

Corso di Aggiornamento

RAPPORTO MEDICO PAZIENTE

Fare o non fare: modelli decisionali nel paziente cronico

Sala Conferenze Ordine Medici ed Odontoiatri - Via Lamarmora n. 167 (Palazzo il Diamante) - Brescia

18 dicembre 2017 - ore 19.00

**CASI CLINICI: PAZIENTI CON ELEVATA
COMORBILITÀ E INSUFFICIENZA RENALE TERMINALE**

G.A.T. Gruppo Approfondimento Tecnico “**RENE**”

PERCORSI E MODALITÀ DI TRATTAMENTO

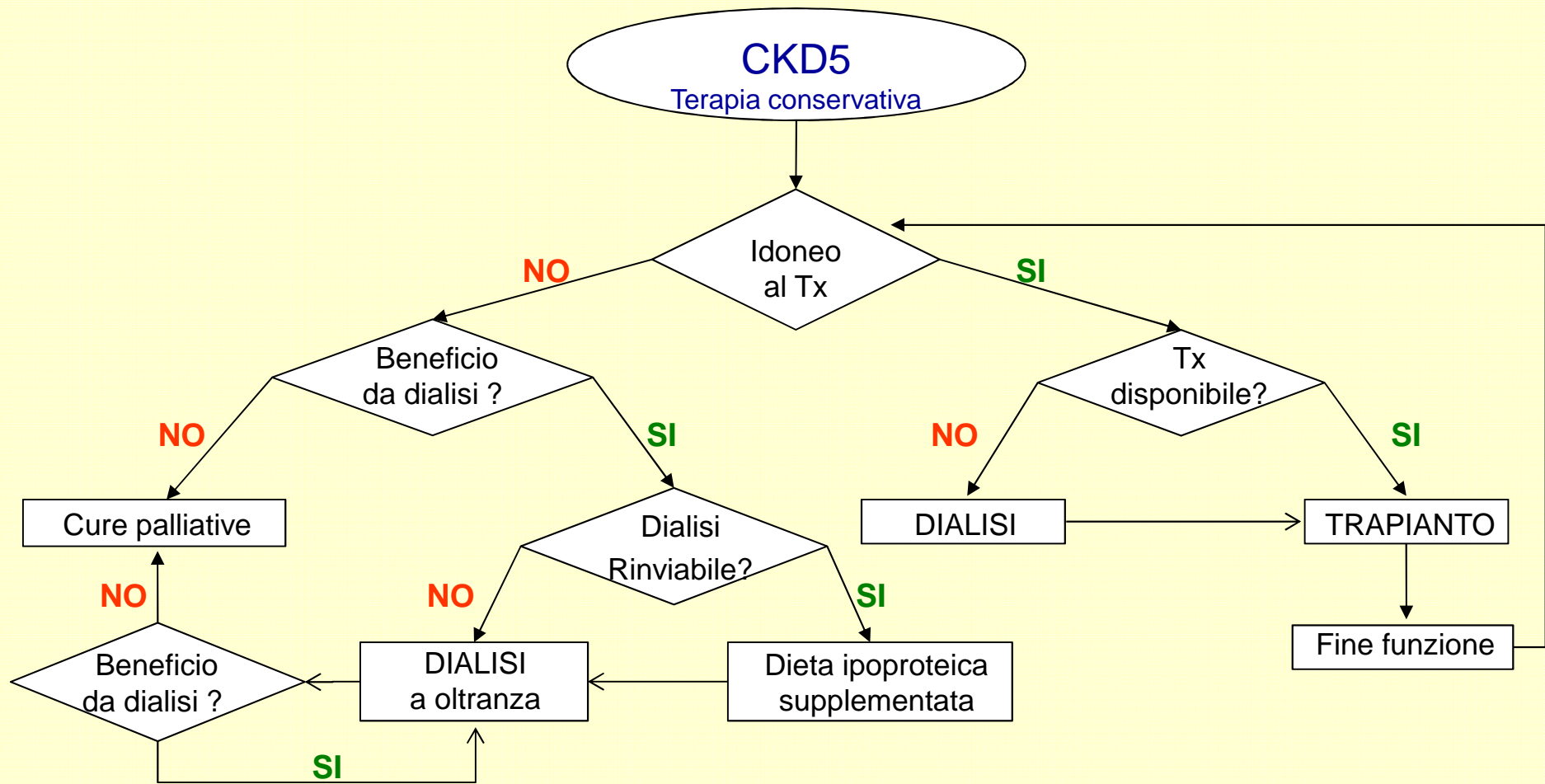
NELLA PATOLOGIA RENALE:

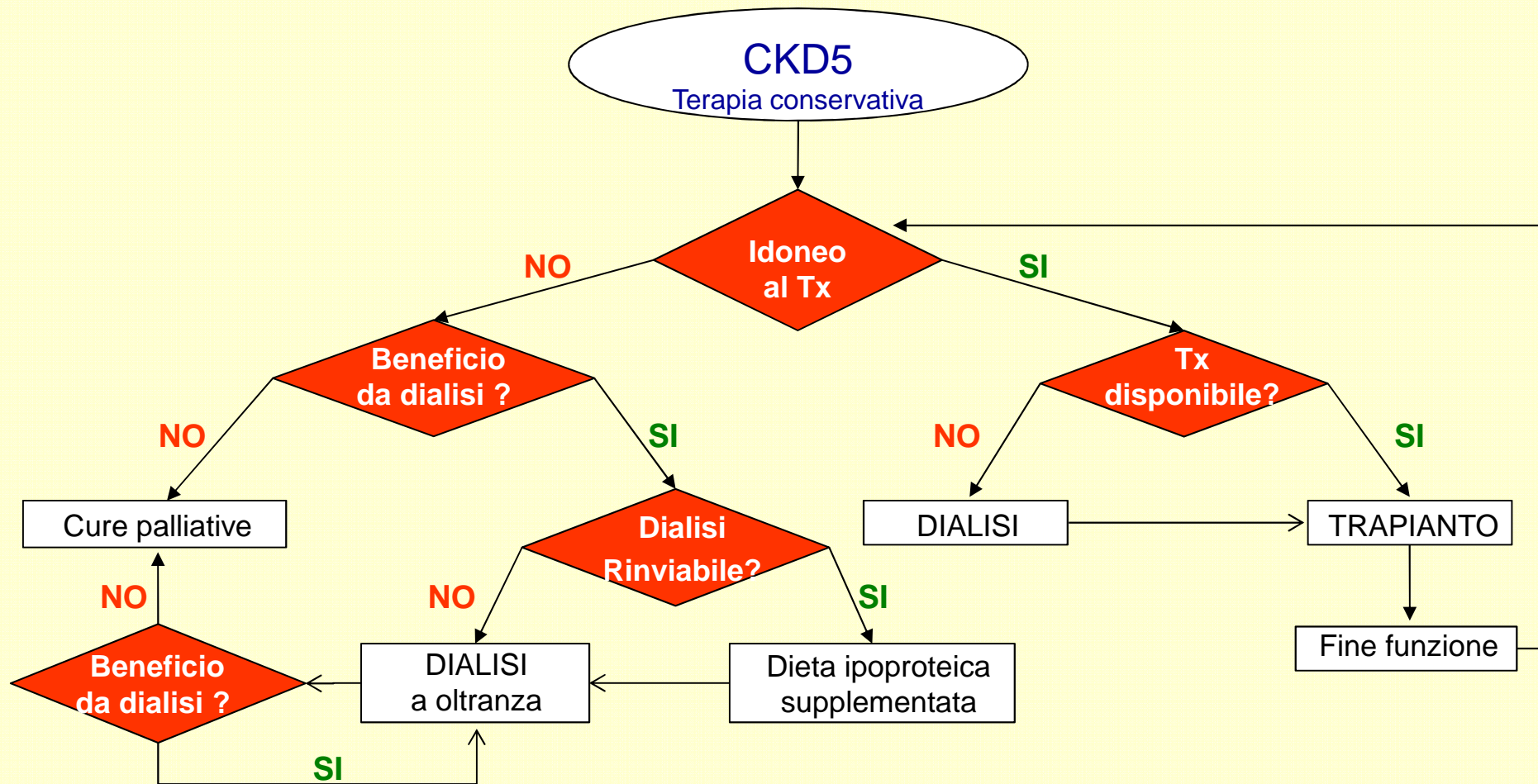
TRATTAMENTI SOSTITUTIVI DELLA FUNZIONE RENALE

Responsabile Regionale e Coordinatore: Maurizio Bersani

Medici: Giovanni Cancarini*, Ferruccio Conte, Ciro Esposito, Marco Farina*, Carlo Guastoni, Aurelio Limido, Fabio Malberti, Piergiorgio Messa, Giuseppe Pontoriero, Claudio Pozzi, Giuseppe Rombolà, Arrigo Schieppati*, Donatella Spotti.

* = estensori bozza iniziale

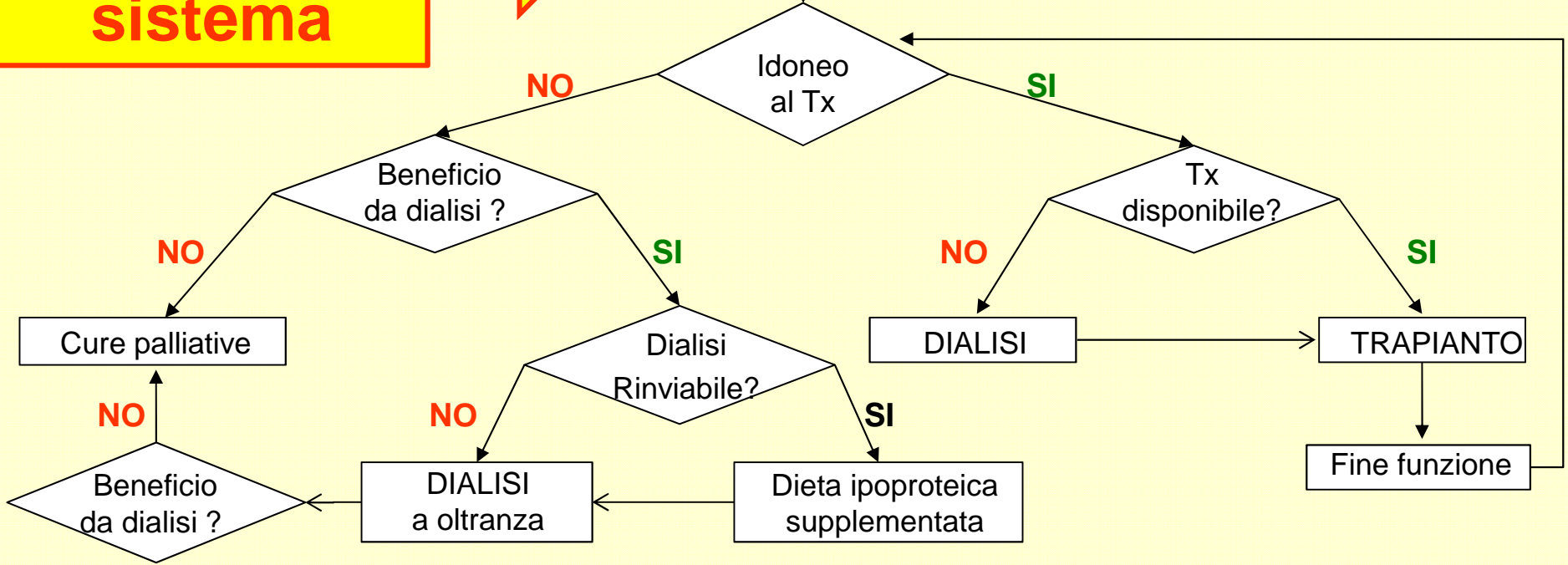




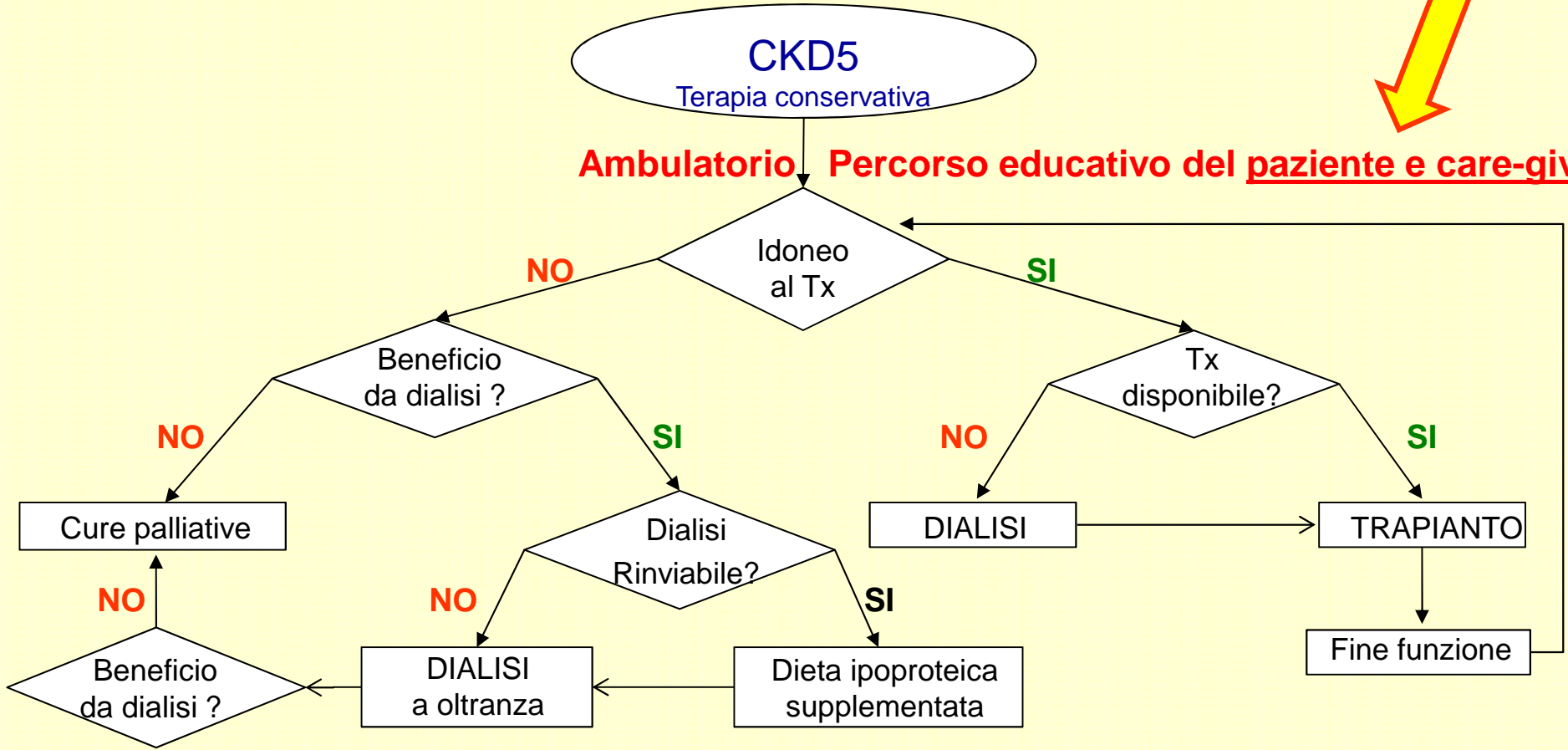
1° chiave del sistema

CKD5
Terapia conservativa

Ambulatorio **Percorso educativo**



2° chiave del sistema

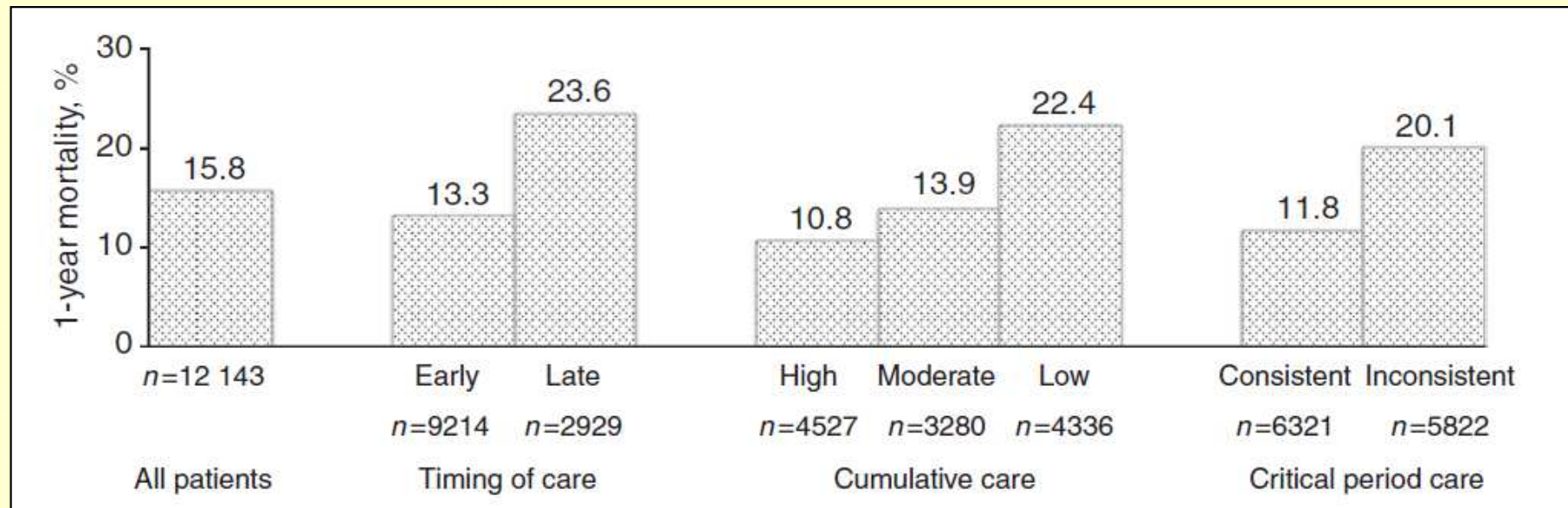


Inadequate predialysis care and mortality after initiation of renal replacement therapy

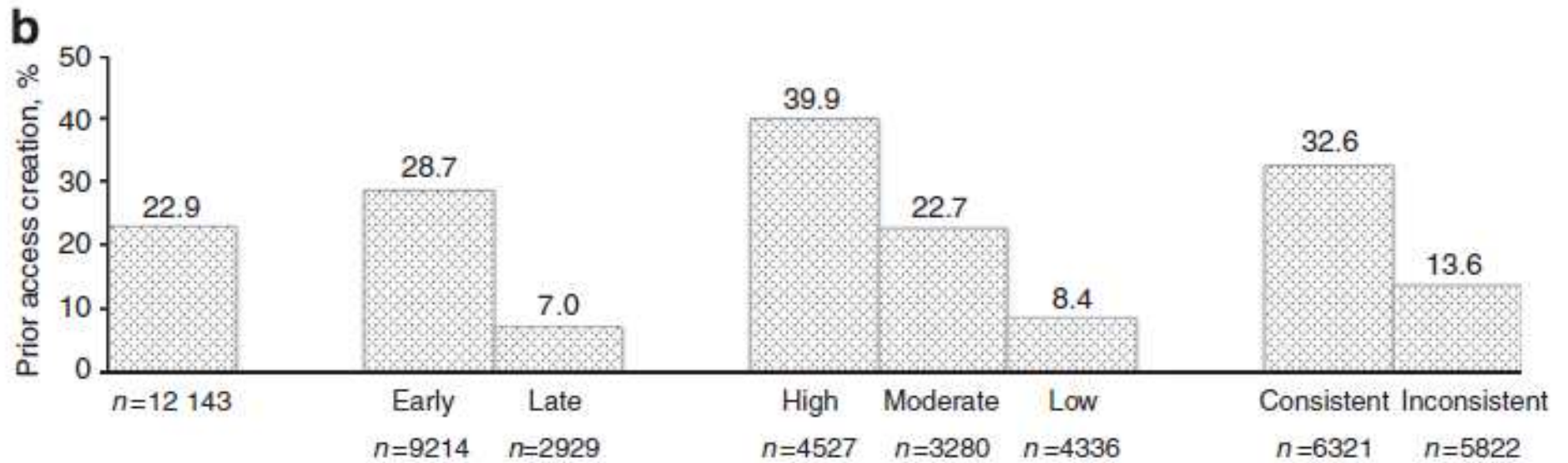
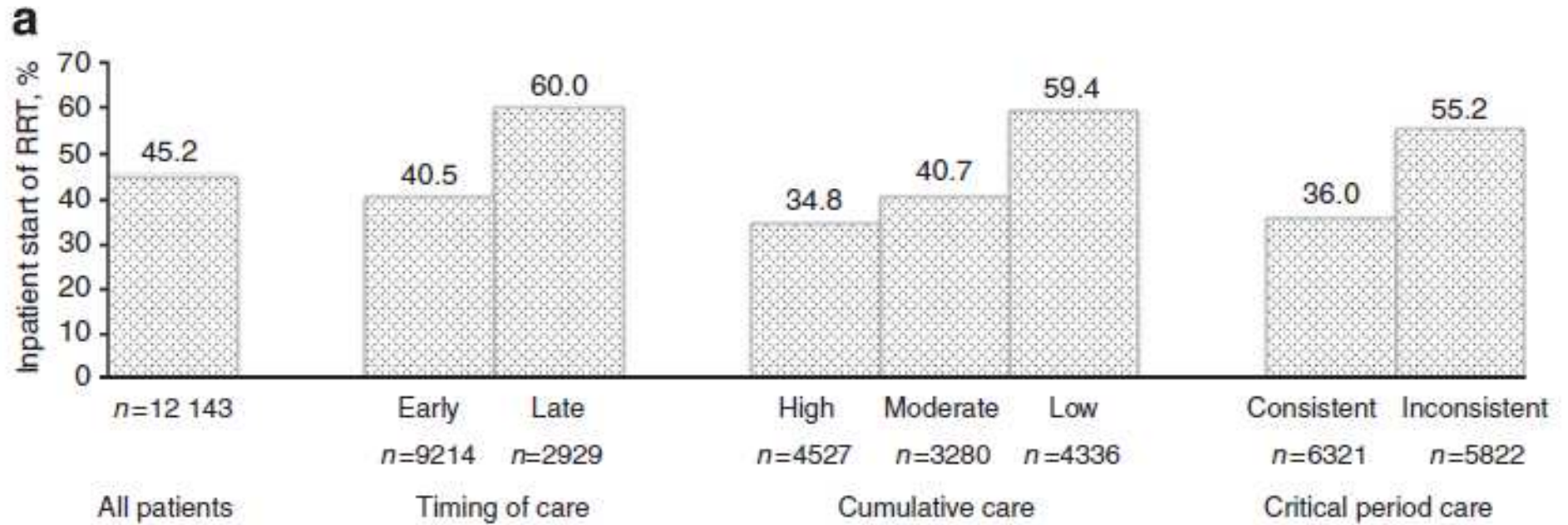
Rajni Singhal¹, Janet E. Hux², Shabbir M.H. Alibhai³ and Matthew J. Oliver⁴

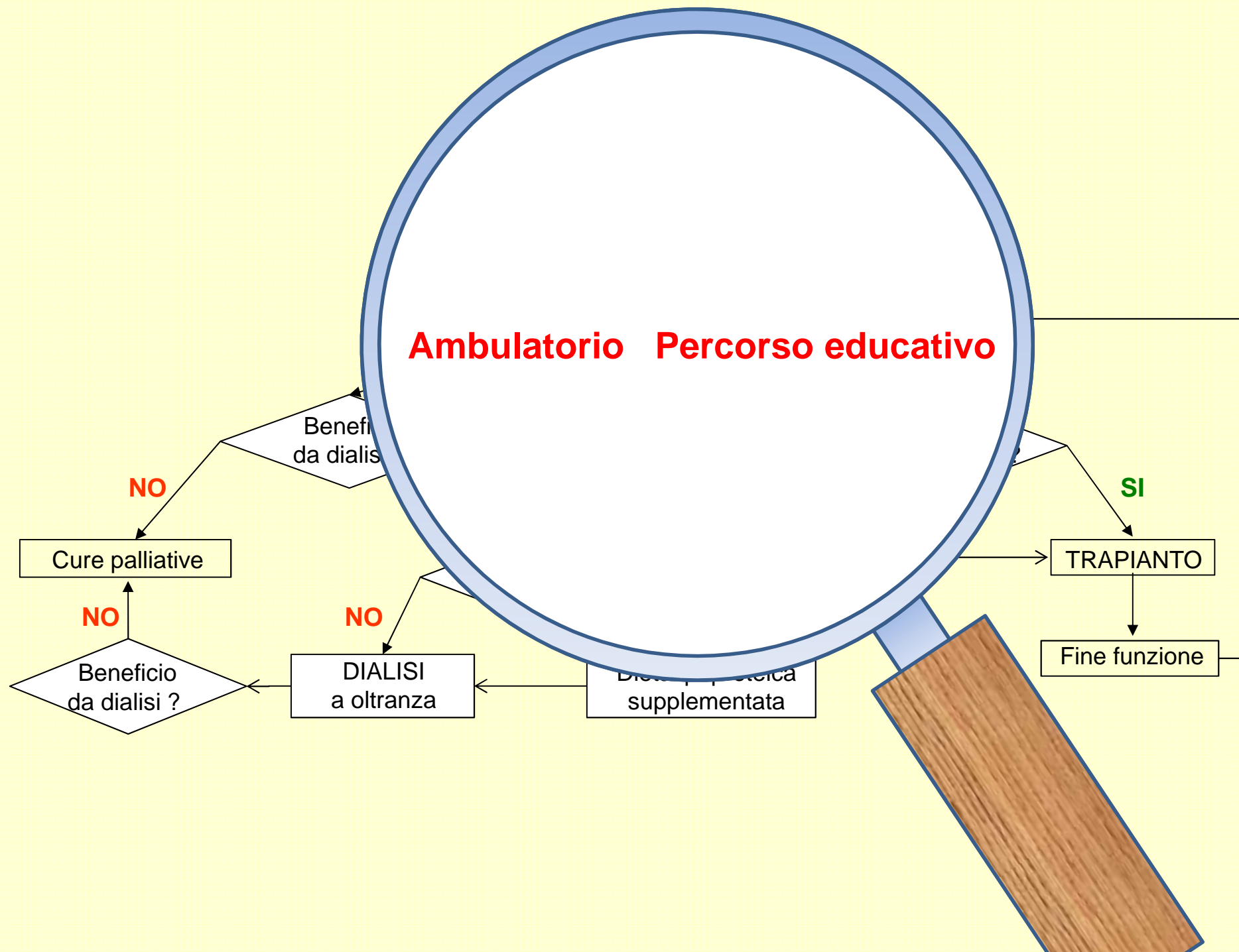
¹Department of Nephrology, Humber River Hospital, Toronto, Ontario, Canada; ²Institute for Clinical Evaluative Sciences, Toronto, Ontario, Canada; ³Department of Medicine, University Health Network, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada and ⁴Division of Nephrology, Department of Medicine, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada

12,143 adults who started RRT between 1998 and 2008



- a cutoff of 6 months was used to define late versus early
- cumulative care was defined as low (<5), moderate (6–10), and high (>10) visit
- consistent critical period care required >3 visit in the 6 months prior to start of RRT





Ma.Re.A.

Percorso educativo

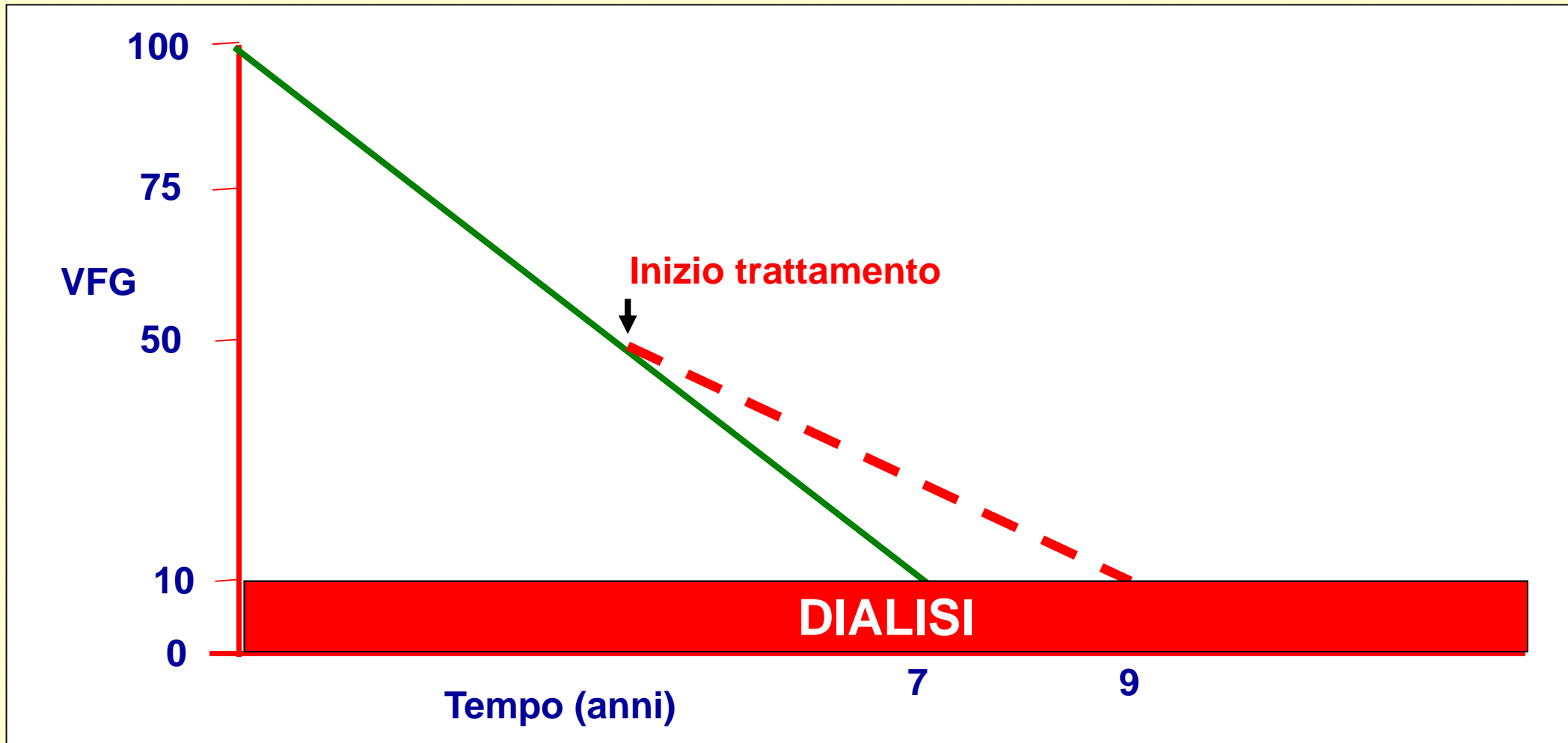
- Affidato agli Infermieri

- Programma concordato e coordinato con Medici

Obiettivi:

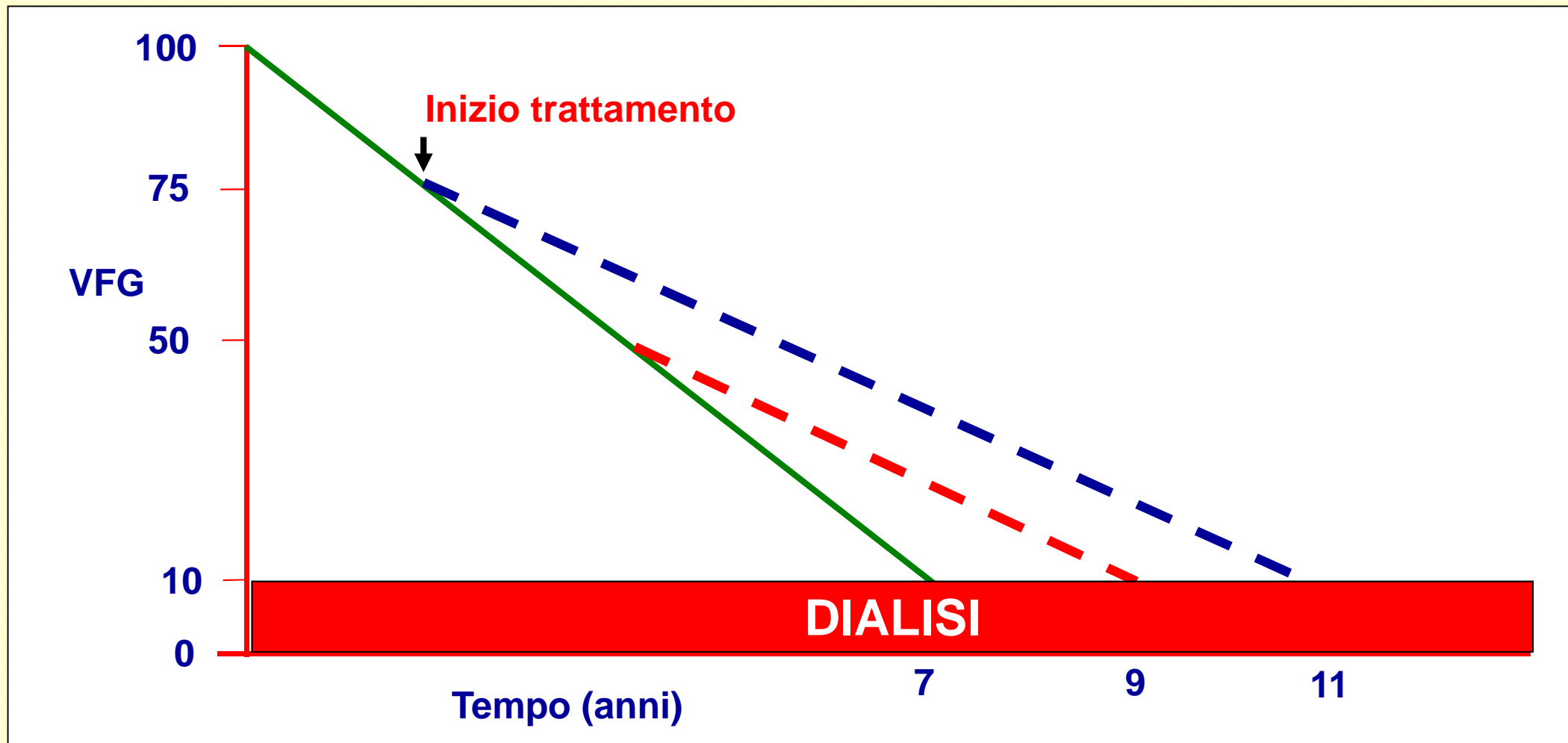
- conoscenza sommaria di **funzioni renali, complicanze dell'IRC**
- stili di vita: **alimentazione, fumo, attività fisica**
- farmaci: **perché, come e quando**
- **trapianto di rene**: possibilità, vantaggi, svantaggi
- **dialisi**: possibilità, vantaggi, svantaggi
- organizzazione del centro: **come e a chi chiedere aiuto**
- **facilitazioni lavorative** per dializzati/trapiantati

IL TRATTAMENTO È EFFICACE



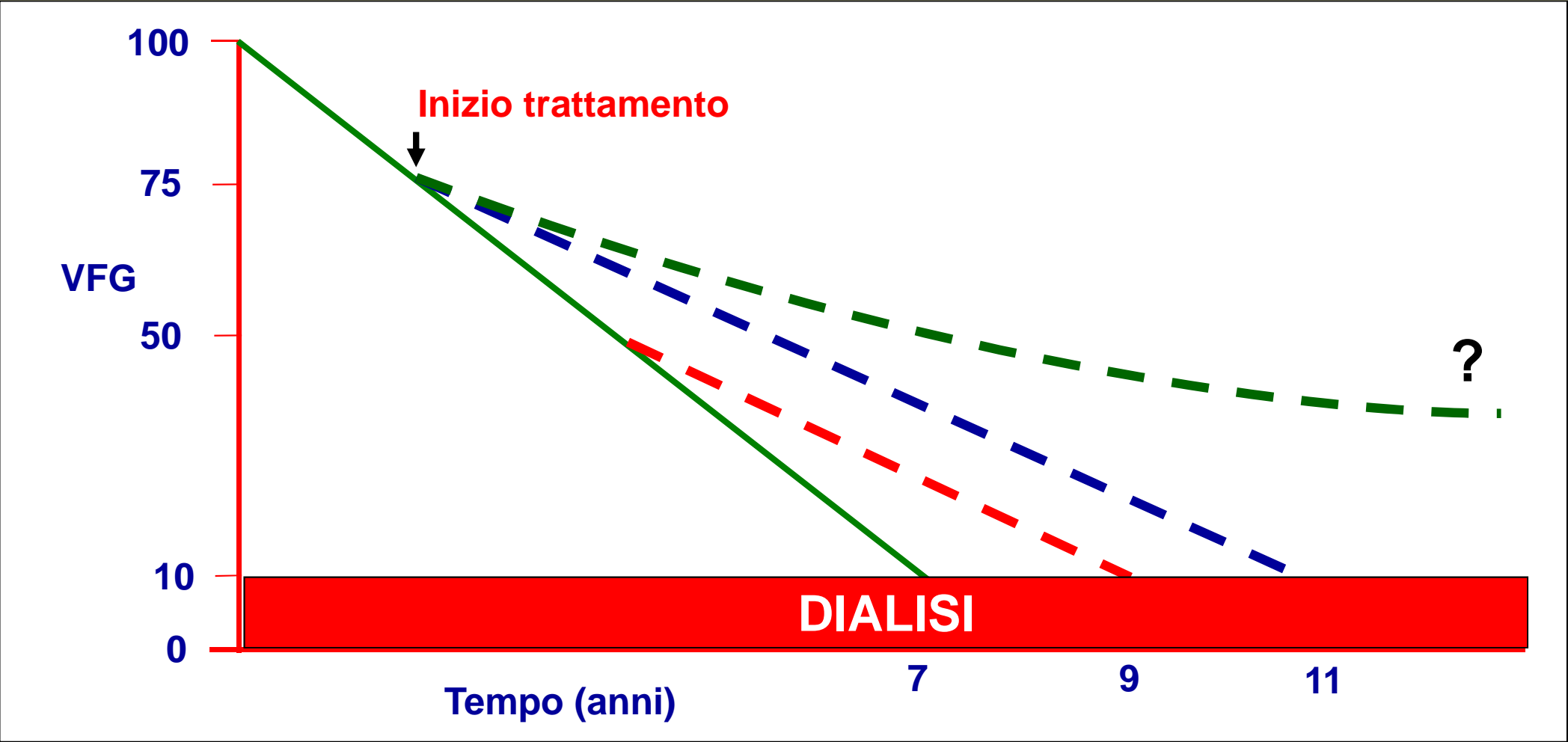
Brenner, et al., 2001

PIU' PRECOCE = PIU' EFFICACE



Brenner, et al., 2001

E, FORSE ...



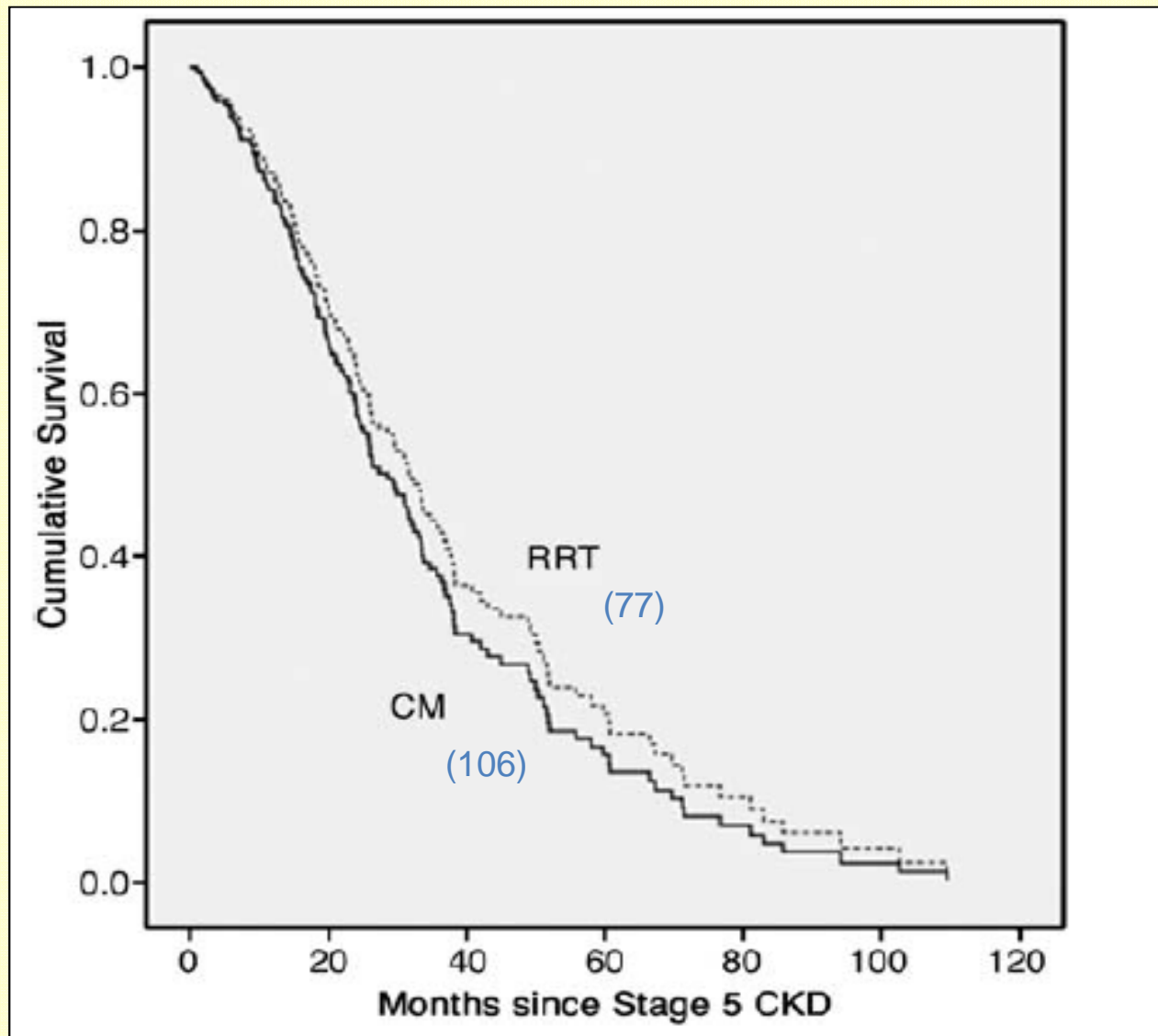
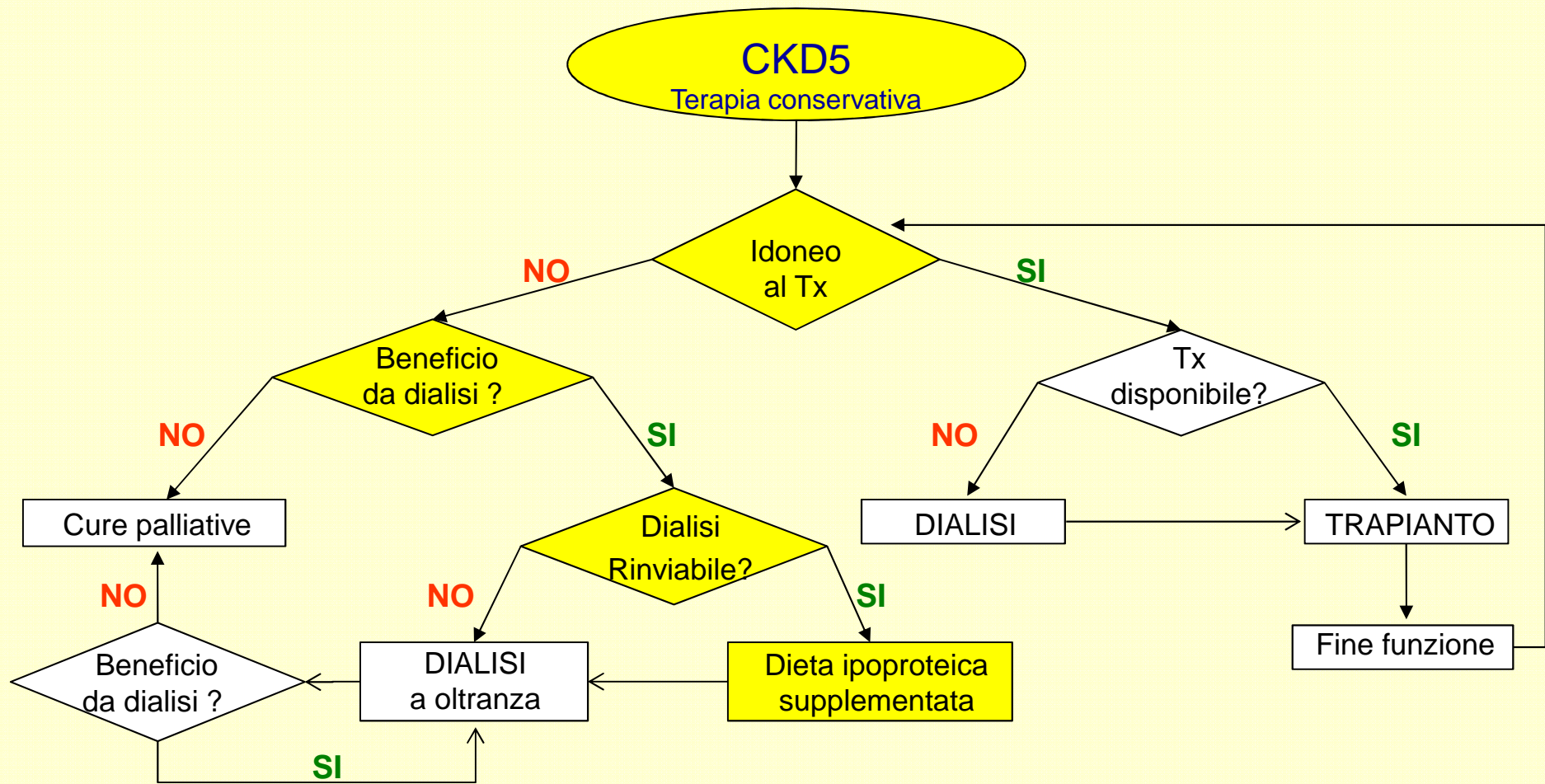


Fig. 3. Cox proportional model survival curve of patients aged >75 years—CM vs RRT—adjusted for age, gender, ethnicity, the presence of diabetes and the presence of high comorbidity. Median survival in RRT patients is better by <4 months, which is not statistically significant ($P = 0.43$).



MIGLIOR CURA POSSIBILE PER QUEL PAZIENTE

Criteri clinici

Criteri psicologici

Criteri sociali (lavoro, vita di relazione, ecc.)

GESTIONE ADEGUATA DELLE RISORSE

Criterio della massima beneficienza:

→ dare risposta ai bisogni di tutti i pazienti

Criterio dell'equanimità:

→ dare risposte bilanciate ai diversi gruppi di patologie

→ dare risposte bilanciate alle diverse nefropatie

Criterio dell'utilità delle cure:

→ adeguare gli scenari alle variazioni epidemiologiche

→ progettare un intervento rivolto alla "popolazione di pazienti"

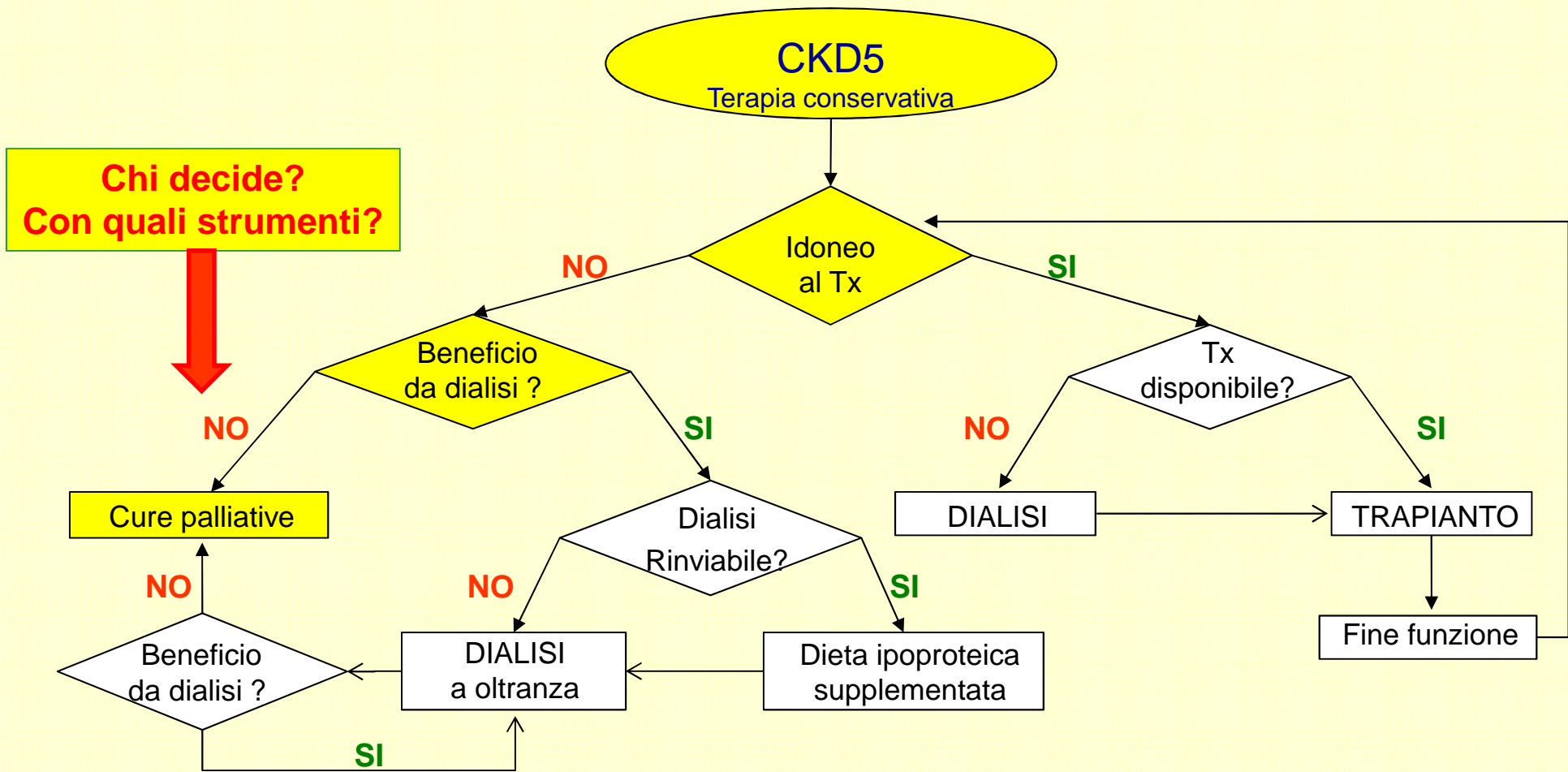
→ identificare la cura migliore per il singolo paziente

→ adattare la cura al singolo paziente

→ **astenersi dalle cure futili**

Il peso economico delle prestazioni futili, quelle cioè che non danno nessun beneficio ai pazienti, rappresenta secondo l'OMS tra il 20 e il 40% della spesa sanitaria.



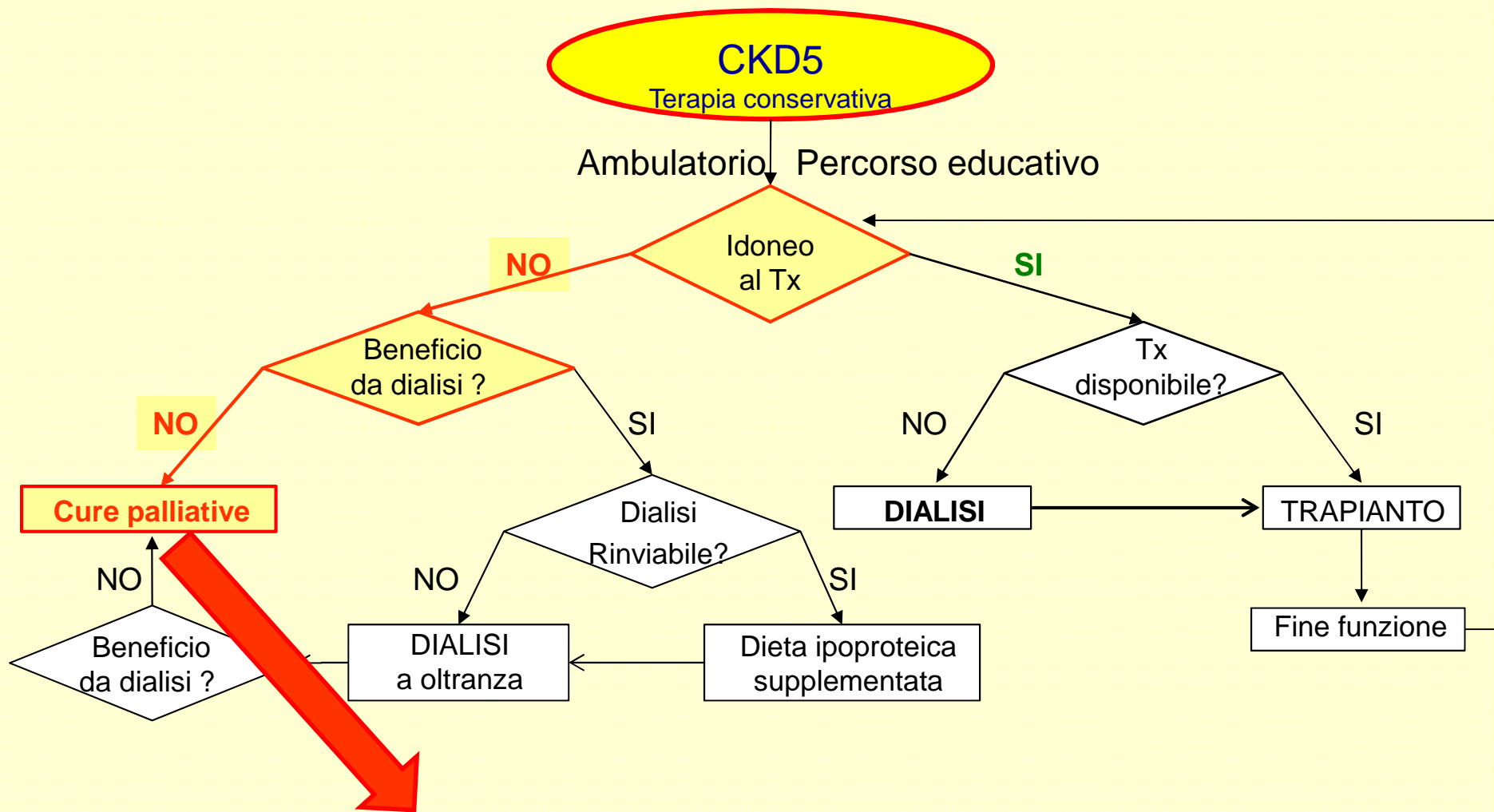


Geriatrici ?

Valutazione delle comorbidità

Valutazione prognostiche multidimensionale validata su CKD

Valutazione dell'attesa di vita e del Qaly



**- SIAMO PREPARATI O LI ABBANDONIAMO?
- CHI LI SEGUE?**

Cure palliative: = terapia conservativa a oltranza
≠ cure del fine vita

Palliativisti da soli?

Nefrologi da soli?

Palliativisti col supporto dei nefrologi?

Nefrologi con il supporto dei palliativisti?

Perché ricorrere ai Geriatri?

Perché ricorrere ai Palliativisti?

Perché i Nefrologi non hanno deliri d'onnipotenza

Perché non abbiamo Nefrologi del Territorio e, se anche ci fossero, non basterebbero

Perché i Nefrologi devono soprattutto preoccuparsi di prevenzione e diagnosi precoce

Sapersi astenere da cure futili, permette di liberare risorse per cura di altre patologie, ma, soprattutto, per la **prevenzione**.