

G. Colucci\*, F. Pavone\*\*,  
L. Caliandro\*\*\*, P. Iacovazzo\*\*

Medici generali, SIMG - Taranto

\*Specialista in Nefrologia

\*\*Specialista in Medicina interna

\*\*\*Specialista in Pneumologia

18

# Pochi malati, grandi costi

## L'insufficienza renale cronica

Tra le patologie ad andamento cronico, l'insufficienza renale cronica (IRC) è una delle condizioni morbose che maggiormente incidono sulla spesa sanitaria dei paesi industrializzati e in Italia è la seconda patologia per spesa pubblica dopo il diabete mellito. I già elevati *costi diretti* relativi alle spese mediche (si pensi alle sofisticate esigenze tecnologiche che la nefrologia richiede) e non mediche (esempio: il trasporto dei pazienti in dialisi), sono affiancati da *costi indiretti*, come la ridotta disponibilità lavorativa di un paziente in dialisi. Anche in tema di *costi intangibili*, il nefropatico cronico richiede supporto psicologico per il progressivo deterioramento della qualità della vita e impegno da parte dei parenti e amici a causa della malattia.

L'aumentata incidenza di IRC con i suoi onerosi bisogni sanitari e la scarsità delle risorse finanziarie e umane, impone ai medici comportamenti gestionali non finalizzati solo al controllo nel tempo, ma inquadrati in un *processo dinamico* che va dall'epidemiologia alla terapia, tenendo conto del ruolo importante del MG sulla prevenzione del danno renale e della sua evoluzione.

Ad esempio, circa le complicanze del diabete mellito di tipo 2, uno studio di Brown et al. (1999) ha dimostrato che le complicanze renali incidono sui costi molto più delle altre complicanze cardio-circolatorie: il deficit della funzionalità renale incrementava i costi per la cura del diabete del 65%, la nefropatia conclamata del 195% e l'IRC (uremia) del 771%!

### Late Referral

Il Late Referral (LR) è definito come il riferimento al

nefrologo in un periodo compreso da uno a sei mesi prima del bisogno della terapia sostitutiva. E' un fenomeno molto frequente in Italia, Francia, UK, USA. Uno studio di Lomeire e coll. del 1997 ha preso in considerazione l'Early Referral (riferimento tempestivo) e il Late Referral (riferimento tardivo) in quattordici centri nefrologici, tenendo presente la percentuale di pazienti in dialisi.

Si notava come un centro quale Brescia avesse una percentuale di ER del 90%, mentre invece centri come Bruxelles o Vicenza toccavano il 49-50%. La media delle giornate di ricovero, sempre in questo lavoro, è di 15,40 per i pazienti avviati al Nefrologo in tempo utile (382) contro il 28,65 per il LR (172).

### Implicazioni mediche del LR

Rispetto all'ER, il LR è associato a una più elevata mortalità nei 12- 24 mesi che seguono il Referral.

Uno studio di Khan del 1994 dava una sopravvivenza a 2 anni del 59% di pazienti con ER, che scendeva al 25% nei casi di LR.

Campbell et al., nel 1989, evidenziavano una mortalità del 39% nei Referral urgenti (< 1 mese), del 19% nei Referral intermedi (1-4 mesi), del 6% nei ER (> 4 mesi).

Uno studio pubblicato nel Press Medical del 1997 ha seguito i ricoveri e le dimissioni di 900 pazienti con IRC che vennero posti in dialisi nell'Ospedale Necker fra il gennaio del 1989 e il dicembre del 1996. I pazienti che erano sottoposti ad un periodico follow-up nefrologico vennero paragonati a quelli ricoverati in condizione di emergenza in stadi terminali dell'IRC.



I pazienti con LR presentavano:

1. valori pressori elevati
2. maggior sovraccarico di liquidi
3. livelli più elevati di urea, creatinina, acido urico, fosfati
4. livelli più bassi di bicarbonato, calcio, albumina, clearance della creatinina.

La media dei giorni di ricovero era 29,7 + 15,8 nei ricoveri di urgenza contro 4,8 + 3,3 giorni nei ricoveri di pazienti in follow-up nefrologico.

La morte improvvisa nei mesi dall'inizio della dialisi era più frequente (7,1 vs 1,6 p < 0,05) e meno pazienti di conseguenza poterono beneficiare di cure. Ciascun paziente ricoverato in LR presentava un costo aggiunto di 0,25 milioni di franchi.

#### Considerazioni

Un LR nefrologico senza plausibili giustificazioni si osserva in circa il 20% dei pazienti con IRC. Tutto questo determina uno svantaggio sia per quello che riguarda la qualità di vita del paziente, che un prolungato soggiorno in ospedale, con sovraccarico di costi per tutta la comunità. Una più stretta collaborazione tra MG e nefrologo è necessaria per una migliore gestione del paziente e una preparazione alla dialisi non affrettata.

#### Implicazioni economiche del LR

Il LR comporta più elevati costi iniziali a causa della prolungata ospedalizzazione all'inizio della dialisi; tutto questo è stato confermato da tre importanti studi:

1. Campbell, nel già citato lavoro clinico del 1989, osservava che la media delle ospedalizzazioni nei casi di ER era di 9 giorni (4.980 dollari) vs i 30 giorni (23.633 dollari) nel LR.
2. Junghers, nel 1993, evidenziava un eccesso di costi pari a 60 milioni di lire per ogni paziente con LR; questo incide anche sui costi dell'ospedalizzazione dovuta all'accesso vascolare.
3. Bleyer, nel 1995, calcolava una spesa di 10.551 dollari per ogni paziente con LR vs 2.900 dollari per

i pazienti in ER. La comunità medica ha urgente bisogno di stabilire linee guida sul tempo appropriato del Referral del paziente nefropatico al nefrologo.

#### Identificazione dei soggetti a rischio di IRC

In un nostro studio abbiamo seguito tutti i nostri pazienti di età >60 anni con lo scopo di individuare quelli che hanno una clearance della creatinina (Clcr) < 60 ml/m. Su una popolazione di 4.620 assistiti abbiamo sottoposto a visita e ad esami ematochimici 418 pazienti, di cui 174 M (età range 60-89) e 244 F (età range 60-91) analizzando età, peso, creatinemia, pressione arteriosa e applicato la formula di Cockcroft-Gault (riconosciuta valida nelle linee guida della Società Italiana di Nefrologia) per il calcolo della Clcr. Nei pazienti studiati la Clcr correla significativamente (p < 0.0001) con l'aumento ponderale; inoltre il 35% (147/418) presenta una Clcr < 60 ml/m (M 62- F 85). Lo studio è ancora in corso, essendo stati coinvolti tutti gli animatori della SIMG di Taranto, e le conclusioni definitive saranno tratte nel 2002.

$$\frac{(140 - \text{età}) \times \text{kg peso corporeo}}{72 \times \text{creatinina plasmatica}}$$

*se donna, moltiplicare tutto per 0,85*

Nel nostro lavoro la riduzione della Clcr può essere dovuta a vari fattori:

1. calo fisiologico del filtrato glomerulare dovuto all'età;
  2. eventuale ruolo di patologie concomitanti ad alto rischio (ipertensione arteriosa, diabete mellito, scompenso cardiaco) e nefropatia di base.
- Lo studio trasversale sarà seguito da uno longitudinale per dimostrare che seguire le linee guida e un appropriato Referral porta a ritardare l'inizio della dialisi con notevole riduzione dei costi.

#### Referral al Nefrologo (NIH Consensus Statement, nov. 1993)

- Creatinemia compresa tra 1,5-2 mg/dl
- Ipertensione Arteriosa (IA) con proteinuria nel range nefrosico

- IA e IRC presumibilmente dovuta a Nefropatia Ischemica o Parenchimale
- Diabete Mellito
- Malattie sistemiche che si associano ad interessamento renale (LES)
- Proteinuria non nefrosica associata ad altre anomalie del sedimento urinario e/o a manifestazioni sistemiche
- Micro o macroematuria con workup urologico negativo
- IA resistente alla terapia

### I costi dell'Irc

Stiamo trattando troppi pazienti per i quali non vi sarà come risultato un significativo allungamento della vita? Questo dilemma morale ha angustiato il sistema sanitario degli Stati Uniti dalla fine degli anni Ottanta. In realtà è vero che la cura del nefropatico è onerosa per la società, ma bisogna considerare i vantaggi del reinserimento attivo di persone che rappresenterebbero una perdita in termini di costi indiretti e intangibili.

#### Costi diretti del paziente con IRC

Costo terapeutico per un anno di trattamento con:

ACEi (ramipril)	£	516.000
ATIIi (losartan)	£	759.000
Ca antagonisti (verapamil)	£	319.000
- Bloccanti (carvadilolo)	£	478.000
Diuretici (furosemide)	£	78.000
- litico (doxazosina)	£	675.000
Carbonato di calcio	£	244.000
Calcitriolo	£	357.000
Eritropoietina (per sei mesi)	£	6.900.000

#### Costi del paziente in Uremia Terminale:

Sedute Emodialisi (ED) (trisettimanale per un anno)

bicarbonato dialisi £ 56.132.000

70% Costo del personale in toto (sanitario, amministr.)

30% Materiale d'uso

Dialisi Peritoneale Ambulatoriale Continua (CAPD)

(sedute giornaliere per un anno) £ 38.325.000

50% Materiale d'uso

50% Costo del personale in toto

Trapianto renale (1° anno)	£	70.000.000
(anni successivi)	£	10.000.000

- Esenzione dalla partecipazione alla spesa farmaceutica e diagnostica
- Invalidità civile ed accompagnamento (dialisi)
- Rimborso delle spese di trasporto per pazienti in trattamento di ED presso le strutture delle ASL, strutture sanitarie private e convenzionate nonché le cliniche universitarie convenzionate e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS)
- Rimborso della spesa sostenuta (nella misura dell'80%) ai nefropatici che, in temporaneo soggiorno in altre regioni, effettuino trattamenti emodialitici in strutture sanitarie private non convenzionate, ovvero che, in temporaneo soggiorno in Stati Esteri con i quali non vigono rapporti convenzionali, effettuino gli stessi trattamenti presso strutture sanitarie di tali Stati (BURn.94 del'11/07/94 Art.4).

Il paziente in dialisi presenta costi di gran lunga più elevati e differirne l'inizio può significare un grande risparmio. Un MG che prenda parte attiva nel trattamento dell'IRC si renderà conto che la cura del nefropatico non è un mero esercizio di monitoraggio ma un *Processo Dinamico* che interviene su numerosi fattori: buon controllo di PA, anemia, metabolismo calcio-fosforo, equilibrio acido-base; adattamento posologico dei farmaci in base alla funzione renale residua; non uso di farmaci nefrotossici.

Parte integrante di questo processo è l'aspetto relazionale, prerogativa tipica dell'azione del MG che, attraverso il counselling, potrà intervenire efficacemente sull'educazione del paziente circa la sua malattia, l'alimentazione, l'uso dei farmaci, fino alla preparazione psicologica alla dialisi e all'eventuale trapianto renale.



Bibliografia integrale della versione web della Rivista ([www.simg.it](http://www.simg.it))