

MA LA DIALISI DEVE ESSERE PER TUTTI? CERTO CHE SÌ!

G. Panzetta¹, M. Grignetti¹, G. Toigo²

¹ S.C. di Nefrologia e Dialisi, ² S.C. di Geriatria e Cattedra di Geriatria, Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti di Trieste", Trieste

Riassunto

Sebbene la dialisi possa essere difficile da eseguire e possa dare cattivi risultati in termini di sopravvivenza e di riabilitazione in ogni paziente clinicamente molto compromesso, non vi è dubbio che il problema dell'indicazione e dei limiti della dialisi si ponga nei pazienti molto anziani. I pazienti con età superiore a 75 anni stanno ormai superando il 35% dei nuovi pazienti che entrano in dialisi nella maggior parte dei registri europei. Nel nostro Centro ogni anno entrano in dialisi almeno 30 grandi anziani che rappresentano il 45% del totale dei pazienti incidenti.

Circa il 30% di questi pazienti, a causa di una grave compromissione dello stato fisico e/o mentale e spesso in concomitanza con una condizione di svantaggio sociale, raramente godono di una vera stabilità clinica e dipendono dall'aiuto di terzi per la sopravvivenza. La cura di questi pazienti è problematica e impegna strenuamente le strutture sanitarie e sociali, oltre che i Reparti di Nefrologia, la cui organizzazione può risultare letteralmente scompaginata dalle pressanti necessità.

Nonostante così tante difficoltà operative e una sopravvivenza mediana di soli 28 mesi, i pazienti con età superiore a 75 anni presentano una condizione clinica complessiva non troppo diversa da quella dei pazienti con età compresa tra 65 e 75 anni. Anzi, escludendo i soggetti con età superiore a 85 anni (una categoria con età così avanzata che i Geriatri considerano a parte), la sopravvivenza e la riabilitazione dei grandi anziani appaiono simili a quelle dei pazienti con età compresa tra 65 e 75 anni. Inoltre, molti dei problemi presentati dai dializzati anziani, quali le alterazioni sensoriali, mentali e funzionali, sono più causati dall'età avanzata per se che dall'uremia e dalla dialisi. Pertanto, i problemi connessi con l'etica del trattamento dialitico e con le difficoltà della cura, non sono diversi da quelli che si debbono affrontare nei pazienti con altre gravi malattie quali il cancro, le malattie sistemiche o gli esiti invalidanti dell'ictus.

Grazie alla tecnologia moderna e all'avanzamento delle nostre conoscenze cliniche, difficilmente oggi vi sono veri motivi per non dializzare una persona (si tratti di anziani o di ogni altro paziente in condizioni critiche) salvo il verificarsi dell'accanimento terapeutico o più semplicemente l'impossibilità di assicurare alla persona una vita dignitosa. Quindi, la vera natura del problema dell'indicazione e dei limiti della dialisi nei paesi progrediti non è economica, non è tecnica o clinica, ma è etica. La sfida è quella di riuscire a garantire il giusto bilanciamento tra la sofferenza del paziente e il supporto umano e assistenziale che la società deve offrire, quale elemento essenziale per giustificare la dialisi come ogni altra terapia che prolunghi la vita in condizioni difficili.

Should dialysis be for all? Yes indeed!

Clinically compromised patients who must undergo chronic dialysis are, in general, at risk because the procedure can be difficult to perform and give poor results in terms of survival and rehabilitation. However, it is dialysis of the very elderly which is routinely characterized by misgivings about the indication for and limits of the technique. Patients older than 75 years of age currently represent more than 35% of the population starting dialysis in most European registries. In our center at least 30 very old patients begin dialysis every year, accounting for 45% of the total incident patients. Because of severe physical and/or mental disability, often associated with a situation of social deprivation, about 30% of these patients rarely achieve true clinical stability

✉ Dr. Giovanni Oliviero Panzetta
S.C. di Nefrologia e Dialisi
Azienda Ospedaliero-Universitaria
di Trieste
Ospedale di Cattinara
34149 Trieste

Parole chiave:

Anziani,
Emodialisi,
Etica,
Selezione,
Sospensione

Key words:

Elderly,
Hemodialysis,
Ethics,
Selection,
Withdrawal

and depend upon outside caregivers in order to survive. The treatment of these patients strains the resources of the health and social structures, as well as those of nephrology divisions, whose organization can be disrupted by the urgent needs of these patients including hospitalization, transportation, convalescent care, etc. Despite these difficulties and a mean survival of only 28 months, the overall clinical conditions of patients older than 75 years are not much different from those of patients in the age bracket of 65 to 75 years. In fact, excluding patients older than 85 years (a category which geriatricians consider separately), the survival and rehabilitation of the very elderly appear similar to those of patients 65 to 75 years of age. Many of the clinical problems of the dialyzed elderly, such as sensory, mental and functional impairment, are the result of advanced age per se rather than uremia or dialysis. Therefore, ethical considerations related to dialysis and health maintenance in the very elderly are similar to those presented by patients who are afflicted by other serious diseases such as cancer, heart failure, or extensive stroke.

As a result of modern technology and the advancement of our clinical knowledge, it is difficult to conceive of a true motive to not dialyze a patient—whether very elderly or any other patient in critical conditions—except in situations of futility or the impossibility to attain a reasonable quality of life. Thus, the true nature of the debate regarding the indications or the limits of dialysis in developed countries is not economic, technical nor clinical, but ethical. The challenge for the nephrologist is to balance the need to alleviate human suffering and the institutional support society can offer, which is the “bottom line” unifying dialysis for the very elderly with every other therapy that prolongs life in tenuous conditions. (*G Ital Nefrol* 2008; 25: 277-83)

Conflict of interest: None

INTRODUZIONE

In una controversia su “dialisi sempre e comunque” è naturale che io debba stare dalla parte del “sì”. Infatti, il Centro di Trieste con i suoi 70 nuovi pazienti all’anno (pari a 290 per milione) si pone sicuramente ai primi posti in Italia e forse in Europa per il tasso di immissione in dialisi.

Questa situazione si è realizzata a partire dalla fine degli anni ‘90 quando i pazienti che entravano in dialisi con un’età superiore a 75 anni hanno cominciato a superare quelli con età compresa tra 65 e 75 anni (Fig. 1). Ed è per l’emergere prepotente di questa fascia di età che è tornato attuale il problema dell’indicazione e dei limiti della dialisi. Se è vero, infatti, che la dialisi può essere discussa anche nei pazienti più giovani in particolari condizioni (fasi terminali di malattie neoplastiche, morbo di Alzheimer, malattie invalidanti complicate da

dolore fisico intollerabile, ecc.), non c’è dubbio che tra i giovani l’immissione in dialisi è stabile o è in regresso e che il problema nasce dall’esorbitante immissione degli anziani e, tra questi, soprattutto degli ultrasettantacinquenni.

I così detti “grandi anziani”, costituiscono attualmente il 45% tra i pazienti incidenti e il 35% tra i pazienti prevalenti in dialisi a Trieste e rispettivamente il 35% e il 32% nel Registro Italiano per l’anno 2004 (sito elettronico www.sin-italy.org) e il 26% e il 16% nella media dei Registri Europei per l’anno 2005 (sito elettronico www.era-edta-reg.org). In Francia nel Registro REIN 2005 i pazienti incidenti con età superiore a 75 anni costituiscono il 38% del totale (sito elettronico www.agence-bio-medicine.fr).

Nonostante i grandi anziani tendano ormai a divenire la maggioranza, molto poco è noto del loro destino e prima ancora delle loro

condizioni cliniche e psichiche. La sopravvivenza mediana varia da 1 a 3 anni a seconda delle casistiche (1, 2) ed è pari a 2 anni nella media dei Registri Europei per l’anno 2005 (sito elettronico www.era-edta-reg.org); tuttavia, non vi è alcuna uniformità dei criteri di selezione per la dialisi e di arruolamento dei pazienti negli studi e tali differenze rendono sicuramente conto dei risultati così diversi. Pochi inoltre sono gli studi disponibili.

A ben vedere, il problema derivante dall’immissione di un numero così rilevante di grandi anziani non è tanto costituito dall’aumento del numero totale dei pazienti in dialisi, quanto dall’aumento del *turnover* dei pazienti stessi: il rapporto tra nuovi ingressi e numero totale dei pazienti è ben più alto a Trieste rispetto alla media del Paese (30% vs 22%), mentre la prevalenza dei pazienti è sovrapponibile; e poiché questi pazienti non vengono sottoposti a trapianto di rene, l’alto tur-

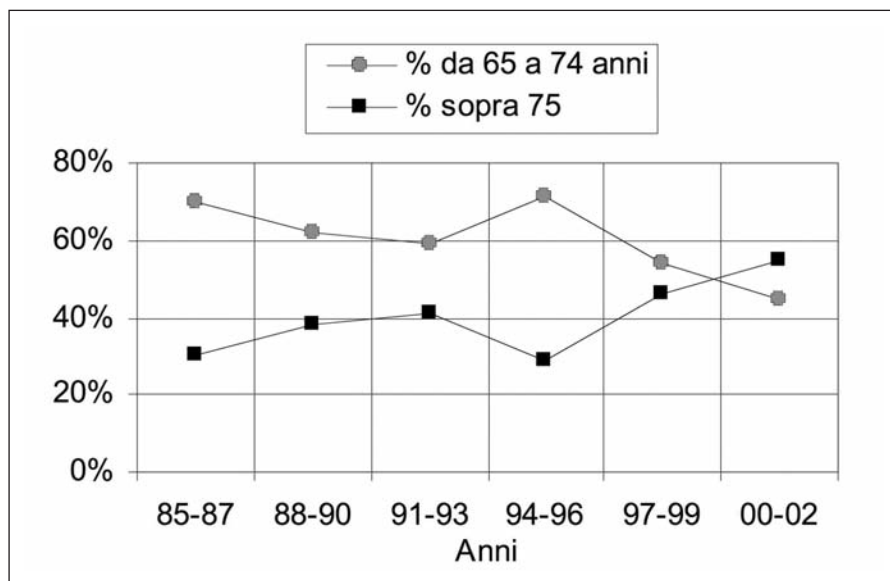


Fig. 1 - Distribuzione percentuale dei pazienti che entrano in dialisi con età superiore a 65 anni (65-74 vs >75). A partire dalla fine degli anni '90 i pazienti con età superiore a 75 anni hanno superato quelli con età compresa tra 65 e 74 anni.

nover deriva solo da una mortalità particolarmente elevata.

L'AUMENTO DEGLI ANZIANI

Come sopra ricordato, i dati del Registro del nostro reparto dimostrano che l'aumento più marcato dei grandi anziani in dialisi si è verificato a partire dalla fine degli anni '90 ed ha interessato tanto il sesso maschile quanto, se non più, il sesso femminile.

Poiché nella popolazione generale di Trieste la larga prevalenza degli anziani è presente e stabile ormai da diversi decenni, è evidente che l'aumento più recente dei dializzati anziani non dipende solo dal gran numero di anziani nella popolazione, ma anche dal mutare delle condizioni in cui essi sono venuti a trovarsi.

Studi di prevalenza dell'insufficienza renale cronica dimostrano, soprattutto nell'età avanzata, il costante aumento delle malattie vascolari renali connesse con la Sindrome Metabolica e con gli altri fattori di rischio vascolare (3) e ciò può giustificare il maggior afflusso in dialisi di anziani, anche di sesso femminile in cui l'aterosclerosi sta

rapidamente guadagnando terreno. La più efficace prevenzione farmacologica degli eventi cardiovascolari fatali contribuisce, inoltre, a far vivere più a lungo i pazienti fino alla necessità della dialisi e i numerosi insulti renali causati da terapie mediche o da interventi chirurgici (specie vascolari), cui gli anziani vengono ormai sottoposti senza limiti, favoriscono lo sviluppo di insufficienza renale avanzata in soggetti affetti da gradi apparentemente moderati di danno renale.

Ma, sebbene l'ipotesi sia istintivamente rifiutata da molti Nefrologi del nostro Paese, è necessario ammettere che diversi altri fattori (di ordine sociale, economico e, non ultimo tecnologico) stanno favorendo la caduta progressiva delle più o meno apparenti restrizioni dell'accesso alla dialisi dei pazienti molto anziani: il mutare della mentalità sociale in campo sanitario rende necessario "dare tutto a tutti", la maggiore disponibilità economica rende di fatto possibile "dare tutto a tutti" e gli avanzamenti scientifici e tecnologici in dialisi, come in tutte le specialità mediche, favoriscono la nostra capacità di far fronte a qualsiasi necessità clinica.

LA DIALISI NEGLI ANZIANI

Non vi è oggi alcun motivo per non dializzare una persona (si tratti di anziani o di qualsiasi altro paziente in condizioni critiche), salvo il verificarsi dell'accanimento terapeutico o, più semplicemente, l'impossibilità di assicurare alla persona una vita dignitosa. Quindi, la vera natura del problema nei paesi progrediti non è economica, non è tecnica o clinica, ma è etica.

Per restare ai numeri della realtà Triestina, paradigma della situazione del Paese in un prossimo futuro, occorre considerare che i pazienti che giungono in dialisi con un'età uguale o superiore a 75 anni sono circa 30 all'anno e che, ove si volessero adottare misure restrittive, poniamo, del 10% o del 20%, il numero dei grandi anziani resterebbe sempre ben elevato, pari a 27 o a 24 unità contro le 30 attuali. E con ciò la situazione risulterebbe sostanzialmente invariata e sarebbero forse necessarie restrizioni draconiane (del 50%?, "eliminando" 15 persone?) per registrare qualche cambiamento, visto che i provvedimenti restrittivi ridurrebbero il turnover, ma solo marginalmente il numero totale dei pazienti.

Ciò non toglie che la dialisi nell'anziano sia gravata da maggiori conseguenze fisiche e morali perché le ripercussioni acute del trattamento sono più invalidanti e perché l'interferenza della dialisi sul ritmo della vita è più avvertita dall'anziano. Allo stato attuale, tuttavia, la possibilità di superare questi disagi non dipende dal miglioramento tecnico della dialisi, ma da quanto la società può offrire ai pazienti in termini di supporto sociale ed umano. È dal giusto bilancio tra sofferenza ed aiuto che deriva l'eticità del trattamento dialitico nell'anziano, come in tutti i pazienti che presentino condizioni cliniche più critiche. E quindi, il piano di intervento per migliorare la situazione si sposta dalla medicina alla società, e le eventuali carenze della società non possono e non devono essere risolte

dalla medicina (cioè, alle carenze assistenziali non si può sopperire con provvedimenti restrittivi apparentemente motivati da ragioni cliniche).

DIPENDENZA E FRAGILITÀ NELL'ANZIANO

I Nefrologi sono abituati a pensare che tutto quanto avviene in un paziente in dialisi sia dovuto all'uremia e alla dialisi; l'anziano in dialisi è visto come un paziente dializzato con un'età più avanzata di altri e non come un anziano che è anche in dialisi. In accordo con Dimitrios Oreopoulos (4) è, invece, giunto il momento di diventare Nefrologi Geriatrici, ma forse ancor meglio Geriatri Nefrologici: comprenderemo allora come la dialisi nei grandi anziani sia difficile non solo perché comporta un'accentuazione delle normali problematiche tecniche e cliniche, ma anche perché l'anziano presenta una sua complessità fisica e psichica del tutto indipendente dall'uremia e dalla dialisi.

Circa il 30-40% delle persone sviluppa dopo i 75 anni una condizione di dipendenza da terzi per la propria sopravvivenza (5) a causa di alterazioni fisiche nel 40% dei casi e di deficit sensoriali o mentali nel restante 60% (spesso in associazione con alterazioni fisiche). L'attesa di vita in un soggetto di 65 anni è oggi in Italia di 78 anni per l'uomo e di 84 per la donna, ma quasi un terzo di questo periodo è trascorso in condizioni di inabilità e dipendenza (Rapporto ISTAT 2005). In molti casi sono presenti condizioni sociali disagiate, modesto livello di istruzione, povertà, alimentazione insufficiente, mancanza di sostegno familiare, abbandono sociale. Si comprende quindi come la dipendenza fisica e/o mentale in un contesto di svantaggio sociale possa determinare una maggior "fragilità" dell'anziano, che è seguita da un progressivo decadimento delle condizioni fisiche, da numerose complicanze acute (quali le infezioni, le fratture patologiche, le piaghe da decu-

bito), da ricoveri reiterati e ovviamente da un accorciamento della sopravvivenza (6). Tutto ciò avviene in maniera completamente indipendente dall'uremia, anche se la fragilità e la dipendenza possono forse essere aggravate dall'uremia e sono più frequenti nei soggetti anziani affetti da insufficienza renale cronica (7) e nei dializzati anziani (8).

Per fronteggiare quadri così complessi, in cui spesso si sovrappongono problematiche fisiche, psichiche (quando non psichiatriche) e sociali, i geriatri hanno sviluppato metodologie specifiche di intervento. Un moderno Reparto geriatrico dovrebbe disporre, oltre che di un geriatra esperto, di un team multidisciplinare comprendente psicologi, assistenti sociali, dietisti e tecnici della riabilitazione non solo per affrontare la fase acuta di malattia, ma soprattutto per realizzare un programma di protezione del paziente dopo la dimissione. Il team ospedaliero dovrebbe, infatti, interagire con le componenti assistenziali e sociali esterne per inserire il paziente in maniera coordinata nella rete dei "Servizi territoriali", comprendente i Reparti per post-acuti, la Riabilitazione, le RSA e soprattutto l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). E vi sono prove che questa metodologia valga a ridurre i ricoveri ospedalieri e a prolungare la vita dei pazienti (9, 10), persino di quelli con insufficienza renale cronica (11). In ogni caso, anche quando la vita non dovesse essere prolungata, almeno la dignità della vita sarebbe preservata.

I Nefrologi, in generale, non hanno scelta: devono moltiplicare i ricoveri in Nefrologia saturando i loro letti, le loro capacità operative e spesso i loro budget economici a discapito di ogni altra attività nefrologica. Gli staff infermieristici della dialisi sono commisurati (quando lo sono!) ai parametri classici del trattamento per una popolazione più giovane e non dispongono certo di team multidisciplinari che, invece, sarebbero indispensabili già oggi e tanto più lo saranno in un futuro non lontano.

Molti studi hanno ormai dimostrato che negli anziani in dialisi la qualità della vita costituisce la principale variabile correlata con la sopravvivenza (12-15) e che la qualità percepita della vita è indipendente dal numero e dalla gravità delle malattie concomitanti. Inoltre, Thong et al. (14) e Cukor et al. (15) hanno dimostrato che diversi fattori sociodemografici, come per esempio l'isolamento sociale, hanno un impatto negativo sulla sopravvivenza ed è noto che in dialisi la mortalità per cause sociali aumenta con l'età dopo i 65 anni (16).

Tutto ciò suggerisce che negli anziani in dialisi diversi fattori non classici (di ordine psicologico e soprattutto sociale) svolgano un ruolo sulla sopravvivenza, così come avviene per gli anziani non dializzati. E poiché anche nei dializzati si riconosce l'importanza che la disabilità e la dipendenza funzionale hanno sulla sopravvivenza (8, 17), diventa sempre più palese che nel grande anziano in dialisi il piano di intervento va spostandosi dall'ambito clinico a quello assistenziale e sociale.

L'ESPERIENZA PERSONALE

D'altro canto, il pianeta del grande anziano in dialisi è tuttora virtualmente sconosciuto. Esistono grandi differenze nell'incidenza e nella prevalenza di questi pazienti tra i Registri Americani e quello Europeo e grandi differenze sono ugualmente presenti tra le diverse Nazioni Europee. Come sopra ricordato, è chiaro che la possibilità di ritrovare in dialisi questi pazienti dipende dalla diversa incidenza dell'uremia terminale nel paese o nell'area considerata (in relazione soprattutto al grado di controllo dei fattori di rischio vascolare), ma anche da molte altre variabili tra cui principalmente l'ambiente sociale in cui vivono il Paziente e il Nefrologo e la maggiore o minore propensione del Nefrologo ad accettare i grandi anziani (18).

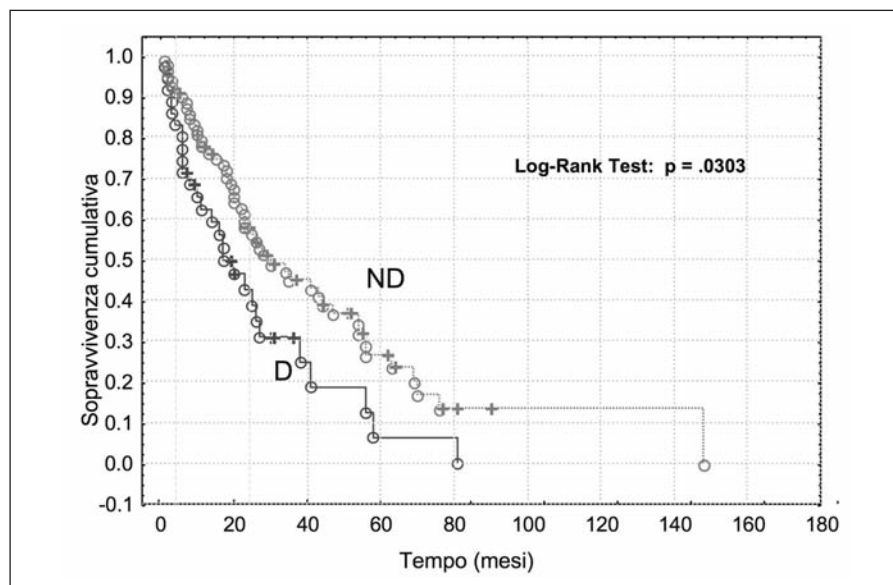


Fig. 2 - Curve di sopravvivenza attuariale. I pazienti con età superiore a 75 anni dipendenti da terzi (D) hanno una sopravvivenza inferiore a quella dei pazienti non dipendenti (ND).

Tutto ciò condiziona la mancanza di studi sufficientemente ampi e prospettici, basati appunto sulla piena accettazione di tutti i pazienti, mediante i quali si possa conoscere la reale incidenza, le condizioni cliniche e i fattori che condizionano la sopravvivenza di questi pazienti.

Sulla base di queste considerazioni abbiamo ritenuto opportuno effettuare una revisione della casistica del nostro Centro (19), al quale afferrisce popolazione ben identificata di

240.000 abitanti, caratterizzata da una larga presenza di soggetti adulti ed anziani per ragioni sociali e probabilmente etniche (26% con età superiore a 65 anni, 12% con età superiore a 75 anni).

Tra il gennaio 1991 e il dicembre 2002 sono entrati in dialisi 460 pazienti (276 maschi e 184 femmine), 112 dei quali avevano più di 75 anni (58 maschi e 54 femmine), che rappresentavano in media il 24.3% del totale. Come sopra rife-

rito, però, i pazienti con età superiore a 75 anni sono aumentati di anno in anno fino a raggiungere attualmente il 45% del totale.

Solo poco più della metà di questi pazienti era nota al nostro Ambulatorio nefrologico; la maggior parte iniziava la dialisi all'improvviso per insufficienza renale acuta irreversibile (8.9%), per perdita improvvisa della funzione renale prima poco compromessa (11.6%), per il comparire di un quadro uremico scompensato in pazienti con insufficienza renale cronica in occasione di emergenze (11.6%) o complicanze cliniche (34%). Ben meno della metà iniziava quindi la dialisi in elezione e solo nel 24% dei casi l'accesso vascolare era stato preparato in anticipo. Questi dati dimostrano l'elevato grado di complessità clinica presentato da questi malati e contemporaneamente l'assenza di selezione.

L'esame clinico evidenziava la presenza di comorbidità in percentuali rilevanti di pazienti: la miocardiopatia ischemica nel 62% dei casi o lo scompenso cardiaco nel 55%, la vasculopatia cerebrale nel 37% e periferica nel 55% o altre malattie come il diabete nel 29% e la broncopneumopatia cronica nel 23%; il 49% dei pazienti presentava 4 o più condizioni morbose oltre all'insufficienza renale cronica e il 20% era affetto da neoplasie.

TABELLA I - COMORBIDITÀ PER FASCE DI ETÀ

Fasce di età (anni)	65-74	75-79	80-84	>85	>75
Pazienti (N.)	162	61	35	16	112
Malattie	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Cardiopatia ischemica	56	66	63	44	62
Scompenso cardiaco	51	59	57	37	55
Vasculopatia periferica	35	67	49	25	53
Vasculopatia cerebrale	24	41	34	31	37
Broncopneumopatia	15	26	20	19	23
Ulcera peptica	18	28	31	12	27
Emiplegia	9	13	9	12	12
Diabete mellito	31	28	34	25	29
Neoplasia	26	18	20	25	20
N. Malattie (media)	2.9	3.6	3.2	2.6	3.3

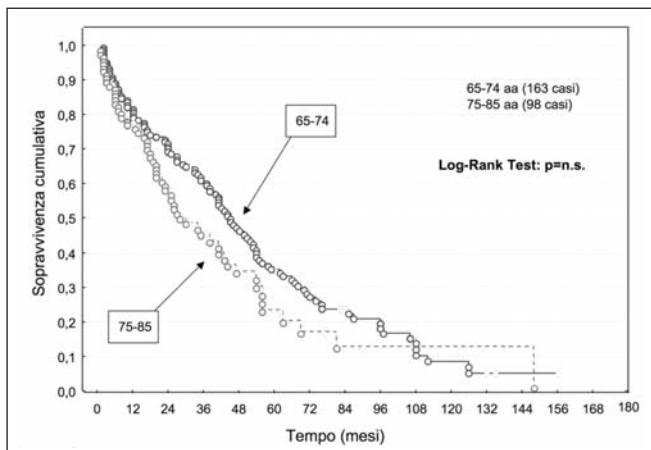


Fig. 3 - Curve di sopravvivenza attuariale. Escludendo i soggetti con età superiore a 85 anni, la sopravvivenza è simile nei pazienti con età compresa tra 75 e 84 anni e in quelli con età compresa tra 65 e 74 anni.

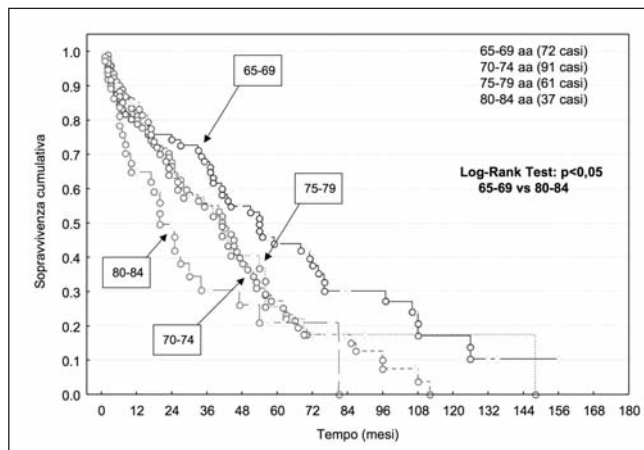


Fig. 4 - Curve di sopravvivenza attuariale. Una differenza significativa è presente solo tra la fascia di età 80-84 anni e la fascia di età 65-69 anni.

Quanto all'età, il 54% apparteneva alla fascia compresa tra 75 e 79 anni, il 31% alla fascia compresa tra 80 e 84 anni e il 15% aveva un'età uguale o superiore a 85 anni. È interessante notare come il numero totale delle malattie per paziente e la prevalenza delle diverse malattie non aumentassero, ma anzi tendessero a diminuire con il crescere dell'età delle fasce (Tab. I).

Come ci si poteva attendere, anche per la semplice differenza di età, anche per la semplice differenza di età, la mortalità cresceva nelle tre fasce, comunque in maniera indipendente dalle comorbidità (la miocardiopatia e la vasculopatia, in particolare).

Diciassette soggetti apparivano cachettici, 13 erano incapaci di eseguire le minime attività del vivere quotidiano (erano confinati a letto o in sedia a rotelle) e 17 mostravano facoltà mentali gravemente compromesse. Si evidenziava, quindi, che 35 pazienti sui 112 esaminati (31.2%) si trovavano in una condizione di dipendenza completa da terzi per la loro sopravvivenza (alcuni con più di una delle alterazioni considerate); tale condizione di dipendenza risultava significativamente associata con un aumento della mortalità precoce (28.6% vs 10.6% a 6 mesi; $p<0.01$) e a più lungo termine (sopravvivenza 59%,

43%, 31%, 21%, 14% vs 78%, 59%, 47%, 39%, 30% dal 1° al 5° anno; $p<0.03$, *logrank test* applicato alle curve di sopravvivenza secondo Kaplan-Meier) (Fig. 2).

In generale, nessuno contesta che ai pazienti con età compresa tra 65 e 74 anni debba essere assicurata la dialisi in presenza di uremia terminale e per questo motivo abbiamo confrontato i dati dei grandi anziani con quelli dei 162 pazienti che nello stesso periodo di tempo sono entrati in dialisi con un'età compresa tra 65 e 74 anni (i "giovani anziani").

Il quadro clinico presentato dai giovani anziani è risultato del tutto sovrapponibile a quello dei grandi anziani, sia per quanto riguarda le comorbidità (Tab. I), sia in particolare per le condizioni mentali (p :ns), lo stato di nutrizione (p :ns) e la motricità (p :ns). La curva di sopravvivenza appariva migliore nei giovani anziani che nei grandi anziani ($p<0.05$), ma quando dai grandi anziani venivano tolti quelli con più di 85 anni (i "più anziani degli anziani"), le curve non mostravano più differenze significative (Fig. 3). Suddividendo l'intera popolazione di anziani in fasce di 5 anni (65-69, 70-74, 75-79, 80-84 aa) si poteva anche notare che tra le fasce intermedie (70-74 vs 75-79) vi era una completa sovrapposizione delle curve di

sopravvivenza e che solo tra le fasce più distanti (65-69 vs 80-84) vi era una certa differenza ($p<0.05$, *logrank test*) (Fig. 4), tuttavia ben inferiore a quella prevista in base alla differenza di età di 15 anni.

RISULTATI E CONCLUSIONI

L'insieme dei risultati dimostra che, ove si prescindano dai soggetti con età superiore a 85 anni (una categoria di età così avanzata che i geriatri tengono separata), non solo le condizioni cliniche di partenza, ma anche la sopravvivenza dei grandi anziani (75-84 aa) sono sostanzialmente sovrapponibili a quelle dei giovani anziani (65-74 aa). E ciò costituisce valido motivo per non escludere dalla dialisi i grandi anziani.

Anzi, a ben vedere, anche tra i giovani anziani le condizioni cliniche e lo stato funzionale sono così compromessi da rendere la dialisi negli anziani "tout court" sempre più impegnativa tanto sotto il profilo clinico, quanto sotto quello assistenziale.

Data l'elevata morbilità e mortalità di tutti questi pazienti, alle difficoltà connesse con l'inizio della dialisi si aggiungono quelle del decorso della dialisi e della fase finale della vita.

Nel nostro Paese la sospensione volontaria del trattamento dialitico rappresenta ufficialmente un evento

molto raro, mentre negli Stati Uniti d'America costituisce la prima o la seconda causa di mortalità negli anziani (20, 21) e in uno studio inglese presso la *Leicester General Hospital* a partire dal 1995 (1) la sospensione della dialisi rappresentava la principale causa di morte nei pazienti con età superiore a 75 anni (pari al 38%). Sebbene vi siano studi che dimostrano che alcune patologie severe come il cancro, l'AIDS, l'insufficienza cardiaca o polmonare siano più frequentemente associate con l'interruzione della dialisi (22, 23), le comorbidità non sempre costituiscono la motivazione principale nella decisione di sospendere la dialisi.

Convincimenti religiosi e preoccupazioni sociali impediscono nel nostro Paese l'assunzione di una simile decisione da parte dei pazienti e dei parenti, ma è anche vero che nei nostri Reparti la cultura della gestione della fase finale della vita è ben poco sviluppata. Quanto conosciamo delle

cure palliative, della terapia del dolore e della gestione complessiva della fase finale della vita? Pur senza schierarsi necessariamente a favore della sospensione volontaria della dialisi, di quali provvidenze disponiamo per offrire e poi assicurare una morte dignitosa ai nostri pazienti (persone dedicate, spazi idonei, privacy per il paziente e i suoi cari)? Quanto tempo dedichiamo o possiamo dedicare all'umanizzazione della cura, che prevede la riunione del paziente e del suo medico perché esaminino insieme il problema e le alternative, i pro e i contro e giungano ad una decisione condivisa? Dovremmo uscire dall'emergenza del singolo caso. Dovremmo sistematicamente seguire il dettato di bioetica che la cura di una persona è accettabile solo in un contesto di "alleanza terapeutica" tra medico e paziente; tale alleanza, che all'occorrenza può essere estesa ad un fiduciario o ai familiari, è fondata sui grandi principi etici della persona

e della medicina, uno dei quali è proprio la "dignità del morire".

E invece, cosa si fa di fronte alla morte quando si perdono 50 pazienti all'anno, cioè uno per settimana, come accade nel nostro reparto? Fondamentalmente, si lotta, si esorcizza la morte, la si nasconde, anche se (con mezzi limitati) si cerca di perseguire comportamenti più virtuosi.

Questo appare il nucleo centrale del problema. Infatti, è spesso molto difficile se non impossibile decidere di non iniziare la dialisi in un paziente e, allora, il problema si sposta necessariamente dall'iniziare o meno la dialisi alla nostra capacità di assistere a pieno il paziente nel decorso e soprattutto nella fase finale della vita.

DICHIARAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI

Gli Autori dichiarano di non avere conflitto di interessi.

BIBLIOGRAFIA

- Munsi SK, Vijayakumar N, Taub NA, Bhullar H, Lo TC, Warwick G. Outcome of renal replacement therapy in the very elderly. *Nephrol Dial Transplant* 2001; 16 (Suppl. 1): 128-33.
- Murtagh FEM, Marsh JE, Donohoe P, Ekbal NJ, Sheerin NS, Harris FE. Dialysis or not? A comparative survival study of patients over 75 years with chronic kidney disease stage 5. *Nephrol Dial Transplant* 2007; 22: 1955-62.
- Chen J, Munter P, Hamm L. The metabolic syndrome and chronic kidney disease in U.S. adults. *Ann Intern Med* 2004; 140: 167-74.
- Oreopoulos DG, Dimkovic N. Geriatric nephrology is coming of age. *J Am Soc Nephrol* 2003; 14: 1099-101.
- National Institute on Aging. Physical frailty: a reducible barrier to independence for older Americans: report to Congress. Washington: NIH Publication, 1991.
- Ettinger WH. Principles of geriatric medicine and gerontology. Hazzard WR, Bierman EL, Blass JP, EttingerWH, Halter JB (eds) 3rd. McGraw Hill 1994.
- Shlipak MG, Stehman-Breen C, Fried LF, et al. The presence of frailty in elderly persons with chronic renal insufficiency. *Am J Kidney Dis* 2004; 43: 861-7.
- Saito GK, Jassal SV. The "Sit-to-Scale" score - a pilot study to develop an easily applied score to follow functional status in elderly dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2007; 22: 3318-21.
- Hollander M, Pallan N. The British Columbia continuing care system: service delivery and resource planning. *Aging Clin Exp Res* 1995; 7: 94-109.
- Bernabei R, Landi F, Gambassi G. Randomized trial of impact of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ* 1998; 316: 1348-51.
- Hemmelgarn BR, Manns BJ, Zhang J, et al. Association between multidisciplinary care and survival for elderly patients with chronic kidney disease. *J Am Soc Nephrol* 2007; 18: 993-9.
- Kalantar-Zadeh K, Kopple JD, Block G, Humphreys MH. Association among SF36 Quality of Life measures and nutrition, hospitalization, and mortality in hemodialysis. *J Am Soc Nephrol* 2001; 12: 2797-806.
- Mapes D, Lopes AA, Satayathum S. Health-related quality of life as a predictor of mortality and hospitalization: the Dialysis Outcomes and Practice Pattern Study (DOPPS). *Kidney Int* 2003; 64: 339-49.
- Thong MSY, Kaptein AA, Krediet RT, Boeschoten EV, Dekker FW. Social support predicts survival in dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2007; 22: 845-50.
- Cukor D, Cohen SD, Peterson RA, Kimmel PL. Psychosocial aspects of chronic disease: ESRD as a paradigmatic illness. *J Am Soc Nephrol* 2007; 18: 3042-55.
- Jager KJ, van Dijk PC, Dekker FW, Stengel B, Simpson K, Briggs JD. The epidemic of aging in renal replacement therapy: an update on elderly patients and their outcomes. *Clin Nephrol* 2003; 60: 352-60.
- Ifudu O, Paul HR, Homel P, Friedman EA. Predictive value of functional status for mortality in patients on maintenance hemodialysis. *Am J Nephrol* 1998; 18: 109-16.
- Visser A, Dijkstra G, Huisman RM, Gansevoort RT, de Jong PE, Reijneveld SA. Differences between physicians in the likelihood of referral and acceptance of elderly patients for dialysis - influence of age and comorbidity. *Nephrol Dial Transplant* 2007; 22: 3255-61.
- Panzetta G, Grignetti M, Sceusa R, Toigo G. L'anziano fragile in dialisi. *G Ital Nefrol* 2004; 6: 554-60.
- Tobe SW, Senn JS. Foregoing renal dialysis: a case study and review of ethical issues. *Am J Kidney Dis* 1996; 28: 147-35.
- Kjellstrand MC. Withdrawing life support. Do families and physicians decide as patients do? *Nephron* 1988; 48: 201-5.
- Brodeur D. Ethical principles in geriatric nephrology. *Am J Kidney Dis* 1990; 16: 372-4.
- Clement R, Chevalet P, Rodat O, Ould-Aoudia V, Berger M. Withholding or withdrawing dialysis in the elderly: the perspective of a western region of France. *Nephrol Dial Transplant* 2005; 20: 2446-52.