

Appendice A

Relazione

DIAGNOSI

E

**DEFINIZIONE DI INTERVENTO
EDUCATIVO**

Nome del gruppo di appartenenza

GRUPPO ETOILE

Caso assegnato

Breve descrizione del caso utile alla sua identificazione

Sandra è una giovane donna di 38 anni, sposata da due mesi con un uomo con cui ha una relazione stabile da dieci anni.

A seguito di un incidente stradale, alla donna viene diagnosticata l'insufficienza renale acuta, con successiva cronicizzazione.

È attualmente in attesa di trapianto, ma risulta una paziente poco compliant: non si presenta sempre alle sedute di dialisi perché si trova in una situazione di crisi esistenziale. Questa angoscia è dovuta a un precario supporto sociale, soprattutto da parte della famiglia del marito, al licenziamento e alla compromissione di tutti i progetti pensati con il coniuge, tra cui il desiderio di avere un figlio.

Membri del gruppo

Nome e cognome	Firma
ELISA BALDO	
LARA FONTANINI	
GIULIA VISENTIN	
SOFIA BENACCHIO	
VALENTINA PEDRON	

Dimensione 1/5 – BISOGNI VITALI

Analisi dei bisogni vitali dell'individuo coerente all'età del soggetto

BISOGNI DI AUTOCONSERVAZIONE

Questi bisogni richiedono (Benini 2012: 52):

- SICUREZZA FISICA:
 - BISOGNI BIOLOGICI che corrispondono ai bisogni primari di alimentarsi, abbeverarsi, dormire e termoregolarsi; la frustrazione di tali bisogni provoca squilibri del corpo e della mente;
 - BISOGNI DI CURA E MANUTENZIONE DEL CORPO che richiedono l'attenzione alla cura e alla pulizia per preservare la salute organica e l'efficienza nella lotta per la sopravvivenza.
- SICUREZZA PSICHICA:
 - BISOGNI DI SICUREZZA AMBIENTALE dove vi è l'esigenza di un ambiente senza pericoli, minacce o relazioni ostili che possano provocare la rinuncia a costruire la propria vita, in modo che non sia un'esistenza psicologica precaria governata da sensazioni di allerta, tensione e paura;
 - BISOGNI DI CURA E MANUTENZIONE DELLA PSICHE che hanno l'esigenza di "disintossicare" la psiche da contenuti dannosi e di "ossigenarla" attraverso la meditazione ed il riposo nel momento in cui questa non goda di uno stato di benessere.

BISOGNI DI AUTODETERMINAZIONE E DI CONOSCENZA DI SÈ

Questa categoria di bisogni si può suddividere in due grandi insiemi (Benini 2012: 56):

- BISOGNI DI INDIVIDUAZIONE:
 - BISOGNI DI COSTRUIRE CONFINI PSICHICI che siano in grado di sostituire i confini simbiotici che si sono perduti nel momento della nascita, in modo da poter acquisire quegli elementi necessari per entrare positivamente nella vita, ovvero la "fiducia di base" e la "speranza per il futuro";
 - BISOGNI DI NUTRIMENTO AFFETTIVO che richiedono di entrare in intimità con l'ambiente di vita e con gli altri esseri umani, fino a sperimentare forme di fusione affettiva. Questo implica un bisogno di sicurezza affettiva che, nel caso di insoddisfazione, può portare a chiusura in se stessi, depressione e atteggiamento di negazione della propria identità adulta con assunzione di comportamenti giovanilistici;
 - BISOGNO DI GENERATIVITA' (Erikson 1950, cit. in Cecchetto 2008: 229-230) che consiste nella capacità di creazione di individui e di prendersi cura delle nuove generazioni; il fallimento della generatività porta a un'instabilità emotiva e psichica che comporta la percezione di stagnazione e impoverimento personale. Per imparare a prendersi cura delle nuove generazioni, l'adulto deve superare l'invidia, più o meno inconscia, per ciò che è nuovo e per la possibilità di autorealizzazione affettiva, sessuale, professionale passate nelle mani delle nuove generazioni; l'adulto deve infine superare la tentazione di rimanere aggrappato al potere e al controllo. (Kernberg 1976, cit. in Dell'Agli 2004: 163).
- BISOGNI DI AUTONOMIA E DIPENDENZA:
 - BISOGNI DI AUTONOMIA PERSONALE dove è presente la necessità di mettersi alla prova, sperimentarsi e conoscersi; questi si realizzano solo se l'individuo può separarsi psicologicamente dalle figure genitoriali riconoscendosi le sue autonomie. E' in questo momento che si arriva alla costruzione delle aree di autostima, fiducia di sé e auto consapevolezza;
 - BISOGNI DI DIPENDENZA MATURA dove si presenta il desiderio di vivere importanti relazioni d'affetto, di aiuto e di sostegno con i propri simili, tenendo presente che non è possibile vivere rapporti interpersonali senza aver maturato le risorse psicologiche in grado di poter dipendere da un altro essere umano, senza però perdere le proprie autonomie e la propria identità.

BISOGNI DI RELAZIONE

Tali bisogni sono composti da (Benini 2012: 60):

- BISOGNI DI ACCETTAZIONE E RICONOSCIMENTO:
 - BISOGNI DI ACCETTAZIONE dove vi è la necessità da parte dell'individuo di essere amato, stimato e rispettato anche da altri esseri umani, desiderio che si concretizza nell'esigenza di sentirsi unico, auto realizzato. E' in questo momento che si strutturano le aree psicologiche deputate ai processi empatici di affetto, stima e fiducia verso l'altro;

- BISOGNI DI RICONOSCIMENTO DELL'ALTRO dove l'individuo si impadronisce delle risorse psicologiche in grado di acquisire la reale consapevolezza dell'altro.
- **BISOGNI DI SOLIDARIETA' SOCIALE:**
 - BISOGNI DI VIVERE DIFFERENTI RUOLI SOCIALI sulla base dei quali l'individuo sviluppa le capacità che gli permettono di strutturare "l'identità di ruolo", grazie alla quale diventerà capace di imparare tutte le competenze richieste dagli specifici ruoli che andrà ad assumere, senza rinnegare il proprio stile di vita. Il concetto di ruolo può declinarsi in diverse forme, tra cui quella di ruolo lavorativo, la cui importanza si basa sulla sua funzionalità di realizzare e mantenere una stabilità lavorativa con conseguente autonomia economica;
 - BISOGNI DI CONDIVISIONE E PARTECIPAZIONE SOCIALE, che implicano il bisogno di appartenenza e permettono all'individuo di identificarsi completamente con la società di appartenenza. E' in questo momento che l'adulto sente di poter far crescere il suo gruppo sociale, di curarlo e proteggerlo attraverso la sua opera, per cui ora gli obiettivi divengono il raggiungimento della democrazia, della solidarietà e del sostegno reciproco.

BISOGNI EDUCATIVI O BISOGNI DI FORMAZIONE

Knowles, Holton e Swanson (2008) si concentrano sull'analisi di questa categoria di bisogni e li declinano in:

- **BISOGNO DI SAPERE:** gli adulti hanno l'esigenza di sapere perché è importante apprendere e qual è la sua importanza. Tough (1979, cit. in Knowles *et al.* 2008: 77) ha scoperto che gli adulti impegnano molta energia nell'esaminare i vantaggi derivanti dall'apprendimento e le eventuali conseguenze negative nel caso questo mancasse. Secondo Clark, Dobbins e Ladd (1993, cit. in Knowles *et al.* 2008: 190-191) la motivazione ad apprendere dipende dall'utilità che gli apprendimenti porteranno sul lavoro e sulla carriera; inoltre gli adulti hanno bisogno di avere anticipazioni precise sugli argomenti, sui risultati e su come verrà condotto il processo di apprendimento;
- **BISOGNO DI AUTONOMIA:** gli adulti hanno un concetto di sé come persona responsabile delle proprie decisioni, per cui respingono le situazioni in cui hanno la sensazione che gli altri stiano imponendo loro la propria volontà; questo può creare conflitto tra il modello intellettuale – secondo il quale il discente è dipendente – e il bisogno di autonomia;
- **BISOGNO DI ESPERIENZA:** nasce dalla considerazione che per gli adulti l'esperienza è ciò che essi sono, per cui ci si riferisce all'identità personale del discente e, nel caso non venisse considerata l'esperienza, essi percepiranno un rifiuto di loro stessi in quanto persone; da ciò deriva la necessità di porre l'accento sulle tecniche esperienziali nel corso della formazione. L'esperienza però può avere anche degli effetti negativi perché, se viene accumulata, si tende a chiudere la mente a modi di pensare nuovi ed alternativi;
- **BISOGNO DI MOTIVAZIONE:** gli adulti tendono ad essere più motivati quando apprendere li aiuta a risolvere i problemi che incontrano nella loro vita o quando si traduce in un beneficio interiore. Wlodowski (1985, cit. in Knowles *et al.* 2008: 205) sostiene che la motivazione deriva dalla somma di quattro fattori: successo, volontarietà, valore e piacere; quest'idea è coerente con la teoria dell'aspettativa-valore di Vroom, il quale afferma innanzitutto che "i discenti adulti saranno più motivati quando riterranno di poter apprendere nuovi contenuti (aspettative) e che l'apprendimento li aiuterà rispetto a un problema o a una questione (utilità) che sono importanti per la loro vita (valore)" (1995, cit. in Knowles *et al.* 2008: 205-206).

Pratt (1988, cit. in Knowles *et al.* 2008: 200-201) sostiene che la maggior parte delle esperienze di apprendimento dipendono dal contesto e che un discente può comportarsi in modo diverso a seconda della situazione. Lo studioso ha spiegato quest'idea riconoscendo due dimensioni delle quali necessita l'individuo nel corso del proprio percorso di formazione, ovvero la direzione e il sostegno, che a loro volta si legano rispettivamente a:

- **BISOGNO DI ASSISTENZA,** che richiede l'adulto nel proprio processo di apprendimento in generale e nella materia insegnata;
- **BISOGNO DI INCORAGGIAMENTO,** di cui necessita l'individuo su un piano emotivo e che è il prodotto di due fattori: l'impegno e la fiducia nelle proprie capacità.

Dimensione 2/5 – DIAGNOSI

Analisi della patologia da cui è affetto e delle implicazioni che essa può avere nella qualità di vita del soggetto

Si definisce insufficienza renale come “sindrome molto grave, che insorge quando tutte le funzioni renali si riducono a circa un terzo della norma” (Pontieri 2012: 657). A seconda che compaia improvvisamente o sia il risultato di una degenerazione lenta e graduale delle funzioni renali, si possono distinguere: insufficienza renale acuta (IRA) ed insufficienza renale cronica (IRC).

L'IRA “è una sindrome plurieziologica, che insorge bruscamente in seguito ad una rapida riduzione delle funzioni renali” (Pontieri 2012: 657). E' solitamente reversibile e asintomatica, dato che si sviluppa nell'arco di tempo di ore o giorni e si instaura in una situazione precedentemente normale. Si può diagnosticare quando si registra un incremento recente dell'urea e della creatinina nel sangue (Harrison 2007), nonché una riduzione della velocità di filtrazione glomerulare (GFR): infatti l'IRA è dominata da un principio di azotemia e dalle condizioni di oliguria o anuria.

L'IRC, invece, è caratterizzata da prolungati sintomi e segnali di uremia, condizione che si verifica quando l'azotemia è associata ad altri molteplici sintomi clinici e anomalie biochimiche (Robbins 2009: 1475-1476). E' il risultato di una lenta degenerazione (mesi o anni) della capacità dei reni di filtrare le scorie metaboliche del sangue (Beers 2003: 1252). Essa rappresenta il risultato finale di tutte le malattie croniche del parenchima renale, delle quali è la principale causa di morte, ed a differenza della forma acuta non reversibile.

Cause

L'IRA è conseguente a un ampio spettro di malattie, le quali vengono suddivise a scopo diagnostico e terapeutico in tre macrocategorie utili a classificarla in (Harrison 2007):

- 1) **PRE-RENALE:** risposta fisiologica all'ipoperfusione renale di entità lieve-media. Possibili cause (Rosati *et al.* 2006: 74):
emorragie, ustioni, disidratazione, eccessive perdite di liquidi gastrointestinali (grave enterite con diarrea, vomito protratto, abuso di diuretici, ecc.) oppure accumulo di liquidi nello spazio extravascolare per, ad esempio, peritoniti, traumi e ustioni; pressione arteriosa estremamente bassa, embolie polmonari, scompenso cardiaco ed aritmie; insufficienza epatica.
- 2) **RENALE:** causata da lesioni acute del rene che determinano una riduzione delle funzioni dei nefroni, dovute nello specifico a (Beers 2003: 1250 ; Rosati *et al.* 2006: 74):
reazioni allergiche; sostanza tossiche, ad esempio farmaci e veleni; forme immunomediate, ad esempio: glomerulonefrite, lupus eritematoso, nefrite interstiziale, vasculite; ischemia; intervento chirurgico che può danneggiare il rene; trauma renale, ad esempio in caso di ferita addominale.
- 3) **POST-RENALE:** dovuta a malattie che comportano un ostacolo al deflusso urinario, come ad esempio (Harrison 2007):
ipertrofia prostatica; uropatia ostruttiva (tumori o calcoli); tumore che comprime dall'esterno o ostruisce dall'interno le vie urinarie.

L'IRC può derivare da qualsiasi condizione che determina IRA, anche se si può riscontrare una differenza tra le due nel grado e nel tempo di manifestazione della malattia. Le principali cause di IRC sono rappresentate però da nefropatie diabetica e ipertensiva.

Sintomi

I sintomi di IRA dipendono da: gravità dell'insufficienza, velocità di progressione della malattia e dalle cause che la determinano (Beers 2003: 1250-1251).

Primi sintomi: ritenzione dei liquidi, gonfiore di piedi e caviglie o anche di viso e mani, presenza di urine scure (indice di diverse patologie) ed oliguria o anuria.

Se l'accumulo di scorie metaboliche persiste, si possono riscontrare:

- sintomi gastro-intestinali: astenia, perdita dell'appetito, nausea;
- sintomi neurologici: difficoltà di concentrazione nelle attività mentali, capogiri;
- sintomi cutanei: prurito generalizzato

- sintomi cardiaci: tachicardia

I segni e sintomi di IRC possono svilupparsi lentamente ed evolvere dal quadro dell'IRA. La loro comparsa è soggetta a variabilità individuale e possono essere classificati come segue (Beers 2003: 1252-1253; Rosati *et al.* 2006: 76):

- segni ematochimici: aumento della creatina plasmatica, azotemia, uricemia, anemia, acidosi metabolica, ipocalcemia, alti livelli di trigliceridi e K (rischio di anomalie e arresto cardiaco), bassa concentrazione di vitamina D, elevata concentrazione di P con conseguenti depositi nei tessuti corporei;
- sintomi generali: malessere, debolezza, astenia, perdita dell'appetito, ritenzione di sali e liquidi, ipertensione arteriosa (rischio di arteriosclerosi), perdita della sensibilità in alcune aree del corpo, ridotta capacità dell'organismo di combattimento delle infezioni;
- sintomi gastro-intestinali: singhiozzo, nausea, vomito (malnutrizione, perdita di peso), ulcere gastrointestinali e sanguinamento;
- sintomi neurologici: ansia, irritabilità, depressione, polineurite, spasmi muscolari, ipostenia, crampi, encefalopatia (stato confusionale, sonnolenza e crisi epilettiche), poca lucidità mentale;
- sintomi cardiopolmonari: pericardite (dolore toracico, pressione bassa), scompenso cardiaco (dispnea, fame d'aria, espettorato roseo), sanguinamento lungo dopo tagli e lesioni;
- sintomi e segni cutanei: prurito, echimosi, colore giallastro, formazione di polvere bianca sulla superficie cutanea in caso di cristallizzazione dell'urea con il sudore;
- sintomi a livello osseo: osteodistrofia renale con elevato livello di paratormone e ridotto assorbimento di Ca (dolore osseo, aumento del rischio di fratture).

Terapie opportune e previste

Esistono diverse terapie per la cura di queste patologie. Prima di proporre interventi più invasivi, si cerca di rallentare il deterioramento della funzionalità renale attraverso l'assunzione di alcuni farmaci e promuovendo una rigida dieta alimentare (Beers 2003: 1254). Quando questi trattamenti non apportano miglioramenti significativi, allora l'equipe medica ricorre ad altri tipi di terapie:

- per l'IRA: emodialisi, terapie di sostituzione renale continua (una forma di emodialisi) e dialisi peritoneale.
- per l'IRC: emodialisi, dialisi peritoneale e trapianto renale.

L'emodialisi consiste nella depurazione del sangue per mezzo di un filtro fornito di una membrana semipermeabile, contenuto in una apparecchiatura (rene artificiale) nella quale si fa circolare il sangue del paziente, reso incoagulabile per trattamento con eparina (Pontieri 2012: 660).

La dialisi peritoneale si effettua adoperando come membrana dialitica il peritoneo del paziente, immettendo lentamente circa 2 litri della soluzione per dialisi e lasciandola nella cavità peritoneale per circa 30 minuti; si procede poi con il drenaggio all'esterno in un contenitore sterile (Pontieri 2012: 660).

Il trapianto renale rappresenta l'unica alternativa alla dialisi per assicurare la sopravvivenza e consiste nel "trasferimento di cellule di tessuti e di organi da un individuo definito *donatore* ad un altro definito *ricevente o ospite*" (Pontieri 2011: 215). Questo intervento è possibile solo quando vi è una tipizzazione tissutale compatibile ed il sangue non contiene anticorpi contro i tessuti del donatore (Beers 2003: 1515).

Il più grande rischio al quale si può incorrere in caso di trapianto è il fenomeno di rigetto dell'organo trapiantato; per prevenire ciò, il paziente è tenuto a utilizzare un grande quantitativo di farmaci che sopprimano il sistema immunitario e la capacità dell'organismo di distruggere sostanze estranee.

I soggetti il cui trapianto è ben riuscito possono condurre una vita normale e attiva.

Incidenza dei sintomi e delle terapie sulla qualità della vita

L'emodialisi viene supervisionata da un'equipe medica composta da medico, infermieri, assistente sociale e nutrizionista (Beers 2003: 1256); è molto invasiva, in quanto richiede al paziente di sottoporsi al trattamento tre volte a settimana con una durata a seduta di 5 ore circa (Pontieri 2012: 660). Essa causa affaticamento fisico e mentale, limita le attività della vita quotidiana e, di conseguenza, porta il paziente a vivere una situazione di dipendenza determinata dalla necessità di avere un accompagnamento costante per raggiungere il centro di dialisi, che solitamente è interno all'ospedale. Il paziente che è in attesa normalmente vive una situazione di squilibrio caratterizzato da due sensazioni emotive contrapposte: se da un lato prova angoscia e terrore per la possibilità che non arrivi un organo con tipizzazione tissutale compatibile, dall'altro spera in quell' "aspettativa magica" basata sulla convinzione che il trapianto possa

portare alla guarigione della malattia (Bobbo 2012: 145). La qualità della vita dei pazienti in emodialisi viene poi aggravata da: problemi psicologici, ovvero disturbi legati all'ansia, depressione e stress dovuti ad adattamenti e problemi familiari e sessuali, cambiamenti dell'immagine di sé e dei progetti esistenziali e perdita della rete sociale, in sintesi perdita di autonomia, indipendenza e autodeterminazione (Bakhtiari *et al.* 2013; Engle 2001).

Oltre a questi aspetti in emodialisi si aggiunge la necessità di seguire fin da subito una rigida dieta alimentare che prevede, ad esempio, un ridotto consumo giornaliero di sodio, potassio e fosforo, l'assunzione limitata di liquidi, la necessità di controllare costantemente il peso e di assumere integratori multivitaminici per sostituire le sostanze nutritive perse, unita a norme igieniche e all'assunzione di farmaci antiipertensivi; tali prescrizioni precludono la possibilità del paziente di mangiare cibi ad alta carica batterica e di frequentare luoghi sovraffollati (Beers 2003: 1254; Bobbo 2012: 146). Il trapianto, in quanto intervento chirurgico particolarmente invasivo, può avere un'influenza considerevole sia a livello fisico che psicologico del paziente perché possono presentarsi diverse complicanze nel corso dell'operazione e forti reazioni emotive, come ad esempio la paura del possibile rigetto, che andrebbero a destabilizzare il paziente anche nella fase del post-trapianto. Il trapianto e la fase del post-trapianto sono caratterizzate dalla terapia antirigetto, che consiste nell'assunzione di farmaci immunosoppressori e che incide sulla qualità della vita dell'individuo, a causa degli effetti collaterali ad essa collegata; ad esempio i metaboliti e i corticosteroidi, potenti antinfiammatori tra cui ricordiamo il prednisone, aumentano i livelli di zucchero nel sangue, causano ipostenia, osteoporosi, ritenzione idrica, ulcera gastrica, ipertensione, volto gonfio, cute fragile ed irsutismo, fattori che possono costituire anche la causa di diminuzione della libido. Tra i metaboliti poi vi è la ciclosporina che, somministrata spesso in associazione al prednisone, può aumentare il rischio di sviluppare tumore, possibilità 10-15 volte maggiore nei riceventi rispetto alla popolazione generale (Beers 2003: 1516-1517). Per monitorare la possibile comparsa di rigetto o di complicanze dovute all'assunzione di farmaci immunosoppressori è richiesto al paziente di frequentare costantemente il centro trapiantologico (Volpe 2008: 120).

Per quanto riguarda l'aspetto della possibilità di generare, secondo una ricerca condotta dal gruppo di studio italiano "Rene e gravidanza" si è evidenziato che per una donna in dialisi risulta complicato, ma non impossibile avere un figlio, rispetto a una donna sottoposta a un trapianto di rene: infatti le prime hanno una probabilità dieci volte inferiore delle altre di portare a termine una gravidanza con successo; invece per quanto riguarda le donne sottoposte a trapianto di rene, si è dimostrato che hanno la probabilità di partorire un bambino vivo dieci volte inferiore rispetto alla popolazione generale (Piccoli *et al.* 2014).

Inoltre, è stato dimostrato che il trapianto incide negativamente sulla possibilità di portare a termine una gravidanza, sia per l'influenza della stessa sulla funzione e sopravvivenza dell'organo trapiantato e sulla morbilità materna, sia per le possibili problematiche che possono insorgere nel corso della gravidanza e, di conseguenza nel feto, quali ritardo di crescita, prematurità, aumentata mortalità perinatale, anomalie congenite e problemi immunologici. Ciononostante non è esclusa la possibilità di successo, favorita da monitoraggi continui, cambiamenti della terapia immunosoppressiva e tempestività nella gestione dei problemi (Stratta, Cabiddu 2005).

Dimensione 3/5 – VISSUTO DI MALATTIA

Analisi del vissuto di malattia e valutazione della rete di supporto sociale

Contenuto:

insufficienza renale cronica in seguito ad un trauma riportato in un incidente stradale; necessità di emodialisi, attesa di iscrizione in lista per il trapianto d'organo.

Razionalizzazione del vissuto

Identità: Sandra si rende conto di avere ad oggi un'identità di persona non sana, però questa non è stata interiorizzata ed accettata, ma anzi, la donna vive una crisi tale che la fa sentire estremamente esposta alla minaccia della malattia e questo la rende fragile e spaventata.

Durata: la sua patologia è cronica, dunque la sua durata è indefinita e prolungata e questo viene percepito appieno da Sandra, la quale ha maturato un senso di angoscia che enfatizza e peggiora i sintomi, complicando una situazione già difficile che resta vincolata dall'arrivo o meno di un organo sano.

Causa: il fatto di non indossare le cinture di sicurezza, a differenza del marito, ha comportato una grave lesione a Sandra. Il suo stato d'animo può quindi essere duplice: da un lato senso di colpa e vergogna per una condizione derivata dalla sua superficialità, dall'altro rabbia e tristezza per un destino crudele e ingiusto.

Conseguenze: le terapie hanno un'incidenza molto importante nella vita di Sandra, la quale senza un trapianto vede sfumare il desiderio suo e del marito di avere un bambino, aspetto che evidentemente crea in lei ansia e sconforto, nonché senso di "stagnazione e impoverimento personale" (Benini 2012: 56). Tutto ciò potrebbe determinare in lei frustrazione e timore di essere lasciata dal marito, ai quali si aggiunge l'insicurezza per il suo futuro lavorativo dato che a causa della malattia ha perso il precedente impiego.

Controllabilità: Sandra è in crisi e al momento non è nella condizione di rispettare l'aderenza alla terapia: infatti la rete sociale non la sostiene appieno, l'attesa del trapianto è frustrante e queste sue emozioni le impediscono di riporre fiducia sia nell'intervento medico che in se stessa.

Variabili esterne

Sandra è sposata da 2 mesi con un uomo con cui ha una relazione stabile da 10 anni che è molto innamorato di lei. Si tratta di un giovane adulto di sani principi, in quanto abbraccia l'idea di famiglia tradizionale e insieme alla partner si è dedicato con costanza e dedizione alla ricerca di una posizione stabile nel mondo del lavoro che oggi ha trovato. Il marito risulta una figura di supporto fisico e psicologico potenzialmente molto valida, grazie anche alla sua manifestata volontà di affiancare Sandra. Tuttavia in questo momento si sente privo degli strumenti adeguati per aiutarla e manca dell'appoggio necessario da parte della sua famiglia. Infatti dall'inizio della patologia della moglie, subisce costantemente la pressione dei genitori affinché si trovi una nuova partner, in quanto essi sono convinti della possibile ereditarietà di questa patologia e della conseguente incapacità di Sandra di sostenere una gravidanza. Queste insinuazioni influenzano negativamente lo stato d'animo di Sandra e conseguentemente dei suoi genitori, che si dimostrano sinceramente interessati al benessere della figlia e diventano quindi contrari alla sua frequentazione con la famiglia del marito. Tra i colleghi di lavoro e gli amici possono eventualmente esserci elementi d'aiuto nel caso in cui con alcuni di essi Sandra abbia instaurato un legame particolarmente profondo.

Variabili ambientali, spinte all'azione, pressione normativa sociale

La giovane donna probabilmente avrebbe le possibilità e capacità di entrare in possesso di tutte le informazioni necessarie per comprendere come affrontare adeguatamente la sua malattia. Inoltre è sottoposta al controllo esterno dell'equipe medica che deve monitorare il suo stato di salute, dai genitori e dal marito che la affianca nella terapia. Nonostante ciò queste figure di riferimento non hanno in questo momento un grande controllo sul comportamento di Sandra, che si rifiuta di eseguire con costanza le sedute di dialisi. Questo anche a causa dell'angoscia derivante dalla situazione familiare, in cui i genitori del marito le danno delle informazioni inaffidabili riguardo alla malattia, convincendola dell'impossibilità di superarla. In aggiunta, Sandra è soggetta a una forte pressione normativa sociale che ostacola l'aderenza (proponimento di diete ipercaloriche, contrarietà e rifiuto di determinati inestetismi che nel suo caso possono derivare da certi farmaci, frequentazione di luoghi pubblici, necessità di un lavoro anche per la donna al fine di raggiungere la stabilità economica necessaria a una famiglia); in particolare, problematico per Sandra potrebbe essere il

modello di famiglia tradizionale dato dalla società che, pur tollerando nuclei familiari senza figli, propone continui riferimenti pubblicitari a prodotti per bambini e facilita l'accesso a determinati ambienti e conversazioni solo in presenza di questi (scuole, incontri genitori-figli, ecc.).

Necessità di assistenza

Sandra ha bisogno di supporto sia fisico che psicologico. Per quanto riguarda il primo aspetto, Sandra necessita di essere accompagnata alle sedute di dialisi, in quanto si tratta di una terapia molto debilitante; ha bisogno inoltre di essere seguita nell'assunzione dei farmaci e nel rispetto del nuovo stile di vita richiesto, soprattutto nella fase iniziale di adattamento e accettazione. Considerando invece le sue esigenze psicologiche, Sandra necessita di comprensione e accettazione da tutti i membri della famiglia, di supporto e vicinanza fisica e morale da parte del marito ed anche di una rete che la distolga dal continuo e frustrante pensiero della malattia all'interno e al di fuori dell'ambiente ospedaliero e casalingo.

Premesse alla compliance

Percezione soggettiva di severità e percezione soggettiva di vulnerabilità:

Per quanto riguarda la percezione della severità è possibile formulare due ipotesi: Sandra potrebbe non aver ancora raggiunto una forte percezione della gravità della sua malattia, in quanto, se l'avesse fatto, si renderebbe conto dell'importanza di aderire alle terapie e di sottoporsi dunque alla dialisi; oppure Sandra percepisce la severità della malattia, però le difficili dinamiche familiari che la circondano unite probabilmente ad alcuni sintomi neurologici (ansia, depressione, stato confusionale, ecc.) fanno sì che la malattia prenda il sopravvento sulle sue scelte e sul suo atteggiamento. In entrambi i casi comunque le dinamiche che circondano Sandra la rendono vulnerabile e fragile di fronte alla malattia.

Bilancio soggettivo costi/benefici:

Gli effetti della terapia sulla qualità della vita sono molto invasivi, ma soprattutto la consapevolezza di non poter condurre una gravidanza rappresenta un costo troppo elevato da sostenere, dato che le è stato sconsigliato di portarla avanti nel corso della dialisi sia per il bene del bambino che della madre. Un altro peso difficile da sostenere è l'accettazione che la causa del licenziamento sia stata la malattia: infatti, appena il suo datore di lavoro viene a conoscenza della sua situazione, la licenzia utilizzando una dichiarazione in bianco firmata da Sandra al momento dell'assunzione perché teme che una dipendente in tali condizioni rappresenti solamente un costo. Sandra probabilmente non percepisce dunque i benefici derivabili dalla dialisi e successivo trapianto, si sente inutile e improduttiva e non li coglie come stimoli per aderire alle cure richieste.

Autoefficacia:

Sandra non dimostra un comportamento autoefficace perché non si presenta sempre alle sedute di dialisi e ciò è causato dalla sua vulnerabilità e, a seconda della sua percezione della gravità della malattia, dalla sopraffazione di questa sulla giovane oppure al contrario dalla sua bassa considerazione della severità.

Atteggiamento

L'atteggiamento di Sandra può evolvere in due direzioni diverse: potrebbe aderire alle terapie motivata dalla possibilità di realizzare un progetto di vita che una donna della sua età ha il diritto di soddisfare; nel suo caso questo includerebbe la prosecuzione di un rapporto stabile con il marito ed il raggiungimento di una condizione di salute successiva al trapianto tale che potrebbe anche consentirle di portare a termine una gravidanza. Oppure potrebbe continuare questo atteggiamento di mancata compliance, convinta dell'impossibilità di migliorare il suo stato di salute e quindi di poter progettare un futuro che risponda alle sue aspettative ed esigenze.

Atto

Sandra sta vivendo una profonda crisi esistenziale che attualmente la induce ad aderire solo parzialmente alla terapia e che, se non risolta, potrebbe sfociare in una totale mancata compliance. Tuttavia, se adeguatamente supportata da una rete sociale decisa ad affiancarla nel suo percorso di malattia, ci sono buone possibilità che Sandra scelga di aderire alle terapie concedendosi la possibilità di migliorare la sua condizione.

Dimensione 4/5 – DIAGNOSI EDUCATIVA

Descrizione dei bisogni educativi, definizione di obiettivi e finalità educative, valutazione risorse e competenze necessarie

Bisogni educativi

Sandra è in attesa che le indagini diagnostiche vengano completate per essere inserita in lista d'attesa per il trapianto di rene.

Si tratta della fase più difficile caratterizzata da una sintomatologia importante, perdita della continuità esistenziale, dell'integrità corporea, della progettualità e del ruolo familiare, le cui conseguenze più importanti sono la perdita di controllo e la dipendenza da altri (Bobbo 2012: 144).

Considerando tali aspetti legati all'attesa, si possono delineare per Sandra i seguenti bisogni educativi generali:

- ricevere tutte le informazioni necessarie per capire ciò che l'aspetta;
- elaborare il lutto per la perdita della sua identità di soggetto sano giungendo ad una accettazione del suo destino;
- avere la speranza di recuperare una buona qualità di vita.

A questi bisogni vanno poi aggiunti quelli che emergono dallo specifico vissuto di Sandra, che sono:

- ricevere informazioni affidabili sulla malattia, comprendere i rischi della mancata aderenza e i benefici della terapia, funzionali a comprendere la possibilità di soddisfare alcuni dei suoi desideri (gravidanza);
- superare il senso di colpa derivante dalla sua superficialità o la rabbia e la tristezza insorte verso un crudele destino;
- rafforzare l'autostima;
- rafforzare il rapporto con il marito e ristabilire un clima familiare sereno;
- estraniarsi dal pensiero frustrante della malattia.

Finalità educativa

Per soddisfare le necessità di Sandra, va progettato un intervento educativo mirato a renderla una persona "sana", ovvero in equilibrio con la sua patologia, consapevole dei suoi limiti come delle sue capacità, che è giunta ad uno stato di benessere grazie all'accettazione della sua nuova identità. In queste condizioni, Sandra sarà riuscita ad elaborare una nuova narrazione di sé libera da qualunque condizionamento e rivolta a una progettazione positiva del suo futuro, diventando così un soggetto resiliente (Putton, Fortugno 2008, cit. in Bobbo 2012: 212).

Tutto questo diverrà effettivo se Sandra riuscirà a produrre un cambiamento, proposto e negoziato con l'operatore, del suo attuale comportamento di mancata aderenza alle terapie.

Obiettivi educativi

Sulla base dei bisogni rilevati e della finalità prefissata, la terapia educativa di Sandra potrà prevedere i seguenti obiettivi:

1. Conoscenza e consapevolezza della malattia:
 - 1.1. conoscenza di informazioni chiare ed accreditate riguardo alla malattia e alle terapie;
 - 1.2. analisi delle ripercussioni della malattia sulla vita della paziente;
 - 1.3. consapevolezza dei possibili rischi di una mancata aderenza e dei benefici che invece questa porterebbe;
2. Accettazione del suo stato attuale:
 - 2.1. accettazione dell'evento scatenante la malattia;
 - 2.2. creazione delle basi per un rapporto di fiducia verso l'equipe medica;
 - 2.3. rafforzamento di una rete di supporto sia pratico che psicologico ed affettivo;
 - 2.4. ridurre lo stato di isolamento generato dalla malattia;
 - 2.5. proposta di spazi mentali e fisici di riposo;
 - 2.6. sviluppo di autostima ed autoefficacia;
 - 2.7. riattivazione del locus of control interno;
3. Basi per la stesura di una nuova narrazione di sé:
 - 3.1. sviluppo di un pensiero positivo operativo;
 - 3.2. ridefinizione di una scala di valori ed obiettivi utili ad una nuova narrazione di sé;
 - 3.3. ricreazione di una capacità progettuale individuale e di coppia.

Risorse e competenze

Risorse disponibili e attivabili		Elementi ostacolanti
<i>Risorse umane</i>		<ul style="list-style-type: none">- complicata situazione familiare- possibili influenze negative da parte della pressione normativa sociale- motivazioni psicologiche di mancata compliance (inadeguata percezione della severità, senso di inutilità ed improduttività)
<i>risorsa</i>	<i>competenze</i>	
equipe medica	<ul style="list-style-type: none">- diagnosi- fornire informazioni sulla malattia- prescrivere la terapia- monitorare il percorso terapeutico	
educatore	<ul style="list-style-type: none">- competenze pedagogiche- competenze psicologiche- competenza animativa- conoscenza del territorio e delle sue proposte culturali e progettazione di nuove- conoscenze sulle malattie croniche (Martin, Cianfriglia 2008: 52-53)	
marito	assunzione di tutte le competenze del caregivers	
genitori	competenze assistenziali, psicologiche ed affettive	
Amici	supporto psicologico, affettivo e ricreativo	
<i>Offerte del territorio</i>		
associazioni, spazi riabilitativi e di incontro		

Dimensione 5/5 – METODOLOGIE DI INTERVENTO EDUCATIVO

Metodologie di intervento ritenute adeguate secondo l'analisi effettuata

Approccio narrativo

Le metodologie scelte si basano su un approccio narrativo che auspica l'instaurarsi di una relazione di fiducia tra il professionista e il paziente così da facilitare il racconto di sé e della propria esperienza da parte della persona malata. Questo approccio è fondamentale per la ricostruzione della propria narrazione, che deve essere fatta tenendo conto della malattia e delle sue ripercussioni sulla vita.

Colloquio motivazionale

Potrebbe essere la strategia più adeguata per iniziare l'intervento educativo con Sandra: infatti attraverso una prima intervista informale sarà possibile comprendere realmente i bisogni, le motivazioni all'azione e la percezione della severità della malattia di Sandra.

Con questo metodo sarà possibile stimolare in lei un cambiamento di comportamento verso l'aderenza alle terapie, fornendole quindi un diverso punto di vista sulla malattia e infondendole anche una maggiore fiducia nelle proprie capacità e, con un adeguato accompagnamento, supportarla nello sviluppo di un reale rapporto di fiducia nell'equipe medica. Sarà poi funzionale a lavorare con lei sull'accettazione dell'evento che ha causato l'insorgenza della malattia e successivamente sull'elaborazione di una nuova scala di valori e della sua nuova identità. Questa dovrà prevedere un intervento mirato a rivedere insieme le ripercussioni che ha avuto e che può avere la malattia sulla vita della paziente e da questo si potrà lavorare su tutte quelle variabili ostacolanti per le quali si possono pensare soluzioni gratificanti e motivanti. La scelta dell'adozione del cambiamento rimane però di Sandra, la quale in collaborazione con l'operatore potrà negoziare gli obiettivi da raggiungere.

Dal momento che il marito di Sandra si dimostra volenteroso di aiutarla, ma privo degli strumenti adeguati per farlo, si potrebbe quindi adottare questa metodologia anche con lui per fornirgli tutte le conoscenze e competenze necessarie ad accompagnare la moglie in questo percorso. Si potranno così prevedere degli incontri individuali e successivamente di coppia, per poterli supportare nella ripresa di una quotidianità serena e orientata alla ripresa di una progettualità per il futuro.

Opuscolo e Classificatore di immagini

L'opuscolo è un testo cartaceo facilmente comprensibile che contiene informazioni riguardo la patologia e le terapie, l'accesso agli ambulatori, il corretto stile di vita da osservare e la spiegazione di procedure mediche invasive (Bobbo 2012: 260-261). Analogamente, il classificatore di immagini è un dossier all'interno del quale si ritrovano immagini, grafici, dati numerici e risultati di indagini strumentali per fornire al paziente tutte le conoscenze necessarie per affrontare la malattia (Martin, Cianfriglia 2008: 58). Entrambi questi strumenti possono rivelarsi efficaci al fine di incrementare la conoscenza e la consapevolezza della malattia da parte di Sandra, permettendole in particolare di analizzare le ripercussioni di questa sulla sua vita e, nello specifico, di darle informazioni affidabili riguardo alla possibilità di gravidanza in seguito al trapianto. Presentare dati statistici e risultati empirici con esito positivi potrebbe evidenziare oggettivamente i benefici conseguenti all'aderenza e creare un presupposto per una buona propensione verso un'alleanza terapeutica.

Metodi di simulazione

Al singolo paziente o all'interno di un gruppo si può richiedere di interpretare una situazione simulata (ad esempio una cartella clinica o un diario alimentare) e di prendere delle decisioni a riguardo; si possono anche variare alcuni elementi di tale situazione per riflettere su quali cambiamenti decisionali andrebbero applicati. Tale strumento è finalizzato nel caso di Sandra a elaborare strategie di *problem solving* che possono esserle utili nella gestione delle situazioni complesse che le si possono presentare. Allo stesso fine, ma per lavorare sulla sfera comunicativa e relazionale, si può proporre il gioco di ruoli.

Brainstorming

All'interno di un gruppo di supporto coordinato da un operatore si potrebbe proporre l'attività di esprimere liberamente delle idee creative riguardo un argomento proposto dal coordinatore. Per Sandra potrebbe essere funzionale soprattutto a identificare delle proposte di soluzioni ai problemi che la assillano, senza sentirsi oggetto di critiche e giudizi.

Gruppo di mutuo aiuto

Consiste in un gruppo autogestito i cui membri sono affini per età e problematica vissuta e che serve a: maturare un senso di responsabilità, assicurare assistenza materiale e sostegno emotivo, proporre una struttura valoriale che definisce e potenzia l'identità personale e a stimolare la risocializzazione e il riconoscimento sociale (Katz, Bender 1976, cit. in Bobbo 2012: 280). Questo metodo è stato scelto perché risulta adatto da proporre a una persona che è a rischio di sviluppare problemi emotivi permanenti e si trova a vivere una crisi esistenziale, proprio come nel caso di Sandra. Il fatto che i membri del gruppo siano accumulati dalla stessa esperienza, potrebbe rendere più credibile ed efficace per lei quanto viene proposto e discusso. Grazie al principio dell'*help therapy* ogni membro dà e riceve aiuto e questo potrebbe far riemergere in Sandra un senso di responsabilizzazione e partecipazione sociale. A tal proposito, questi momenti di condivisione senza stigmatizzazione, potrebbero rivelarsi estremamente utili per farla uscire dallo stato di isolamento in cui rischia di rinchiudersi. Infatti tali gruppi possono organizzare eventi culturali ed attività sociali che possono offrire a Sandra momenti di svago e distrazione dalla malattia.

Si potrebbe anche proporre al marito di partecipare ad un gruppo di mutuo aiuto per caregivers, in modo che questi possa avere lo spazio per confrontarsi e condividere le difficoltà e le sofferenze che ogni giorno affronta a fianco della moglie.

Tavola rotonda

Si tratta di un attività di gruppo alla quale partecipano pazienti, familiari ed esperti che insieme dibattono su argomenti di varia natura. Questa strategia potrebbe essere preziosa nel caso della paziente, in quanto capace di offrire una possibilità di confronto fra le due famiglie nella speranza di ripristinare un clima di equilibrio e di creare una reale ed effettiva rete di supporto per Sandra.

Attività sportive

L'IRC, oltre ad influenzare aspetti psico-relazionali della vita del paziente, va ad intaccare anche la funzionalità fisica ed in particolare quella muscolare. Infatti questi soggetti tendono a stancarsi facilmente e, di conseguenza, a ridurre la quantità di esercizio fisico a discapito della loro forma fisica. Per 30 anni sono stati condotti studi per dimostrare l'importanza di svolgere attività fisica in pazienti colpiti da IRC; di recente uno studio condotto da Heiwe e Jacobson ha raccolto dati da 45 di queste ricerche dimostrando che adulti con IRC non ancora sottoposti alla dialisi, pazienti in dialisi e pazienti trapiantati traggono benefici dall'attività fisica. Vi è infatti evidenza scientifica che un regolare esercizio fisico svolto 30 minuti per tre volte alla settimana migliora la forma fisica, la forza muscolare, la capacità di camminare, alcune componenti cardiovascolari (ad esempio pressione sanguigna e frequenza cardiaca), alcuni parametri nutrizionali e la qualità della vita in generale (Heiwe, Jacobson 2011). Si ritiene dunque che potrebbe essere consigliabile per Sandra svolgere regolare esercizio fisico condotto sotto la supervisione di esperti per migliorare il suo benessere psicofisico.

Tecniche di rilassamento

Le tecniche di rilassamento consistono nella creazione di spazi e momenti dedicati alla ricerca di un equilibrio con il proprio corpo e alla stimolazione del pensiero positivo tramite: visualizzazione e percorsi mentali, desensibilizzazione cognitiva dagli stressor, training autogeno, tecniche di psicotesi e tecniche di respirazione (Martin, Cianfriglia 2008: 65).

Nel caso di Sandra questa metodologia sembra poter essere utile per fornirle quegli spazi mentali e fisici di riposo di cui ha estremo bisogno. Lo Yoga è la pratica che meglio racchiude le caratteristiche sopracitate. E' stato dimostrato, infatti, da uno studio condotto da Catherine Woodyard che la pratica dello yoga porta diversi benefici: a livello fisico aumenta la forza muscolare e la flessibilità, migliora la respirazione e le funzioni cardiovascolari, a livello psicologico riduce lo stress, l'ansia, la depressione e il dolore cronico, favorendo così il miglioramento della qualità della vita (Woodyard 2011).

Eventuali osservazioni finali

La rielaborazione della situazione e le proposte educative e di intervento avanzate corrispondono ad ipotesi emerse dalla discussione in equipe a partire dalle informazioni possedute, ma verranno confermate o eventualmente riviste in seguito al confronto effettivo con Sandra.

Bibliografia

- Benini R. (2010), *I cinque passi*, Bologna, Edizioni Pendragon.
- Beers M. H. (a cura di) (2003), *The Merck Manual of Medical Information – Second Home Edition*, Whitehouse Station, Merck & Co., Inc. [Le citazioni sono tratte dalla] traduzione italiana: *Il manuale della salute per tutta la famiglia*, Milano, Springer – Verlag & Raffaello Cortina Editore (2005), vol. 7-8-10.
- Bobbo N. (2012), *Fondamenti pedagogici di educazione del paziente*, Padova, Cleup.
- Cecchetto D. (2008), “Età adulta e funzione genitoriale”, in Castelli C., Sbatella F.(a cura di), *Psicologia del ciclo di vita*, Milano, Franco Angeli, pp. 225-233.
- Clark M. C., Dobbins G. H., Ladd R. T. (1993), “Exploratory Field Study of Training Motivation”, in *Group and Organization Management*, vol. 18, pp. 292-307.
- Dell'Agli N. (2004), “Tra finitudine e intelligenza relazionale. Percorsi di vita nell'età adulta”, in Romano R.G.(a cura di), *Ciclo di vita e dinamiche educative nella società postmoderna*, Milano, Franco Angeli, pp.156-165.
- Erikson E. H. (1950), *Childhood and Society*, Norton, New York [Le citazioni sono tratte dalla] traduzione italiana: *Infanzia e società*, Armando, Roma (1996).
- Harrison T. R. (2009), *Principi di medicina interna: il manuale*, McGraw-Hill, Milano.
- Kernberg O. (1976), *L'amore maturo: presupposti e caratteristiche*, in Jacques E., Kernberg O., Thompson C. (1993), *L'età di mezzo*, Boringhieri, Torino, pp.103-139.
- Knowles M. S. , Holton III E. F., Swanson R. A. (2008), *Quando l'adulto impara. Andragogia e sviluppo della persona*, Milano, Franco Angeli.
- Martin A., Cianfriglia M. C. (2008), “L'Educatore Professionale e le malattie croniche”, in Martin A., Santonastaso R. (a cura di), *Educazione professionale in medicina e psichiatria*, Padova, Piccin Nuova Libreria, pp. 43-71.
- Pontieri G. M. (2011), *Elementi di patologia generale: per i corsi di laurea in professioni sanitarie*, 3 ed, Padova, Piccin Nuova Libreria, pp. 215-225.
- Pontieri G. M. (2012), *Elementi di fisiopatologia generale: per i corsi di laurea in professioni sanitarie*, 3 ed, Padova, Piccin Nuova Libreria, pp. 657-661.
- Pratt D. D. (1988), “Andragogy as a Relational Construct”, in *Adult Education Quarterly*, n. 38, pp. 160-181.
- Robbins S. L., Cotran R. S., Kumar V., Abbas A. K., Fausto N., Aster J. C. (2009). *Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease*, Philadelphia, W.B. Saunders Company, pp. 1475-1577.
- Rosati E., Cristoforoni P., Testa V. (a cura di) (2006), *Salute – Edizione speciale per il Corriere della Sera*, Milano, RCS Libri, vol. 3-5-8-10-15.

Tough A. (1979), *The Adult's Learning Projects*, Ontario Institute for Studies in Education, Toronto.

Volpe B. (2008), “La componente psicologica ed educativa nel percorso terapeutico dei pazienti sottoposti a trapianto d'organo”, in Martin A., Santonastaso R. (a cura di), *Educazione professionale in medicina e psichiatria*, Padova, Piccin Nuova Libreria, pp. 119-126.

Vroom V. H. (1995), *Work and Morivation (classic reprint)*, Jossey-Bass, San Francisco.

Winston R., Wilson D. E. (a cura di) (2004), *Human*, London, Dorling Kindersley [Le citazioni sono tratte dalla] traduzione italiana: *L'Uomo – Grande Enciclopedia per Ragazzi*, Roma, Gruppo Editoriale L'Espresso (2005).

Wlodowski R. J. (1985), *Enchanging Adult Motivation to Learn*, Jossey-Bass, San Francisco.

Articoli scientifici

Bakhtiari M., Falaknazi K., Lofti M., Noori M., Saleh Abad A.N. (2013), “The Relationship between Personality Traits, Anxiety and Depression, in Life Quality of Patients under Treatment by Haemodialysis (HD)”, in *Novelty in biomedicine*, n. 1, pp. 1-7.

Engle D. (2001), “Psychosocial Aspect of the Organ Transplant Experience”, in *Journal of clinical psychology*, vol. 57, pp. 521-549.

Heiwe S., Jacobson S. H. (2011), “Exercise training for adults with chronic kidney disease”, in *The cochrane library*, pp.1-396.

Piccoli G.B., Cabiddu G., Daidone G., Guzzo G., Maxia S., Ciniglio I., Postorino V., Loi V., Ghiotto S., Nichelatti M., Attini R., Coscia A., Postorino M., Pani A. (2014), “The children of dialysis: live-born babies from on-dialysis mothers in Italy—an epidemiological perspective comparing dialysis, kidney transplantation and the overall population”, in *Nephrology dialysis transplantation*, pp. 1-9.

Stratta P., Cabiddu G. (2005), “Gravidanza e Trapianto renale”, in *Trapianti*, n.9, pp. 53-60.

Woodyard Catherine (2011), “Exploring the therapeutic effects of yoga and its ability to increase quality of life”, in *International journal of yoga*, vol. 4, pp. 49-54.