emptive, soprattutto quando da donatore vivente, è associato a **migliori outcome clinici** rispetto al trapianto eseguito dopo un periodo di dialisi.

Trend europei nel trapianto pre-emptive: dati ERA Registry



Nephrol Dial Transplant, 2024, 39, 2100-2112
<https://doi.org/10.1093/ndt/gfae105>
Advance access publication date: 9 May 2024

Time trends in preemptive kidney transplantation in Europe: an ERA registry study

Anneke Kramer^{1,2}, Rianne Boenink^{1,2}, Cynthia G. Mercado Vergara³, Samira Bell^{4,5}, Julia Kerschbaum⁶, Olga L. Rodriguez Arévalo^{7,8}, Auxiliadora Mazuecos⁹, Aiko P.J. de Vries¹⁰, Anna V. Reiszeter¹¹, Esther H.S. Wong¹², Torbjörn Lundgren¹³, María O. Valentin¹⁴, Flor A. Ordoñez Alvarez¹⁵, Edoardo Mellilli¹⁶, Patrik Finne¹⁷, Márten Segelmark¹⁸, Cécile Couchoud¹⁹, Søren S. Sørensen²⁰, Pietro Manuel Ferraro^{21,22}, Miha Arnot²³, Mustafa Arici²⁴, Alberto Ortiz²⁵, Kitty J. Jager²⁶, Daniel Abramowicz^{26,27}, Vianda S. Stel^{28,29} and Rachel Helemans^{30,31}

Il trapianto renale pre-emptive (PEKT) è in costante aumento in Europa (dal 7% nel 2000 al 18% nel 2019).

Crescita osservata sia nei trapianti da:

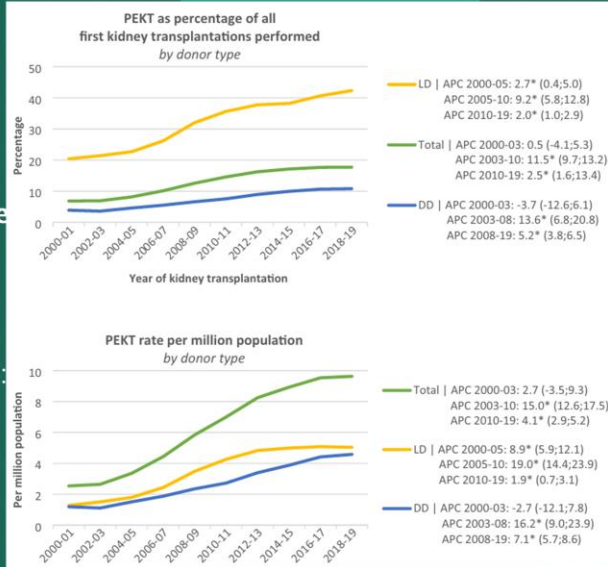
- donatore vivente (21% → 43%)
- donatore deceduto (4% → 11%)

Persistono ampie differenze tra Paesi e importanti barriere:

- carenza di donatori
- invio tardivo al centro trapianti
- tempi lunghi di valutazione

Le principali strategie migliorative includono:

- maggiore sensibilizzazione
- referral precoce
- riduzione dei tempi di work-up



Se guardiamo ai dati europei, vediamo che il trapianto pre-emptive è in crescita: dal 7% circa nel 2000 al 18% nel 2019.

Quindi è una pratica in aumento, ma ancora non pienamente diffusa.

La crescita è evidente soprattutto nei trapianti da donatore vivente, mentre nei donatori deceduti è più contenuta.

Ma il dato forse più importante è un altro: esistono ampie differenze tra i Paesi europei.

L'accesso al trapianto pre-emptive dipende molto da:

- ☑ organizzazione dei sistemi sanitari
- ☑ disponibilità di donatori
- ☑ percorsi di presa in carico



Prevenzione, Cura, Innovazione

Nuovo progetto per l'Infermeristica Nefrologica

44° CONGRESSO NAZIONALE SIAN



4-5-6 Maggio 2026
Zurigo Hotel Europa - Bologna

Confronto tra pre-emptive e trapianto post-dialisi: benefici e costi

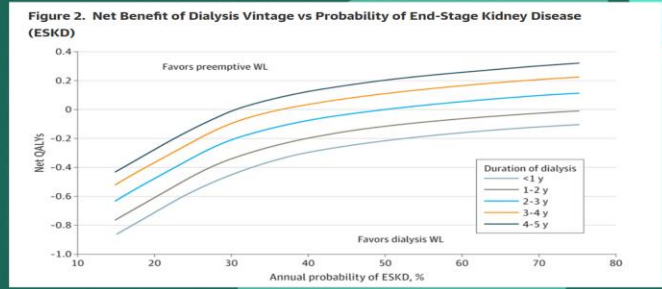
> JAMA Netw Open. 2022 Jul 1;5(7):e2223325. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.23325.

Comparing the Net Benefits of Adult Deceased Donor Kidney Transplantation for a Patient on the Preemptive Waiting List vs a Patient Receiving Dialysis

Bryce A Kiberd¹, Karthik K Tennankore¹, Amanda J Vinson¹

- I pazienti trapiantati in fase pre-emptive mostrano una **sopravvivenza maggiore e più QALYs** rispetto a chi non riceve trapianto.
- L'allocazione pre-emptive comporta **costi più elevati** rispetto al trapianto in pazienti già dializzati.
- Dal punto di vista:
 - **individuale** → migliore il trapianto pre-emptive
 - **di sistema** → più efficiente trapiantare pazienti già in dialisi
- **Messaggio chiave:** Esiste un trade-off tra beneficio individuale e ottimizzazione delle risorse sanitarie.

Group	Benefit, QALY	Cost, thousands of 2017 US dollars	Net benefit, QALY	Net cost, thousands of 2017 US dollars
Patients by duration of dialysis				
<1 y				
No DD transplant	6.20	788.8		
DD transplant	10.33	545.6	4.13 (3.95 to 4.31)	-243.2 (225.2 to 261.1)
3-4 y				
No DD transplant	5.92	753.5		
DD transplant	9.66	518.4	3.74 (3.56 to 3.92)	-235.1 (217.2 to 253.0)
Patients on preemptive waiting list by probability of initiating dialysis				
33%/y				
No DD transplant	6.83	726.5		
DD transplant	10.58	537.4	3.75 (3.57 to 3.93)	-189.1 (172.5 to 205.7)
60%/y				
No DD transplant	6.61	771.3		
DD transplant	10.58	537.4	3.97 (3.80 to 4.14)	-197.9 (180.8 to 215)
20%/y				
No DD transplant	7.11	675.6		
DD transplant	10.58	537.4	3.47 (3.29 to 3.65)	-102.2 (86.2 to 118.2)
Comparison between waiting lists, probability of initiating dialysis vs duration of dialysis				
33%/y vs <1 y	NA	NA	-0.39 (-0.49 to -0.29)	54.1 (44.1 to 64.1)
60%/y vs <1 y	NA	NA	-0.16 (-0.25 to -0.07)	9.2 (1.0 to 17.4)
20%/y vs <1 y	NA	NA	-0.67 (-0.78 to -0.56)	104.9 (88.7 to 121.1)
33%/y vs 3-4 y	NA	NA	0.01 (-0.13 to 0.15)	45.9 (32.7 to 59.1)
60%/y vs 3-4 y	NA	NA	0.24 (0.10 to 0.38)	1.1 (-7.1 to 9.0)
20%/y vs 3-4 y	NA	NA	-0.27 (-0.40 to -0.14)	96.8 (88.6 to 105.0)



I dati ci dicono chiaramente che il trapianto pre-emptive offre un vantaggio importante per il paziente non solo in termini di sopravvivenza sia di qua
Tuttavia, quando guardiamo al sistema, la questione si complica:
l'allocazione pre-emptive comporta costi iniziali più elevati,
e in alcuni casi risulta più "efficiente" trapiantare pazienti già in dialisi.
Quindi ci troviamo davanti a un equilibrio delicato:
da un lato il massimo beneficio per il singolo paziente,
dall'altro l'ottimizzazione delle risorse a livello di sistema.
Il punto chiave è proprio questo trade-off,
che rende le scelte non solo cliniche, ma anche organizzative ed etiche.

Pre-emptive KT: perché quando e come

Preemptive kidney transplantation: why, when, and how?

[Ana Flávia Moura](#)¹, [José A Moura-Neto](#)¹, [Lucio R Requião-Moura](#)², [Álvaro Pacheco-Silva](#)^{2,3}

▶ [Author information](#) ▶ [Article notes](#) ▶ [Copyright and License information](#)

PMCID: PMC10697151 PMID: [36179015](#)

- Il trapianto renale pre-emptive (PKT) rappresenta l'opzione con i **migliori risultati clinici, sociali ed economici**.
- Nonostante i benefici, è ancora **poco utilizzato come prima terapia** nei pazienti con insufficienza renale terminale.
- Diverse iniziative internazionali mirano a **identificare le barriere e migliorare l'accesso** al PKT.
- È fondamentale definire **quando indicarlo e come preparare precocemente i pazienti** al trapianto.

Table 1. Main issues and barriers for preemptive kidney transplantation.

Ethical issues
Equity
Priority
Medical urgency
Efficiency
Utility
Therapeutic outcomes
Autonomy
Responsibility
Late referral to the nephrologist
Accessibility to transplant centers to all patients
Long time requested to donor assessment
Prolonged time on the waiting list for patients on dialysis

La letteratura ci dice chiaramente che il trapianto pre-emptive, nonostante i benefici, è ancora poco utilizzato come prima linea.

Si crea quindi un gap tra evidenza e realtà.

Questo gap è legato a diverse barriere.

Da un lato, quelle organizzative: ritardo nell'invio al nefrologo, accesso non uniforme ai centri trapianto, tempi lunghi per la valutazione.

Dall'altro, barriere etiche e decisionali: equità, priorità, gestione delle risorse.

Ed è qui che si collega il trade-off visto prima.

Per superarlo, le esperienze internazionali puntano su tre elementi chiave:

- ☑ tempestività nell'identificazione
- ☑ organizzazione dei percorsi
- ☑ approccio multidisciplinare

Solo così è possibile trasformare l'evidenza in pratica.

Barriere al trapianto pre-emptive: la survey NKF

AJN American Journal of Nursing
The Leading Voice of Nursing Since 1900

Articles & Issues Collections Podcasts Webinars Videos For Authors Journal Info AI Chat

ORIGINAL RESEARCH

Barriers to Preemptive Kidney Transplantation

Coorey, Genevieve M. MA, BSN, RN; Paykin, Catherine MSSW; Singleton-Driscoll, Linda C. MBA; Gaston, Robert S. MD

Author Information

AJN, American Journal of Nursing 109(11):p 28-37, November 2009. | DOI: 10.1097/01.NAJ.0000363348.29227.a9

- La survey della National Kidney Foundation ha analizzato barriere socioeconomiche, conoscenze e percezioni sul trapianto.
- I pazienti trapiantati avevano reddito e livello di istruzione più elevati ed erano più spesso informati dal medico.



Tra i non trapiantati erano diffuse false credenze (necessità della dialisi prima del trapianto, percezione del trapianto come ultima opzione).



Le spese out-of-pocket risultavano maggiori nei trapiantati, ma le preoccupazioni economiche erano comuni in entrambi i gruppi.



Sebbene la maggior parte fosse favorevole alla donazione da vivente, emergeva disagio nel richiederla.



Le principali barriere al trapianto pre-emptive risultano essere fattori economici e carenze educative.

Coorey et al., 2009



Prevenzione, Cura, Innovazione
Nuove prospettive
per l'Interferistica Nefrologica



44° CONGRESSO NAZIONALE SIAN

Un altro aspetto fondamentale riguarda le barriere non cliniche.

La letteratura mostra chiaramente che il trapianto pre-emptive non è limitato solo da fattori medici, ma anche da determinanti socioeconomici, educativi e percettivi.

I pazienti che accedono al trapianto sono più spesso

- ☑ con livello di istruzione più elevato
- ☑ con maggiori risorse economiche
- ☑ e meglio informati dal medico

Questo evidenzia una disuguaglianza reale nell'accesso alle opportunità di cura.

Al contrario, tra i pazienti non trapiantati emergono ancora false credenze:

l'idea che la dialisi sia obbligatoria prima del trapianto, o che il trapianto rappresenti l'ultima opzione.

Il punto quindi è chiaro:

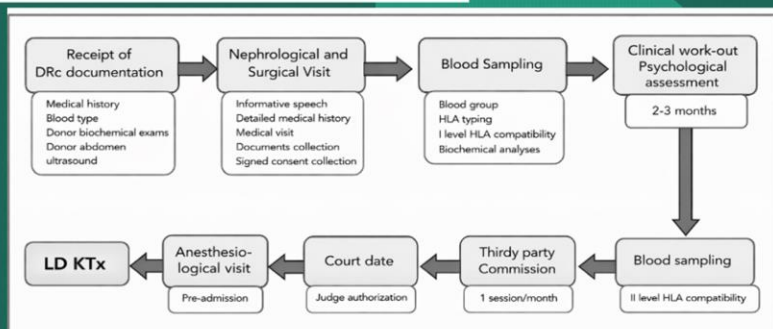
le barriere non sono solo cliniche, ma anche culturali ed educative.

GENNAIO FEBBRAIO 2026 - ORIGINAL ARTICLES

The Fast-Track Program: A new Organizational Model to Enhance Living Donor and Pre-emptive Kidney Transplantation

- Il trapianto da donatore vivente, soprattutto in modalità pre-emptive, rappresenta il **gold standard** per l'ESRD.
- In Italia è ancora **sottoutilizzato** a causa di barriere organizzative e tempi lunghi di valutazione.
- Il programma **Fast-track** consente di completare il work-up donatore-ricevente in **5 giorni consecutivi**.
- Il modello ha mostrato:
 - riduzione dei tempi verso il trapianto
 - aumento dei trapianti pre-emptive

Modelli organizzativi innovativi possono migliorare l'accesso al trapianto e aumentare il ricorso al pre-emptive.



Regalia et al., 2026

Il motivo principale quindi del mancato accesso al trapianto pre-emptive non è clinico, ma organizzativo:

Per rispondere a questa criticità un interessante iniziativa è il modello Fast-track:

un percorso strutturato che consente di completare il work-up donatore-ricettore in pochi giorni consecutivi.

Questo ha un impatto concreto:

- ☑ riduce i tempi verso il trapianto
- ☑ aumenta l'accesso al trapianto pre-emptive

Il punto chiave è semplice:

quando cambia l'organizzazione, cambiano anche gli esiti.

E quindi il messaggio è chiaro:

non basta sensibilizzare, bisogna ripensare i percorsi, rendendoli più rapidi, integrati e centrati sul paziente.

Perché un infermiere esperto nel trapianto pre-emptive è fondamentale

Accesso limitato e disomogeneo

- Ampia variabilità tra centri
- Sottoutilizzo del pre-emptive

Ritardi nel referral e percorso

- Invio tardivo ai centri trapianto
- Tempi lunghi di valutazione (work-up)

Barriere organizzative

- Scarsa integrazione tra servizi
- Percorsi non standardizzati
- Difficoltà logistiche

Carenza di supporto

- Pazienti poco informati
- Bisogni educativi non intercettati

Disallineamento tra beneficio individuale e sistema:

- Complessità nella scelta del timing ottimale
- Necessità di ottimizzare risorse limitate



Ed è proprio qui che entra in gioco l'infermiere esperto.

Se guardiamo ai diversi livelli, l'infermiere può intervenire in modo concreto:

nell'accesso, intercettando precocemente i pazienti;

nei ritardi, facilitando il referral e accelerando il work-up;

nelle barriere organizzative, facendo da ponte tra i servizi;

e nella carenza di supporto, colmando il gap informativo ed educativo.

In altre parole, l'infermiere è la figura che connette tutto il percorso.

Senza coordinamento, il percorso resta frammentato.

La valutazione infermieristica nei candidati al trapianto

SCOPING REVIEW

NursingOpen WILEY

Creating the nursing care map in the evaluation of kidney transplant candidates: A scoping review and narrative synthesis

TABLE 2 Summary of nursing assessment categories to be considered in KT candidates.

Physical needs	<ul style="list-style-type: none">• Personal and family physical comorbidities• Sex• Age• Dependency and frailty• Body weight and Nutrition• Drug use• Place of residence• Structural and socioeconomic determinants
Psychological and quality of life needs	<ul style="list-style-type: none">• Personal and family mental comorbidities• Pain• Self-perception• Quality of life
Education and adherence needs	<ul style="list-style-type: none">• History of prior non-compliance• Gender• Educational level• Motivation• Self-care• Family support

- La valutazione infermieristica nei candidati al trapianto renale deve includere aspetti fisici, psicosociali e di aderenza.
- Gli infermieri supportano l'accesso al trapianto e promuovono comportamenti utili a ridurre esclusioni e complicanze.
- È stata sviluppata una mappa di assistenza infermieristica che integra i principali elementi del percorso.
- Gli infermieri di pratica avanzata sono fondamentali per facilitare l'accesso e migliorare gli esiti.

Pedreira-Robles et al., 2023



Anche qui La letteratura evidenzia come l'infermiere sia fondamentale nel mappare tutto il percorso che porta la trapianto pre emptive....

Integrando aspetti clinici a **dimensioni fisiche, psicologiche, sociali ed educative**.

l'infermiere non si limita a valutare, ma **agisce attivamente** per facilitare l'accesso al trapianto, promuovere comportamenti adeguati e ridurre il rischio di esclusione. Questa nursing care map è davvero interessante perché rappresenta un passo importante verso la standardizzazione del percorso e una presa in carico più efficace.

Serve una figura chiave dedicata

in grado di:



Coordinare
il percorso



Facilitare
l'accesso



Supportare
pazienti e caregiver



Arrivati a questo punto, emerge chiaramente un bisogno: **serve una figura chiave dedicata**.

Una figura in grado, prima di tutto, di **coordinare il percorso**, riducendo frammentazioni, ritardi e discontinuità tra i diversi servizi.

Ma anche di **facilitare l'accesso**, accompagnando il paziente nelle diverse fasi del percorso e aiutandolo a orientarsi in un sistema spesso complesso.

E soprattutto, una figura capace di **supportare pazienti e caregiver**, rispondendo ai bisogni informativi, emotivi e decisionali che, come abbiamo visto, rappresentano una delle principali barriere al trapianto pre-emptive.

Break the barriers... a survey to know the gap



le barriere quindi esistono, sono multiple e influenzano concretamente l'accesso al trapianto pre-emptive.

Ma c'è una domanda fondamentale:

quanto siamo realmente consapevoli di queste barriere nella pratica quotidiana?

Da qui nasce l'idea di questo progetto: **rompere le barriere, partendo dalla loro comprensione.**

Per farlo, abbiamo scelto uno strumento semplice ma potente:

una **survey**, con l'obiettivo di esplorare il gap tra ciò che sappiamo dalla letteratura e ciò che accade realmente nei contesti clinici.

STRUTTURA DEL QUESTIONARIO

5 Aree di Competenza Valutate

01 Competenze Tecniche Gestione percorso trapiantologico, formazione, eleggibilità, complicitanze Dom. 1-4	02 Competenze Relazionali Comunicazione col paziente candidato, donatore, supporto emotivo, famiglia Dom. 5-8	03 Competenze Educative Attività educative, programmi strutturati, informazioni su tipologie trapianto Dom. 8-11	04 Competenze Organizzative PDTA, case manager, percorsi strutturati, presa in carico precoce Dom. 12-18	05 Ricerca & Sviluppo Coinvolgimento in ricerca, audit clinici, formazione continua, priorità Dom. 19-22
---	--	---	---	---

Prevenzione, Cura, Innovazione
Nuove prospettive per l'Interferistica Nefrologica
44° CONGRESSO NAZIONALE SIAN
BIOLOGIA 4, 5, 6 maggio 2024

La survey l'abbiamo immaginata inizialmente su 4 livelli di indagine, ovviamente partiamo dalle competenze (tecniche educative relazionali organizzative e di ricerca, per poi successivamente modulare queste competenze sui livelli di complessità assistenziale e cercare di standardizzare il processo

01 Competenze Tecniche

Dom. 1 · Competenza nel percorso trapiantologico

Si sente competente nella gestione del percorso trapiantologico (cadaver e vivente) di un paziente con insufficienza renale in stadio terminale?

Scala: Per nulla · Poco · Moderatamente · Molto · Completamente

Likert 5 punti

Dom. 2 · Formazione specifica

Ha ricevuto una formazione specifica circa il percorso donazione e trapianto?

Sì, strutturata Sì, informale No

Risposta chiusa - 3 opzioni

Dom. 3 · Competenze specifiche (Likert 1-5)

- Identificare i pazienti eleggibili al trapianto
- Gestire il percorso pre-trapianto
- Riconoscere complicanze post-trapianto
- Collaborare nella valutazione pre-trapianto donatore/ricevente

Dom. 4 · Aperta: competenze da migliorare

Risposta aperta — campo testo libero



02

Competenze Relazionali

Dom. 5 · Comunicazione col candidato trapianto

Si sente adeguatamente preparato nella comunicazione con il paziente candidato al trapianto?

Scala: Per nulla → Completamente (5 punti)

Dom. 6 · Comunicazione col donatore vivente

Si sente adeguatamente preparato nella comunicazione con il paziente che decide di donare un rene?

Scala: Per nulla → Completamente (5 punti)

Nota: La sezione relazionale esplora sia la competenza percepita che le difficoltà riscontrate nella comunicazione clinica.

Dom. 7 · Gestione comunicativa (Likert 1–5)

È in grado di gestire nel percorso del paziente con malattia renale avanzata:

- Colloqui su opzioni terapeutiche
- Comunicazione di informazioni complesse
- Supporto emotivo al paziente
- Coinvolgimento della famiglia

Dom. 8 · Difficoltà comunicative (aperta)

Principali difficoltà nella propria esperienza — campo testo libero

03

Competenze Educative

Dom. 8 · Partecipazione attività educative

Partecipa ad attività educative rivolte ai pazienti dell'ambulatorio di malattia renale avanzata, specificatamente inerente la parte trapianto da vivente?

Sì, regolarmente Occasionalmente No

Dom. 9 · Disponibilità programmi educativi

Sono disponibili programmi educativi strutturati indirizzati al paziente con malattia renale avanzata?

- Sì e interessano anche l'opzione trapiantologica
- Sì, ma non coinvolgono l'opzione trapianto
- No
- Parzialmente

Nota: dom. 8 appare sia nella Sez. 2 (comunicazione difficoltà) che nella Sez. 3 (partecipazione educativa) — numerazione originale preservata.

Dom. 10 · Adeguatezza informazioni al paziente (Likert 1-5)

I pazienti nel percorso di malattia renale avanzata ricevono informazioni adeguate su:

- Trapianto da cadavere
- Trapianto da vivente
- Rischi e benefici del trapianto
- Percorso di presa in carico (pre → post trapianto)

Dom. 11 · Miglioramenti percorsi educativi (aperta)

Cosa migliorerebbe nei percorsi educativi? — campo testo libero



Prevenzione, Cura, Innovazione
Nuove prospettive
per l'Intermedistica Nefrologica
44° CONGRESSO NAZIONALE SIAN



04

Competenze Organizzative

PDTA & Presa in carico

Dom. 12

Esiste un PDTA per IRC avanzata?

- Sì, con trapianto
- Sì, senza
- No

Dom. 13

Nel percorso si affronta il tema del trapianto?

- Sì No

Dom. 16

Il paziente IRC terminale viene preso in carico precocemente (eGFR=20)?

- Sempre
- Mai

Case Manager & Qualità

Dom. 14

È presente una figura di coordinamento (case manager)?

- Sì No

Dom. 15

Come valuta l'organizzazione del percorso di presa in carico?

- Inadeguata
- Parzialmente
- Adeguata
- Molto adeguata

Dom. 18

Criticità organizzative rilevate (campo testo libero)

Strumenti per il Trapianto

Dom. 17 · Presenza strumenti (Sì/No):

- Agende dedicate
- Percorsi strutturati
- Team multidisciplinare
- Strumenti di coordinamento



Dom. 16 — presa in carico precoce (eGFR=20)

05 Ricerca & Sviluppo

Dom. 19 · Coinvolgimento in ricerca

È coinvolto in attività di ricerca?

Sì No

Dom. 20 · Impatto della ricerca (Likert 1-5)

Ritiene che la ricerca migliori la qualità del percorso assistenziale?

Scala: Per nulla → Completamente (5 punti)



Dom. 21 · Attività promosse nella struttura

1. Audit clinici
2. Studi osservazionali
3. Formazione continua
4. Nessuno

Risposta multipla — selezione checkbox

Dom. 22 · Aree di ricerca prioritarie (aperta)

Campo testo libero — risposta aperta

22

Domande totali

5

Sezioni

4

Aperte



PROGETTO: Ruolo infermieristico nel percorso dell'IR terminale – Trapianto da vivente

Sviluppo e implementazione di un modello infermieristico attraverso survey e analisi dei risultati

FASE	ATTIVITÀ	2026							
		GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE	
1. CO-DESIGN PROGETTO	Definizione obiettivi e modello di progetto	█							
	Sviluppo survey (mappatura bisogni)	█							
2. ALLINEAMENTO ORGANIZZATIVO	Coinvolgimento stakeholder e team		█						
	Validazione interna strumenti e contenuti		█						
3. ASSESSMENT (SURVEY)	Attivazione survey			█					
	Raccolta dati e monitoraggio (reminder e follow-up)				█				
4. ANALISI E INTERPRETAZIONE	Analisi dei risultati					█			
	Identificazione gap e criticità					█			
5. SVILUPPO MODELLO INFERMIERISTICO	Definizione ruolo e competenze infermieristiche					█			
	Proposta modello organizzativo e roadmap operativa						█		
6. DISSEMINAZIONE E OUTPUT	Output progetto (report, presentazioni, workshop)						█		
	Diffusione risultati (convegni, pubblicazioni)							█	



OBIETTIVO FINALE:

Definire un modello infermieristico efficace e sostenibile per migliorare il percorso del paziente con IR terminale e favorire l'accesso al trapianto da vivente.



Focus: competenze, organizzazione, integrazione, educazione e supporto al paziente

