

# Il trattamento emodialitico oggi

Giuseppe D'Amico

*Divisione di Nefrologia e Dialisi, Azienda Ospedaliera,  
Ospedale San Carlo Borromeo, Milano*



**S**oltanto i nefrologi che non hanno mai utilizzato la metodica emodialitica domiciliare (EDD) possono sostenere che essa non abbia ancora oggi giustificazioni serie, e sia quindi priva di futuro. Due sono le principali motivazioni di questa condanna acritica: 1) un rifiuto preconcepito, legato a ignoranza o pigrizia mentale; 2) una convenienza economica (ridotto guadagno, per chi opera in Centri di dialisi privati).

Noi, all'Ospedale San Carlo di Milano, abbiamo sempre creduto nei vantaggi di questa metodica in pazienti adatti. Siamo giunti ad avere quasi 100 pazienti contemporaneamente in trattamento prima dell'era della CAPD e dei Centri ad assistenza limitata. Ancora oggi, nonostante la ovvia concorrenza di queste due metodiche, pratica la EDD un pool oscillante fra 15-20 pazienti: nuovi pazienti vengono addestrati e inviati a casa, mentre vecchi pazienti da decenni trattati a casa rientrano al Centro ospedaliero per ovvie complica-

ze da dialisi protratta, iniziata in anni nei quali le possibili complicanze cliniche del trattamento dialitico non erano note o prevedibili.

Basterebbe constatare l'enorme difficoltà con la quale riusciamo a convincere questi pazienti a "rientrare" in ospedale, per capire quanto l'autonomia terapeutica a lungo praticata resti una conquista cui non rinunciano facilmente né il paziente né il partner familiare.

Quindi, riteniamo che valga ancora oggi il giudizio positivo (riportato nella conclusione dell'articolo introduttivo di Lombardi a questo dibattito), espresso nel 1985 dall'amico Vercellone, indimenticabile compagno delle prime battaglie contro i politici e gli amministratori per la legalizzazione della EDD alla fine degli anni '70.

Le motivazioni per credere che la EDD abbia ancora un ruolo preciso fra le strategie dialitiche e possa averlo anche in futuro, sono state già analizzate assai bene da Lombardi. Io vorrei sottolineare solo alcuni aspetti particolari del problema.

1) La più che trentennale esperienza del trattamento sostitutivo dialitico nel nostro Paese e nel mondo ha permesso di stabilire che la principale carenza dei programmi basati sulla

prevalenza della emodialisi ospedaliera o ad assistenza limitata è la loro rigidità, la scarsa adattabilità (sempre più scarsa con l'intasamento delle strutture dialitiche) alle esigenze cliniche e socio-economiche dei pazienti. Tale esperienza ha anche insegnato che per un gruppo di pazienti non esiguo anche lo schema standard di 3 sedute alla settimana, ciascuna della durata di 4-5 ore, non permette una riabilitazione clinica soddisfacente a lungo termine (ed è spesso impossibile, per esigenze organizzative da saturazione lavorativa dei Centri di dialisi, protrarre oltre tale durata le singole sedute di questi pazienti a "rischio maggiore" di complicanze). Sempre più chiaro appare ai nefrologi responsabili dei grossi Centri di dialisi che, se la completa riabilitazione clinica di tutti i pazienti in trattamento fosse (come dovrebbe essere) il principale compito e obiettivo, al di là delle pastoie organizzative, economiche e burocratiche con cui si devono quotidianamente fare i conti, dovrebbero potere coesistere nei Centri di dialisi cadenze e tempi variabili delle sedute dialitiche, **personalizzate** al massimo.

2) La via più corretta per evitare la pericolosa anarchia gestionale dei Centri ospedalieri che deriverebbe da

tale personalizzazione necessaria, è certamente l'intensificazione del ritmo dialitico, facendo più dialisi durante la settimana, con durata ridotta di ogni singola seduta, fino allo standard fisiologicamente ideale della emodialisi quotidiana.

Per realizzare questo obiettivo, non si potrà non utilizzare più estensivamente il trasferimento del trattamento al domicilio dei pazienti. La cosa è fattibile già adesso. Buoncristiani ne ha ampiamente documentata l'efficacia clinica e l'accettazione da parte di pazienti e familiari.

3) Lo sviluppo tecnologico renderà questa strategia sempre più accettabile, riducendo al minimo l'intervento umano nelle pratiche di preparazione, sterilizzazione, uso multiplo del filtro, e limitando ancora di più tensione psichica e rischi per i familiari, che già oggi per dialisi frequenti di durata inferiore alle 3 ore, con bassi coefficienti di disidratazione oraria, risultano assai inferiori nei confronti della EDD standard trisettimanale.

Per concludere, è mia convinzione che il trattamento sostitutivo dialitico, almeno finché non divenga più agevole e rapido il trapianto renale, sia destinato a cambiare ancora nel nostro Paese. In particolare, i grandi Centri di dialisi ospedaliera non potranno non disporre di strutture "satelliti" ove si addestrino pazienti all'autonomia gestionale, sia più agevole praticare trattamenti emodialitici personalizzati, comprese le sedute multiple per tempi brevi, con invio successivo al domicilio del maggior numero possibile dei pazienti adeguatamente addestrati. Ancora una volta, i nefrologi torinesi sono all'avanguardia, grazie al Centro satellite gestito da Giorgina Piccoli, e vanno imitati.

*giuseppe.damico@oscb.sined.net*