

# La dialisi peritoneale: perché dialisi marginale?

Roberto Corciulo

*Divisione di Nefrologia, Dialisi e Trapianto  
Università degli Studi - Policlinico, Bari*



## **L**Il dibattito sulla equivalenza dei trattamenti

In molti Centri dialisi viene discusso il problema dell'equivalenza dei tratta-

menti dialitici in quanto la sopravvivenza del paziente e la morbilità sono i più importanti risultati della modalità scelta.

Spesso non si considera che è più importante la sopravvivenza globale del paziente, pur nella sequenza delle modalità di trattamento dell'uremia (DP, ED e trapianto) proposte, che la sopravvivenza nella singola modalità selezionata all'avvio del trattamento dialitico. Viene in realtà ignorato il concetto di complementarità dei trattamenti e viene invece enfatizzato il concetto di equivalenza o ancora di alternativa tra le due metodiche dialitiche. In questo modo non si dà risposta alle richieste che ogni paziente pone al nefrologo e cioè di garantirgli la migliore sopravvivenza con l'utilizzo di tutte le metodiche disponibili nel rispetto della migliore qualità di vita.

La valutazione della sopravvivenza del paziente, della tecnica, della mor-

bilità delle metodiche dialitiche fa concludere che le **due metodiche dialitiche, la DP e l'ED, non sono equivalenti** in quanto ognuna possiede specifiche caratteristiche.

**Orbene, in un Centro dialisi dove si discute ancora sull'equivalenza dei trattamenti, è chiaro che la DP è considerata un trattamento marginale.**

## **Il problema organizzativo e del "referral pattern"**

Un'indagine policentrica europea ha dimostrato che il 76.3 % dei pazienti giunge al trattamento dialitico proveniente da un ambulatorio specialistico nefrologico (1). Tali pazienti definiti "early referral" (ER) presentano un più favorevole andamento clinico post-dialitico in quanto sono giunti alla fase terminale dell'uremia dopo aver seguito una terapia farmacologica e dietetica adeguata e hanno iniziato il trattamento sostitutivo secondo tempi e modalità opportuni (2, 3). I pazienti definiti come "late referral" (LR), e cioè giunti all'osservazione del nefrologo in ritardo rispetto alla diagnosi di uremia terminale, presentano al contrario la necessità di trattamenti dialitici urgenti con metodiche extracorporee, alta percentuale di rischio di mortalità e forti implicazioni di ordine economico legate al

trattamento di emergenza stesso e ai giorni di ricovero necessari (4).

Nei pazienti LR prevale (91%) come trattamento iniziale l'ED. Al contrario nei pazienti ER, quelli avviati inizialmente alla DP sono il 41%. In definitiva i pazienti ER scelgono più frequentemente la DP rispetto ai pazienti LR.

**Un programma di informazione del paziente in fase pre-dialitica, sulle varie modalità di trattamento dialitico, non è sicuramente sviluppato in tutti i Centri. Anche questo aspetto rende la DP un trattamento marginale.**

## **Gli aspetti economici**

Attualmente la scarsa rilevanza che viene data agli aspetti economici è la maggiore causa della marginalità della penetrazione della DP.

Il numero dei pazienti che entrano in un programma di dialisi cresce annualmente. I dati relativi alla popolazione italiana riportano un incremento da 84.6/nuovi pazienti/anno nel 1990 a 120.5/nuovi pazienti/anno nel 1998 (dato del Registro Italiano di Dialisi e Trapianto). Nel 1994 il costo dei trattamenti dialitici in Italia è stato l'1.5% dell'intera spesa sanitaria (circa 2000 miliardi) e tale cifra è destinata annualmente a crescere.

Questi dati introducono la necessità, per contenere la spesa sanitaria in campo dialitico, di ottimizzare le risorse umane, strutturali ed economiche disponibili.

Di recente è stato pubblicato il tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali tra le quali sono comprese l'ED e la DP.

La tariffa relativa ai trattamenti di ED varia dalle 300 000 lire per una seduta di bicarbonato dialisi alle 500 000 lire per una seduta di emofiltrazione. Tenuto conto che mediamente la somma dei costi relativi al personale medico, infermieristico e ausiliario e di quelli generali di gestione di un Centro dialisi, con un numero di pazienti compreso tra le 80 e le 100 unità, ammonta a circa 150 000-200 000 lire per seduta emodialitica, è evidente che i trattamenti a più alto rimborso tariffario, sono quelli che consentono un maggiore margine di profitto. È pertanto intuibile che, se non si ricorre a fissare delle limitazioni della percentuale di penetrazione di tali metodiche, i trattamenti a più alto rimborso tariffario avranno una maggiore diffusione nei vari Centri dialisi.

Attualmente la percentuale di penetrazione a livello nazionale di metodiche ad alto costo quali l'emodiafiltrazione, l'AFB e la PFD è di circa il 25%. Per un contenimento della spesa pubblica relativa alla voce "emodialisi" si dovrà pertanto ricorrere alla limitazione della diffusione di tali metodiche.

Il Piano sanitario nazionale, relativamente alla dialisi per il periodo 1994-'96, ha posto l'attenzione sulla validità dei trattamenti di dialisi domiciliare quali la CAPD che consentono un ottimale recupero socio-lavorativo del paziente con bassi costi di gestione. Lo stesso Piano auspica che tale metodica raggiunga a livello nazionale il 15% di penetrazione a fronte di una penetrazione attuale del 10.86%. A livello nazionale in moltissimi Centri la dialisi peritoneale non viene ancora attuata mentre pochi sono quei Centri nei quali tale metodica supera il 30-40% di diffusione.

Lo stesso Piano nazionale non suggerisce né propone gli strumenti che possono promuovere la diffusione di tale metodica.

Attualmente il rimborso delle sedute dialitiche è effettuato "a pie' di lista" e cioè viene richiesto il rimborso alle AUSL delle prestazioni dialitiche effettuate senza limitazione per singola tipologia di trattamento.

Si potrebbe proporre un **budget annuo** per paziente trattato con tecnica dialitica, indifferentemente se DP o ED, uguale su tutto il territorio nazionale. Tale budget verrebbe ricavato applicando le tariffe indicate dal Ministero della Sanità per ogni tecnica dialitica, e rappresenterebbe il costo medio annuo per paziente in dialisi, una volta fissata la percentuale di penetrazione delle varie metodiche dialitiche.

Ferme restando le tariffe ministeriali, il SSN rimborserebbe una quota budgetaria per paziente/anno suscettibile di riduzione se si decidesse di programmare la maggiore penetrazione di una metodica a più basso costo rispetto a una più costosa.

Questa ipotesi comporterebbe vantaggi per il SSN come:

- **contenere e prevedere la spesa** annua per il trattamento dialitico;
- **programmare la crescita di metodiche** come la DP riconoscendo rimborsi medi anno/paziente di volta in volta più bassi;
- **garantire su tutto il territorio una equa distribuzione delle risorse** in quanto, Aziende Ospedaliere o Case di Cura non possono più contare su rimborsi quantitativamente diversi a seconda dei trattamenti effettuati.

**È fondamentale pertanto introdurre una diversa politica di rimborso delle prestazioni dialitiche (quote capitarie, bonus di risultati ecc.), che incentivi quei trattamenti ad alta valenza per costo ed efficacia, al fine di promuovere la DP nei Centri in cui non è ancora effettuata e aumentarne la diffusione in quelli che la utilizzano in maniera ancora marginale.**

## I fattori clinici

Le controindicazioni di ordine clinico rivestono oggigià sempre più un ruolo marginale nella indicazione di una metodica di trattamento dialitico. L'evoluzione tecnologica in ED e in DP rende oggi accessibili, a un sempre maggior numero di pazienti, le tecniche dialitiche attualmente disponibili.

**I fattori clinici non costituiscono pertanto un fattore rilevante nella marginalità della penetrazione della DP.**

## La dialisi peritoneale e l'emodialisi come opzioni nella terapia integrata dell'uremia

L'applicazione di un programma di terapia integrata dell'uremia, nel quale sia prevista la DP come prima opzione terapeutica e l'ED o il trapianto come opzioni successive del trattamento, è ragionevole e capace di promuovere una maggiore penetrazione della DP. La terapia integrata dell'uremia offre al paziente, oltre ai vantaggi clinici e organizzativi, alla ottimizzazione delle risorse umane ed economiche, una chance importante per la sua riabilitazione fisica e sociale.

Le premesse per realizzare un programma di terapia integrata dell'uremia sono che:

- i nefrologi e gli operatori sanitari devono essere concordi sul ruolo complementare e non alternativo della DP rispetto all'ED. Nel medio termine, nessuna modalità è da ritenersi preferibile in quanto numerosi studi condotti su ampie casistiche hanno dimostrato che i risultati clinici sono eccellenti sia con la DP che con l'ED. Giova invece ricordare che la terapia sequenziale integrata DP ed ED può comportare risultati ancora migliori in quanto la DP come trattamento iniziale consente il mantenimento nel tempo di una FRR che recenti osservazioni ritengono fondamentale per l'adeguatezza del trattamento sostitutivo e non comparabile né sostituibile dal solo trattamento dialitico;
- il nefrologo deve gestire il paziente

