



Ci trovi in:

www.asnetsardegna.com

e su:



A.S.N.E.T. Associazione Sarda
Nefropatici Emodializzati e Trapiantati

**A
SARDEGNA
E
T**

**ASSOCIAZIONE SARDA
EMODIALIZZATI E TRAPIANTATI**

Via Rockefeller, 30 - Tel./Fax 070 308675
09126 CAGLIARI • E-mail: asnet@tiscali.it



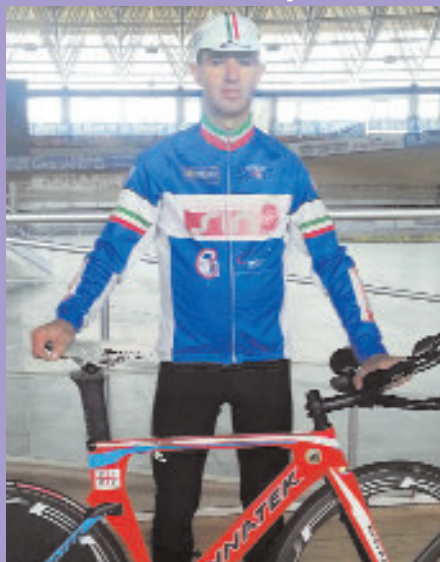
Oristano 21 giugno 2015



ASSEMBLEA GENERALE

Sport per dializzati e trapiantati

È di Walter Ucheddu
il record mondiale
dell'ora su pista



Sarà potenziata la campagna
a favore delle donazioni



La dialisi domiciliare

E inoltre ...

Nei comuni, già
disponibili i rimborsi
fino a dicembre

Le tecniche corrette di
venipuntura

Il Forum scrive
all'AIFA
per dibattere
le problematiche
relative ai farmaci
a base di ciclosporina



ANNO XXVI

N° 1

LUGLIO 2015

ASET - SARDEGNA

ORGANO UFFICIALE
DI INFORMAZIONE
DELL'ASSOCIAZIONE SARDA
NEFROPATICI EMODIALIZZATI E
TRAPIANTATI
VIA ROCKEFELLER 30 • CAGLIARI

PRESIDENTE
E DIRETTORE RESPONSABILE
Rag. GIUSEPPE CANU



DIREZIONE - REDAZIONE
AMMINISTRAZIONE
E DIFFUSIONE

A.S.N.E.T. • VIA ROCKEFELLER, 30
CAGLIARI - TEL. 070.308675
FAX 070.308675
e-mail: asnet@tiscali.it

www.asnetsardegna.com

FOTOCOMPOSIZIONE,
IMPAGINAZIONE E STAMPA:
IGES

Industria Grafica Editoriale Sarda
Via Beethoven 14, Quartu Sant'Elena
Tel. 070824399

REGISTRAZIONE PRESSO
IL TRIBUNALE DI CAGLIARI
N. 34/91 del 4/12/91

ANNO XXVI • N. 1 • LUGLIO 2015
in copertina:

Assemblea Asnet a Oristano, record dell'ora,
campagna per le donazioni, dialisi domiciliare

Chiuso in tipografia il

LE SEDI A.S.N.E.T.

e-mail: asnet@tiscali.it

SEDE REGIONALE: Via Rockefeller, 30 - CAGLIARI

Tel. e Fax 070.308675

SEDE di CARBONIA: c/o Reparto Dialisi Ospedale Sirai



TESSERAMENTO 2015

L'Associazione con il tuo contributo
sarà sempre più incisiva

Sostienila Rinnovando
la Tessera Sociale

C/C Postale N. 19262096 intestato a:

Associazione Sarda Nefropatici, Emodializzati e Trapiantati

PER CHI VUOLE CONTATTARCI

Gli Uffici dell'ASNET sono aperti dal Lunedì al Venerdì:

al mattino dalle ore 9.00 alle ore 13.00

al pomeriggio dalle ore 15.30 alle ore 19.30.

I pazienti possono venire direttamente e personalmente a parlare con i
nostri rappresentanti per qualunque loro problema.

Oppure possono telefonare al n. 070/308675 nelle ore d'ufficio.

Trasmettici la tua E-mail: eventuali aggiornamenti sull'attività dell'ASNET
possono essere ricevuti direttamente su posta elettronica, comunicando
il proprio recapito alla segreteria. Ci trovi anche in FACEBOOK
e su Internet alla pagina www.asnetsardegna.com

Già disponibili nei comuni i sussidi fino a dicembre 2015

Non si ricorda a memoria d'uomo, o perlomeno da quanto è diventata esecutiva la legge regionale 11/85, che la Regione sarda abbia trasferito, in anticipo ai comuni, le risorse per tutto il 2015 relativo ai sussidi a favore dei dializzati e trapiantati.

La determinazione della Direzione Generale delle Politiche Sociali dell'Assessorato regionale della Sanità è la numero 5997/196 e porta la data del 17 aprile 2015 mentre la comunicazione ufficiale ai comuni, firmata dal Direttore Generale Antonio Mascia, reca la data del 12 maggio.

Sentiamo la necessità di comunicare tutti questi estremi della documentazione ufficiale perché in associazione stiamo ricevendo le legittime lamentele da parte di nostri soci i quali, rivoltisi al Comune di riferimento, si sarebbero sentiti rispondere che, ancora, i trasferimenti della Regione non sarebbero disponibili.

Noi abbiamo verificato la documentazione, Comune per Comune, pubblicata nel sito dell'assessorato in cui sono elencate le quote spettanti a ciascun Ente Locale, l'anticipo già erogato e la differenza contenuta nella suddetta determinazione.

Il trasferimento totale ai comuni è di 43 milioni e 290 mila euro circa e riguarda provvidenze, previste dalle diverse leggi di settore, a favore di tutte le categorie ricadenti nella non autosufficienza per questo, una volta effettuata la

comunicazione ufficiale da parte della Regione, le amministrazioni comunali dovrebbero aver ricevuto il mandato di pagamento nel proprio conto corrente, di conseguenza, espletate le normali procedure burocratiche, i finanziamenti dovrebbero essere già disponibili nel volgere di pochi giorni.



Per questo ci permettiamo di sottolineare come la risposta da parte dei comuni, fin da ora che stiamo scrivendo questo articolo, non può essere negativa perché, ripeto, i soldi sono già disponibili nelle loro casse.

Chiuso questo passaggio doveroso, onde evitare inutili ritardi e perdite di tempo con le file agli sportelli comunali, esprimiamo una netta seppure cauta soddisfazione per questa azione del governo regionale che, per la prima volta è riuscito a erogare in netto anticipo e fino a tutto dicembre

prossimo questi sussidi indispensabili per i nostri soci i quali, molte volte si trovano in grave difficoltà a dover anticipare le spese di viaggio, o quant'altro, per raggiungere i centri sanitari di intervento, per cui, al momento, e fino alla fine dell'anno, quanto fatto dalla Regione risulta essere per noi tutti una boccata di serenità.

Tutti i circa 1500 dializzati e gli 850 trapiantati della Sardegna sanno bene che questo è stato da sempre un cavallo di battaglia dell'Asnet nel rapporto con tutti gli assessori regionali della Sanità che si sono susseguiti negli anni e ora, goccia dopo goccia, speriamo di avere raggiunto questo obiettivo stabile ed essere riusciti a creare i presupposti affinché l'erogazione dei sussidi, da ora in poi, continui ad essere programmato con i tempi consoni alle esigenze dei pazienti onde da evitare che le famiglie vengano ulteriormente penalizzate dopo le difficoltà di cui conosciamo bene la loro portata.

Per ulteriori informazioni, si può far riferimento ad altri numeri di questa nostra rivista, e in particolare segnaliamo il penultimo, quello datato "agosto 2014", in cui a pagina 10 è possibile trovare un articolo molto preciso su come ottenere e sveltire le pratiche relative all'ottenimento del sussidio regionale erogato, poi, attraverso le rispettive amministrazioni comunali.

Giuseppe Canu

A Oristano l'assemblea regionale dell'Asnet

di Paolo Trudu

Si è cominciato con un minuto di silenzio per ricordare chi ci ha lasciato, poi si sono trattati gli argomenti posti all'ordine del giorno.

Così, la campagna di sensibilizzazione alla donazione e la dialisi domiciliare sono stati posti al centro dell'annuale assemblea prevista dallo statuto dell'Asnet, l'associazione Sarda Nefropatici Emodializzati e Trapiantati, che si è svolta domenica 21 giugno nella sala convegni dell'albergo "Sa Rodia" a Oristano.

Provenienti da tutta la Sardegna, i soci dell'Asnet hanno seguito con attenzione la relazione annuale sulle attività svolte, presentata dal presidente **Giuseppe Canu** che, dopo l'esposizione del bilancio consuntivo si è soffermato principalmente sugli temi che hanno caratterizzato la giornata di lavoro sociale.

Toccando l'argomento sulla campagna di sensibilizzazione alle donazioni, Canu ha sottolineato come i costi sono altissimi per cui si sono scelte, principalmente le città più grandi fra cui Cagliari e Quartu pensando di incrementare anche a Nuoro, Oristano e Olbia, compatibilmente con i costi e le risorse necessarie all'affissione dei cartelloni giganti.

È stata presa in considerazione anche la possibilità di portare la campagna attraverso le televisioni locali con le quali si potrebbero raggiungere più persone in tutti i paesi

della Sardegna.

Di seguito è stato affrontato anche il secondo importante argomento della giornata, introdotto dal presidente Canu.

«Migliorare le condizioni di vita

- ha detto - significa anche avere la possibilità di poter fare la dialisi in casa».

Sono state esposte tutte le procedure per l'avvio e l'accettazione di questa richiesta che deve essere sostenuta da un familiare, spesso il coniuge del malato, che si impegna ad assistere a tutte le esigenze del dializzato dopo aver partecipato ad un corso di formazione della durata di circa 4 mesi.

A tal proposito, molto interessante e suggestiva è stata la testimonianza di **Antonello Loche**, unico paziente che da tempo fa la dialisi a domicilio, il quale ha sottolineato come questa possibilità rende davvero molto più liberi anche per quanto riguarda l'attività lavorativa.

Le istituzioni proposte stanno lavorando affinché il dializzato a domicilio possa contare anche sulla presenza in casa di un infer-



miere professionale che lo aiuti in vece del congiunto. A sostegno della dialisi domiciliare è intervenuto anche **Bruno Denotti**, consigliere regionale dell'Asnet che ha evidenziato come la non diretta dipendenza del paziente dalle strutture ospedaliere allevia notevolmente il disagio provocato dall'essere in dialisi anche perché si evitano le turnazioni, gli orari e i giorni imposti dalle tabelle di disponibilità proprie o della struttura ospedaliera.

Si è anche parlato della possibilità, per i dializzati, di svolgere una attività sportiva competitiva prendendo ad esempio gli ultimi campionati europei svoltisi a Cracovia, fino al record mondiale dell'ora di ciclismo su pista per dializzati, conseguito a maggio da **Walter Ucheddu**. La pratica sportiva è importante per i

dializzati e trapiantati che nonostante tutto possono raggiungere risultati eccellenti. Per questo motivo, Giuseppe Canu che è anche presidente della Nazionale sporti-



va dializzati e trapiantati, ha voluto invogliare i partecipanti all'assemblea ad iscriversi per i giochi europei sportivi di categoria in programma il prossimo anno a Helsinki, in Finlandia. Come riportato anche nell'editoriale di questo numero, il presidente Canu ha evidenziato, inoltre, la tanto attesa comunicazione della Regione con la quale si informavano anche le associazioni che ai comuni erano state già trasferite tutte le risorse necessarie fino a dicembre 2015, relative ai rimborsi per i dializzati e trapiantati.

«Questo è un successo dovuto alla tenace pressione dell'Asnet e delle altre organizzazioni che si occupano di trapianti - ha sottolineato - così i comuni non hanno scuse per ritardare i rimborsi ed erogarli in tempi congrui».

Inoltre, ha evidenziato Giuseppe Canu, di recente le associazioni che si occupano di trapianti hanno avuto un incontro con l'assessore regionale della Sanità, Luigi Arru il quale, attraverso diverse iniziative, si è impegnato a sostenere meglio l'informazione relativa alla possibilità di donazione coinvolgendo le scuole e i comuni della Sardegna.

Un'altra informazione molto gradita ai partecipanti è stata quella che in Regione si è concluso l'appalto per l'acquisto di nuovi reni artificiali che colmeranno l'esigenza di tutti i centri dialisi della Sardegna. Alcune di queste nuove macchine sono già disponibili e in breve saranno allestite in tutti i centri. Questi reni artificiali hanno la particolarità di riuscire a fornire tutte le terapie specifiche a tutti i pazienti i quali non saranno costretti a modificare il trattamento



breve sarà presente anche nel Medio Campidano grazie alla disponibilità offerta dal comune di Sanluri che ha concesso all'associazione uno spazio all'interno del "polo culturale" appena terminato.



Scuola "Flash Dance" di Pirri, della maestra **Silvia Puddu**, dove è possibile prendere lezioni di ballo e partecipare alle serate danzanti una delle quali si è svolta nella sala della casa di riposo di Terramaini dedicata alla campagna di sensibilizzazione alla donazione d'organi e al trapianto. Di questa iniziativa ha parlato il consigliere dell'Asnet, **Paolo Frongia** che ha sottolineato le opportunità di benessere per il fisico e per lo spirito che il ballo produce in tutte le persone che lo frequentano.

Uno spazio della mattinata è stato dedicato anche all'attività forense dell'associazione, portata

qualora la macchina utilizzata non sia disponibile o debba essere sostituita a causa di un guasto.

Inoltre, ha proseguito Giuseppe Canu, l'Asnet a



C'è anche un'altra vita oltre la dialisi. E questa occasione, importante per il ripristino della tonicità del corpo è data dalla collaborazione con la



avanti dall'avvocato Marco Basciu che ha precisato come le pratiche avviate tendono a evidenziare la netta differenza fra "accompagnatore" e "accompagnamento", considerato che molti uffici istituzionali ancora confondono i due ruoli per cercare di erogare rimborsi inferiori rispetto alle spettanze previste per legge.

Il dibattito conclusivo si è incentrato sulle spettanze relative ai rimborsi visto che diverse amministrazioni comunali ancora commetterebbero errori rispetto a quanto, invece, previsto dalle leggi vigenti. Per

questo, l'associazione ha predisposto una tabella dettagliata, distribuita ai partecipanti, in cui erano richiamate tutte le quote di rimborso in relazione allo status dell'ammalato, ma anche di alcuni disagi su cui si chiede un intervento da parte dell'associazione. In particolare, si è citato quello dei dializzati di Quartu

che, per i controlli relativi alle fistole, devono recarsi nei centri di Muravera o di Isili, molto distanti con ulteriori aggravii di tempo e denaro. Alla fine dell'assemblea, e prima

di aprire il dibattito fra i soci, si è provveduto all'obbligo statutario di approvare il bilancio, accolto all'unanimità.



Un record per la vita



Walter Uccheddu ce l'ha fatta. Dopo aver conquistato i primati, italiano ed europeo, nella categoria dializzati, il ciclista di Gonnosfanadiga ha vinto anche la sfida al record dell'ora.

Così per la prima volta al mondo un dializzato si è cimentato in questa prova su pista stabilendo il primato mondiale fermando i contachilometri alla invidiabile cifra di 41 km e 907 metri.

Il tentativo è stato effettuato nella tarda mattinata di domenica 17 maggio 2015 nel velodromo di Montichiari in provincia di Brescia, "la freccia di Gonnos", già promessa del ciclismo isolano e che in passato ha vestito per 7 volte la maglia azzurra per il ciclocross, si è cimentato, sotto il severo controllo dei giudici federali che dovevano omologare il risultato, percorrendo i 250 metri del circuito per quasi 168 volte.

Un risultato eccezionale se si considera che il ciclista sardo ha potuto fare solamente due prove nella pista di Montichiari per la totale assenza di velodromi in Sardegna, allenandosi su strada, quindi in condizioni non certamente idonee visto che le regole e la bicicletta da pista sono totalmente diverse. Ma questo handicap infrastrutturale non ha fermato la grinta del campione.

«Inizialmente ero teso, e pensavo di non farcela. Poi l'emozione si è trasformata in grinta e allora ho corso mantenendo fede alla tabella fatta con lo staff tecnico» – ha dichiarato a caldo Walter Uccheddu.

«Sono soddisfatto siamo andati oltre le nostre più rosee aspettative – continua Walter – e un ringraziamento va agli amici che mi hanno sostenuto, al primario del

Centro Dialisi del SS Trinità di Cagliari, dottor **Alessandro Monni**, gli amici dei circoli sardi della Lombardia e ai miei preparatori **Giuseppe Solla** e **Nardino Degortes**, **Simone Seguro**, preparatore in palestra e il massaggiatore **Claudio Meloni**».

Anche dottor Monni, si è dichiarato soddisfatto, prima per il tentativo di Uccheddu, poi per la conquista del record mondiale.

«Lui, infatti, è già un record – ha detto – visto che da diversi anni sta "pedalando in salita" per regolare la sua giovane vita. Poi, questo record in pista, significa che, alla dialisi, si può condurre una vita normale. Da parte nostra c'è stato e ci sarà ancora l'impegno per una terapia dialitica adeguata affinché possa aggiungere altri risultati a questo record dopo aver conseguito anche i titoli di campione europeo e italiano per la categoria dei dializzati».

A Montichiari, il 17 maggio 2015, a fianco a Walter Uccheddu e come per le volte precedenti, non poteva mancare **Giuseppe Canu**, presidente di ASNET Sardegna, del "Forum Sportitalia" e del Forum nazionale delle associazioni dei nefropatici, trapiantati e dializzati.

«Sono stato orgoglioso di aver potuto sostenere questa prova di Walter

–

afferma

Giuseppe Canu – che sicuramente sarà da stimolo ai tanti che hanno interrotto l'attività sportiva dopo essere entrati in dialisi. Per questo, credo che le federazioni dovrebbero interessarsi di più per gli sportivi dializzati».

Ora l'asticella è fissata a quasi



42 km e si attendono altri intrepidi ciclisti che, sotto il vigile controllo dei tecnici federali, vogliano cimentarsi per superare questa quota che gli esperti definiscono "ancora difficile da eguagliare".

Rilancio della terapia "fai da te"

Dall'ospedale a casa con la dialisi domiciliare.

Questa possibilità potrebbe diventare realtà e consentire ai dializzati di vivere una vita "normale", senza essere costretti a estenuanti avanti e indietro da e per l'ospedale per essere attaccati alle macchine salvavita, in attesa di un trapianto di reni.

A raccontare la sua esperienza di primo dializzato domiciliare in Sardegna, è stato Antonello Loche, componente del direttivo regionale di Asnet, che a Oristano ha spiegato nei dettagli i vantaggi di questa procedura rispetto alla dialisi in Ospedale.

La dialisi domiciliare, quindi, permetterà a tanti pazienti soggetti da insufficienza renale che ne potrebbero fare richiesta, di restituire importanti spazi di libertà.

Si tratterebbe di applicare un protocollo di emodialisi a domicilio in totale autogestione per quei pazienti ritenuti idonei a questo tipo di trattamento.

Il vantaggio clinico è assoluto perché i pazienti che potrebbero essere trattati con questo metodo possono recuperare gran parte della loro quotidianità e essere soggetti a un minore utilizzo di farmaci rispetto a chi effettua l'emodialisi in ambiente ospedaliero.

La macchina, allestita nel domicilio del dializzato permetterà, infatti, di effettuare l'emodialisi direttamente a casa, senza l'obbligo di presentarsi in ospedale almeno tre volte a settimana. Le sedute stesse saranno più brevi perché durerebbero circa due

ore al massimo, contro le quattro o cinque necessarie in ambulatorio e il paziente potrà decidere quando effettuare la cura, a seconda delle sue necessità.

"Non essere vincolato alle attese o ai turni in ospedale - ha precisato Antonello Loche - consente, qualora si avesse un impegno anche di lavoro,

poter decidere i fare la dialisi negli orari consoni senza dover limitare l'attività lavorativa. La cosa importante è quella che venga rispettato il numero di dialisi settimanali".

L'apparecchio è semplice da utilizzare e, come ripor-

tato anche nell'articolo relativo all'assemblea di Oristano, il paziente dovrà essere affiancato da una persona che garantisce la presenza in casa durante il trattamento. Spesso si tratta del coniuge il quale, prima di essere messo alla macchina, dovrà partecipare ad un corso di formazione della durata di poco più di 4 mesi corrispondenti a circa 52 dialisi.

Questa innovazione nel campo della medicina è in grado di apportare benefici sia in termini di qualità della vita del paziente, sia per quanto riguarda i costi sanitari, liberando posti letto dagli ospedali a favore di malati gravi e pesando meno sul sistema sanitario nazionale.

A conti fatti, un programma del genere porta grandi vantaggi anche economici all'azienda sanitaria se si pensa che il costo medio per un dializzato in ospedale è di circa 60/80.000 euro all'anno mentre la

dialisi domiciliare andrà a costare appena 27/30 mila euro all'anno.

A ciò si aggiungerebbe anche il grande senso di libertà raggiunto da chi già usufruisce di questa procedura che, oltremodo, afferma di "sentirsi anche meno malato" rispetto a quando si recava in ospedale.

Diversamente da quanto succedeva negli anni 90, quando il dializzato domiciliare doveva trasformare l'abitazione in reparto ospedaliero con costosi impianti diversificati fra idraulici ed elettrici, ora, invece, si è messa a punto una strumentazione semplice che per l'installazione non necessita più di interventi di ristrutturazione abitativa e in poche settimane consente al paziente e al suo "collaboratore" di acquisire le capa-



Antonello Loche



cità e la manualità necessaria.

Con questo sistema, anche le vacanze possono essere fatte in piena tranquillità visto che ci sono apparecchi che possono essere trasportati in valigia avendo la disponibilità della piena assistenza della ditta che fornisce i materiali e che provvede anche allo smaltimento del materiale usato, parificato a rifiuti ospedalieri.

Per una efficace terapia emodialitica



di Maurizio Stara

**Infermiere, Dialisi Acuti e Chirurgia degli accessi vascolari
Dipartimento di patologie renali A.O. "G. Brotzu" di Cagliari**

Un accesso vascolare ben funzionante è essenziale per somministrare un'efficace terapia emodialitica. Le competenze a carico degli accessi vascolari rimangono una delle principali cause di morbidità nella popolazione emodialitica e rendono conto di una cospicua parte degli elevati costi di gestione di questa popolazione di pazienti.

La gestione infermieristica della Fistola Artero Venosa nativa (FAVn) e protesica (FAVg) rappresenta uno degli elementi fondamentali per un'adequata conduzione di un efficace trattamento emodialitico

La FAVn è il migliore accesso vascolare per i pazienti in terapia emodialitica periodica (1) ed è l'accesso vascolare preferito in emodialisi per la bassa frequenza di stenosi, trombosi e infezioni.(2)

Qualsiasi metodica dialitica ci permette di ottenere risultati soddisfacenti a patto che si possa disporre di un accesso vascolare adeguato e ben funzionante.

Numerosi studi pubblicati su autorevoli riviste hanno infatti dimostrato che un accesso vascolare ben funzionante oltre ad avere un effetto decisivo sull'adequazione dialitica nei pazienti in emodialisi³ e ne riduce l'ospedalizzazione e la mortalità.⁴

L'infermiere che opera nei reparti di emodialisi ha un'enorme responsabilità nella gestione di questi accessi vascolari, poiché, nel bene e nel male, è dalla loro opera che dipende il buon funzionamento e la vita di questi tanto delicati quanto importanti dispositivi.

Per tale motivo è estremamente importante che tutti gli operatori di emodialisi coinvolti siano a conoscenza della *best practice* per una corretta gestione della Fistola Artero Venosa, in modo da consentirne un utilizzo ottimale e, contemporaneamente effettuare una adeguata sorveglianza, in modo da permettere tempestivamente le eventuali complicanze.

Lo scopo del protocollo di gestione delle FAVn E FAVp deve essere senz'altro quello di:

- garantire la sopravvivenza dell'Accesso Vascolare (AV) nel tempo
- garantirne il massimo della funzionalità
- evitare le complicanze (stenosi, aneurismi, pseudo aneurismi, erosioni e/o lacerazioni)

- prevenire le infezioni.

Un buon accesso vascolare deve dunque:

- consentire un agevole accesso e flussi adeguati ;
- essere facilmente utilizzabile e in modo ripetuto;
- essere facilmente palpabile e pungibile;
- essere sicuro nell'intervallo dialitico
- creare minor disagio possibile al paziente;
- avere una lunga sopravvivenza e minor numero possibile di complicanze;
- garantire dialisi efficienti, sopravvivenza e miglior qualità di vita.

La scelta degli aghi e il calibro da utilizzare è commisurata alla tipologia di accesso che dobbiamo pungerne (Fig.1);.

Per le fistole "giovani" è preferibile utilizzare calibri minori (17G) per poi aumentare gradualmente man mano che l'A.V. si sviluppa.

Per le fistole particolarmente complesse (vasi sottili, poco dilatati, tortuosi) è consigliato l'utilizzo AVF siliconati (Fig.2); solo la parte flessibile (catetere) rimarrà nel braccio dei pazienti durante il trattamento. Questi dispositivi garantiscono una penetrazione uniforme nella pelle, riduzione del dolore.

Fig 1



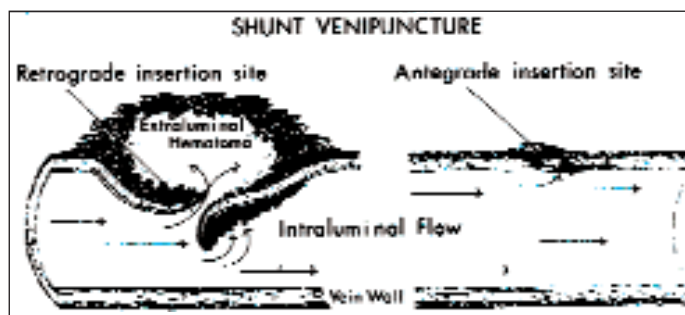
Fig 2



La direzione degli aghi è tendenzialmente retrograda rispetto al flusso ematico per l'ago di aspirazione e anterograda per la restituzione del sangue. Tuttavia, la puntura anterograda in aspirazione crea meno danni al vaso (5) (Fig. 3) ed inoltre, non sussiste pericolo di

ricircolo se la distanza tra i due vasi, in condizioni normali, è superiore i 4 cm. (6)

Fig 3



Tecnica di venipuntura delle Fistole Artero Venose Native (FAVn)

Le tecniche di venipuntura delle FAVn, comunemente utilizzate sono sostanzialmente 3:

La puntura ad "Area" (Area Puncture) che consiste nell'individuazione di un'area ottimale di venipuntura della FAVn sia in aspirazione che in restituzione. Questa tecnica espone considerevolmente la FAVn al rischio di formazioni aneurismatiche e stenosi; tuttavia, paradossalmente, è la più comune.

La puntura a "Scala di corda" (*rope ladder puncture*) che consiste in una sequenza di punture lungo tutta la superficie del vaso consentendone uno sviluppo uniforme. Questa tecnica è la più indicata per le FAVg.

Infine la Puntura ad "Occhiello" (*Button Hole puncture*), che consiste nella ripetuta venipuntura della FAVn sempre negli stessi punti in modo tale da creare un canale che dopo ripetute punture consentirà l'accesso al vaso anche con aghi non taglienti. È una tecnica conosciuta da parecchio tempo ma solo negli ultimi anni, la si pratica con maggior frequenza in diversi centri (Fig. 4a). La dilatazione della FAVn derivante da ogni tecnica è schematizzata nel disegno di Kronung (7). (Fig. 4b)

Fig 4a

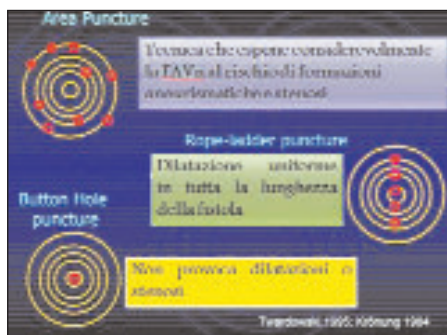
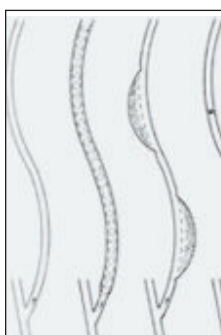


Fig 4b



Gestione Infermieristica delle FAVn

Il materiale occorrente per le procedure di attacco e stacco (Tab.1) del paziente in dialisi è sostanzialmente uguale, sia che si tratti di FAVn che FAVp.

Per quanto riguarda l'uso dei dispositivi di protezione individuale come mascherine e cappellino, benché

non vi siano delle evidenze scientifiche tali da supportare l'utilità del loro utilizzo, costituiscono buona prassi se utilizzati anche nella venipuntura della FAVn.

L'utilizzo dei suddetti presidi costituisce buona norma comportamentale in quanto rafforza le misure igieniche precedentemente adottate e inoltre trasmettono un'immagine di pulizia e professionalità dell'operatore al paziente.

Tabella 1

dispositivo	quantità
Cappellino chirurgico	1
Mascherina chirurgica	1
Occhiali protettivi	1
Kit attacco/stacco contenente	
ATTACCO	
Guanti sterili (paia)	1
telo sterile assorbente	1
cerotti tipo traspirante anallergico	4
disinfettante clorexidina in bustina	1
compresse garza sterile	4
STACCO	
Guanti sterili (paia)	1
cerotti tipo traspirante anallergico	2
compresse garza sterile	4
benda	1
aghi fistola	2
Laccio emostatico (solo per FAV native)	1
Detergente antisettico	*

Procedura:

Nel manipolare gli A.V. devono essere utilizzate le precauzioni universali standard. Le norme igieniche da adottare devono essere rigorosamente rispettate sia dall'infermiere che dall'operatore.

Paziente:

Prima di recarsi nel centro dialisi, nella propria abitazione: Lavaggio dell'area di venapuntura con sapone detergente normale.

Prima del trattamento: Lavaggio del sito di venipuntura con detergente antisettico prima del posizionamento degli aghi

Operatore:

Prima di procedere alla venipuntura l'operatore indosserà la mascherina, berretto e occhiali di protezione.

Benché non vi siano evidenze cliniche sull'incidenza di infezioni in funzione dell'utilizzo dei suddetti dispositivi di protezione individuale su FAVg e FAVn (mentre risultano essere di fondamentale importanza nella gestione dei cvc per emodialisi), l'uso dei suddetti presidi costituisce buona norma comportamentale.

le in quanto rafforza le misure igieniche precedentemente adottate e inoltre trasmettono un'immagine di pulizia e professionalità dell'operatore al paziente.

IGIENE DELLE MANI

Le mani dell'operatore/trice devono essere prive di anelli con unghie corte e senza smalto. L'operazione consta di due fasi di lavaggio:

1°) *Lavaggio sociale*

Apertura del kit attacco (dopo aver eseguito un lavaggio sociale delle mani), e stesura del telo assorbente sterile del campetto e del materiale occorrente per l'attacco in dialisi in modalità asettica.

2°) *Lavaggio Antisettico* delle mani con relativo detergente per almeno 3 minuti con movimenti che comprendano (Fig. 7)

Pulizia delle unghie

Palmo contro palmo

Dita serrate

Palmo contro dorso

Risciacquo con acqua corrente

Asciugatura con salvietta monouso

Chiusura del rubinetto con l'ausilio della salvietta stessa

Osservazione dell'A.V. PRIMA DELLA DIALISI

Valutazioni necessarie prima dell'inserimento degli aghi:

ESAME FISICO (8)

Ispezione:

Sviluppo, decorso e posizione dei vasi, colore e temperatura della cute, (segni di infezione o infiammazione), ematomi, ecchimosi, edemi e aneurismi.

Palpazione:

per apprezzare linearità, profondità, tensione del vaso, direzione del flusso.

Auscultazione:

carattere e qualità del thrill.

LA PROCEDURA PRECEDENTEMENTE ENUNCIATA HA VALORE SIA PER LE FISTOLE NATIVE CHE PER LE FISTOLE PROTESICHE (**).

Procedura

Far adagiare comodamente il braccio del paziente, sede della FAVn sul campetto; questo momento è ideale per osservare eventuali segni e/o alterazioni dell'accesso vascolare.

Posizionare il laccio emostatico a monte della fistola **stringendo moderatamente**, senza troppa energia (questo eviterà lacerazioni della fistola nella sede di venipuntura e eventuali schizzi di sangue).

Indossare dunque i guanti sterili e procedere alla prima venipuntura (accesso di rientro del sangue o venoso).

Scegliere accuratamente l'area di venipuntura possibilmente in una zona priva di aneurismi seguendo un percorso di inserzione degli aghi precedentemente valuta-

to e adatto allo sviluppo uniforme del vaso, che non sia causa di aneurismi o, peggio ancora lacerazioni dell'accesso vascolare. Eseguire una disinfezione in modo circolare partendo dalla sede di venipuntura scelta allontanandosi dall'area senza tornare indietro per almeno 2 minuti

Fig 8

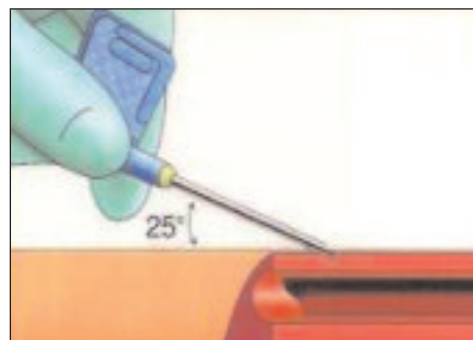


.Lasciare agire per due minuti poi procedere come segue: posizionare l'ago in direzione a favore di flusso del sangue;

tendere la cute, avanzare nel lume con un'angolazione dell'ago di circa 25° (Fig.9), il becco dell'ago e introdurre **senza variare l'inclinazione dell'ago**.

Rimuovere il laccio emostatico. Girare, eventualmente, la punta dell'ago.

Fig 9



Assicurare l'ago alla cute con due cerotti dei quattro disponibili nel campetto, avendo cura di coprire anche il punto di ingresso dell'ago nella cute.

Far fuoriuscire il sangue sull'ago fistola fino a riempirlo del tutto poi, con la siringa precedentemente preparata con soluzione fisiologica contenente una minima quantità di anticoagulante (eparina sodica, quando non vi siano controindicazioni), aspirare una piccola quantità di sangue e lavare l'ago iniettando la soluzione con moderata energia.

Questa manovra consente di verificare la corretta posizione dell'ago nel vaso. Resistenze o dolore avvertito dal paziente indicano un'incorretta non ideale posizione dell'ago (lacerazione o perforazione della parete causata da un'errata angolazione dell'ago, oppure adagiato con il becco sulla parete del vaso.

Nei casi meno complicati si può risolvere orientando

il becco dell'ago in una diversa direzione o aumentando/diminuendo l'inclinazione; nei casi più complessi è consigliabile rimuovere l'ago senza eccessivi dannosi movimenti e procedere con una nuova venipuntura dopo l'emostasi della precedente.

Procedere dunque alla venipuntura dell'accesso di aspirazione del sangue "arterioso".?

Posizionare il laccio emostatico a monte della fistola stringendo moderatamente, senza troppa energia.

Posizionare l'ago in direzione contro flusso (o a favore di flusso, a seconda dell'indicazione) rispetto alla direzione del sangue ad una distanza minima di 6 cm dal punto di inserzione del primo accesso; tendere la cute, avanzare nel lume con un'angolazione dell'ago di circa 25 gradi (Fig.9), il becco dell'ago rivolto verso l'alto e introdurre senza variare l'inclinazione dell'ago.

Rimuovere il laccio emostatico. Girare, eventualmente, la punta dell'ago.

Assicurare l'ago fistola nella cute con i restanti due cerotti, avendo cura di coprire anche il punto di ingresso dell'ago nella cute.

Far fuoriuscire il sangue sull'ago fistola fino a riempirlo del tutto e procedere alla connessione all'apparecchiatura secondo le modalità che il tipo di apparecchiatura utilizzata richiede.

Rimozione degli aghi

Al termine del trattamento dialitico eseguire la rimozione degli aghi partendo dall'ago di aspirazione o arterioso seguendo la seguente procedura:

eseguire un lavaggio sociale delle mani e aprire senza inquinare il kit di stacco su un piano asciutto e pulito.

Eseguire un lavaggio antisettico delle mani (Vedi procedura di attacco).

Rimuovere i cerotti di fissaggio imbibendoli, se necessario, con un disinfettante (acqua ossigenata, Neomedil ... ecc) indossare i guanti, preparare una delle 4 garzette presenti nel kit di stacco piegandola in 2/3 parti e rimuovere l'ago arterioso esercitando una moderata pressione nel punto esatto di uscita dell'ago fino a completa emostasi.

Sostituire la garza con la seconda del kit di stacco piegata in due e fasciare con benda a compressione graduata senza stringere in modo energico. Se non si dispone di tali bende ma di una normale fascia fasciare l'area interessata e poggiare la restante benda sul campetto stesso, pronta per proseguire il secondo bendaggio.

Ripetere la procedura per l'ago venoso.

Tecnica di venipuntura FAV Proteiche

La FAVp è un accesso vascolare che si confeziona quasi sempre per mancanza di vasi che consentano una fistola nativa (considerata il golden standard degli accessi vascolari per emodialisi) e che, pur rappresentando una

valida alternativa a quest'ultima, la sua gestione è molto più complessa e meritevole di ulteriori accorgimenti per consentirne una maggior durata e una massima efficienza.

Esse possono avere vari decorsi a seconda di come si presentano i vasi da interporre con la protesi; avremo quindi FAVp a "loop" o a "semiluna" nell'avambraccio o nel braccio.

La tecnica di venipuntura alle FAVp è una tecnica a "*scala di corda*" che consente di sfruttare in modo uniforme la protesi in tutta la sua lunghezza garantendo una preservazione più duratura dell'innesto.

Procedura

Uguale alla precedente fino al punto (* *)

Far adagiare comodamente il braccio del paziente, sede della FAVp sul campetto; questo momento è ideale per osservare eventuali segni e/o alterazioni dell'accesso vescolare

Indossare dunque i guanti sterili e procedere alla prima venipuntura (accesso di rientro del sangue "venoso").

Scegliere accuratamente l'area di venipuntura seguendo un percorso di inserzione degli aghi precedentemente valutato e adatto allo sviluppo uniforme del vaso, che non sia causa di aneurismi o, peggio ancora lacerazioni dell'accesso vascolare.

Eseguire una disinfezione in modo circolare partendo dalla sede di venipuntura scelta allontanandosi dall'area senza tornare indietro, per almeno 2 minuti (Fig 8).

L'inserzione degli aghi nelle FAVp deve essere eseguita partendo dall'anastomosi ad una distanza di almeno 2,5 cm e proseguendo verso il centro della protesi. Nelle FAVp rette si proseguirà finché la distanza tra ago arterioso e ago venoso non siano inferiori ai 6 cm (Fig.10), nelle protesi a loop senza rinforzo centrale fino a 2,5 cm per entrambi gli aghi dall'inizio del loop (punto in cui la protesi inizia la curva per risalire verso l'alto (Fig.11). Nelle protesi con rinforzo centrale si proseguirà fino a 2,5 cm dal punto in cui ha inizio il rinforzo (Fig.12) per entrambi gli aghi.

Fig 10

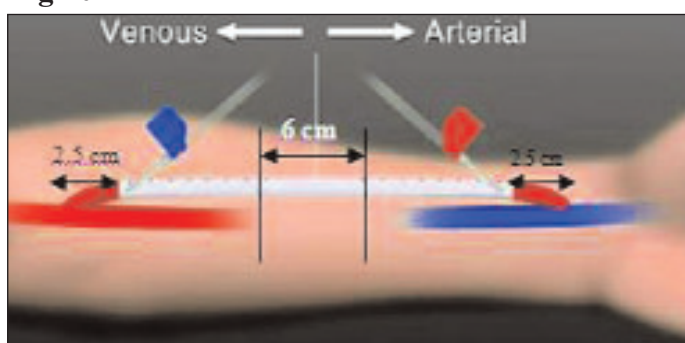


Fig 11

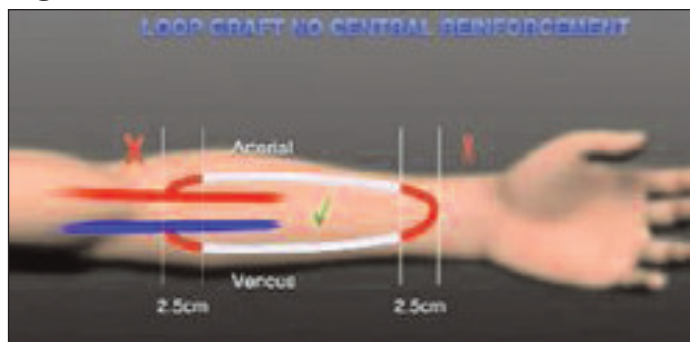
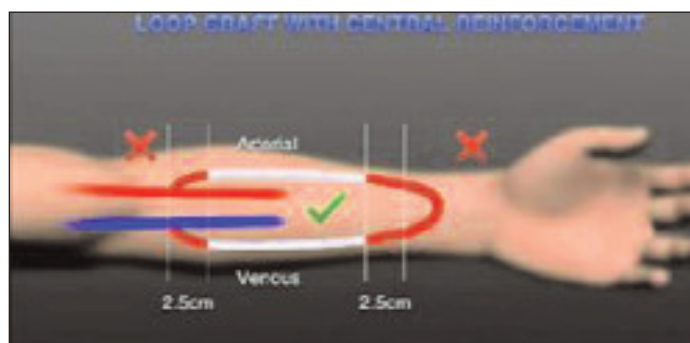


Fig 12



Nelle FAVp a loop, qualora non vi sia alcuna indicazione è opportuno accertarsi della direzione del flusso del sangue.

Questo può essere accertato senza dubbi con una semplice manovra:

Premere la protesi al centro fino a bloccare il flusso e verificare dove si percepisce la pulsazione.

Quello è indubbiamente il tratto più prossimo all'anastomosi arteriosa. Dall'altro lato non si percepirà alcuna pulsazione ed è indubbiamente quindi, il lato protesico più prossimo all'anastomosi venosa. (Fig. 13).

Fig 13



Una volta stabilita la direzione del flusso ematico ed eseguita la disinfezione dell'area, si può provvedere alla venipuntura.

Il primo ago si posizionerà in direzione a favore di

flusso (ago venoso o di restituzione del sangue); Partendo dall'area più vicina all'anastomosi, ad una distanza minima di 2,5 cm si procederà pungendo la FAVp in una sede leggermente laterale rispetto al dorso della protesi, con il becco dell'ago rivolto verso l'alto ed una inclinazione di 45° (Fig. 14) fino a penetrare nella protesi, poi si inclina a 25° e si infila il resto dell'ago (Fig. 15).

Fig 14

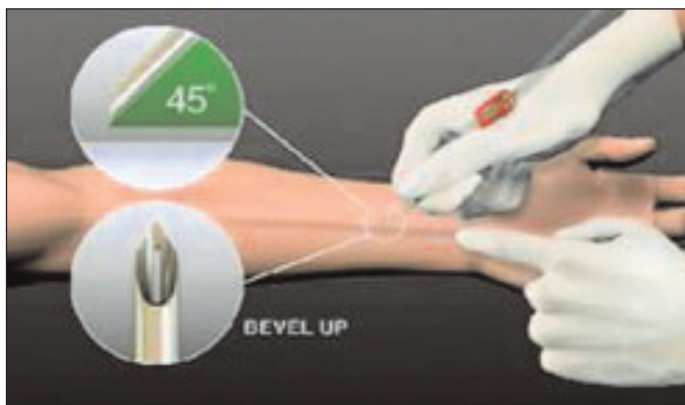
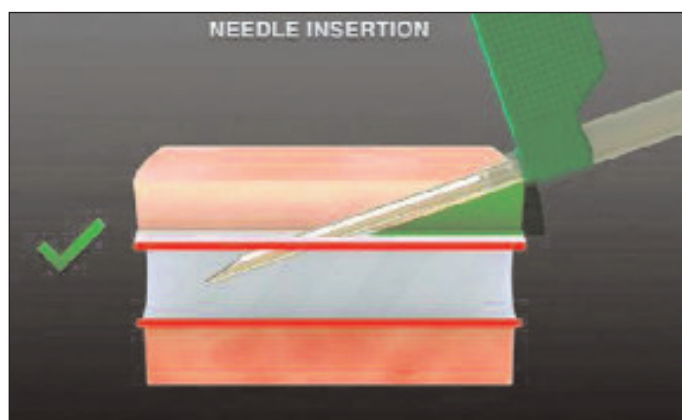


Fig 15



Inclinazioni più accentuate possono dar luogo a lacerazioni della parete profonda della protesi fino alla perforazione in caso di angolatura dell'ago eccessiva, inclinazioni meno accentuate possono lacerare la parete superficiale con possibilità di stravasi ematici che spesso danno luogo a pseudo aneurismi (Fig. 16 e 17).

Fig 16

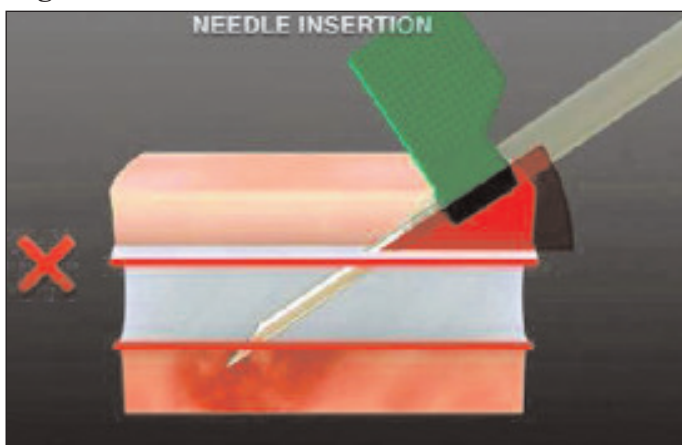
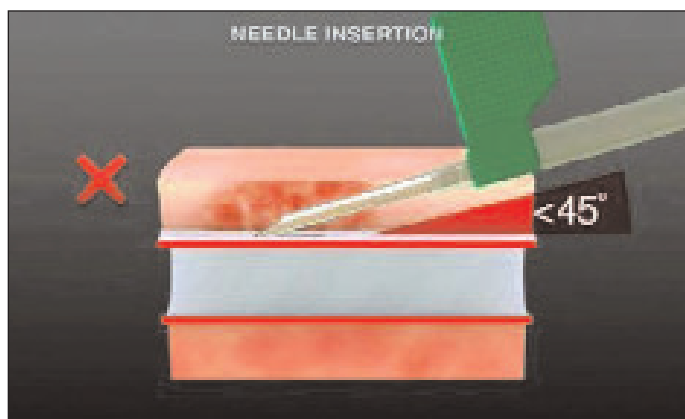


Fig 17



Assicurare l'ago fistola alla cute con due cerotti del quattro disponibili nel campetto, avendo cura di coprire anche il punto di ingresso dell'ago nella cute.

Far fuoriuscire il sangue sull'ago fistola fino a riempirlo del tutto poi, con la siringa precedentemente preparata con soluzione fisiologica contenente una minima quantità di anticoagulante (eparina sodica, quando non vi sono controindicazioni) aspirare una piccola quantità di sangue e lavare l'ago iniettando la soluzione con moderata energia.

Questa manovra anche per gli innesti protesici, così come per le FAVn consente di verificare la corretta posizione dell'ago nel vaso. Resistenze o dolore avvertito dal paziente indicano un'incorretta o non ideale posizione dell'ago (lacerazione o perforazione della parete causata da un'errata angolazione dell'ago, oppure ago adagiato con il becco sulla parete dell'innesto protesico). Predisporsi dunque per il posizionamento dell'ago arterioso o di aspirazione. Una volta stabilita la direzione del flusso ematico si può provvedere alla venipuntura. Il secondo ago si posizionerà contro flusso (ago arterioso o di aspirazione del sangue);

Partendo dall'aera più vicina all'anastomosi, ad una distanza minima di 2,5 cm si procederà pungendo la FAVp in una sede leggermente laterale rispetto al dorso della protesi, con il becco dell'ago rivolto verso l'alto ed una inclinazione di 45° fino a penetrare nella protesi, poi si inclina a 25° e si infila il resto dell'ago.

Assicurare l'ago fistola nella cute con gli ultimi due cerotti dei quattro disponibili nel campetto, avendo cura di coprire anche il punto di ingresso dell'ago nella cute. Far fuoriuscire il sangue sull'ago fistola fino a riempirlo del tutto, dopodiché procedere alla connessione all'apparecchiatura secondo le modalità che il tipo di apparecchiatura utilizzata richiede.

Rimozione degli aghi

La rimozione degli aghi fistola, al termine del trattamento deve essere eseguita avendo cura di evitare eccessive pressioni sul dispositivo protesico per un tempo adeguato (minimo 4 minuti) partendo dall'ago di aspirazione o arterioso.

Procedura:

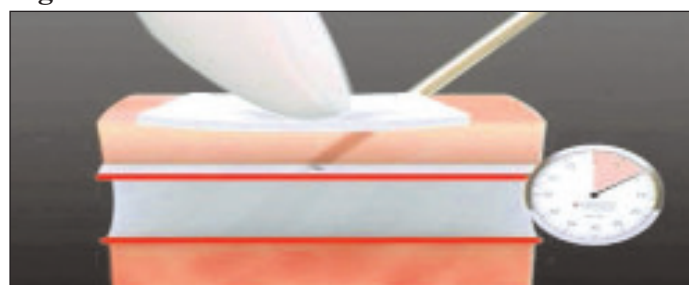
indossare dispositivi di protezione (mascherina, cappellino, occhiali protettivi), eseguire un lavaggio sociale delle mani.

asciugarle con salvietta monouso e chiudere il rubinetto usando la salvietta stessa, aprire, senza inquinare il kit di stacco; inumidire i cerotti di fissaggio, prima con del disinfettante trasparente (Neomedil) al fine di evitare traumatismi sulla cute. Eseguire un lavaggio antisettico delle mani e indossare i guanti sterili.

(*.*) Rimuovere i cerotti, piegare in tre parti una delle 4 garze presenti nel kit di stacco e, poggiandola sul punto di inserzione dell'ago, rimuoverlo seguendo l'inclinazione dell'ago (circa 25°) senza cambiare direzione; **non applicare mai la compressione prima che l'ago sia completamente fuori.**

Comprimere moderatamente per almeno 4 minuti e comunque fino all'emostasi completa. Sostituire la garza con la seconda piegata in due e fasciare con fascia a compressione graduata evitando pressioni troppo energiche. Se non si dispone di tali presidi utilizzare la fascia, fissando la garza e poggiando la restante parte (che ci servirà per la rimozione dell'ago venoso) sul campetto. Ripetere la stessa operazione a partire dal punto (*.*) (Fig. 18)

Fig 18



Bibliografia

- (1) *Linee guida KDOQI Dopps outcomes EDTNA/ERCA Research;*
- (2) *Allon M; Kidney int. 2002);*
- (3) *Borzou SR, Gholyaf M, Zandiha M, R Amini, Goodarzi MT, Torkaman B. L'aumento del flusso di sangue ha un effetto decisivo sull'adeguatezza dialitica nei pazienti in emodialisi. J Kidney Dis Arabia Transpl 2009; 20:639-4;*
- (4) *Parker T, Husni L, Huang W, Lew N, Lowrie EG, Dallas Nephrology Associates. Survival of hemodialysis patients in the United States is improved with a greater quantity of dialysis. Am J Kidney Dis 1994; 23: 670-80;*
- (5) *Woodson RD, Shapiro RS. Antegrade vs. retrograde cannulation for percutaneous hemodialysis. Dial Transplant. 1974; 3(2) 29;*
- (6) *Zbylut J. Twardowski, MD, PhD Professor Emeritus of Medicine University of Missouri Angioaccess for Hemodialysis, Tours, France, 2010 Plenary Session 3;*
- (7) *Kronung, 1984;*
- (8) *Linea guida DOQI n.10;*

Un importante studio italiano sull'esito della gravidanza nelle pazienti dializzate

I figli della dialisi

Si conferma che il sogno di un figlio per queste donne è difficile da realizzare, ma non impossibile

È uno studio tutto *made in Italy* quello pubblicato su *Nephrology Dialysis Transplantation* nel numero di martedì 05 agosto 2014 e rappresenta una pietra miliare sull'argomento "gravidanza in dialisi".

Portare a termine una gravidanza per le pazienti con insufficienza renale terminale in trattamento dialitico rappresenta un'impresa, un evento eccezionale; pochi sono tuttavia i dati pubblicati sul confronto dei tassi di gravidanza nelle donne in dialisi, in quelle trapiantate e nella popolazione generale.

Giorgina Barbara Piccoli e colleghi del gruppo di studio italiano "rene e gravidanza" hanno dunque deciso di valutare l'incidenza dei nati vivi da madri dializzate, confrontandola con quella dei nati da madri sottoposte a trapianto di rene e con quella della popolazione generale. L'indagine è stata condotta esaminando tutti dati relativi ai centri dialisi pubblici italiani nel periodo 2000-2012 (interviste telefoniche) e i registri italiani di dialisi e trapianto. Nel periodo in studio, 23 donne in dialisi (tre delle quali in dialisi peritoneale) hanno portato a termine con successo una gravidanza (una delle quali gemellare); tre bambini (compreso uno dei due gemelli) sono tuttavia deceduti nei primi tre mesi di vita; 19 bambini sono nati pretermine (un terzo dei quali è nato a meno di 34 settimane); il peso alla nascita e l'età gestazionale sono risultati inferiori nei bambini nati da madri in dialisi, rispetto ai 110 bambini nati da madri sottoposte a trapianto di rene.

L'incidenza dei nati vivi è stimabile dunque intorno a 0,7-1,1 per 1000 donne dializzate di età tra i 20 e i 45 anni, contro il 5,5-8,3 per 1000 donne trapiantate nello stesso range di età; mentre l'incidenza dei nati vivi nella popolazione generale italiana è di 72,5 per 1000 donne tra i 20 e i 45 anni.

In conclusione avere un figlio per una donna in dialisi non è impossibile, ma la mortalità neonatale precoce è piuttosto elevata; in particolare da questo studio risulta che una donna in dialisi ha una probabilità dieci volte inferiore di avere un bambino nato vivo, rispetto ad una donna sottoposta a trapianto di rene, che a sua volta ha una probabilità di avere un figlio nato vivo 10 volte inferiore rispetto alla popolazione generale.

Il professor **Carminio Zoccali**, direttore della rivista



Dott.ssa Gianfranca Cabiddu

Nephrology Dialysis Transplantation commenta che «La gravidanza in dialisi è possibile ma comporta rischi elevati per il neonato; le donne in terapia dialitica che vogliano avere una gravidanza dovrebbero dunque essere ben informate dei rischi. Se sono giovani e in lista per il trapianto, potrebbe valere inoltre la pena postporre la gravidanza a dopo il trapianto, quando la funzione renale si sia stabilizzata e risulti adeguata».

Maria Rita Montebelli

L'ATELIER "ISOLA SPOSA": ENTUSIASMO E ACCOGLIENZA

Isola Sposa nasce da un sogno Un sogno di due ragazzi Mary e Paolo che con grande passione sono riusciti a realizzare e a far andare avanti.

Misurare l'abito da sposa è, per ogni ragazza, una grande emozione e forse la più grande di tutta la vita, ciò che ogni donna sogna fin da bambina.



Mary e Paolo sono testimoni di questa grande gioia vivendo con ognuna di loro le medesime emozioni perché la grande passione che hanno per ciò che fanno, fa sì che si immedesimino nell'anima della protagonista assoluta che è la sposa.

Isola Sposa continua ad accogliere

le spose con entusiasmo e gioia nei suoi atelier di via Satta 11 a Oristano e via Mazzini 28 a Guspini, ringraziando sia le spose passate sia quelle future I dializzati, trapiantati e parenti, avranno lo sconto del 20%. All'occorrenza, contattate il numero 3478966118.

Una sostanza naturale potrebbe riparare i danni renali nei diabetici

Il Bdnf, acronimo di “brain-derived neurotrophic factor” che tradotto in italiano significa “fattore neurotrofico cerebrale” è una sostanza naturale che ha il compito di nutrire i neuroni e per questo può trasformarsi in una speranza di cura contro i danni renali che colpiscono milioni di pazienti in tutto il mondo e in particolare le persone con diabete.

Questa sostanza agisce infatti da “scudo” per i *podociti*, le cellule chiave per la formazione delle strutture che esercitano la funzione di filtro del sangue tipica dei reni, danneggiate inevitabilmente dai farmaci per il diabete.

La scoperta, pubblicata sul numero di aprile 2015 del “*Journal of Pathology*”, porta la firma di un gruppo di scienziati italiani della Fondazione D’Amico per la ricerca sulle malattie renali.

La scoperta aprirebbe la speranza di combattere malattie che insorgono in seguito alla diagnosi di diabete, come la disfunzione renale, patologia che obbliga alla dialisi a vita o al trapianto, evitando così, la dipendenza a vita da questo tipo di cura.

I malati di diabete in tutto il mondo sono più di 300 milioni, un numero che cresce inesorabilmente di anno in anno e solo in Italia, fra pazienti diagnosticati e malati inconsapevoli, si stimano 5 milioni.

Si calcola quindi che, entro il 2020, nel pianeta saranno oltre 100 milioni le persone colpite da questo tipo di complicanza ai reni.

Questa pubblicazione ha fornito una precisa dimostrazione dell’efficacia del BDNF, sostanza normalmente prodotta dal cervello, nel correggere il danno provocato da diverse sostanze tossiche, compreso il glucosio in dosi elevate, sulle cellule glomerulari dette “podociti”, sia in culture in vitro sia in modelli sperimentali di glomerulonefrite nello zebrafish e nel topo e, al momento, costituisce una svolta delle ricerche condotte in questi ultimi anni dalla Fondazione.

Ciò, aprirebbe un nuovo orizzonte “pratico”, vale a dire la possibilità di valutare se, nelle glomerulonefriti umane dovute a prevalente danno dei podociti (la glomerulosclerosi focale, la nefropatia del diabete di tipo 2), la somministrazione di BDNF in modo protratto sia capace di ridurre la perdita urinaria di proteine ed il danno anatomico, come conseguenza di un effetto connettivo delle alterazioni citoscheletriche dei podociti che rivestono i glomeruli renali.

Purtroppo, secondo gli scienziati della Fondazione D’Amico, la strada verso questo tipo di ricerca clinica è resa più lunga e faticosa dal fatto che, in questo momento, nessuna industria farmaceutica produce il BDNF nelle quantità e nelle confezioni iniettabili necessari per la sperimentazione umana.

Qualora le industrie farmaceutiche riprendessero la produzione per uso clinico del BDNF potrà immediatamente essere organizzata la sperimentazione clinica secondo il criterio della ricerca.

Se si confermasse nell’uomo, anche a lungo termine, l’effetto benefico della somministrazione di BDNF, si farebbe un significativo passo avanti nella cura di alcune malattie rare attualmente non curabili.



Il ballo: un'altra vita oltre la dialisi

Una occasione importante per il ripristino della tonicità muscolare è offerto dalla piacevole e sensuale pratica del ballo.

La collaborazione con la scuola "Flash Dance" di Pirri, della maestra **Silvia Puddu**, consente di partecipare a serate danzanti che riempiono il tempo e il cuore di tutti, uomini e donne.

A invogliare i dializzati e trapiantati alla frequenza della scuola è stato il consigliere dell'Asnet, **Paolo Frongia** (nella foto) che ha evidenziato come il ballo ristabilisce in tutte le persone le condizioni di benessere per il fisico e per lo spirito.

Elenco Delegati dei centri Dialisi

Centro Dialisi	Delegato del Centro	Recapito Telefonico
Ospedale San Michele CAGLIARI	Noli Gianfranco	070/486801
	Denotti Bruno	3403774167
	Frongia Paolo	070/523334
	Carboni Natalino	3392165592
	Abis M. Francesca	070/530308
	Misura Raffaella	070/373324
Santissima Trinità CAGLIARI	Podda Daniele	3459276672
	Frongia Francesco	070/523334 - 3452345962
Ospedale Clinica Lay	Manca Paolo	070/489560 - 388899267
Policlinico San'Elena	Canu Giuseppe	3282892466
C.A.D. QUARTU S.E.	Cuneo Roberto	3484067302
	Franco Contu	3383672362
C.A.L. MONASTIR	Agus Sergio Secci Virgilio	070/741002 - 3666535384 3384289764
Clinica Decimomannu	Deidda Salv. Angelo	3406039987
	Roberto Mandis	3206850693
	Deidda Roberta	3474033340
C.A.D. SERRAMANNA		
Ospedale Sirai CARBONIA	Scano Ignazio	3476350798
C.A.L. CARLOFORTE	-	
Ospedale IGLESIAS	Peddis Franco	0781/24719
Ospedale SAN GAVINO	Mangiantini Roberto	070/9389271
	Cancedda Maurizio	070/9758584 - 3479413729
	Froncia Ausilio	3687366304
Osp. MURAVERA	Pilia Luigi	070/9928132 - 3336584280
Mad. Rimedio Oristano	Frau Paolo	0783/81085 - 3478966118
Ospedale ORISTANO	Flore Antonella	3494954060
C.A.L. TERRALBA	Mannai Roberto	0783/82252 - 3476006423
Ospedale MACOMER	Deledda Martino	0785/84839
	Marceddu Salvatore	0785/59714 - 3486614192
	Teodesio Antonio	
	Lai Giovanni Vittorio	0785/11225
Ospedale LANUSEI	Piras Bruno	0782/42210 - 3487057518
Ospedale NUORO	Uscidda Alessandro	3381711189
	Busia Gianfranco	3286136651
C.A.L. Dorgali	Loi Serafina	
Ospedale ISILI	Cogoni Luigina	3333500727
Ospedale SORGONO	Carta Paola	0784/629376 - 3284642166
	Dessi Giuseppina	3396163741
Ospedale SASSARI	Piu Salvatore	079/217714 - 3383226445
Ospedale OZIERI	Picus Michele	079/770668 - 3346189742
	Murgia Antonio	079/719002 - 3687176304
	Zanza Gianni	3403033760
C.A.L. BONO	Deriu Antonio	079/758002 - 3498587291
Ospedale OLBIA	Paroldo Rosa	0789/28008
C.A.L. ARZACHENA	Careddu Matteo	0789/83099 - 3336588250
Ospedale La Maddalena	Morelli Augusto	0789/738611
	Abis Nicola	0789/738740 - 3473363844
Ospedale ALGHERO	Sotgiu Natale	079/950349 - 3475773813
	Idili Vincenzo	0785/375219 - 3281358673
	Bardino Giuseppe	079/977872
Emodialisi Domiciliare	Locche Antonello	070/402263 - 3398960363
Trapiantati	Marotto Giovanni	070/824434 - 3281825741

Elenco Centri Dialisi

Centro Dialisi Cagliari e Provincia	Responsabile	Recapito Telefonico
Ospedale S.Michele Brotzu	Dott. Pani Antonello	070/539491
Santissima Trinità	Dott. Alessandro Monni	070/6095947
Clinica Lay	Dott.ssa Antonella Fresu	07060426252
Decimomannu	Dott. Oscar Manca	070/9660090
Osp. Sirai - Carbonia	Dott. Giorgio Mirarchi	0781668398
Carloforte	Dott. Giorgio Mirarchi	0781857049
Osp. S. Barbara Iglesias	Dott. Raffaele Pistis	0781/3922232
Bugertu	Dott. Raffaele Pistis	0781/548121
Quartu S. Elena Asl 8 -	Dott. Piergiorgio Bolasco	070/6097341
Monastir Asl 8	Dott. Piergiorgio Bolasco	070/9177069
Osp. S. Marcellino Muravera	Dott. Piergiorgio Bolasco	070/6097701
Isili	Dott. Piergiorgio Bolasco	0782/820360
Policlinico Quartu	Dott. Michele Mascia	070/8605111
Osp. San Gavino	Dott.ssa Cristina Mereu	070/9378244
Serramanna	Dott.ssa Cristina Mereu	070/9339350
Centro Dialisi Oristano e Provincia	Responsabile	Recapito Telefonico
Osp. San Martino Oristano	Dott. Antonio Pinna	0783/317248
Casa di Cura Oristano	Dott. Rinaldo Ivaldi	0783/7709156
Terralba Ghilarza	Dott. Antonio Pinna	0783/850034
Centro Dialisi Nuoro e Provincia	Responsabile	Recapito Telefonico
Osp. S. Francesco Nuoro	Dott. Franco Logias	0784/240259
Lanusei	Dott. Bruno Contu	0782/41370
Tortolì	Dott. Bruno Contu	0782/624497
Macomer	Dott.ssa Tonin Ghisu	0785/222365
Sorgono	Dott. Franco Logias	0784/623365
Dorgali	Dott. Franco Logias	0784/94750
Siniscola	Dott.ssa Agostina Leoni	0784/871308
Centro Dialisi Sassari e Provincia	Responsabile	Recapito Telefonico
Osp. SS. Annunziata Sassari	Dott.ssa Maria Cossu	079/2061595
San Camillo Sassari	Dott.ssa Maria Cossu	079/2062079
Alghero	Dott.ssa Domenica Casu	079/996296
Osp. Olbia	Dott. G. Fundoni	0789/552200
La Maddalena	Dott.ssa L. Gazzanella	0789/791207
Arzachena	Dott. G. Fundoni	0789/83469
Ozieri	Dott. Marino Ganadu	079/779272
Bono	Dott. Marino Ganadu	079/791041
Tempio Pausania	Dott. M. Passaghe	079/678270
Thiesi	Dott.ssa Maria Cossu	079/886069
Porto Torres	Dott.ssa Maria Cossu	079/5049626