

L'ORIENTAMENTO DEL PAZIENTE UREMICO NELLA SCELTA DEL TRATTAMENTO SOSTITUTIVO: RUOLO DELL'AMBULATORIO DI PREDIALISI

Andrea Mancini, Cristoforo Cuzzola, Vincenzo Giancaspro, Michele Bozzi, Annarita Proscia, Francesco Petrarulo

S.C. di Nefrologia e Dialisi, ASL BA, Ospedale di Venere, Bari

Guiding the patient with end-stage renal disease in the choice of replacement therapy: role of the predialysis outpatient department

The predialysis outpatient department has three main objectives: ensuring patients' conscious and informed choice of dialysis treatment; clinical follow-up of patients with stage IV-V kidney disease; supporting patients and their families in their treatment choice. The aim of this work is to evaluate a) the effectiveness of the predialysis outpatient department in informing patients about the problems inherent in their disease; b) the differences in the choice of dialysis treatment between patients who benefited from the predialysis program and those who did not have that opportunity. Ninety-six patients were included in the study: 77 started renal replacement therapy after following a program at the predialysis outpatient department, while the remaining 19 patients started dialysis in an unplanned way. The patients monitored during predialysis were given a questionnaire to evaluate the usefulness of the followed program. The 77 patients who attended the predialysis outpatient department proved to be equally divided between hemodialysis and peritoneal dialysis: 43% vs 57%; the other 19 patients were directed mainly towards hemodialysis: 86% vs 14%, respectively. Analysis of the questionnaires showed that patients expressed a good degree of satisfaction. The results pointed to the usefulness of creating a predialysis outpatient department that should be able to a) optimize the predialytic treatments; b) plan the preparation of vascular or peritoneal access; c) guarantee patients a conscious choice of their replacement therapy.

Conflict of interest: None

Financial support: None

KEY WORDS:

Pre-dialysis education, End-stage renal disease

PAROLE CHIAVE:

Educazione predialisi, Insufficienza renale cronica

Indirizzo degli Autori:

Dr. Andrea Mancini
S.C. di Nefrologia e Dialisi, ASL BA
Ospedale di Venere
Via Ospedale Di Venere
70131 Bari
e-mail: andreadot@libero.it

INTRODUZIONE

L'orientamento è un intervento finalizzato a porre la persona nelle condizioni di poter effettuare delle scelte personali circa il proprio progetto di vita. Esso, pertanto, si inserisce a pieno titolo nell'ambito del processo di educazione e formazione integrale della persona.

Il paziente con insufficienza renale cronica, pur conoscendo, sin dagli esordi della sua malattia, il decorso evolutivo della stessa e l'inesorabile progressione fino al trattamento sostitutivo, una volta al "capolinea", si trova comunque ad affrontare una situazione a

grosso impatto emotivo (1-5). Da qui il ruolo fondamentale degli operatori sanitari nel porre il paziente nelle migliori condizioni di comprensione delle problematiche inerenti la sua patologia. Sono noti, infatti, i benefici clinici ottenuti dalla presa in carico anzitempo del paziente affetto da insufficienza renale cronica (6-10). È dimostrato che esistono fattori, non di carattere medico, in grado di condizionare l'orientamento del paziente con insufficienza renale cronica nella scelta del trattamento sostitutivo (11, 12); l'ambulatorio di predialisi rappresenta, da solo, un fattore significativo e indipendente nella scelta di tale trattamento (13).

In passato, il concetto di "ambulatorio di predialisi" è stato impiegato per descrivere situazioni differenti: dall'ambulatorio classico dell'uremico con finalità esclusivamente di *follow-up* clinico al momento in cui veniva prospettato al paziente l'inizio del trattamento sostitutivo. Oggi, si tende a identificare il concetto di predialisi come un ambulatorio che si propone tre finalità (14-17):

1. condurre il paziente a una scelta consapevole e informata del trattamento dialitico;
2. *follow-up* clinico del paziente al IV-V stadio di malattia renale;
3. supporto all'ammalato e alla famiglia nella scelta della cura.

L'istituzione nella nostra unità operativa di un ambulatorio di predialisi, con queste finalità, ha costituito un momento di crescita di tutte le figure professionali coinvolte e rappresenta un apprezzato servizio offerto al paziente uremico.

SCOPO DEL LAVORO

A quattro anni dall'istituzione dell'ambulatorio di predialisi abbiamo voluto valutare:

1. l'efficacia formativa-informativa dell'ambulatorio di predialisi;
2. le differenze esistenti nella scelta del trattamento sostitutivo tra i pazienti che hanno usufruito del percorso di predialisi e quelli che non hanno avuto questa opportunità.

MATERIALI E METODI

Sono stati presi in considerazione i pazienti che hanno iniziato il trattamento sostitutivo negli ultimi 4 anni (Tab. I): 43 donne e 53 uomini, età media 68 anni. Il 66.6% (64 pazienti) è stato considerato "early referral" (E.R.), ossia paziente noto al Centro, che ha iniziato il trattamento dialitico con un percorso pianificato non in condizioni di urgenza. Il 33.3% (32 pazienti) è stato, invece, considerato come "late referral" (L.R.), ossia paziente che ha iniziato il trattamento dialitico in maniera non pianificata in condizioni di urgenza. Il 92.1% degli E.R. aveva seguito un percorso nell'ambito dell'ambulatorio di predialisi, mentre solo il 56.2%

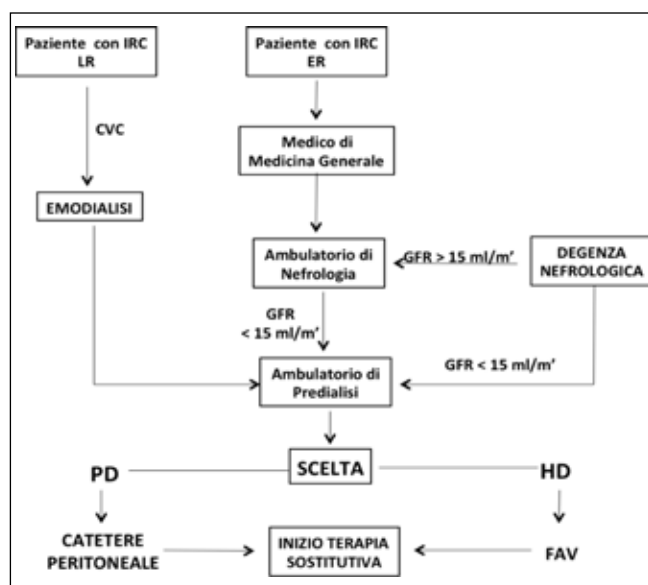


Fig. 1

dei L.R. aveva potuto usufruire di tale percorso (Fig. 1). Questi pazienti, infatti, nonostante avessero iniziato il trattamento emodialitico, hanno usufruito, nell'arco di 4-5 incontri, dello stesso percorso formativo-informativo offerto agli ER. L'86% dei pazienti E.R. e il 71.8% dei L.R. sono stati considerati idonei a entrambe le tecniche dialitiche (emodialisi e peritoneodialisi).

Dei 5 pazienti ER che non hanno usufruito della predialisi, 3 erano idonei a entrambe le metodiche, mentre, dei 14 LR non seguiti in predialisi, 4 erano idonei a entrambe le metodiche.

I pazienti afferenti all'ambulatorio di predialisi erano affetti da malattia renale cronica con GFR <15 mL/m², calcolato secondo la formula MDRD (14, 18). Lo staff dell'ambulatorio di predialisi era costituito da due nefrologi, un infermiere dell'ambulatorio di dialisi peritoneale e un infermiere della sala di emodialisi. Tutti e quattro i componenti dello staff avevano seguito un percorso formativo tenuto da docenti psicologi sull'ambulatorio di predialisi. Durante gli incontri, che si svolgevano in una stanza dedicata della struttura complessa di nefrologia e dialisi munita di PC e proiettore per la visione di diapositive e filmati,

TABELLA I - POPOLAZIONE DI PAZIENTI PRESI IN ESAME

Pazienti n°	M/F	Età media $\alpha \pm ds$	E.R. n° - %	L.R. n° - %	PREDIALISI n° paz.		Idonei per DP e HD n° paz.	
					E.R.	L.R.	E.R.	L.R.
96	43/53	68±5	64-66.6	32-33.3	59	18	55	23

erano sempre presenti uno dei due nefrologi e uno o entrambi gli infermieri. Un diario dell'incontro è stato registrato sulla cartella clinica informatizzata allestita per ciascun paziente e aggiornato negli incontri successivi. Sono stati previsti, per i componenti dello *staff*, incontri mensili finalizzati alla condivisione di problematiche e alla ricerca di strategie di intervento comuni. Le visite avevano come finalità il *follow-up* clinico del paziente e il supporto informativo all'ammalato e alla famiglia nella scelta del trattamento sostitutivo. Nel corso degli incontri ai medici era affidata la valutazione clinica, condotta attraverso i canoni classici della visita ambulatoriale del paziente con insufficienza renale. Oltre alla prevenzione e alla cura delle complicanze dell'uremia, è stata valutata anche l'idoneità del soggetto al trattamento emodialitico o peritoneo-dialitico. Gli aspetti dietetici sono stati affrontati dal nefrologo con l'ausilio di un software dedicato, prevedendo diete ipoproteiche personalizzate con un apporto energetico di 30-35 Kcal/Kg e un apporto proteico di 0.6 g/Kg. Le problematiche di tipo sociale sono state chiarite dagli infermieri. Infine, le tematiche di tipo psicologico sono state affrontate da tutti i componenti dello *staff*. Nel corso degli incontri sono stati utilizzati materiali didattici: diapositive, filmati e opuscoli. Sono stati illustrati brevi concetti di anatomia e fisiologia delle vie urinarie e sono state prospettate le tecniche di trattamento depurativo fornendo informazioni su tempi, luoghi, servizi offerti, vantaggi e svantaggi dell'una e dell'altra tecnica. È stata stigmatizzata l'importanza dell'allestimento di un accesso peritoneale o vascolare da eseguirsi prima della data prevista dell'inizio del trattamento. Sono state fornite informazioni sul trapianto di rene: inserimento in lista d'attesa, trapianto *pre-emptive* e necessità di *follow-up* clinico e di terapie immunosoppressive nel post trapianto (19).

Per ogni paziente sono stati previsti mediamente 6 incontri con una frequenza media di un appuntamento ogni 4 settimane e una permanenza media nell'ambulatorio di predialisi di 8 ± 3 mesi. Ogni incontro prevedeva, oltre al *follow-up* dell'insufficienza renale cronica, la parte formativa-informativa. Al primo incontro veniva fatta la conoscenza del paziente e dei suoi familiari al fine di inquadrare il contesto socio-culturale. Si è cercato di capire se si trattava di un paziente che tendeva più ad affidarsi alle cure o a partecipare attivamente ad esse, se era assicurata la presenza di un *care-giver*. Inoltre, nel corso dell'incontro, venivano escluse le eventuali controindicazioni cliniche e veniva valutata la capacità di gestire in autonomia il trattamento domiciliare; veniva fornita una dieta personalizzata qualora il paziente non ne seguisse già una. Al secondo incontro venivano fornite brevi nozioni di anatomia e fisiologia renale allo scopo di chiarire la

necessità di associare al trattamento sostitutivo anche una terapia farmacologica (eritropoietina, vitamina D, antiipertensivi). Venivano inoltre illustrate, per sommi capi, le due metodiche di terapia sostitutiva con alcuni accenni al trapianto. L'incontro si concludeva con la consegna di opuscoli su entrambe le metodiche dialitiche. Nel terzo incontro il medico scendeva nei particolari delle due metodiche affidandone la descrizione all'infermiere di emodialisi e a quello di peritoneodialisi, ciascuno per sua competenza; durante questi incontri sono stati d'ausilio filmati sulle due tecniche dialitiche. Il quarto incontro era il momento in cui veniva comunicata dal paziente la preferenza del trattamento e in cui eventualmente venivano chiariti dubbi relativi alla metodica scelta. Nel corso della quinta visita gli infermieri affrontavano le problematiche di tipo sociale (trasporto, pensione, permessi dal lavoro, vita di coppia, organizzazione delle vacanze, rimborso delle spese elettriche). Infine, nel sesto incontro, venivano pianificati l'allestimento della fistola arterovenosa o il posizionamento del catetere peritoneale.

Al termine del percorso, ad ogni paziente è stato somministrato il seguente questionario:

1. Prima di ricevere le informazioni conoscevi tutte le funzioni dei reni?
2. Dopo aver ricevuto le informazioni ti è risultato chiaro perché hai la necessità di iniziare la dialisi?
3. Prima di ricevere le informazioni conoscevi la dialisi?
4. Le informazioni ricevute ti hanno chiarito le differenze tra emodialisi e peritoneodialisi?
5. Ti è chiaro in quale maniera le due tecniche garantiscono la depurazione del sangue?
6. Ritieni più utile la sola informazione verbale o quella con l'ausilio di foto e filmati?
7. Le informazioni fornite ti hanno aiutato nella scelta tra emodialisi e peritoneodialisi?
8. Avresti preferito non scegliere affidandoti a una scelta fatta per te dal personale sanitario?
9. Le informazioni fornite ti hanno trasmesso ansia, angoscia oppure serenità?
10. Prima di ricevere le informazioni pensavi che la tua vita con la dialisi sarebbe cambiata?
11. Dopo aver ricevuto le informazioni hai pensato che la tua vita con la dialisi cambierà?
12. Ti sei sentito solo in questa scelta?
13. Ritieni che le informazioni ricevute siano state adeguate e soddisfacenti in termini di comprensibilità e chiarezza?

RISULTATI

Il 57% dei pazienti E.R., seguiti nell'ambulatorio di predialisi e idonei per entrambe le metodiche, ha

TABELLA II - DIFFERENZE NELLA SCELTA DEL TRATTAMENTO SOSTITUTIVO

	Idonei per DP e HD, seguiti in predialisi		Idonei per DP e HD, non seguiti in predialisi	
	Hanno scelto la PD %	Hanno scelto l'HD %	Hanno scelto la PD %	Hanno scelto l'HD %
E.R.	57	43	34	66
L.R.	14	86	/	100

TABELLA III - RISPOSTE AL QUESTIONARIO SOMMINISTRATO AI PAZIENTI DELL'AMBULATORIO DI PREDIALISI

Domanda	Risposta	
Prima di ricevere le informazioni conoscevi tutte le funzioni dei reni?	SÌ 46.9%	NO 53.1%
Dopo aver ricevuto le informazioni ti è risultato chiaro perché hai la necessità di iniziare la dialisi?	SÌ 97.4%	NO 2.6%
Prima di ricevere le informazioni conoscevi la dialisi?	SÌ 53.2%	NO 46.8%
Le informazioni ricevute ti hanno chiarito le differenze tra emodialisi e peritoneodialisì?	SÌ 97.4%	NO 2.6%
Ti è chiaro in quale maniera le due tecniche garantiscono la depurazione del sangue?	SÌ 100%	NO 0%
Ritieni più utile la sola informazione verbale o quella con l'ausilio di foto e filmati?	VERBALE 9.1%	FOTO E FILMATI 90.9%
Le informazioni fornite ti hanno aiutato nella scelta tra emodialisi e peritoneodialisì?	SÌ 93.5%	NO 6.5%
Avresti preferito non scegliere affidandoti a una scelta fatta per te dal personale sanitario?	AVREI PREFERITO NON SCEGLIERE 18.2%	HO PREFERITO SCEGLIERE 81.8%
Le informazioni fornite ti hanno trasmesso ansia, angoscia oppure serenità?	SERENITÀ 62.3%	ANSIA 12.7% ANGOSCIA 25%
Prima di ricevere le informazioni pensavi che la tua vita con la dialisi sarebbe cambiata?	SÌ 66.2%	NO 33.8%
Dopo aver ricevuto le informazioni hai pensato che la tua vita con la dialisi cambierà?	SÌ 44.2%	NO 55.8%
Ti sei sentito solo in questa scelta?	SÌ 37.7%	NO 62.3%
Ritieni che le informazioni ricevute siano state adeguate e soddisfacenti in termini di comprensibilità e chiarezza?	SÌ 98.7%	NO 1.3%

optato per la peritoneodialisì (PD), mentre il 43% ha scelto invece l'emodialisi (HD). Dei 3 pazienti ER non seguiti in predialisi e idonei a entrambe le metodiche, 2 hanno scelto l'HD e 1 la PD (66% vs 34%). Il 14% dei L.R. seguiti nell'ambulatorio di predialisi e idonei per entrambe le metodiche ha scelto la PD, mentre l'86% ha iniziato il trattamento emodialitico in regime

di urgenza e lo ha continuato in maniera definitiva. Infine, tutti e 4 i pazienti LR non seguiti in predialisi e idonei a entrambe le metodiche hanno optato per l'emodialisi. (Tab. II).

Nella Tabella III sono riportate le risposte ottenute dall'elaborazione del questionario somministrato ai 77 pazienti seguiti nel percorso di predialisi.

DISCUSSIONE

Lo staff dell'ambulatorio di predialisi prevederebbe lo psicologo, il dietista e l'assistente sociale. Non abbiamo potuto avvalerci di tali figure professionali, sicuramente utili, in quanto l'unica dietista dell'ospedale e l'unica assistente sociale non hanno potuto dare la loro disponibilità. Lo psicologo non è in organico nel nostro presidio ospedaliero.

Dai dati riportati si evince che il paziente che arriva al trattamento sostitutivo cronico in maniera non pianificata (L.R.) usufruisce meno di un percorso formativo-educativo; inizia in una condizione d'urgenza l'emodialisi e finisce per continuare tale trattamento. Il L.R., anche quando viene adeguatamente informato, avendo già iniziato il trattamento emodialitico nella maggior parte dei casi, preferisce continuare con detta metodica. Così, come precedentemente dimostrato (20, 21), quando la terapia sostitutiva viene pianificata e il paziente viene adeguatamente informato sulle diverse metodiche in uso (E.R.), la scelta risulta essere più equilibrata: nel gruppo di pazienti presi in esame, gli E.R., eleggibili per entrambe le metodiche, hanno scelto per il 43% l'emodialisi e per il 57% la peritoneodialisi, mentre solo il 14% dei L.R. ha optato per la P.D. Quando manca un'adeguata informazione il trattamento sostitutivo per scelta o per imposizione avviene quasi sempre l'emodialisi.

Dei 40 pazienti che hanno optato per la peritoneodialisi (36 E.R., 4 L.R.), 20 hanno effettivamente iniziato il trattamento peritoneo-dialitico nel corso degli ultimi 4 anni (17 E.R., 3 L.R.); gli altri 20 sono invece stati avviati all'emodialisi. Ragioni differenti hanno condizionato questa scelta, nonostante la preferenza espressa dai pazienti: l'indisponibilità di un care-giver è stata uno dei motivi dominanti, seguito dall'inadeguatezza dell'ambiente domestico.

Nella nostra unità operativa, sin dagli esordi dell'istituzionalizzazione dell'ambulatorio di predialisi, abbiamo voluto dare, agli incontri con il paziente e la sua famiglia, un'impronta non solo clinica, ma anche formativa, finalizzata all'orientamento nella scelta del trattamento sostitutivo. Abbiamo cercato di perseguire questo obiettivo attraverso tre fasi:

1. conoscenza del paziente;
2. idoneità alle metodiche dialitiche;
3. informazione.

La conoscenza del paziente non poteva prescindere dalla conoscenza non solo della storia clinica, ma anche del suo vissuto, dell'*entourage* familiare, dell'attività lavorativa e delle condizioni abitative. Giudicare idoneo il paziente a entrambe le metodiche dialitiche ha significato non solo escludere le controindicazioni cliniche all'una o all'altra procedura, ma anche giudicare l'idoneità psicofisica del paziente e del suo *en-*

tourage familiare e l'idoneità dell'ambiente domestico. Quest'ultima è garantita da una visita al domicilio del paziente effettuata dopo che questi ha espresso il desiderio di intraprendere il trattamento peritoneo-dialitico e prima di iniziare l'addestramento a tale metodica. L'informazione è stata "sartoriale", personalizzata cioè al paziente che avevamo di fronte. Diversificata in base non solo al livello socio-culturale, ma anche sulla scorta di quelle che erano le aspettative, le paure e le ansie del soggetto e della sua famiglia. L'informazione è stata assolutamente imparziale: giudicato idoneo a entrambe le metodiche, il paziente è stato informato sui pro e sui contro di ciascuna procedura senza in alcun modo indirizzarlo verso l'uno o l'altro trattamento.

L'elaborazione delle risposte al questionario somministrato ai pazienti ha evidenziato che più del 53% degli intervistati non era a conoscenza di tutte le funzioni renali e le informazioni fornite hanno aiutato a comprendere la necessità di utilizzare altri presidi terapeutici (eritropoietina, vitamina D, antiipertensivi) oltre alla dialisi, in quanto il trattamento sostitutivo non è in grado di sopperire a tutte le funzioni del rene. L'utilità e l'imprescindibile necessità di iniziare il trattamento dialitico, nonostante la diuresi conservata e la mancanza di segni e sintomi, sono risultate chiare al 97.7% dei pazienti. Le informazioni ricevute nel corso degli incontri hanno ben chiarito, nel 100% dei casi, le differenze, i pro e i contro, le complicanze e le finalità delle due tecniche dialitiche proposte, fornendo un valido aiuto nel processo decisionale sulla tecnica da scegliere. Per quanto attiene gli ausili didattici con i quali sono state fornite le informazioni, solo il 9% non ha gradito l'utilizzo di foto e filmati ritenendoli fin troppo esplicativi e, come tali, angoscianti, indice di una diversa sensibilità dei pazienti e delle famiglie al tipo di informazione data. Ciò ha fornito un ulteriore stimolo a una più accurata valutazione del gruppo familiare con cui ci si confronta al fine di modellare l'approccio informativo. Nel 100% dei casi le informazioni ricevute sono state determinanti per la scelta del trattamento sostitutivo, in quanto hanno chiarito dubbi e vanificato ansie e paure. Solo il 18% ha dichiarato che avrebbe preferito non scegliere affidandosi a una scelta fatta dal personale sanitario. Appartengono a questo gruppo i pazienti più indecisi, quelli che insistentemente hanno chiesto fino all'ultimo: "Dottore Lei cosa farebbe?". Nonostante venissero fornite informazioni in merito a un trattamento sanitario che di lì a poco avrebbe cambiato la loro vita, solo il 25% dei pazienti ha provato angoscia e il 12.7% ansia. Nel 62.3% dei casi si è riusciti a trasmettere serenità consentendo una scelta consapevole e informata. Il 66% dei pazienti prima dell'ambulatorio di predialisi era convinto di un cambiamento radicale della propria vita con l'inizio del trattamento dialitico, ma questa

percentuale si è ridotta al 44% dopo il percorso seguito nell'ambulatorio di predialisi, capace, a detta dei pazienti, di fugare timori ed errate convinzioni, frutto di convincimenti personali o di cattiva informazione. A fronte di un 37.7% di pazienti che, nonostante il percorso di predialisi, si è sentito solo nella scelta, più della metà degli intervistati non ha provato questo senso di solitudine di fronte a una scelta così importante. I colloqui, le domande, i ripensamenti, la condivisione con altri pazienti e la comunicazione delle ansie e delle paure al personale sanitario hanno fatto sì che si instaurasse un rapporto di fiducia che li ha fatti sentire parte di un gruppo. La risposta all'ultima domanda a proposito dell'adeguatezza delle informazioni ricevute quasi nel 100% dei casi è stata affermativa; forse, in alcuni casi, fin troppo chiara e realistica, tanto che, dopo questo *feedback*, con i pazienti sono state apportate alcune modifiche al materiale didattico.

Dei 96 pazienti presi in esame, l'80% (77 pazienti) ha usufruito dell'ambulatorio di predialisi, sicuramente un buon risultato rispetto al passato, ma, volendo ulteriormente migliorare questa percentuale, abbiamo analizzato, retrospettivamente, chi erano i soggetti che hanno iniziato il trattamento sostitutivo in maniera non pianificata. Si trattava di pazienti sia noti che non noti al centro che abbiamo suddiviso in tre categorie:

1. anziani e dementi, senza un *entourage* familiare;
2. pazienti giunti con una condizione clinica di urgenza dialitica;
3. pazienti cronici seguiti presso l'ambulatorio di nefrologia.

Alla prima categoria appartengono quei pazienti per i quali era impossibile un qualsiasi approccio interlocutorio seguito dalla pianificazione del trattamento sostitutivo. Nella seconda, invece, ci sono i pazienti che, giunti in una condizione di urgenza dialitica, hanno iniziato il trattamento emodialitico in urgenza e lo hanno continuato cronicamente senza essere informati sulle eventuali alternative (22). Infine, ci sono i pazienti cronici, che, per una sorta di inerzia dura a morire, sono passati direttamente dall'ambulatorio di nefrologia all'allestimento di una fistola arterovenosa e quindi all'emodialisi. A queste ultime due categorie appartengono quei pazienti, già descritti da altri Autori, che, avendo potuto scegliere, si sarebbero distribuiti tra emodialisi e peritoneodialis (23).

CONCLUSIONI

Il gruppo di pazienti che hanno usufruito dell'ambulatorio di predialisi:

1. ha potuto scegliere il trattamento sostitutivo e si è distribuito equamente tra emodialisi e peritoneodialis;
2. ha acquisito consapevolezza della sua malattia e

della necessità di sostituire la funzione renale mediante due metodiche alternative e complementari;

3. ha preferito scegliere autonomamente più che affidarsi a una scelta fatta da altri;

4. ha acquisito serenità riguardo al programma terapeutico che lo attendeva;

5. ha maturato l'idea che, pur cambiando, la sua vita non si sarebbe modificata drammaticamente;

6. non si è sentito solo in questa scelta.

Riteniamo, pertanto, di grande utilità l'istituzione di un ambulatorio strutturato di predialisi capace di ottimizzare le cure predialitiche, di programmare la preparazione dell'accesso vascolare o peritoneale, di garantire una scelta consapevole del trattamento sostitutivo da parte del paziente e, non ultimo, di ridurre l'impatto emotivo connesso a un cambiamento di vita così importante.

RIASSUNTO

L'ambulatorio di predialisi si propone tre obiettivi: la scelta consapevole e informata da parte del paziente del trattamento dialitico, il follow-up clinico del paziente al V stadio di malattia renale e il supporto all'ammalato e alla famiglia nella scelta della cura. Scopo del lavoro è valutare: a) l'efficacia dell'ambulatorio di predialisi nell'informare il paziente sulle problematiche inerenti la sua patologia e b) le differenze, nella scelta del trattamento dialitico, tra i pazienti che hanno usufruito del percorso di predialisi e quelli che non hanno avuto tale opportunità. Sono stati presi in considerazione 96 pazienti: 77 hanno iniziato il trattamento sostitutivo dopo un percorso nell'ambulatorio di predialisi, mentre gli altri 19 pazienti hanno iniziato il trattamento dialitico in maniera non pianificata. Ai pazienti seguiti in predialisi è stato fornito un questionario allo scopo di valutare l'utilità del percorso effettuato. Nella scelta del trattamento dialitico, i 77 pazienti dell'ambulatorio di predialisi si sono distribuiti in maniera equa tra emodialisi e peritoneodialis, 43% vs 57%, mentre gli altri 19 pazienti sono stati avviati prevalentemente all'emodialisi, 86% vs 14%. L'analisi dei questionari ha mostrato un buon grado di soddisfazione dei pazienti. Tutto ciò ci porta a ritenere di grande utilità l'istituzione di un ambulatorio di predialisi capace di ottimizzare le cure predialitiche, di programmare la preparazione dell'accesso vascolare o peritoneale e di garantire al paziente una scelta consapevole del trattamento sostitutivo.

RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano:
l'Infermiera Professionale Manola Di Venere per la dedizione offerta all'organizzazione dell'ambulatorio di predialisi;
la Dr.ssa Antonella Galizia per il suo contributo alla realizzazione di questo lavoro.

DICHIARAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI

Gli Autori dichiarano di non avere conflitto di interessi

CONTRIBUTI ECONOMICI AGLI AUTORI

Gli Autori dichiarano di non aver ricevuto sponsorizzazioni economiche per la preparazione dell'articolo e lo svolgimento dello studio.

BIBLIOGRAFIA

1. Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Engl Med J* 1988; 319: 1701-7.
2. Cook WL, Tomlinson G, Donaldson M, et al. Falls and fall-related injuries in older dialysis patients. *Clin J Am Soc Nephrol* 2006; 1: 1197-204.
3. Avila-Funes JA, Amieva H, Barberger-Gateau P, et al. Cognitive impairment improves the predictive validity of the phenotype of frailty for adverse health outcomes: the three-city studies. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57: 453-61.
4. Brown EA, Johansson L. Old age and frailty in the dialysis population. *J Nephrol* 2010; 23: 502-7.
5. Gutiérrez Vilaplana JM, Zampieron A, Craver L, Buja A. Evaluation of psychological outcomes following the intervention 'teaching group': study on predialysis patients. *J Ren Care* 2009; 35: 159-64.
6. Jungers P, Zingraff J, Page B, Albouze G, Hannedouche T, Man NK. Detrimental effects of Late Referral in patients with chronic renal failure: a case-control study. *Kidney Int* 1993; 43: S170-3.
7. Lameire N, Van Biesen W. The pattern of referral of patients with end-stage renal disease to the nephrologist a European survey. *Nephrol Dial Transplant* 1999; 14 (Suppl. 6): 16-23.
8. Jungers P, Massy ZA, Nguyen-Khoa T, et al. Longer duration of predialysis nephrological care is associated with improved long-term survival of dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2001; 16: 2357-64.
9. Roubicek C, Brunet P, Huiart L, et al. Timing of nephrology referral: influence on mortality and morbidity. *Am J Kidney Dis* 2000; 36 (Suppl. 1): S35-41.
10. Golper T. Patient education: can it maximize the success of therapy. *Nephrol Dial Transplant* 2001; 16 (Suppl. 7): S20-4.
11. Nissenson AR, Prichard SS, Cheng IK, et al. Non-medical factors that impact on ESRD modality selection. *Kidney Int* 1993; 43 (Suppl. 40): S120-7.
12. Mendelssohn DC, Mullaney SR, Jung B, et al. What do American nephrologists think about dialysis modality selection? *Am J Kidney Dis* 2001; 37: 22-9.
13. Stack AG. Determinants of modality selection among incident US dialysis patients: results from a national study. *J Am Soc Nephrol* 2002; 13: 1279-87.
14. Alberghini E, Gambirasio MC, Pozzi C, et al. L'ambiguità del concetto di predialisi: proposta di un modello. [The ambiguous concept of predialysis: proposal for a model]. *G Ital Nefrol* 2011; 28 (5): 541-50.
15. Triolo G, Savoldi S. Quando iniziare la dialisi. Il paziente in pre-dialisi. [When to start dialysis. The predialysis patient]. *G Ital Nefrol* 2008; 25 (Suppl. 41): S9-12.
16. Floege J. Predialysis Education Programs. In *Comprehensive Clinical Nephrology* chapter 86. Fourth Edition. Elsevier Ed.
17. Buccianti G, Baragetti I, Alberghini E, Furiani S, Musacchio N. La presa in carico precoce nell'insufficienza renale cronica: un nuovo approccio. [Early therapeutic education in chronic renal disease: a new approach]. *G Ital Nefrol* 2005; 22: 134-9.
18. ERA-EDTA Registry: ERA-EDTA Registry Annual Report 2007. Academic Medical Center, Department of Medical Informatics, Amsterdam, The Netherlands, 2009.
19. Floege J. Education About Transplantation In *Comprehensive Clinical Nephrology* chapter 86. Fourth Edition. Elsevier Ed.
20. Jungers P. Late referral: Loss of chance for the patient, loss of money for society. *Nephrol Dial Transplant* 2002; 17: 371-5.
21. Lacson E Jr, Wang W, DeVries C, et al. Effects of a nationwide predialysis educational program on modality choice, vascular access, and patient outcomes. *Am J Kidney Dis* 2011; 58 (2): 235-42.
22. Floege J. The Importance of Dialysis Access. In *Comprehensive Clinical Nephrology* chapter 86. Fourth Edition. Elsevier Ed.
23. Buscemi B, Mangiovi R, Lisciandrello D, et al. Protocollo siciliano predialisi: risultati di uno studio multicentrico siciliano (abstract). *G Ital Nefrol* 2010; S41.