

Selezione dalla mailing-list SociSin del Supplemento “Dialisi peritoneale: dialisi marginale”

www.sin-italia.org/mlist

GIOVAMBATTISTA VIRGA, PADOVA

Cari soci della ML Socisin, ho letto attentamente tutto il Supplemento al *Giornale di Tecniche Nefrologiche e Dialitiche* dedicato al problema della scarsa penetrazione della PD in Italia. L'idea che mi sono fatto è la seguente: nel Nord dell'Italia la penetrazione della PD è del 15% che si può considerare quasi ottimale. Nel Sud dell'Italia la PD è trascurabile solo perché i Centri privati, che sono la maggioranza, non hanno interesse economico a svilupparla. Per aumentare la penetrazione della PD nel Sud dell'Italia, ma anche al Nord, non vi è altra via che uniformare il rimborso per paziente dializzato (e.g. £ 1 000 000/settimana) con la possibilità di reinvestire nel Centro i soldi risparmiati con la PD sulla PD stessa (ristrutturazione dei locali, pagamento di infermieri per l'assistenza domiciliare e nelle case di riposo, acquisto di audiosivi ecc.). Anche l'attività di trapianto va incentivata sul modello della Spagna (1^a in Europa) che premia economicamente l'équipe medico-infermieristica che permette un espianto multiorgano. Tutti gli altri aspetti, come la mancanza di cultura nefrologica verso la PD, l'invecchiamento della popolazione dialitica, l'importanza della corretta valutazione predialitica vengono in secondo piano. L'aspetto legislativo, e quindi economico, fa la differenza tra le Nazioni e, in Italia, tra le Regioni.

GIANPAOLO AMICI, TREVISO

Cari iscritti ML e caro Virga, i rimborsi già in passato, ma sempre di più in futuro sono oggetto di normativa regionale, vorrei aggiungere che chi si fa carico della sua autonomia a domicilio in dialisi, sia HD che PD, dovrebbe essere incentivato e aiutato. Incentivato per i soldi di trasporti che non spende, per lo spazio in ospedale che non ha, per il magazzino del materiale che si crea in casa sua e dovrebbe avere un tempo infermieristico da malato cronico cioè una o due visite a domicilio alla settimana.

AMEDEO DE VECCHI, MILANO

Vorrei fare alcuni commenti sulla penetrazione della PD in Italia. Innanzitutto non ritengo assolutamente ottimale la penetrazione del 15%. Nella mia esperienza almeno il 30% dei nuovi pazienti sarebbe idoneo alla dialisi peritoneale (autonomia, volontà e capacità di gestirsi, pochi fattori di rischio). Se forzassimo la mano, come è capitato a noi spesso negli ultimi anni per mancanza di posti di emodialisi, potremmo arrivare tranquillamente al 70% di penetrazione, con risultati non ottimali, è vero, ma non certo peggiori di quelli che avremmo potuto avere iniziando con l'emodialisi. Il problema di iniziare con pazienti poco idonei è che la fatica è maggiore, l'impegno organizzativo pure, i drop-out anche. Un altro problema è che con la dialisi peritoneale molti pazienti “moribondi” sopravvivono più a lungo che in emodialisi (esperienza personale non convalidabile con dati scientifici). Per quanto riguarda il *Giornale di Tecniche Nefrologiche e Dialitiche*, vorrei fare un appunto. Sono d'accordo con quasi tutti i punti sollevati dai colleghi, l'unico dubbio è una affermazione a me attribuita nel riassunto finale: volevo infatti suggerire, non che la APD abbia danneggiato la PD, ma che la campagna promozionale a favore della APD, secondo me un po' troppo enfatica, abbia spesso lasciato trapelare che la CAPD non sia quasi mai adeguata, soprattutto nei pazienti anurici e/o di grosse dimensioni. Questo fatto, sul quale la nostra esperienza ventennale non concorda assolutamente, è stato secondo me un boomerang che ha ridotto la fiducia nella CAPD anche da parte di Centri che già la utilizzavano largamente e non ha certo aiutato la APD a crescere sulle ceneri della CAPD... Infine, dobbiamo decidere cosa fare: la dialisi peritoneale, se si gestiscono un buon numero di pazienti, costa meno della emodialisi e il rimborso può addirittura essere favorevole. Secondo me a questo punto dobbiamo decidere se risparmiare dei soldi a favore di altri aspetti della Sanità (a esempio, incentivazione dei trapianti) oppure, come suggerisce Amici, dare ulteriori optional ai pazienti in dialisi peritoneale (rimborsi, infermieri ecc.). In questo caso i pazienti potrebbero spingere verso la peritoneale, ma il vantaggio sociale di questa spinta potrebbe essere nullo e finirebbe per spingere questi pazienti, una volta passati in emodialisi ad allargare le loro richieste, spesso sacrosante, ma che porterebbero a sottrarre i magri investimenti della Sanità ad altri settori.

GIANPAOLO AMICI, *TREVISO*

Cari soci ML e caro Amedeo, vorrei ribadire che i pazienti in dialisi peritoneale sono di fatto discriminati, se infatti applicassimo un identico criterio di risparmio sui viaggi in HD potremmo facilmente immaginare uno scenario di famiglie impegnate a giorni alterni ad accompagnare e riprendere i dializzati congiunti o peggio dializzati pensionati soli che prendono l'autobus dopo la seduta. D'altro canto vorrei sapere in che modo i fondi risparmiati potrebbero incentivare i trapianti che per motivi etici sono no-profit e si suppone siano già adesso il frutto di sforzi massimali disinteressati di tutte le équipes istituzionali.

AMEDEO DE VECCHI, *MILANO*

Caro Giampaolo, come ti ho detto di fatto sono d'accordo con te, sul fatto che la dialisi peritoneale per tutti i livelli amministrativi sia una dialisi di serie B. Però non vorrei che arrivassimo a una spirale senza fine. Guardandoci in giro non possiamo non accorgerci che rispetto ad altri invalidi o malati cronici i pazienti in dialisi sono molto "viziati", forse perché sono molti, forti e uniti. Per il trapianto: è inutile continuare a fare i falsi puri, in Spagna il trapianto è decollato solo quando alle équipes anestesilogiche hanno cominciato a dare incentivi, anche economici, anche *ad personam* (fondi di risultato??).

GIANPAOLO AMICI, *TREVISO*

Cari soci ML e in particolare caro Amedeo, non vorrei annoiare e quindi prometto di non sproloquiare più ma... noi nefrologi siamo puri comunque, anche se gli anestesisti sono incentivati, Italia o Spagna che sia. Direi per provocare che poiché il trapianto è l'opzione terapeutica della IRC più economica in assoluto, con i soldi risparmiati dai buoni programmi di trapianto si possono fare gli incentivi sia per gli anestesisti, che per la peritoneale, che per quanto altro si voglia. Vediamo ora lo scenario peritoneale al 50-70%, siamo sicuri che le ditte di emodialisi non reagiscano politicamente sulle regioni e trasversalmente sui nefrologi? Rendiamoci conto che si muovono centinaia di miliardi da una ditta a un'altra con queste scelte a livello nazionale. Ecco perché la tariffa unica *pro capite* con gestione del risparmio non si fa, e chi la vuole fare può avere degli incidenti gravi.

EZIO SZORENYI, *MASSA CARRARA*

Le varie prese di posizione sulla PD e incentivi che hanno preso di mira anche i trapianti mi costringono a intervenire perché noto molta disinformazione e confusione sul tema: premetto che sarebbe necessaria una Conferenza *ad hoc* magari sfruttando o il Congresso Nazionale o il San Carlo dove ci riuniamo in genere in gran numero. Intervengo anche perché da 3 anni mi ha coinvolto la mia Regione, la Toscana, nel problema Trapianti nel versante Donazione nominandomi Coordinatore locale della mia Azienda ASLN 1 Massa Carrara: devo dire che in questo mio "secondo" lavoro mi sono reso conto, e dò ragione ad alcuni nefrologi che sono intervenuti, che non bastano gli incentivi economici per far decollare un progetto anche se sono indispensabili per iniziarlo; la Regione Toscana infatti ha investito 11 miliardi nel 1997 e in 3 anni il tasso di donazione e trapianti è quasi triplicato (da 12 per milione di abitanti a circa 35-38 nei primi 4 mesi 2001, nel 1999 erano 28 e nel 2000 26.8). Questi risultati sono stati ottenuti, vi assicuro con mia sorpresa, oltre che per gli incentivi messi a disposizione dalla Regione anche per una migliore organizzazione sanitaria che il Coordinatore ha potuto fare puntando soprattutto sulla collaborazione di infermieri, medici, amministrativi ecc. che hanno compreso il problema. Vi dico questo perché il "modello toscano" si ispira al "modello spagnolo" che ha alla base l'incentivo ma anche un controllo di qualità e di verifica che non è ancora entrata nelle "corde" di noi Italiani e che invece è il segreto del successo spagnolo e anche di quello toscano. Per quanto riguarda la PD posso dire che da "vecchio" nefrologo (ho iniziato la mia attività nel 1969) il problema è prima culturale e poi economico: io sono nato come tutti in quei tempi convinto "emodialista", scusatemi per il brutto e arcaico termine, e la dialisi peritoneale era vista all'inizio come "residuale" ed era prescritta a categorie a rischio e in genere con problemi clinici rilevanti per cui le statistiche erano inficiate dal dato di partenza molto penalizzante per la DP. Oggi però anche "emodialisti" convinti devono ammettere, e io sono tra questi, che la PD è un ottimo presidio sostitutivo dell'insufficienza renale cronica a volte insostituibile come, per esempio, nel trattamento della IRA del neonato e del paziente pediatrico di cui ho esperienza di oltre 20 anni nella Cardiocirurgia Infantile presente nella mia Provincia dal 1972. Bisogna secondo me: 1) Prescrivere la terapia con DP a pazienti consenzienti dopo informazione "corretta" sui pregi e difetti della DP e della HD senza pregiudizi soprattutto da parte del medico prescrittore. 2) Impegnarsi sul versante

rimborsi o più in generale sui problemi organizzativi perché bisogna anche essere corretti sull'effettivo costo della DP non solo sul versante "risparmio di personale" rispetto alla HD ma anche sul versante morbidità (peritoniti) e ricoveri in cui la PD presenta indubbiamente dei costi non sempre ben quantificati quando si fanno raffronti economici tra le due metodiche. Mi dispiace di essere stato un po' prolisso, ma ritenevo opportuno fare conoscere alla "platea" alcune riflessioni sul tema: insisto però che ci sia bisogno di una "Consensus Conference" su questi temi.

AMEDEO DE VECCHI, MILANO

Caro Paolo, quanto dici è sacrosanto, ma un pubblico amministratore dovrà prima o poi, spero, giustificare perché non abbia cercato di risparmiare sulla dialisi e perché non sia riuscito a far decollare il trapianto. Lasciamo un attimo da parte la penetrazione adeguata o meno, ma, leggi o non leggi, incentivi o non incentivi, ci sono Regioni dove le dialisi meno care non vengono utilizzate e dove il numero di trapianti è da Terzo mondo. Perché? No comment.

GIANPAOLO AMICI, TREVISO

Cari soci, sono stati richiesti chiarimenti riguardo una frase che ho scritto in una precedente mail, gli "incidenti gravi" possono essere impedimenti di carriera o avvertimenti o peggio. Un medico o un politico rompiscatole può essere frenato da una bella causa di risarcimento, da una indagine giudiziaria o fiscale, da una serie di articoli sul giornale locale eccetera. Forse ho visto troppi film. Ripeto era riferito a una ipotesi di istituire un rimborso uguale per tutti, tipo quota capitaria per paziente con IRC terminale, proposto, se non erro, in una mail precedente da Virga. Il valore dirompente sembrerebbe essere che il risparmio responsabilizza il gestore sulle sue scelte. Ripeto che piccole e grandi ditte di materiale per emodialisi, piccole emodialisi private, imprese di servizi di emodialisi tipo trasporti, riparazioni, manutenzione, acque, informatica ecc. campano tutte sulla HD e se qualcuno accenna a contrazioni brusche del mercato la cosa potrebbe essere traumatica. Devo andare avanti a dire cose che tutti sanno o forse il nefrologo è uno scienziato avulso dal contesto? Ora i programmi ambiziosi di trapianto o peritoneale che sia, vengono verosimilmente mitigati o annullati non mediante provvedimenti contrari, impopolari e rischiosi, ma attraverso la mancanza di provvedimenti e lasciando le cose andare avanti come vanno senza mai cambiare niente. Voglio infine togliere ogni ombra di sospetto di connotazione Nord-Sud, mi riferivo alla realtà complessiva nazionale e basta. Chiedo nuovamente scusa per lo spazio preso, spero in un dibattito sereno e fruttifero, ricordo che tutti parlano di incentivi per i trapianti e nessuno parla di incentivi per la peritoneale, un caso?

MARIO FRATICELLI, COMO

Sono personalmente convinto che la prospettiva più vantaggiosa che il SSN possa oggi offrire per un paziente uremico sarebbe quella di un avvio in PD (fatte salve le situazioni di controindicazioni vere) collegata a una seria possibilità di trapianto entro due anni. Sarebbe di certo, io credo, la soluzione di gran lunga più vantaggiosa anche per il SSN. Se si riuscisse a costruire una situazione per cui, il paziente che opta per questo programma, entra in una lista d'attesa prioritaria per essere trapiantato non sarebbe un ottimo incentivo? (Io credo lo sarebbe molto di più di un semplice rimborso spese che avrebbe invece tanto un sapore rafforzativo del pregiudizio di offrire e accettare una dialisi di serie B). Noi abbiamo avuto occasione di gestire due pazienti giovanissimi per i quali si programmava un trapianto da donatore vivente e che sono arrivati a questo obiettivo dopo 12-15 mesi di PD. Sono state situazioni estremamente positive per gli aspetti clinici, emozionali, di riabilitazione. Soprattutto il contatto con il mondo della malattia cronica è stato veramente marginale. Spingere in questo senso potrebbe essere un impegno concreto che si assumono i nefrologi (ovviamente quelli che ci credono): producendo dati che cerchino evidenze in tal senso, parlandone nei Congressi, parlandone con i pazienti, con i decisori e interlocutori politici ecc.

DOMENICO MATARESE, CASERTA

Cari soci, se sono necessari "incentivi" per far scegliere ai pazienti la DP e non la HD, vuol dire che la maggior parte dei pazienti trova la HD più rispondente alle proprie esigenze. Questo accade anche al Nord dell'Italia, dove non esistono Centri privati come al Sud. Constatato questo ed escluso che esistano interessi reconditi per la HD da parte degli operatori pubblici del Nord, la successiva deduzione è che i pazienti scelgono la HD perché risponde meglio alle loro esigenze complessive. A questo punto bisogna domandarsi se per "risparmiare" è giusto incentivare la scelta della PD

con vantaggi di vario genere e al contrario creare difficoltà per l'accesso alla HD (sicuramente più richiesta dai pazienti) mantenendo una cronica carenza di posti dialisi. Forse è più giusto non forzare il ruolo, anche se sicuramente importante, che la DP riveste nel trattamento dell'uremia e cercare invece un risparmio alternativo operando sulla riduzione del personale (costituisce il 70% della spesa) impegnato nell'erogazione delle prestazioni dialitiche. Ma questo è un altro capitolo!

Vorrei precisare che ritengo la DP una tecnica validissima ma più impegnativa sia per il paziente che per i familiari suoi partner. Perciò è sempre da proporre al paziente, ma non deve essere una "forzatura" solo perché si devono ridurre i "costi" di gestione.

ROBERTO DELL'AQUILA, VICENZA

Vorrei rispondere al collega Matarese di Caserta: ci sono due modi di definire, a esempio, una donna – è intelligente ma brutta – è brutta ma intelligente. Apparentemente le due definizioni sembrano uguali ma nella realtà nella prima si pone l'accento su un dato negativo, nell'altro caso su quello positivo! Con questo esempio voglio dire che la "scelta" del paziente molto dipende da chi propone le tecniche dialitiche e dal modo in cui le presenta. Per quanto riguarda la mia esperienza, ma penso di poterla condividere con tutti i "peritonealisti" veri amanti della tecnica, la maggior parte dei pazienti tende a scegliere l'intracorporea se non altro per il grado di estrema libertà che garantisce e della sicura migliore qualità di vita che questa tecnica offre; pensa al ridotto desiderio di bere, alla possibilità di controllare meglio il peso, la PA, di poter andare in vacanza ovunque senza essere legato al Centro dialisi; per contro, prova a pensare quanto piacevole sia essere punto con 2 aghi 16 un giorno sì e uno no e di dover scegliere le tue ferie in base alla presenza di un Centro e alla sua disponibilità di posto: tu lo faresti? Il problema, a mio parere, è che molto spesso non si conoscono bene le "donne" e si danno informazioni insufficienti ed errate in merito.

PAOLO GABELLA, TORINO

Cari soci, caro Matarese, i pazienti scelgono tra quello che conoscono! Se potessero senz'altro sceglierebbero un buon trapianto, che senz'altro risponde meglio alle loro esigenze complessive. Spesso la DP non viene nemmeno nominata, tra le opzioni terapeutiche. Se non hai letto il Supplemento al *Giornale di Tecniche Nefrologiche e Dialitiche* su "Poca DP in Italia" senz'altro potranno interessare i risultati di uno studio presentato da Ferruccio Conte a Lecce che, come vorrà precisare meglio l'autore, confronta pazienti di uguali caratteristiche demografico-cliniche, entrati in dialisi con o senza un programma educativo (*early vs late-referral*). Ebbene i rapporti HD/DP da 80/20% si capovolgono a 40/60%! La DP consente già di risparmiare sul personale; risparmiare sul personale significa spesso modifiche strutturali, riorganizzazione delle sale dialisi, verifica e analisi delle procedure e dei protocolli. Abbiamo la possibilità, le capacità e la volontà di farlo nelle nostre sale dialisi?

GIANPAOLO AMICI, TREVISO

Cari soci e caro Matarese, la HD è una metodica magnifica che ha tenuto in vita moltissime persone ed è di fatto fondamentale per qualsiasi Centro dialisi, quello che chiedono in generale gli esperti di DP è semplicemente che ci sia la parità effettiva quando di fatto non c'è. Al Sud (non tutto) i pazienti non possono sceglierla perché non viene fatta, manca l'informazione predialisi un po' dappertutto, le tariffe sono alte per la HD, per la HD ci sono i trasporti gratuiti, le associazioni e i Centri riportano la HD nei loro nomi come se la DP non esistesse, infine Centri piccoli e grandi credono di fare bene ma magari non fanno bene per carenza di formazione medica e infermieristica specifica. Quindi la diatriba non è di soli incentivi, gli incentivi dimostrerebbero che c'è l'interesse per lo sviluppo della DP, di fatto ciascuno di noi sa che il suo lavoro assume importanza quando il riconoscimento ufficiale si accompagna a quello economico. Lungi da me contenere i costi, prima si fanno i conti, si vede quanto abbiamo, poi si vede come è meglio utilizzarli per dializzare tutti quelli che hanno bisogno al meglio.

MARIO FRATICELLI, COMO

Sono interessanti le osservazioni del dott. Matarese però non sono esaustive dell'argomento. In effetti se l'argomento fosse molto semplice da risolvere, o non fosse un problema reale, non se ne parlerebbe tanto. 1) Come in tutti i campi della medicina anche in questo esiste, ed è riconosciuta, una asimmetria di conoscenze che fa sì che i pazienti nella grandissima parte delle circostanze accettino quanto loro prospettato da NOI come il meglio per sé, oppure scelgano

usando gli strumenti che NOI forniamo loro; quindi la domanda è: quali messaggi e convinzioni trasmettiamo nelle fasi di scelta del trattamento? 2) Il problema – secondo me – non è tanto risparmiare, quanto consentire a tutti coloro che ne hanno necessità di essere trattati senza espandere e moltiplicare a dismisura strutture/organizzazioni ecc. Il trend attuale di crescita ha portato tutti i Centri dialisi più grandi alla saturazione completa: noi, per esempio, abbiamo saturato 3 turni su 31 apparecchiature in un arco di 18 ore al giorno. Non è ipotizzabile, a mio giudizio, per molti motivi fare crescere ulteriormente la struttura: quindi bisogna usare TUTTO il ruolo che la PD può avere nel trattamento dell'uremia oppure inviare i pazienti ad altri o nuovi Centri dialisi (questo probabilmente anche se la PD costasse di più).

AMEDEO DE VECCHI, MILANO

Mi sembra che la polemica si stia sempre più limitando e stia diventando, come purtroppo capita sempre in Italia, un problema di tifoseria aprioristica. I fatti sono che la dialisi peritoneale ha dei vantaggi innegabili: preserva la funzione residua, riduce le virosi, permette un maggior impegno lavorativo, permette al paziente una diversa gestione della propria vita, utilizza la più biocompatibile delle membrane, evita gli sbalzi rapidi di peso e il sovraccarico cardiaco da fistola ecc. Ma ha anche degli svantaggi: dopo i primi due, tre anni il drop-out è superiore, il paziente deve assumersi delle responsabilità maggiori nella gestione della dialisi, il rischio di infezioni della protesi è probabilmente superiore alla HD (anche se ho dei dubbi sul fatto che le rimozioni del catetere per infezione siano tanto superiori alle rimozioni di protesi o cateteri vascolari per l'emodialisi), la durata della tecnica è inferiore ecc. Io credo di poter affermare di conoscere bene la DP e ne vedo i vantaggi. Molti non la conoscono e credono di vederne con chiarezza vantaggi e svantaggi, basandosi spesso su 1-2 pazienti spesso mal scelti e mal gestiti (i primi sono così per tutti) o addirittura su dei "sentito dire". Non mi scordo che all'inizio del trapianto renale molti "guru" della nefrologia erano assolutamente contrari a tale tecnica, per gli elevati rischi di infezioni o mortalità. Adesso, dopo aver imparato a gestire meglio le terapie e le complicanze, quasi tutti hanno cambiato idea. Per tornare all'esempio della donna brutta, ma intelligente, spesso resta solo brutta se uno non ci scambia nemmeno una parola. Al di là delle battute, credo che le necessità fondamentali siano: 1) che tutti gli ospedali prospettino a ogni paziente i pro e i contro generali, ed eventualmente individuali, di ciascun trattamento; 2) che a ogni paziente possano venire offerte tutte le possibilità terapeutiche (HD, DP, TX), anche eventualmente appoggiandolo a Centri vicini; 3) che la scelta del trattamento non sia mai legata a preconcetti, saturazione dei posti di emodialisi, posti di emodialisi vuoti da riempire (che costano anche quando non c'è il paziente!) o comunque a fattori non legati al futuro del paziente; 4) a torto o a ragione, al medico è dato anche un ruolo di gestore delle risorse, che non deve portarlo a sacrificare la qualità delle cure a favore del risparmio, ma deve abituarlo a non sprecare inutilmente risorse di tutti a favore di qualcuno: non dimentichiamo che se i tagli non li facciamo noi, li faranno gli amministratori, e non saranno certo attenti alle esigenze del paziente. Ricordo una lettura di Ram Gokal in cui paragonava i costi e i risultati di un anno di dialisi, con un by pass coronarico, un trapianto di midollo e così via: credo che su queste basi un politico avrebbe dei dubbi sull'aumentare gli investimenti per la dialisi, anche se i pazienti aumentano. Stiamo attenti! 5) non deve mai essere considerato un disastro o un errore se una tecnica, scelta correttamente, fallisce. Altrimenti, dovremmo mantenere i pazienti in dieta aproteica o con un trapianto non funzionante, come facciamo per la dialisi peritoneale o l'emodialisi, per evitare questo "disonore". Abbiamo diverse armi, usiamole tutte nel loro ambito di massima efficacia, non a casaccio o perché sono meno pesanti! Infine, non so se gli incentivi possano servire ad aumentare la DP, ma certo ci sono molti incentivi, diretti o indiretti, per chi non la fa (introiti nei Centri privati, possibile affidamento di quasi tutta la gestione della HD agli infermieri con minor impegno dei medici, aggiornamento limitato alla sola emodialisi, maggiori "coccole" dalle ditte, supporti per i pazienti, tariffe spesso premianti per le dialisi più costose ecc). Credo che se avessimo meno posti di emodialisi vacanti e una quota capitaria per il paziente, probabilmente la dialisi peritoneale diventerebbe spesso più appetibile per il medico e quindi probabilmente anche più consigliata al paziente. O sono troppo diffidente? Scusatemi la prolissità, ma credo che questo sia un esempio dei dilemmi che si porranno sempre più spesso in ambiti diversi, e dobbiamo abituarci a un atteggiamento di correttezza, imparzialità e soprattutto buon senso.

SERGIO SISCA, FIRENZE

Carissimo Domenico Matarese, mi trovo in completo disaccordo con quanto affermi. Un Centro di nefrologia deve poter offrire ai propri pazienti, dopo averli adeguatamente INFORMATI, tutti i possibili trattamenti terapeutici dell'uremia che la tecnologia attuale ci consente di attuare: Emodialisi (ospedaliera, CAL, domiciliare), Dialisi Peritoneale (CAPD, peritoneale automatizzata), Trapianto. È il paziente che, informato sulle varie tecniche, deve decidere come vuole sopravvivere. Non è la vita del paziente che deve adattarsi alla dialisi, ma è la dialisi che deve adattarsi alla vita del paziente. Molti motivi della scelta della peritoneale sono stati chiariti ampiamente nell'e-mail di Dell'Aquila. Devi prendere in considerazione il fatto che alcuni non vogliono delegare ad altri la cura della propria infermità, soprattutto



quando il trattamento è semplice e molto sicuro (nella foto un paziente trova il metodo di farsi uno scambio nella sacrestia del convento dell'Averna durante una gita organizzata dal nostro gruppo). Ci sono, inoltre, dei pazienti che non vogliono assolutamente frequentare tre volte alla settimana l'ospedale per svariati motivi, non ultimo quello di sentirsi ammalato tra malati, altri invece, i vecchietti, sono favorevoli alla vita ospedaliera per poter scambiare qualche parola con medici, infermieri, lettighieri e compagni di sventura. Pensa anche all'aumento esponenziale dei dializzati (ogni anno ci sono 6 mila nuovi ingressi). Fra poco dove li metteremo? I posti tecnici di emodialisi possono crescere all'infinito? Negli ultimi 6 anni, nella mia esperienza, 41 pazienti in peritoneale del mio Centro sono stati trapiantati. Se non avessero effettuato la dialisi peritoneale la nostra unità operativa avrebbe dovuto aumentare i posti tecnici emodialitici di ben 10 unità. Per risolvere la carenza dei posti di emodialisi, che anche tu denunci, devi poter offrire ai pazienti che lo desiderano, forme alternative di trattamento (peritoneale e trapianto). Perché alcune regioni non credono alla peritoneale e neanche al TRAPIANTO? Ti sei mai domandato perché in queste regioni il trapianto è semplicemente un optional e non una necessità per vivere meglio? Tu hai scritto: «A questo punto bisogna domandarsi se per "risparmiare" sia giusto incentivare la scelta della Peritoneale con vantaggi di vario genere e al contrario creare difficoltà per l'accesso alla HD?» Ti rivolgo la stessa domanda sul trapianto: «A questo punto bisogna domandarsi

se per "risparmiare" sia giusto incentivare la scelta del trapianto con vantaggi di vario genere e al contrario creare difficoltà per l'accesso alla HD?» Se osservi con attenzione i Registri di dialisi e trapianti, noterai la grossa differenza tra regione e regione, tra nazione e nazione, tra continenti, solo così ti potrai rendere conto dell'improponibilità delle tue tesi. Sai cosa significa evitare gli sprechi in Sanità? Significa razionalizzare la spesa e offrire le risorse risparmiate (spazi, economie, personale, attrezzature) ai reparti che non funzionano perché hanno un organico insufficiente, strutture fatiscenti, attrezzature carenti. Non coltiviamo solo il "nostro orticello". La Sanità è nostra sia come operatori che come possibili utenti: miglioriamola.