

## LA QUALITÀ DELLA VITA NELL'ANZIANO IN DIALISI

A. Lupo<sup>1</sup>, G. Trabucco<sup>2</sup>, C. Boaretti<sup>2</sup>, C. Rugiu<sup>1</sup>, C. Loschiavo<sup>1</sup>, L. Fontana<sup>2</sup>, E. Bravi<sup>2</sup>, A. Magalini<sup>2</sup>, C. Abaterusso<sup>1</sup>, V. DeBiase<sup>1</sup>, G. Gambaro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Divisione Clinicizzata Nefrologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Verona

<sup>2</sup>Servizio di Psicologia Clinica, U.O. Neurologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Verona

### Quality of life of the elderly patient on dialysis

*When elderly patients with end-stage renal disease start dialysis their quality of life, and particularly the emotional aspects of it, are very similar to those of age-matched controls. However, as the treatment becomes chronic the quality of life will decline not only with regard to the physical aspects (due to comorbidities) but also the emotional aspects. Dialysis-related stress episodes and the peculiar interrelationships in the dialysis facility setting may cause psychological discomfort which on the one hand reduces the patient's quality of life and on the other may unfavorably impact on the family and the health-care personnel. An integrated psychological approach involving the patient from the beginning of dialysis throughout the treatment process as well as the health-care personnel and the family can reduce the patient's psychological discomfort, thereby improving quality of life. (G Ital Nefrol 2008; 25: 708-12)*

Conflict of interest: None

### KEY WORDS:

Elderly,  
Dialysis,  
Quality of Life

### PAROLE CHIAVE:

Anziano,  
Dialisi,  
Qualità di Vita

### ✉ Indirizzo degli Autori:

Prof. Antonio Lupo  
Divisione Clinicizzata di Nefrologia  
Ospedale Civile Maggiore  
Piazzale Stefani, 1  
37126 Verona  
e-mail: antonio.lupo@univr.it

### INTRODUZIONE

Negli ultimi anni, soprattutto nei paesi industrializzati, si è avuto un continuo aumento del numero dei pazienti anziani che iniziano il trattamento dialitico ed attualmente nella maggior parte dei Registri i pazienti anziani rappresentano la categoria più rappresentata in termini di frequenza e incidenza (1-3).

Diverse sono le cause di questo aumento e le principali possono essere così

sintetizzate: 1) età media della popolazione occidentale in continua crescita; 2) continui progressi della medicina nel campo delle vasculopatie, dei danni multiorgano, ecc., che comportano la sopravvivenza a patologie o eventi cardiovascolari e l'arrivo in dialisi in età avanzata (rischio competitivo); 3) progressi tecnologici dialitici ed estensione delle indicazioni alla dialisi nei pazienti anziani.

Di conseguenza, oltre alla età avanzata, una larga percentuale di questi pazienti ha, all'inizio della terapia dialitica, una o più comorbidità: cardiopatia ischemica, scompenso cardiaco, vasculopatia periferica, patologia cerebrovascolare, malnutrizione.

Per tali motivi la dialisi nell'anziano si accompagna a problematiche complesse non solamente tecniche e

cliniche ma anche etiche, sociali ed economiche che richiedono lo sviluppo di processi decisionali (4-6).

Nel processo decisionale, oltre alla allocazione delle risorse economiche e al semplice "prolungamento" della vita va considerata anche la "qualità della vita" che si può offrire al paziente.

Questo termine (Qualità della Vita) (7) esprime la percezione soggettiva che un individuo ha della propria salute fisica, di quella psicologica, emotiva, del livello di indipendenza, delle relazioni sociali e della interazione con il proprio contesto ambientale (Fig. 1).

Essa può essere esplorata in vari modi ed uno degli strumenti più frequentemente utilizzati è il questionario SF-36 che valuta la qualità della vita "percepita" dal paziente attraverso diverse scale: 1) Attività Fisica (AF); 2) Ruolo Fisico (RF); 3) Dolore Fisico (DF); 4) Salute in Generale (SG); 5) Vitalità (VT); 6) Attività Sociale (AS); 7) Ruolo Emotivo (RE); 8) Salute Mentale (SM).

Da queste diverse valutazioni è possibile comporre degli "indici" quali PCS (*Physical Component Summary*) e MCS (*Mental Component Summary*) che rappresentano due elaborazioni matematiche che consentono di stabilire quanto siano "globalmente" importanti in quel paziente le componenti fisiche e mentali nel determinare lo stato di benessere.



Fig. 1 - Concetto di Qualità di Vita

Negli ultimi anni la valutazione della Qualità della Vita (*Quality of Life*; QOL) è stata sempre più utilizzata come: 1) parametro per misurare l'efficacia di vari trattamenti soprattutto nelle *malattie croniche*; 2) *fattore predittivo di compliance* ad un determinato trattamento; 3) in termini di valutazione costo-efficacia di determinate terapie.

In campo dialitico la QOL non solamente riflette la "soddisfazione" del paziente alla terapia ma costituisce anche un importante parametro in termini di risultati della terapia. In diversi studi, infatti, è stata dimostrata una sua correlazione inversa con alcuni importanti *outcomes* quali ospedalizzazione, morbilità, mortalità e questo non solamente per quanto riguarda la valutazione della componente fisica (PCS) ma anche di quella mentale (MCS) (8-13).

## QUALITÀ DELLA VITA DELL'ANZIANO IN DIALISI

Uno studio prospettico pubblicato nel 2000 (14) che si proponeva di valutare gli *outcomes* clinici e la QOL nei pazienti anziani in dialisi ha dimostrato che nei pazienti di età superiore ai 70 anni, valutati all'inizio della terapia dialitica, i punteggi funzionali (PCS) della qualità di vita erano più bassi di quelli della popolazione di controllo di pari età mentre i punteggi "emozionali" (MCS) erano quasi sovrapponibili.

Altri studi hanno confrontato la QOL dei soggetti anziani in dialisi (15-18) con quella dei pazienti di età inferiore (sempre in dialisi) e quasi costantemente risultavano ridotti negli anziani i punteggi relativi alla componente fisica ma non quelli relativi alla componente mentale e questo nonostante le coesistenti morbidità che negli anziani erano naturalmente più numerose.

L'anziano all'inizio della dialisi, nonostante le multi-

ple patologie, è soddisfatto della sua vita e accetta di buon grado il trattamento dialitico (17, 19).

Fra i fattori più importanti che influenzano la QOL dell'anziano in dialisi vi sono: 1) il "time referral"; 2) le comorbidità e in particolare le patologie vascolari; 3) il livello socioeconomico; 4) il nucleo sociale e familiare; 5) "l'ambiente dialitico". Il tipo di dialisi (emodialisi o peritoneo dialisi) non sembra invece influenzare la QOL (17, 19-21).

## IMPATTO DELLA DIALISI SULLA QUALITÀ DELLA VITA

Se all'inizio della terapia dialitica la QOL nella maggior parte degli anziani è "buona" soprattutto per gli aspetti emozionali è indubbio che il trattamento dialitico può avere un forte impatto in senso negativo su di essa (13, 22).

I vari eventi di stress legati alla dialisi (dolore fisico, limitazioni, puntura della fistola, cambio di ruolo, interrelazioni con lo staff medico-infermieristico, ecc.) possono modificare la "percezione" della QOL del paziente modificandola quasi sempre in senso negativo se non adeguatamente "gestiti" con un supporto psicologico (23-27).

L'ambiente dialitico diventa un "microcosmo" con peculiari dinamiche di interrelazione paziente-operatore, paziente-familiare, operatore-familiare per cui si crea un "contenitore" affettivo emotivo delle ansie e dei bisogni non solamente dei pazienti ma anche dei familiari e degli operatori.

Il disagio psicologico conseguente al trattamento dialitico, se rimane irrisolto, può tradursi in un calo del benessere e della QOL non solo dei pazienti ma anche dei loro familiari e degli stessi operatori.

I pazienti reagiscono attraverso alterazioni comportamentali, alterazioni della *compliance*, forme di disadattamento (ansietà, depressione) che da un lato si traducono in una riduzione della QOL e dall'altro in aumento dei ricoveri, peggiori risultati della terapia, ecc.

La sofferenza psicologica dei pazienti può avere inoltre ripercussioni anche nel rapporto operatore-paziente: all'interno di tale rapporto, che già di per sé ha delle caratteristiche peculiari, possono comparire tensioni, conflitti, atteggiamenti di forte coinvolgimento o, al contrario, di distacco emotivo.

Fra gli operatori possono comparire contrasti, inefficienza, aumento dell'assenteismo fino ad arrivare alla sindrome di *Burn-out*.

Una esperienza in tal senso è stata riportata alcuni anni fa dal nostro Centro ed è illustrata nella Figura 2 dove è evidente, dopo un anno di dialisi, una riduzione dei diversi parametri (fisici ed emozionali) della QOL dei pazienti.



Fig. 2 - Cambiamenti della Qualità di Vita dopo un anno di dialisi nei pazienti senza supporto psicologico.

Legenda: AF, attività Fisica; RF, Ruolo Fisico; DF, Dolore Fisico; SG, Salute in generale; VT, Vitalità; AS, Attività Sociale; RE, Ruolo Emotivo; SM, Salute Mentale.

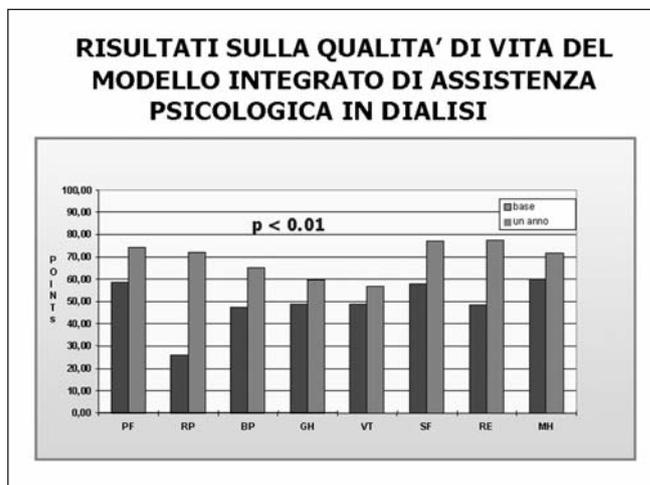


Fig. 3 - Risultati sulla Qualità di Vita dopo un anno di dialisi con il "Modello Integrato" di assistenza psicologica in dialisi.

Legenda: AF, attività Fisica; RF, Ruolo Fisico; DF, Dolore Fisico; SG, Salute in generale; VT, Vitalità; AS, Attività Sociale; RE, Ruolo Emotivo; SM, Salute Mentale.

## RUOLO DEL SUPPORTO PSICOLOGICO

Perché non peggiori la QOL in dialisi è necessario (oltre naturalmente ad una buona terapia dialitica e medica) che il paziente si "adatti" al nuovo *status* e al nuovo "ambiente" stabilendo con questo ultimo una situazione di equilibrio o, almeno, di assenza di conflitto.

L'adattamento a questa nuova condizione è un processo che va "costruito" attraverso lo sviluppo di una sinergia fra l'utilizzo delle risorse del paziente (capacità di reagire a situazioni stressanti, fiducia nelle proprie capacità, caratteristiche culturali, ecc.) e quelle "ambientali" cioè atteggiamento degli operatori e supporto familiare e sociale (28).

Fondamentale per lo sviluppo di questa sinergia e per la costruzione dell'adattamento è una "mediazione" fra le risorse e la personalità del paziente e l'ambiente dialitico-familiare e la figura del mediatore è rappresentata dallo psicologo.

Partendo da queste considerazioni ancora diversi anni fa è stato messo a punto nel nostro Centro, con gli psicologi del nostro ospedale, un "Modello integrato di assistenza psicologica in dialisi" che successivamente è divenuto un costante *modus operandi* e parte integrante dell'attività terapeutica (24).

I vari punti che caratterizzano questo modello sono:

- Corso biennale di formazione psicologica degli operatori della dialisi (metodica Balint) per dotarli degli strumenti e delle competenze emotive e psicologiche necessarie per gestire autonomamente le difficoltà che sorgono nel rapporto operatore-paziente.
- Accoglimento "programmato" del paziente in dialisi: valutazione ed aiuto psicologico precoce al paziente nel momento dell'impatto con l'esperien-

za dialitica attraverso una serie di procedure che coinvolgono i familiari, medico, infermiere, caposala, psicologo. Nel colloquio psicologico iniziale vengono indagati i vissuti, le preoccupazioni, la situazione emotiva e psicologica complessiva, i meccanismi difensivi, le risorse adattative, la situazione familiare e sociale e i legami relazionali.

- Successiva assistenza psicologica ai pazienti continuativa, indirettamente, tramite gli operatori (*counselling*).
- Gruppo settimanale (psicologo-medico-infermieri) in reparto di discussione dei casi con problematiche emotive e relazionali.
- Gruppi di "sostegno psicologico" ai familiari per aiutarli nella comprensione e gestione dei problemi emotivi e relazionali.
- Assistenza psicologica "di gruppo" continuativa nei pazienti in dialisi peritoneale.
- Assistenza psicologica individuale ove necessario.

I risultati di questo approccio (che prevede naturalmente la presenza costante di uno psicologo nel *team* dialitico) sono stati molto soddisfacenti non solamente in termini di QOL dei pazienti ma anche per le dinamiche familiari e per il disagio psicologico e rischio di *Burn-out* degli operatori sanitari.

La QOL dei pazienti in dialisi, infatti, non è peggiorata con il proseguimento della terapia dialitica ma anzi è migliorata per alcuni parametri ad indicare una loro "soddisfazione" del trattamento (Fig. 3).

A livello familiare si è assistito ad una migliore definizione dei ruoli e ad un "allentamento" della reciproca dipendenza. In particolare per il "caregiver" (colui che si occupa direttamente del paziente) è stata registrata una maggiore libertà di movimento, una miglio-

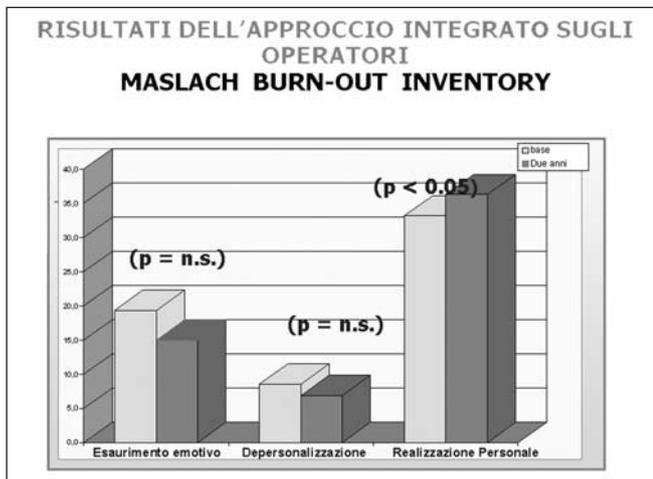


Fig. 4 - Impatto del "Modello Integrato" sugli operatori sanitari.

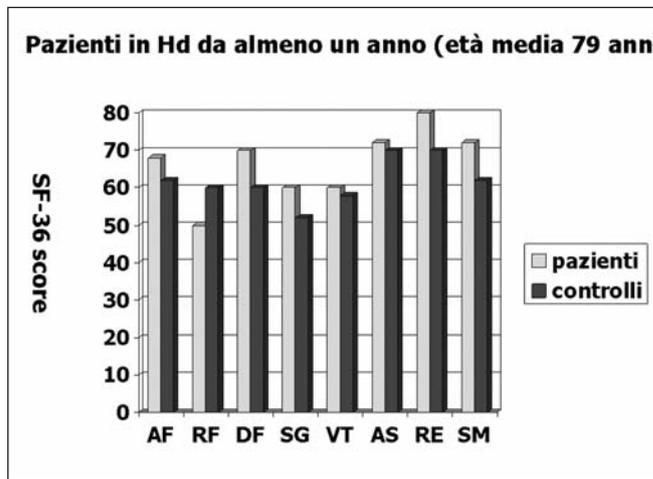


Fig. 5 - Qualità di Vita dopo un anno di dialisi in pazienti anziani con il "Modello Integrato".

Legenda: AF, attività Fisica; RF, Ruolo Fisico; DF, Dolore Fisico; SG, Salute in generale; VT, Vitalità; AS, Attività Sociale; RE, Ruolo Emotivo; SM, Salute Mentale.



Fig. 6 - Fattori che influenzano la Qualità di Vita nell'anziano in dialisi.

re integrazione sociale ed una riduzione delle preoccupazioni il che significa un miglioramento della qualità delle relazioni familiari e sociali.

Anche a livello infermieristico, con questo approccio psicologico, si sono riscontrati buoni risultati: sono migliorati i parametri che quantificano il "Burn-out" (Fig. 4) e si sono ridotti l'assenteismo e le richieste di trasferimento.

Risultati soddisfacenti sulla QOL si sono documentati anche in pazienti molto anziani come illustrato nella Figura 5 in cui si vede come, dopo un anno di dialisi, in pazienti con età media di 79 anni la QOL non fosse significativamente diversa di quella del gruppo di controllo di pari età.

È necessario però tener presente che, accanto al supporto psicologico, molti altri fattori di ordine clinico e socioeconomico elencati nella Figura 6 possono

influenzare la QOL nell'anziano in dialisi e fra questi un fattore importante è rappresentato dalle comorbidità e soprattutto da quelle vascolari.

È indubbio perciò che per un buon programma dialitico dell'anziano è necessario un team multidisciplinare per consentire una adeguata sopravvivenza quali-quantitativa e un utilizzo appropriato delle risorse umane ed economiche.

### RIASSUNTO

All'inizio della terapia dialitica la maggior parte degli anziani ha una Qualità di Vita non differente (soprattutto per gli aspetti emozionali) da quella di un gruppo di controllo di pari età. Con il proseguimento della terapia la loro Qualità di Vita però può progressivamente ridursi non solamente per gli aspetti fisici ( legati alle comorbidità ) ma anche per quelli emozionali. Gli eventi di stress legati alla dialisi e le peculiari inter-relazioni con l'ambiente dialitico possono creare disagio psicologico che, da un lato, può ridurre la Qualità di Vita dei pazienti e, dall'altro, può avere anche ripercussioni sull'ambiente familiare e sul personale sanitario.

Un approccio psicologico integrato che agisca sul paziente (già all'inizio della dialisi e naturalmente anche dopo), sugli operatori e sui familiari ed una opportuna preparazione degli operatori stessi si sono dimostrati in grado di ridurre questo disagio e di avere positive ricadute sulla Qualità di Vita dei pazienti.

### DICHIARAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI

Gli Autori dichiarano di non avere conflitto di interessi.

## BIBLIOGRAFIA

1. Jager KJ, van Dijk PC, Dekker FW, Stengel B, Simpson K, Briggs JD; ERA-EDTA Registry Committee. The epidemic of aging in renal replacement therapy: an update on elderly patients and their outcomes. *Clin Nephrol* 2003; 60: 352-60.
2. U.S. Renal Data System USRDS 2004 Annual Data Report: Atlas of End-Stage Renal Disease in the United States. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, National Institutes of Health, Bethesda, Md 2004.
3. Oreopoulos DG, Dimkovic N. Geriatric nephrology is coming of age. *J Am Soc Nephrol* 2003; 14: 1099-101.
4. Létourneau I, Ouimet D, Dumont M, Pichette V, Leblanc M. Renal replacement in end-stage renal disease patients over 75 years old. *Am J Nephrol* 2003; 23: 71-7.
5. Joly D, Anglicheau D, Alberti C, et al. Octogenarians reaching end-stage renal disease: cohort study of decision-making and clinical outcomes. *J Am Soc Nephrol* 2003; 14: 1012-21.
6. De Biase V, Tobaldini O, Casarotti-Todeschini S, Gambaro G. L'anziano fragile e la terapia dell'uremia: il tema della terapia conservativa prolungata. *G Ital Nefrol* 2007; 24: 255-61.
7. World Health Organization. Handbook of basic documents. 5th Ed. Geneva: 1952; 3-20.
8. Mapes DL, Lopes AA, Satayathum S, et al. Health-related quality of life as a predictor of mortality and hospitalization: the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Kidney Int* 2003; 64: 339-49.
9. Unruh M, Benz R, Greene T, et al. HEMO Study Group. Effects of hemodialysis dose and membrane flux on health-related quality of life in the HEMO study. *Kidney Int* 2004; 66: 355-66.
10. Paniagua R, Amato D, Vonesh E, Guo A, Mujais S; Mexican Nephrology Collaborative Study Group. Health-related quality of life predicts outcomes but is not affected by peritoneal clearance: The ADEMEX trial. *Kidney Int* 2005; 67: 1093-104.
11. DeOreo PB. Hemodialysis patient-assessed functional health status predicts continued survival, hospitalization, and dialysis-attendance compliance. *Am J Kidney Dis* 1997; 30: 204-12.
12. Christensen AJ, Wirbe JS, Smith TW, Turner CW. Predictors of survival among hemodialysis patients: effect of perceived family support. *Health Psychol* 1994; 13: 521-5.
13. Knight EL, Ofsthun N, Teng M, Lazarus JM, Curman GC. The association between mental health, physical function, and hemodialysis mortality. *Kidney Int* 2003; 63: 1843-51.
14. Lamping DL, Constantinovici N, Roderick P, et al. Clinical outcomes, quality of life, and costs in the North Thames Dialysis Study of elderly people on dialysis: a prospective cohort study. *Lancet* 2000; 356: 1543-50.
15. Loos C, Briancon S, Frimat L, Hanesse B, Kessler M. Effect of end-stage renal disease on the quality of life of older patients. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 229-33.
16. Rebollo P, Ortega F, Baltar JM, Alvarez-Ude F, Alvarez Navascués R, Alvarez-Grande J. Is the loss of health-related quality of life during renal replacement therapy lower in elderly patients than in younger patients? *Nephrol Dial Transplant* 2001; 16: 1675-80.
17. Apostolou T. Quality of life in the elderly patients on dialysis. *Int Urol Nephrol* 2007; 39: 679-83. Epub 2007 May 24.
18. Lin AW, Qian JQ, Too QA, Gu AP. Quality of life in elderly continuous ambulatory peritoneal dialysis patients. *Perit Dial Int* 2003; 23 (Suppl. 2): S95-8.
19. Valderrábano F, Jofre R, López-Gómez JM. Quality of life in end-stage renal disease patients. *Am J Kidney Dis* 2001; 38: 443-64.
20. Selgas R, Cirugeda A, Fernandez-Perpén A, et al. Comparison of hemodialysis and CAPD in patients over 65 years of age: a meta-analysis. *Int Urol Nephrol* 2001; 33: 259-64.
21. Harris SA, Lamping DL, Brown EA, Constantinovici N, North Thames Dialysis Study (NTDS) Group. Clinical outcome and quality of life in elderly patients on peritoneal dialysis versus hemodialysis. *Perit Dial Int* 2002; 22: 463-70.
22. Strepparava MG. La qualità della vita nel malato in dialisi. *Giornale di Tecniche Nefrologiche e Dialitiche* 2003; XV 1: 11-7.
23. Gremigni P. Il modello della self-regulation: il ruolo delle rappresentazioni cognitive ed emotive della malattia. *Psicologia della salute* 2003; 2: 9-20.
24. Trabucco G, Magagnotti MG. In: Emodialisi e bisogni psicologici. Un modello "integrato" di risposta assistenziale. Ed. SES, Napoli: 2005; 27-54.
25. De Isabella G, Biasanti R, Mazzola A. Il paziente nefropatico: il contributo della psicologia. *Giornale Italiano di Tecniche Nefrologiche e Dialitiche* 2003; XV 1: 5-10.
26. Boaretti C, Trabucco G, Rugiu C, et al. Rapporti tra adattamento, qualità della vita e supporto familiare, sociale nel paziente in trattamento dialitico. *G Ital Nefrol* 2006; 4: 415-23.
27. 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. Epub 2007 Nov 14.
28. Cohen SD, Sharma T, Acquaviva K, Peterson RA, Patel SS, Kimmel PL. Social support and chronic kidney disease: update. *Adv Chronic Kidney Dis* 2007; 14: 335-44.