



ORDINE  
MEDICI CHIRURGHI  
E ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA  
DI BRESCIA

COMMISSIONE DI BIOETICA  
Coordinatore: Dott. Angelo Bianchetti

## 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**

**1° CASO CLINICO: PAZIENTE CON ELEVATA  
COMORBILITÀ E INSUFFICIENZA RENALE TERMINALE**  
CONDUCE: Prof. GIOVANNI CANCARINI

*Presentazione del caso clinico*

Dott.ssa DIANA BERTONI

*Discussione degli esperti*

➤ *Definizione della prognosi e delle priorità cliniche  
nel paziente comorbido*

Dott. RENZO ROZZINI

➤ *La gestione dell'insufficienza renale terminale,  
oltre la dialisi*

Dott. MASSIMO SANDRINI

➤ *Aspetti etici e relazionali*

Dott. GIOVANNI GOZIO

➤ *Le considerazioni del Medico di Medicina Generale*

Dott. NICOLA BASTIANI



# Chronic Kidney Disease

Angela C Webster, Evi V Nagler, Rachael L Morton, Philip Masson

GFR descriptors and range		Range (mL/min/1.73m <sup>2</sup> )	Persistent albuminuria categories, descriptors and ACR range		
			Normal to mildly increased (<30mg/g)	Moderately increased (30–300mg/g)	Severely increased (>300 mg/g)
G1	Normal or high	≥90	1 if CKD	1	2*
G2	Mildly decreased	60–89	1 if CKD	1	2*
G3a	Mildly to moderately decreased	45–59	1	2	3†
G3b	Moderately to severely decreased	30–44	2	3	3†
G4	Severely decreased	15–29	3*	3*	≥4†
G5	Kidney failure	<15	≥4†	≥4†	≥4†

CKD=chronic kidney disease. GFR=glomerular filtration rate; ACR=albumin creatinine ratio. Higher frequency monitoring is recommended for those categories at most risk of progression of CKD. Small fluctuations in GFR are common. Progression is considered to be a decline in GFR of ≥25% from baseline. Factors associated with progression include cause of CKD, level of GFR, concentration of albuminuria, acute kidney injury, age, sex, race or ethnicity, raised blood pressure, hyperglycaemia, dyslipidaemia, smoking, obesity, history of cardiovascular disease, and ongoing exposure to nephrotoxic agents. \*Clinical practice guidelines suggest that clinicians discuss these patients with their local specialist nephrology service. †Clinical practice guidelines suggest that people in these categories are referred for specialist nephrology opinion. Data from the KDIGO CKD Work Group clinical practice guidelines.<sup>102</sup>

**Table 1: Classification of CKD, according to international guidelines**

## Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)

Per la gestione integrata tra Nefrologi e Medici di Medicina Generale della Malattia Renale Cronica (MRC)

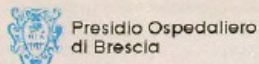
Estratto del documento ufficiale di riferimento: MALATTIA RENALE CRONICA NEGLI ADULTI. Percorso Diagnostico terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gestione integrata della malattia renale conica (MRC) Regione Lombardia, Decreto n. 1074 del 12/2/2013; Identificativo Atto n. 61, Direzione Generale Sanità.

Il riferimento ufficiale è quello pubblicato sul sito web della Direzione Generale di Sanità della Regione Lombardia:

<http://www.sanita.regione.lombardia.it/shared/ccurl/354/32/Decreto%20approvazione%20documenti%20sottogruppi.PDF>



**DA CONSEGNARE  
AL MEDICO  
DI FAMIGLIA**



Sistema Socio Sanitario

Regione Lombardia  
ASST Spedali Civili

**STADIO FUNZIONALE: MRC pre-terminale (CKD 5)**  
Clearance creatinina <15 ml/min/1,73 mq SC

GESTIONE E OBIETTIVI	FOLLOW-UP	PROBLEMA o COMPLICANZA
<b>GESTIONE:</b> Nefrologo <b>OBIETTIVI</b> Rallentare il peggioramento funzionale renale Controllare le complicanze dell'uremia Prospettare il trapianto da vivente e da cadavere Illustrare i vari tipi di dialisi e fornire il supporto al paziente per la scelta dialitica Preparare l'accesso dialitico	Specialistico (ambulatorio IRC in fase avanzata)	Come sopra Maggior rischio di: Squilibri elettrolitici Sovraccarico di volume Malnutrizione calorico proteica

### MONITORAGGIO ATTUAZIONE PDTA

È ormai esperienza acquisita nell'ambito di diverse patologie croniche (in particolare: diabete, ipertensione arteriosa, BPCO, scompenso cardiaco) che la proposta di un PDTA deve essere accompagnata dall'attivazione di sistemi di monitoraggio locali in grado di restituire agli attori coinvolti ritorni informativi relativi alla ricaduta dell'attuazione del PDTA stesso.

Il razionale di questo approccio fa riferimento a due motivazioni:

- Il PDTA è per definizione un processo dinamico, da sottoporre a periodiche rivisitazioni ed aggiustamenti.
- Le decisioni riguardo tali aggiustamenti non possono che derivare da dati oggettivi, frutto di un costante monitoraggio di indicatori predefiniti.
- I ritorni informativi individualizzati agli attori del PDTA (MMG e specialisti nefrologi) costituiscono una guida concreta ed un valido incentivo al miglioramento della pratica professionale.

### INDICATORI DI PERTINENZA DELLA MG

#### Indicatori descrittivi:

- Popolazione assistiti (M/F)
- Prevalenza diagnosi IRC (M/F)
- Prevalenza dializzati (M/F)

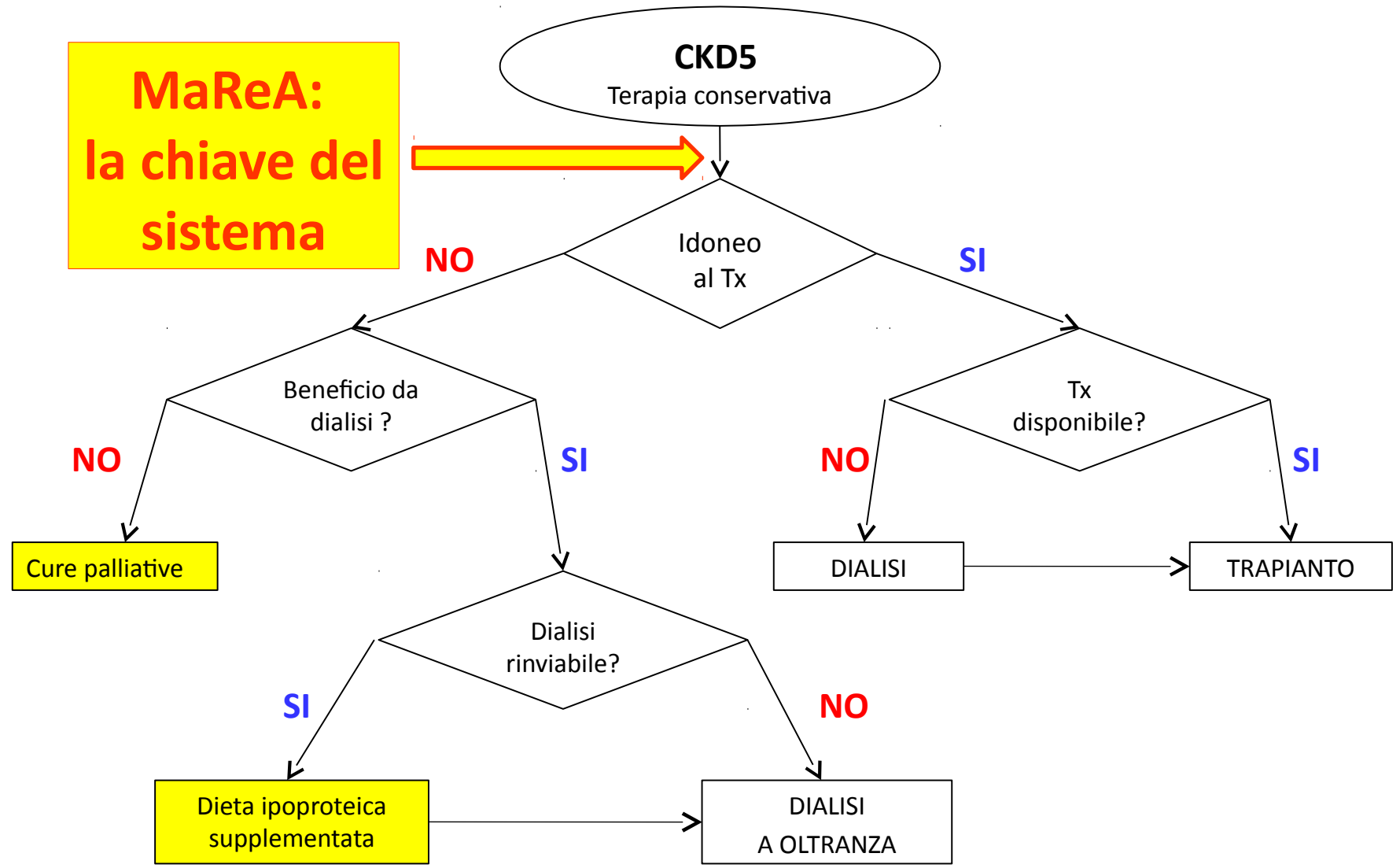
#### Indicatori di processo:

- Pazienti con almeno una clearance creatinina ultimo anno
- Pazienti con dosaggio proteinuria ultimo anno
- Pazienti con almeno una registrazione BMI
- Pazienti con almeno una registrazione PA ultimo anno
- Pazienti con almeno una registrazione LDL nell'ultimo anno
- Pazienti con almeno una registrazione Ca, P, bicarbonati venosi e K nell'ultimo anno
- Visite nefrologiche

#### Indicatori di risultato:

- Pazienti a target per PA
- Pazienti a target per LDL<sub>c</sub>
- Diabetici a target per HbA1c
- Pazienti con proteinuria in terapia con ACE-i e/o sartani vs. senza
- Ricoveri ospedalieri

**MaReA:  
la chiave del  
sistema**



# U.O. Nefrologia Spedali Civili di Brescia



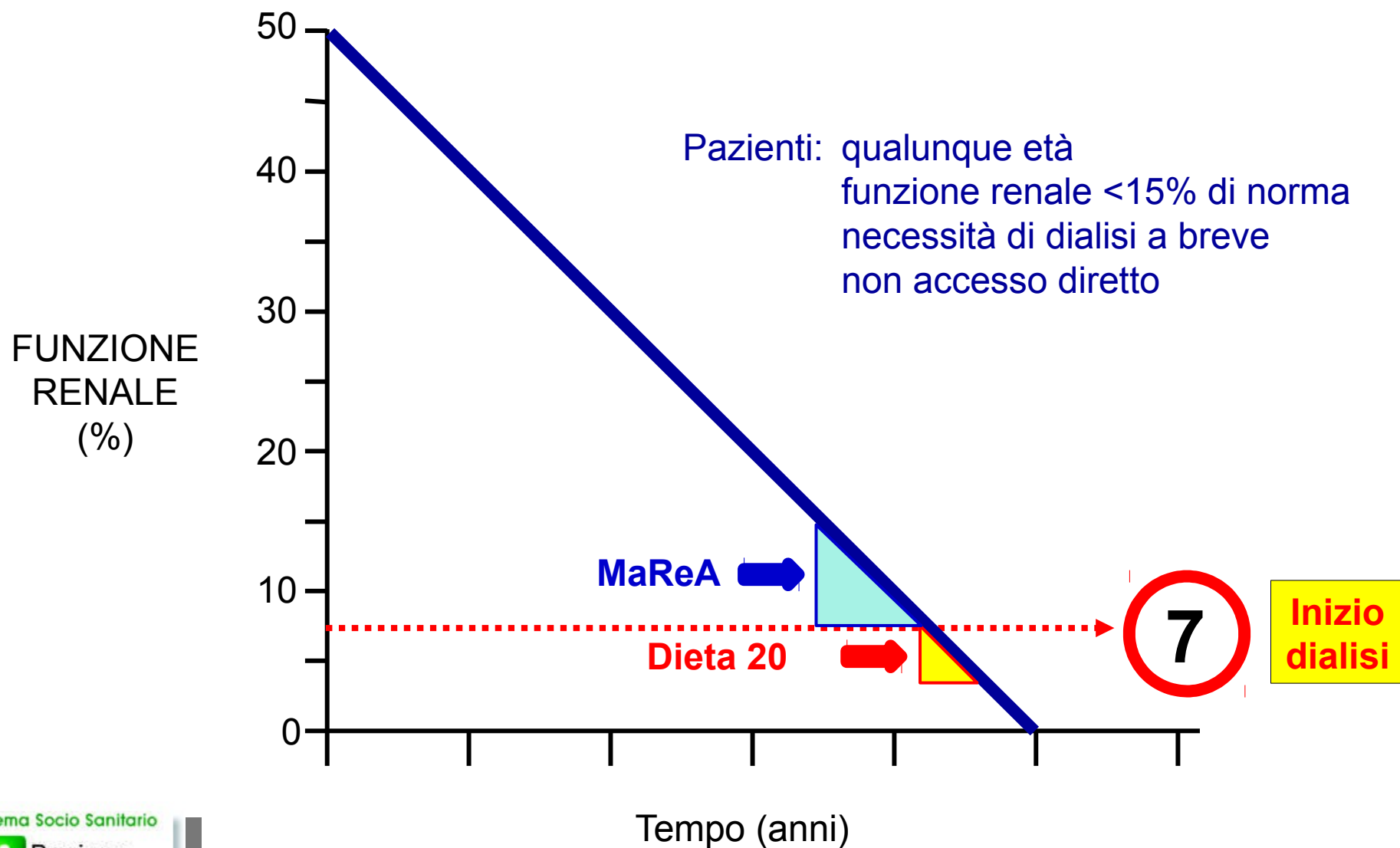
**2005**  
**UN PROGETTO PILOTA**

**Progetto Ospedale e Cronicità**

# Ambulatorio MaReA

(Malattia Renale Avanzata)

(*M. Sandrini, V. Vizzardi, L. Manili, S. Possenti, A. Facchini, B. Valzorio, Coordinatrice HD M. Appiani*)



## Ambulatorio MaReA

U.O. di Nefrologia. ASST-Spedali Civili di Brescia

Inizio attività: anno 2005 *“isorisorse”*

Risorse umane: - **4** medici di vari settori (circa 20 ore/settimana) molte ore in eccesso  
- **1** coordinatrice HD + **6** Infermiere (DP e HD) fuori orario di servizio  
- collaborazione con unità di **Dietetica e Nutrizione Clinica**

**Al 31/12/2015:**

Pazienti valutati **972**

In trattamento: **228**

Attività 2015: **126** prime visite + **711** visite di controllo

Scopi:

- ✓ educare a **conoscere/controllare uremia, complicanze e comorbidità**
- ✓ iniziare l'iter per l'inserimento dei pazienti **in lista trapianto**
- ✓ fornire al paziente gli strumenti per **una scelta dialitica consapevole**
- ✓ condurre il paziente a trapianto/dialisi **nelle migliori condizioni possibili**

La nostra politica è di far scegliere al paziente quando possibile, Sig. Rossi!



- ✘ Illustra al paziente, dal punto di vista organizzativo e tecnico-pratico, le caratteristiche delle diverse metodiche dialitiche
- ✘ Scelta ponderata della metodica per un minor effetto negativo sulla loro qualità di vita
- ✘ Supporto delle fasi educative svolte dal nefrologo



# Ambulatorio *Ma.Re.A.*

## *La dietista*

U.O. Dietetica e Nutrizione Clinica

### CONSULENZA DIETETICA ED EDUCAZIONE ALIMENTARE

- ✓ counseling dietistico, secondo indicazioni nefrologiche
- ✓ consigli pratici sulla preparazione dei cibi
- ✓ personalizzazione della dieta
- ✓ follow-up e nuove rivalutazioni se inefficaci indicazioni precedenti

Sarebbe auspicabile la presenza di **“dietiste dedicate”**.

patrocinio  
**Sin**  
**RENI**  
SOCIETÀ ITALIANA  
NEFROLOGIA

**LA NEFROLOGIA  
LOMBARDA  
SI INCONTRA:  
MEDICI E INFERMIERI DEI  
CENTRI LOMBARDI  
DI NEFROLOGIA  
A CONFRONTO**

**Happy Birthday MaReA**

**Esperienza decennale di Brescia**



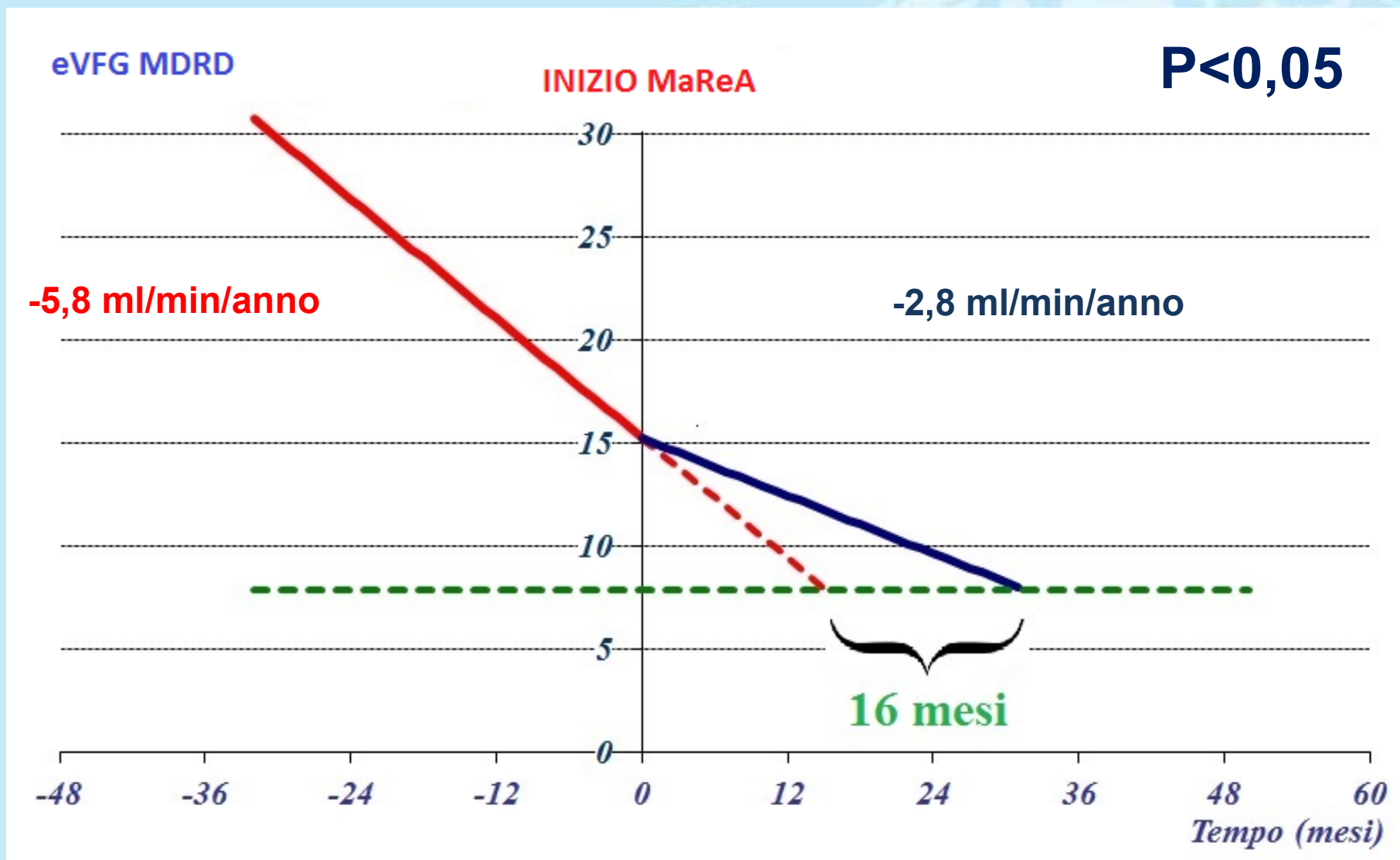
*Vincenzo Terlizzi*

*Scuola di Specializzazione in Nefrologia - Università degli Studi di Brescia*

*U.O. Nefrologia - ASST Spedali Civili di Brescia*

# PROGRESSIONE FUNZIONE RENALE

396 pazienti



Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Spedali Civili

# DIALISI DOMICILIARE SÌ, MA QUALE?

## EMODIALISI DOMICILIARE E DIALISI PERITONEALE A CONFRONTO: UNA CONTROVERSIA NON CONTROVERSA

**Giorgina Barbara Piccoli<sup>1</sup>, Martina Ferraresi<sup>1</sup>, Flavia Caputo<sup>2</sup>, Francesco Quarello<sup>3</sup>, Maria Rosa Viganò<sup>4</sup>, Franco Mascia<sup>4</sup>, Loreto Gesualdo<sup>5</sup>**

G ITAL NEFROL 2012; 29 (2): 148-159

**TABELLA II - COSTI DIRETTI (PERSONALE, MANUTENZIONE, MATERIALI, APPARECCHIATURE/SERVICE FARMACI, ESAMI), INDIRETTI (SERVIZI DI TRASPORTO, SERVIZI ALBERGHIERI, SERVIZI GENERALI) E SOCIALI (COSTO DERIVANTE DALLA PERDITA DI ORE LAVORATIVE PAZIENTE/CAREGIVER) DEI DIVERSI TIPI DI TRATTAMENTO DIALITICO NELLA REGIONE PIEMONTE PER LE DIVERSE METODICHE DIALITICHE (DGR PIEMONTE N. 8-12316 DEL 12 OTTOBRE 2009-ALLEGATO A)**

Metodica (DRG prestazione)	Costi diretti per seduta/giorno di dialisi	Costi indiretti per seduta/giorno di dialisi	Costi sociali per seduta/giorno di dialisi	Totale costi per seduta/giorno (diretti+indiretti+sociali) (3 sedute/settimana o 6 giorni di DP settimana)	Costi anno settimanali per paziente
Bicarbonato dialisi (39.95.4)	€ 171.78	€ 60.70	€ 79.19	€ 935.01	€ 48620.52
HDF (39.95.5)	€ 198.29	€ 57.71	€ 79.19	€ 1005.57	€ 52289.64
Dialisi domiciliare (39.95.4)	€ 136.67	€ 25.00	€ 40.62	€ 606.87	€ 31557.24
APD (54.98.1)	€ 80.17	€ 13.36	€ 0.66	€ 659.33	€ 34285.16
CAPD (54.98.2)	€ 58.83	€ 14.06	€ 40.45	€ 680.04	€ 35362.08

## The social cost of chronic kidney disease in Italy

Giuseppe Turchetti<sup>1</sup> · S. Bellelli<sup>1</sup> · M. Amato<sup>2</sup> · S. Bianchi<sup>3</sup> ·  
P. Conti<sup>4</sup> · A. Cupisti<sup>5</sup> · V. Panichi<sup>6</sup> · A. Rosati<sup>7</sup> · F. Pizzarelli<sup>8</sup> ·

On Behalf of the Tuscany CKD Study Group

Eur J Health Econ. 2016 Oct 3

**Table 2** Unadjusted mean social annual cost data per patient by cost component and by CKD stages 4 and 5 pre-dialyses (Euro 2016)

Cost component	CKD stage 4			CKD stage 5			Overall			<i>p</i> <sup>a</sup>
	Mean	SD	%	Mean	SD	%	Mean	SD	%	
<b>Direct medical cost</b>										
Laboratory test	281.5	±222.6	3.8	392.6	±233.2	4.4	328.5	±233.4	4.1	
Specialist visit	101.6	±69.9	1.4	126.3	±66.6	1.4	112.1	±69.5	1.4	
Diagnostic exam	157.4	±167.4	2.1	186.0	±176.0	2.1	169.5	±171.5	2.1	
Hospitalization	1362.4	±3250.6	18.4	1895.6	±3100.4	21.1	1588.2	±3195.5	19.7	
Drugs	2075.1	±2016.3	28.0	2629.3	±2173.7	29.3	2309.8	±2100.2	28.6	
<b>Total</b>	<b>3978.1</b>	<b>±4187.0</b>	<b>53.6</b>	<b>5229.8</b>	<b>±4161.2</b>	<b>58.3</b>	<b>4508.2</b>	<b>±4217.5</b>	<b>55.8</b>	<b>0.001</b>
<b>Direct non-medical cost</b>										
Out-of-pocket cost of diet	154.7	±421.9	2.1	170.4	±420.7	1.9	161.3	±421.1	2.0	
Reimbursement of diet	447.8	±285.4	6.0	539.0	±207.1	6.0	486.4	±258.9	6.0	
Transport of patient and caregiver	60.4	±80.4	0.8	75.5	±84.5	0.8	66.8	±82.4	0.8	
Paid domestic help	701.7	±2378.0	9.5	508.3	±2208.6	5.7	619.8	±2307.4	7.7	
Informal care	1705.6	±3516.0	23.0	1651.1	±3458.1	18.4	1682.5	±3488.1	20.8	
<b>Total</b>	<b>3070.2</b>	<b>±3984.9</b>	<b>41.4</b>	<b>2944.3</b>	<b>±3958.0</b>	<b>32.8</b>	<b>3016.9</b>	<b>±3969.9</b>	<b>37.3</b>	<b>0.731</b>
<b>Indirect costs</b>										
Loss of productivity of patient and caregivers	373.4	±2142.6	5.0	796.7	±3297.0	8.9	552.7	±2697.6	6.8	0.109
<b>Overall</b>	<b>7421.6</b>	<b>±6255.2</b>	<b>100.0</b>	<b>8971.0</b>	<b>±6503.3</b>	<b>100.0</b>	<b>8077.8</b>	<b>±6400.9</b>	<b>100.0</b>	<b>0.008</b>



	<b>CKD stadio 5</b>	<b>Bicarbonato dialisi trisettimale</b>
Costo diretto annuo	5'229 €	26'797 €
Costo diretto 16 mesi	6'972 €	35'730 €
Risparmio a paziente	<b>28'758 €</b>	
Risparmio 396 pazienti	<b>11'388'168 €</b>	



Risparmio a paziente	<b>28'758 €</b>
Risparmio 396 pazienti	<b>11'388'168 €</b>

Per il  
paziente

Non  
ritardo  
d'ingresso



In  
sicurezza

Non è una  
non-dialisi



*...SOGNI...*

**spazi idonei, esclusivi ed attrezzati**

**personale medico ed infermieristico dedicato**

**dietiste dedicate**

**supporto psicologico dedicato**

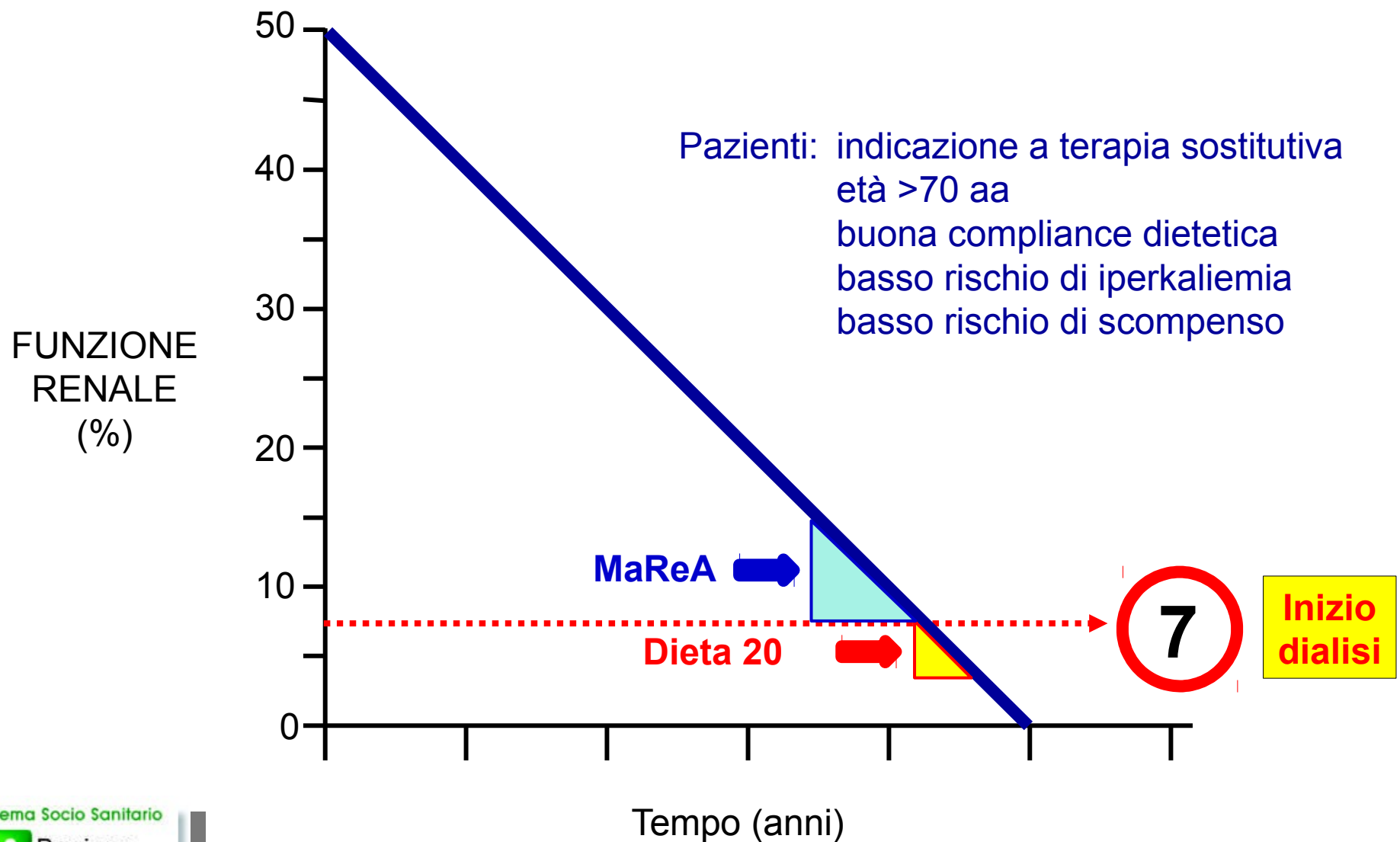
**riconoscimento economico all'azienda**

**integrazione organica in Chronic Care Model e ASST**



# Ambulatorio “dieta 20”

(F. Viola, R. Zubani, A. Pola)



# DIETA FORTEMENTE IPOPROTEICA (VLPD)

DIETA 0.3 GR DI PROTEINE/KG PESO CORPOREO/DIE → **DIETA 20**

Proteine esclusivamente vegetali (0.3 gr/kg/die)

- Normo-iper calorica: 30- 35 kcal/kg peso corporeo/die (60% carboidrati)
- Ipofosforica: 300 - 400 mg/die (fitofosfori)

## DIETA VLPD SUPPLEMENTATA

2 pasti “liberi”/settimana

- Supplementata con :
  - mistura di aminoacidi essenziali + ketoacidi (100 mg/kg/die)
  - vitamine gruppo B
  - ac. folico
  - terapia marziale

# AMBULATORIO DEDICATO AI PAZIENTI IN “DIETA 20” NEFROLOGIA ASST SPEDALI CIVILI BRESCIA

Inizio ambulatorio dedicato:	<b>1998</b>
Pazienti seguiti 1998 – <b>Apr 2017</b> :	<b>352</b> (55 diabetici)
Pazienti attualmente in dieta 20:	<b>45</b>
N° medici nefrologi:	<b>2</b>
N° dietiste dedicate:	<b>2</b>



## **Efficacy and Safety of a Very-Low-Protein Diet When Postponing Dialysis in the Elderly: A Prospective Randomized Multicenter Controlled Study**

*Giuliano Brunori, MD,<sup>1</sup> Battista F. Viola, MD,<sup>1</sup> Giovanni Parrinello, PhD,<sup>2</sup> Vincenzo De Biase, MD,<sup>3</sup> Giovanna Como, MD,<sup>4</sup> Vincenzo Franco, MD,<sup>5</sup> Giacomo Garibotto, MD,<sup>6</sup> Roberto Zubani, MD, PhD,<sup>1,7</sup> and Giovanni C. Cancarini, MD<sup>1,7</sup>*

*American Journal of Kidney Diseases, Vol 49, No 5 (May), 2007: pp 569-580*

**Very low-protein diet plus ketoacids in chronic kidney disease and risk of death during end-stage renal disease: a historical cohort controlled study**

**Nephrol Dial Transplant (2015) 30: 71–77**

*Vincenzo Bellizzi<sup>1</sup>, Paolo Chiodini<sup>2</sup>, Adamasco Cupisti<sup>3</sup>, Battista Fabio Viola<sup>4</sup>, Mauro Pezzotta<sup>4</sup>, Luca De Nicola<sup>5</sup>, Roberto Minutolo<sup>5</sup>, Giuliano Barsotti<sup>3</sup>, Giorgina Barbara Piccoli<sup>6</sup> and Biagio Di Iorio<sup>7</sup>*

**Cost-benefit analysis of supplemented very low-protein diet versus dialysis in elderly CKD5 patients**

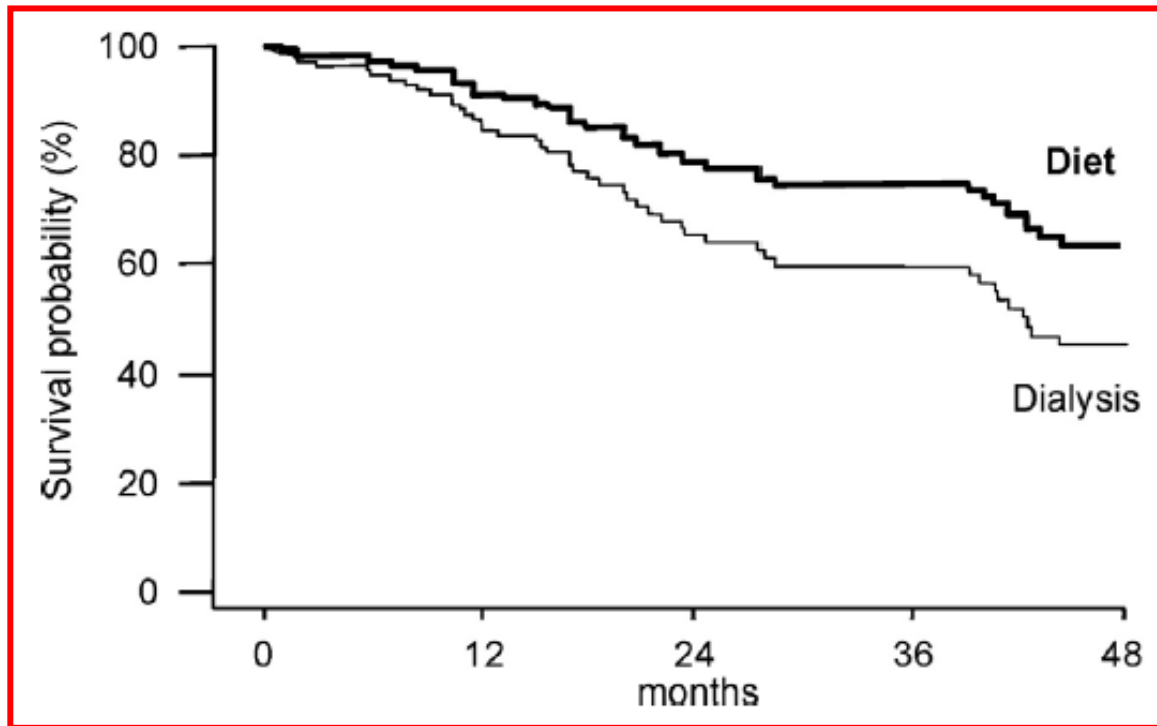
*Luciana Scalone<sup>1,2</sup>, Francesca Borghetti<sup>1,2</sup>, Giuliano Brunori<sup>3</sup>, Battista Fabio Viola<sup>3</sup>, Barbara Brancati<sup>4</sup>, Laura Sottini<sup>3</sup>, Lorenzo Giovanni Mantovani<sup>2,4</sup> and Giovanni Cancarini<sup>3</sup>*

**Nephrol Dial Transplant (2010) 25: 907–913**

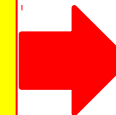


# Efficacy and Safety of a Very-Low-Protein Diet When Postponing Dialysis in the Elderly: A Prospective Randomized Multicenter Controlled Study

Giuliano Brunori, MD,<sup>1</sup> Battista F. Viola, MD,<sup>1</sup> Giovanni Parrinello, PhD,<sup>2</sup> Vincenzo De Biase, MD,<sup>3</sup>  
Giovanna Como, MD,<sup>4</sup> Vincenzo Franco, MD,<sup>5</sup> Giacomo Garibotto, MD,<sup>6</sup>  
Roberto Zubani, MD, PhD,<sup>1,7</sup> and Giovanni C. Cancarini, MD<sup>1,7</sup> *Am J Kidney Dis* 49:569-580. © 2007



- maggior sopravvivenza a 4 anni: 64% vs. 44%
- giorni di ricovero/anno: 5 vs. 11
- rinvio medio dell'inizio della dialisi: 11 mesi



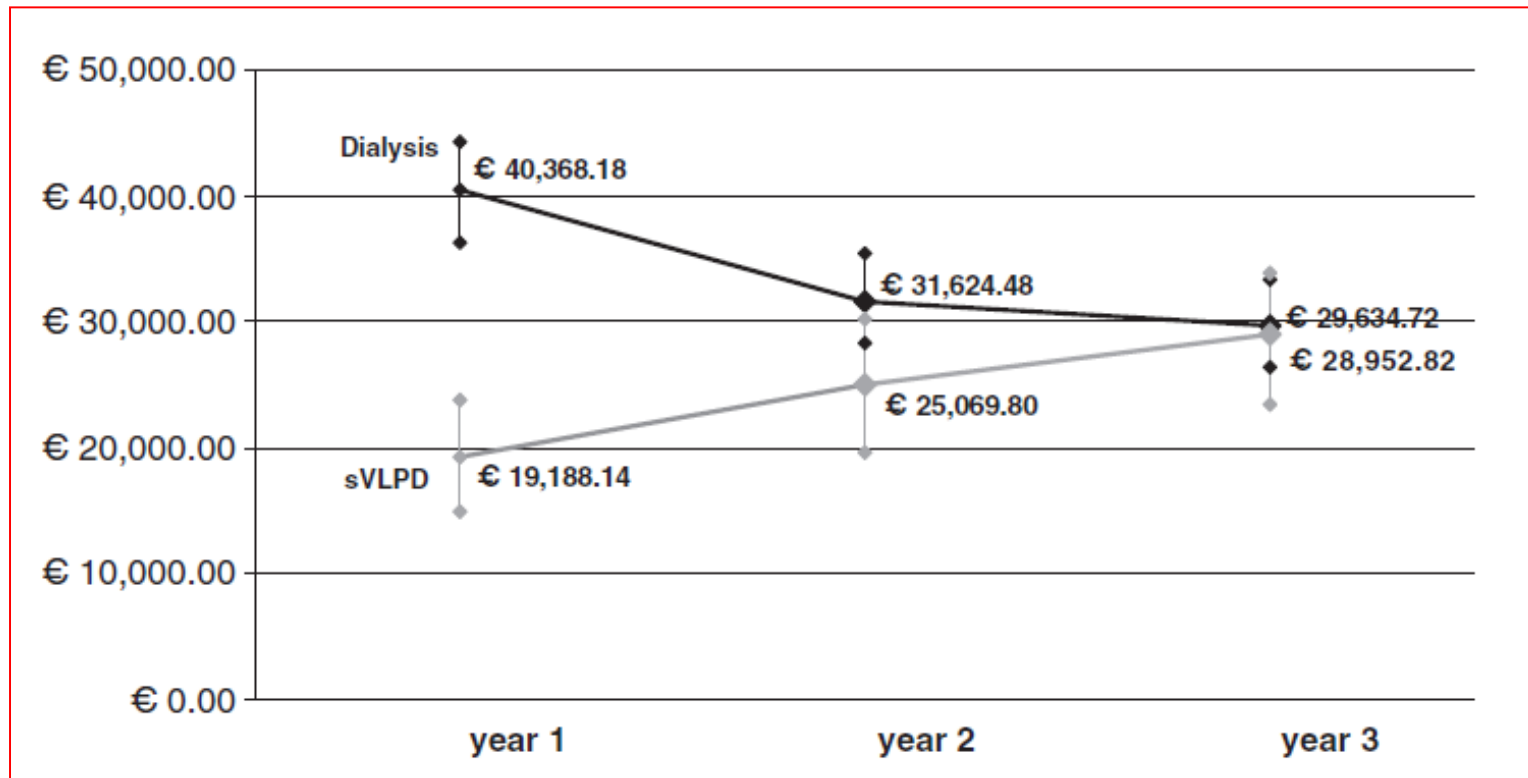
↑ sopravvivenza  
↑ qualità di vita  
costi ?

# Cost-benefit analysis of supplemented very low-protein diet versus dialysis in elderly CKD5 patients

*Nephrol Dial Transplant* 2010;25:907–913

Luciana Scalone<sup>1,2</sup>, Francesca Borghetti<sup>1,2</sup>, Giuliano Brunori<sup>3</sup>, Battista Fabio Viola<sup>3</sup>, Barbara Brancati<sup>4</sup>, Laura Sottini<sup>3</sup>, Lorenzo Giovanni Mantovani<sup>2,4</sup> and Giovanni Cancarini<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Center for Health Technology Assessment and Outcomes Research, University of Milan, Milan, Italy, <sup>2</sup>CHARTA Foundation, Milan, Italy, <sup>3</sup>Section of Nephrology, University of Brescia and Division of Nephrology, A.O. Spedali Civili di Brescia, Brescia, Italy and <sup>4</sup>CIRFF-Centre of Pharmacoeconomics, University of Naples Federico II, Naples, Italy



Calcolando il risparmio medio, i 35 pazienti ora in trattamento hanno fatto **risparmiare 741.300 € nel 1° anno e 229.413 € nel 2° anno.**

# DEPLEZIONE PROTEICO-CALORICA

## Causes of PEW

Loss of kidney function  
Uremic toxins

Comorbid conditions  
(IR, diabetes, CVD  
depression)

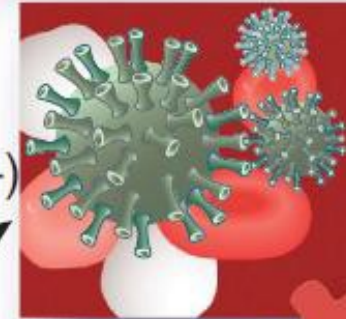
Dialysis-associated  
catabolism

Metabolic derangements  
(HPT, metabolic acidosis,  
hypogonadism, GH resistance)

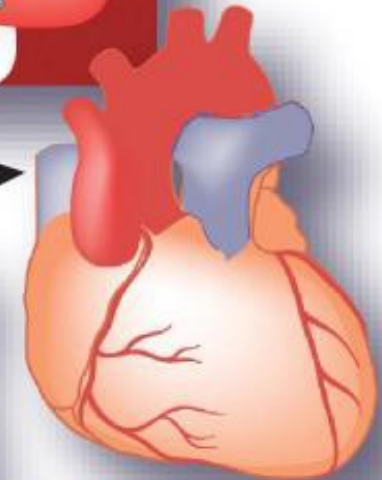
Dietary  
nutrient  
intake

Protein  
energy  
wasting

## Consequences of PEW



Infection



Cardiovascular  
disease

Frailty, depression



Inflammation

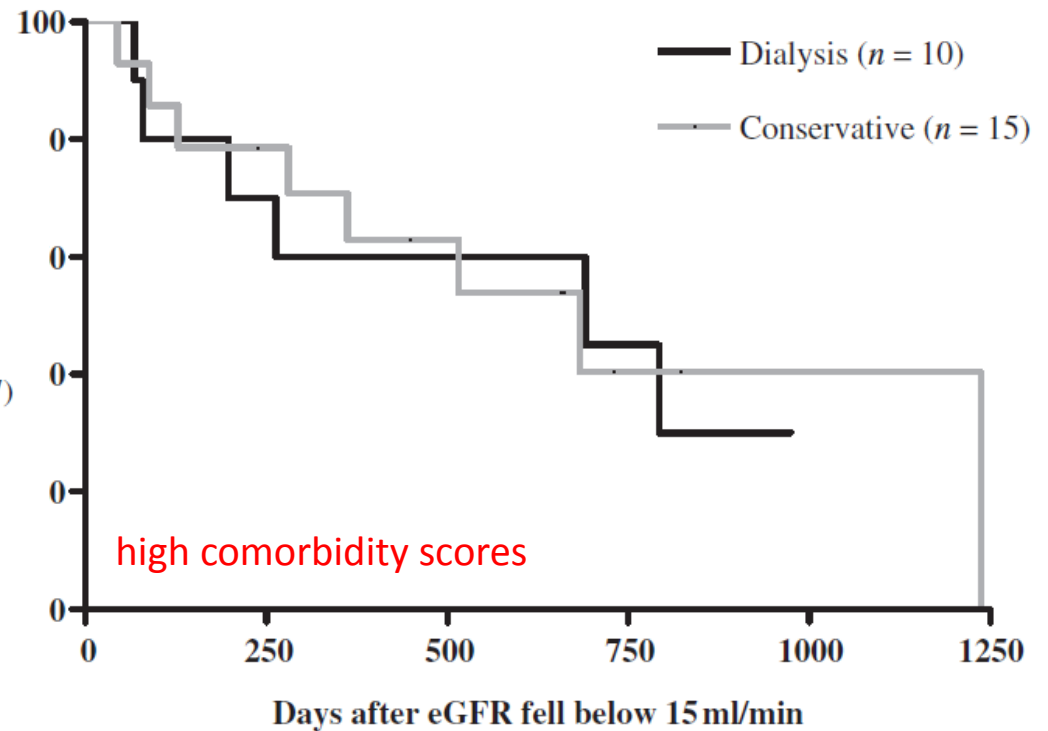
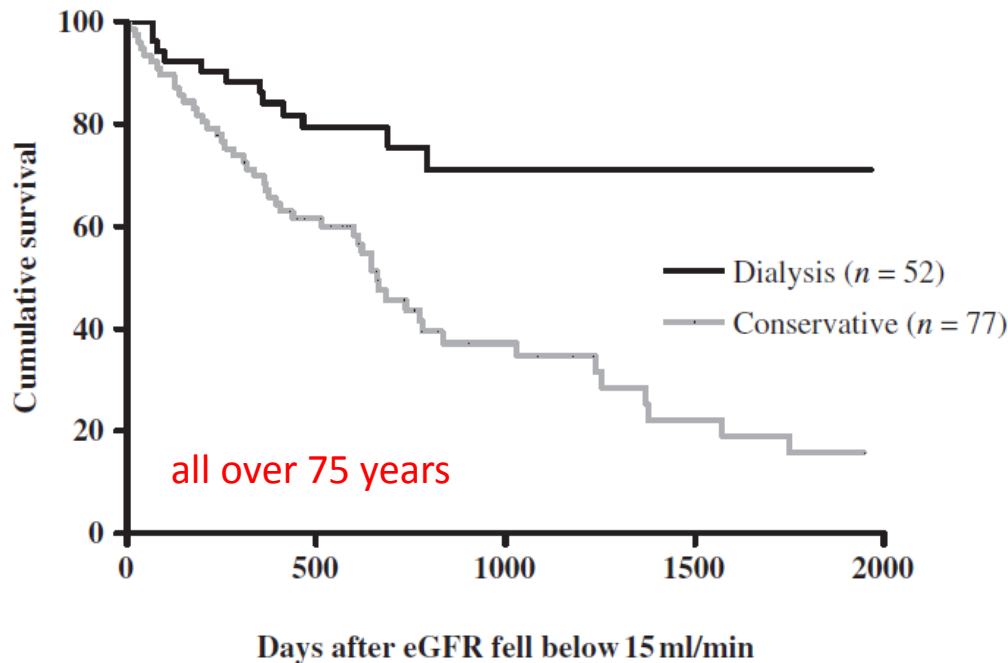


*Original Article*

## Dialysis or not? A comparative survival study of patients over 75 years with chronic kidney disease stage 5

Fliss E. M. Murtagh<sup>1</sup>, James E. Marsh<sup>2</sup>, Paul Donohoe<sup>3</sup>, Nasirul J. Ekbal<sup>4</sup>, Neil S. Sheerin<sup>5</sup> and Fiona E. Harris<sup>2</sup>

Retrospective analysis of the survival of all over 75 years with CKD stage 5 (n:129)  
Survival advantage was lost in those patients with high comorbidity scores





# Survival of elderly patients with stage 5 CKD: comparison of conservative management and renal replacement therapy



Nephrol Dial Transplant (2011) 26: 1608–1614

Shahid M. Chandna, Maria Da Silva-Gane, Catherine Marshall, Paul Warwicker, Roger N. Greenwood and Ken Farrington

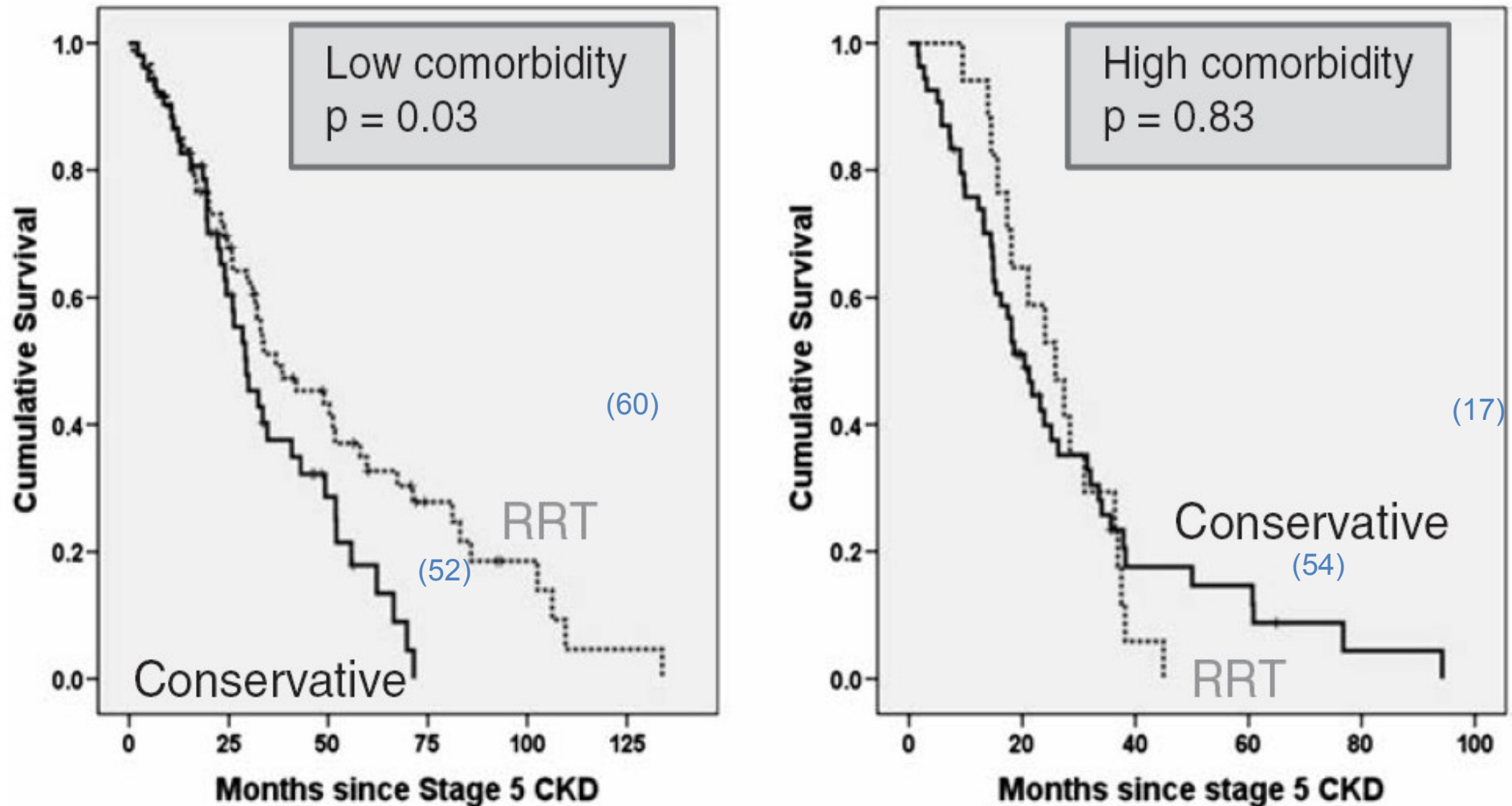


Fig. 2. Comparison of Kaplan–Meier survival curves by modality (RRT vs conservative kidney management) in patients >75 years. The panel on the left depicts the relationships in those with low comorbidity and that on the right in those with high comorbidity.

# Comparative Survival among Older Adults with Advanced Kidney Disease Managed Conservatively Versus with Dialysis

Wouter R. Verberne,\* A.B.M. Tom Geers,\* Wilbert T. Jellema,\* Hieronymus H. Vincent,\* Johannes J., and Willem Jan W. Bos\*

- retrospective survival analysis
- single-center cohort in The Netherlands from 2004 to 2014.
- patients with ESRD ages >70 years old at the time that they opted for CM or RRT

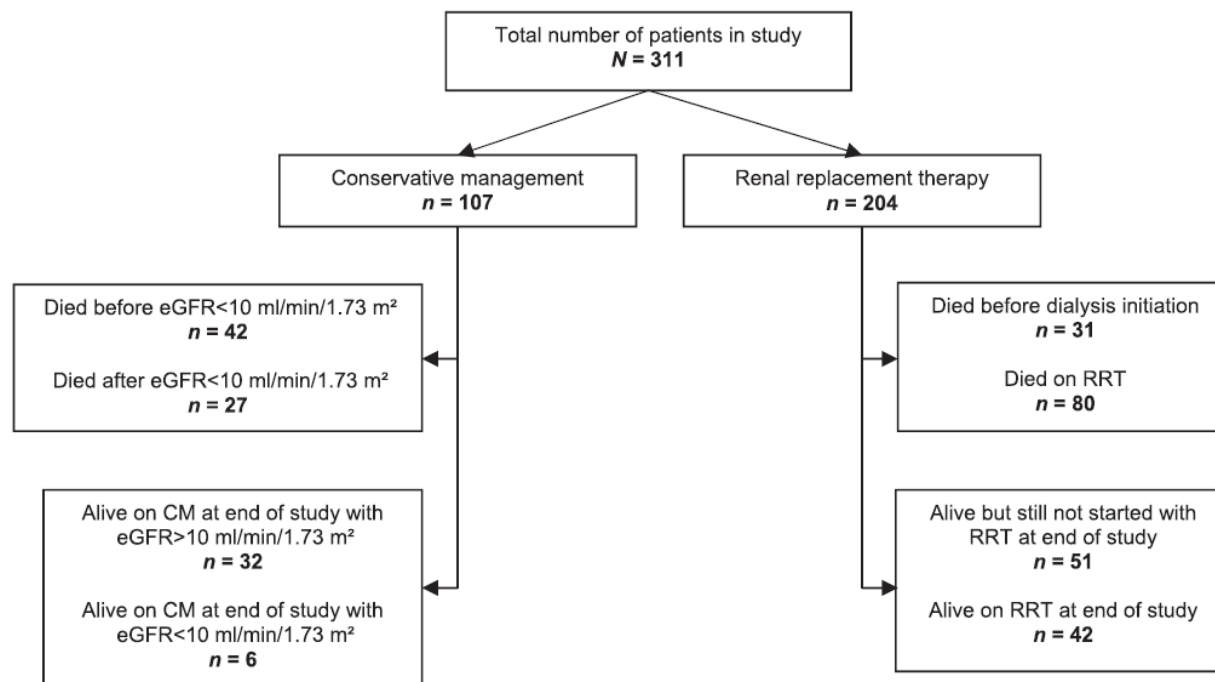
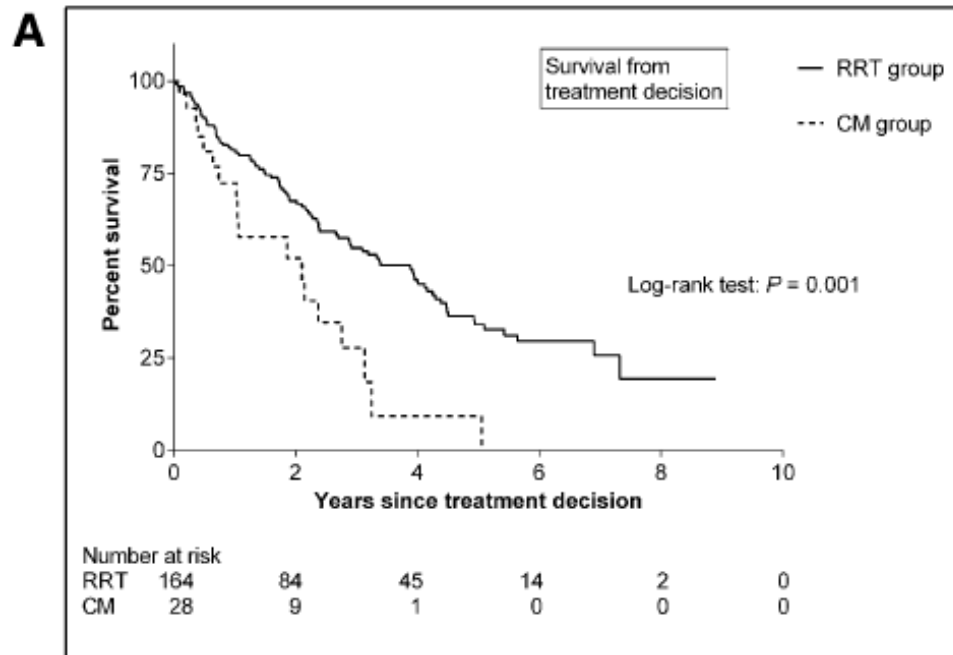
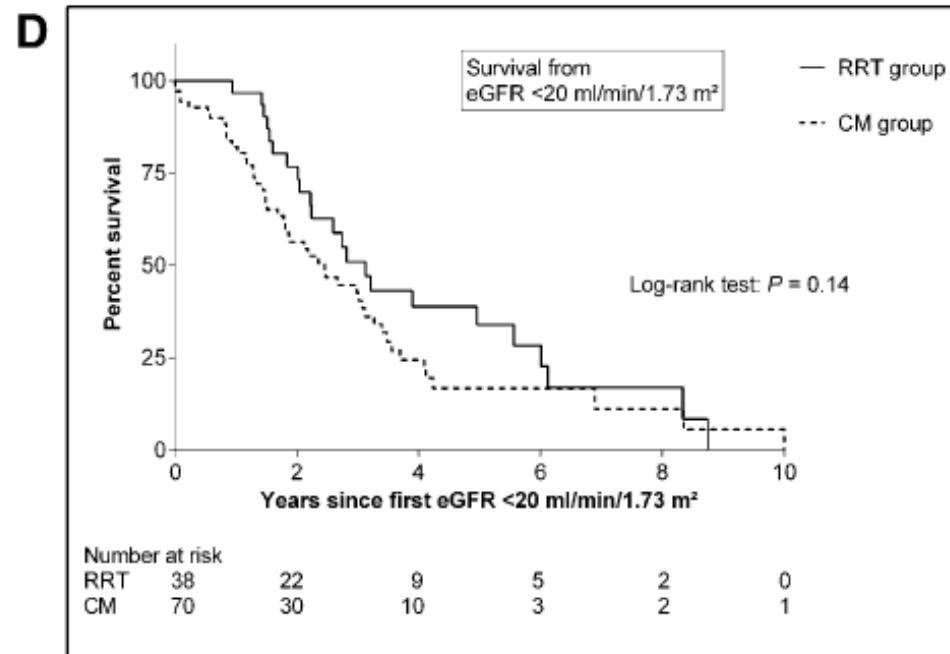
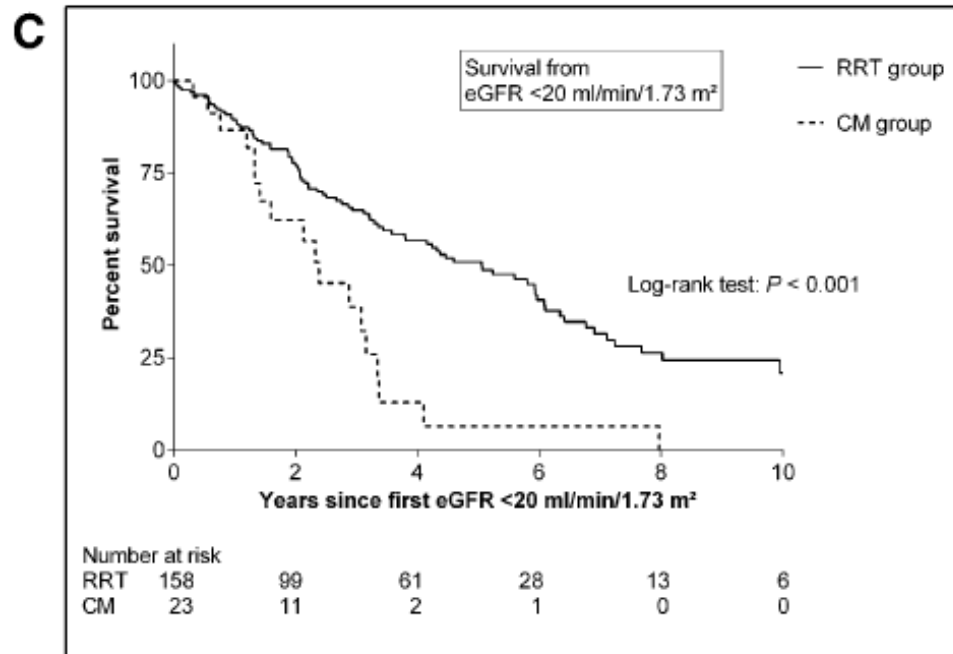
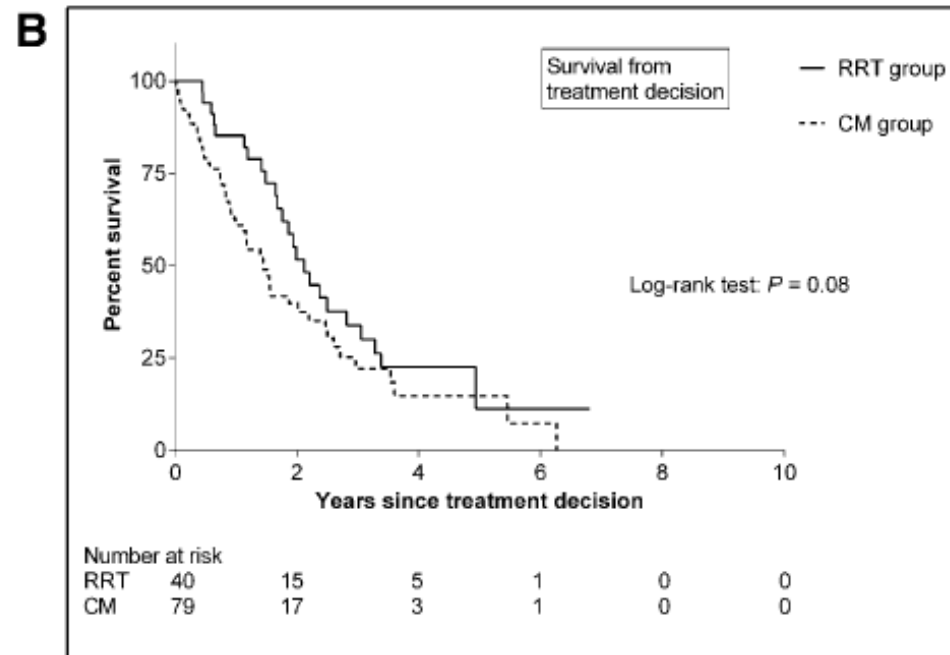


Figure 1. | Flowchart of patients and outcomes. Twelve patients who initially opted for RRT changed to conservative management (CM), and two patients who initially opted for CM changed to RRT. Analyses were performed according to the original treatment choice.

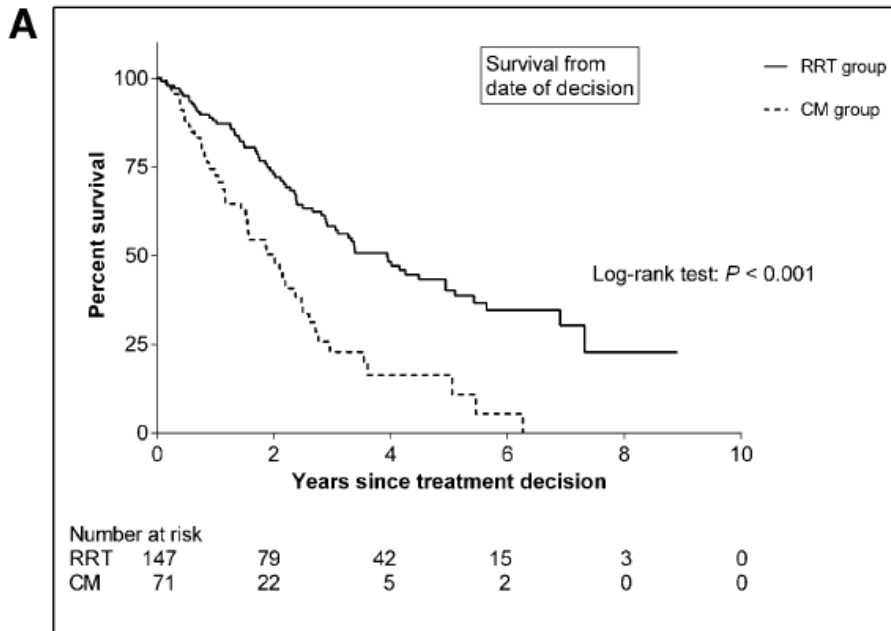
## Age 70-79 years



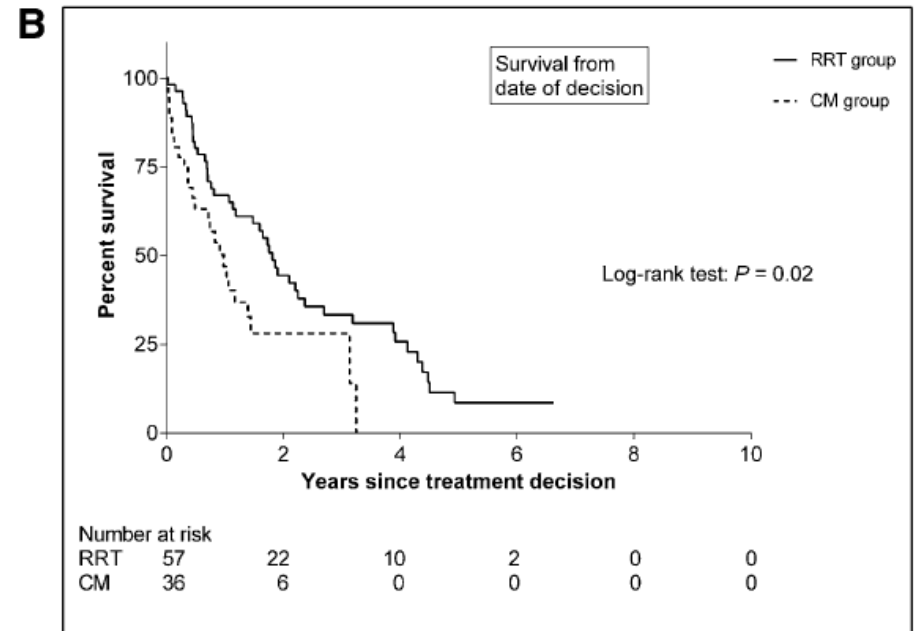
## Age $\geq 80$ years



### No or intermediate comorbidity



### Severe comorbidity



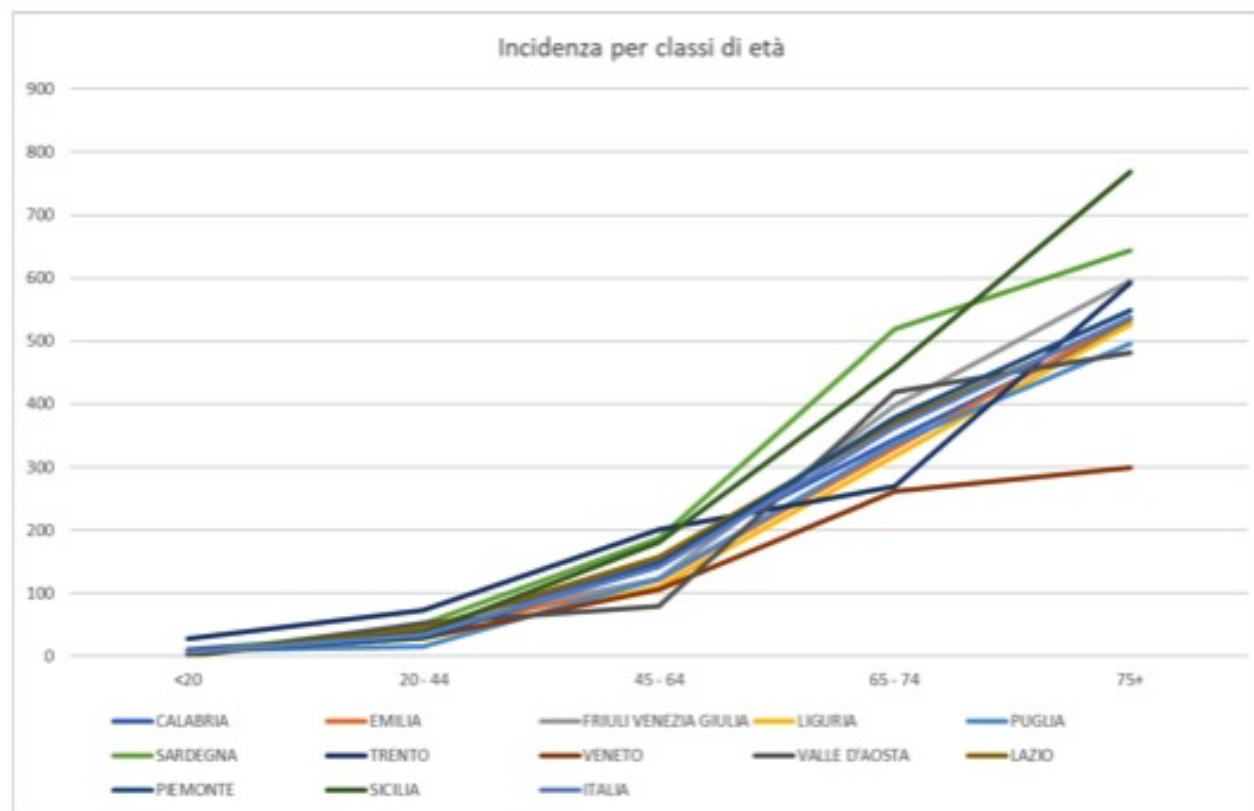
**Figure 4.** | Kaplan–Meier survival curves for both treatment groups **ages  $\geq 70$  years old** with stratification of comorbidity. (A) No and intermediate comorbidity are taken together and correspond to Davies comorbidity scores of 0–2. (B) Severe comorbidity corresponds to Davies comorbidity scores of  $\geq 3$ . Only survival calculated from time of modality choice is shown. Similar results were observed using the other starting points. CM, conservative management.

RIDT

REGISTRO ITALIANO DI DIALISI E TRAPIANTO

SOCIETÀ ITALIANA DI NEFROLOGIA

## Report 2015



Incidenza nazionale 2015: 154 pmp

"Dati forniti dal RIDT, Registro Italiano di Dialisi e Trapianto: [www.sin-ridt.org](http://www.sin-ridt.org)

## **nephroMEET**

# **Documento condiviso SICP-SIN Le Cure Palliative nelle persone con malattia renale cronica avanzata**

00242

release 1 pubblicata il 23 May 2016 11:00 da Gruppo di Lavoro SIN-SICP

### **Autori**

**Gruppo di Lavoro SIN-SICP**

### **Contenuti**

1. Abstract
2. Testo

## VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

**Tabella 5 - Acronimo PEPSI COLA**

<b>P:</b> Physical	<b>C:</b> Control and autonomy
<b>E:</b> Emotional	<b>O:</b> out of hours (continuità di cura nelle 24 h)
<b>P:</b> Personal	<b>L:</b> Living with your illness
<b>S:</b> Social support	<b>A:</b> After care
<b>I:</b> Information and communication	



Qx Calculate

# Predicting 6 and 12 Month Mortality in CKD patients

Estimate mortality in patients with stage IV or V chronic kidney disease.

Answer all questions...

Would I be surprised if this patient died in the next 6 months?

Unanswered

Would I be surprised if this patient died in the next 12 months?

Unanswered

Age at office visit?

Unanswered

Karnofsky Performance Scale Index (KPSI)

Unanswered

Results

Please answer all questions



## 7) Ipotesi di un percorso “condiviso”

1. **Individuare** i malati, già in trattamento dialitico o ancora in terapia conservativa, tenendo conto di:

- Età
- Risposta “no, non sarei sorpreso” alla domanda sorprendente
- Valutazione delle comorbilità e calcolo dell’indice di Charlson
- GFS - Prognostic Indicator Guidance

2. **Valutare la prognosi** utilizzando il modello di Couchoud nei soggetti con malattia renale cronica avanzata non in dialisi o il modello di Cohen nei soggetti in emodialisi oppure altri modelli disponibili con cui il centro ha acquisito familiarità.

3. **Valutazione multidimensionale dei bisogni della persona** mediante strumenti semplici e condivisi nel singolo centro.

4. Avviare un **colloquio (o una serie di colloqui) con malato e familiari** per discutere le opzioni terapeutiche disponibili, con l’obiettivo di arrivare ad una scelta veramente condivisa del percorso di cura

5. Nel caso di scelta del non-avvio o sospensione della dialisi, concordare un **percorso strutturato di controlli sia nefrologici sia dei medici palliativisti, con il coinvolgimento del medico di medicina generale**, nell’ottica del controllo della sintomatologia fisica e del soddisfacimento dei bisogni psicologici, sociali e spirituali, facendo altresì chiarezza sugli obiettivi di cura e sul luogo di gestione delle fasi finali della vita.

Nelle persone in trattamento dialitico che si avviano alla fine della vita può essere adottato un “approccio palliativo alla dialisi” spostando l’obiettivo di cura dalla ricerca della piena riabilitazione del malato al controllo dei sintomi e alla riduzione delle sofferenze.



Discover new treatment options, trends, and technologies  
You're invited to view these innovative programs from Industry

READ MORE

ADVERTISEMENT

Perspective

COMMENTARY

## Palliative Care Is About the Life That's Left, Not the End of Life

Arefa Cassoobhoy, MD, MPH; Diane E. Meier, MD; Suzanne E. Zampetti, RN, MSN, FNP-BC

DISCLOSURES | October 23, 2017

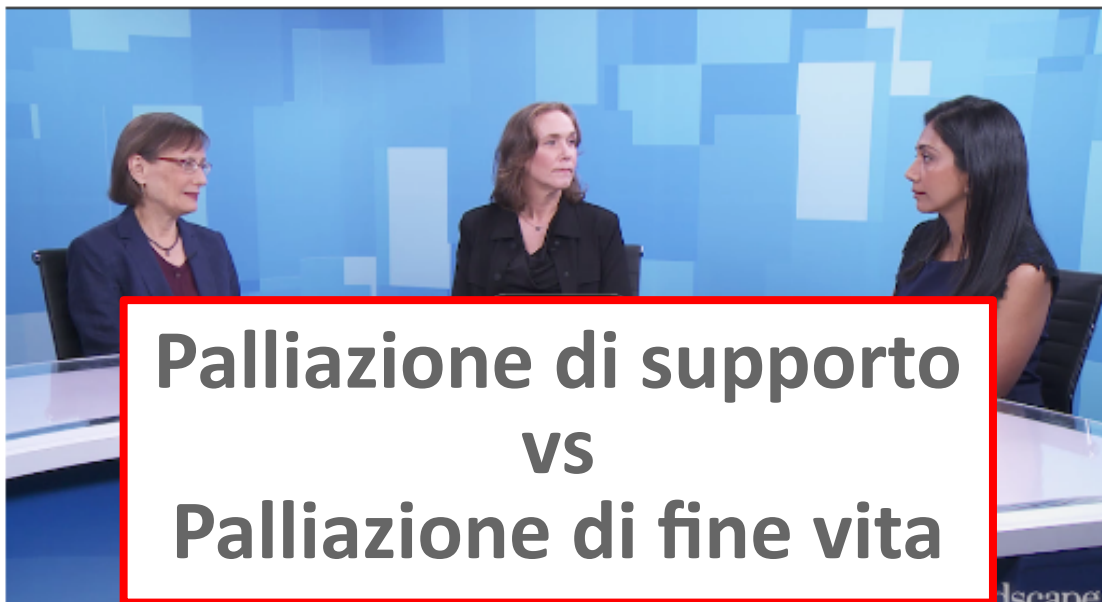
16 Comments + Add to Email Alerts

### Tell Us Your Preference

Do you con  
in other lan

Medscape  
EDUCATION

### Recommen





# Regione Lombardia

## LA GIUNTA

---

DELIBERAZIONE N° X / 6164

Seduta del 30/01/2017

---

Presidente **ROBERTO MARONI**

Assessori regionali FABRIZIO SALA *Vice Presidente*  
VALENTINA APREA  
VIVIANA BECCALOSSI  
SIMONA BORDONALI  
FRANCESCA BRIANZA  
CRISTINA CAPPELLINI  
LUCA DEL GOBBO

GIOVANNI FAVA  
GIULIO GALLERA  
MASSIMO GARAVAGLIA  
MAURO PAROLINI  
ANTONIO ROSSI  
ALESSANDRO SORTE  
CLAUDIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Fabrizio De Vecchi

Su proposta dell'Assessore Giulio Gallera

Oggetto

GOVERNO DELLA DOMANDA: AVVIO DELLA PRESA IN CARICO DI PAZIENTI CRONICI E FRAGILI.  
DETERMINAZIONI IN ATTUAZIONE DELL'ART. 9 DELLA LEGGE N. 23/2015

# DAL GOVERNO DELL'OFFERTA AL GOVERNO DELLA DOMANDA



- Sviluppo di un nuovo modello di *governance* che intende superare l'attuale frammentazione dei servizi per realizzare un'effettiva integrazione del percorso del paziente
- L'obiettivo è creare una risposta assistenziale che non deve essere centrata solo sulla malattia ma programmata anche in funzione della domanda di salute, diversificata per tipologie specifiche di pazienti e personalizzata in base ai bisogni individuali e al contesto familiare e sociale
- Le procedure già acquisite di accreditamento istituzionale saranno integrate con modalità aggiuntive di regolamentazione finalizzate anche ad **accreditare i percorsi di cura**

# TARIFFA PRESA IN CARICO

- Definizione di un sistema di remunerazione attraverso una tariffa di presa in carico “modulabile” per ambulatoriale, ricovero, farmaceutica, ADI, CDI, Hospice, CDD, Strutture riabilitative ecc..
- La tariffa di presa in carico non è la definizione del totale dei costi necessari per sostenere la corretta conduzione del PDTA specifico per la patologia
- La tariffa, calcolata sulla base dei consumi storici osservati ed opportunamente normalizzati dal punto di vista statistico, comprende per i tre diversi livelli di stratificazione della domanda, tutti i costi relativi ad una presa in carico complessiva del paziente affetto da una specifica patologia principale

## Metodo proposto

- **Modello** semplificato di classificazione dei soggetti cronici per 63 patologie con 3 diversi livelli di complessità (livelli da 1 a 3 dello schema di stratificazione della domanda)

“bundle”

# Composizione della spesa per stratificazione dei soggetti

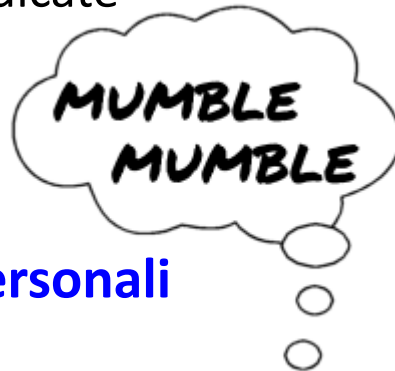
Livello	Tipologia Pazienti	Incidenza Spesa	
		% Ricovero	% Ambulatoriale
1	Fragilità clinica (quattro o più patologie)	61%	22%
2	Cronicità polipatologica (2-3 patologie)	52%	25%
3	Cronicità in fase iniziale (1 patologia)	45%	31%



## Le cure palliative nelle persone con malattia renale cronica avanzata

Palliazione di supporto  
Non solo fine vita  
Durata indeterminata  
Formazione del nefrologo  
Collaborazione con palliativista  
Approccio multidisciplinare  
ADI  
Percorsi ambulatoriali dedicati  
Strutture ambulatoriali dedicate  
Hospice

**riflessioni personali**



## Governo della domanda: presa in carico dei pazienti cronici e fragili

Contenimento della spesa  
Programmazione della spesa  
Esterneizzazione  
Gestori / erogatori privati  
Case-manager  
Centro servizi  
Scarsi indicatori di risultato  
Premia la gravità  
Scoraggia la prevenzione



## Risorse umane ed economiche disponibili?

Abbandono

Eutanasia strisciante



riflessioni personali

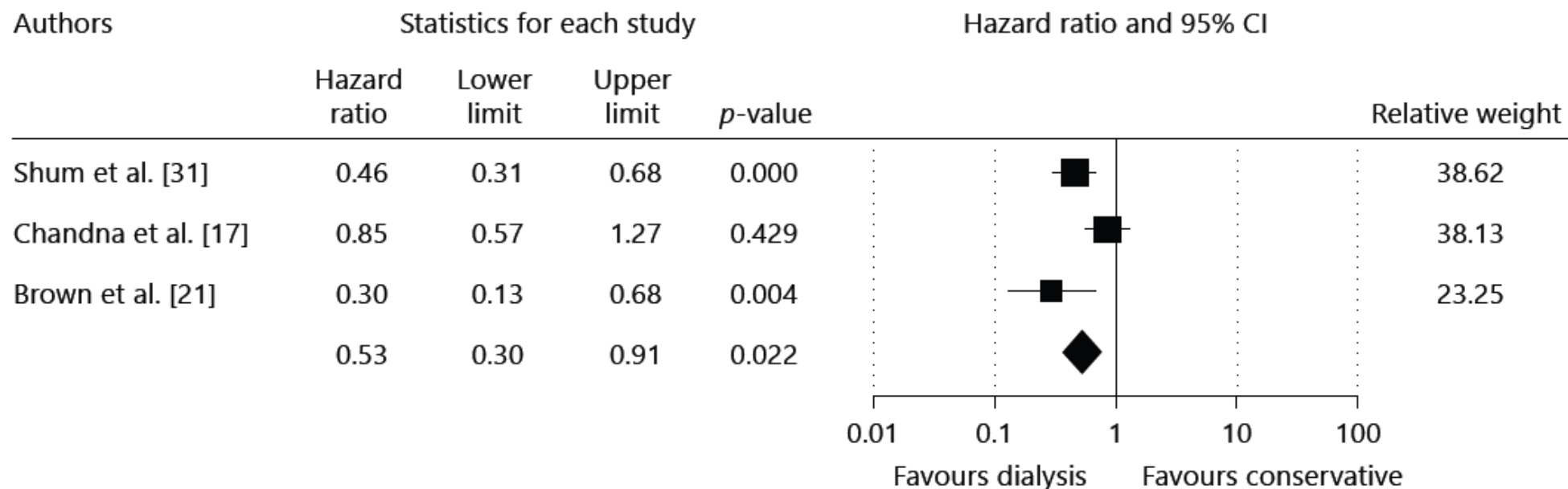




**Riallocazione delle risorse**

## Dialysis Therapy and Conservative Management of Advanced Chronic Kidney Disease in the Elderly: A Systematic Review

Supakanya Wongrakpanich<sup>a</sup> Paweena Susantitaphong<sup>d</sup> Suramath Isaranuwachai<sup>d</sup>  
 Jirat Chenbhanich<sup>d</sup> Somchai Eiam-Ong<sup>d</sup> Bertrand L. Jaber<sup>b,c</sup>



**Fig. 2.** Pooled adjusted hazard ratio for all-cause mortality among patients choosing dialysis relative to those opting for conservative management. Meta-analysis restricted to 3 cohort studies that included patients age 65 years and older, where estimated glomerular

filtration rate at the start of the survival analysis was  $<15$  mL/min/1.73 m<sup>2</sup>, and where the multivariable analyses included age and comorbidity measures in the models.

# Peritoneal or hemodialysis for the frail elderly patient, the choice of 2 evils?

Edwina A. Brown<sup>1</sup>, Frederic O. Finkelstein<sup>2</sup>, Osasuyi U. Iyasere<sup>1</sup> and Alan S. Kliger<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Imperial College Kidney and Transplant Centre, Hammersmith Hospital, London, United Kingdom; <sup>2</sup>Yale School of Medicine, New Haven, Connecticut, USA; and <sup>3</sup>Yale School of Medicine and Yale New Haven Health System, New Haven, Connecticut, USA

JOURNAL CLUB

novembre

DIALISI PERITONEALE O EMODIALISI NELL'ANZIANO FRAGILE: SCELTA TRA DUE DEMONI?



Edwina A. Brown<sup>1</sup>, Frederic O. Finkelstein<sup>2</sup>, Osasuyi U. Iyasere<sup>1</sup> and Alan S. Kliger<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Imperial College Kidney and Transplant Centre, Hammersmith Hospital, London, United Kingdom;

<sup>2</sup>Yale School of Medicine, New Haven, Connecticut, USA;

<sup>3</sup>Yale School of Medicine and Yale New Haven Health System, New Haven, Connecticut, USA

### TAKE HOME MESSAGES

- L'anziano fragile ha caratteristiche psico-fisiche e cliniche completamente diverse dagli altri pazienti nefropatici. È un paziente complesso, delicato, con un'aspettativa di vita di per sé limitata e con necessità diverse rispetto al paziente nefropatico "tradizionale".
- Nell'anziano fragile è indispensabile fare una valutazione multidimensionale per consentire una migliore e più adeguata scelta tra HD, DP, terapia conservativa o palliativa.
- Non vi è differenza in termini di sopravvivenza tra HD e DP, ma presentano aspetti positivi e negativi che vanno tenuti in considerazione nella scelta della metodica sostitutiva.
- Non vi sono linee guida per la gestione del paziente dializzato anziano fragile, sulla dose dialitica corretta e sugli indici di adeguatezza dialitica da raggiungere.
- La prescrizione dialitica in questi pazienti deve essere personalizzata sulle singole caratteristiche e necessità, tenendo come outcome principale il miglioramento della Qualità di vita.
- La terapia conservativa e le cure palliative possono essere una valida alternativa in questi pazienti, purché siano opportunitamente informati.

Dr.ssa Diana Bertoni

Scuola di Specializzazione in Nefrologia, Spedali Civili e Università di Brescia

E-mail: [hayan\\_86@yahoo.it](mailto:hayan_86@yahoo.it)



ORDINE  
MEDICI CHIRURGHI  
E ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA  
DI BRESCIA

COMMISSIONE DI BIOETICA  
Coordinatore: Dott. Angelo Bianchetti

## 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**

**1° CASO CLINICO: PAZIENTE CON ELEVATA  
COMORBILITÀ E INSUFFICIENZA RENALE TERMINALE**  
CONDUCE: Prof. GIOVANNI CANCARINI

*Presentazione del caso clinico*

Dott.ssa DIANA BERTONI

*Discussione degli esperti*

➤ *Definizione della prognosi e delle priorità cliniche  
nel paziente comorbido*

Dott. RENZO ROZZINI

➤ *La gestione dell'insufficienza renale terminale,  
oltre la dialisi*

Dott. MASSIMO SANDRINI

➤ *Aspetti etici e relazionali*

Dott. GIOVANNI GOZIO

➤ *Le considerazioni del Medico di Medicina Generale*

Dott. NICOLA BASTIANI

