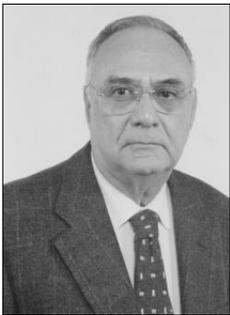


# Marginalità della dialisi peritoneale: probabile frutto di equivoci economici, problemi tecnici e criteri d'utilizzo

Giancarlo Ruggieri

*Dipartimento di Nefrologia e Urologia  
Centro di Riferimento di Nefrologia e Dialisi,  
Ospedale di San Giacomo in Augusta, Roma*



**P**erché la DP è così “marginale”? Una vasta letteratura ci dà molte buone ragioni perché il suo utilizzo possa essere diverso. È bene però ricordare

che nel mondo industrializzato, ove la terapia dialitica ha trovato il supporto tecnico, scientifico e economico per essere una realtà clinica, la DP nei casi migliori si aggira in media intorno al 30 ( $\pm n$ )% della terapia dialitica nel suo insieme, prevalenza assai significativamente diversa da quella dell'emodialisi: ammettendo che il 50% dei malati siano idonei, di questi fanno DP in Italia solo il 25%.

Ciò non è certo frutto del caso, ma di un coacervo di diversi fattori, non tutti sempre e bene individuati, ad andamento variabile, in rapporto agli ambienti sanitari, economici e normativi dell'area considerata: di questi fattori, alcuni sono presumibilmente quelli di peso maggiore, o i più costantemente avvertiti, che potrebbero essere così definiti: 1) valutazione economica; 2) caratteristiche della tecnica; 3) criteri di utilizzo.

**Valutazione economica** - È evidente che l'aspetto economico assume un peso notevole nella selezione di una terapia, quando si tratti di una procedura cronica di lunga durata e di alto costo, e vi siano più modelli comparabili in efficacia. Al tempo stesso, il concetto di “aspetto economico” può cambiare molto se considerato dall'erogatore della terapia o dal finanziatore, e in ambedue a seconda della loro posizione operativa: erogatore privato  $\rightarrow$  [finanziatore pubblico/privato]  $\leftarrow$  erogatore pubblico, e a seconda del regime sanitario generale (sistema assistenziale diretto totale, sistema misto, rimborso imposto, rimborso concordato o fluttuante in regime di mercato libero assoluto). Le reciproche influenze del sistema, che possono incidere nella scelta terapeutica su base economica possono forse essere compendiate da una sorta di equazione, come segue: la valutazione economica può essere data da:

Il rapporto (1) esprime il vantaggio che l'erogatore può trarre da una terapia come conseguenza diretta delle sue componenti di costo, da multiple e complesse (in termini di materiali di consumo, macchine, personale, farmaci, esami di controllo ecc.) a poche e semplici. Questa differenza porterà il finanziatore a valutazioni assai diverse, per l'effettiva differenza dei costi, ma anche per la notevole difficoltà a valutare in modo esatto il costo globale di terapie a componenti complesse: nel primo caso si giungerà più facilmente a una valutazione di valore elevato, mentre nel secondo caso i più semplici profili tecnici e assistenziali porteranno a valutazioni più semplici e quindi assai più strettamente aderenti ai costi effettivi. Nel primo caso i molteplici aspetti tecnici e assistenziali consentiranno più interventi moderatori della spesa, sia mediante contratti di fornitura vantaggiosi rispetto ai prezzi di listi-

$$[1] \frac{\text{Finanziatore: } \Sigma (\text{numero/qualità delle componenti di costo diretto considerate})}{\text{Erogatore: } \Sigma (\text{numero/qualità delle componenti di costo diretto realmente erogate})} \times [2] \frac{\text{capacità dell'erogatore di trarre vantaggio}}{\text{capacità del finanziatore di trarre vantaggio}} \pm [3] [\text{costi sociali e privati}]$$



no, sia mediante interventi di contenimento qualitativo-quantitativo sui livelli di assistenza e sui supporti tecnici e di consumo: data la diversità in termini monetari assoluti fra terapia complessa e semplificata, ogni contenimento di spesa nei due sistemi genererà vantaggi più consistenti nel primo modello che nel secondo. Il secondo rapporto [2] è un fattore di correzione del rapporto [1], ed è l'elemento di incremento/riduzione dei profitti dall'erogatore (rapp.1) in funzione dell'efficienza di contrasto del finanziatore a proprio vantaggio, modulando il livello di convenienza nella scelta fra primo e secondo modello di terapia (primo modello = dialisi extracorporea, secondo modello = dialisi peritoneale): nel rapporto erogatore/finanziatore il vantaggio economico di quello avrà tanto spazio quanto questo sarà disposto a riconoscere, in un equilibrio che ammetta una copertura sufficiente a una terapia adeguata. In un sistema totalmente privato (erogatore e finanziatore) l'equilibrio avverrà in un accordo fra le parti a un livello compatibile con i reciproci interessi, che difficilmente potrà portare a favorire terapie a basso costo e bassa assistenza, per evidente troppo scarso margine per l'erogatore. Nel sistema sanitario italiano antecedente l'ultima riforma, il finanziatore Stato, in una erogazione mista pubblico/privato tuttora esistente, dava assistenza remunerando il privato a prestazione ed esigendo dall'erogatore pubblico un obbligo al contenimento della spesa. In conseguenza, nelle Regioni a forte prevalenza di dialisi pubblica le finalità dello Stato e quelle degli erogatori venivano più meno a confluire, favorendo l'adozione della dialisi peritoneale, mentre nelle Regioni con forte prevalenza dell'attività privata si squilibrava il rapporto a favore dell'erogatore, con conseguente inutilizzo della peritoneale, per disinteresse del finanziatore a tutelarsi. L'attuale allargamento al pubblico della retribuzione per prestazione ha portato anche nelle Aziende Ospedaliere ed ASL la logica del maggior fatturato, spostando così la moderazione della spesa da una sfera di vantaggio col-

lettivo a una sfera interna di vantaggio aziendale, quindi rovesciando il criterio economico di selezione delle terapie, dalla terapia di minor costo complessivo per lo Stato (costo diretto + costo indotto: componente 3 dell'equazione) alla terapia di più alta resa economica per l'Azienda Ospedaliera o ASL. In questo sistema, il comportamento del finanziatore, manifestato attraverso le tariffe, esprime un vero criterio di selezione terapeutica, rivolto all'erogatore e al significato economico da dare ai costi indotti sociali e privati. Le tariffe sono così divenute momenti fondamentali per la vita della dialisi domiciliare in genere, e della peritoneale in particolare: l'esistenza o meno nel rimborso di un riconoscimento dei vantaggi economici delle terapie domiciliari, trasferendo ad esse una parte dei risparmi ottenibili nei capitoli dei supporti sociali, può essere il punto di forza della dialisi peritoneale: ciò che sembra essere in modesta parte recepito dai tariffari di alcune Regioni e assolutamente rigettato da altre, ma che sembra essere poco evidente anche a molti nefrologi.

**Caratteristiche della tecnica** - Il catetere di Tenckhoff e Schechter ha attualmente 32 anni: esso rimane ancora il catetere più utilizzato, malgrado numerose varianti: non perché perfetto, ma perché le innumerevoli nuove versioni non hanno risolto i suoi problemi, soprattutto i problemi dell'exit site e delle infezioni del tunnel. Malgrado l'intuizione di Buoncristiani e i risultati ottenuti sulla frequenza delle peritoniti esogene, le linee guida della SIN ancora debbono considerare soddisfacente un episodio di peritonite compreso tra 20 e 30 mesi/paziente, con traguardo d'eccellenza a 30. Il limitato spazio esistente fra efficienza peritoneale e volume di dialisi necessario, una volta venuto meno il supporto della funzione residua, obbliga tuttora il nefrologo a incredibili sforzi di adattamento della strategia alle possibilità del paziente, mettendone a dura prova la compliance, perché in nessun modo è possibile migliorare in modo significativo e durevole le capacità di trasporto e il

flusso ematico del peritoneo. Sulla necessità di modificare la soluzione dialitica vi è accordo assoluto, ma il problema del glucosio è tuttora irrisolto, l'icodestrina non risolve tutti i casi e probabilmente genera un traffico di oligomeri del glucosio attraverso il peritoneo. La durata in dialisi peritoneale, senza cause particolari di drop out, difficilmente raggiunge e supera i dieci anni.

Questi problemi, per i quali non si vede soluzione a breve termine, non riducono il rilevante beneficio di una dialisi peritoneale efficace, ma possono indurre uno scoraggiamento a proseguire nei moderati utilizzatori e in chi inizi una sua esperienza, soprattutto perché molti problemi clinici grandi e piccoli della dialisi peritoneale assai spesso non si risolvono con misurazioni strumentali, o formule di prescrizione informatizzata o criteri relativamente semplici e trasmettibili per iscritto: la dialisi peritoneale cronica è tuttora una terapia "artigianale", da modellare minutamente caso per caso, e forse per questo così affascinante: questo carattere di terapia fortemente dipendente dall'esperienza e dall'attenzione ai particolari è dimostrato dalla citazione delle linee guida sulle peritoniti, tenuto conto che i Centri esperti hanno indici di peritonite migliori anche del 50-100% dei limiti indicati. Le peculiari esigenze della DP, contrastanti con l'aspetto routinario dell'emodialisi (anche se solo apparente) sono certamente un ostacolo alla diffusione della terapia.

**Criteri di utilizzo** - I dati del Registro Italiano 1998 dimostrano un utilizzo crescente della DP col crescere dell'età a partire dai 15 anni, con differenze a livello significativo (test: tavole di contingenza). Lo stesso controllo operato sui dati del Regno Unito e della Norvegia, che hanno un utilizzo medio della DP del 32.14% e del 18.33% sulla popolazione prevalente in dialisi 1998, evidenzia un utilizzo totalmente opposto, maggiore nelle fasce più giovani e minore col crescere dell'età. Questa differenza scelta può anche dipendere dal loro maggior numero di trapianti, più

presenti ovunque nelle fasce più giovani (popolazione in RRT 1998, TX = Italia 19%, Regno Unito 40%, Norvegia 76.7%). Indipendentemente dal trapianto, è possibile però fare alcune osservazioni: 1) la DP mantiene la funzione renale residua, con evidenti vantaggi metabolici e di qualità di vita; 2) è una terapia che attualmente ha una sopravvivenza della tecnica, senza particolari cause di drop out precoce, collocabile fra i 4 e i 6 anni, pur potendo superare tali limiti in un ridotto numero di persone; 3) per un valido mantenimento nutrizionale la DP necessita dell'apporto di almeno 1.2 g/kg di proteine, il che significa un appetito vivace e, dato l'assorbimento di glucosio, un fabbisogno calorico spontaneo elevato; 4) l'assorbimento di glucosio può causare dislipidemia, condizione propria dell'uremia in generale, ma certamente di maggiore frequenza naturale col crescere dell'età; 5) *Visus* normale, buona memoria e corretto coordinamento dei movimenti sono un rilevante requisito per la correttezza delle manovre in DP e quindi per minore incidenza di peritonite; 6) la DP ha dimostrato di salvare il guadagno di chi lavora assai più dell'emodialisi, aspetto di elevato interesse nelle fasce di età più giovane, e di marginale rilievo nell'età pensionabile. Queste caratteristiche dicono che la migliore DP e il miglior beneficio dalla DP sono ottenibili nelle fasce d'età più giovane. Sarebbe quindi razionale cambiare i criteri di offerta della DP, aumentandone l'uso maggiormente nelle fasce più giovani.

*nefrosg@tin.it*