

Alcune riflessioni di tipo socio-organizzativo sulla scarsa penetranza della dialisi peritoneale in Italia

Mariano Feriani

Reparto di Nefrologia e Dialisi, Ospedale Umberto I, Mestre-Venezia*



Molto è stato detto e scritto a proposito dei fattori che influenzano la penetrazione della dialisi peritoneale nel trattamento dell'uremia termi-

nale. Tutte le analisi sono valide ed egualmente importanti se inserite nel contesto in cui sono state fatte. C'è tuttavia da rilevare che nel corso degli anni molti aspetti del trattamento sono cambiati, soprattutto per quel che riguarda le metodiche e i risultati clinici. Si pensi solamente all'introduzione della dialisi automatizzata e all'evidenza della parità di outcome con l'emodialisi nei primi anni di trattamento. Dal punto di vista socio-economico realtà tra loro molto diverse portano comunque a risultati analoghi: la percentuale di prevalenza della dialisi peritoneale è simile in molte nazioni dell'Europa Centrale e Meridionale con sistemi sanitari diversi tra loro.

A fronte di questi cambiamenti poco o nulla è cambiato dal punto di vista delle percentuali.

Nella realtà italiana, nelle situazioni dove non ci siano pregiudiziali di carattere clinico o di carattere legislati-

vo (Centri privati) e al paziente sia garantita una certa libertà decisionale, esistono comunque, a mio modo di vedere, alcune limitazioni insuperabili allo sviluppo della dialisi peritoneale che si possono schematizzare in generali e locali.

Limitazioni generali

Uno dei punti forza della dialisi peritoneale è la domiciliarità del trattamento. Il paziente è libero di svolgere le attività quotidiane senza doversi rivolgere al Centro e può essere reinserito nell'attività lavorativa. Per questi motivi la qualità della vita dovrebbe essere migliore.

Il profilo medio del paziente con uremia terminale non risponde tuttavia a quello che beneficerebbe di questi vantaggi. In generale il paziente che inizia la dialisi è un paziente anziano o che comunque ha concluso il suo ciclo lavorativo grazie anche ai sistemi di garanzia sociale esistenti. Per questo tipo di paziente il vantaggio teorico si azzera nella pratica e in molti casi diventa uno svantaggio.

Sempre più spesso il paziente è affetto da una comorbidità importante di tipo vascolare che lo rende inadatto alla gestione di un trattamento domiciliare: spesso non si tratta di una non autosufficienza, ma di una auto-

sufficienza limitata alle sole funzioni fisiologiche fondamentali. Il ritrovarsi nel Centro dialisi può a volte essere l'unico momento di socializzazione e di uscita dall'ambito domiciliare, inoltre la responsabilità dell'autogestione di un atto sanitario diventa motivo di paura e di tensione. Nella pratica clinica attuale questo tipo di pazienti rappresenta ben più del 50% dell'incidenza.

La soluzione a questo tipo di problematica è la disponibilità di un partner. Il partner però deve essere sempre presente al domicilio del paziente: molto spesso la moglie o il marito, qualora presente, ha la stessa tipologia del paziente e cioè anziano, con patologia vascolare più o meno invalidante e/o tumorale e con gli stessi problemi sociali e psicologici. I componenti più giovani della famiglia, non sono in grado o non vogliono farsi carico dei problemi dell'anziano, le istituzioni territoriali non possono coprire l'atto sanitario ripetuto più volte al giorno o quello notturno e gli istituti di assistenza non hanno un personale sanitario in grado di far fronte al problema dialitico.

L'obiezione più frequente del paziente giovane e attivo all'inserimento nel programma dialitico peritoneale è ancora una volta quella legata alla periodicità degli scambi o alla durata e frequenza dei trattamenti notturni.

Spesso questi pazienti preferiscono demandare al personale dell'emodialisi la responsabilità del trattamento piuttosto di avere la preoccupazione giornaliera di eseguire personalmente manovre potenzialmente pericolose e quindi ansiogene o rimanere necessariamente in casa durante la notte. I problemi lavorativi creati dall'esecuzione dell'emodialisi possono essere facilmente superati se il paziente ha un rapporto di lavoro dipendente.

A fronte di queste situazioni, il vantaggio principale della dialisi peritoneale viene a cadere e la domanda di assistenza diventa preponderante rispetto a quella dell'autogestione.

Limitazioni locali

Oltre al paziente esistono anche altre componenti che determinano alcune limitazioni importanti allo sviluppo della dialisi peritoneale. Tali componenti hanno una valenza locale nel senso che situazioni favorevoli o disincentivanti possono variare nell'ambito della stessa regione da ospedale a ospedale e spesso dipendono da posizioni personali.

► L'infermiere di corsia

La composizione e la motivazione dello staff è un elemento fondamentale. La realizzazione pratica e in ultima analisi il successo del programma di dialisi peritoneale è a mio avviso più dipendente dal personale infermieristico che non dal personale medico. Certamente è il medico che dà l'indicazione al trattamento ma è l'infermiere che è più spesso a contatto con il paziente e di fronte a una indicazione paritaria (laddove non esistano chiare controindicazioni cliniche) verso l'emodialisi e la dialisi peritoneale molto spesso è il consiglio dell'infermiere che viene richiesto e ascoltato dal paziente. A sua volta l'infermiere propenderà nel consiglio verso un approccio non scientifico, legato a valutazioni di tipo "storico". Se le esperienze del Centro nel programma di dialisi peritoneale non sono ritenute soddisfacenti ovviamente il consiglio al paziente verrà dato nel senso dell'emo-

dialisi. Da qui la necessità di informare, di istruire e di motivare anche l'infermiere della corsia nei riguardi della dialisi peritoneale.

In aggiunta, l'infermiere della corsia è necessariamente chiamato in determinate circostanze a eseguire manovre connesse alla dialisi peritoneale o a ricevere i pazienti di notte o durante i giorni festivi, dal momento che solo in poche strutture il personale dedicato alla peritoneale può essere presente con un turno completo. È ovvio che questo carico di lavoro è visto come aggiuntivo rispetto alle normali funzioni, mentre, per il paziente emodializzato, esiste in genere la possibilità che il personale dedicato si prenda totale carico anche negli orari di chiusura del Centro del trattamento. Questo rappresenta in alcuni casi un elemento che gioca a sfavore "dell'immagine" della dialisi peritoneale presso il personale di corsia.

► L'infermiere dedicato

Non c'è dubbio che solo del personale dedicato possa assicurare le competenze e la continuità assistenziale sanitaria, organizzativa e psicologica ai pazienti trattati con dialisi peritoneale. Ovviamente questo non è possibile in tutte le realtà locali, soprattutto in quelle più piccole, per considerazioni economiche e di carenza di queste figure professionali. Se, con le tariffe attualmente in vigore, si può grossolanamente stimare economico che per ogni infermiere siano trattati in CAPD come minimo 10 pazienti (l'ideale tra 15 e 20) e che occorranza almeno 3 infermieri per assicurare un minimo di continuità, ecco che risulta evidente come i piccoli Centri abbiano notevoli difficoltà a rientrare in questi parametri. Inoltre il personale dedicato dovrebbe essere scelto con cura tra i più motivati e capaci: la scelta del personale è invece affidata molto spesso a strutture organizzative ospedaliere estranee al Centro, con poca sensibilità per i problemi specifici e molta attenzione invece all'omogeneizzazione generale dell'Ospedale nel suo insieme. Le mansioni dell'infermiere di dialisi peritoneale sono invece molto peculiari, lo spirito d'iniziativa e la capacità orga-

nizzativa sono componenti essenziali che non sono invece richieste esplicitamente nello svolgimento di altri incarichi, emodialisi compresa.

► Il medico

La motivazione è il primo requisito per il medico che si occupa di dialisi peritoneale. La conoscenza e la preparazione non sono sufficienti. Il paziente in dialisi peritoneale richiede un attento ascolto e una disponibilità personale che va oltre la consuetudine. Queste doti caratteriali, auspicabili ma non necessarie al buon funzionamento di un reparto di degenza o a un Centro di emodialisi sono invece necessarie in peritoneale, perché il paziente peritoneale è un paziente molto "faticoso" e che non può essere "programmato". Il problema clinico, anche non urgente, deve essere affrontato e risolto subito se non si vuole che la domiciliarità del trattamento si trasformi in un day hospital: questo comporta che orari, carichi e organizzazione del lavoro siano spesso sovvertiti. Certamente l'attuale composizione del salario e gli incentivi di carriera ed economici non sono tali da fungere da catalizzatori e da motivatori.

L'accesso dialitico, poi, è di più difficile gestione in peritoneale, soprattutto se si tende a ritenere il paziente nel programma di peritoneale e a non trasferirlo in emodialisi alla prima difficoltà "tecnica" incontrata.

C'è poi un problema "psicologico" legato al fatto che il paziente in peritoneale è sempre considerato in qualche modo "in transito" e che, pertanto, è necessario non lasciar trascorre il momento in cui è opportuno il trasferimento all'emodialisi. Questo comporta, alcune volte, un atteggiamento eccessivamente prudente nel conservare il paziente in dialisi peritoneale, senza considerare eventuali opzioni terapeutiche nei riguardi del problema intercorrente presentato dal paziente: alcuni esempi sono rappresentati dall'ultrafiltrazione, dalle ernie, dal riposizionamento del catetere e dalla stessa adeguatezza dialitica.



A causa di tutte queste problematiche è spesso un medico “giovane” che si occupa di dialisi peritoneale e quindi, nell’ambito del reparto, il suo “peso politico” è scarso con la ovvia conseguenza di una scarsa penetranza sul piano organizzativo e budgettario.

Conclusioni

Ho presentato alcune considerazioni dettate dall’esperienza di pratica clinica, del lavoro giorno-per-giorno. Nell’analisi, ho volutamente tralasciato alcuni aspetti, probabilmente importanti, in particolare quelli economici, che nella realtà dove ho operato e opero non hanno mai avuto alcuna rilevanza.

Ritengo che in una società avanzata come la nostra, se non ci sono importanti pressioni economiche, le garanzie sociali tendano a spostare la domanda sanitaria verso l’assistenzialismo piuttosto che verso l’autogestione, soprattutto nelle situazioni in cui la disgregazione dei valori tradizionali, come la famiglia, hanno raggiunto stati avanzati. L’anziano ammalato ne è l’esempio e l’anziano con insufficienza renale è solo una sottocategoria.

Quindi, a mio modo di vedere, il motivo per cui si fa poca dialisi peritoneale è perché c’è poca richiesta di de-istituzionalizzazione. Mi sembra che il 18% di pazienti incidenti corrisponda abbastanza bene alla “domanda”. Sarebbe importante che le deficienze di tipo organizzativo che ho chiamato “locali” non erodessero ulteriormente questa percentuale.

mferiani@goldnet.it