

## LO SHUNT ARTEROVENOSO E L'AVVIO DELLA DIALISI CRONICA: UN CINQUANTENARIO DA RICORDARE

**Quirino Maggiore**

Nefrologo in pensione, Firenze

Visto che nessuno lo ha fatto finora, prima che spiri questo 2010, vorrei richiamare l'attenzione dei colleghi sulla ricorrenza del cinquantenario del primo trattamento emodialitico effettuato il 6 Marzo 1960 dal gruppo di Bending Scribner a Seattle su Clyde Shields, un macchinista affetto da uremia cronica terminale (1). Ci sono molte ragioni per celebrare questa ricorrenza.

*Evento scientifico memorabile:* "the successful treatment of Clyde Shields represents one of the few instances in medicine where a single success was required to validate a new therapy" (2).

*Evento seminale per la nefrologia:* da esso sono nate la pratica clinica, base della nostra specialità, e la fiorente industria biomedicale ad essa afferente.

*Nascita dell'era bioetica:* l'istituzione a Seattle, per la prima volta nella storia, di un comitato non medico con il compito di selezionare i pazienti per i pochissimi posti dialisi allora disponibili, ha richiamato l'attenzione sul problema dell'allocazione delle risorse, che costituisce il paradigma della questione più radicale che la medicina occidentale ha dovuto affrontare nel corso della sua storia millenaria (3).

*Pietra miliare nella storia delle conquiste del diritto alla salute:* come reazione alla selezione iniqua operata fino ad allora, si formò una grande corrente di opinione pubblica che esercitò una così forte pressione sul Congresso Americano da indurlo ad approvare nel 1973 la legge 92-603; questa legge, assolutamente rivoluzionaria per il sistema politico USA, autorizzava l'impiego gratuito delle cure dialitiche su base praticamente universale, e solo ed esclusivamente per esse. Grazie ad essa caddero le barriere economiche, e con queste, tutti i criteri di esclusione, in particolare i limiti di età e le comorbidità multiple (dalle cardiopatie severe alle neoplasie disseminate) spesso associate alla vecchiaia. L'effetto si estese ben presto agli altri paesi "ricchi".

*Origine del dilemma:* "allungamento della vita o prolungamento della morte?" Quasi per contrappasso dell'esperienza iniziale di Seattle, la "deselezione" conseguente alla emanazione della legge 92-603, ha portato all'inverarsi della profezia di Ivan Illich (4): "Quando il compito di assistere o di guarire passa

alle organizzazioni o alle macchine, è inevitabile che la terapia diventi un rituale incentrato sulla morte... La conseguenza estrema della nemesi medica è l'espropriazione della morte". Un modo di riappropriarsi della morte può considerarsi il suicidio attraverso la sospensione volontaria del trattamento dialitico (5).

Questa è stata, e rimane tuttora, la causa di morte nel 20-25% della popolazione dialitica. Se il ritiro dal trattamento avviene nell'abbandono e nella solitudine, questo è un modo terrificante di morire, se si compie con l'assistenza amorevole dei propri cari e dei sanitari "questa opzione rappresenta una benedizione" (6). Il rifiuto di sopravvivere con mezzi artificiali ha cominciato a manifestarsi nel mondo della dialisi molti anni prima che l'opinione pubblica si appassionasse ai casi, per citarne solo pochi fra i tanti, di Terry Schiavo, Pier Giorgio Welby, Eluana Englaro, Elena Moroni, Luca Coscioni. Anche la ricca filmografia (ricordo solo 'Mare Dentro', 'One Million Dollar Baby', 'Le Invasioni Barbariche') ispirata al tema del rifiuto delle cure, percepite più come prolungamento del morire che allungamento del vivere, ha avuto un riferimento precedente, nel 1972, al mondo della dialisi in una piece televisiva di Brian Clark, poi diventata film nel 1981, con il titolo illuminante "Di chi è la mia vita": è la storia di un giovane architetto che, rimasto paralitico dopo un incidente automobilistico, avvia una causa giudiziaria per sospendere il trattamento dialitico ripetuto cui era sottoposto.

Vorrei concludere questo Editoriale accennando alla "buona morte". Se nel propugnare la difesa della vita, la nefrologia è stata di importanza fondamentale, molto più limitato è stato il suo ruolo nel migliorare l'assistenza di fine vita per alleviare la pena del morire. Solo nel 2000 la *Renal Physician Association* e l'ASN, infatti, hanno emanato le Linee Guida sui cri-



teri di ammissione e di sospensione del trattamento dialitico, che a me sembrano molto sensate. In esse si suggerisce l'abbandono della scriteriata prassi basata sulla "deselezione" ('dialisi sempre e comunque per tutti gli uremici cronici terminali'), mentre vengono proposte raccomandazioni ispirate ai canoni della bioetica: giustizia, beneficenza, non maleficenza, consenso (o rifiuto) informato che include la formulazione delle direttive fine vita, condivisione delle scelte che prevedo-

no l'opzione delle cure palliative e conservative come alternativa alla dialisi, periodo di prova per verificare tolleranza e accettabilità del trattamento dialitico, ecc. Sono passati 10 anni dalla pubblicazione di queste Linee Guida, speriamo che la SIN non tardi oltre a seguirne l'esempio.

✉ **Indirizzo degli Autori:**

Prof. Quirino Maggiore

e-mail: maggiore\_quirino@libero.it

---

## BIBLIOGRAFIA

1. Quinton W, Dillard D, Scribner BH. Cannulation of blood vessels for prolonged hemodialysis. *Trans Am Soc Artif Intern Organs* 1960; Apr 10-11; 6: 104-13.
2. Scribner BH. A personalized history of chronic hemodialysis. *Am J Kidney Dis* 1990; 16: 511-9.
3. Jonsen AR. *The new medicine & the old ethics*. Harvard University Press, 1990.
4. <http://www.altraofficina.it/ivanillich/Libri/S%20B%20tantalito.htm>
5. Abram HS, Moore GM, Westervelt JR FB Jr. Suicidal Behavior in Chronic Dialysis Patients. *Am J Psychiatry* 1971; 127: 1199-204.
6. Cohen LM, Germain MJ, Poppel DM. Practical considerations in dialysis withdrawal: "to have that option is a blessing". *JAMA*. 2003; 289: 2113-9.