

La presa in carico precoce nell'insufficienza renale cronica: un nuovo approccio

G. Buccianti¹, I. Baragetti¹, E. Alberghini¹, S. Furiani¹, N. Musacchio²

¹ Dipartimento di Medicina. Unità Operativa di Nefrologia e Dialisi, Azienda Ospedaliera S. Gerardo, Presidio Ospedaliero "E. Bassini", Cinisello Balsamo (MI)

² Azienda Ospedaliera S. Gerardo, Monza. Centro di Integrazione Territoriale di Diabetologia

Early therapeutic education in chronic renal disease: A new approach

Chronic renal failure (CRF) remains a significant problem. Early referral of patients reduces cardiovascular risk and allows better quality of life and life expectancy. Uremic patients represent a typical example of chronic disease, which requires multidisciplinary team involvement and stratification of treatment processes. During the evolution of the disease to chronicity, the patient requires different clinical approaches that form part of a unique treatment process, involving day-to-day management, carried out by the general practitioner, as well as the handling of acute events requiring specialized clinical management. Early referral essentially requires three steps. The first step is therapeutic education, which includes information, sensitiveness, training and acceptance of the disease. The second step is the assembling of a multidisciplinary team in which the members are able to work together, coordinating and managing treatment protocols. These two steps allow the design of the third step, disease management, which consists of a methodology based on an integrated approach to the disease allowing continuous improvement in medical care, in the patient's quality of life and a better use of economic resources. (G Ital Nefrol 2005; 22: 134-9)

KEY WORDS: End-stage renal disease, Pre-dialysis education

PAROLE CHIAVE: IRC, Educazione pre-dialisi

Introduzione

Sono sempre più numerose in letteratura le segnalazioni riguardanti i benefici clinici ottenuti dalla presa in carico precoce del paziente affetto da insufficienza renale cronica (IRC) (1-6). Tuttavia nella maggior parte degli studi sinora pubblicati la presa in carico del paziente avviene prevalentemente attraverso l'istituzione di un ambulatorio diverso da quello divisionale con personale medico e infermieristico dedicato nel quale confluiscono i pazienti con IRC avanzata e vengono generalmente effettuate le stesse procedure attuate nell'ambulatorio divisionale seppur con un'ottica diversa e con controlli ravvicinati (7, 8).

Il paziente nefropatico costituisce invece il tipico esempio di cronicità della malattia che richiede un approccio di squadra e una strutturazione dei processi di cura. Nel corso del suo cammino verso la cronicità ogni paziente va incon-

tro a esigenze cliniche diverse strutturate su diversi livelli che sono comunque parte di un unico processo di cura e che muovono dalla gestione della quotidianità affidata al medico di medicina generale alla gestione di eventi acuti che richiedono interventi clinici ad alta specificità effettuati generalmente in regime di ricovero. La presa in carico precoce del paziente costituisce il perno su cui si articolano i vari livelli di cura.

Per gestire i tre diversi livelli assistenziali (territorio, presa in carico precoce nefrologica e ospedale) è necessaria la sinergia coordinata di diverse figure professionali in grado di garantirne e potenziarne l'efficacia.

Questo *team* specialistico dispone di tre strumenti di elezione. Il primo costituito dall'**educazione terapeutica** che comprende la sensibilizzazione, l'informazione, l'addestramento, l'accettazione e l'integrazione della malattia nel progetto di vita del paziente. Il secondo è la formazione al

team-building e team-management nel quale gli operatori sanitari acquisiscono la capacità di costruire e operare in squadra e quella di coordinare e gestire percorsi di cura.

L'acquisizione di questi due livelli consente infine **la progettazione del disease management** cioè di quella metodologia basata su un approccio integrato alla malattia che deve consentire un miglioramento continuo delle prestazioni rese, della qualità di vita del paziente e dell'impiego delle risorse economiche, consentendo una risposta organica alla frammentazione delle cure.

L'educazione terapeutica

L'insufficienza renale cronica è una patologia evolutiva a carattere degenerativo che conduce progressivamente ad un danno d'organo irreversibile.

Solo un trattamento combinato con l'integrazione di farmaci e dieta consentono un controllo guidato verso lo stadio terminale della malattia e la terapia dialitica e garantiscono una maggior sopravvivenza dopo l'inizio della dialisi.

I pazienti devono sottoporsi e gestire una terapia complessa, nella quale tutte le componenti sono ugualmente importanti ed il cui risultato è fortemente dipendente dalla costante aderenza alla terapia nel tempo. Il controllo della malattia può quindi avvenire solo con la collaborazione del paziente.

Il paziente deve accettare un trattamento sempre più invasivo che va dalla somministrazione di farmaci sottocute all'allestimento dell'accesso dialitico; vivere un cambiamento radicale dello stile di vita, che deve adeguarsi alla malattia e alla terapia senza una prospettiva di guarigione.

Diviene dunque necessario modificare integralmente l'approccio e la strategia di cura, con la realizzazione di un nuovo approccio clinico con il paziente, che va gestito da un *team* di cura attraverso un programma educativo terapeutico, e di un nuovo scenario terapeutico: cambia l'identità professionale del medico e dell'infermiere, cambia il ruolo del paziente. Il nefrologo deve acquisire la capacità di delegare all'infermiere, ma successivamente anche al paziente, il "controllo" della cura mantenendo un ruolo di "vigilanza" e di gestione dell'acuzie e delle complicanze.

Diventa quindi necessaria una presa in carico tempestiva del paziente (quando il filtrato renale è ≤ 30 mL/min e non in una fase immediatamente predialitica) e il suo inserimento in un programma educativo terapeutico, in modo tale che abbia il tempo di accettare il cambiamento terapeutico e l'integrazione della dialisi, ma anche di elaborare il "fallimento" degli sforzi compiuti in terapia conservativa per prorogare il trattamento sostitutivo.

La presa in carico ad un filtrato di 30 mL/min implica una stretta collaborazione con il medico di medicina generale secondo protocolli condivisi con il nefrologo. Il medico di medicina generale che ha gestito il paziente sino a

quel momento segnala al nefrologo la necessità di un trasferimento di competenze.

Il programma educativo terapeutico, che inizia per valori di filtrato compresi tra 25 e 30 mL/min, prevede un *team* di cura (medico, infermiere, dietista e psicologo se disponibili) che ascolta, sensibilizza, informa e forma il paziente per renderlo critico, consapevole della gravità della sua patologia e degli effetti benefici della terapia, per motivarlo, responsabilizzarlo e renderlo autonomo nella gestione della cura. Prevede il confronto con l'ambito familiare ed il contesto sociale del paziente e infine contempla il ritorno a casa del malato.

Il *team* è chiamato ad un cambiamento radicale della strategia in funzione del cambiamento radicale dell'obiettivo: non solo trattare la malattia ma colui che ha in sé la malattia.

Il piano terapeutico viene costruito assieme al paziente, per dividerne le responsabilità gestionali fino a raggiungere quel grado di complicità che contempli anche la "negoiazione" terapeutica (9-15).

Il percorso educativo verso la dialisi

Il percorso educativo-terapeutico pre-dialisi avviene attraverso 5 fasi:

Fase educativa pre-dialisi

1) La **fase educativa di pre-dialisi** prepara e guida il paziente nella scelta del trattamento sostitutivo: è fondamentale **saper ascoltare, incoraggiare e guidare**.

Il percorso educativo di pre-dialisi prevede quattro o più incontri con l'equipe curante, a seconda delle necessità del paziente. Durante il primo incontro il medico effettua la visita nefrologica, fornisce al paziente le prime informazioni generali sulla dialisi e, in base alle condizioni clinico-fisiche e socio-familiari, decide il tipo di percorso educativo da seguire.

Durante questo incontro il paziente viene preso in carico anche dall'infermiere che lo guiderà; è il primo incontro di conoscenza, di ascolto, per individuare la strategia di comunicazione e l'approccio personalizzato. Dopo questo incontro, infatti, ci sono due opzioni: se il paziente è idoneo esclusivamente all'emodialisi, verrà seguito dal medico e da un'infermiera dell'emodialisi, se invece è idoneo ad entrambe le metodiche dialitiche, verrà seguito dal medico e dall'infermiera della dialisi peritoneale, che prepara il paziente anche all'eventualità dell'emodialisi, in caso di *drop-out* dalla dialisi peritoneale. Quest'ultima metodica migliora la qualità di vita del paziente, agevolandone il reinserimento sociale e contempla costi contenuti rispetto all'emodialisi.

Nel secondo incontro vengono fornite informazioni generali e consegnato il I strumento educativo, un opusco-

lo con indicazioni generali su entrambe le metodiche dialitiche e sul trapianto: il paziente non deve ancora scegliere.

Nel terzo incontro si supporta il paziente nella scelta e si consegna il II strumento educativo, un opuscolo con informazioni dettagliate sulla metodica dialitica verso la quale è orientato.

Al quarto incontro il percorso viene differenziato a seconda della tecnica dialitica scelta.

Se è candidato alla dialisi peritoneale l'incontro si svolge nel locale abitualmente dedicato al *training*, vengono effettuate delle prove pratiche e mostrato il materiale per gli scambi o gli apparecchi utilizzati per la dialisi automatizzata notturna.

Nel contempo viene programmata una visita domiciliare per la valutazione dell'idoneità del domicilio, momento di interscambio e incontro con il paziente e i suoi familiari.

Se è candidato all'emodialisi si forniscono informazioni sulla seduta dialitica e le eventuali complicanze, sull'igiene personale e della fistola, sull'organizzazione del reparto e l'abbigliamento più idoneo, sulla dieta, sui trasporti e sulle vacanze e lo si invita quindi ad esprimere ulteriori dubbi e perplessità. Si offre al paziente la possibilità di visitare il reparto e, per entrambe le metodiche, se lo desidera, si organizza un incontro con altri pazienti dializzati.

A questo punto, acquisito il consenso del paziente, si programma l'intervento chirurgico per il posizionamento del catetere peritoneale, il confezionamento della fistola o, qualora non vi siano le condizioni adatte, per il posizionamento del catetere vascolare a permanenza.

In questa fase vanno contemplati dei periodi di attesa, il cosiddetto "**tempo psicologico**", che sono momenti di maturazione per il paziente che gli consentono di accettare il cambiamento della sua vita.

2) Nella **fase supportiva di accompagnamento** il paziente è ricoverato per il confezionamento dell'accesso dialitico, momento molto importante in cui perde l'integrità fisica quindi necessita di attenzione per l'aspetto psicologico oltre che di assistenza infermieristica post chirurgica.

3) La **fase di apprendimento** inizia dopo la dimissione: il paziente viene addestrato a prendersi cura di sé. Il *training* è ambulatoriale per l'apprendimento della tecnica dialitica peritoneale manuale e/o automatizzata, della cura del catetere peritoneale o della fistola e della gestione delle complicanze tecniche/infettive, della dieta e dell'assunzione corretta dei farmaci.

Spesso viene coinvolto anche un partner. Bisogna tenere ben presente che ogni paziente ha un "**tempo pedagogico**" (di apprendimento) variabile. Il ciclo della pedagogia clinica è attivo, quindi la comunicazione va effettuata prevedendo sempre "ascolto", "addestramento", "verifica" e "riformulazione" questo è fondamentale per poter individuare una strategia di comunicazione personalizzata.

4) Nella **fase di domiciliamento** il paziente è pronto per

la prima dialisi a domicilio, esce dalla struttura protetta accompagnato dall'infermiere, che è di supporto a lui e alla sua famiglia.

5) Il programma educativo prevede infine una **fase di continuità terapeutica**, fondamentale in un trattamento a lungo termine in cui l'educazione nella sola fase predialitica è insufficiente: richiede gruppi di riaddestramento, interscambio e confronto tra pazienti e un supporto domiciliare per l'eventuale gestione delle complicanze a domicilio.

Test di verifica

1) La relazione medico-paziente che viene comunemente instaurata è una:

- Relazione scientifica
- Relazione di servizio, di riparazione e/o di mantenimento
- Relazione interpersonale soggettiva
- Relazione insegnante-discente
- Relazione di tipo prescrittivo.

2) Quali sono gli elementi per un pre-dialisi strutturato?

- Invio per tempo
- Programma incontri
- Team multidisciplinare
- Programma di educazione terapeutica
- Tutte le precedenti.

3) A quale livello di clearance della creatinina stimata si dovrebbe inviare il paziente nefropatico ad un ambulatorio di pre-dialisi?

- <10 mL/min
- 10-20 mL/min
- <15 mL/min
- <30 mL/min
- <5 mL/min.

4) Un percorso di educazione terapeutica ha lo scopo di:

- Far acquisire al paziente conoscenze e abilità pratiche nei confronti della propria malattia
- Attivare nel paziente processi di consapevolezza ed autonomizzazione rispetto alla propria scelta terapeutica
- Condivisione e autogestione della strategia di cura
- Instaurare un'alleanza terapeutica
- Tutte le precedenti.

La risposta corretta alle domande sarà disponibile sul sito internet www.sin-italy.org/gin e in questo numero del giornale cartaceo dopo il Notiziario SIN

Il team building

Il *team* di lavoro è uno strumento importante per la gestione delle persone, per lavorare insieme, per integrarsi. Questa tecnica permette, infatti, che le persone acquistino

consapevolezza delle proprie capacità, siano in grado di riconoscere quelle altrui, si abituino all'analisi ed alla diagnosi delle dinamiche del gruppo, capiscano come attivare i processi di integrazione e di differenziazione. Il *team* permette la gestione delle attività utilizzando le diverse competenze facilitando l'integrazione con arricchimento reciproco ed apprendimento individuale (16, 17).

Come si costruisce un team: il salto di qualità da equipe a team

L'equipe è:

un insieme di persone legate da un senso di unità, interdipendenti, interagenti in un certo periodo ed in certo ambito, legate da un senso di appartenenza, con valori, norme, ruoli dichiarati e condivisi, orientati verso la stessa meta.

Il team è:

un insieme di persone interdipendenti **consapevoli della loro unità**, interagenti in un certo periodo ed in un certo ambito, legate da un senso di appartenenza con valori, regole, ruoli **dichiarati, negoziati, condivisi**, impegnate a raggiungere un obiettivo scelto e a svolgere un compito con **una metodologia di lavoro comune, motivate da interessi professionali o di persona**.

La trasformazione in *team* è un processo dinamico di cambiamento che consegue a mediazioni e negoziazioni tra i livelli e le dimensioni nelle quali ognuno opera.

Il metodo di costruzione richiede attenzione costante al processo di lavoro ed alla gestione del processo di cambiamento che merita un monitoraggio continuo con strumenti adeguati.

In questo modo si permette ad ogni individuo di passare da una situazione di responsabilizzazione ad una **assunzione di responsabilità** verso l'obiettivo scelto e condiviso (*empowerment*).

Test di verifica

5) Cos'è il *team*:

- Un insieme di persone interdipendenti con ruoli personali precisi
- Un insieme di persone interdipendenti consapevoli della loro unità
- Un insieme di persone interdipendenti con ruoli condivisi e negoziati, consapevoli di un obiettivo comune
- Un gruppo di persone diretto da un leader
- Un'équipe medico-infermieristica.

6) Cos'è l'*empowerment*?

- Una responsabilizzazione verso un obiettivo
- Un'assunzione di responsabilità degli individui del *team* nei confronti dell'obiettivo scelto e condiviso
- Una maggior responsabilizzazione del paziente nei confronti dei processi di diagnosi e cura

d. Una maggior spinta dei componenti del *team* a raggiungere un obiettivo

e. L'assunzione di una maggior autostima di sé.

7) Un modello assistenziale complesso significa:

- Centralizzare l'attività dei diversi operatori che si occupano di una stessa patologia
- Gestire un percorso sanitario diversificato su più livelli di intervento integrati tra loro
- Progettare un modello sanitario secondo algoritmi precisi differenziati per ogni livello
- Nessuna delle precedenti
- Tutte le precedenti.

La risposta corretta alle domande sarà disponibile sul sito internet www.sin-italy.org/gin e in questo numero del giornale cartaceo dopo il Notiziario SIN

Il Disease Management (DM)

Molti dei cambiamenti avvenuti negli ultimi anni nella Sanità sono legati alla riduzione delle risorse economiche, con il rischio evidente di far prevalere l'aspetto di mercato e di produttività.

Diventa necessario trovare il modo di dare ad ognuno ciò di cui ha bisogno, quando ne ha bisogno: la risposta più coerente è stata quella della Medicina della Qualità e delle prove di efficacia.

Le Linee Guida delle Società Scientifiche, la Continua Verifica e Revisione della Qualità dell'assistenza, sono la risposta culturale della medicina alle richieste esterne di usare in modo efficiente le risorse. Il Modello organizzativo di *Disease Management* rappresenta invece un percorso gestionale che tiene conto delle indicazioni scientifiche al trattamento, della necessità della continua verifica della qualità del processo, in una logica di efficienza della cura e può costituire la risposta più sensata al nuovo scenario di politica sanitaria. Ma soprattutto permette la realizzazione di percorsi di cura centrati al paziente recuperando l'aspetto della qualità di vita della persona (18, 19).

Certamente è un processo di cambiamento culturale e che necessita percorsi formativi adeguati.

Come si realizza il Disease Management?

Il D.M. è un approccio considerato particolarmente utile per le malattie croniche.

È caratterizzato da percorsi centrati sul malato, con particolare attenzione all'educazione del paziente ed alla sua motivazione a seguire il trattamento prescritto. Prevede la continuità e l'integrazione di tutte le prestazioni e di tutti i livelli d'intervento sanitario relative ad una particolare patologia, richiede lo sviluppo integrato di Linee Guida e di

procedure per ogni fase del processo assistenziale. Consiste nella creazione di un modello rappresentativo delle modalità di cura della malattia considerata (la fotografia di partenza). L'analisi del modello permette di identificare le aree critiche relative all'efficacia clinica, ai costi e alla qualità della vita del paziente. Quindi si scelgono gli interventi possibili e praticabili; si applicano e si raccolgono i dati per monitorare l'effetto degli interventi e si confrontano i risultati con quelli di partenza per riprendere quindi il ciclo di miglioramento continuo.

Il DM si articola nelle seguenti tappe:

a) **Definizione del mandato:** deve essere chiaro nella formulazione e negli scopi, deve porre quesiti specifici sia clinici che economici; dovrebbe essere aziendale. Infatti il coinvolgimento della Direzione Aziendale è fondamentale per garantire le risorse necessarie, l'impegno delle diverse professionalità (medici, informatici, formatori, amministratori, epidemiologi, ecc.), la realizzazione degli interventi di miglioramento, il monitoraggio dei risultati clinici e amministrativi.

b) **Identificazione dei risultati da raggiungere:** devono essere facilmente misurabili e necessitano di indicatori specifici. Formazione del *team*: è il gruppo di lavoro orientato al raggiungimento del risultato. Deve essere rappresentativo il più possibile delle diverse figure professionali coinvolte nel DM; è vincolante per la realizzazione del DM e interviene in tutte le tappe descritte.

c) **Costruzione della banca dati:** raccoglie i dati necessari per analizzare, nell'ambito della patologia considerata, la qualità della vita del paziente, la qualità percepita dei servizi, l'appropriatezza clinica, l'efficacia clinica, i costi. Gli obiettivi sono quelli di conoscere, facendo riferimento alle linee guida derivate dalla medicina basata sull'evidenza, come sono curati i pazienti, e come sono allocate le risorse economiche;

d) **Identificazione delle aree critiche,** attraverso l'analisi dei dati raccolti e il confronto con le Linee Guida. In questa tappa si identificano le aree di miglioramento possibili considerando globalmente il percorso assistenziale (*Total Quality Management*); si procede quindi identificazione delle nuove aree di intervento ed inizio di un processo di miglioramento continuo della Qualità.

Test di verifica

8) Il Disease Management è:

- Un'analisi del processo di cura di una malattia finalizzata al miglioramento
- Un sistema per il controllo di gestione
- Una modalità di integrazione tra medico generalista e specialisti
- Una verifica del rendimento economico del trattamento sanitario
- Un modello di risparmio di risorse, indipendente

dall'*outcome* clinico.

9) La metodologia del Disease Management è indicata:

- Per tutte le patologie
- Per le patologie acute
- Per le malattie croniche ad elevata prevalenza e costi
- Solo in caso di ricovero
- Per la gestione dei reparti di dialisi.

10) Quali sono le finalità del Disease Management?

- Individuazione di interventi atti a migliorare i servizi offerti all'utente e ad ottimizzare i costi complessivi
- Individuazione di interventi atti a migliorare i servizi offerti all'utente ed a ridurre i costi complessivi
- Individuazione delle criticità di un servizio per ottenere una valutazione dello stesso
- Individuazione ed eliminazione di processi di cura troppo onerosi e costosi
- Avere un registro delle varie patologie croniche e dei vari interventi diagnostici e terapeutici.

La risposta corretta alle domande sarà disponibile sul sito internet www.sin-italy.org/gin e in questo numero del giornale cartaceo dopo il Notiziario SIN

Conclusioni

L'incidenza di pazienti affetti da insufficienza renale cronica è in costante crescita, con un incremento annuale che varia dal 6% all'8%, nella maggior parte dei paesi europei e del nord America, mentre in quest'ultima nazione la prevalenza della patologia è dell'11%. Sono inoltre sempre più evidenti le segnalazioni che la presa in carico precoce riduce la frequenza dei ricoveri e la mortalità dei pazienti, mentre il riscontro che l'insufficienza renale cronica di grado lieve è fortemente predittiva di rischio cardiovascolare sembra legare sempre più il destino della patologia vascolare ad un precoce riscontro e trattamento dell'IRC (20, 21).

L'elevato numero di soggetti a rischio e la diversità delle patologie non consentono più il tradizionale approccio nefrologo-paziente che si limitava a constatare i danni cercando di ridurre le conseguenze: esso richiede un approccio multidisciplinare integrato ai vari livelli di compromissione degli organi coinvolti. In tal modo il segnale di una patologia d'organo che conduce irreversibilmente al declino della funzione, consentirebbe invece di attivare tutte quelle energie e risorse volte a ridurre l'impatto della malattia sul paziente ad una migliore conoscenza della storia naturale della malattia e ad una razionalizzazione delle risorse.

L'obiettivo finale è quello di un miglioramento della qualità della prestazione sanitaria, e della riduzione dei costi.

Riassunto

L'insufficienza renale cronica costituisce un problema sociale rilevante. Una precoce presa in carico del paziente affetto da IRC risulta in un minor rischio cardiovascolare all'inizio del trattamento dialitico migliora qualità e aspettativa di vita. Il paziente nefropatico costituisce invece il tipico esempio di cronicità della malattia che richiede un approccio di squadra e una strutturazione dei processi di cura. Nel corso del suo cammino verso la cronicità ogni paziente va incontro a esigenze cliniche diverse strutturate su diversi livelli che sono comunque parte di un unico processo di cura e che muovono dalla gestione della quotidianità affidata al medico di medicina generale alla gestione di eventi acuti che richiedono interventi clinici ad alta specificità effettuati generalmente in regime di ricovero. La presa in carico precoce del paziente costituisce il perno su cui si articolano i vari livelli di cura e si avvale di tre strumenti: l'**educazione terapeutica** che comprende la sensibilizzazione, l'informazione, l'addestramento, l'accettazione e l'integrazione della malattia nel progetto di vita del paziente. Il secondo è la formazione al **team-building** e **team-**

management nel quale gli operatori sanitari acquisiscono la capacità di costruire e operare in squadra e quella di coordinare e gestire percorsi di cura.

L'acquisizione di questi due livelli consente infine la **progettazione del disease management** cioè di quella metodologia basata su un approccio integrato alla malattia che deve consentire un miglioramento continuo delle prestazioni rese, della qualità di vita del paziente e dell'impiego delle risorse economiche, consentendo una risposta organica alla frammentazione delle cure.

Indirizzo degli Autori:
Prof. Gherardo Buccianti
Azienda Ospedaliera S. Gerardo
Presidio E. Bassini
Via Gorki, 50
20092 Cinisello Balsamo (MI)
e-mail: ghbucci@hotmail.com

Bibliografia

1. 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.
2. 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 P.
3. 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.
4. Roubicek C, Brunet P, Huiart L, et al. Timing of nephrology referral: influence on mortality and morbidity. *AJKD* 2000; 36 (suppl 1): S35-41.
5. 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.
6. Golper T. Patient education: can it maximize the success of therapy. *Nephrol Dial Transplant* 2001; 16 (suppl 7): S20-4.
7. Malberti F, Ravani P. Effetto dell'ambulatorio dedicato all'insufficienza renale cronica sulla riduzione della morbilità e dell'ospedalizzazione nei pazienti che iniziano il trattamento emodialitico. *G Ital Nefrol* 2003; 2: 127-32.
8. Sirignano C, D'Urso P, Di Iorio BR. L'ottimizzazione delle cure e il timing dell'intervento del nefrologo nell'insufficienza renale cronica pre-dialitica. *G Ital Nefrol* 2003; 2: 133-8.
9. Musacchio N. L'educazione terapeutica come momento fondamentale per la cura e l'autogestione del diabete. *Giornale Italiano di Diabetologia* 1999; 19 (suppl 2): S73-7.
10. Musacchio N, Bergamaschi L, Casagrande S, et al. Organizzazione dei corsi di educazione terapeutica al diabetico. *Giornale Italiano di Diabetologia* 1991; 11: 53.
11. Musacchio N, Valentini U. Educazione terapeutica e diabete: la formazione dei formatori- un progetto per la Regione Lombardia. *Giornale Italiano di Diabetologia e Metabolismo* 2001; 2: 131.
12. Jean Francois d'Ivernois, Remi Gagnayre. Educare il paziente. Guida all'approccio medico-terapeutico. In: *Guidotti's Diabetes Mellitus Series*. 1998.
13. Educazione al paziente diabetico. In: *Il diabete mellito: trattato internazionale*. Editrice Mediserve. 1994.
14. Herta Corradin Erle. Metodologia dell'educazione sanitaria e sociologia della salute. Casa Editrice Ambrosiana. Milano 1990
15. Casula C. I porcospini di Schopenhauer. Franco Angeli Editore. 1997.
16. Quaglino GP, Casagrande S, Castellano A. Gruppo di lavoro, lavoro di gruppo. Renzo Cortina editore, 1992.
17. Lucia Tannini. Salute Malattia e cura. Teoria e percorsi di clinica della formazione per gli operatori sanitari. In: *Clinica della formazione*. Franco Angeli Editore. Milano 2001.
18. Harris JMH. Disease management: new wine in new bottles? *Ann Intern Med* 1996; 124: 838.
19. Armstrong EP. Disease management and its influence on health systems today. *Drug Benefit Trends* 1996; 8: 18-20.
20. Mann FE, Mertz CG, Dulau-Florea I, Lonn E. Cardiovascular risk in patients with mild renal insufficiency. *Kidney Int* 2003; 63 (suppl 84): S192-6.
21. Wannamethee SG, Shaper AG, Perry V. Serum creatinine concentration and risk of stroke. *Stroke* 1997; 28: 557-63.