

Quando e perché scegliere l'emodialisi extracorporea domiciliare

Maria Maddalena Sedda¹, Alessandro Carrus¹, Dorian Soru¹, Pina Pira¹, Rita Pusceddu¹, Elena Lovicu¹, Francesco Logias²

¹Rete di Nefrologia e Dialisi, ASL di Nuoro, Nuoro

²Direttore Rete di Nefrologia e Dialisi, ASL di Nuoro, Nuoro

WHEN AND WHY CHOOSING HOME HEMODIALYSIS

Abstract. Recently we observed a renewed interest in home hemodialysis for the treatment of chronic renal disease thanks to the latest technological innovations, which allow to undergo this treatment more easily than in the past. The revival of this method raises an interesting debate in the scientific community; this debate has shown some critical positions in Italy through the NephroMeet platform. In this paper we highlight the main clinical evidences and the psychological and social effects of home hemodialysis, through a revision of the most recent literature and the conversational analysis of a successful case. Our perspective starts from the concept of health as defined by the WHO. We show how home extracorporeal hemodialysis presents important advantages, both clinical and psychosocial, and why it should be considered as a valid alternative after transplantation and peritoneal dialysis.

Key words: Home extracorporeal hemodialysis, Global health, ESRD treatment

Conflict of interest: None.

Financial support: None.

Ricevuto: 10 Dicembre 2013; Accettato: 13 Dicembre 2013



Francesco Logias

Emodialisi extracorporea domiciliare: i termini di un dibattito aperto

Negli ultimi anni si assiste a un rinnovato interesse per l'emodialisi domiciliare (HD Domiciliare) nel trattamento dell'insufficienza renale cronica. Essa, inizialmente diffusasi alla fine degli anni '70 e poi, perlopiù, abbandonata a favore dell'emodialisi ospedaliera (HD Ospedaliera), trova una nuova rilevanza anche grazie alle

recenti innovazioni tecnologiche, che consentono di effettuare un trattamento dialitico extracorporeo a domicilio.

Come avviene per ogni innovazione in ambito scientifico, anche l'HD Domiciliare è foriera di un acceso dibattito tra il personale sanitario che lavora in ambito nefrologico e dialitico. Recentemente, tale dibattito ha trovato un suo luogo pubblico nello spazio di discussione interattivo denominato "NephroMEET", su sollecitazione di una presa di posizione di Rombolà, intitolata "Emodialisi domiciliare: un'opzione realmente credibile" (1). Il contributo di Rombolà si conclude in maniera interlocutoria, evidenziando che "quando le notizie sulle strategie terapeutiche appaiono prima sui quotidiani che

sulle riviste scientifiche (vedi "terapia Di Bella" oppure il più recente caso "stamina"), molto spesso appartengono al mondo della propaganda". Dal momento che le conclusioni sono una parte estremamente importante di un articolo, in quanto ne sintetizzano il senso, possiamo dedurre che il contributo di Rombolà appare scettico rispetto all'HD Domiciliare.

Dal momento che a noi sembra che le evidenze rispetto all'efficacia e ai limiti di questa metodica siano state pubblicate in letteratura prima che sui quotidiani, ci proponiamo, in questo lavoro, di contribuire al dibattito su questo tema, chiarendo, però, prima, quali sono, a nostro avviso, i termini corretti della questione.

Chiarire i termini non è un'operazione capziosa poiché, come evidenziato da contributi ormai classici della psicologia sociale (2), il definire i termini di una questione controversa delimita l'ambito in cui chi concorda o discorda da una specifica posizione può esprimere la propria opinione.

Quali sono, quindi, i termini della questione evidenziabili nel contributo di Rombolà? L'Autore li esplicita all'inizio del suo intervento, quando parla delle ragioni per un "rinnovato entusiasmo" rispetto all'HD Domiciliare:

- risparmio;
- riabilitazione;
- prevenire i danni dell'uremia.

Seppur questi termini siano importanti e, come argomenteremo a breve, queste sono questioni rispetto alle quali la HD Domiciliare dà un importante contributo, secondo noi il punto di partenza dovrebbe essere un altro.

Tali termini riguardano, infatti, l'ambito strettamente tecnico, ossia il trattamento della *malattia*. Tuttavia, già l'OMS ci ricorda, nella sua ormai classica definizione di salute, che la salute è concettualizzabile come uno "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non come semplice assenza di malattia" (corsivo nostro). Dal momento che la nostra Costituzione recita, all'articolo 32, che "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti" (corsivo nostro), ci sembra opportuno considerare la questione nei termini del concetto di "salute" come definito dall'OMS. L'assenza di malattia è, quindi, solo uno degli aspetti importanti. Sono altresì rilevanti anche il benessere psichico e quello sociale, certamente influenzati dall'assenza di malattia e influenzanti il decorso della stessa. Il rapporto tra questi tre aspetti è, infatti, di interdipendenza: sappiamo che, per quanto concerne, per esempio, la patologia renale, uno dei problemi psicologici più rilevanti è la presenza importante di sintomi depressivi, spesso legati alla rottura di un equilibrio sia intrapsichico che relazionale, i quali influiscono sui tassi di decesso e ospedalizzazione e sulla *concordance* con la terapia (3). Il benessere sociale è legato, a sua volta, al fatto che, con la patologia renale, spesso vengono a mancare gli equilibri quotidiani precedenti del paziente (per esempio, forza fisica, lavoro, ecc.).

Nel proporre la terapia più adatta, si dovranno, quindi, considerare questi tre aspetti in maniera congiunta, per scegliere il trattamento che consenta meglio al paziente di migliorare in tutti e tre.

Rombolà suggerisce, secondo noi giustamente, che l'eventuale scelta dell'HD Domiciliare debba essere una scelta libera del paziente. Ma, affinché la scelta sia libera, il paziente deve essere informato della presenza di questa alternativa, delle opportunità, dei rischi e delle responsabilità che essa comporta. Ciò spesso non può avvenire perché, a volte, i nefrologi o il personale sanitario non sono adeguatamente informati rispetto alle opportunità di questa metodica (4) oppure perché i centri dialisi non dispongono delle tecnologie necessarie (ciò è vero anche e soprattutto per i centri privati, per i quali la *mission* è quella di effettuare la dialisi all'interno del centro: va, quindi, da sé che, in tali contesti, si preferisce non indicare l'opportunità di un'HD Domiciliare).

Dal momento che, in uno degli interessanti commenti al contributo di Rombolà già citato, viene scritto che "l'unica motivazione per l'HD Domiciliare è esclusivamente economica", e noi riteniamo che questa affermazione sia falsa, presentiamo di seguito le più recenti evidenze presenti in letteratura sull'efficacia dell'HD Domiciliare, per quanto riguarda sia gli aspetti clinici che quelli sociali. Presenteremo poi, in relazione agli aspetti sociali, alcune considerazioni a partire da una breve intervista effettuata a una paziente sottoposta a questo trattamento, riprendendo anche alcune delle considerazioni proposte da Rombolà e dagli altri colleghi.

Efficacia e limiti dell'emodialisi extracorporea domiciliare

Si può inizialmente evidenziare che l'HD Ospedaliera con una frequenza di 6 volte a settimana presenta dei vantaggi rispetto a quella effettuata 3 volte a settimana: in un *trial* clinico randomizzato (5) sono state confrontate queste due modalità e i risultati evidenziano che la dialisi effettuata "in-centre" 6 volte a settimana è associata a un miglioramento della *clearance* dell'urea (6) e a un beneficio in termini di morte o variazione della massa ventricolare sinistra e di morte o variazione della salute fisica, ma è associata anche a un incremento del ricorso a interventi sull'accesso vascolare. Ciò è comprensibile poiché, con l'emodialisi trisettimanale, vengono effettuate circa 350 punture della fistola, che arrivano a circa 600 con l'emodialisi 6 volte a settimana. È, quindi, essenziale, in questo caso, tenere in considerazione quest'ultimo aspetto. Una valida alternativa in tal senso può essere la puntura a sito costante, o *Buttonhole*, la quale è, purtroppo, ancora poco diffusa in Italia. L'emodialisi con una frequenza di 6 volte a settimana può essere effettuata più agevolmente a domicilio che nei centri dialisi (6).

Rispetto all'HD Domiciliare si rileva che le recenti innovazioni tecnologiche permettono, come evidenziato da una recente rassegna (7), di migliorare la qualità della vita e di ridurre le morbidità e il tasso di mortalità. Più in generale, diversi studi osservazionali, come mostrato in un'altra rassegna (8), suggeriscono che l'HD Domiciliare permette, rispetto all'emodialisi "in-centre", una migliore sopravvivenza dei pazienti, un migliore controllo della pressione e minori costi. I potenziali problemi riguardano la necessità di fare fronte alla complessità dei sistemi dialitici e l'importanza di un'accurata educazione sia dello *staff* sanitario che dei pazienti e dei *caregiver*.

La frequenza più efficace anche nell'HD Domiciliare, come già evidenziato per l'emodialisi in generale, sembra essere quella di 6 volte a settimana: in un *trial* clinico randomizzato (9) vengono confrontati 42 pazienti che effettuano l'emodialisi a casa per 3 volte a settimana con 45 pazienti che effettuano l'emodialisi notturna, sempre a casa, 6 volte a settimana. I risultati confermano la presenza di un effetto positivo della dialisi notturna per 6 volte settimanali sia sulla pressione arteriosa che sulla fosforemia, ma non evidenziano miglioramenti rispetto alla massa ventricolare sinistra e alla mortalità. Diversi studi rilevano, tuttavia, che il non aver riscontrato questi effetti favorevoli potrebbe essere legato al basso potere dello studio (10) e a problemi di campionamento (11): valgono, quindi, ancora i risultati ottenuti in studi precedenti, i quali evidenziano che l'HD Domiciliare intensiva è associata a un miglioramento di questi due aspetti (12).

Anche per quanto concerne l'emodialisi a pazienti in età pediatrica, qualora non sia possibile effettuare il trapianto (che rimane il trattamento di elezione) una recente rassegna (13) evidenzia che l'HD Domiciliare è la terapia più promettente, sia da un punto di vista clinico sia per ripristinare una vita il più possibile "normale".

Il problema, quindi, anche secondo un'ulteriore rassegna (4), non è tanto se effettuare o meno l'HD Domiciliare, quanto piuttosto quello di trovare dei modi per superare gli ostacoli e rendere tale approccio un intervento di successo. Quali sono i principali benefici e ostacoli secondo questa rassegna? I benefici sono rappresentati, come si è detto, dalle conseguenze positive dell'aumento della frequenza dialitica, da una maggiore sopravvivenza dei pazienti, dal miglioramento della qualità della vita (p. es., la possibilità per i pazienti di ricominciare a lavorare) e, ultimamente, dalla possibilità di viaggiare, poiché le dimensioni ridotte delle apparecchiature dialitiche consentono un trasporto aereo. I principali punti di debolezza riguardano l'educazione dei pazienti, le paure associate a queste metodiche, l'insufficiente competenza dei nefrologi, la complessità di alcuni sistemi emodialitici tradizionali che scoraggia i pazienti, il dispendio d'acqua necessario e i costi associati (ciò dipende, tuttavia, dal sistema dialitico utilizzato, poiché alcuni sistemi utilizzano sacche di dialisato sterile pronto all'uso). La maggior parte di questi ostacoli può essere superata attraverso la formazione del personale sanitario, dei pazienti e del *caregiver*, nonché fornendo una pronta disponibilità di personale sia tecnico che sanitario in caso di problemi. Per approfondire l'HD Domiciliare anche in Italia, è stato avviato recentemente un promettente studio RCT intitolato "Cost-utility of conventional hemodialysis (CHD) versus short daily hemodialysis (SDHD) for patients coming from home automated peritoneal dialysis (HAPD): a randomized controlled trial" (14), a dimostrazione di come, anche nel nostro Paese, l'HD Domiciliare riscontri un interesse sempre più crescente.

Emodialisi extracorporea domiciliare: l'esperienza della ASL di Nuoro

Presentiamo di seguito alcuni aspetti di un caso, seguito presso la Rete di Nefrologia e Dialisi della ASL di Nuoro, che a noi sembra rappresentativo di un'esperienza di emodialisi extracorporea domiciliare positiva.

Alla ASL di Nuoro seguiamo correntemente molte delle considerazioni presenti nell'intervento di Rombolà e nei successivi commenti dei colleghi; la lista trapianti è molto

snella: la terapia di elezione proposta in prima battuta è, quindi, il trapianto, già in sede di ambulatorio predialisi. La seconda terapia proposta è la dialisi peritoneale: diversamente dalla media nazionale (dall'8% al 10% dei pazienti italiani effettua la dialisi peritoneale), nella nostra Rete la percentuale di pazienti in dialisi peritoneale domiciliare si attesta intorno al 20%.

La dialisi extracorporea domiciliare è la terza via proposta e rappresenta un enorme vantaggio nei casi di *dropout* dalla dialisi peritoneale. Essa è possibile sia a domicilio sia in RSA specializzate (suggerite in uno dei commenti e già presenti nella nostra ASL) e il rischio di sottodialisi è evitato attraverso un continuo monitoraggio dei pazienti. Solo in ultima battuta, proponiamo, infine, l'HD Ospedaliera.

Di seguito, presentiamo l'importanza dell'HD Domiciliare attraverso le parole di una paziente e dei suoi familiari. La paziente che, in seguito all'HD Ospedaliera, ha accettato di effettuare la dialisi extracorporea a domicilio, è stata intervistata durante uno dei controlli di monitoraggio mensili, mentre dializzava in ospedale. Oltre a lei, sono presenti anche i due *caregiver*, entrambi precedentemente addestrati: suo marito e sua figlia. La paziente dializza grazie all'utilizzo del sistema *NxStage One*, prodotto da *Medical Inc.* e distribuito da *Spindial S.p.a.* in Italia.

L'intervista, della durata di 6 minuti, è stata svolta da uno psicologo che collabora con la Rete di Nefrologia e Dialisi ed è stata audio registrata e trascritta utilizzando una rielaborazione del codice sviluppato da Gail Jefferson (15), il quale permette di tenere conto anche degli aspetti "qualitativi" relativi al parlato (enfasi, momenti di silenzio, aumenti o diminuzioni della velocità del parlato, ecc.). In appendice, c'è una descrizione dei simboli utilizzati, mentre, per la trascrizione completa, non riportata qui per ragioni di spazio, si può scrivere all'indirizzo *e-mail* dell'Autore. Sebbene sia molto breve ci sembra che questa intervista possa aprire una finestra rispetto ai vantaggi dell'emodialisi domiciliare in pazienti adatti e con *caregiver* opportunamente formati. Le domande poste alla paziente e ai familiari riguardano gli aspetti positivi e negativi sia dell'HD Ospedaliera che dell'HD Domiciliare. I partecipanti sono indicati

ESTRATTO 1 - L'ESPRESSIONE "ASPETTI POSITIVI" È ASSOCIATA ALL'EMODIALISI DOMICILIARE

- 1 R: come: lo descriverebbe i momenti:: gli aspetti positivi e negativi di come: andava prima in ospedale
 2 P: be il fatto di essere più tranquilla a casa e di: il fatto di alzarmi, di fare, e:: quando voglio, (..) di iniziare la dialisi (.) quando sono pronta quando metto a posto tutte le cose magari a casa:
 3 R: a a:
 4 P: così e: cioè di fare: prima la macchina, poi chiamare loro e:: e attaccare, cioè è una cosa più tranquilla
 5 R: la prepara lei quindi
 6 P: sì è la mac- i:: quando la deve fare flavio sì quando la deve fare giovanna no la prepara lei
 7 M: ()
 8 P: la:: ce- certe mattine sì me la preparo io
 9 R: ha paura di fla:(h)vio
 10 P: no no no ((flavio ride)) anche perché se:: se dovessi prepararla: in un momento in cui non ci sono loro bisogna che::
 11 R: a a:
 12 M: o al di là di più: è anche più tranquilla preparatela così impara anche a gestirsi (.) la macchina così giovanna (.) la si inizia il lavoro (.) e se si vuole preparare la macchina anche per non perdere forse il ritmo (.) e si prepara la macchina (.) e arriva:: a farsi tutta la preparazione de (.) della macchina a pungere, a collegare:: (.) i vari collegamenti fa tutto

con degli pseudonimi e, in particolare, con "R" è indicato il ricercatore-intervistatore, con "P" è indicata la paziente, con "M" e con "Flavio" è indicato il marito della paziente e con "F" e con "Giovanna" è indicata la loro figlia.

Nell'Estratto 1 si può evidenziare come la paziente e suo marito associno spontaneamente gli aspetti positivi dell'emodialisi all'HD Domiciliare (emodialisi domiciliare) invece che all'HD Ospedaliera (emodialisi ospedaliera). Alla riga 1 si può vedere che l'intervistatore chiede alla paziente come descriverebbe "i momenti: gli aspetti positivi e negativi di come: andava prima in ospedale". L'intervistatore lascia scegliere ai presenti, quindi, se parlare prima degli aspetti positivi oppure di quelli negativi, ma pone un vincolo: parlare del passato ("prima") e dell'HD Ospedaliera ("in ospedale"). Alla riga 2 si può vedere che è la paziente a iniziare a rispondere. Parla degli aspetti positivi ("essere più tranquilla", "di alzarmi, di fare, e: quando voglio") ma, sorprendentemente, non fa riferimento all'HD Ospedaliera, quanto piuttosto all'HD Domiciliare ("a casa", come si vede alla fine del turno). La paziente, quindi, con questo suo intervento, permette di evidenziare che associa l'espressione "aspetti positivi" all'emodialisi domiciliare, tanto che non prende in considerazione l'intervistatore che la invitava a parlare dell'HD Ospedaliera. Gli aspetti positivi evidenziati dalla paziente riguardano una tranquillità maggiore rispetto all'HD Ospedaliera (come evidenziabile dal termine "più" in "più tranquilla") e un miglioramento degli aspetti di autonomia e *self-determination* (16) (come evidenziabile dall'espressione "quando voglio"). Questi aspetti evidenziati dalla paziente non sono di tipo clinico ma sono, piuttosto, aspetti emotivi e sociali che, come si è sottolineato nell'analisi della letteratura, sono estremamente importanti e sono generalmente favoriti dall'HD Domiciliare piuttosto che dall'HD Ospedaliera. Queste affermazioni della paziente vengono, poi, confermate dall'intervento di suo marito (riga 12).

Per quanto concerne l'Estratto 2 si evidenzia che, nel turno precedente alla riga 19 l'intervistatore ha proposto alla figlia della coppia di intervenire ma lei non è intervenuta, giustificando questo atteggiamento con il fatto di non

sentirsi bene. L'intervistatore si rivolge, quindi, alla paziente, rinunciando a intervistare la figlia (come indicato dall'espressione "lascio tranquilla allora"). A questo punto, l'intervistatore chiede quali siano gli aspetti negativi dell'HD Domiciliare ("di adesso"). Vediamo che nessuno dei presenti risponde immediatamente: alla riga 20, al posto di una risposta, troviamo un momento di silenzio di circa mezzo secondo. Alla riga 21 la paziente ripete la domanda dell'intervistatore ("di adesso") e alla riga 22 l'intervistatore conferma. Questa sequenza conversazionale è tipica di un momento di interazione in cui i partecipanti alla conversazione trovano "particolare" o "strana" una specifica domanda. Un'approfondita tradizione di analisi di trascrizioni di conversazioni quotidiane, sviluppatesi a Los Angeles a partire dalla fine degli anni '60, ci permette di evidenziare alcuni aspetti rilevanti di questo estratto conversazionale.

Nelle conversazioni quotidiane rivestono un ruolo fondamentale le cosiddette *coppie adiacenti* (17), un particolare tipo di *pattern* conversazionale composto da due parti, prodotte da parlanti diversi, in cui a una prima parte segue in maniera preferenziale una seconda parte. A un "invito", per esempio, segue in maniera "preferenziale" l'accettazione dell'invito e a una domanda segue preferenzialmente una risposta. Le seconde parti *non preferite* si riconoscono facilmente, poiché generalmente sono precedute da tentennamenti, correzioni, giustificazioni, scuse e così via.

Nel caso di una *domanda*, quale è quella effettuata dall'intervistatore alla riga 19, la seconda parte preferenziale è una *risposta*. Con la domanda l'intervistatore chiede quali sono "gli aspetti negativi" di "adesso", cioè dell'emodialisi domiciliare. Questa domanda presuppone, da parte dell'intervistatore, un accordo con gli interlocutori rispetto al fatto che l'emodialisi domiciliare presenti degli aspetti negativi (l'intervistatore non chiede infatti *se* ci sono degli aspetti negativi, ma chiede *quali* siano). Vari studi di analisi della conversazione mostrano che generalmente, in una conversazione quotidiana, c'è una *preferenza per l'accordo*. Un disaccordo è socialmente problematico e, in qualche modo, è "non preferito" e va giustificato.

La mancata risposta dei partecipanti (il silenzio alla riga 20) suggerisce la possibile introduzione di una risposta "non pre-

ESTRATTO 2 - GLI ASPETTI NEGATIVI DELL'EMODIALISI DOMICILIARE SONO "TRA VIRGOLETTE"

- 19 R: bene. lascio tranquilla allora. occhei questi gli aspetti positivi gli aspetti negativi di adesso?
- 20 (.)
- 21 P: di adesso
- 22 R: a a.
- 23 P: no io non: non ne vedo aspetti negativi.
- 24 R: e ci sarà pure qualcuno. (..) no:?
- 25 M: aspetto negativo (..) t(h)ra virgolette (.) e:: potrebbe essere: (..) u:mo che è un po': (..) appunto non c'è il rimborso dei viaggi
- 26 R: occhei
- 27 M: se si g(h)uarda l'aspetto negativo che (.) diciamo tra virgolette
- 28 R: >se andiamo proprio a cercarli<
- 29 M: e beee: (..) senti qualcuno che dice ma i rimborsi ce li hai. i rimborsi non ci sono giustamente. sei a casa, non spendi, (..) non non spendi, non viaggi (.) vieni qua una volta al mese a fare un esame. (.) è relativo quello perché::: (..) non () (qua ora) si è proprio l'aspetto più negativo diciamo ma (.) >potrebbe essere quasi una battuta<

ferita”: è possibile che i partecipanti non concordino con il fatto che ci siano degli aspetti negativi nell’HD Domiciliare. Questa ipotesi è rafforzata dall’intervento della paziente alla riga 21, in cui lei ripete la domanda dell’intervistatore. Questo intervento potrebbe essere sia una richiesta di chiarimento, sia una richiesta di conferma, sia un’opportunità data all’intervistatore per correggersi e riformulare la propria domanda. L’intervistatore mostra di considerarla come una richiesta di conferma (“a a.”, riga 22) e, solo a questo punto, la paziente produce una risposta in disaccordo con l’intervistatore: “no io non: non ne vedo aspetti negativi” (riga 23). Quando l’intervistatore insiste e ripete la domanda (riga 24), è il marito a rispondere. Anche lui mostra di considerare la domanda dell’intervistatore come “non preferita”, come si può evidenziare alla riga 25 sia per la sua ripetizione della domanda stessa (“aspetto negativo”), sia per il momento di silenzio successivo, sia per la mitigazione della successiva risposta mediante l’espressione “t(h)ra virgolette” pronunciata con una breve risata (indicata dalla lettera “h”) all’interno della parola “tra”. In questo modo, il marito della paziente sembra qualificare ciò che sta per dire più come un dare una qualche risposta (per non entrare in disaccordo con l’intervistatore) che come un delineare realmente degli aspetti negativi dell’HD Domiciliare.

Questa ipotesi è confermata dai turni successivi. La risposta che viene fornita riguarda l’assenza, nell’HD Domiciliare, di un rimborso economico per i viaggi (riga 25), ma questa risposta è subito dopo riconfigurata come un qualcosa “tra virgolette” (riga 27) e come un qualcosa che il marito della paziente ha fatto una certa fatica a fornire (“se andiamo proprio a cercarli”, riga 28). Infatti, alla riga 29, il marito della paziente premette che è corretto (“giustamente”) che i rimborsi non ci siano e fornisce un elenco di ragioni per argomentare questa posizione: “non spendi, non viaggi (.) vieni qua una volta al mese a fare un esame”. Questo elenco è prodotto attraverso una lista composta da tre parti e, come mostra Jefferson (18), una delle principali funzioni pragmatiche delle liste di tre parti è quella di essere “relativamente complete”, ossia di esaurire tutte le possibilità rispetto all’argomento per cui la lista è stata prodotta. Con la produzione di questa lista tripartita, quindi, il marito della paziente costruisce un’idea di totalità: non c’è, in base alla sua produzione conversazionale, alcuna ragione per considerare la mancanza di un rimborso come un “aspetto negativo” e le ragioni addotte sono considerate dal parlante come esaustive. Infatti, egli, subito dopo, definisce quanto detto “quasi” una battuta (riga 29).

Conclusioni

L’emodialisi extracorporea domiciliare si presenta come una valida alternativa per l’insufficienza renale dopo il trapianto e la dialisi peritoneale. Ciò è supportato da una vasta letteratura scientifica continuamente in crescita. La letteratura permette di evidenziare che questa metodica permette dei vantaggi sia da un punto di vista clinico che da un punto di vista psicosociale, consentendo di avvicinarsi in maniera importante al concetto di salute proposto

dall’OMS. È, quindi, essenziale una corretta informazione sia del personale sanitario che dei pazienti, in modo che tutte le figure coinvolte siano correttamente informate rispetto a questa opportunità e possano scegliere liberamente e consapevolmente quale trattamento effettuare. L’approfondimento con un intervento su uno spazio pubblico (per esempio, *NephroMEET*), accessibile sia al personale sanitario che ai pazienti, consente di rilevare come ogni intervento del personale sanitario, anche se proposto in spazi di libera discussione, debba essere correttamente informato, basandosi sulla letteratura più recente, in modo tale da non generare né false speranze né tantomeno pericolosi pregiudizi rispetto a questa metodica estremamente promettente, come mostrato anche attraverso l’analisi qualitativa di un caso di successo.

Riassunto

Negli ultimi anni si assiste a un rinnovato interesse per l’emodialisi domiciliare nel trattamento dell’insufficienza renale cronica, anche grazie alle recenti innovazioni tecnologiche che consentono di effettuare tale trattamento più agevolmente che in passato. Il *revival* di questa metodica suscita un interessante dibattito nella comunità scientifica e tale dibattito ultimamente, in Italia, ha visto l’espressione di alcune posizioni critiche nella piattaforma *NephroMEET*. In questo contributo, si sottolineano le principali evidenze cliniche e gli effetti psicologici e sociali di questa metodica, attraverso un approfondimento della letteratura più recente e grazie all’analisi conversazionale di un caso di successo. La prospettiva da cui si parte è quella relativa al concetto di salute, come definito dall’OMS. Si evidenzia come l’emodialisi extracorporea domiciliare presenti importanti vantaggi sia clinici che psicosociali, configurandosi come una valida alternativa dopo il trapianto e la dialisi peritoneale.

Parole chiave: Emodialisi extracorporea domiciliare, Salute globale, Trattamento dell’ESRD

Dichiarazione di conflitto di interessi: Gli Autori dichiarano di non avere conflitto di interesse.

Contributi economici agli Autori: Gli Autori dichiarano di non aver ricevuto sponsorizzazioni economiche per la preparazione dell’articolo.

Indirizzo degli Autori:

Dr. Francesco Logias
P.O. San Francesco
Via Mannironi 1
08100 Nuoro
logias@tiscali.it

Appendice: convenzioni di trascrizione utilizzate negli estratti

(.)	Momento di silenzio di circa un decimo di secondo
(..)	Momento di silenzio compreso tra due e cinque decimi di secondo
,	Espressione pronunciata con un'intonazione da ascendente a discendente, come se fosse un elenco
.	Espressione pronunciata con un'intonazione finale discendente, come di "chiusura"
<u>Enfasi</u>	Sottolineato. Enfasi su una parola/espressione
Paro:::la	Due punti. Prolungamento del suono che li precede. Tanti due punti indicano un prolungamento maggiore
Parola?	Espressione pronunciata con un'intonazione ascendente
inter-	Interruzione brusca di parola
>veloce<	Incremento sensibile della velocità del parlato
(h)	Espirazioni all'interno di una parola o, per esempio, colpi di tosse o risate
()	Espressione non udibile
((note))	Note del trascrittore o aspetti non verbali

Bibliografia

1. Rombolà G. 2013. Emodialisi domiciliare: un'opzione realmente credibile. Disponibile su: <http://www.nephromeet.com/web/procedure/protocollo.cfm?List=WsIdEvento,WsPageNameCaller&c1=SinSpace&c2=%2Fweb%2Feventi%2FNEPHROMEET%2Findex.cfm> (Accesso il 10 Dicembre 2013).
2. Billig M. *Arguing and thinking: a rhetorical approach to social psychology*, 2nd edition. Cambridge, Cambridge University Press and Maison des Sciences de l'Homme, 1996.
3. Logias F, Sequenza MJ, Granata A, Soru D. Depressione e patologia renale: rassegna della letteratura e prospettive di intervento. *Tecniche Nefrologiche e Dialitiche* 2012; 4: 8-13.
4. Young BA, Chan C, Blagg C, et al. How to overcome barriers and establish a successful home HD program. *Clin J Am Soc*

5. FHN Trial Group. In-Center Hemodialysis Six Times per Week versus Three Times per Week. *N Engl J Med* 2010; 363: 2287-300.
6. Vanholder R, Eloot S, Neiryneck N, Van Biesen W. Home haemodialysis and uraemic toxin removal: does a happy marriage exist? *Nat Rev Nephrol* 2012; 8 (10): 579-88.
7. Karkar A. Modalities of hemodialysis: quality improvement. *Saudi J Kidney Dis Transpl* 2012; 23 (6): 1145-61.
8. Power A, Ashby D. Haemodialysis: hospital or home? *Postgrad Med J* 2013.
9. Rocco MV, Lockridge RS Jr, Beck GJ, et al. The effects of frequent nocturnal home hemodialysis: the Frequent Hemodialysis Network Nocturnal Trial. *Kidney Int* 2011; 80 (10): 1080-91.
10. Davenport A. How best to improve survival in hemodialysis patients: solute clearance or volume control? *Kidney Int* 2011; 80 (10): 1018-20.
11. Misra M, Twardowski ZJ. Benefits of frequent nocturnal home hemodialysis. *Kidney Int* 2012; 82 (1): 114-5.
12. Tennankore KK, Chan CT, Curran SP. Intensive home haemodialysis: benefits and barriers. *Nat Rev Nephrol* 2012; 8 (9): 515-22.
13. Hothi DK, Stronach L, Harvey E. Home haemodialysis. *Pediatr Nephrol* 2013; 28 (5): 721-30.
14. Gesualdo L. 2013. Cost-utility of conventional hemodialysis (CHD) versus short daily hemodialysis (SDHD) for patients coming from home automated peritoneal dialysis (HAPD): a randomized controlled trial. Disponibile su: <http://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02002949> (Accesso il 9 Dicembre 2013).
15. Jefferson, G. Glossary of transcript symbols with an introduction. In Lerner GH, ed, *Conversation analysis: studies from the first generation*, Amsterdam, Netherlands: John Benjamins Publishing, 2004; 13-31.
16. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psych* 2000; 55: 68-78.
17. Ci sembra corretto, cfr. l'abstract sulla pagina dell'autore: http://www.sscnet.ucla.edu/soc/faculty/schegloff/pubs/index.php?action=abs&file_id=42
18. Jefferson G. List-construction as a task and resource. In Psathas G, ed, *Interaction competence*, New York, NY: Irvington Publishers, 1991; p. 63-92.