

Indagine sull’impatto psicologico dei pazienti dializzati sui mezzi “MOSS” – Mezzo Operativo Sanitario Specifico

R. Paladini, M. Vacirca, S. Nicoletti, S. Bolelli, C. Verri

Il termine dialisi indica un processo terapeutico in grado di sostituire in parte la funzione renale, ed è rappresentata da due possibili modalità attuative: emodialisi e dialisi peritoneale. L'emodialisi è un trattamento molto diffuso, circa un milione i pazienti che ne fanno uso, e il numero cresce continuamente. Stanno cambiando anche le caratteristiche cliniche dei dializzati, per esempio, le classi di età più avanzata sono in aumento. Il fenomeno è dovuto alla maggiore longevità della popolazione e alle migliori terapie disponibili per malattie a causa delle quali si moriva prima di arrivare alla dialisi. Aumentando l'età media diventano sempre più complesse le condizioni cliniche e le patologie che accompagnano l'insufficienza renale: diabete, neoplasie, malattie cardiovascolari; spesso si tratta di malattie sistemiche che rendono il paziente anziano “più malato”.

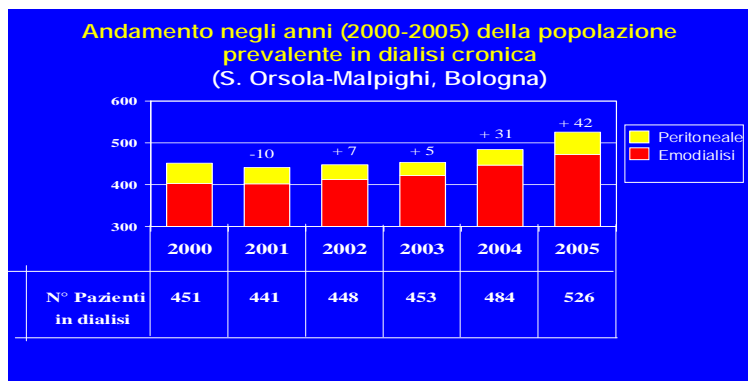
L'emodialisi, come trattamento dell'uremia terminale, presuppone la disponibilità di un “rene artificiale; il metodo specifico permette di valutare come un organo può essere sostituito e come la vita non si concluda a causa di una malattia renale, che altrimenti porterebbe all'exitus. Il meccanismo depurativo rappresenta un bel traguardo per la medicina, ma oggi la terapia dialitica non è più vista come un mezzo di sopravvivenza ma piuttosto un bio-supporto (poiché la funzionalità renale non è solo depurativa) in grado di assicurare al paziente una soddisfacente qualità di vita.

Dalla breve descrizione si può intuire come la dialisi rappresenti una terapia particolare, che richiede molto tempo, è ripetitiva e coinvolge pesantemente la vita del paziente e della famiglia. E' proprio questa caratteristica che rende l'insufficienza renale terminale una condizione molto particolare: i pazienti in dialisi conducono una vita scandita da ritmi legati al trattamento. Questi ritmi richiedono al paziente e alla famiglia molte risorse fisiche, psicologiche e organizzative. Poiché l'ostacolo rappresentato dalla malattia cronica è sempre presente, il malato vive in una continua ed ineliminabile condizione di stress, nella quale può essere difficile anche per la persona più matura riuscire a mantenere a lungo reazioni positive e costruttive.

Inoltre, alcuni studi hanno accertato come e quanto la facilitazione dell'accesso al centro dialisi e dal centro dialisi al domicilio costituisca una variabile fondamentale per la sopravvivenza del paziente dializzato.

Nel tempo, sul nostro territorio, sono insorte problematiche che costituiscono oggi un limite sia processuale che strutturale. Nel Piano Attuativo Locale delle Provincia di Bologna (PAL 2004-2006), infatti, si affermava che l'iter assistenziale dei pazienti dializzati risultava frequentemente carente anche per l'organizzazione dei trasporti ai centri dialisi dei soggetti con particolare riferimento a quelli che mancavano della possibilità di accompagnamento. Tra le aree di miglioramento, si registrava il potenziamento della collettivizzazione del trasporto per pazienti con problemi logistici e non clinici, eventualmente pensando da un coordinamento misto fra varie

strutture, nell'organizzazione del trasporto e il facilitare il trasporto dei pazienti da e per i Centri Dialisi; in particolare era necessario trovare soluzioni urgenti per il trasporto dei pazienti anziani. E' noto che la necessità di provvedere in merito si fonda tra l'altro sull'incremento del numero dei pazienti sottoposti a dialisi che registra ogni anno un sensibile aumento.



Tratto da "Andamento del numero delle persone in dialisi dal 2.000 al 2.005" - Documento del Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna – Azienda USL di Bologna

Il problema oggetto di studio da parte di gruppi di lavoro ravvisava peraltro l'esigenza di una specificazione della disciplina dei mezzi di trasporto per i dializzati al fine di ricavarne, con il loro impiego nell'ambito della organizzazione del sistema della mobilità sanitaria assistita, alcune opportunità che potrebbero arrecare una maggior efficienza, con riflessi notevoli sulle economie dell'intero comparto, contenendo i costi ovvero dedicando le risorse ad un più razionale assetto anche per quanto concerne l'impiego degli operatori.

Ecco perché nell'estate del 2006 la Fondazione Catis organizza un gruppo di lavoro per "progettare" la Navetta Sanitaria **MOSS**.

Il progetto **Mezzo Operativo Sanitario Specifico (MOSS)** nasce dall'esigenza di venire incontro ad un duplice bisogno:

- da un lato, quello di assicurare ai pazienti sottoposti a particolari terapie (es. dialisi) un servizio di mobilità sanitaria da e verso l'ospedale che conservi le garanzie e i contenuti di sicurezza sanitaria e che, allo stesso tempo, tenga conto dell'impatto psicologico che il veicolo "ambulanza" simboleggia;
- dall'altro, andare incontro ai bisogni di mobilità di persone con ridotta capacità motoria che non sempre e non necessariamente hanno bisogno di essere accompagnati a svolgere l'atto terapeutico da un'ambulanza.

Presupposti inderogabili del progetto sono stati:

- "ideare" un *automezzo sanitario di tipo specifico*;

- condotto da personale con gli stessi requisiti richiesti dall'Ente Pubblico per la guida di ambulanze;
- che, per la tipologia di servizi a cui sarebbe stato adibito, non necessariamente doveva vedere coinvolti due operatori, bensì uno solo.

In una logica partecipativa e multistakeholder, la Fondazione Catis si è resa promotrice di un *focus group*, mettendo insieme le conoscenze, le competenze e le aspettative di soggetti ritenuti rappresentativi della realtà oggetto di studio, nell'intento di armonizzare il raggiungimento dell'obiettivo compatibilmente alle prerogative e aspettative di tutti gli stakeholder.

Oltre alla Fondazione Catis e ad una ditta specializzata nell'allestimento di veicoli specifici, hanno partecipato al *focus group*, l'Associazione dei dializzati di Bologna (ANED), il reparto di Nefrologia dell'Ospedale Maggiore di Bologna, uno Psicologo, alcuni operatori tecnici del settore, alcuni esperti dell'IPAB Opera Pia dei Poveri Vergognosi di Bologna.

Va ricordato che, nel caso della terapia dei dializzati, qualora i pazienti ricevano *dalla competente AUSL* l'autorizzazione ad essere accompagnati presso i Centri Pubblici con apposito automezzo, trattasi comunque di *ammalati autorizzati ad essere trasportati con un veicolo all'uopo equipaggiato: oggi rappresentato solo ed esclusivamente dall'ambulanza*.

Lo studio effettuato ha, inoltre, fatto emergere dei bisogni latenti fin'ora non espressi. Infatti, se era prevedibile che emergesse il bisogno della garanzia di un mezzo con assetto sanitario, non scontato per i pazienti con ridotta capacità motoria è apparso l'approccio psicologico verso l'autoveicolo in questione. Tali utenti hanno evidenziato come il servizio espletato con Ambulanza susciti la sensazione di essere già un "malato terminale"; non solo, essi, anche quando sono nella fase clinica di essere mobilitati con barella, ben volentieri viaggerebbero in compagnia di altri pazienti e altrettanto volentieri gradirebbero non essere assoggettati ad un "*caso di emergenza*": aspetto che comunque è richiamato alla mente dall'autoveicolo ambulanza.

Cercando di mettere insieme tutti i dettagli, clinici, tecnici, pragmatici, sociologici e che fossero, infine, rispettosi anche della normativa del Codice della Strada e quella fiscale, *si* è così giunti alla progettazione del "**MOSS**" Mezzo Operativo Sanitario Specifico che è un autoveicolo diverso dall'ambulanza, indicato per la mobilità di pazienti non in emergenza. Un autoveicolo ad uso specifico, equipaggiato con apparecchiature di base (ossigeno, defibrillatore, carrozzina, pedana per sollevamento, impianto di allertamento per l'operatore, ecc.) e da un operatore del tipo Autista Soccorritore (personale, cioè, in possesso dei medesimi requisiti richiesti per la guida

dell'ambulanza); autoveicolo, quindi, adatto alla mobilità di pazienti c.d. "camminanti", in grado di effettuare un trasporto multiplo di persone.

Tale mezzo è stato concepito per coloro che non necessitano di essere mobilitati mediante un autoveicolo di soccorso (ambulanza): questo permette l'abbattimento del disagio psicologico causato dall'associazione "ambulanza = malato grave" e rende possibile un trasporto collettivo "maggiormente confortevole" rispetto alla stessa ambulanza.

Indagine sull'impatto psicologico dei pazienti dializzati sui mezzi "MOSS" – Mezzo Operativo Sanitario Specifico

Obiettivo di questo lavoro è valutare l'impatto sulla qualità della vita di pazienti in dialisi che utilizzano il mezzo MOSS e il ruolo del sostegno sociale percepito sul funzionamento psicologico del paziente dializzato .

- **Indagine sulla qualità della vita dei pazienti in dialisi.** Una definizione moderna di Q.d.V. legata alla salute deve incorporare il punto di vista soggettivo del paziente, essere multidimensionale e tenere conto degli ambiti fisico, psicologico e sociale. "Si è deciso di definire il benessere percepito nei termini di una autopercezione verificata sulla frequenza e l'intensità degli stati provati, includendo la salute mentale in generale (stress e benessere psicologico), il dolore fisico e la vitalità (energia e affaticamento)" (Apolone, Moscone, Ware, 1997).
Le aree identificate, ritenute fondamentali per la Q.d.V. dei pazienti con malattia renale in dialisi sono: l'autonomia funzionale lavorativa, la situazione psicologica, le relazioni sociali ed interpersonali, i disturbi somatici. Per misurare l'impatto di complesse strategie assistenziali (Ebrahim, 1995) su aspetti qualitativi della vita e della salute dei pazienti in dialisi che utilizzano il mezzo MOSS, abbiamo utilizzato il questionario sullo stato di salute *Short Form Health Survey Questionnaire (SF-36™)* (Ware, Snow, Kosinski, Gandek, 1993; versione italiana di Apolone, Moscone, Ware, 1997), attualmente lo strumento più usato per la misurazione della qualità della vita in dialisi (Sayin, Mutluay, Sindel, 2007; Guerini Rocco, Mercieri, Yavuzer, 2006; Mingardi et al., 1999) e per la valutazione dell'effetto di servizi di assistenza sanitaria in pazienti in dialisi (Lii, Tsay, Wang, 2007). Ci riferiamo, in particolare, a tutti quei fattori sociali e umanistici presenti nel contesto di una comunità che abbiano un ruolo nel modulare la malattia e la salute.
- **Grado di supporto sociale percepito** per la valutazione del supporto percepito rispetto alle figure di riferimento, in particolare, familiari, amici e figure significative del campo sociale allargato. Il supporto sociale ha un ruolo positivo sul benessere fisico e psicologico di differenti tipi di pazienti, come i malati di cancro (Ell, Nishimoto, Mediansky, Mantell & Hamovitch, 1992), di coronaropatia (Greenwood, Muir, Packham & Madeley, 1996) e di ictus cerebrale

(Glass & Maddox, 1992). Similmente nei pazienti in dialisi il supporto sociale percepito è associato con un migliore adattamento psicologico (Shidler, Peterson, Kimmel, 1998). Infatti il supporto sociale è correlato con la qualità della vita (Kimmel et al., 1995) e pazienti dializzati che vivono in famiglia presentano una migliore qualità della vita (Parkerson, Gutman, 2000). La percezione del supporto sociale è stato dimostrato avere un effetto “cuscinetto” anche sulla depressione e sulla sopravvivenza in pazienti in end-stage renal disease (ESRD) trattati con dialisi (Kimmel, 2000). Pazienti dializzati depressi riferiscono meno contatti sociali con gli altri, percepiscono un minor grado di sostegno sociale e sono meno soddisfatti del supporto che essi ricevono (Elal & Krespi, 1999). Kimmel (2000) suggerisce che due pazienti con caratteristiche cliniche e sociodemografiche simili possono avere una percezione differente del loro stato di salute e di come lo stato di malattia interferisce con la loro vita, dato la possibile influenza della depressione e del supporto sociale sulle altre variabili. Queste conclusioni suggeriscono la necessità di valutare il supporto sociale percepito tra i pazienti con malattie croniche come quelle renali.

- **Bisogni dell’utente e qualità del servizio:**

- misurazione e controllo della soddisfazione da parte dell’utente delle prestazioni dell’unità operativa MOSS.

Procedura

Campione

Hanno partecipato all’indagine 20 pazienti in dialisi afferenti alle strutture ospedaliere di Bologna e fruitori del mezzo MOSS messo a disposizione dalla Fondazione CATIS nell’ambito della convenzione che questa ha con l’AUSL di Bologna. Per quanto riguarda le caratteristiche demografiche il 40% dei pazienti in dialisi (**vedi tabella 1**) era di sesso femminile ed il restante 60% di sesso maschile. L’età dei partecipanti variava da 34 a 89 anni con una media di 76,05. Il 90% dei soggetti aveva “oltre 70 anni” mentre il restante 10% al di sotto dei 60 anni di età. Per quanto riguarda la professione il 95% erano pensionati mentre un solo soggetto era ancora in età lavorativa. Il 60% viveva con il coniuge/convivente, mentre il 20% da solo e il restante 20% con il coniuge ed almeno un figlio. Per quanto riguarda le caratteristiche del campione abbiamo tenuto conto dell’età di esordio della malattia ($m = 72,25 \pm 12,95$; min 30 max 88 anni) e l’età dialitica ($m = 4,1 \pm 4,1$; min 4 mesi max 17 anni).

Tabella 1. – Caratteristiche demografiche e cliniche del campione (n. 20)

Età (Media \pm DS)	76,05 \pm 11,88 (min 34 max 89)	
Genere	Maschi	60%
	Femmine	40%
Professione	Operaio	5%

	Pensionato	95%
Convivenza	Da Solo	20%
	Marito/Moglie/Convivente	60%
	Altri Parenti	20%
Scolarità	Elementare	45%
	Media Inferiore	10%
	Media Superiore	30%
	Laurea	15%

Età dialitica (Media±DS) 4,1±4,1 (min 4 mesi max 17 anni)

Età esordio

Dialitico (Media±DS) 72,25±12,95 (min 30 max 88 anni)

Strumenti

- **Il Short Form Health Survey Questionnaire (SF-36™)** (Ware, Snow, Kosinski, Gandek, 1993; versione italiana di Apolone, Moscone, Ware, 1997) E' composto da 36 domande ed è stato concepito per fornire un profilo di punteggi utile alla comprensione delle differenze nella popolazione rispetto allo stato della salute fisica e mentale, l'impatto sulla salute delle malattie croniche e di altri problemi medici e gli effetti delle terapie sullo stato di salute generale. Le 36 domande si riferiscono concettualmente a **8 domini di salute**: **AF**-attività fisica, **RF**-limitazioni di ruolo dovute alla salute fisica e **RE**-limitazioni di ruolo dovute allo stato emotivo, **DF**-dolore fisico, **SG**-percezione dello stato di salute generale, **VT**-vitalità, **AS**-attività sociali, **SM**- salute mentale e una singola domanda sul cambiamento nello stato di salute.
- **Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)** (Zimet et al., 1988; versione italiana di Prezza e Principato, 2002), la scala ha 12 items e tre sottoscale (familiari, amici ed altri significativi). Ciascuna sottoscala è composta di 4 items con una modalità di risposta codificata su una scala a sette punti da 1 "completamente in disaccordo" a 7 "completamente d'accordo". Valuta il supporto percepito rispetto alle figure di riferimento, in particolare, **familiari** (es. "Ottengo il sostegno e l'aiuto emotivo di cui ho bisogno dalla mia famiglia"), **amici** (es. "Posso contare su i miei amici quando le cose vanno male") e **figure significative del campo sociale allargato** (es. "Accanto a me c'è una persona speciale nel momento del bisogno").
- **Questionario sul grado di soddisfazione** dell'utente rispetto all' "organizzazione delle modalità di trasporto con il mezzo MOSS" (trasporto ben organizzato/programmato, es. "Il tempo trascorso sul mezzo le sembra compatibile con il tragitto percorso?", e "attenzione ai bisogni personali dell'utente", es. "I comfort sono sufficienti ad alleviare il disagio?")

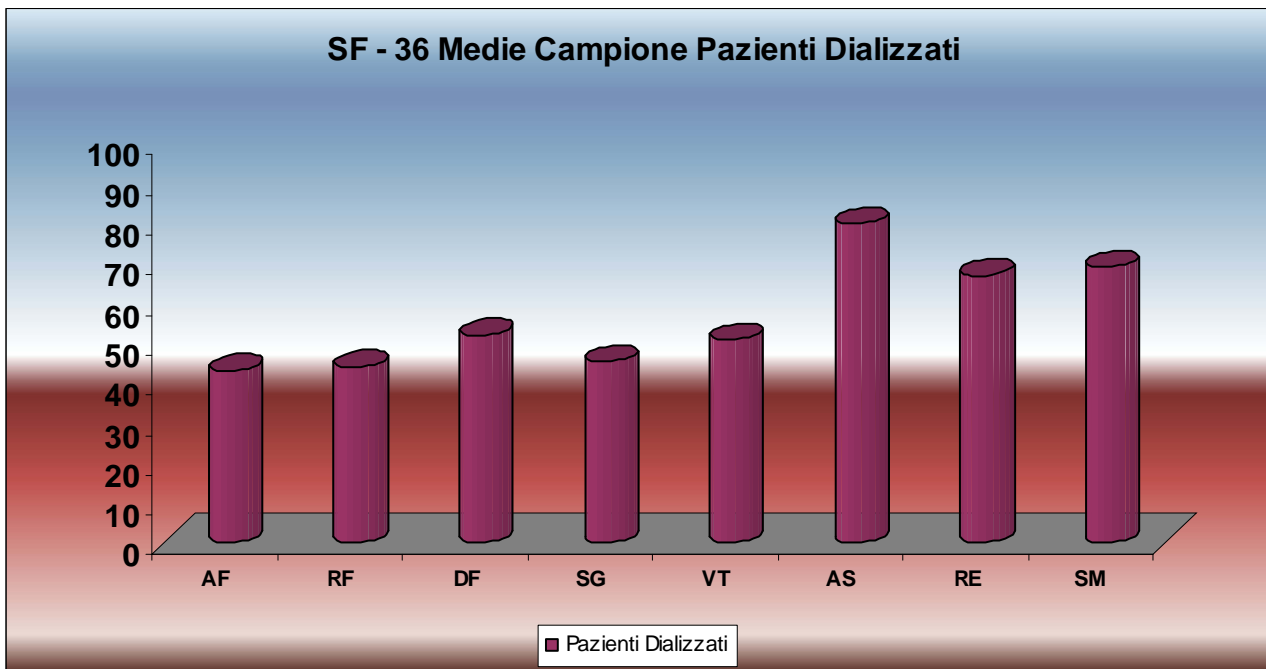
SF-36™

Distribuzione dei punteggi del Campione Generale Pazienti in Dialisi

Nella tabella due sono presentati i risultati ottenuti nelle otto sottoscale al Questionario SF-36 nel gruppo di studio di pazienti in dialisi.

Tabella 2 Campione Generale Dializzati	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Attività Fisica	20	0	85	42,75	24,574
Ruolo e Salute fisica	20	0	100	43,75	43,585
Dolore Fisico	20	0	100	51,65	33,714
Salute in generale	20	0	86	45,15	25,779
Vitalità	20	5	90	50,50	30,604
Attività Sociali	20	0	100	79,50	30,578
Ruolo e Stato Emotivo	20	0	100	66,55	41,928
Salute Mentale	20	20	100	68,70	28,18

Figura 1 Medie Punteggi Campione pazienti dializzati



I primi tre valori riflettono la salute fisica (AF: Attività Fisica, RF: limitazioni delle attività specifiche del suo Ruolo dovute a problemi Fisici, DF: Dolore Fisico), quelli intermedi riflettono la salute in generale (SG: Salute in Generale, VT: Vitalità), gli ultimi 3 misurano aspetti della Salute psicologico-emotiva (AS:

limitazioni nella attività di tipo sociale, RE: limitazioni delle attività specifiche del suo ruolo dovute a problemi Emotivi, SM: Salute Mentale).

Le scale (**AF**, **RF**, **DF**) misurano lo stato della salute fisica e si riferiscono ad aspetti diversi della salute fisica. **AF** misura le limitazioni nella capacità di svolgere alcune attività fisiche della vita di tutti i giorni, **RF** misura il grado di limitazione nelle attività quotidiane che descrivono il ruolo di una persona dovuto a problemi fisici e **DF** si concentra specificatamente sulla gravità del dolore fisico e sulle limitazioni nelle attività che ne derivano.

Le scale **SM**, **RE** e **AS** misurano la componente mentale dello stato di salute, ma differiscono nella polarità. I punteggi massimi in **AS** e **RE** vengono realizzati da coloro che riferiscono di non avere limitazioni o disabilità dovute a problemi personali o emotivi; la scala **SM** è un punteggio medio che viene raggiunto da coloro che riferiscono di non aver provato sintomi di disturbo psicologico.

I risultati indicano che la qualità della vita (vedi tabella 2 e Figura 1) è peggiore nello stato di salute fisica e migliore nella componente mentale dello stato di salute.

Risultati Standardizzati SF-36™

Nella tabella 3 e figura 4 sono presentati i punteggi standardizzati del **SF-36™**. I punteggi mostrano valori vicino alla media per le sottoscale dello stato della salute mentale e più bassi per le sottoscale della componente fisica dello stato di salute.

Tabella 3 Standardizzazione punteggi SF-36™

Attività Fisica (PF)	34,1
Ruolo e Salute fisica (RP)	40,7
Dolore Fisico (BP)	41,3
Salute in generale (GH)	38,7
Vitalità (VT)	45,3
Attività Sociali (SF)	46,7
Ruolo e Stato Emotivo (RE)	46,8
Salute Mentale (MH)	44,2

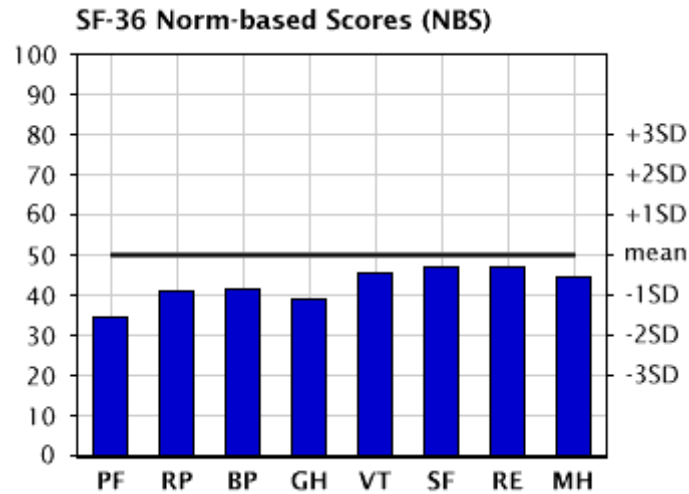
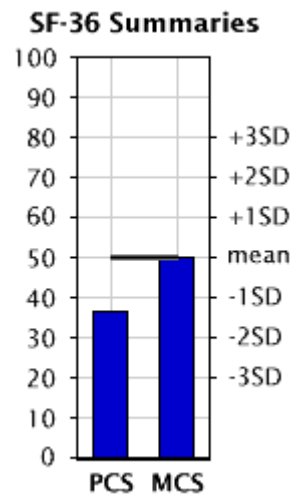


Figura 2 Punteggi standardizzati SF-36™ nelle otto sottoscale

Tabella 4 Risultati aggregati delle otto sottoscale nella Physical Component (PCS) e Mental Component (MCS)

Physical Component	36,2
Mental Component	49,6

Figura 3 Indici sintetici SF-36™



Nella tabella 4 e figura 3 sono presentati i valori dei due indici sintetici, uno relativo alla Salute Fisica (**PCS**), il secondo a quella mentale (**MCS**). Questi indici sono ricavati dalle 8 scale e permettono di sintetizzare in soli due numeri i risultati di tutte le scale (Ware, Kosinski, Keller, 1994).

Il campione di pazienti in dialisi mostra un punteggio nell'indice della componente mentale vicino alla media della popolazione normale (**MCS = 49,6**) e un punteggio nell'indice della componente fisica al di sotto della media (**PCS = 36,2**) della popolazione generale.

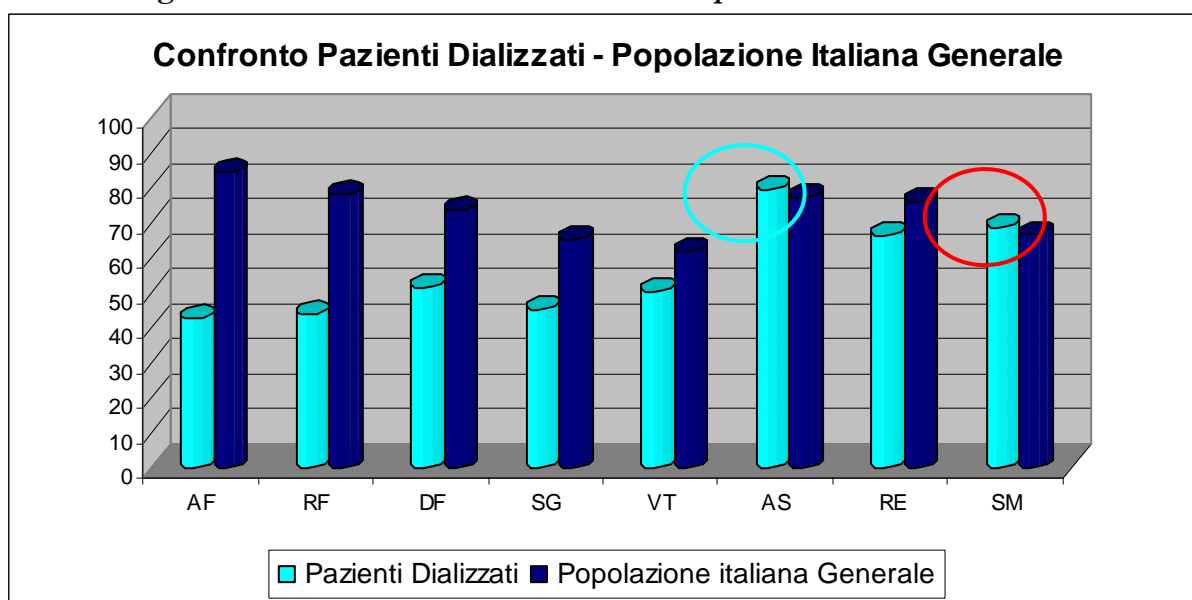
Confronto Dializzati – Popolazione Italiana Generale

Tabella 5 Confronto pazienti dializzati – Popolazione italiana generale

Sottoscale SF- 36	Pazienti Dialisi	DS	Popolazione Italiana Generale	DS
Attività Fisica	42,75	24,57	84,46	23,18
Ruolo e Salute Fisica	43,75	43,58	78,21	35,93
Dolore Fisico	51,65	33,71	73,67	27,65
Salute in Generale	45,15	25,77	65,22	22,18
Vitalità	50,5	30,60	61,89	20,69
Attività Sociali	79,5	30,57	77,43	23,34
Ruolo e Stato Emotivo	66,55	41,92	76,16	37,25
Salute Mentale	68,7	28,18	66,59	20,89

La tabella 5 e la figura 4 mostra il confronto tra il campione di pazienti in dialisi e un campione rappresentativo di italiani non ricoverati in istituti o ospedali, con età superiore ai 18 anni (Apolone, Moscone, Ware, 1997). I pazienti in dialisi mostrano punteggi più bassi nella componente fisica e punteggi vicini alla popolazione italiana generale nella componente mentale dello stato di salute. Tuttavia è interessante notare che i pazienti in dialisi hanno punteggi più alti della popolazione generale nelle scale Attività Sociali e Salute mentale.

Figura 4 Confronto Pazienti Dializzati – Popolazione Italiana Generale



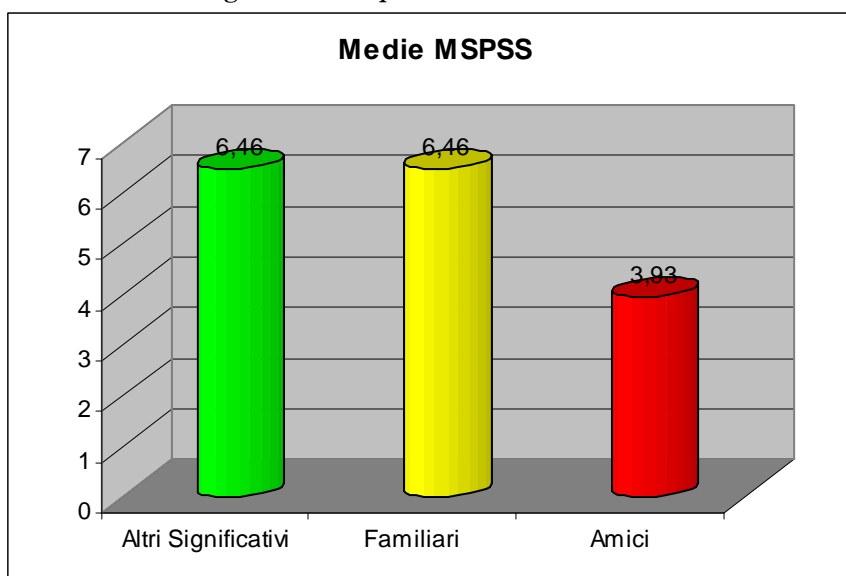
Risultati Multidimensional Scale of perceived Social Support

Distribuzione dei punteggi Campione Generale Pazienti in Dialisi

Nella tabella 6 e nella figura 5 sono presentate le statistiche descrittive per il supporto sociale percepito. Il punteggio medio è stato ottenuto dividendo il totale del punteggio delle sottoscale per il numero degli items nella scala.

Tabella 6	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Altri Significativi	20	5	7	6,46	,783
Familiari	20	4	7	6,46	,875
Amici	20	1	7	3,93	2,451

Figura 5 Medie pazienti dializzati MSPSS



Il punteggio medio per il totale del supporto sociale è $5,6 \pm 1,4$. Il campione presenta punteggi più alti nelle sottoscale Altri Significativi e Familiari e più bassi nella sottoscala amici.

Risultati Questionario sull'utilità del Mezzo MOSS

	Positivo	Negativo
Come considera il MOSS	100%	
Compatibilità tempo – tragitto	100%	
Puntualità	100%	

Alleviamento disagio per comfort	100%
Soddisfazione cortesia dimostrata	100%
Soddisfazione competenza	100%
Soddisfazione soccorso prestato	100%
Soddisfazione equipaggiamento (strumenti/beni di conforto)	100%
Soddisfazione condizioni di trasporto (temperatura, comodità, qualità guida, discrezionalità)	100%
Esprima un suo parere sul mezzo	75%
	Fa un giro troppo lungo
	Importante è trovare posto a sedere
	Dovrebbe funzionare al ritorno
	Dovrebbe funzionare anche di notte
Come considera il rapporto con l'operatore a bordo	Ottimo 66,7%
	Buono 5,5%
	Amichevole 27,8%

Discussione

Il nostro studio dimostra come la Qualità della vita di pazienti dializzati che usufruiscono del mezzo MOSS è peggiore nella componente fisica e migliore in quella mentale quando confrontata con la popolazione generale. Questo dato è coerente con altre ricerche italiane (Mingardi et al., 1999; Guerini Rocco et al., 2006) e internazionali (Morsch, Goncalves, Barros, 2006; Wight et al., 2008). In particolare le scale AF, RF, DF e SG che riguardano la capacità di intraprendere normali attività quotidiane, intensità del dolore e percezione della salute in generale presentano punteggi bassi rispetto alla popolazione generale. Mentre la scala AS, che coglie la quantità e la qualità delle attività sociali svolte con altri individui e la scala SM che misura le quattro dimensioni principali della salute mentale

(ansia, depressione, perdita del controllo comportamentale/emozionale, e benessere psicologico) hanno punteggi più alto rispetto alla media della popolazione generale.

I partecipanti in questo campione percepiscono un supporto sociale totale alto; in particolare la percezione è alta quando riferita alla famiglia e a figure significative, mentre il punteggio è più basso nella percezione del supporto da parte degli amici. Questo dato è coerente se si tiene conto dell'età media alta del campione e come sottolineato da Prezza & Pacilli (2002) il supporto degli amici gradualmente decresce con l'età.

Per quanto riguarda il Questionario sul grado di soddisfazione dell'utente rispetto all' "organizzazione delle modalità di trasporto con il mezzo MOSS" e "attenzione ai bisogni personali dell'utente" i partecipanti hanno espresso pareri positivi.

La qualità della vita è l'esito quindi una complessa interazione tra la malattia, le caratteristiche personali del paziente dializzato, la qualità della cura e il supporto sociale fornito.

In particolare l'utilizzo del mezzo MOSS può essere considerata una variabile del supporto sociale. In questo campione ristretto di pazienti, il cui trattamento è determinato anche dalla disponibilità di un mezzo di trasporto come il MOSS, l'aver valutato il supporto sociale come un predittore della qualità della vita può aver migliorato il funzionamento mentale che riguarda lo stato emotivo del soggetto e l'attitudine verso la vita in generale.

Bibliografia

Apolone G, Mosconi P, Ware JE, Jr. 1997. Questionario sullo stato di salute SF-36. Manuale d'uso e interpretazione dei risultati. Milano: Guerini e Ass.

Azzellini C., 2006 Relazione sul "Progetto Mezzo Operativo Specifico Emodializzati Sanitario (Navetta Sanitaria).

Elal, GE, Krespi, M. Life events, social support and depression in haemodialysis patients. Journal of Community & Applied Social Psychology. Vol. 9, n. 1: 23-33, 1999

Ell, EK, Nishimoto, R, Mediansky, L, Mantell, J, Hamovitch, M. Social relations, social support and survival among patients with cancer. J Psychosomatics Res, vol. 36(6):531-41, 1992

Greenwood, DC, Muir, KR, Packham, CJ, Madeley, RJ. Coronary heart disease: a review of the role of psychosocial stress and social support. Journal of public Health. Vol 18, n. 2:221-231, 1996

Kimmel PL. Psychosocial factors in adult end-stage renal disease patients treated with hemodialysis: Correlates and outcomes. Am J Kidney Dis 2000; 35: S132-S140.

Kimmel,PL, Peterson, RA, Welhs, KL, Simmens, SJ, Boyle, DH, Cruz, I., Umana, WO, Alleyne, S, Veis, J. Aspects of life in haemodialysis patients. Journal of the American Society of

Nephrology. Vol 6, n. 5, 14126–14128, 1995

Lii, YC, Tsay, SL, Wang, TJ. Group intervention to improve quality of life in haemodialysis patients. *Journal of Clinical Nursing*. 269-275 2007

Mingardi, G, Cornalba, L, Cortinovis, E, Ruggiata, R, Mosconi, P., Apolone, G. Health-related quality of life in dialysis patients. A report from an Italian study using the SF-36 Health Survey. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 14: 1503-1510, 1999.

Morsch, CM, Goncalves, LF, Barros, E, Health-related quality of life among haemodialysis patients – relationship with clinical indicators, morbidity and mortality. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 498-504, 2006

Parkerson GR Jr, Gutman RA. Health-related quality of life predictors of survival and hospital utilization. *Health Care Financ Rev* 2000; 21: 171–184.

Prezza, M, Pacilli, G. Perceived Social Support from Significant Others, Family and Friends and Several Socio-demographic Characteristics. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 12: 422-429, 2002

Guerini Rocco, D, Mercieri, A, Yavuzer, G. Multidimensional health-status assessment of chronic haemodialysis patients: the impact on quality of life. *Eurapa Medicophysica*. Vol 42, n. 2:113-119, 2006

Sayin A, Mutluay R, Sindel S. Quality of life in hemodialysis, peritoneal dialysis, and ransplantation patients. *Transplantation Proceedings* 39(10):3047-3053, 2007

Shidler, NR, Peterson, RA, Kimmel, PL. Quality of life and psychosocial relationships in patients with chronic renal insufficiency. *American Journal of Kidney Disease*. Vol 32, n. 4: 557-566, 1998

Thong, M.S., Kaptein, A.A., Krediet, R.T., Boeschoten, E.W., & Dekker, F.W. (2007). Social support predicts survival in dialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 22, 845–850.

Ware, JE, Kosinski, M, Keller, SD. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scale: A user's Manual, 2nd edn, The Health Institute, Boston, MA, 1994.

Ware, J. E., Jr., Snow, K. K., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993). *SF-36 health survey. Manual and interpretation guide*. Boston: The Health institute, New England Medical Center.

Wight, JP, Edwards, L, Brazier, J, Walters, S, Payne, JN, Brown, CB. The SF36 as an outcome measures of services for end stage renal failure. *Qual. Health Care*, 1998; 7; 209-221

Zimet, GD, Dahlem, NW, Farley GK, The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of personality Assessment*, 52(1), 30-41, 1988