

La Qualità di Vita nei pazienti neodializzati: due interventi di pre-dialisi a confronto

Eleonora Beretta¹
Stefania Di Mauro²
Stefania Galimberti³

¹Clinica Nefrologica,
Dipartimento Medico
e Pronto Soccorso,
AO San Gerardo, Monza
²Corso di Laurea
in Infermieristica e di Laurea
Magistrale in Scienze
Infermieristiche e Ostetriche,
Facoltà di Medicina e Chirurgia,
Università degli Studi
di Milano-Bicocca, Monza
³Centro di Ricerca
in Biostatistica
per l'Epidemiologia Clinica,
Dipartimento di Medicina
Clinica e Prevenzione,
Facoltà di Medicina
e Chirurgia, Università
degli Studi di Milano-Bicocca,
Monza

Introduzione. Gli interventi educativi e l'informazione nei pazienti in insufficienza renale cronica ritardano la dialisi e migliorano diversi esiti (valori di Hb, pressori e riducono le complicanze della dialisi).

Metodo. È stata valutata la qualità di vita (QoL) dei pazienti che afferivano a 12 centri di dialisi del Nord Italia: 5 che adottavano un approccio multidisciplinare (4 o 5 incontri individuali o di gruppo con il paziente ed i familiari) e 7 un approccio di routine. La QoL è stata misurata con SF-36 sui pazienti che avevano iniziato un trattamento dialitico pianificato, da almeno 2-6 mesi.

Risultati. 48 pazienti erano assistiti con incontri multidisciplinari e 51 secondo la routine. I due gruppi erano comparabili per le principali caratteristiche. In media i pazienti erano in dialisi da 4 mesi. I punteggi medi di QoL sono risultati più elevati nei pazienti seguiti da un gruppo multi professionale, eccetto che per il Ruolo Emotivo, ma le differenze sono scomparse all'analisi multivariata.

Conclusioni. Anche se le differenze non sono statisticamente significative, suggeriscono un impatto positivo degli incontri multidisciplinari. Sono necessari studi su campioni più numerosi per confermare questi risultati.

Introduzione

Negli ultimi anni in Italia, è aumentata l'incidenza media dei casi di insufficienza renale cronica (IRC). Il registro nazionale di dialisi e trapianto indica che, rispettivamente nel 1995 e nel 2000, per un milione di abitanti 118 e 134 avevano IRC. Negli anni 1998-2005, 45951 persone hanno iniziato il trattamento sostitutivo, di cui 9278 solo nel 2005.¹ La dialisi e il trapianto renale costituiscono la terapia sostitutiva dell'IRC avanzata. La situazione del paziente nefropatico è un tipico esempio di malattia cronica che richiede una presa in carico e di cura per permettere la pianificazione e l'accettazione del trattamento dialitico.² Lo stadio pre-dialitico è un periodo di profondo e radicale cambiamento e adattamento emotivo che tocca tutti i campi della vita dell'individuo.³ La presa in carico prima dell'inizio della terapia sostitutiva renale può offrire ai pazienti l'opportunità di diventare più attivi ed incoraggiare una maggiore responsabilità nel trattamento, inoltre riduce gli episodi di depressione e isolamento.⁴

Diversi studi hanno dimostrato che la presa in carico precoce di un paziente con IRC ritarda l'inizio del trattamento dialitico e assicura una maggiore durata degli accessi vascolari per la dialisi, un miglioramento dei valori di emoglobina, dell'equilibrio calcio-fosforo e dei valori di pressione arteriosa.⁵⁻⁶ Da non trascurare è inoltre la riduzione dei giorni di ospedalizzazione durante il primo mese di dialisi e delle complicanze legate alla malattia.⁶⁻⁸

Le linee guida europee suggeriscono che l'unità di nefrologia prenda in carico il paziente quando i suoi valori di filtrato glomerulare sono tra i 25-30 mL/min.⁶ Durante la fase pre-dialitica la maggior parte dei soggetti viene seguita periodicamente dagli specialisti dell'ambulatorio nefrologico per rallentare la progressione dell'IRC, con strategie di controllo dietetico/farmacologico e contrastando le numerose alterazioni metaboliche. Un approccio alternativo che si sta via via affermando prevede invece, un percorso educativo multidiscipli-

plinare: nefrologo, infermiere e dietista, integrati con specialisti, quali il counselor o lo psicologo e l'assistente sociale.⁹ Questo approccio si propone non solo di prevenire e trattare con tempestività le complicanze dell'uremia, ma anche di portare ad una scelta consapevole della modalità dialitica, più rispettosa delle esigenze personali e condivisa con la famiglia. Il punto di forza del percorso multidisciplinare è l'educazione e l'informazione della persona con un programma strutturato che prevede incontri con i diversi professionisti. Tra i primi risultati di questo approccio, su 37 pazienti con IRC, è stata osservata una riduzione significativa del bisogno di dialisi in regime di urgenza, un aumento della scelta di dialisi peritoneale e una diminuzione dei giorni di ricovero nel primo mese di dialisi.⁸ Successivi studi^{6, 10, 11} hanno confermato questi risultati ed evidenziato altri benefici, come un minore utilizzo di risorse economiche ed umane, un miglioramento del coping dopo l'inizio della dialisi,⁶ la stabilizzazione di livelli di filtrato glomerulare oltre 15 mesi dalla presa in carico.¹² Da un punto di vista psico-sociale, questo intervento di pre-dialisi ha permesso ai pazienti di continuare la propria attività lavorativa, con miglioramenti dei livelli di ansia e minori problemi di mobilità.^{13, 14}

Scopo di questo lavoro è descrivere l'impatto che il percorso educativo multidisciplinare di pre-dialisi ha sulla qualità di vita di pazienti neodializzati affetti da IRC. I risultati di questo intervento sono stati confrontati con quelli ottenuti dal gruppo di confronto costituito da pazienti seguiti dal nefrologo nel loro percorso di pre-dialisi standard.

Materiali e metodi

Pazienti

Tra ottobre 2006 e gennaio 2007 è stata valutata la qualità di vita di 102 pazienti consecutivi, in 12 centri italiani (5 con percorso standard e 7 con percorso multidisciplinare). I pazienti con IRC dovevano essere in trattamento dialitico da 2-6 mesi, in grado di compilare il questionario e comprendere la lingua italiana. Sono stati esclusi i pazienti che avevano iniziato il trattamento dialitico in regime di urgenza e non erano stati seguiti dal centro dialisi nel periodo pre-dialitico.

Intervento

Il percorso di pre-dialisi standard, tradizionalmente gestito dal nefrologo, si concentra sugli aspetti clinici dell'IRC. Nei 5 centri dialisi che attuano questo programma il nefrologo visita il paziente, consiglia la metodica dialitica e, se necessario, attiva consulenze con altri professionisti, quali dietista e psicologo. Il programma multidisciplinare, invece, è organizzato da un'équipe composta da diverse figure che si interessano sia degli aspetti clinici che dell'informazione e dell'educazione del paziente e dei suoi familiari. Il percorso non è omogeneo nei diversi centri per metodi, strumenti e risorse dedicate. In due centri le équipe erano costituite da medico e psicologo o medico e infermiere, negli altri cinque da 3 a 5 professionisti (medico, infermiere, psicologo, dietista e assistente sociale). In tutti i centri si tenevano incontri individuali (in due anche di gruppo), venivano coinvolti i familiari e distribuiti opuscoli informativi. L'intervento consisteva in 4-5 incontri della durata di 45-60 minuti ciascuno.

Valutazione della qualità di vita

La qualità di vita è stata valutata con la versione italiana del questionario SF-36,¹⁵ già utilizzato nelle patologie renali e in particolare nell'IRC.¹⁶ Il questionario è stato compilato tra il secondo e il sesto mese post-dialisi e le informazioni sulla qualità di vita erano riferite alle ultime quattro settimane.¹⁵

Il questionario è stato consegnato dal personale infermieristico ed è stato autocompilato presso il centro dialisi, prima o dopo la seduta dialitica. L'infermiere consegna una breve spiegazione scritta degli obiettivi dello studio, chiedeva del consenso e poteva dare informazioni.

L'SF-36 è costituito da 36 quesiti e quantifica la percezione di 8 dimensioni che contribuiscono al concetto di qualità di vita: attività fisica-AF (10 domande), limitazioni del ruolo e salute fisica-RF (4 domande), limitazioni del ruolo e stato emotivo-RE (3 domande), dolore fisico-DF (2 domande), salute in generale-SG (5 domande), vitalità-VT (4 domande), attività sociali-AS (2 domande), salute mentale-SM (5 domande) e cambiamento nello stato di salute-CS (1 domanda).

Il punteggio delle scale varia da 0 a 100. Punteggi elevati corrispondono ad un elevato benessere e viceversa.

Analisi statistica

Le caratteristiche basali dei soggetti nei due gruppi sono state confrontate con un test Chi-Quadro o con un test t, a seconda della natura delle variabili (test a due code, $\alpha=0.05$).

I punteggi delle scale dell'SF-36 sono stati descritti utilizzando la media, i quartili e la deviazione standard. Sono stati calcolati gli intervalli di confidenza al 95% per le medie. Dato che lo studio è randomizzato, per analizzare l'effetto delle due modalità di gestione del periodo di pre-dialisi sulla qualità di vita, si è utilizzato un modello di regressione lineare che tiene conto

di potenziali fattori di confondimento. Il punteggio delle scale è stato valutato aggiustandolo per sesso (F vs M), età all'inizio della dialisi (in anni), eventuali ospedalizzazioni nel periodo dialitico (almeno una ospedalizzazione vs nessuna), modalità di dialisi (emodialisi vs dialisi peritoneale), tempo di somministrazione dell'SF-36 (in mesi dall'inizio della dialisi) e centro dialisi. Tutti i test effettuati sono stati a due code e ad un livello di significatività $p=0.05$.

Risultati

I centri dialisi coinvolti in questo studio rappresentano la realtà ospedaliera del nord Italia e le loro principali caratteristiche (personale dedicato e volume di pazienti) sono riportate in [Tabella 1](#).

Tabella 1 - Descrizione dei centri dialisi coinvolti nello studio

Centro con	Casi prevalenti	Casi incidenti 2006	N. di infermieri	N. di medici
Equipe multidisciplinare				
AO S. Anna di Como	308	87	42	7
AUSL Ospedale Civile di Piacenza	176	31	23	8
AO Ospedale Civile di Vimercate	137	54	29	6
AO S. Antonio Abate di Gallarate	124	26	18	6
AO San Lazzaro di Alba	116	25	27	6
AO Bassini di Cinisello Balsamo	110	29	20	6
Ist. Clinico Humanitas di Rozzano	102	28	18	4
Ambulatorio Nefrologico				
AO Ospedale di Circolo di Varese	251	56	35	12
AO Salvini Ospedale "Caduti Bollatesi" di Bollate	209	44	27	8
AO Niguarda Ca' Granda di Milano	203	20	48	7
AO della Valtellina e della Valchiavenna	157	35	44	7
AO S. Gerardo di Monza	155	45	29	5

AO = Azienda Ospedaliera

Dei 102 soggetti entrati nello studio, 99 (97%) sono risultati valutabili (3 non hanno compilato il questionario): 48 soggetti hanno preso parte al percorso educativo multidisciplinare, gli altri 51 sono stati seguiti dal nefrologo. Le caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei due gruppi sono descritte in [Tabella 2](#).

L'età all'inizio del trattamento dialitico era sovrapponibile nei due gruppi, l'età media era di 65.7 anni (range 39-85) per il gruppo multidisciplinare e 66.3 anni (range 35-93) per quello standard. In base al grado di scolarità e al tipo di attività lavorativa (pregressa ed attuale), 58 soggetti (59%) sono stati classificati di livello socio-economico basso e 12 (12%) elevato. La maggior parte dei pazienti (67%) era pensionata.

La nefroangiosclerosi è stata una delle cause più frequenti di nefropatia, tanto che tra i 33 soggetti con IRC indotta da malattie vascolari, 30 presentavano ipertensione arteriosa. Tra le altre cause di IRC, riportate secondo la classificazione dell'EDTNA,¹⁷ le 19 nefropatie secondarie sono state causate in 18 casi da diabete. Il 92% dei pazienti presentavano almeno una patologia. L'ipertensione arteriosa (76 soggetti) e la cardiopatia (51 soggetti) sono le più frequenti ed erano concomitanti in 41 casi. La modalità dialitica più utilizzata, anche se in proporzioni diverse nei due gruppi (63% vs 86%), è stata l'emodialisi.

I questionari sono stati compilati in media al quarto mese di dialisi; il 25% dei soggetti lo ha compilato entro il terzo mese ed il 75% entro il quinto.

Tabella 2 - Caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei pazienti in studio

Variabile	Percorso di pre-dialisi					
	Equipe multidisciplinare (n=48)		Ambulatorio Nefrologico (n=51)		Totale (n=99)	
	n	%	n	%	n	%
Sesso:						
Maschi	36	75	31	61	67	68
Femmine	12	25	20	39	32	32
Età inizio dialisi (anni):						
30-50	6	13	8	16	14	14
50-70	20	42	21	41	41	42
70-80	17	35	18	35	35	35
> 80	5	10	4	8	9	9
Stato civile^o:						
Coniugato/a	39	82	34	68	73	74
Vedovo/a	5	10	7	14	12	12
Libero/Separato	4	8	9	18	13	13
Livello socio-economico:						
Basso	29	60	29	57	58	59
Medio	12	25	17	33	29	29
Alto	7	15	5	10	12	12
Eventi rilevanti⁺ in famiglia nell'ultimo anno:						
	5	11	7	14	12	12
Causa IRC						
Malattie vascolari	17	35	16	31	33	33
Glomerulonefriti primitive	12	25	12	24	24	24
Malattie glomerulari secondarie	10	21	9	18	19	19
Malattie renali ereditarie	5	10	9	18	14	14
Miscellanea*	4	8	5	10	9	9
Numero patologie concomitanti						
0	3	6	5	10	8	8
1	16	33	15	29	31	31
2	17	35	16	32	33	33
> 3	12	26	15	29	27	28
Modalità di dialisi						
Peritoneale	18	38	7	14	25	25
Emodialisi	30	63	44	86	74	75

^o 1 dato non noto

⁺ es. lutti o patologie importanti;

* Nefrite interstiziale, Pielonefrite, Nefropatia dei Balcani, Neoplasia renale, Insufficienza renale cronica ad eziologia incerta, etc.

[^] p=0.013, test per il confronto di proporzioni

Tutte le dimensioni, eccetto la RF e la SG, hanno mostrato punteggi medi relativamente elevati e superiori a 50 in entrambi i gruppi (Tabella 3).

Come si può osservare in Figura 1, i valori medi del gruppo che ha seguito l'intervento di educazione multidisciplinare sono stati superiori, con punte di differenze massime per AF (68.3 vs 59.1), DF (71.7 vs 64.5) e SM (69.7 vs 63.8), tranne che per RE (54.1 vs 58.7). Tuttavia, nelle analisi multivariate, in nessuna delle otto dimensioni l'effetto dell'intervento di pre-dialisi è risultato statisticamente significativo.

I punteggi medi della dimensione AF tendono ad abbassarsi all'aumentare dell'età

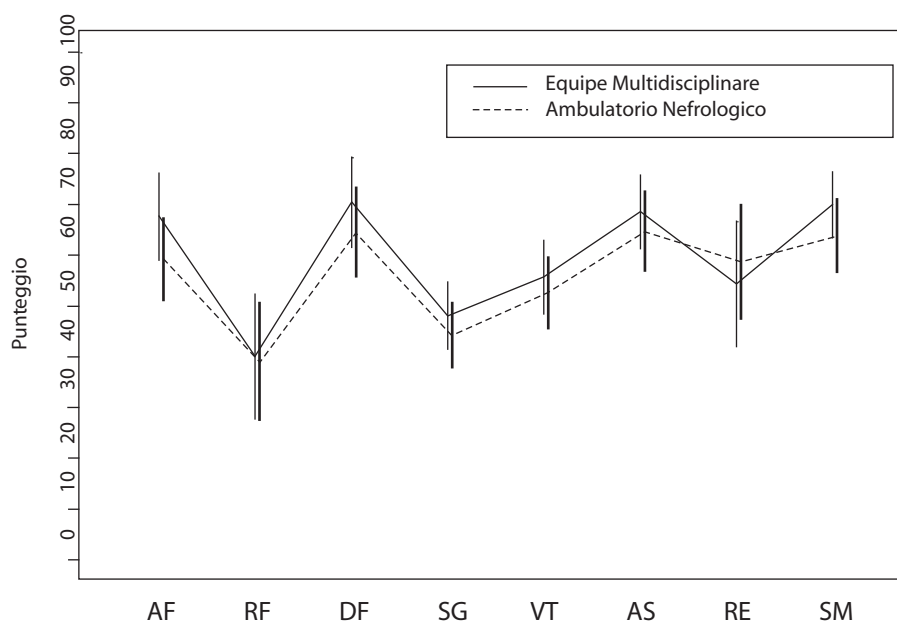
(per ogni incremento di 10 anni di età si ha un decremento medio di 7 punti, $p = 0.006$) e risultano mediamente superiori per gli uomini (69.0 vs 52.1, $p = 0.021$). I pazienti in dialisi peritoneale hanno avuto punteggi più elevati rispetto a quelli in emodialisi su due dimensioni fisiche (RF e DF). In particolare, le persone in dialisi peritoneale, metodica che si svolge a domicilio, riescono a gestire meglio le difficoltà sul lavoro e/o sulle attività quotidiane, con un punteggio medio della scala RF di 56.0 vs 34.4 ($p = 0.039$) e hanno meno dolore fisico (DF) delle persone in emodialisi (82.4 vs 63.1, $p = 0.023$).

Tabella 3 - Descrizione dei punteggi delle dimensioni dell'SF-36 per modalità di pre-dialisi

Gruppo		Componenti fisiche				Componenti emotive			
		AF	RF	DF	SG	VT	AS	RE	SM
Equipe multidisciplinare	n	47	47	48	46	47	48	45	47
	media	68.3	41.0	71.7	47.8	55.3	68.3	54.1	69.7
	d.s.	30.0	43.1	30.6	23.1	25.4	25.8	42.8	22.8
	25° percentile	40.0	0.0	46.0	30.0	40.0	50.0	0.0	60.0
	50° percentile	83.3	25.0	80.0	47.0	55.0	75.0	66.7	76.0
	75° percentile	90.0	100.0	100.0	67.0	75.0	87.5	100.0	85.0
Ambulatorio Nefrologico	n	51	50	50	49	50	50	50	50
	media	59.1	39.0	64.5	44.2	52.5	64.8	58.7	63.8
	d.s.	29.2	41.4	31.4	22.7	25.2	28.0	40.2	25.7
	25° percentile	35.0	0.0	41.0	30.0	35.0	50.0	33.3	52.0
	50° percentile	60.0	25.0	64.0	42.0	55.0	62.5	66.7	72.0
	75° percentile	85.0	75.0	100.0	67.0	75.0	87.5	100.0	84.0

Legenda: AF = attività fisica; RF = ruolo e salute fisica; DF = dolore fisico; SG = salute in generale; VT = vitalità; AS = attività sociali; RE = ruolo e stato emotivo; SM = salute mentale.

Figura 3 - Punteggi medi e intervalli di confidenza al 95% delle diverse dimensioni dell'SF-36 per percorso di pre-dialisi



Legenda: AF = attività fisica; RF = ruolo e salute fisica; DF = dolore fisico; SG = salute in generale; VT = vitalità; AS = attività sociali; RE = ruolo e stato emotivo; SM = salute mentale.

Discussione e conclusioni

Un percorso multidisciplinare di pre-dialisi nei pazienti affetti da IRC ha mostrato numerosi effetti positivi sia in termini clinici^{5, 6, 8, 10, 12, 18-20} che psico-sociali.^{6, 10, 13-14, 20} Questo lavoro aveva l'obiettivo descrivere l'impatto della strategia di pre-dialisi sulla qualità di vita dei pazienti neodializzati, confrontandola con quella dei pazienti che hanno seguito un percorso standard.

L'analisi delle dimensioni fisiche ed emotive dell'SF-36 ha prodotto esiti incoraggianti a favore del percorso educativo multidisciplinare, che non sono però risultati statisticamente significativi all'analisi multivariata. Le differenze medie tra i due gruppi a favore del percorso multidisciplinare sono evidenti in due dimensioni fisiche (AF e DF) e in una mentale (SM). La dimensione RE è l'unica con valori migliori per

i pazienti assistiti di routine. Questo è un dato inatteso poiché la presa in carico in pre-dialisi dovrebbe garantire il "tempo psicologico"²¹ necessario per l'accettazione della malattia e del suo trattamento, che si riflette sullo stato emotivo e che dovrebbe essere potenziato da un percorso informativo ed educativo.

Una QoL più bassa tra gli anziani e le donne è stata descritta anche in altri studi su soggetti in dialisi^{18, 22} in particolare per AF, legata all'esercizio di tutte le attività fisiche. Anche la metodica dialitica interferisce sulla qualità di vita: i pazienti in dialisi peritoneale hanno un punteggio medio significativamente più elevato nelle dimensioni RF e DF, come già osservato in uno studio²³ condotto su pazienti in trattamento dialitico da tre mesi. Tale beneficio iniziale sembra però esaurirsi nel tempo.²⁴

I risultati di questo studio, con una tendenza a favore del percorso di pre-dialisi multidisciplinare, possono essere in parte spiegati dal fatto che in questo gruppo vi è una più elevata percentuale di soggetti in dialisi peritoneale, trattamento che sembra influenzare positivamente la qualità di vita. Il trend rimane all'analisi multivariata, aggiustata per il tipo di dialisi. L'unica caratteristica non bilanciata nei due gruppi, che sono simili per aspetti demografici e clinici, è il trattamento predialisi, pertanto il risultato è nella direzione di quanto riportato in letteratura:¹² una adeguata informazione ed educazione del paziente e della sua famiglia fornisce la spinta che lo orienta verso la modalità dialitica domiciliare.

I livelli medi globali delle dimensioni dell'SF-36 sono sovrapponibili a quelli ottenuti su un campione dalle caratteristiche simili²³ e su uno più generale.²⁴ I pazienti presentano punteggi medi superiori a 50 in tutte le dimensioni, eccetto che RF e SG. Come atteso, la qualità di vita di questi pazienti è più bassa rispetto a quella della popolazione italiana,¹⁵ per tutte le dimensioni, con differenze sostanziali per AF, RF, SG e RE.

Per poter definitivamente sostenere con dati l'efficacia del percorso di pre-dialisi multidisciplinare suggerita da questo studio, sarebbe stato necessario un campione più numeroso. Non è stato possibile contattare un numero più elevato di pazienti perché molti, potenzialmente eleggibili, avevano iniziato la dialisi in

regime di urgenza. La praticabilità di un percorso di pre-dialisi si scontra infatti con il dato secondo cui, circa il 60% dei soggetti con IRC, inizia la dialisi tre mesi dopo la prima visita dal nefrologo, impedendone l'avvio ad un programma di pre-dialisi.¹⁹ Di contro, in letteratura sono sempre più numerose le segnalazioni dei benefici ottenuti dalla presa in carico precoce del paziente affetto da IRC.² Una ulteriore limitazione di questo studio, difficilmente superabile, sta nell'impossibilità di randomizzare i soggetti ai due trattamenti: i centri offrono infatti, per ragioni organizzative, una sola fra le due modalità di pre-dialisi confrontate.

La qualità di vita dei pazienti è il risultato di complesse interazioni tra l'esito della malattia, le caratteristiche personali, il supporto familiare, la qualità delle cure ricevute e le personali capacità di far fronte alle difficoltà. Pertanto, vista la complessità e i numerosi fattori che intervengono, sarebbe interessante approfondire quali sono gli aspetti del percorso multidisciplinare su cui puntare maggiormente per aiutare il paziente e la sua famiglia.

Bibliografia

1. Società Italiana di Nefrologia: Italian Registry of dialysis and transplantation. Report 2005 <http://www.sin-ridt.org/sin-ridt.org.htm>, consultato il 15 marzo 2008.
2. Buccianti G, Baragetti I, Alberghini E, Furiani S, Musacchio N. La presa in carico precoce nell'insufficienza renale cronica: un nuovo approccio. *G Ital Nefrol* 2005; 22: 134-9.
3. Iles-Smith H. Percezioni ed esperienze dei pazienti in predialisi. *Edtna Erca J* 2005; XXXI3: 134-7.
4. Da Silva-Gane M, Goovaerts T, Elseviers M, Lindley E. Informazioni e counselling per i pazienti che si affacciano all'insufficienza renale terminale in centri Europei selezionati. *Edtna Erca J* 2002; XXVIII1: 52-8.
5. Perlman RL, Finkestein FO, Liu L, Roys E, Kiser M, Eisele G, et al. Quality of life in chronic kidney disease (CDK): a cross-sectional analysis in the Renal Research Institute-CDK study. *Am J Kidney Dis* 2005; 45:658-66.
6. Devins GM, Mendelssohn DC, Barré PE. Predialysis psychoeducational intervention and coping styles influence time to dialysis in chronic kidney disease. *Am J Kidney Dis* 2003; 42: 693-703.
7. Golper T. Patient education: can it maximize the success of therapy? *Nephrol Dial Transplant* 2001; S20-S24.
8. Levin A, Lewis M, Mortiboy P. Multidisciplinary predialysis programs: quantification and limitations of their impact on patient outcomes in two Canadian settings. *Am J Kidney Dis* 1997; 29: 533-40.

Ringraziamenti

Si ringraziano per il prezioso aiuto il Prof. A. Stella e il Dott. G. Torti della Clinica Nefrologica AO San Gerardo di Monza. Si ringraziano, inoltre le équipes dei centri dialisi che hanno collaborato: Ao Ospedale San Lazzaro di Alba, AO Caduti Bollatesi di Bollate, AO Ospedale Bassini di Cinisello Balsamo, AO S. Anna di Como, AO S. Antonio Abate di Gallarate, AO San Gerardo di Monza, AO Niguarda Ca' Granda di Milano, AO Ospedale Civile di Piacenza, Istituto Clinico Humanitas di Rozzano, AO Valtellina Valchiavenna di Sondrio, AO Macchi di Varese, AO Ospedale Civile di Vimercate.

9. Kelly J, Stanley M, Harris D. Acceptance onto Dialysis Guidelines. Predialysis education. *Nephrology* 2005; 10: S46-S60.
10. Ravani G, Marinangeli G, Stacchiotti L, Malberti F. Multidisciplinary chronic kidney disease management improves survival on dialysis. *J Nephrol* 2003; 16: 870-7.
11. Devins GM, Mendelssohn DC, Barré PE, Taub K, Binik YM. Predialysis Psychoeducational Intervention extends survival in CDK: A 20-years follow-up. *Am J Kidney Dis* 2005; 46: 1088-98.
12. Ghossein C, Serrano A, Rammohan M. The role of comprehensive renal clinic in chronic kidney disease stabilization and management: the Northwestern experience. *Semin Nephrol* 2002; 22: 526-32.
13. Rasgon S, Schwankovsky L, James-Rogers A, Widrow L, Glick J, Butts E. An intervention for employment maintenance among blue-collar workers with end-stage disease. *Am J Kidney Dis* 1998; 22: 403-12.
14. Klang B, Bjorvell H, Berglund J. Predialysis patient education: effects on functioning and well-being in uraemic patients. *J Adv Nurs* 1998; 28: 36-44.
15. Apolone G, Mosconi P, Ware J.E. Questionario sullo stato di salute SF-36. Manuale d'uso e guida all'interpretazione dei risultati. Milano: Guerini e Associati, 1997.
16. Mingardi G. Dallo sviluppo all'applicazione clinica di un questionario sulla qualità di vita in dialisi. In: Apolone G, Mosconi P, Mingardi G. *Attualità nefrologiche & dialitiche*. Milano: Wichtig Editore, 1997.
17. Nordio M, Postorino M, Casino F, Mancini E, Salomone M, Conte F. Criteri di uniformità per la raccolta dati del Registro Italiano di Dialisi e Trapianto. *G Ital Nefrol* 2005; 22: 152-8.
18. Wight JP, Edwards L, Brazier J, Walters S, Payne JN, Brown CB. The SF 36 as an outcome measure of services for end stage renal failure. *Qual Health Care* 1998; 7: 209-21.
19. Ravani P, Marinangeli G, Stacchiotti L, Malberti F. Structured pre-dialysis programs: More than just timely referral? *J Nephrol* 2003; 16: 862-9.
20. Walters BAJ, Hays RD, Spritzer L, Fridman M, Carter WB. Health-related quality of life, depressive symptoms, anemia and malnutrition at hemodialysis initiation. *Am J Kidney Dis* 2002; 40: 1185-94.
21. Buccianti G, Alberghini E, Baragetti I, Musacchio N. L'educazione terapeutica in nefrologia. Da crislide a farfalla. Genova: Accademia nazionale di medicina, 2005.
22. Morsh MC, Goncalves LF, Barros E. Health-related quality of life among haemodialysis patients-relationship with clinical indicators, morbidity and mortality. *J Clin Nurs* 2006; 15: 498-504.
23. Merkus MP, Jager KJ, Dekker FW, Boeschoten EW, Stevens P, Krediet RT. Quality of life in patients on chronic dialysis: self-assessment 3 months after the start of treatment. *Am J Kidney Dis* 1997; 29: 584-92.
24. Liem YS, Bosch JL, Arends LR, Heijnenbrok-Kal MH, Hunink MG. Quality of life assessed with the medical outcomes study Short Form 36 items health survey of patients on renal replacement therapy: a systematic review and meta-analysis. *Value Health* 2007; 10: 390-97.

SUMMARY

Introduction. Educational interventions and information for Acute Renal Failure patients delay dialysis and improve several outcomes (Hb values, blood pressure, complications). **Method.** The Quality of Life (QoL) of patients referring to 12 North Italian dialysis centres was assessed with the SF-36 and compared between 5 centres that adopted a multidisciplinary educational approach (4-5 individual or multiprofessional group meetings of 45-60 minutes each, with patients and relatives) and 7 routine care. Patients were selected if had started a planned dialysis treatment from 2-6 months. **Results.** 48

patients were cared with multiprofessional group meetings and with 51 routine care. The two groups were comparable for the main characteristics. On average, patients were on dialysis from 4 months. Mean scores for all dimensions of QoL were higher in multiprofessional group patients except for emotional role, but differences disappeared in multivariate analyses. **Conclusions.** Although differences are not statistically significant, they suggest a favourable impact of multidisciplinary care. Studies on larger sample are necessary to confirm these results.