

Terapia dialitica per tutti: un commento di Quirino Maggiore

Nell'ambito della popolazione dialitica i pazienti anziani costituiscono la fascia di età a più rapida crescita. In Italia la percentuale dei malati con più di 65 anni entrati in dialisi dal 1986 al 2005 è pressoché raddoppiata (dal 32 al 60%). Negli USA ottuagenari e nonagenari sono aumentati del 57% tra il 1996 e il 2003 (1). Rispetto alla aspettativa di vita dei loro coetanei senza ESRD, il trattamento dialitico riduce l'eccesso di mortalità in proporzione maggiore negli anziani che nei giovani (2). L'età avanzata non può, perciò, costituire un deterrente, ma sono piuttosto le gravi comorbidità ad essa associate i fattori che possono rendere il trattamento dialitico "futile" o, addirittura, una forma di accanimento terapeutico. Purtroppo, non esistono criteri "evidence based" per guidare la deci-

sione di erogare la terapia dialitica ai pazienti con gravi condizioni comorbide. Negli Stati Uniti vari organismi scientifici e di rappresentanza dei dializzati e loro familiari hanno elaborato insieme delle Linee Guide (3), su modalità di decisioni condivise, "advance directives", possibilità di sperimentare per un periodo limitato di tempo il trattamento dialitico, cure palliative nel caso non venga iniziata o venga sospesa la dialisi, ecc. Queste direttive si ispirano ai principi di autodeterminazione (autonomia), beneficenza, non-maleficenza e giustizia. A me sembrano una base ragionevole da cui partire per elaborare delle indicazioni che si adattino all'assetto sanitario del nostro Paese. Purtroppo la legislazione Italiana non consente di applicare *sic et simpliciter* queste indicazioni, soprattutto per

quanto concerne il testamento biologico (peraltro già all'esame del Parlamento) e le cure palliative, che dovrebbero essere erogate da team multidisciplinari per ora inesistenti nell'ambito dialitico. Alle nuove generazioni di nefrologi spetta il non facile compito di realizzare questi obiettivi e di attrezzarsi culturalmente per far fronte alla domanda crescente di "caring" piuttosto che di "curing" (4). A loro auguro di cuore: buona fortuna!

Prof. Quirino Maggiore

✉ quirino_maggiore@virgilio.it

1. Kurella M, Covinsky KE, Collins AJ, Chertow GM. Octogenarians and nonagenarians starting dialysis in the United States. *Ann Intern Med* 2007; 146: 177-83.
2. Villar E, Remontet L, Labeeuw M, Ecochard R. Effect of age, gender, and diabetes on excess death in end-stage renal failure. *J Am Soc Nephrol* 2007; 18: 2125-34. Epub 2007 Jun 20.
3. Galla JH. Clinical practice guideline on shared decision-making in the appropriate initiation of and withdrawal from dialysis. The Renal Physicians Association and the American Society of Nephrology. *J Am Soc Nephrol* 2000; 11: 1340-2.
4. Van Biesen W, Lameire N, Veys N, Vanderhaegen B. From curing to caring: one character change makes a world of difference. Issues related to withholding/withdrawing renal replacement therapy (RRT) from patients with important co-morbidities. *Nephrol Dial Transplant* 2004; 19: 536-40.