

I motivi per i quali in Italia la percentuale dei pazienti in DP rimane stabilmente bassa

Umberto Buoncristiani

*Divisione di Nefrologia-Dialisi-Trapianto
Azienda Ospedaliera di Perugia, Perugia*

I motivi per i quali in Italia la percentuale dei pazienti in DP rimane stabilmente bassa sono molteplici e non necessariamente sempre gli stessi nelle diverse realtà regionali e addirittura locali. Bisogna innanzitutto distinguere tra ciò che capita nei centri in cui la DP non è mai stata effettuata (**A**) e nei centri in cui si sta già facendo un'attività dialitica peritoneale (**B**).

A) Nei Centri in cui la DP non è mai stata praticata i motivi principali sono: 1) diffidenza da parte dello staff nei confronti di una tecnica nuova per il Centro, e che come tale crea preoccupazioni e remore; è infatti più comodo e tranquillo per tutto lo staff proseguire con l'abituale routine, senza preoccuparsi di studiare e mettere a punto nuove metodiche potenzialmente foriere di nuove grane; e d'altra parte ci può essere talora anche il ritegno di confessare una lacuna professionale importante, quale quella di non conoscere ancora la DP, dopo oltre 20 anni dalla sua rivisitazione e dalla sua affermazione come tecnica dialitica alternativa di pari dignità, per cui si preferisce superare l'imbarazzo con l'autoconvincimento, spesso in buona fede, che si tratti di una tecnica fallimentare; 2) diffidenza

da parte dei pazienti, non informati correttamente o addirittura maliziosamente male informati (quindi un problema in più per i medici che volessero iniziare un programma di DP, che spesso si trovano a dover fronteggiare i pregiudizi dei pazienti e di parte del proprio staff, come è capitato anche al sottoscritto che ha dovuto sopportare la triste esperienza di un proprio collaboratore che prospettò alla Direzione sanitaria l'attività dialitica peritoneale come una scelleratezza!); 3) manca di strutture e personale "dedicato", senza i quali è difficile pensare di aprire un'attività di questo genere, che non solo è "nuova", ma rappresenta a tutti gli effetti una espansione di lavoro con, oltretutto, caratteristiche particolari che richiedono pertanto spazi appositi e personale specializzato; 4) manca di incentivi per lo staff, che a fronte di preoccupazioni e responsabilità nuove, non ha alcun incentivo economico e che è difficile motivare dal proprio di vista professionale proprio per l'esistenza dei pregiudizi di cui i punti 1 e 2; è perciò preferibile affidare questa nuova attività a medici e infermieri di fresca assunzione per i quali l'emodialisi sarebbe altrettanto nuova; 5) diffi-

coltà burocratiche, quale quella di ottenere la formalizzazione della nuova Sezione o quella della corretta regolamentazione economico-finanziaria.

B) Nei Centri in cui la DP si sta già facendo, i motivi della mancata ulteriore crescita sono: 1) il persistere di una certa diffidenza strisciante che ogni tanto riaffiora tra staff e pazienti, ma soprattutto 2) manca di incentivi per lo staff, che nel tempo può perdere l'entusiasmo iniziale e lasciarsi sopraffare dai problemi organizzativi derivanti da 3) insufficiente incremento di spazi-strutture-personale rispetto all'aumento di attività; inoltre in questi centri si tende a raggiungere un 4) plateau in conseguenza dell'equilibrio tra entrate e uscite che deriva, una volta raggiunti certi numeri, dal relativo alto drop-out, che rimane tale per i limiti di sopravvivenza della tecnica.

Quanto all'affermazione di Shaldon che la DP è un "trattamento di seconda classe per i pazienti di seconda classe e fatto da medici di seconda classe" si tratta di uno slogan di pessimo gusto che, se era privo di fondamento già quando fu coniato (nel 1985!), lo è ancora di meno ora

che numerosi studi hanno inoppugnabilmente dimostrato che la DP è essenzialmente equivalente alla ED in termini sia di sopravvivenza che di qualità di vita, almeno nel breve e medio termine. Inoltre, i medici che praticano la DP sono semmai proprio quelli di prima classe, che hanno avuto la preparazione professionale e il coraggio per affrontare questa nuova (ormai non più tanto) frontiera della medicina, mentre non è altrettanto ben definibile la classe di coloro che hanno rifiutato di prenderla anche solo in considerazione e continuano a ignorarla.

Quanto alla mancata utilizzazione della DP come primo trattamento dialitico nell'ambito di un approccio nuovo quale quello dell'inizio precoce del trattamento e della "incremental dialysis", questo presuppone una cultura nuova per la quale manca ancora l'evidenza scientifica sicura, anche se la DP ha tutti i requisiti per essere, in questo ambito, il trattamento di prima scelta: semplicità, idoneità all'esecuzione domiciliare, economicità, migliore preservazione della funzione renale residua. Tuttavia non si può più assolutamente accettare che la DP non sia presente in tutti i Centri dialisi degni di tale nome, come parte integrante di un approccio completamente integrato al trattamento sostitutivo.

Indubbiamente la latitanza politico-amministrativa sulla materia, con la mancanza totale di presa di posizione e linee guida, ha in questo campo una elevata responsabilità. In alcuni Paesi europei, certamente non più arretrati del nostro dal punto di vista culturale e sanitario, la garanzia del trattamento per tutti passa attraverso una via preferenziale verso la DP come trattamento iniziale, la cui percorribilità o meno viene valutata su base clinica e attitudinale dallo staff medico-infermieristico e non lasciata alle preferenze del paziente che, come ben sappiamo, sono spesso arbitrarie e condizionate. Infine, anche l'interesse economico, che nel nostro Paese si identifica soprattutto nella gestione privata del trattamento dialitico, può an-

ch'esso avere avuto e avere tuttora una qualche influenza negativa sulla diffusione della DP.

Ed è per il persistere di tutti questi motivi che la DP anche in futuro ben difficilmente potrà avere un incremento di diffusione, a meno che appunto questi motivi non si riesca a rimuoverli o a superarli.

E l'impulso a raggiungere questo traguardo dovrebbe venire prima e soprattutto dalle autorità politiche e amministrative che, in considerazione del grosso impatto positivo sia economico che sociale di una maggiore diffusione della DP, dovrebbero dettare le opportune linee guida e creare i necessari incentivi sia economici che professionali.

nefrop@krenet.it