

Conclusioni

Marco Lombardi

Le opinioni espresse dai colleghi invitati a formare quest'importante panel d'esperti sulla dialisi peritoneale (DP) mi hanno stimolato a cercare delle conclusioni. Pertanto le seguenti righe sono frutto di una scelta – del tutto personale – delle affermazioni e dei concetti che più mi hanno colpito. Pur avendo cercato di assemblarle con un chiaro intento provocatorio, mi sia concesso il beneficio d'affermare che in tutto questo volume non c'è alcun movente verso alcun'istituzione politico-amministrativo-sanitaria, né alcuna intenzione offensiva, polemica o re-criminativa verso chicchessia. Con questo volume, gli Autori hanno inteso rilanciare un dibattito costruttivo sui motivi che hanno mantenuto scarsa la penetrazione della DP nel nostro Paese, nonostante gli svariati vantaggi offerti da questa metodica.

Motivi storici: molti nefrologi – all'epoca – hanno perseguito solo l'emodialisi (ED). Taluni per pregiudizio, talaltri per scarsa lungimiranza o perché arroccati nell'istinto di conservare (Catizone, Gabella), qualcuno anche per interesse personale (Caputo). La DP, è stata troppo spesso relegata a una posizione di seconda scelta e adottata solo con criteri selettivi "negativi". Ha avuto così origine, un *bias* per i successivi studi

comparativi con l'ED (Bertoli, Catizone, Sisca). In un Paese dove per l'affermarsi di una metodica dialitica sembra essere più importante l'offerta di vantaggi tecnologici (ED) che non sociali e umani (DP) (Gabella), questo *bias* ha notevolmente ritardato l'evidenza della sua validità. Così, ancor oggi, quando si parla di dialisi – sui rotocalchi, mass-media e spesso anche nel mondo medico e talvolta persino nefrologico – ci si riferisce automaticamente all'ED (Rugiu).

Motivi organizzativi: la creazione di un team di DP esige un grande impegno iniziale – di tipo logistico/organizzativo e multidisciplinare – e successivo per tener viva nel tempo la motivazione dello staff (Colasanti, Gabella, Virga). Questo dovrebbe essere esclusivamente dedicato alla DP (Giannattasio, Feriani, Viglino) e dotato di proprio investimento formativo e autonomia gestionale (Virga). L'importanza di ciò si evince dal fatto che l'immagine che infermieri – il ruolo degli infermieri è cruciale (Feriani, Gabella) – e medici riescono a dare della DP nel proprio Centro è cardine di motivazione nei pazienti e costituisce un ciclo virtuoso per una selezione "positiva" (Virga). In DP è cruciale la multidisciplinarietà. Ciò è esemplificato dal paziente che approda all'ambulatorio predialitico ove

dovrebbe essere preso in carico dal nefrologo, infermiere di DP, psicologo/assistente sociale, dietista, e oltretutto essere curato, essere educato e incoraggiato (Colasanti, Viglino). È sentita la necessità di un modello organizzativo che incentivi il *referral pattern* (Corciulo) e la de-ospedalizzazione mediante una più intensa collaborazione con i Servizi sul territorio (Cocchi), l'organizzazione di spazi medici di distretto o di quartiere (Amici), o un'organizzazione a gradini in cui le ultime step prevedano l'assistenza a domicilio o in residenze protette o cogestite da Asl e Ditte produttrici (Bertoli, Brunori, Viglino).

Motivi medici (nefrologici): è ancora troppo ignorato, che la DP impiegata come prima tecnica di trattamento sostitutivo offre il massimo effetto depurativo. Essa infatti, sfrutta al meglio la funzione renale residua, che è in grado di mantenere più a lungo dell'ED (Catizone, Gabella, Salomone). Si discute ancora sulle equivalenze dei trattamenti (DP vs ED) in termini di sopravvivenza paziente/metodica, troppo spesso ignorando il concetto di complementarità dei trattamenti (conservativo-DP-ED-trapianto): ciò è a sfavore della sopravvivenza globale del paziente uremico cronico (Corciulo), come a



dire che nei Centri dialisi in cui si discute ancora sull'equivalenza dei trattamenti, a essere sotto considerato più che la DP è il paziente stesso! Urge quindi la diffusione di un programma di terapia *integrata e sequenziale* dell'uremia cronica (Buon cristiani, Cocchi, Corciulo).

Oggi sappiamo che nei primi cinque anni di trattamento la mortalità in DP è inferiore/uguale a quella in ED (La Greca). Ciò ripropone la scarsa eticità di chi non dà tal scelta ai propri pazienti (La Greca, Sisca), ma nonostante ciò tanti Centri italiani (32%), pubblici e di riferimento, pur essendo in grado di sviluppare un programma di DP non lo fanno (La Greca). La DP è una metodica che sfrutta una membrana dialitica biologica non sostituibile e risente assai più dell'ED dell'esperienza, competenza e metodologia di chi la prescrive; perciò sarebbe auspicabile in futuro che venga adottata una politica di concentrazione dei pazienti in Centri di riferimento (Amici, De Vecchi).

Motivi politico-legislativi: l'addove i Centri dialisi sono prevalentemente pubblici o privati, la penetranza della metodica varia enormemente (Amici, Scanziani, Zoccali). Esiste infatti un incredibile divario tra Nord e Sud d'Italia nella percentuale prevalente di pazienti in DP (Rugiu, Zoccali). Poiché su 266 Centri privati ben 223 (84%) risiedono nell'Italia Sud-Insulare viene spontaneo pensare che lo scarso sviluppo della DP si associ al predominio dell'emodialisi "*profit*" (La Greca), oppure che limitazioni legali all'accreditamento impediscano di effettuare DP nelle strutture private (Di Paolo, Viglino). Ma esistono dimostrazioni che ciò è chiaramente superabile (Bertoli). Tra i fattori che frenano la penetranza della DP sicuramente vi è che l'organizzazione di un programma di ED, proprio per la maggior necessità di attrezzature, locali e personale, produce una maggior "*visibilità*" del gestore agli occhi del sistema sanitario (Viglino) e che l'indotto sociale e la redistribuzione di ricchezza (opportunità di lavoro e guadagno) offerta dall'ED (pubblica o privata) è assai

maggiore di quello offerto dalla DP (Amici).

Non si dimentichi però che – dagli anni '80 – le leggi sono state pilotate dai cultori della nefrologia (Mastrangelo).

Motivi economici: pur essendo dimostrato che la DP è una tecnica che impegna meno dell'ED in strutture, personale e finanziamenti (Catizone, Gabella), la mancanza di un equilibrio economico tra le due metodiche e la differenza delle loro condizioni di rimborso fanno sì, che l'attenzione dell'imprenditoria privata sia sempre più a senso unico verso l'ED (Scanziani, Sisca), specie al Centro-Sud (Caputo). Anche l'aziendalizzazione nel pubblico, con la sua logica del "*maggior fatturato*" tende a spostare i termini del risparmio da vantaggio per la collettività a vantaggio aziendale (Ruggieri); ciò produce una maggior resa economica, rovesciando così i criteri economici di selezione (Ruggieri), come avviene negli USA e in Germania (Giannattasio). Le tariffe dialitiche ministeriali – già di per sé generalmente sottostimate – sono state ulteriormente ribassate da alcuni assessorati regionali, che così non hanno fatto altro che penalizzare ulteriormente la DP, orientando le scelte dei nefrologi verso le tecniche più retribuite (Giannattasio). D'altronde anche la "*promozione*" della DP automatizzata da parte dell'industria del settore non ha certamente giovato alla causa della DP (De Vecchi). Bisognerebbe aver il coraggio di proporre incentivi per i pazienti (tipo assegni d'accompagnamento) e per gli operatori (Brunori), equiparare i rimborsi delle due metodiche (una settimana di ED = a una settimana di DP) (Di Paolo), fissare un budget annuo per paziente trattato indipendentemente dalla tecnica dialitica (DP=ED) (Corciulo) e invitare le ditte produttrici a un contenimento dei prezzi con lo scopo di perseguire un'espansione della metodica (Di Paolo).

Motivi sociali: la stragrande maggioranza dei nefrologi sa che *i*) la DP è in grado di riabilitare meglio il paziente uremico-cronico e quindi di

favorirne il reinserimento sociale e lavorativo (De Vecchi, Sisca); *ii*) è in grado di salvaguardare il guadagno del paziente con ovvio risparmio per la collettività intera (Ruggieri), *iii*) troppo poca importanza viene data all'educazione del paziente per la collaborazione al proprio trattamento (Salomone).

La stragrande maggioranza dei medici di base, degli amministratori e politici è a conoscenza di ciò? e con quale effettivo interesse? ...visto l'attuale contesto sociale che impone una domanda dialitica vertiginosamente in aumento rispetto alla disponibilità delle risorse economiche allocabili (Catizone).

Nella preparazione di questo supplemento sulla DP, ho imparato molto e di ciò son grato a tutti gli Autori. Ho appreso soprattutto, che lo stato dell'arte sulla DP è maturo affinché avvenga un cambiamento: quello che oggi – nel nostro Paese – è ingiustamente appannaggio di una minoranza a macchia di leopardo (10% circa dei pazienti uremici-cronici, soprattutto del Nord) deve divenir ugualmente disponibile per tutti, indipendentemente dalla latitudine e longitudine. Solo il perseverare di un'organizzazione iniqua, lo stagnare di abitudini e consuetudini retrivi e di interessi personali, potrà rallentare quello che definirei un logico e atteso progresso per tutti.