

Documento condiviso SIN-SICP

Cure palliative nelle persone con MRC avanzata

Roberto Bergia

Nefrologo - Biella

Come nasce l'idea del Documento





SIAARTI

PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA ANALGESIA
RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA

GRANDI INSUFFICIENZE D'ORGANO "END STAGE": CURE INTENSIVE O CURE PALLIATIVE? "DOCUMENTO CONDIVISO" PER UNA PIANIFICAZIONE DELLE SCELTE DI CURA

 <p>SIAARTI PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER</p>	<p>Italian Resuscitation Council</p> 	
	 <p>SICP Società Italiana di Cure Palliative</p>	
 <p>anarti Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica</p>	 <p>SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA GENERALE</p>	 <p>AIPO ASSOCIAZIONE ITALIANA PNEUMOLOGI OSPEDALIERI</p>



Cure Palliative nella Malattia Renale Cronica Avanzata

Biella, 13 febbraio 2014

Sala Convegni - Città Studi
Corso Pella, 2

L'evento è patrocinato da:



5 crediti ECM - Regione Piemonte

PROGRAMMA

Ore 8:15 Registrazione dei partecipanti

Ore 8:45 Apertura convegno

LETTURA - Cure palliative nelle malattie
cronico-degenerative - C. PERUSELLI
Introduce - R. BERGIA

**I sessione ASPETTI MEDICO-LEGALI, ETICI E
DEONTOLOGICI**

Moderatori: F. PIUNTI - A. CROSO

Ore 9:30 **TAVOLA ROTONDA:** M. GROSSO, E.
MODINA, A. PERETTI e G. ZULIAN

Ore 10:50 **DISCUSSIONE**

Ore 11:00 **PAUSA CAFFÈ**

II sessione IL CONTESTO ATTUALE

Moderatori G. VIGLINO - M. MAFFEO

Ore 11:15 Perché una proposta di cure palliative nella
MRC avanzata - R. BERGIA

Ore 11:35 Cosa dicono le linee guida internazionali
M. FORMICA

Ore 11:55 Proposte di linee guida Italiane
N. PANOCCHIA

Ore 12:15 Le aspettative dei pazienti
V. PARIS

Ore 12:35 **DISCUSSIONE**

III sessione IL LABORATORIO DEL GUSTO

Ore 12:45 Pratiche (assaggi e riflessioni) di dieta
ipoproteica - M. VALENTI, C. TORELLI

IV sessione OLTRE LA DIALISI: TERAPIE DI SUPPORTO

Moderatori P. STRATTA - D. DEGIOVANNI

Ore 14:00 Dieta ipoproteica e chetoanaloghi nella
terapia conservativa prolungata
G. BRUNORI

Ore 14:20 La terapia conservativa prolungata: cosa
cambia dal punto di vista terapeutico?
V. DE BIASE

Ore 14:40 Il supporto all'equipe di Nefrologia e Dialisi
di fronte al paziente alla fine della vita
R. TORTA

Ore 15:00 **DISCUSSIONE**

**V sessione ESPERIENZE CLINICHE DI CURE PALLIATIVE NELLA
MRC AVANZATA - MEDICI ed INFERMIERI in
EQUIPE**

Moderatori L. BIANCONI - P. ROSSETTO

Ore 15:15 La terapia del dolore - V. PELLU, E. FRANCHI

Ore 15:35 L'esperienza della Nefrologia dell'ASL CN1
F. MARAZZI, M. BOSIO

Ore 15:55 L'esperienza della Nefrologia dell'ASL BI
I. M. BERTO, L. PEZZA

Ore 16:15 Formazione in cure palliative dell'equipe multi
professionale di Nefrologia e Dialisi
C. RITOSSA, C. BIDER

Ore 16:35 **DISCUSSIONE**

Ore 17:00 **CHIUSURA LAVORI**

Razionale

Le malattie croniche sempre più spesso richiedono un
approccio terapeutico di tipo palliativo in aggiunta alla terapia
tradizionale e la malattia renale cronica non fa eccezione.
L'obiettivo di questo Convegno è fare il punto sulla situazione
delle cure palliative nei pazienti con malattia renale cronica e
presentare alcune esperienze cliniche della nostra realtà
regionale.

Destinatari

Il convegno è rivolto a **Medici, Infermieri, Psicologi,
Farmacisti, Dietetisti, Assistenti Sociali e MMG.**

Per un totale di 200 partecipanti.

Sede e orari

Sala Convegni - Città Studi - C.so Pella, 2 Biella
Dalle 8.30 alle 17.00

Accreditamento Formativo

All'evento sono stati attribuiti **5 crediti ECM.**

L'assegnazione dei crediti è vincolata alla partecipazione al 100% del
tempo dell'iniziativa formativa, alla corretta compilazione dei
questionari e dei fogli firma in ingresso ed in uscita.

Gruppo di lavoro



Per SICP: Fabio Lombardi (Lecco), Luisa Sangalli (Roma), Claudio Ritossa (Torino)

Per SIN: Giuliano Brunori (Trento), Roberto Bergia (Biella), Marco Formica (Cuneo)

Giuristi: Paolo Zatti, Mariassunta Piccinni, Elisabetta Palermo Fabris (Padova)



Le Cure Palliative nelle persone con malattia renale cronica avanzata

Documento condiviso SICP-SIN

Ottobre 2015

INDICE

1. Prefazione
2. Introduzione
3. Quadro di contesto: epidemiologia e prognosi delle persone con malattia renale cronica avanzata
4. L'identificazione precoce delle persone affette da patologie croniche progressive e la valutazione multidimensionale dei bisogni
5. Considerazioni etiche
6. Le Cure Palliative e di fine vita nelle persone con malattia renale cronica avanzata
7. Considerazioni conclusive
8. Ipotesi di un percorso condiviso
9. Bibliografia
10. Glossario

National Kidney Foundation Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification

Andrew S. Levey, MD; Josef Coresh, MD, PhD; Ethan Balk, MD, MPH; Annamaria T. Kausz, MD, MS; Adeera Levin, MD; Michael W. Steffes, MD, PhD; Ronald J. Hogg, MD; Ronald D. Perrone, MD; Joseph Lau, MD; and Garabed Eknoyan, MD

Stadio MRC	Valore del filtrato glomerulare (GFR)
MRC stadio 1	GFR > 90 ml/min (presenza di anomalità urinarie e/o strutturali renali)
MRC stadio 2 (lieve)	GFR 60-89 ml/min (presenza di anomalità urinarie e/o strutturali renali)
MRC stadio 3 (moderato)	GFR 30-59 ml/min
MRC stadio 4 (severo)	GFR 15-29 ml/min
MRC stadio 5 (uremia)	GFR < 15 ml/min oppure dialisi

Negli ultimi 30 anni la popolazione con patologie renali avanzate è cambiata in modo drammatico

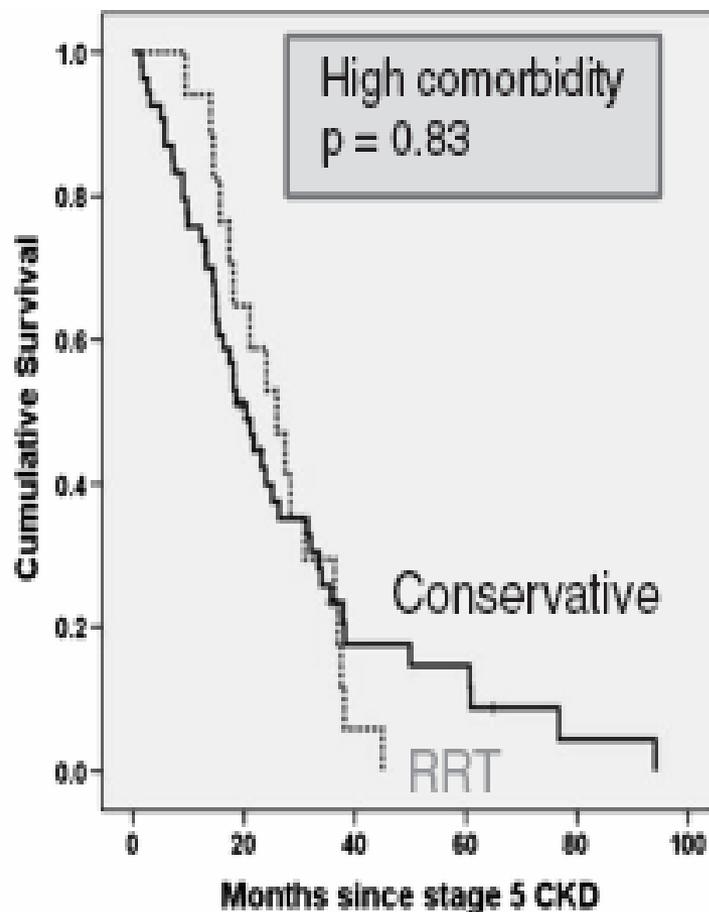
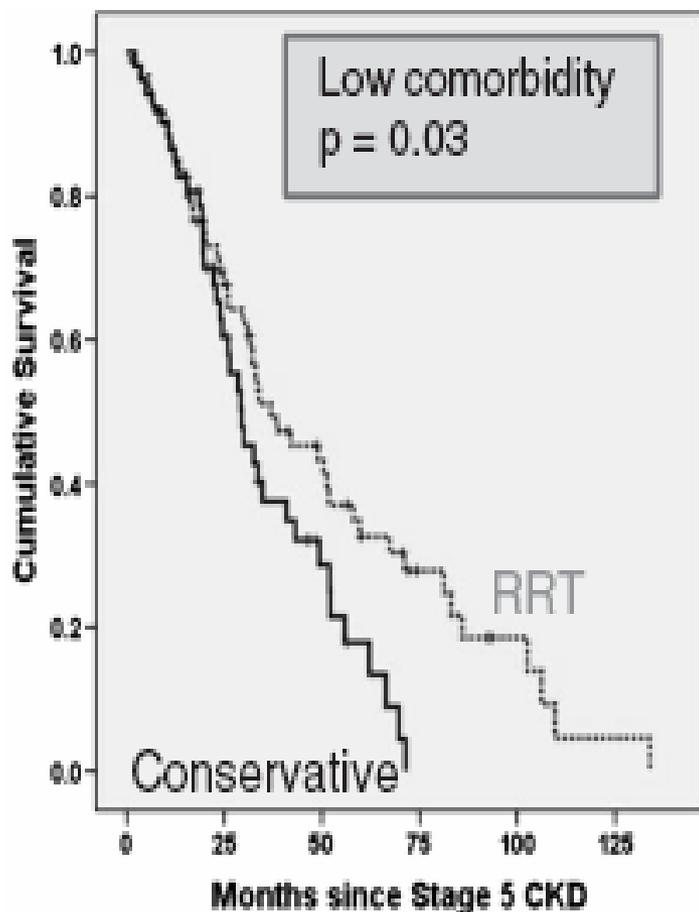
- Sempre più anziana: l'età mediana dei nuovi ingressi in dialisi in Italia è oggi oltre 70 anni mentre era 50-60 anni negli anni '80
- Frequente non autosufficienza
- Elevato numero di comorbidità
- Frequente presenza di fragilità
- Importante sintomatologia clinica
- Bassa qualità della vita
- Ridotta aspettativa di vita



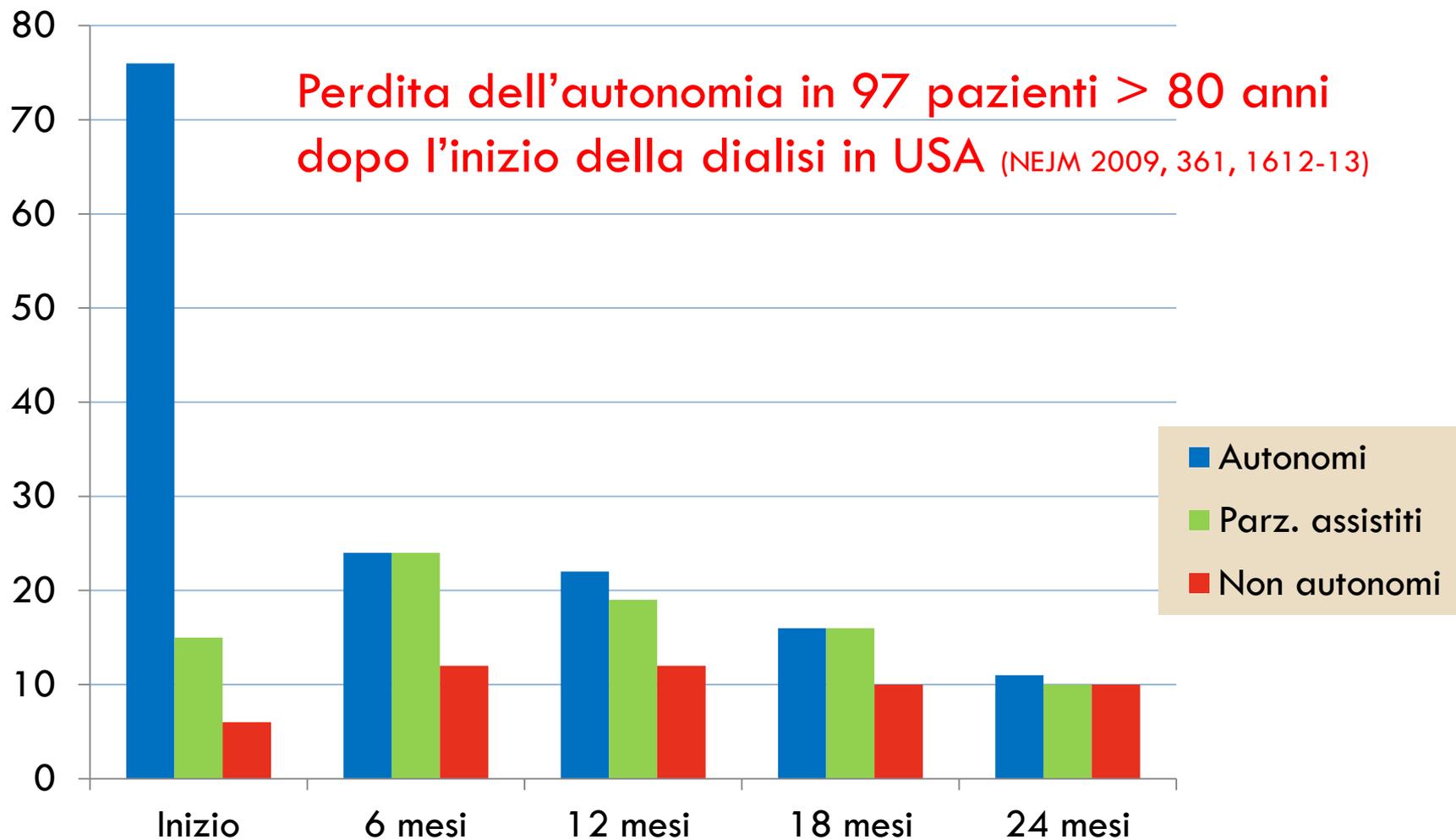
La dialisi non sempre riesce a migliorare la sopravvivenza di questi pazienti NDT 2011, 26: 1608-1614

183 pt. > 75 anni, 106 trattati con terapia conservativa e 77 con la dialisi

Survival of elderly patients with stage 5 CKD



La dialisi non sempre riesce a migliorare la qualità di vita di questi pazienti



La terapia conservativa può fornire risultati non inferiori alla dialisi in **pazienti selezionati** (molto anziani e con comorbidità)

Quality of Life and Survival in Patients with Advanced Kidney Failure Managed Conservatively or by Dialysis

Maria Da Silva-Gane, David Wellsted,† Hannah Greenshields,‡ Sam Norton,‡ Shahid M. Chandna,* and Ken Farrington*§*

Clin J Am Soc Nephrol 7: 2002–2009, 2012

- Studio prospettico, durata 3 anni, su 170 pazienti con ESRD; GFR medio inizio studio 14 ml/min
- Sopravvivenza mediana 30 mesi in terapia conservativa e 43 mesi in dialisi
- I pazienti in conservativa tendono a mantenere invariata la QoL, alcuni aspetti della quale peggiorano in dialisi, come la “Satisfaction with Life Scale”

Quality of Life and Survival in Patients with Advanced Kidney Failure Managed Conservatively or by Dialysis

Maria Da Silva-Gane,* David Wellsted,[†] Hannah Greenshields,[‡] Sam Norton,[‡] Shahid M. Chandna,* and Ken Farrington*[§]

Clin J Am Soc Nephrol 7: 2002–2009, 2012.

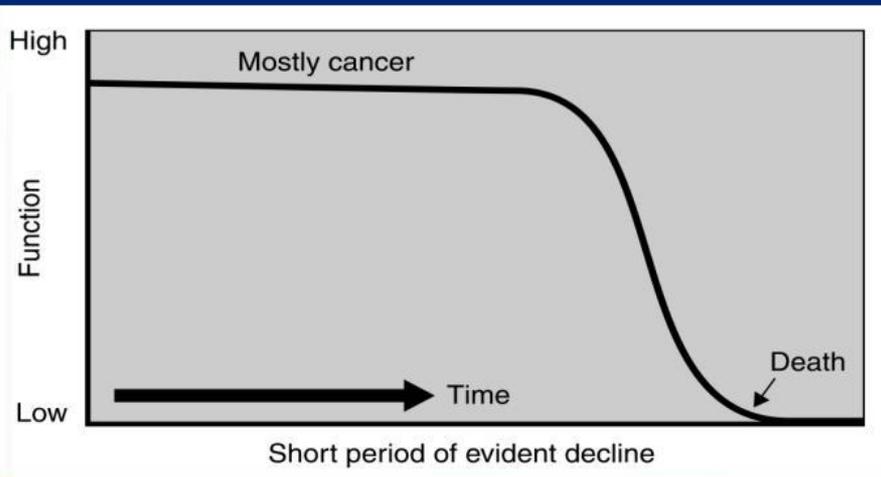
Variable	Hemodialysis	Peritoneal Dialysis	Conservative Management	Not Decided	P Value
Patients (n)	80	44	30	16	
Men (%)	76	50	70	56	0.02
Age (yr)	60.6±14.9	48.0±15.6	77.5±6.5	68.3±16.4	<0.001
Weight (kg)	83.1±19.7	77.8±14.6	76.2±18.6	78.4±15.2	No group differences
eGFR (ml/min per 1.73 m ²)					
Per MDRD4	13.3±3.7	14.2±4.4	14.3±3.4	16.3±4.6	0.04 for HD versus not-decided
Per CKD-EPI	12.2±3.7	13.7±4.5	12.5±3.1	14.9±4.8	No group differences
Comorbidity, n (%)					
Low	52 (65)	38 (86)	8 (26)	9 (56)	<0.001
High	28 (35)	6 (14)	22 (74)	7 (44)	
KPS score, n (%)					
>70	66 (82.5)	43 (98)	10 (33)	8 (50)	<0.001
<70	14 (17.5)	1 (2)	20 (66)	8 (50)	
SF-36 score					
Mental health	47.6±10.7	45.9±10.6	49.9±9.9	52.0±40.0	No group differences
Physical health	25.2±8.8	30.1±6.5	18.0±8.8	21.1±24.0	<0.001 for HD and PD versus CKM 0.01 for HD versus PD
HADS score					
Anxiety	5.5±3.6	4.7±4.0	6.9±3.3	5.3±1.6	0.04 for HD versus CKM 0.02 for PD versus CKM
Depression	6.1±4.0	6.4±4.2	5.2±3.3	4.9±17.6	No group differences
SWLS score	21.7±8.0	22.5±7.3	23.2±7.1	22.4±35.2	No group differences

Valutazione della prognosi nei soggetti con MRC avanzata

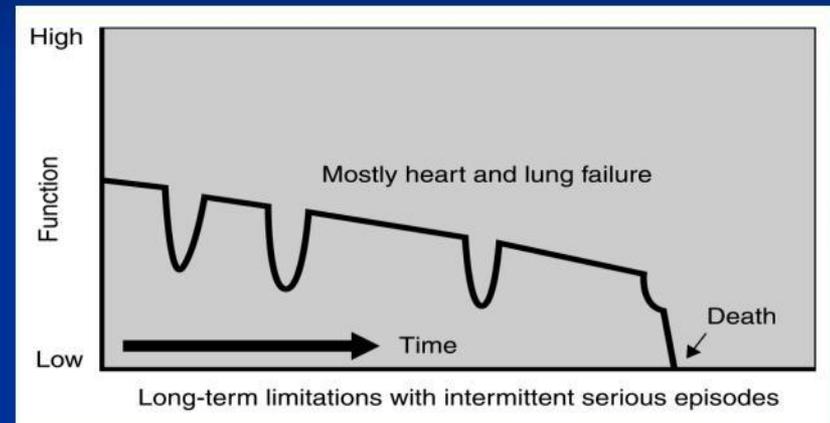
Come valutare la prognosi in questi pazienti?

Traiettorie della fase avanzata di malattia

Traiettoria del cancro



Prolungate limitazioni con esacerbazioni intermittenti e morte improvvisa (p. es. insufficienze organiche)

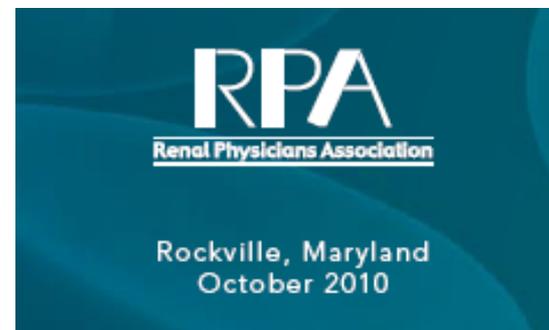


Valida anche per la
MRC avanzata

Shared Decision-Making in the Appropriate Initiation of and Withdrawal from Dialysis

Clinical Practice Guideline

Second Edition



Recommendation No. 6

Consider forgoing dialysis for AKI, CKD, or ESRD patients who have a very poor prognosis or for whom dialysis cannot be provided safely.

Considerare sospensione o non avvio della dialisi :

**CKD stadio V in pazienti > 75 aa
con almeno 2 seguenti criteri :**

- a. Risposta negativa alla surprise question;**
- b. Charlson Comorbidity Index > 8;**
- c. Karnofsky Performance Status < 40;**
- d. Malnutrizione grave con albuminemia <2.5 g/dl.**

Strumenti per individuare i pazienti in stadio finale di malattia cioè quelli a maggior rischio di morte entro 6-12 mesi

- Risposta alla “**domanda sorprendente**”: la probabilità di morte entro 1 anno è 3.5 volte maggiore in caso di risposta negativa (CJASN 2008, 3: 1379)
- Valutazione delle comorbidità associate alla MRC: un CCI (Charlson Comorbidity Index) ≥ 8 è predittivo di morte entro 1 anno (id)
- Valutazione di modelli prognostici su base clinica associati o meno alla domanda sorprendente

Indice di comorbidità di Charlson (CCI)

Peso assegnato	Condizione morbosa
1	Cardiopatia ischemica, scompenso cardiaco cronico, malattia vascolare periferica, malattia cerebro-vascolare, demenza, malattia polmonare cronica, connettiviti, ulcera peptica, malattia epatica di grado lieve, diabete mellito
2	Emiplegia, malattia renale cronica moderata o severa, diabete mellito con danno d'organo, neoplasia, leucemia
3	Malattia epatica moderata o severa
6	Tumore solido con metastasi, AIDS conclamato

Età: 1 punto per ogni decade oltre quella dei 40 anni

Modello prognostico di Cohen a 5 variabili per i pazienti in emodialisi

Variabile	HR	95% CI
Domanda sorprendente (no vs si)	2.71	1.75 - 4.17
Albuminemia (per ogni 0.1 g < 3.5)	0.27	0.15 - 0.50
Età (per ogni 10 anni oltre 16)	1.36	1.17 - 1.57
Malattia vascolare periferica (si vs no)	1.88	1.24 - 2.84
Demenza (si vs no)	2.24	1.11 - 4.48

Predicting 6 months mortality for patients who are on maintenance hemodialysis
(CJASN 2010, 5: 72-79)

Mortalità a 6 mesi in pt. > 75 anni incidenti in dialisi

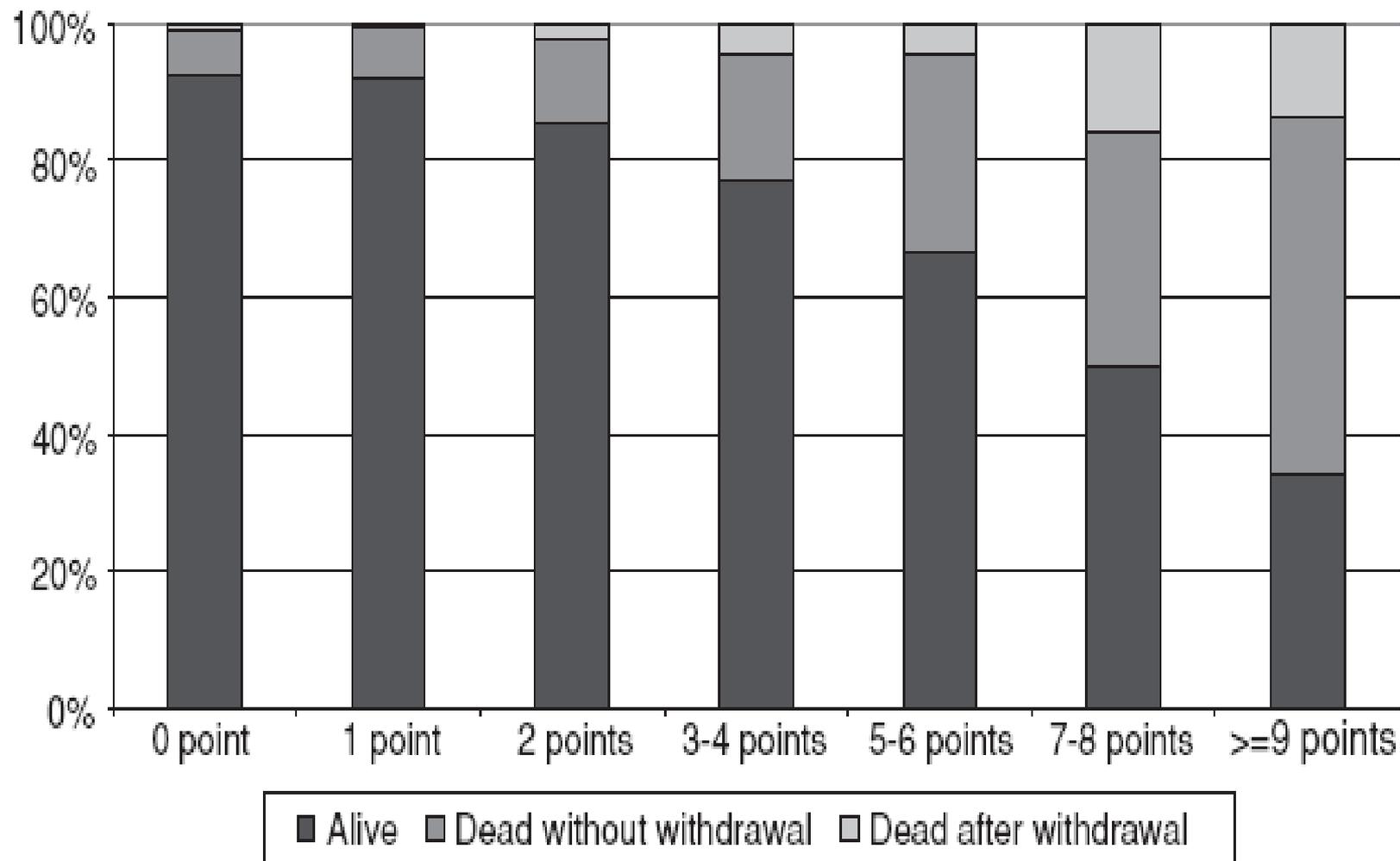
Registro REIN (Couchoud C. NDT 2009, 24:1553)

Identificati 9 fattori di rischio correlati alla mortalità precoce con punteggio graduabile da 0 a 3

Fattori di rischio	Punteggio massimo
Diabete mellito	1
Aritmie	1
Neoplasia maligna	1
Malnutrizione (BMI <18.5)	2
Insufficienza cardiaca stadi 3-4	2
Malattia vascolare periferica stadi 3-4	2
Severe alterazioni del comportamento	2
Inizio dialisi non programmato	2
Totale dipendenza per gli spostamenti	3
SCORE TOTALE	0-16

Mortalità a 6 mesi in pz > 75 anni incidenti in dialisi

Registro REIN (Couchoud C. NDT 2009, 24:1553)



Mortalità globale a 6 mesi 19%

Nuovi modelli nella letteratura più recente



2015, 66:1024-1032

AJKD

Original Investigation

**Predicting Early Death Among Elderly Dialysis Patients:
Development and Validation of a Risk Score to Assist Shared
Decision Making for Dialysis Initiation**

*Mae Thamer, PhD,¹ James S. Kaufman, MD,² Yi Zhang, PhD,¹ Qian Zhang, MPH,¹
Dennis J. Cotter, MSE,¹ and Heejung Bang, PhD³*

**Modello messo a punto su quasi 70.000 pazienti del USRDS
avviati alla dialisi fra 01/01/2009 e 31/12/2010.**

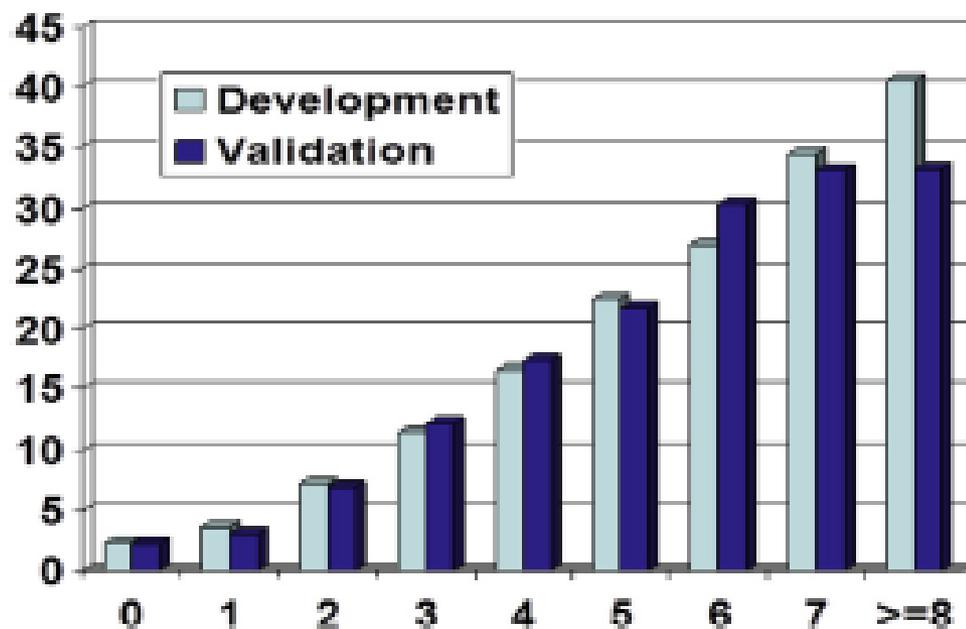
Predicting Early Death Among Elderly Dialysis Patients: Development and Validation of a Risk Score to Assist Shared Decision Making for Dialysis Initiation

Mae Thamer, PhD,¹ James S. Kaufman, MD,² Yi Zhang, PhD,¹ Qian Zhang, MPH,¹
Dennis J. Cotter, MSE,¹ and Heejung Bang, PhD³

Table 3. Sample Risk Assessment Questionnaire for Clinicians and Patients' Use for Those Who Initiate Dialysis

Patient's Condition	Score If Yes
Age category	
<70 y	0
70-74 y	1
75-79 y	1
80-84 y	1
85-89 y	2
≥90 y	3
Albumin level low (<3.5 g/dL) or unknown?	1
Needs assistance in daily living?	1
Lives in nursing home?	1
Had or has cancer?	1
Had or has heart failure?	1
Hospitalized >1 × or >1 mo in last year?	1

Note: Total score ranges from 0 to 9. Disclaimer: This risk assessment tool is not intended as medical advice or to suggest treatment. Patients should always consult with their physician or other health care professional for advice.



Probabilità di morte entro 3 mesi

Come vanno considerati questi strumenti?

A clinical score to predict 6-month prognosis in elderly patients starting dialysis for end-stage renal disease

Cécile Couchoud¹, Michel Labeeuw², Olivier Moranne^{3,4,5}, Vincent Allot⁶, Vincent Esnault⁵, Luc Frimat⁷, Bénédicte Stengel^{3,4}, and for the French Renal Epidemiology and Information Network (REIN) registry [NDT 2009, 24:1553](#)

In conclusion, this score, which relies solely on routine clinical evaluation, is a simple and accurate tool to assess short-term prognosis in elderly ESRD patients starting dialysis. **It should help to illuminate clinical decision making about treatment options, but cannot be used to withhold dialysis.**

Moving Points in Nephrology

CJASN 2016,
11:1892-1911

Supportive Care: Time to Change Our Prognostic Tools and Their Use in CKD

Cécile Couchoud, Brenda Hemmelgam,** Peter Kotanko,^{§§} Michael J. Germain,[§] Olivier Moranne,**††
and Sara N. Davison***

Also, there is an urgent need to shift our prediction goal from survival to outcomes equally relevant to patients, like HRQOL (3,8). These tools may enhance the ability of clinicians to advise their patients according to their prognosis, facilitate informed consent in the process of shared decision making, and support the discussion of the patients' goals of care.

Perché fare una valutazione della prognosi nel paziente con malattia renale cronica avanzata ?

- Avviare una discussione sulla prognosi e sulle possibili alternative terapeutiche con il paziente, la famiglia e l'èquipe curante
- Giungere ad una scelta veramente condivisa del trattamento più adatto a **quel** determinato paziente in quel determinato momento

Dialysis or conservative care for frail older patients: ethics of shared decision-making

NDT 2013,28:2717-2722

Seetha Muthalagappan¹,
Lina Johansson²,
Wing May Kong³
and Edwina A Brown²

¹Imperial College School of Medicine, London, UK,

²Imperial Renal and Transplant Centre, Hammersmith Hospital,
London, UK and

³Medical Ethics Unit, Imperial College School of Medicine, London,
UK

Correspondence and offprint requests to: Edwina
Brown; E-mail: e.a.brown@imperial.ac.uk

Keywords: conservative care, ethics, frail elderly, shared
decision-making

CONCLUSION

Medicine is moving from a paternalistic approach to an autonomy-based approach. Shared decision-making is a continuum; the approach varies depending on each patient's situation and preferences and their degree of understanding [35].



LEGGE n. 219, 22 dicembre 2017

**Norme in materia di consenso informato
e di disposizioni anticipate di trattamento**

Identificazione dei pazienti con MRC
avanzata e con bisogni di cure palliative

Identificazione dei pazienti con MRC avanzata e con bisogni di cure palliative

- malati che, dopo valutazione clinica o per scelta personale, vengono avviati alla terapia conservativa dell'insufficienza renale avanzata
- malati che decidono di sospendere un trattamento dialitico
- malati in trattamento dialitico che giungono alla fine della vita
- malati che dopo il fallimento di un trapianto di rene, decidono di non intraprendere nuovamente un trattamento dialitico
- malati in trattamento dialitico che necessitano di un ottimale controllo dei sintomi legati alle complicanze della patologia di base, alle comorbidità e al trattamento stesso.

Valutazione multidimensionale dei bisogni

- Cerca di garantire le cure più appropriate e allineate con le preferenze del paziente e dei suoi famigliari
- Utilizza molteplici strumenti somministrati dal personale sanitario o affidati all'auto compilazione da parte del malato/famiglia
- Risulta dall'integrazione dei dati clinici con il vissuto della persona e dei famigliari e dovrebbe:
 - ❖ essere effettuata da diverse figure professionali, con adeguata esperienza
 - ❖ essere ripetuta e rivista periodicamente per cogliere eventuali cambiamenti
 - ❖ poter accompagnare il paziente nelle diverse fasi di malattia e nei diversi setting assistenziali

Valutazione multidimensionale dei bisogni

DIMENSIONE	STRUMENTO	OPERATORE
Stato funzionale	Karnofsky, ADL, IADL	Medico e/ o Infermiere
Stato cognitivo	MMSE	Medico
Sintomi	ESAS-r	Autocompilazione del paziente o con aiuto
Valutazione nutrizionale	Mini Nutritional Assessment	Medico e/o Dietista
Dimensione Psicologica	Colloquio	Psicologo
Dimensione sociale	Intervista colloquio Valutazione ambiente di vita	Assistente sociale e/o Medico e/o Infermiere

Strumenti proposti dal Documento SICP-SIN

Considerazioni etiche e medico-legali

Attualità del documento condiviso SICP-SIN

- Sugg. 1: pianificazione condivisa delle cure
- Sugg. 2: diritto del paziente alla desistenza terapeutica
- Sugg. 3: evitare trattamenti sproporzionati o futili
- Sugg. 4: non abbandono del paziente ma ricorso alle cure palliative
- Sugg. 5: cosa fare in presenza di conflitti fra équipe curante, paziente, famiglia
- Sugg. 6: il paziente mentalmente incapace: DAT, fiduciario, rappresentante legale, amministratore di sostegno

Ma le cose vanno avanti....

L'esperienza di Trento



**PERCORSI INTEGRATI DI CURA PER IL
PAZIENTE CON MALATTIA RENALE CRONICA
AVANZATA IN TRATTAMENTO
CONSERVATIVO CON:**

ESCLUSIONE DELLA TERAPIA DIALITICA

SOSPENSIONE DELLA TERAPIA DIALITICA

INDICE

INTRODUZIONE.....	4
GLOSSARIO.....	5
ACRONIMI.....	7

PERCORSO INTEGRATO DI CURA PER IL PAZIENTE CON MALATTIA RENALE CRONICA AVANZATA IN TRATTAMENTO CONSERVATIVO CON ESCLUSIONE DELLA TERAPIA DIALITICA

1. PREMESSA	8
2. SCOPO	8
3. AMBITO DI APPLICAZIONE	8
4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	9
4.1 ACCESSO DELLA PERSONA AL PERCORSO	9
4.2 ATTIVAZIONE UVM	12
4.3 PROCESSO DI VALUTAZIONE UVM	12
4.4 DEFINIZIONE E ATTUAZIONE DEL PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO	13
5. CONTINUITA' ASSISTENZIALE	19
6. DOCUMENTAZIONE	19
7. INDICATORI E DATI.....	19
8. DIAGRAMMA DI FLUSSO	20

PERCORSO INTEGRATO DI CURA PER IL PAZIENTE CON MALATTIA RENALE CRONICA AVANZATA IN TRATTAMENTO CONSERVATIVO CON SOSPENSIONE DELLA TERAPIA DIALITICA

1. PREMESSA	22
2. SCOPO	22
3. AMBITO DI APPLICAZIONE	23
4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	23
4.1 ACCESSO DELLA PERSONA AL PERCORSO	23
4.2 COMUNICAZIONE CON IL PAZIENTE E LA FAMIGLIA	25
4.3 ATTIVAZIONE UVM.....	26
4.4 PROCESSO DI VALUTAZIONE UVM.....	26
4.5 DEFINIZIONE E ATTUAZIONE DEL PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO	27
5. CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	28
6. DOCUMENTAZIONE	29
7. INDICATORI E DATI.....	29
8. DIAGRAMMA DI FLUSSO	32
9. RIFERIMENTI E ALLEGATI.....	33
10. ELENCO DEI DESTINATARI.....	34

L'esperienza recente di Biella

Nell'ASL di Biella è in corso di approvazione da parte della Direzione Aziendale un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale che coinvolge le Unità Operative di Nefrologia e Dialisi, di Cure Palliative e il territorio per la condivisione di un percorso di cura rivolto ai malati con MRC avanzata e con bisogni di cure palliative in terapia conservativa, in trattamento dialitico e portatori di trapianto renale.

CONCLUSIONI

Considerazione conclusiva del Documento SIN-SICP



Le cure palliative nefrologiche sono da intendersi come un percorso multidisciplinare e multiprofessionale dove le cure finalizzate al controllo e al trattamento delle complicanze dell'uremia vengono affiancate da un approccio centrato sulla persona malata e la sua famiglia, olistico e attento all'accompagnamento nelle diverse fasi di malattia fino alla morte.

Considerazioni conclusive del Documento SIN-SICP

La condivisione di un percorso di cura tra nefrologo, medico palliativista e medico di medicina generale richiede lo sviluppo di una collaborazione capace di garantire appropriatezza delle cure e continuità del percorso intrapreso sulla base delle opportunità offerte dalla rete dei servizi locali.

Un'integrazione precoce tra le unità nefrologiche e le articolazioni della rete locale di Cure Palliative non solo potrà contribuire efficacemente ad ottimizzare il controllo dei sintomi e migliorare la qualità di vita, ma permetterà di facilitare il passaggio della persona malata, qualora si rendesse necessario, verso la sola palliazione e le cure di fine vita.

Grazie per l'attenzione

An Interview Study of Patient and Caregiver Perspectives on Advance Care Planning in ESRD



Marcus Sellars, Josephine M. Clayton, Rachael L. Morton, Tim Lockett, William Silvester, Lucy Spencer, Carol A. Pollock, Rowan G. Walker, Peter G. Kerr, and Allison Tong

However, ACP can be considered taboo, may require caregivers to overcome personal and decisional conflict, and may be complex if patients and caregivers are unable to accept the reality of the patient's illness.