

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI CATANIA**  
**Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Trapianti d'Organo e Tecnologie Avanzate**

**Dottorato di Ricerca in**  
**“Ricerca Multidisciplinare Avanzata nei Trapianti d'Organo”**

**MARIA LUISA PISTORIO**

**TESI DI DOTTORATO DI RICERCA**

**RUOLO ED EFFICACIA DI UN TEAM MULTIDISCIPLINARE  
NEL PERCORSO PSICOLOGICO E TERAPEUTICO DEL  
TRAPIANTO RENALE**

**Coordinatore:**  
**Prof.ssa S. Stefani**

**Relatore: Prof. P. Veroux**  
**Tutor: Prof.ssa C. De Pasquale**

**ANNO ACCADEMICO 2014/2015**

## **Indice**

<b>Introduzione</b> .....	pag. 3
<b>Capitolo 1</b>	
L'immagine corporea nel trapianto renale.....	pag. 5
<b>Capitolo 2</b>	
Personalità e pattern emotivi del ricevente.....	pag. 7
<b>Capitolo 3</b>	
La proposta di donazione: approccio comunicativo al paziente e alla sua famiglia.....	pag. 10
<b>Capitolo 4</b>	
Il trapianto di rene da donatore vivente.....	pag. 14
<b>Capitolo 5</b>	
I rischi psicopatologici post-trapianto.....	pag. 18
<b>Capitolo 6</b>	
Il ruolo dell'equipe multidisciplinare e l'aderenza terapeutica nel trapianto di rene.....	pag. 21
<b>Conclusioni e riflessioni cliniche</b> .....	pag. 26
<b>Bibliografia</b> .....	pag. 30

## Introduzione

Il trapianto renale costituisce il miglior trattamento terapeutico per la malattia renale cronica, permettendo alla maggior parte dei pazienti il ritorno ad una qualità di vita soddisfacente. I progressi della scienza e della tecnologia medica in questo campo sono stati imponenti e tuttavia permangono alcune difficoltà che limitano il numero dei trapianti eseguiti e gli esiti positivi degli interventi. Oltre alla insufficiente quantità di donazione di organi, da cadavere e da vivente, una importante difficoltà è conseguenza di una gestione del percorso trapiantologico spesso esclusivamente medico-chirurgica, tralasciando le strette interazioni tra mente e corpo. Negli ultimi anni si è assistito ad una graduale sempre maggiore integrazione tra discipline mediche e psicologiche e il supporto psicologico clinico rivolto al paziente e alla sua famiglia in tutte le fasi del trapianto è ormai una metodologia di intervento abbastanza consolidata [1-6].

Nel caso della donazione da cadavere, l'atto medico-chirurgico viene condizionato dalla morte di un altro essere umano e ciò pone questioni biologiche, morali, religiose, psicologiche e sociali. Da un lato la donazione e il prelievo fanno emergere nella famiglia del donatore sentimenti molto intensi quali la demoralizzazione, la solitudine, il dolore e l'angoscia, dall'altro chi riceve il trapianto manifesta sentimenti di speranza, gioia, desiderio di vita e rinascita. L'incapacità ad elaborare il lutto e ad accettare la perdita possono dar luogo alla cosiddetta "*sindrome del segugio*". Si tratta di uno stato di sofferenza psichica che coinvolge alcune persone che rimangono in una fase di rifiuto e di permanenza nel lutto del proprio caro, e che manifestano il desiderio irresistibile di conoscere l'identità del trapiantato [7].

Nel caso della donazione da vivente, la famiglia si fa carico della responsabilità della donazione. Sensi di colpa, eventuale bisogno di riparazione

e rapporti simbiotici tra componenti del nucleo familiare rappresentano a volte motivazioni che non consentono allo specialista di concedere l' idoneità al trapianto. La psicoterapia ha una funzione molto importante poiché aiuta il paziente a confrontarsi con la realtà, dando un senso diverso alle motivazioni che condurrebbero al trapianto.

Riguardo gli aspetti psicologici del ricevente nei confronti della malattia renale cronica, il trapianto di rene se da un lato disegna per molti pazienti la "liberazione" dalle restrizioni imposte dalla "dipendenza" dialitica, dall'altro può suscitare già nella fase di attesa, dubbi, ansietà e possibile angoscia che nel periodo post-operatorio, possono diventare paure per le infezioni, timori per il rigetto e per la fine di una speranza dagli esiti imprevedibili e pieni di tensione [8].

Infatti, i pazienti trapiantati possono sviluppare stress emotivo e disturbi affettivi, quali ad esempio ansia e depressione associati ad una compromessa qualità di vita [9-12].

L'esperienza del trapianto può anche configurare una crisi psicosomatica che richiede al paziente la mobilitazione di tutte le sue risorse biopsicosociali nel processo di adattamento al nuovo organo estraneo, il quale può determinare un'alterazione della rappresentazione di sé e del senso di identità, con possibili ripercussioni psicopatologiche [13-15].

Il presente lavoro documenta l'importanza di prevedere e programmare, ai fini di una migliore riabilitazione post-trapianto e in virtù degli evidenti rischi di psicopatologia, lo sviluppo di interventi interdisciplinari, uno dei compiti socio-sanitari e psicoterapici essenziali, senza i quali l'adattamento successivo al trapianto potrebbe risultare difficile e con ripercussioni inevitabili sulla qualità della vita di tutti i soggetti coinvolti.

## **L'immagine corporea nel trapianto renale**

L'essere umano ha una rappresentazione psichica del proprio corpo. Questa, solo in piccola parte innata, è qualcosa che si forma nella prima infanzia, si modifica per tutta la vita e varia nelle condizioni di salute e di malattia. Il corpo, quindi, è anche una costruzione mentale graduale e complessa.

Nella teorizzazione di Schilder (1935) la malattia organica è un fattore di fondamentale importanza per l'evoluzione e l'organizzazione del nostro schema corporeo. La malattia di un organo si collega ad una particolare condizione psichica, le sensazioni che provoca influenzano subito l'atteggiamento e l'esperienza generale del soggetto. Si assiste ad una "crisi psicosomatica", una crisi nella quale gli aspetti somatici e quelli psichici hanno eguale importanza, influenzandosi reciprocamente [16, 17].

Nel trapianto, se da un lato l'intervento chirurgico ripristina il funzionamento anatomico e fisiologico in maniera rapida, dall'altro è necessaria una integrazione cognitiva ed emotiva ("*trapianto psichico*") parallela, in quanto i significati simbolici attribuiti alle parti del corpo connotano le emozioni, le fantasie, e i vissuti di coloro i quali attraversano l'esperienza della malattia e del trapianto. [10,18,19].

In Italia, Giampiero Rupolo ha istituito il Servizio di psicologia medica per i trapianti che opera dal 1993 nell'Ospedale Molinette di Torino e che successivamente si è esteso nei centri trapiantologici più importanti d'Italia.

L'obiettivo di tale servizio è quello di definire e gestire le problematiche emotive che si collegano all'esperienza del trapianto, e in particolare di contribuire a recuperare quell'umanizzazione che pone al centro di ogni atto terapeutico la persona nella sua interezza [21].

In tale ambito i contributi offerti dalla psicosomatica fanno riferimento al complesso lavoro di ricostruzione mentale che il soggetto trapiantato deve compiere sulla propria immagine. Un difficoltoso processo di ricomposizione che permette l'accettazione e l'integrazione psichica del nuovo organo [22,23]

Un aspetto fondamentale, quindi, risulta essere quello relativo al rapporto che intercorre tra il ricevente, la sua corporeità e l'organo trapiantato.

Nel percorso esperienziale del trapianto l'interezza e l'unitarietà dell'immagine corporea subisce una brusca alterazione: viene estirpata qualcosa che non funziona ma che è propria, che viene sostituita da qualcosa che funziona ma che è di qualcun altro [24].

Tale processo di ricostruzione è lungo e difficoltoso e necessita di un lavoro di integrazione psichica o meglio di "*accorporazione*" dell'organo trapiantato.

Secondo Castelnuovo-Tedesco (1981) nel processo di integrazione dell'organo si articolano tre fasi:

- fase del corpo estraneo nella quale l'organo trapiantato in quanto estraneo può causare angosce persecutorie, o al contrario idealizzazione;
- fase della incorporazione parziale nella quale il paziente inizia ad integrare l'organo;
- fase della incorporazione totale nella quale l'organo viene acquisito automaticamente tanto da non avere più coscienza spontanea dello stesso.

Il trapianto pone, quindi, il problema della integrazione fisica di un corpo estraneo, che viene acquisito simbolicamente nella sua interezza con tutte le caratteristiche del donatore. Da una parte il processo di "*life-extending*" crea una sorta di rinascita simbolica con aspetti euforizzanti, dall'altra si può sviluppare una sorta di vulnerabilità emotiva con disturbi della immagine corporea e della rappresentazione di sé, eventuali reazioni paranoide o crisi di panico per la presenza di un oggetto estraneo (organo trapiantato) vissuto in modo persecutorio [25,26].

## Personalità e pattern emotivi del ricevente

Vivere l'esperienza del trapianto suscita numerose fantasie che, se non riconosciute, possono costituire una grave interferenza sul successivo decorso della storia clinica del soggetto [27].

Verosimilmente, la prima fantasia che viene ad essere attivata è quella della “predazione”: ricevere un organo presuppone la morte del donatore stesso o nel migliore dei casi la mutilazione, anche se volontaria, del donatore vivente e ciò potrebbe essere la causa di fantasie di colpa e di avidità (“*sindrome del sopravvissuto*”), espresse dal soggetto trapiantato [28,29].

Un altro aspetto importante da prendere in considerazione riguarda gli atteggiamenti psicologici nelle fasi che precedono il trapianto. A seconda delle caratteristiche della personalità del ricevente, si possono avere aspettative irrealistiche che saranno di ostacolo nell'affrontare le procedure e le conseguenze del trapianto. Altrettanto negativi possono essere gli atteggiamenti opposti, quali la minimizzazione e la negazione che depotenziano gli investimenti affettivi del paziente sull'evento trapianto [30, 31]

La condizione di cronicità e di patologia invalidante comportano modificazioni dell'assetto psicologico e relazionale del paziente nefropatico, con conseguenti equilibri profondamente disturbati con le persone significative: spesso emergono dinamiche di tipo manipolativo ed intessute di sensi di colpa e/o rabbia. Il trapianto “irrompe” in questi assetti relazionali e può rendere il soggetto trapiantato incapace di ricostituire su nuove basi le sue relazioni, con difficoltà a modificare la propria rappresentazione da soggetto “malato” a individuo in buona salute, autonomo e responsabile [32].

Altrettanto deludente, rispetto ad attese irrealistiche può essere la scoperta “traumatica” che il trapianto non abbia fornito una buona “*restitutio ad integrum*”, con l'instaurarsi di dinamiche depressive e difficoltà di accettazione del programma terapeutico post-trapianto [33].

Le implicazioni psicologiche dei soggetti trapiantati hanno conseguenze importanti anche sul piano strettamente fisico. Il trapianto d'organo rappresenta per il paziente un compito di straordinario impegno che agisce come uno stimolo stressogeno intenso a cui l'organismo reagisce con modificazioni neurotrasmettitoriali ed endocrino-metaboliche. Queste modificazioni determinano una risposta “*ergotropa*” con aumento dell'attenzione e della reattività agli stimoli, per iperstimolazione della sostanza reticolare centroencefalica, rialzo glicemico determinato dai glicocorticoidi e aumento della pressione arteriosa e della frequenza del respiro, per immissione in circolo di catecolamine ad azione lipolitica e inotropica cardiaca [34-37].

Tali reazioni si possono concretizzare in disturbi psichici, quali ad esempio il disturbo post-traumatico da stress, disturbi dell'adattamento, malattie psicosomatiche [38-40].

Sulla base di tali premesse, conoscere e definire le dimensioni personologiche dei soggetti in attesa o che hanno già vissuto l'esperienza del trapianto è condizione necessaria per gestire le problematiche emotive che inevitabilmente si collegano a tale evento.

Un paziente che provi repulsione per l'organo estraneo, presenterà una scarsa compliance agli adempimenti medici, mettendo in pericolo il proprio trapianto ed anche se stesso. Se la motivazione al trapianto è scarsa, il paziente si mette in lista d'attesa perché convinto dal medico o dai parenti, talora sperando che non venga mai chiamato. Anche il paziente in dialisi, nonostante possa presentare disturbi fisici e disagio psichico, non sempre è motivato al trapianto, è attento solo all'immediato e non si sente di programmare il futuro [41].

Questo tipo di atteggiamento di scarsa motivazione deve essere individuato ed eventualmente corretto prima del trapianto, poiché può dar luogo al rifiuto nel momento in cui si convoca il paziente per il trapianto con spreco di risorse e mezzi. Il paziente motivato, invece, comprendendo tutte le implicazioni

della malattia renale in fase uremica terminale, sente una discreta responsabilità verso se stesso, la famiglia e spera di migliorare con il trapianto la sua qualità di vita ed il proprio equilibrio psico-fisico [42].

Uno studio effettuato dal nostro gruppo di ricerca nel 2010 ha esplorato le caratteristiche personologiche dei pazienti sottoposti a trapianto renale, confermando l'ipotesi che il trapianto possa costituire un potenziale rischio per l'equilibrio psicologico del paziente. Le variabili psicologiche analizzate lasciano condurre ad una "personalità isterica", caratterizzata da immaturità ed egocentrismo, comportamento impulsivo, chiara dipendenza, sentimenti di inferiorità, ipercontrollo e rapporti interpersonali superficiali.

Tale condizione psichica si spiega bene nel continuum del soggetto trapiantato tendenzialmente egocentrico, dipendente dalle figure di accudimento e che polarizza la sua attenzione solo sui propri bisogni e sulla nuova condizione fisica, modificando la qualità delle relazioni, la propria affettività e la considerazione di sé.

Peraltro, nel determinismo della fenomenologia isterica hanno importanza anche fattori congeniti oltre che fattori acquisiti legati all'ambiente, allo stato di sofferenza, di stress ed alle variazioni elettrolitiche (rapporto K/Ca).

Nel 2013, un nostro lavoro di ricerca ha indagato su altri tratti di personalità che possono emergere nel paziente trapiantato, riscontrando la personalità borderline ed ossessivo-compulsiva, tratti correlati negativamente con una buona qualità di vita. L'analisi dei dati svolta ha fatto emergere l'importanza di identificare in tempo quei pazienti che hanno mostrato tratti di personalità patologici, punto chiave essenziale per poter fornire un adeguato supporto e follow-up psicologico-psichiatrico [30, 43].

## **La proposta di donazione: approccio comunicativo al paziente e alla sua famiglia**

Come informare il paziente sul trapianto da cadavere e da vivente? Come coinvolgere i familiari? Cosa vuol dire offrire una informazione completa e dettagliata e, allo stesso tempo, comunicare con gradualità e delicatezza; in maniera neutra e non persuasiva?

Come rispondere alle domande, far emergere i dubbi, affrontare le paure? Quale ruolo ha la comunicazione nella gestione degli aspetti emotivi e delle dinamiche relazionali in gioco?

Queste domande dimostrano che la comunicazione sulla donazione da vivente e la proposta di donazione sono tra gli aspetti sentiti come più problematici.

Spesso i sanitari temono che la formalizzazione di una proposta di donazione possa trasmettere delle aspettative rispetto alla donazione da vivente e preferiscono attendere qualche domanda a riguardo da parte del paziente o che sia un familiare a “farsi avanti”.

In questo modo però viene preclusa al paziente la possibilità di ricevere una informazione completa e oggettiva rispetto alle varie opzioni terapeutiche e, soprattutto, non abbiamo modo di verificare la reale disponibilità di un donatore tra i congiunti del paziente, limitando così, di fatto, le sue possibilità di cura.

Non è raro, che donatori e riceventi riferiscano di avere appreso della possibilità del trapianto da vivente dai mass media o da altre fonti non sanitarie, e di aver richiesto solo successivamente ai curanti delle delucidazioni. Nulla sappiamo tuttavia di tutte quelle situazioni nelle quali gli ammalati o i loro congiunti non ricercano informazioni dai sanitari e non affrontano il tema. Quali potrebbero essere le ragioni di tale silenzio?

Non si deve dimenticare che la comunicazione ha un duplice obiettivo: informare il paziente rispetto alle alternative terapeutiche praticabili e

raccogliere informazioni su ciò che egli pensa, sa o immagina, in modo da potere così intervenire su tali rappresentazioni, per modificarle, correggerle, ampliarle, etc.

In questo senso la comunicazione è un processo.

Inoltre, poiché i pazienti spesso confrontano l'informazione ricevuta dal medico con le altre figure sanitarie con cui entrano in contatto, è essenziale che tutti i componenti dell'equipe condividano i contenuti e le modalità della comunicazione, al fine di evitare di trasmettere messaggi discordanti che, soprattutto su un argomento tanto delicato, finirebbero col disorientare e creare confusione nelle persone coinvolte. Questo è vero in modo particolare per il personale infermieristico, che ha un ruolo fondamentale nella diffusione dell'informazione e nella comunicazione. A loro viene riconosciuta competenza e conoscenza, ma gli infermieri godono anche di una maggiore vicinanza e confidenza con l'utenza, grazie alla quale diventano più facilmente dei medici interlocutori importanti in caso di dubbi, paure, bisogno di chiarimenti. E' fondamentale quindi che siano messi nelle condizioni di fornire un'informazione coerente con quanto detto dal medico e che siano preparati sulle forme più opportune per la comunicazione.

E' estremamente utile offrire precocemente al paziente alcune nozioni rispetto alle alternative terapeutiche possibili in caso di insufficienza renale terminale; ciò dà il modo di informare in maniera graduale e permette al malato di familiarizzare con l'idea della dialisi e del trapianto.

Si tratterà successivamente di valutare con lui la possibilità di affrontare l'argomento con i familiari ed eventualmente di incoraggiarlo in tal senso, anche prospettandogli un aiuto da parte dei sanitari. Non è raro che i pazienti manifestino resistenze all'idea della donazione da vivente, per timore di essere di peso alla famiglia, di chiedere un "sacrificio" che arreca unicamente vantaggio a se stessi; a volte si tratta di un netto rifiuto, dettato dal timore di compromettere la salute di un proprio caro.

Il ricorso a un atteggiamento persuasivo in simili circostanze, oltre ad essere inopportuno si rivela assolutamente inefficace, perché rischia di aumentare le resistenze del paziente, il quale percepirà le insistenze dei sanitari come dettate da un interesse o una finalità “predatoria” e finirà con il sottrarsi all'argomento. Più efficace, viceversa, sarà un atteggiamento comprensivo e aperto, volto ad approfondire l'informazione in maniera graduale, neutra e obiettiva, e soprattutto, sarà utile incoraggiare il paziente a fare domande in modo da lasciar emergere dubbi, perplessità o timori sui quali poter intervenire in modo puntuale. E' fondamentale, infatti, lasciare il tempo necessario per far comparire la vera natura delle paure e formulare le domande che serviranno a chiarire i reali rischi per il donatore e aprire spazi di riflessione sul fatto che spesso anche i familiari sono coinvolti direttamente nelle sofferenze del dializzato e desiderano adoperarsi per riportare benessere e serenità in tutta la famiglia.

Di fronte alla disponibilità di eventuali donatori, inoltre, si è spesso portati a sottolineare il carattere positivo di tale opportunità enfatizzando i vantaggi del trapianto per il ricevente e il ridotto margine di rischio per il donatore. Nonostante l'incoraggiamento e la rassicurazione siano obiettivi importanti, bisogna ricordare, in questi casi, che nelle fasi di studio del donatore possono emergere degli elementi che controindicano la donazione e quindi escludono, a volte definitivamente l'opzione del vivente, e che, anche qualora non dovessero esserci problemi di idoneità, la disponibilità del donatore può essere revocata in qualunque momento, offrendo allo stesso la possibilità di “coprire” tale ripensamento con delle motivazioni di tipo clinico. Di fronte a queste eventualità è bene evitare toni troppo ottimistici o trionfalistici e adottare invece un atteggiamento prudente e possibilista, per evitare che si instaurino precocemente aspettative inadeguate che potrebbero virare in brusche delusioni.

E' buona regola comunicare al potenziale donatore prima che al ricevente i risultati degli esami di idoneità e compatibilità e verificare periodicamente il

permanere di una determinazione positiva al dono. Soprattutto va data, ripetuta, ribadita e verificata una informazione veritiera, corretta e completa sui rischi dell'intervento di prelievo del rene e sulle conseguenze a breve e a lungo termine della donazione e sulle reali possibilità di successo del trapianto, facendo riferimento, se possibile, a dati statistici ed epidemiologici, presentati in modo che siano comprensibili per l'interlocutore. A questo scopo è utile predisporre e mettere a disposizione del materiale informativo (opuscoli, pieghevoli, etc.) in grado di fornire elementi per la riflessione e la presa di decisione in maniera chiara, obiettiva e neutra.

E' dimostrato, a questo proposito, che le persone tendono a recepire e trattenere solo le informazioni che corrispondono ai loro interessi contingenti o a loro preoccupazioni, per questo capita spesso di sentire il potenziale donatore pronunciare frasi del tipo: "Il medico mi ha parlato delle conseguenze per me, ma queste cose non mi importano; a me interessa solo evitare la dialisi a mio figlio!". Questo tipo di atteggiamento può spiegare perché, in una indagine di follow up su un gruppo di 80 donatori di rene da vivente, più dell'11% degli interpellati giudica l'informazione ricevuta prima dell'intervento inadeguata o insufficiente (Feltrin et al., 2008). Similmente, nel corso delle interviste cliniche, si rileva spesso che i candidati alla donazione e al trapianto sanno riferire correttamente che il rene trapiantato avrà una durata maggiore rispetto al caso della donazione post mortem, ma spesso hanno difficoltà a dire quale sia l'aspettativa media di sopravvivenza dell'organo e una parte di essi sembra figurarsi che possa funzionare per tutta la durata della vita del donatore!

## **Il trapianto di rene da donatore vivente**

La donazione di rene da vivente rappresenta la miglior soluzione per l'insufficienza renale all'ultimo stadio, sia in termini di costi-benefici che di qualità della vita, poiché rispetto al trapianto da cadavere presenta numerosi vantaggi. Nonostante ciò la pratica medica si è a lungo interrogata sui problemi etici, giuridici e psicologici connessi alla donazione da vivente. In tal senso merita attenzione la donazione altruistica o "*samaritana*" di organi, ammessa per il solo rene, che segue gli indirizzi espressi dal Comitato Nazionale di Bioetica del 23 aprile 2010 e dal Consiglio Superiore di Sanità del 4 maggio 2010, nel rispetto della legge n. 458/67 e del suo regolamento attuativo n. 116 del 16 aprile 2010. La valutazione di idoneità clinica del donatore samaritano segue le stesse procedure raccomandate nella donazione da vivente standard.

La valutazione riguarda le dimensioni personologiche, eventuali vulnerabilità psichiche e la capacità di giudizio e di critica nei ruoli agiti sia di ricevente che di donatore e rappresenta una condizione essenziale per l'accertamento di idoneità al trapianto [44, 45].

Occorre escludere in entrambi i ruoli (ricevente/donatore) i disturbi affettivi diagnosticati sull'asse I del DSM IV R, disturbi di personalità, dipendenze da sostanze o da benzodiazepine e deficit cognitivi, per evitare complicanze psicologiche e psichiatriche post-donazione [46].

La letteratura ha individuato una serie di aspetti problematici che possono incidere negativamente sull'adattamento alla condizione di trapiantato e sulla compliance post-operatoria [47, 21].

La decisione di ricorrere al trapianto da donatore vivente determina una particolare condizione caratterizzata da un forte travaglio psichico ed emotivo, sia del paziente che della sua famiglia, aggravato dal fatto che il donatore è quasi sempre un familiare. Tuttavia il legame di parentela tra donatore e ricevente generalmente favorisce il sostegno emotivo da parte dell'intero nucleo

familiare e riduce il carico emotivo della decisione, che è spesso il risultato di un processo decisionale messo in atto dall'intera famiglia. Inoltre con tale tipologia di trapianto si crea un particolare rapporto donatore-ricevente, caratterizzato da un vicendevole sostegno affettivo, utile ad affrontare la delicata situazione [48].

Un gruppo di ricercatori dell'Università di Genova ha rilevato che le motivazioni alla base della donazione da vivente appaiono connesse alla sofferenza del proprio congiunto per il progressivo aggravarsi dell'insufficienza renale, alla dialisi ed i suoi effetti collaterali e ai lunghi tempi di attesa per il trapianto da donatore cadavere [49]. Tali motivazioni sono state rintracciate anche in ulteriori studi [50-52]. Non vanno trascurati anche i vantaggi indiretti che la donazione offre al donatore stesso in termini di miglioramento dell'autostima e dell'immagine di sé [50].

Nel processo di selezione intrafamiliare per l'identificazione del donatore è il più delle volte la madre a far valere il "privilegio materno" di essere l'unica eleggibile per la donazione, con l'autorevolezza che deriva dal suo ruolo e dalla sua connaturata funzione procreativa e di accudimento [49].

Nell'identificare il donatore risulta necessario valutare i rischi di una decisione impulsiva o scarsamente elaborata da un punto di vista cognitivo e affettivo, determinata da eccessivi sentimenti di "obbligo morale", da "spinte sacrificali" o da aspetti di "ipomaniacalità" e "megalomania" [31].

E' possibile che il ricevente o altri membri della famiglia esercitino una pressione, più o meno esplicita nella decisione del donatore; in questo caso il donatore attiverebbe meccanismi di difesa che lo porterebbero a convincersi che la decisione presa sia quella giusta [53,54].

Le dinamiche di relazione donatore-ricevente sono caratterizzate da variabili opposte: offerte e ricusazioni, cautele ed apprensioni che alimentano uno scambio psicologico-emotivo nelle due direzioni.

Diversi studi mostrano la presenza di una certa riluttanza da parte del soggetto malato ad accettare la donazione da un proprio congiunto. Le

motivazioni di tale riluttanza sono diverse e variano da un individuo ad un altro; un eventuale fallimento del trapianto può determinare nel ricevente intensi sensi di colpa [28, 55-57].

In merito alla relazione della coppia (donatore-ricevente) alcuni studi hanno riferito un miglioramento in tale rapporto [58-60], altri lo hanno definito stabile [61,62,59].

Secondo uno studio condotto nel 2006 nei Paesi Bassi il tema principale che ha determinato l'aumento del numero dei consensi favorevoli alla donazione da vivente è stata la corretta informazione sulle procedure chirurgiche e sugli eventuali rischi per sé e per il donatore attraverso interviste e questionari specifici [63]. Oltre al contenuto della informazione è risultato determinante il superamento di dubbi e la percezione di supporto emotivo da parte dell'équipe psichiatrico-psicologica [64].

Anche la differenza di genere donatore-ricevente può determinare un rischio di problemi nell'identità sessuale del ricevente [65]. Tali possibili ripercussioni hanno maggiori probabilità di presentarsi nelle persone che mostrano problemi di identità sessuale o negli adolescenti. In questi casi i processi di adattamento e di integrazione del rene potrebbero essere più difficoltosi se il donatore è di sesso opposto.

L'indagine psicologica dell'immagine corporea nei donatori da vivente e nei riceventi dovrebbe far parte della generale valutazione psicosociale prevista per questi pazienti, così come la precoce individuazione di eventuali disturbi d'integrazione d'organo [66].

I processi di coping psicologico coinvolti nella donazione di rene da vivente richiedono una ricostituzione del sé corporeo. Uno studio condotto nel 2013 dal nostro gruppo di ricerca ha analizzato la personalità del donatore di rene da vivente, esaminando un campione di 18 donatori di rene da vivente con l'utilizzo del MCMI-III (Millon Clinical Multiaxial Inventory-III); l'analisi dei dati svolta ha evidenziato la presenza di tratti narcisistici, istrionici e ossessivo-

compulsivi di personalità nei donatori di rene da vivente. Si ritiene dunque necessario esplorare la motivazione alla donazione allo scopo di raggiungere e mantenere un'armoniosa relazione donatore-ricevente nel rispetto della propria individualità.

### **I rischi psicopatologici post-trapianto**

L'impatto emotivo dell'intervento di trapianto può costituire un evento traumatico che interrompe il senso di continuità e integrità personale, elicitando intense emozioni. Per difendersi dagli effetti psicologici del trauma sono efficaci esperienze acquisite positive di sé e degli altri che consentono di utilizzare strategie adeguate di superamento dello stress [67, 68].

Il vissuto di contenuti negativi e disorganizzati rende invece il soggetto incapace di fronteggiare gli stressor, facendolo sentire soverchiato da esperienze

minacciose (ospedalizzazioni, intervento chirurgico, trattamenti invasivi) che possono essere codificate in modo distorto e vissute come percezioni terrifiche.

La minaccia all'integrità fisica può quindi trasformarsi in una minaccia all'integrità mentale e al senso di continuità personale dando luogo a reazioni psicopatologiche di diversa natura e gravità.

Ciò è più probabile nei casi in cui sono stati vissuti altre esperienze traumatiche o lutti non risolti che non hanno permesso di costruire esperienze interpersonali positive [69-71].

Se adeguatamente vissuto, il trapianto può invece rappresentare un'occasione per rielaborare esperienze psichiche traumatiche non risolte [72].

Diversi studi internazionali evidenziano il miglioramento delle funzioni fisiche e della generale qualità di vita post-trapianto [73-79]. I sintomi uremici, le alterazioni del sonno e i disturbi dell'appetito scompaiono. Ematocrito e livelli di emoglobina aumentano in modo significativo, così come migliorano le funzioni cognitive [80]. Tuttavia, nonostante tali miglioramenti e la riduzione generale di sintomi di stress, molti studi riscontrano anche il rischio di malessere psicopatologico e psicosociale [75, 81-83].

Nella fase immediatamente successiva all'intervento chirurgico, il paziente può presentare uno stato di psicosi confusionale con ansia, irrequietezza, stato confusionale, agitazione psicomotoria, allucinazione, confabulazione, labilità emotiva. La frequenza di tali psicosi confusionali ha una percentuale variabile (20-40%) e l'uso degli steroidi può prolungare lo stato psicotico determinando la "*psicosi steroidea*" con la prevalenza di reazioni paranoide con allucinazioni [65].

Nel periodo successivo del post-trapianto prevalgono sentimenti di liberazione, emotività intensa, euforia e percezione di rinascita.

Questa fase, definita "*luna di miele*" [84, 85] presenta allo stesso tempo fantasie negative comprendenti la paura del rigetto, eventuali complicanze post-

trapianto, incertezza esistenziale, oltre a sentimenti di gratitudine ma anche di colpa verso il donatore.

Nel caso in cui le aspettative di “guarigione” sono amplificate, sia per la mancanza di una corretta informazione e di preparazione psicologica all’intervento, sia per uno stato di euforia post-operatoria si possono evidenziare nel post-trapianto stati ansioso-depressivi [86,87].

La dimissione ospedaliera e il rientro nel contesto familiare e sociale richiedono un processo di adattamento della durata di 6 mesi-un anno, la rinuncia della “vita da malato” e della dipendenza dagli altri [88]. La percezione di perdita del supporto dei medici dell’ospedale può rendere difficile il riadattamento del trapiantato al mondo esterno. Questo vissuto è maggiormente riscontrabile in soggetti aventi una debole percezione delle proprie capacità personali e della propria autonomia, ad esempio dopo un lungo periodo dialitico.

L'accettazione del cambiamento di status del soggetto trapiantato è spesso difficile anche per i familiari che devono ridefinire i ruoli all'interno del nucleo familiare e riconoscere le capacità di effettiva autonomia del loro congiunto. Il processo è complesso e può presentare eventuali momenti di opposizione al cambiamento, con un bisogno di recuperare il sistema di relazioni pre-trapianto.

Lo stato di benessere post-trapianto può essere ostacolato dai seguenti fattori:

- Postumi dello shock/stress chirurgico (6 mesi – 1 anno) che possono determinare disturbi cognitivi e della cenestesi, insonnia, ansia e depressione;
- Effetti collaterali delle terapie antirigetto: tremori e atassia da ciclosporine, psicolabilità da cortisone e modificazioni dell’immagine corporea;
- Ansia per i controlli periodici;
- Crisi emotive per le complicazioni o gli episodi di rigetto con paura, angoscia, abbattimento e rabbia [89];
- Disfunzioni sessuali su base organica o psicologica: sul piano fisico possono essere determinati da complicazioni chirurgiche, infezioni o dalla terapia

immuno-soppressiva che causa impotenza e sterilità; a livello psicologico la funzione sessuale può essere alterata da difficoltà nell'integrazione fisica del nuovo organo, dai periodici episodi di depressione e riduzione della libido per la assunzione di terapia steroidea.

- Turbe dell'immagine corporea e crisi di identità che richiedono un processo di integrazione graduale [23].

In sintesi, per una migliore riabilitazione post-trapianto e in virtù degli evidenti rischi di psicopatologia, lo sviluppo di interventi interdisciplinari è uno dei compiti socio-sanitari e psicoterapici da programmare, senza i quali l'adattamento successivo al trapianto potrebbe risultare difficile e con ripercussioni inevitabili sulla qualità della vita di tali soggetti [90].

### **Il ruolo dell'equipe multidisciplinare e l'aderenza terapeutica nel trapianto di rene**

Il trapianto determina un notevole miglioramento delle aspettative e della qualità della vita anche se non sono da escludere possibili difficoltà di adattamento, disturbi psicopatologici, problemi di compliance e di aderenza ai protocolli terapeutici. Tale non aderenza pare in grado di predire la morbilità e la mortalità, sia negli adulti che nei bambini [91-93]

Dopo il trapianto la somministrazione regolare dei farmaci immunosoppressori è di fondamentale importanza, anche piccole deviazioni dal regime prescritto sono associati ad un aumento del rischio di rigetto [94-100].

La eventuale ripresa del trattamento sostitutivo dialitico dopo il trapianto compromette non solo la funzionalità fisica del paziente, ma soprattutto la sua vita personale, quotidiana e sociale.

In letteratura sono stati riscontrati vissuti di forte disagio, soprattutto da parte del sesso femminile, con una “rassegnazione alla vita di eterno malato” ed una riduzione dell’autostima a causa del cambiamento del proprio ruolo in famiglia, non più conciliabile con l’autonomia prima raggiunta [101]. Prevale anche una forte preoccupazione per il futuro proprio e della famiglia, insieme ad una condizione di forte stress psicologico che può sfociare in rabbia o depressione. I soggetti che riprendono il trattamento dialitico dopo il trapianto dichiarano di sentirsi “diversi” dagli altri pazienti, come se l’esperienza trapiantologica vissuta avesse modificato la percezione della patologia renale cronica con difficoltà di elaborazione della perdita d’organo.

Il senso di autoefficacia, di fronteggiamento della malattia e di auto-monitoraggio favoriscono il rispetto delle prescrizioni mediche [102-104].

I pazienti con una maggiore autoefficacia mostrano infatti una maggiore capacità di gestione della propria salute, una migliore salute fisica, una più soddisfacente qualità della vita ed un minore rischio di complicanze [95, 103, 105-109].

Altri studi correlano positivamente l'autoefficacia a diversi indicatori di salute: migliore controllo del diabete, minor numero di sintomi depressivi, minore ricorso alle istituzioni sanitarie e adesione a lungo termine alla terapia farmacologica prescritta [95, 102, 109-113].

E’ stato inoltre dimostrato l’effetto benefico dell’esercizio fisico sulla funzionalità dell’organo trapiantato e la sua correlazione positiva con una migliore salute e qualità della vita [114-118].

Un altro dato riscontrato riguarda i disturbi psichiatrici precedenti al trapianto correlati ad una compliance terapeutica non ottimale post trapianto. La depressione pre o post-trapianto è associata ad un aumentato rischio di non aderenza alle prescrizioni mediche, così come elevati livelli di ansia e ostilità e la presenza di tratti instabili di personalità. Una eccessiva percezione di “salute ritrovata” può portare i pazienti trapiantati a promiscuità, abuso di varie sostanze

ed alla non aderenza alla terapia prescritta, con notevoli ripercussioni sul recupero post-trapianto [65, 119-121].

Le conseguenze percepite di vivere una condizione medica cronica (ad esempio un trapianto renale) possono comportare disagi psicologici ed influenzare l'aderenza terapeutica.

Ad oggi, la ricerca sulle conseguenze del “modello di autodisciplina” dispone principalmente di adulti coinvolti. Tra le indagini con gli adulti con una malattia cronica, tra le più gravi conseguenze percepite sono state ritrovate le componenti associate ad un maggiore uso di strategie di evitamento, rifiuto e disimpegno comportamentale. Allo stesso modo, una meta-analisi ha rivelato che la credenza di incorrere in gravi conseguenze e una forte identificazione con lo stato di malattia risultano associate a comportamenti disadattivi (ad esempio, evitamento, rifiuto) e ad un esito negativo di malattia (ad esempio, stress psicologico) [122-124].

La non aderenza terapeutica è un problema molto comune nei soggetti con trapianto d'organo e comporta severe conseguenze per la salute del paziente.

La MAM (Medical Adherence Measure) è un'intervista clinica semi strutturata che include una valutazione sistematica sull'aderenza terapeutica del paziente [125].

Una migliore comprensione delle avversità percepite, associate con i differenti aspetti del vivere con una malattia cronica, può far luce sulle possibili aree di intervento per migliorare gli esiti di malattia.

Secondo la recente letteratura, i pazienti che ricevono un protocollo di sostegno psicologico prima del trapianto e successivamente durante il follow-up post-trapianto, migliorano la compliance al trattamento e recuperano significativi livelli di qualità della vita con modificazioni che riguardano gli aspetti fisici e in misura ancor più evidente quelli emotivi e psicologici [126].

In questo ambito, la psichiatria di consultazione e di collegamento ha svolto e continua a svolgere attività di stimolo e di ricerca, favorendo

l'integrazione tra la psichiatria e le altre discipline mediche e chirurgiche. In ambito ospedaliero, cresce sempre più l'esigenza di una attività di collegamento tra gli operatori, i medici delle diverse specialità e gli infermieri. Le strutture che più si devono avvalere della Psichiatria di Consultazione e Collegamento (PCC) sono quelle a forte impatto emotivo nella relazione operatore-paziente, ad esempio i reparti di terapia intensiva e di oncologia, in cui gli psichiatri e gli psicologi devono favorire il coinvolgimento dei diversi operatori nella gestione del paziente e della sua problematica, favorendo anche lo scambio di conoscenze e di esperienze in una opportuna e utilissima attività di liaison per affrontare e prevenire il disagio professionale, personale e relazionale sino al burn-out [127].

Soprattutto nel delicato settore dei trapianti d'organo la proficua collaborazione tra professionisti con diverse competenze scientifiche, sollecita sia una migliore garanzia della salute mentale, sia una maggiore efficacia nei trattamenti impegnativi, per una valida integrazione tra i pazienti, i familiari e gli stessi medici.

E' opportuno il confronto e l'integrazione di linguaggi diversi che evitano la frammentazione del sapere e l'isolamento dei singoli professionisti con possibili ricadute negative sul paziente, influenzando invece positivamente gli outcomes finali dell'iter.

Le evidenze scientifiche sottolineano l'importanza dell'intervento psicologico in tutte le fasi del processo trapiantologico e sostengono l'opportunità di garantire all'interno dell'équipe la presenza continuativa di professionisti con specifica formazione.

Per evitare l'insorgenza e le manifestazioni conclamate del disagio psichico nel percorso trapiantologico gli interventi psicologico e psichiatrico devono inserirsi in un modello di integrazione con l'équipe medico-chirurgica e non di occasionale consulenza all'équipe. La funzione psicologica diventa uno specifico elemento di sollecitazione sociale e culturale per la gestione delle emozioni in modo consapevole, facilitando la costruzione della relazione

terapeutica. E' necessaria peraltro la possibilità di definire momenti di confronto sui casi clinici nell'ambito dell'equipe multidisciplinare e disponibilità a promuovere momenti formativi e di supervisione. La definizione dei criteri operativi per l'intervento psicologico deve essere condivisa nell'ambito dell'equipe multidisciplinare. Gli obiettivi dell'intervento psicologico e psichiatrico riguardano la presa in carico del paziente e dei familiari, la cura delle informazioni e della comprensione rispetto allo stato di malattia e/o di salute ed alle opportunità terapeutiche, la valutazione delle criticità e delle risorse psicosociali nella fase pre e post trapianto, interventi di riabilitazione cognitiva, psicosociale e psicoterapia ai familiari nel ruolo di referenti affettivi.

Lo strumento di base per la presa in carico è il colloquio clinico individuale e familiare. In caso di psicopatologia sono necessari interventi psicoterapici e/o psicofarmacologici supportati dall'utilizzo di test psicometrici di approfondimento psicodiagnostico e da incontri di gruppo.

La valutazione della qualità della vita rappresenta uno degli indicatori essenziali per il monitoraggio delle strategie di coping acquisite dal trapiantato e/o dalla coppia donatore-ricevente. Infatti, pur costituita da variabili soggettive, la qualità della vita è una dimensione che varia costantemente in rapporto con i risultati terapeutici a breve e a lungo termine e con le aspettative del ricevente e del donatore [128,129].

Il percorso di cura integrato e multidisciplinare deve inoltre prevedere nelle linee generali, criteri e modalità omogenei per effettuare valutazioni standard per lo studio dell'autonomia del paziente, della aderenza alla terapia e l'adozione di nuove strategie di coping e di stili di vita più adeguati.

Solo attraverso una modalità di lavoro di rete si può monitorare il percorso trapiantologico e il reinserimento nell'ambito esistenziale (familiare, sociale, lavorativo) in quanto la salute è il risultato di una serie di determinanti di tipo sociale, ambientale, psicologico, economico e genetico e non il semplice prodotto di una organizzazione sanitaria.

## **Conclusioni e riflessioni cliniche**

Con il passaggio dagli aspetti teorici alla pratica clinica, la complessità aumenta in modo esponenziale. È possibile cercare di rappresentare tale complessità attraverso la discussione in gruppo interdisciplinare di alcuni casi clinici esemplificativi e paradigmatici.

Analizzare l'intreccio tra gli elementi clinici e le storie personali è il solo modo per capire meglio come intervenire da un punto di vista operativo e relazionale, con un atto che si configura come peculiare e definitivo, non solo a livello medico, ma anche sul piano delle biografie personali e familiari.

Lo studio dell'idoneità fisica del donatore e del ricevente si intreccia con l'assessment psicologico dei candidati e della famiglia e si definisce così un percorso il cui scopo non può essere ancora quello di realizzare il trapianto, bensì è quello di individuare eventuali fattori di rischio e di insuccesso dello stesso e di prevedere possibili conseguenze negative, a breve e a lungo termine, sia di tipo clinico che di carattere psicologico e relazionale. Solo una volta esclusi questi aspetti si potrà procedere con la preparazione al trapianto.

La valutazione psicologica, prevista nell'iter di studio del potenziale donatore e del ricevente, è uno degli aspetti più controversi. Essa è necessaria e di fondamentale importanza; per certificare lo stato di salute e quindi di completo benessere, che deve essere considerato un prerequisito indispensabile della donazione, ma anche per valutare la capacità di esprimere un consenso libero e quindi valido, che può essere alterata da fattori cognitivi, emotivi, alcuni tratti di personalità e certe dinamiche relazionali. Il principio del consenso e della tutela richiedono, oltre a una informazione corretta e completa, la valutazione accurata che la vicenda sia maturata e venga vissuta in un clima di serenità e nel contesto di dinamiche affettive equilibrate.

Alcune condizioni psichiche, sono poi in grado di compromettere il buon esito del trapianto, anche in assenza di fattori di rischio o complicanze di tipo medico. Si tratta di tutti i casi in cui siano compromesse, completamente o in parte, le capacità di comprendere le ricadute dell'atto terapeutico sul proprio benessere fisico o psichico e di mantenere un'adeguata aderenza terapeutica alle prescrizioni dei sanitari e, in definitiva, un buon grado di cura di sé.

Tutte queste condizioni devono essere considerate controindicazioni al trapianto in quanto, se non evidenziate e affrontate preventivamente, possono comprometterne il risultato e quindi rendere vana la donazione, o comportare delle conseguenze sull'equilibrio psicologico o relazionale delle persone coinvolte.

Per evidenziare tali condizioni è necessaria un'accurata indagine psicologica sia sul candidato al trapianto che sul donatore. Tale valutazione dovrebbe mettere in evidenza gli eventuali fattori di rischio e le risorse di tipo personale e psicosociale di cui dispone l'individuo, esplicitare le caratteristiche del legame affettivo donatore – ricevente e più in generale la qualità delle relazioni familiari in cui la donazione si inserisce e degli affetti in gioco.

Più che ogni altro atto medico, la vicenda della donazione da vivente implica una “intrusione” nelle vicende familiari, nelle loro dinamiche e nei relativi equilibri.

L’atteggiamento da tenere non è giudicante né moralistico ma finalizzato a cogliere tutti gli aspetti necessari a realizzare un accompagnamento e una presa in carico responsabili ed efficaci. Per questo motivo è importante il contributo di tutta l’equipe: i vari componenti del gruppo di lavoro per professionalità, ruolo e sensibilità, sono in grado di cogliere aspetti diversi della situazione e delle persone coinvolte che, attraverso l’esercizio dell’empatia, consentiranno una più completa visione in ambito collegiale.

Si tratta anche di individuare una strategia di comunicazione, come parte del percorso di cura e della relazione terapeutica, che dovrà prevedere tempi e modalità precise, da definire sulla base delle caratteristiche del paziente, della sua famiglia, della vicenda di malattia e delle aspettative in gioco. I colloqui con le persone coinvolte e con l'intera famiglia sono strumenti fondamentali, non solo nell’ambito della valutazione psicologica, ma anche per tutti gli operatori che collaborano alla gestione del caso: i medici perché, fornendo informazioni e indicazioni, costruiscono rappresentazioni, veicolano aspettative e strutturano comportamenti; il personale infermieristico in quanto è spesso più vicino al paziente e può cogliere particolari che raramente arrivano all'osservazione dei medici.

Ogni colloquio serve a raccogliere informazioni, a chiarire le aree di incertezza, a mettere a fuoco gli aspetti critici e a meglio definire le situazioni, per guidare la decisione rispetto ai passi successivi.

Emergerà come, a volte, il parere sulla gestione del caso non sia univoco né definitivo. Nei casi complessi l'analisi della situazione nel suo insieme e l'esplorazione dei singoli punti di vista dei soggetti coinvolti, può portare a una maggiore comprensione della vicenda e a una migliore definizione del percorso clinico; si tratterà perciò di prendere tempo, se possibile, prima di fare una scelta

ed eventualmente di organizzare un monitoraggio della situazione o forme di presa in carico più strutturate e articolate.

Tutto questo confluisce nella definizione di un percorso clinico individuale, che può avere, di volta in volta, lo scopo di correggere delle aspettative e veicolare un messaggio, oppure assumere una valenza educativa e prevenire esiti negativi o ancora può rispondere all'esigenza di contenere l'emotività, evitare dei conflitti, proteggere eventuali soggetti più fragili o semplicemente darsi il tempo di capire meglio ed elaborare la situazione.

L'organizzazione di personalità del paziente può influenzare le dinamiche relazionali, fino ai rapporti con l'equipe curante e influire sul percorso terapeutico. Le peculiarità della malattia, le implicazioni familiari e relazionali in genere che intercorrono possono essere esasperate in corrispondenza del trapianto e della donazione.

Lo scopo è quello di offrire una riflessione su aspetti di metodo dell'operatività clinica e in particolare evidenziare la ricchezza di suggerimenti e indicazioni che possono venire da un orientamento multidisciplinare, soprattutto in situazioni complesse.

Il lavoro in gruppo interdisciplinare consente di sperimentare come l'obiettivo dell'intera equipe sia creare un accompagnamento non solo del paziente, ma anche della famiglia, e fare in modo che la vicenda della donazione e del trapianto avvenga in un clima di serenità e condivisione, di sicurezza e fiducia, a tutela di tutti i soggetti coinvolti, compresi i curanti.

## **Bibliografía**

1. House, R., Trzepacz, P.T., Thompson, T.L., Psychiatric consultation to organ transplant services. In: Tasman, A.; Goldfinger, S.M., Kaufman, C.A., editors. Review of psychiatry volume 9. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1990. p. 515-535.
2. Klapheke, M., The role of the psychiatrist in organ transplantation. Bulletin of the Menninger Clinic, 1999, 63: 13-39. PMID:10028744
3. Levenson, J.L., Olbrisch, M.E., Psychosocial screening and selection of candidates for organ transplantation. In: Trzepacz, P., DiMartini, A., editors. The Transplant Patient: biological, psychiatric and ethical issues in organ transplantation. Cambridge University Press; UK: 2000. p. 21-41. Doi: 10.1017/CBO9780511544385.003
4. Olbrisch M.E., Benedict S.M., Ashe K., Levenson J.L., Psychological assessment and care of organ transplant patients. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2002;70:771–783. PMID: 12090382 Doi:10.1037/0022-006X.70.3.771
5. Schweitzer J.L., Seidel-Wiesel M., Verres R., Wiesel M., Psychological consultation before living kidney donation: finding out and handling problem cases. Transplantation. 2003 Nov 27; 76(10):1464-70 PMID: 14657687, DOI:10.1097/01.TP.0000084320.57817.32
6. López-Navas A.L., Ríos A., Riquelme A., Martínez-Alarcón L., Pons J.A, Miras M., Sanmartín A., Febrero B., Ramírez P., Parrilla P., Psychological care: social and family support for patients awaiting a liver transplant . 2011 Apr; 43(3):701-4. PMID: 21486578, doi: 10.1016/j.transproceed.2011.01.095.

7. Comazzi A.M, e Clerici C.A., 1994, Dare assistenza alle famiglie dei donatori di organi; il servizio di psicologia medica del NITp. In: Brevi NITp. NITp, Milano
8. DeVito Dabbs A., Dew M.A., Stille C.S., Manzetti J., Zullo T., McCurry K.R., Kormos R.L., Iacono A., Psychosocial vulnerability, physical symptoms and physical impairment after lung and heart-lung transplantation. *The Journal of Heart and Lung Transplantation* 2003;22(22): 1268–75. PMID:14585388 doi:10.1016/S1053-2498(02)01227-5
9. Surman, O., Psychiatric aspects of liver transplantation. *Psychosomatics*, 1994, 35, 297–307. PMID:8036258 Doi: 10.1016/S0033-3182(94)71777-1
10. Dew, M.A., Roth, L.H., Schulberg, H.C., & Simmons, R.G., Kormos R.L., Trzepacz P.T., Griffith B.P., Prevalence and predictors of depression and anxiety-related disorders during the year after heart transplantation. *Journal of Higher Education*, 1996, 18(Suppl. 6), 48S–61S. PMID:8937923 Doi: 10.1016/S0163-8343(96)00077-1
11. Dew, M. A., Kormos, R. L., DiMartini, A. F., Switzer, G. E., Schulberg, H. C., Roth, L. H., & Griffith, B. P. (2001). Prevalence and risk of depression and anxiety-related disorders during the first three years after heart transplantation. *Psychosomatics*, 42(4), 300-313. PMID:11496019 Doi: 10.1176/appi.psy.42.4.300
12. Erim Y., Beckmann M., Valentin-Gamazo C., Malago M., Frilling A., Schlaak J.F., Gerken G., Broelsch C.E., Senf W., Quality of life and psychiatric complications after adult living donor liver transplantation. *Liver Transplant* 2006;12:1782–90. PMID:17133566 DOI: 10.1002/lt.20907
13. Dew M.A., Behavioral factors in heart transplantation: Quality of life and medical compliance. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 1999, 2, 28–54. DOI: 10.1111/j.1751-9861.1994.tb00037.x
14. Dew M. A., Switzer G. E., DiMartini A., Matukaitis, J., Fitzgerald M. G., & Kormos R. L., Psychosocial assessments and outcomes in organ transplantation. *Progress in Transplantation*, 2000, 10, 239–261. PMID:11232552
15. Griva K., Ziegelman J.P., Thompson D., Jayasena D., Davenport A., Harrison M., Newman S.P., Quality of life and emotional responses in cadaver and living related renal transplant recipients. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 2002; 17:2204-11, PMID 12454234 doi: 10.1093/ndt/17.12.2204
16. Schilder P., (1935) *Image and appearance of the human body*. London, Kegan, Trench, Trubner and Co. Trad.it. 1973, *Immagine di sé e schema corporeo*, Franco Angeli, Milano.
17. Chiesa S., Gala C., et al., Studio della qualità di vita nei trattamenti alternativi dell'insufficienza renale cronica:dialisi e trapianto. In: *Persone umane e Ospedale*. Frighi, Cuzzolo, Veltrone Eds,Roma, Ies Mercury, 1988, 255-258.
18. Castelnuovo-Tedesco P., Transplantation: psychological implications of changes in body image. In Levy *Psychonephrology, Psychological factors in hemodialysis and transplantation* New York: Plenum Press, 1981.

19. Castelnovo-Tedesco P., Organ transplant, body image, psychosis. *Psychoanal Quarterly*, 1983, n. 42, 349-363. PMID:4579589
20. Fukunishi I., Sugawara Y., Takayama T., Makuuchi M, Kawarasaki H, Kita Y, Aikawa A, Hasegawa A. Psychiatric problems in living-related transplantation. The association between paradoxical psychiatric syndrome and guilt feelings in adult recipients after living donor liver transplantation. *Transplantation Proceedings*. 34(7): 2632, 2002. PMID:12431555  
Doi: 10.1016/S0041-1345(02)03455-3
21. Rupolo G., Poznanski C., (1999) *Psicologia e psichiatria del trapianto d'organi*, Massari, Milano
22. Lefebvre P., Crombez J.C., Lebeuf J., Psychological dimension and psychopathological potential of acquiring a kidney. *Canadian psychiatric association Journal*, 1973, vol.18, 459-500, PMID:4128311
23. De Pasquale C, Pistorio ML, Sorbello M Parrinello L, Corona D, Gagliano M, Giuffrida G, Giaquinta A, Sinagra N, Zerbo D, Veroux P, Veroux M., Body image in Kidney transplantation. *Transplantation Proceedings*, 2010, 42:1123, PMID: 20534240  
doi:10.1016/j.transproceed.2010.03.071
24. Lastrico A., Politi P.L., Barale F., Sul vissuto del trapianto cardiaco. *Minerva Psichiatrica*, 35, 1994, 3, pp. 108-113.
25. Bertini M., Problemi psicologici nei cosiddetti procedimenti 'life extending'. In: *AAVV Rigetto psicologico di protesi, innesti, trapianti e plastiche*. Roma: Istituto Italiano di Medice Sociale, 1972.
26. Plassman R., Organ worlds: outline of an analytical psychology of the body. *Psychoanalytic Inquiry*, vol. 18, n°3, 344-367, 1998. DOI:10.1080/07351699809534197
- Chisholm M.A., Identification of medication-adherence barriers and strategies to increase adherence in recipients of renal transplants. *Managed Care Interface*. 2004; 17(9):44-48, PMID: 15521285
27. Kranenburg L., Zuidema W., Weimar W., Ijzermans J., Passchier J., Hilhorst M., Busschbach J., Postmortal or living related donor: preferences of kidney patients. *Transplant International* 2005, PMID: 15819799 19:519-523. DOI: 10.1111/j.1432-2277.2005.00081.x
28. Martínez-Alarcón L, Ríos A, Conesa C, Ramírez P: Response to: postmortal or living related donor: preferences of kidney patients. *Transplant International*, 2006, 19:598-9. PMID:16764640 DOI:10.1111/j.1432-2277.2006.00290.x
29. Pistorio M.L., Veroux M., Corona D., Sinagra N., Giaquinta A., Zerbo D., Giacchi F., Gagliano M., Tallarita T., Veroux P., De Pasquale C. The study of personality in renal transplant patients: possible predictor of an adequate social adaptation? *Transplantation Proceedings*, 2013;45:2657-9. PMID: 24034016 doi:10.1016/j.transproceed.2013.07.003

30. De Pasquale C., Veroux M., Corona D., Sinagra N., Giaquinta A., Zerbo D., Cimino S., Gagliano M., Giuffrida G., Veroux P., Pistorio M.L. The concept of self and emotional involvement in living kidney donation: a psychometric investigation. *Transplant Proceedings*. 2013; 45:20604-2606., PMID:24034001 doi:10.1016/j.transproceed.2013.08.00
31. Morris P.L, Jones B. Transplantation versus dialysis. A study of quality of life. *Transplant Proceedings* 1988; 20: 23-26. PMID:3278459
32. Kerr S., Johnson E., Pandian K., et al. Psychological impact of a failed kidney transplant. *Transplant Proceedings* 1997; 29: 1573. PMID: 9123430 Doi:10.1016/S0041-1345(96)00680
33. Fauci A., Dale D., Balow J., Glucocorticosteroid therapy: mechanism of action and clinical considerations. *Annal of Internal Medicine*. 1976; 84:304-315 PMID:769625 doi:10.7326/0003-4819-84-3-304
34. Strauss B., Thormann T., Strenge H., Biernath E., Foerst U., Stauch C., Torp U., Bernhard A., Speidel H., Psychosocial, neuropsychological and neurological status in a sample of heart transplant recipients. *Quality of Life Research*, 1992, 1(2):119–128. PMID:1301119 doi:10.1007/BF00439719
35. Deshields T.L., Mc Donough E.M. Mannen R.K., Miller L.W., 1996, Psychological and cognitive status before and after heart transplantation. *General Hospital Psychiatry* 18 (6 suppl.): 62S-69S, PMID :8937924 doi:10.1016/S0163-8343(96)00078-3
36. Chisholm M.A., Mulloy L.L., Jagadeesan M., DiPiro J.T. Impact of clinical pharmacy services on renal transplant patients' compliance with immunosuppressive medications. *Clinical Transplantation*, 2001; 15(5):330–336. PMID 11678959 doi: 10.1034/j.1399-0012.2001.150505.x
37. Kizilisik A.T., Shokouh-Amiri M.H., Tombazzi C.R., Desmukh S., Grewal H.P., Vera S.R., Gaber A.O., Psychiatric complications after liver transplantation. *Transplantation Proceedings* 2001, 33(7-8) :3697. PMID:11750575 DOI:10.1016/S0041-1345(01)02508-8
38. Kollner V., Schade I., Maulhardt T., Maercker A., Joraschky P., Guliemos V., Posttraumatic stress disorder and quality of life after heart or lung transplantation. *Transplant Proceedings* 2002, 34(6):2192–2193. PMID:12270360 DOI:10.1016/S0041-1345(02)03198-6
39. Favaro A, Gerosa G, Caforio AL, Volpe B, Rupolo G, Zarneri D, Boscolo S, Pavan C, Tenconi E, D'Agostino C, Moz M, Torregrossa G, Feltrin G, Gambino A, Santonastaso P, Posttraumatic stress disorder and depression in heart transplantation recipients: the relationship with outcome and adherence to medical treatment. *Gen Hosp Psychiatry* 2011, 33(1):1–7. PMID: 21353121 doi:10.1016/j.genhosppsy.2010.10.001
40. De Pasquale C, Pistorio ML, Corona D, Mistretta A, Zerbo D, Sinagra N, Giaquinta A, Tallarita T, Esker B, Mociskyte D, Leonardi A, Gula R, Veroux P, Veroux M. Correlational study between psychic symptoms and quality of life among hemodialysis patients older than 55 years of age. *Transplantation proceedings*, 44, 1876-1878 (2012). PMID:22974860 doi:10.1016/j.transproceed.2012.06.015

41. Waterman A.D., Robbins M.L., Paiva A.L., Peipert J.D., Davis L.A., Hyland S.S., Schenk E.A., Baldwin K.A., Amoyal N.R., Measuring kidney patients' motivation to pursue living donor kidney transplant: Development of Stage of Change, Decisional Balance and Self-Efficacy measures. *Journal of Health Psychology*. 2013 Oct 22. [Epub ahead of print] PMID: 24155194 doi 10.1177/1359105313501707
42. Halligan P.W., David A.S., eds. *Conversion Hysteria: Towards a Cognitive Neuropsychological Account*. Psychology, Press Hove 1999, doi: 10.1093/brain/124.1.232
43. Dew M.A., Switzer G.E., Di Martini A.F., Matukaitis J., Fitzgerald M.G., Kormos R.L., Psychosocial assessments and outcomes in organ transplantation. *Progress in Transplantation*. 2000 Dec; 10(4): 239-59; PMID: 11232552
44. Olbrisch M.E., Benedict S.M., Ashe K., Levenson J.L., Psychological assessment and care of organ transplant patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002 Jun; 70(3):771-83; PMID:12090382 doi:10.1037/0022-006X.70.3.771
45. Cramond W.A., Knight R., Lawrence R., Higgins A., Court H., Macnamara M., Clarkson R., Miller D.J., Psychological aspects of the management of chronic renal failure. *British Medical Journal*, 1968, 1, 539-543 PMID: 4868553 Doi: 10.1136/bmj.1.5591.539
46. Levenson, J. L., & Olbrisch, M. E., Psychosocial evaluation of organ transplant candidates: A comparative survey of process, criteria, and outcomes in heart, liver, and kidney transplantation. *Psychosomatics*, 1993, 34,314-323. PMID: 8351306 doi:10.1016/S0033-3182(93)71865-4
47. Franklin P.M, Crombie A.K., Live related renal transplantation: psychological, social, and cultural issues. *Transplantation*. 2003 Oct 27;76(8):1247-52. PMID: 14578766 DOI:10.1097/01.TP.0000087833.48999.3D
48. Gabrielli F., Dellepiane M., Tombesi F., Gavotti G.L., Fontana I. , Valutazione psichiatrica del donatore e aspetti psicodinamici della donazione del trapianto di rene da vivente, *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 2005
49. Binet I., Bock A.H., Vogelbach P., Gasser T., Kiss A., Brunner F, Thiel G., Outcome in emotionally related living kidney donor transplantation. *Nephrology Dialysis Transplantation* 1997, 12:1940–48. PMID: 9306347 doi: 10.1093/ndt/12.9.1940
50. Pradel F.G, Mullins C.D., Bartlett S.T., Exploring donors' and recipients' attitudes about living donor kidney transplantation. *Progress in Transplantation* 2003, 13:203–10 PMID:14558635
51. Sajjad I., Baines L.S., Salifu M., Jindal R.M., The dynamics of recipient-donor relationships in living kidney transplantation. *American Journal of Kidney Diseases* 2007, 50:834–854. PMID: 17954298 doi:10.1053/j.ajkd.2007.07.029
52. Heinrich T.W., Marcangelo M., Psychiatric issues in solid organ transplantation. *Harvard Review of Psychiatry* 2009, Vol.17 n.6:398-406. PMID:19968454, doi: 10.3109/10673220903463259.

53. Trzcinska M., Włodarczyk Z., Psychological Aspects of Kidney Transplantation, *Urology and Nephrology* 2011 Doi: 10.5772/16725
54. Waterman A.D., Stanley S.L., Covelli T., Hazel E., Hong B.A., Brennan D.C., Living donation decision making: recipients' concern and educational needs. *Progress in Transplantation* 2006, 16:17-23, PMID:16676669
55. Murray L.R., Conrad N.E., Perceptions of kidney transplant by persons with end stage renal disease. *ANNA J* 1999; 26: 479. PMID:10776075
56. De Groot I.B., Schipper K., Van Dijk S., Van der Boog P.J.M., Stiggelbout A. M., Baranski A.G., Marang-van de Mheen P-J-, for the PARTNER-study group, Decision making around living and deceased donor kidney transplantation: a qualitative study exploring the importance of expected relationship changes, *BMC Nephrology* 2012, 13:103 PMID:22958636 doi:10.1186/1471-2369-13-103
57. Clemens K.K, Thiessen-Philbrook H., Parikh C.R, Yang R.C, Karley M.L, Boudville N., Ramesh Prasad G.V., Garg A.X.. Psychosocial health of living kidney donors: a systematic review. *American Journal of Transplantation.*, 2006, 6(12) pp. 2965-2977; PMID: 17294524 DOI:10.1111/j.1600-6143.2006.01567.x
58. Andersen M.H., Bruslerud F., Mathisen L., Wahl A.K., Hanestad B.R., Fosse E. Follow-up interviews of 12 living kidney donors one yr after open donor nephrectomy. *Clin Transplant* 2007, 21:702–709. PMID: 17988262 DOI: 10.1111/j.1399-0012.2007.00726.x
59. Neuhaus T.J., Wartmann M., Weber M., Landolt M.A., Laube G.F., Kamper M.J., Psychosocial impact of living-related kidney transplantation on donors and partners. *Pediatric Nephrology* 2005, 20:205–209. PMID: 15627165 Doi 10.1007/s00467-004-1749-9
60. Duque J.L, Loughlin K.R., Kumar S., Morbidity of flank incision for renal donors. *Urology* 1999, 54:796–801. PMID: 10565736 DOI:10.1016/S0090-4295(99)00274-5
61. Giessing M, Reuter S, Schonberger B, Deger S, Tuerk I, Hirte I, Budde K, Fritsche L, Morgera S, Neumayer HH, Loening SA: Quality of life of living kidney donors in Germany: a survey with the Validated Short Form-36 and Giessen Subjective Complaints List-24 questionnaires. *Transplantation*, 2004, 78:864–872 PMID:15385806 doi: 10.1097/01.TP.0000133307.00604.86
62. Kranenburg L, Zuidema W, Weimar W, IJzermans J, Passchier J, Hilhorst M, Busschbach J: Postmortal or living related donor: preferences of kidney patients. Authors' reply. *Transplant Int* 2006, 19:600. DOI:10.1111/j.1432-2277.2006.00305.x
63. Klapheke, M. (1999). The role of the psychiatrist in organ transplantation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 63, 13–39. PMID:10028744 Doi: 10.1002/1098
64. Ilić S., Avramović M., Psychological aspects of living donor kidney transplantation, *Medicine and Biology* Vol.9, No 3, 2002, pp. 195 – 200

65. Kumnig M., Beck T, Höfer S, König P, Schneeberger S, Weibenbacher A, Bunzel B, Schübler G, Rumpold G.. Preoperative evaluation of the body concept of donors and recipients of living kidney donations, *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 2013; 59(1):3-12, PMID:23467994
66. Cotugno A., Trauma, attaccamento e sviluppo psicologico della personalità, *Psicobiiettivo*, 1999 vol. 19, n. 2, 15-26
67. De Pasquale C, Pistorio ML, Lauretta I, et al. Somatopsychic correlates and quality of life of the dialyzed patient: a cross-sectional study. *Transplant Proc.* 2014; 46(7):2199-202.
68. Stukas A.A., Dew M.A., Svitzer G.E., Di Martini A., Griffith B.P., PTSD in heart transplant recipients and their primary family caregivers, *Psychosomatics*, 1999, 40, 212-221  
PMID: 10341533 doi: 10.1016/S0033-3182(99)71237-5
69. Manne S., Duhamel K., Nereo N., Ostroff J., Parsones S., Martini R., Williams S., Sexon S., Wu L., Difede J., Redd W.H. (2002) Predictors of PTSD in mothers of children undergoing bone marrow transplantation: the role of cognitive and social processes, *Journal of Pediatric Psychology*, 2002, 27(7): 607 – 617, PMID:12228332, Doi: 10.1093/jpepsy/27.7.607
70. Stuber M.L., Shernesh E., (2006) Posttraumatic stress responses in children with life-threatening illnesses, *Child Adolescent Psychiatric Clinical North America*, 15(3):597-609., PMID: 16797441 doi:10.1016/j.chc.2006.02.006
71. Gattinara P., Andovini C., Costantini E., Morganti G., Onofri A., I trapianti d'organo nella prospettiva cognitivo – evoluzionistica, *Psicobiiettivo* vol. XXV, 2005 , 18-20 Doi: 10.1400/64499
72. Johnson, J.P., McCauley, C.R., & Copley, J.B., The quality of life of hemodialysis and transplant patients. *Kidney International*, 1982, 22, 286-291. PMID: 6757524 doi:10.1038/ki.1982.167
73. Christensen AJ, Holman JM, Turner CW, et al. A prospective study of quality of life in end stage renal disease:effects of cadaveric renal transplantation. *Clin Transplant* 1991; 5: 40-47.
74. Witzke, O., Becker, G., Franke, G., Binek, M., Philipp, T., & Heemann, U., Kidney transplantation improves quality of life. *Transplantation Proceedings*, 1997, 29(1-2), 1569-1570. PMID:9123428 doi:10.1016/S0041-1345(96)00678-1
75. Tsuji-Hayashi, Y., Fukuhara, S., Green, J., Takai, I., Shinzato, T., Uchida, K., et al., Health-related quality of life among renal-transplant recipients in Japan. *Transplantation*, 1999, 68(9), 1331-1335. PMID:10573072 doi: 0041-1337/99/6809-1331/0
76. Mingardi, G. and the DIA-QOL Group , Quality of life and end stage renal disease therapeutic programs. *The International Journal of Artificial Organs*, 1998, 21(11), 741-747. PMID: 9894753
77. Bakewell, A.B., Higgins, R.M., & Edmunds, M.E. Does ethnicity influence perceived quality of life of patients on dialysis and following renal transplant? *Nephrology Dialysis Transplantation*, 2001, 16, 1395-1401. PMID: 11427631 doi: 10.1093/ndt/16.7.1395

78. Van der Mei S.F., Groothoff J.W., van Sonderen E.L.P., van den Heuvel W.J.A., de Jong P.E., van Son W.J., Clinical factors influencing participation in society after successful kidney transplantation. *Transplantation* 2006, 82(1):80–85 PMID:16861945 DOI:10.1097/01.tp.0000225768.56981.aa
79. Kramer L, Madl CH, Stockenhuber F, Yeganehfar W, Eisenhuber E., Derfler K., Lenz K., Schneider B. and Georg Grimm G., Beneficial effect of renal transplantation on cognitive brain function. *Kidney Int* 1996; 49: 833-838, PMID: 8648927 doi:10.1038/ki.1996.115
80. Min S., Kim K. H., Shin J.H., Han J. O., Kang W.R., Psychiatric aspects of hemodialysis and kidney transplantation, *Yonsei Medical Journal*, vo. 25 n. 2 ,1984 PMDI: 6400060
81. Grady K.L., Jalowiec A., White Williams C., Improvement in quality of life in patients with heart failure who undergo transplantation. *J. Heart Lung TranPslant*, 1996, 15 (8): 749-757, PMDI:8878757
82. Chilcot J., Spencer B.W., Maple H., Mamode N., Depression and Kidney Transplantation. *Transplantation*. 2013 Dec 13. PMDI: 24342977 doi: 10.1097/01.TP.0000438212.72960.ae
83. Surman O.S., Psychiatric aspects of organ transplantation, *American Journal of Psychiatry*, 1989, 146, 972-980. PMDI: 2665527
84. Christopherson L.K., 1987. Cardiac transplantation: a psychological perspective. *Circulation* 75 (1) 57-62 doi: 10.1161/01.CIR.75.1.57
85. Fukunishi I., Hasegawa A., Ohara T., Aikawa A., Hatanaka A., Suzuki J., Kikuchi, M., Amagasaki K., (1997) Kidney transplantation and liaison psychiatry, part I: anxiety before and the prevalence rate of psychiatric disorders before and after transplantation. *Psychiatry Clin, Neurosci* 51(5): 301-304 PMDI: 9413877
- 86 Kalman T.P., Wilson P.G., Kalman C.H., (1983) Psychiatric morbidity in long-term renal transplant recipients and patients undergoing hemodialysis. A comparative study. *JAMA* 250(1):55-58 PMDI:6343654 doi:10.1001/jama.1983.03340010037025.
87. Cavallero P., Ferrari M.G., Verbena V., Mosca F., Vicinanza e risorse nelle persone sottoposte a trapianto d'organo e loro familiari, *Psychofenia*, vol. X n.17, 2007 DOI: 10.1285/i17201632vXn17p71
88. Rupolo G., Bertolini C., 1996 Modalità di coping nei pazienti sottoposti a trapianto d'organo. *Riv. Psichiatria* 3: 94-102
89. Lovera G, Basile A, Bertolotti M, Comazzi AM, Clerici CA, Gandione M, Mazzoldi M, Rupolo G, Feltrin A, Ponton P, L'assistenza psicologica nei trapianti d'organo, *Ann. Ist. Super. Sanità*, vol 36. N.2, 2000, PMDI:11213654
90. Chisholm M.A., Lance C.E., Mulloy L.L., Patient factors associated with adherence to immunosuppressant therapy in renal transplant recipients. *Am J Health Syst Pharm*. 2005 Sep 1;62(17):1775-81. PMDI:16120736 doi:10.2146/ajhp040541

91. Chisholm-Burns M.A., Spivey C.A., Wilks S.E., Social support and immunosuppressant therapy adherence among adult renal transplant recipients. *Clin Transplant* 2010, PMID: 19694770, DOI: 10.1111/j.1399-0012.2009.01060.x
92. Burra P., Germani G., Gnoato F., Lazzaro S., Russo F.P., Cillo U., Senzolo M., Adherence in liver transplant recipients. *Liver Transpl.* 2011 Jul;17(7):760-70. PMID: 21384527 DOI: 10.1002/lt.22294
93. Hawkins D.W., Fiedler F.P., Douglas H.L., Eschbach R.C., Evaluation of a clinical pharmacist in caring for hypertensive and diabetic patients. *Am J Hospital Pharm.* 1979; 36(10):1321–1325. PMID:507073
94. De Geest S, Borgermans L, Gemoets H, Abraham I, Vlaminck H, Evers G, Vanrenterghem Y. Incidence, determinants, and consequences of subclinical noncompliance with immunosuppressive therapy in renal transplant recipients. *Transplantation.* 1995; 59(3):340–347. PMID:7871562 DOI:10.1097/00007890-199502000-00006
95. De Geest S, Abraham I, Moons P, Vandeputte M, Van Cleemput J, Evers G, Daenen W, Vanhaecke J. Late acute rejection and subclinical noncompliance with cyclosporine therapy in heart transplant recipients. *J Heart Lung Transplant.* 1998; 17(9):854–863 PMID:9773856
96. De Geest, S.; Abraham, I.; Dunbar-Jacob, J.; Vanhaecke, J. Behavioral strategies for long-term survival of transplant recipients. In: Metry, J.; Meyer, U., editors. *Drug Regimen Compliance: Issues in Clinical Trials and Patient Management.* Chichester, NY: John Wiley & Sons; 1999. p.163-180., DOI: 10.1002/047084633X.ch12
97. Desmyttere A, Dobbels F, Cleemput I, De Geest S. Noncompliance with immunosuppressive regimen in organ transplantation: is it worth worrying about? *Acta Gastroenterol Belgica.* 2005; 68(3):347–352. PMID: 16268422
98. Rao PS, Schaubel DE, Jia X, Li S, Port FK, Saran R. Survival on dialysis post–kidney transplant failure: results from the scientific registry of transplant recipients. *Am J Kidney Dis.* 2007; 49(2): 294–300. PMID:17261432 doi:10.1053/j.ajkd.2006.11.022
99. Takemoto SK, Pinsky BW, Schnitzler MA, et al. A retrospective analysis of immunosuppression compliance, dose reduction and discontinuation in kidney transplant recipients. *Am J Transplant.* 2007; 7(12):2704–2711. PMID: 17868065 DOI: 10.1111/j.1600-6143.2007.01966.x
100. De Pasquale C, Pistorio ML, Corona D, et al. Role of “Self-Efficacy” in process of long term-care in kidney transplant recipients. *Transplant Proc.* 2014; 46(7):2235-7.

101. Tsay S.L., Healstad M. (2002) Self-care self-efficacy, depression, and quality of life among patients receiving hemodialysis in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*, 39, pp. 245 – 251; PMID: 11864647 Doi:10.1016/S0020-7489(01)00030-X
102. Weng L.C., Dai Y.T., Huang H.L. & Chiang Y.J. Self-efficacy, self care behaviours and quality of life of kidney transplant recipients. *Journal of Advanced Nursing*, 2010, 66, pp. 828–838; PMID:20423370 DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05243.x
103. Maeda U., Shen B., Schwarz E., Farrell K., Mallon S., (2012) Self-Efficacy mediates the association of social support and depression with treatment adherence in heart failure patients, *International Journal of Behavioral Medicine; Int J Behav Med.* 2013 Mar;20(1):88-96.PMDI: 22212607 doi: 10.1007/s12529-011-9215-0.
104. Gaines J.M., Talbot L.A., Metter E.J., The relationship of arthritis self-efficacy to functional performance in older men and women with osteoarthritis of the knee. *Geriatr Nurs.* 2002 May-Jun;23(3):167-70 PMID:12075283 doi:10.1067/mgn.2002.125420
105. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA* 2002; 288:2469-2475. PMID:12435261 doi:10.1001/jama.288.19.2469.
106. Linnel K., Chronic disease self-management: one successful program. *Nursing Economic*, 2005, 23 (4), 189-198 PMID: 16189984
107. Christensen, A.J., Ehlers, S.L., Raichle, K.A., Bertolatus, J.A., & Lawton, W.J., Predicting change in depression following renal transplantation: effect of patient coping preferences. *Health Psychology*, 2000, 19(4), 348-353. doi: 10.1037/0278-6133.19.4.348 PMID:10907653
108. Baines, L.S., Joseph, J.T., and Jindal, R.M. Compliance and late acute rejection after kidney transplantation: a psycho-medical perspective, *Clinical Transplantation*, 2002, 16 pp. 69-73 PMID: 11982618 DOI: 10.1034/j.1399-0012.2002.00111.x
109. Ikeda K, Aoki H, Saito K, Muramatsu Y, Suzuki T., Associations of blood glucose control with self-efficacy and rated anxiety/depression in type II diabetes mellitus patients., *Psychol Rep.* 2003 Apr; 92(2):540-4. PMID:12785638 10.2466/pr0.2003.92.2.540
110. Weng L.C., Dai Y.T., Wang Y.W., Huang H.L., Chiang Y.J., Effects of self-efficacy, self-care behaviours on depressive symptom of Taiwanese kidney transplant recipients. *J Clin Nurs.* 2008 Jul;17(13):1786-94. PMID: 18266845 DOI: 10.1111/j.1365-2702.2007.02035.x
111. Mancusi F., Le risorse di fronteggiamento dell'insufficienza renale cronica: una ricerca sperimentale in un centro di dialisi. *Psychomed* Numero 1-2 Anno VI Gennaio 2011
112. Lorig, K. R., Sobel, D. S., Ritter, P. L., Laurent, D., & Hobbs, M. Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Effective Clinical Practice*, 2001, 4, pp. 256-562; PMID:11769298

113. Painter P.L., Hector L., Ray K., Lynes L., Paul S.M., Dodd M., Tomlanovich S.L., Ascher N., Effects of exercise training in coronary heart disease risk factors in renal transplant recipients. *Am J Kidney Dis.* 2003 42(2):362-369 PMID:12900820 doi:10.1016/S0272-6386(03)00673-5
114. Painter P.L., Hector L., Ray K., et al. Effects of exercise training on coronary heart disease risk factors in renal transplant recipients. *Am J Kidney Dis* 2003; 42 (2): 362-9. PMID:12900820 doi:10.1016/S0272-6386(03)00673-5
115. Shirali A.C., Bia M.J., Management of cardiovascular disease after kidney transplantation. *Clin J Am Soc Nephrol* 2008 doi: 10.2215/CJN.05081107
116. Mosconi G., Panicali L., Corsini S., et al. Physical activity in solid organ transplant recipients. *Transplant Int* 2009; 22 (2): 175-76.
117. McAuley, E. (1992). The role of efficacy cognitions in the prediction of exercise behavior in middle-aged adults. *Journal of Behavioral Medicine*, 15(1), 65-88. PMID:1583674
118. Shapiro P.A., Williams D.L., Foray A.T., Gelman I.S., Wukich N., Sciacca R., Psychosocial evaluation and prediction of compliance problems and mortality after heart transplant. *Transplantation* 1995; 60:1462–6. PMID:8545875
119. Cukor D., Newville H., Jindal R., Depression and immunosuppressive medication adherence in kidney transplant patients. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30:316–7. PMID:18585547 doi:10.1016/j.genhosppsy.2007.12.003
120. Dew M.A, Roth L.H, Thompson M.E, Kormos R.L., Griffith B.P., Medical compliance and its predictors in the first year after heart transplantation. *J Heart Lung Transplant* 1996; 15:631–45. PMID:8794030
121. Kemp S., Morley S., & Anderson E., Coping with epilepsy: do illness representations play a role? *Br J Clin Psychol* 1999 PMID: 10212736 DOI: 10.1348/014466599162656
122. Morris R., Petrie K. & Weinman J. (1996) Functioning in chronic fatigue syndrome: do illness perceptions play a regulatory role?, *British Journal of Health Psychology*, 1, 15-25. DOI: 10.1111/j.2044-8287.1996.tb00488.x
123. Hagger M.S., Orbell S., A meta-analytic review of the common-sense model of illness representation. *Psychology and Health*, 2003, 18:141-184 DOI: 10.1080/088704403100081321
124. Zelikovsky, N., & Schast, A. P. (2008). Eliciting accurate reports of adherence in a clinical interview: Development of the Medical Adherence Measure. *Pediatric Nursing*, 34, 141-146. PMID:18543839

125. De Pasquale C, Pistorio ML, Veroux P, Giuffrida G, Sinagra N, Ekser B, Zerbo D, Corona D, Giaquinta A, Veroux M., Quality of life in kidney transplantation from marginal donors. *Transplant Proc.* 2011 May;43(4):1045-7. doi: 10.1016/j.transproceed.2011.01.156. PMID: 21620049
126. Roussel MG, Gorham N, Wilson L, Mangi AA, Improving recovery time following heart transplantation: the role of the multidisciplinary health care team, *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 2013, Vol. 2013:6 293-302 PMID:24009423 DOI: <http://dx.doi.org/10.2147/JMDH.S31457>
127. Comazzi A. M. et al.: Indagine psicologica sulla disponibilità alla donazione di organi per trapianti. *Min. Psich. Psicol.*,15 27-31, 1974.
128. Comazzi A.M., The psychological support to the donor families, in “Prima giornata europea dei trapianti”. Ginevra, 14 settembre 1996.