



La dialisi domiciliare. Situazione attuale e prospettive future

Paolo Altieri, Giovanna Sau, Gianfranca Cabiddu

Ospedale San Michele (Azienda G. Brotzu), Cagliari



Attualmente il carico del trattamento dialitico domiciliare è sostenuto pressoché esclusivamente dalla dialisi peritoneale (DP), mentre l'emodialisi do-

miliare (EDD) è generalmente considerata un'attività ormai "remota".

La difficoltà di offrire ai pazienti la possibilità di effettuare a domicilio entrambi i trattamenti dialitici (DP e ED) limita fortemente la diffusione del trattamento domiciliare e costringe i pazienti che effettuano la DP a domicilio a tornare al Centro, se la dialisi peritoneale non può più essere continuata per ragioni cliniche e organizzative o per loro libera scelta (1).

Esistono alcune importanti ragioni per ampliare i programmi EDD:

- Offrire al paziente una migliore qualità della vita e riabilitazione sociale, creando maggiori possibilità di effettuare il trattamento domiciliare (PD e ED) più adatto al suo stile di vita.
- Creare le condizioni per una migliore riabilitazione clinica. Infatti gli attuali schemi dialitici (4 ore per tre volte alla settimana) effettuabili in

ospedale sono spesso insufficienti al controllo dell'ipertensione arteriosa e non consentono un'adeguata rimozione dei fosfati (2). Le suddette condizioni, possono essere, almeno in parte, la causa dell'aumento della mortalità cardiovascolare presente nei pazienti dializzati nei confronti

della popolazione di controllo. Sedute di emodialisi trisettimanali o quotidiane più lunghe, più facilmente effettuabili la notte, potrebbero correggere i suddetti fattori. Inoltre sedute dialitiche brevi (2 ore) e a elevata efficienza, effettuate nella tarda serata, potrebbero inserirsi

TABELLA I

Ragioni per le quali il trattamento emodialitico domiciliare dovrebbe diffondersi maggiormente

- Migliora la qualità di vita del paziente reinserendola nel ritmo di vita domiciliare.
- Scelta del tempo di trattamento e degli schemi dialitici più idonei per il paziente.
- Riduce il rischio di infezioni batteriche o virali.

Ragioni per le quali l'emodialisi domiciliare non si diffonde

- Medici e infermieri del Centro dialisi troppo impegnati in altri compiti.
- Eccessivo aggravio per il partner.
- Mancanza di programmi di conversione dialisi peritoneale → emodialisi domiciliare.
- Apparecchiature dialitiche troppo sofisticate.

molto bene, senza sconvolgere un ritmo di vita attivo, se effettuate in un contesto domiciliare.

- È sempre maggiore l'evidenza che gli attuali schemi dialitici non siano sufficienti a correggere le alterazioni di molti organi indotti dall'uremia. A esempio, è stato recentemente dimostrato che una dialisi quotidiana a bassi flussi ematici e di lunga durata può migliorare fortemente la sleeping apnea, presente nel 50% degli emodializzati trattati con la emodialisi convenzionale (3).

Le ragioni per le quali l'emodialisi domiciliare non si diffonde come sarebbe necessario sono le seguenti:

- I medici e gli infermieri che si dedicano all'assistenza dialitica ospedaliera sono sempre più dedicati all'assistenza di pazienti cronici e acuti. Inoltre gli usuali sistemi di dialisi eseguite in 2 o in 3 turni quotidiani successivi rendono molto difficile l'applicazione di schemi di emodialisi alternativi anche se necessari; ciò riduce la disponibilità dei medici a dedicarsi all'attività di istruzione ed educazione sanitaria dei pazienti da avviare al trattamento domiciliare, che richiede molto tempo e pazienza.
- L'emodialisi domiciliare, così come viene attualmente proposta, richiede un forte impegno del partner familiare: periodo di istruzione presso il Centro di 3-6 mesi e successivamente notevole impegno a domicilio (4).

Cambiamenti necessari per estendere l'emodialisi domiciliare:

- Aumentare il supporto al paziente e al partner con incentivi economici se il lavoro è effettuato dal partner e/o mediante il supporto infermieristico presso il domicilio durante le fasi critiche (inizio del trattamento, instabilità del paziente, mancata disponibilità o ferie del partner).
- Ottimizzazione del sistema d'installazione e di manutenzione delle apparecchiature domiciliari e consegna a domicilio del materiale di consumo mediante service affidati a ditte esperte di dialisi domiciliare. Tali service potrebbero includere l'invio di specialist dell'assistenza domiciliare da parte della ditta fornitrice.

Ciò eviterebbe l'impegno del personale dei servizi dialisi. Occorrerebbe inoltre semplificare le apparecchiature da inviare a domicilio, analogamente a quanto è stato fatto per la dialisi peritoneale.

- Dare prioritariamente ai pazienti in trattamento peritoneale la possibilità di conversione con il trattamento EDD, quando, per necessità cliniche, la DP a domicilio deve essere interrotta, condizione che attualmente significa rientro obbligatorio in emodialisi ospedaliera.

paaltie@tin.it
gbrotzu@tin.it

BIBLIOGRAFIA

1. Piccoli GB, Mezza E, Iadarola AM, et al. Education as a clinical tool for self-dialysis. *Ad Per Dial* 2000; 16: 186-9.
2. Alloatti S, Manes M, Paterson G, et al. Peritoneal dialysis compared with hemodialysis in the treatment of end-stage renal disease. *J Nephrol* 2000; 13: 331-42.
3. Hanly PJ, Pierratos A. Improvement of sleep apnea in patients with chronic renal failure who undergo nocturnal hemodialysis. *N Engl J Med* 2001; 344: 102-7.
4. Mc Gregor Do, Buttimore AI, Lynn Kc, et al. Home hemodialysis: excellent survival at less cost, but still underutilized. *Kidney Int* 2000; 57: 2054-5.