

Dialisi domiciliare

Francesco Mastrangelo

*Divisione di Nefrologia, Dialisi e Trapianto,
Azienda Ospedaliera "Vito Fazzi", Lecce*

Al quesito se ha senso, oggi, avviare un programma di dialisi domiciliare credo si possa rispondere esaminando due aspetti: uno che analizzi il passato e l'altro di ordine prettamente clinico-organizzativo.

La prima questione, a mio parere, riguarda l'analisi delle cause del fallimento del programma nel corso degli ultimi dieci anni.

Nella personale esperienza il motivo fondamentale delle difficoltà incontrate riguarda il partner. L'importanza di questa figura è stata sicuramente sottovalutata. Ne sono prova due aspetti di ordine pratico, entrati anche nella legislazione di riferimento.

- La legge istitutiva del programma di dialisi domiciliare assegna direttamente al malato la responsabilità della gestione dialitica: lo spirito della norma era nel voler evitare di assegnare questa grave responsabilità al partner, allo scopo di evitargli problemi legali in caso di complicanze. Ma nella realtà, soprattutto per la dialisi extracorporea, il compito più importante, serio è del partner, cui competono in genere una serie di compiti (preparazione delle apparecchiature, puntura della fistola, gestione delle complicanze intradialitiche).

- Ogni analisi dei costi e le conseguenti tabelle ministeriali non hanno tenuto conto del "costo" reale del partner, il cui servizio è previsto in termini di gratuità. All'origine, siamo nei primi anni '70, vi era uno spirito di sacrificio, che attribuiva al partner un'aureola di santità, quale oggi tende a essere attribuita al volontariato. Ma, è mia impressione, che tutto ciò non sia risultato redditizio. Non posso non fare riferimento a mie esperienze personali, in cui il rientro dalla dialisi domiciliare, anche a distanza di 8-10 anni, è dipeso dalla "stanchezza" del partner, che risultava stressato dal lungo diuturno ricorso al trattamento terapeutico, applicato a una persona cara, e pertanto ancora più stressante.

Il problema della disponibilità di un partner è, oggi, particolarmente serio e rappresenta, a mio giudizio, l'aspetto predominante.

- Il ritmo e il tipo di vita rendono particolarmente difficile la disponibilità di un familiare per questo compito.
- Oggi, in una famiglia media, lavorano i due coniugi.
- Aumenta il numero degli anziani soli, e molte case di riposo non accettano pazienti con problematiche di dialisi, anche solo peritoneale.
- Il ricorso al volontariato non è sem-

plice, dal momento che non è agevole impostare un programma a lungo termine.

- I malati che possono "pagare" un partner non sono numerosi. D'altro canto non è possibile prescindere da questa figura, anche con l'uso della CAPD. Sono sempre più numerosi i pazienti anziani, i diabetici, per la maggior parte soggetti non autosufficienti.

Quindi si dovrà prevedere il costo del partner. E quindi probabilmente le differenze economiche rispetto alla dialisi ospedaliera potrebbero essere meno evidenti.

L'aspetto clinico per contro depone a favore della dialisi domiciliare.

I risultati clinici sono sicuramente superiori rispetto alla dialisi ospedaliera.

- La responsabilizzazione del malato e del partner ha riflessi positivi, che riguardano non solo la conduzione del trattamento dialitico in sé, ma predispongono malato e partner a una maggiore osservanza delle regole che riguardano la conduzione dell'interdialisi: e sotto questo aspetto mi risulta ancora importante la figura del partner, quale controllore del malato.
- L'isolamento dall'ambiente ospedaliero ha riflessi positivi sulla psiche

e sull'inserimento sociale e sulla prevenzione di complicanze infettive (epatiti ecc.).

- Ma soprattutto a domicilio si possono effettuare **protocolli dialitici differenti**.

La mia esperienza, in riferimento a quest'ultimo punto, è favorevole. Nel periodo 1974-2001 i diversi pazienti in trattamento domiciliare hanno seguito protocolli dialitici diversi dalla dialisi standard senza alcuna difficoltà.

Mi riferisco a trattamenti dialitici con sedute più frequenti (dialisi a giorni alterni e dialisi tetrasettimanale), cui abbiamo ritenuto, per la loro esclusività, di dare il nome di Lecce Dialysis (*Nephrol Dial Transpl* 1998; 6 (suppl): S139-47).

Questo tipo di dialisi, che è stata condotta nel nostro Centro a partire dal 1972, ha presentato i seguenti vantaggi:

- Survival eccellente, non differente dai dati presentati dal gruppo di Tassin;
- "gross mortality" annua intorno al 5%;
- ridotta mortalità cardiovascolare (21.6%);
- buon controllo dell'ipertensione arteriosa;
- ottima tolleranza dialitica con eccellente stabilità vascolare;
- ridotta morbilità;
- stato nutrizionale buono;
- miglior controllo dell'anemia, con più basso uso di EPO.

Se si tiene conto che il protocollo è stato realizzato su tutti i pazienti afferenti al nostro Centro, senza alcuna selezione, che i pazienti ad alto rischio erano il 37% della popolazione (nel gruppo di Tassin erano il 16%), che i pazienti anziani erano il 22%, i dati assumono un importante significato. E confermano su ampia popolazione e per tempi lunghi le favorevoli prospettive di trattamenti con frequenza dialitica elevata (vedi dialisi giornaliera).

Anche l'accesso vascolare non sembra essere in alcun modo danneggiato dalla più frequenti punture (F. Mastrangelo *Survival of fistulae in high efficiency dialysis*, IV International Symposium on home hemodialysis - Nashville 24-2-1998).

In conclusione credo di poter confermare il mio giudizio favorevole, in virtù degli aspetti clinici, sulla dialisi domiciliare. Le mie preoccupazioni sulla possibilità di estenderne l'uso sono legate all'aspetto organizzativo: solo la revisione dei costi potrebbe consentire un ricorso più esteso.

È evidente che tale revisione potrà realizzarsi se si uscirà dall'equivoco clinico che ancora oggi è presente: la dialisi trisettimanale non è affatto la "golden dialysis", ma solo il trattamento che l'inerzia organizzativa tende a conservare.

aledame@tin.it
marcellonapoli@hotmail.com

