GCND
G Clin Nefrol Dial 2026; 38 (Suppl. 1): 27-28
ISSN 2705-0076 | DOI: 10.33393/gcnd.2026.4098
CONGRESS PROCEEDING

Dialisi peritoneale: perché incentivarla e sostenerla

Simone Corciulo

UOC di Nefrologia e Dialisi Ospedale Generale Regionale "F. Miulli" Acquaviva delle Fonti, Bari - Italy

Peritoneal dialysis: why it should be promoted and supported

Peritoneal dialysis (PD) is a well-established home-based dialysis modality available in two forms: continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD), performed manually, and automated peritoneal dialysis (APD), both of which can be carried out independently by the patient or with caregiver assistance. Despite demonstrating clinical effectiveness, survival, mortality, and safety outcomes comparable to those of in-center hemodialysis (HD), PD remains underutilized in Italy, accounting for only 9.5% of dialysis treatments, while approximately 90% of patients receive HD. This distribution has remained essentially unchanged for at least the past decade. This paradox highlights the need to promote and support PD, as many of its advantages have been overlooked or underestimated, despite making it an attractive alternative to HD. Greater cultural awareness is therefore needed, beginning with nephrologists, who should be increasingly attentive to patients' clinical needs and familiar with all available dialysis options, and extending to healthcare institutions and patients to encourage the wider adoption of this modality.

Keywords: Clinical benefits, Cost-utility analysis, Home dialysis, Peritoneal dialysis

La malattia renale allo stadio terminale (ESRD) è una delle poche patologie che può offrire varie opzioni terapeutiche che possono essere proposte ai pazienti a seconda delle loro condizioni cliniche e delle esigenze sociali e lavorative.

I vari trattamenti variano dal trapianto pre-emptive da vivente o da cadavere proponibile a pazienti prevalentemente giovani alla "renal supportive care" per la terapia conservativa dell'insufficienza renale terminale al domicilio o in strutture idonee utilizzando regimi alimentari controllati, rivolta soprattutto a pazienti anziani, per i quali il trattamento dialitico può comportare problemi clinici e/o sociali.

In alternativa sono disponibili trattamenti dialitici ospedalieri o domiciliari. A livello ospedaliero la metodica dialitica utilizzata è l'EDO nelle sue varianti mono-, bi- o trisettimanale, a giorni alterni o lunga notturna; a livello domiciliare invece viene utilizzata oltre all'emodialisi convenzionale con monitor simili a quelli ospedalieri, anche la variante breve e frequente che utilizza monitor che consentono l'utilizzo di bassi flussi di dialisato, pronto in sacche, per trattamenti di 2-3 ore e per 4-7 trattamenti settimanali. Queste tecniche emodialitiche domiciliari possono essere effettuate in autonomia dal paziente adeguatamente istruito o in forma assistita.

Infine c'è la DP, metodica domiciliare conosciuta ormai da oltre 50 anni e ampiamente validata clinicamente, nella sua variante manuale CAPD o automatizzata APD, con un cycler che effettua scambi durante le ore notturne gestito direttamente dal paziente o in forma assistita da caregiver familiari o istituzionali.

Tra i trattamenti dialitici, la metodica più utilizzata in Italia è l'EDO con circa il 90% dei pazienti in trattamento, seguita dalla DP con circa il 9,5 % e infine dall'emodialisi domiciliare con meno dell'0,5% dei pazienti. Il dato della DP è stabile da almeno 10 anni.

Questo diverso uso delle opzioni terapeutiche penalizza fortemente la DP che presenta invece outcome clinici sovrapponibili se non talvolta migliori rispetto all'EDO. Infatti la DP in quanto trattamento continuo rispetto all'EDO consente un più stabile controllo del bilancio idrico, elettrolitico e acido-base con risparmio degli accessi vascolari e riduzione del rischio di infezioni virali. La mortalità è sovrapponibile a quella dell'EDO con migliore sopravvivenza globale in dialisi qualora il paziente abbia iniziato il trattamento con la DP per poi essere traferito all'EDO. Complessivamente la DP in quanto trattamento domiciliare offre una migliore qualità della vita per il rispetto della vita sociale del paziente. Da un recente lavoro di HTA Assessment, la DP è risultata essere più efficace rispetto all'HD, in quanto i valori di QALY (Quality Adjusted Life Year) complessivi (somma di ciascun QALY annuo) sono risultati pari a 1,20 rispetto a 0,94 per i pazienti in EDO. Dal punto di vista dell'analisi costo-utilità, la DP è risultata "dominante", vale a dire più efficace e meno costosa, risultando quindi il trattamento preferibile da un punto di vista sia clinico che economico. Alla "Budget Impact Analysis" nella prospettiva sociale, il costo annuo reale per paziente è risultato di € 24.142 per la DP e di € 42.231 per l'EDO. L'incremento annuo di almeno il 5% dei pazienti in DP, in 5 anni porterebbe a un risparmio vicino ai 100 milioni di euro.

Received: July 16, 2026
Accepted: July 20, 2026
Published online: September 24, 2026

Indirizzo per la corrispondenza:
Simone Corciulo
email: s.corciulo@miulli.it

© 2026. The Authors. This article is published by AboutScience and licensed under Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0).
Commercial use is not permitted and is subject to Publisher's permissions. Full information is available at www.aboutscience.eu

Oliver MJ e altri Autori hanno evidenziato, su 497 pazienti incidenti da avviare alla dialisi, che la DP, considerate le controindicazioni cliniche all'effettuazione di tale metodica (interventi sull'addome, diverticoliti, ecc.) e le barriere sociali e personali che ne ostacolano la scelta da parte del paziente, dopo un adeguato supporto informativo ed educativo effettuato sul paziente e sui suoi familiari, era scelta nel 29,5% dei pazienti e di questi circa il 50% la poteva eseguire in piena autonomia. È un paradosso pertanto che a oggi la dialisi peritoneale in Italia sia così poco effettuata come si evince anche dall'ultimo censimento del 2024 del Gruppo di Studio di DP. Questa indagine ha evidenziato che la penetrazione della DP in Italia è del 9,5%. I centri pubblici che la effettuano sono 228 rispetto al totale di 342 centri dialisi e pertanto risulta che solo il 65% offre questa opportunità dialitica ai propri pazienti incidenti. Poco meno della metà dei centri che effettuano la DP (45%) ha in cura più di 15 pazienti. Il tempo medio di permanenza del paziente in DP è aumentato nel tempo fino all'attuale permanenza di 31,3 mesi, dovuta anche al fatto che il tasso di peritoniti si è notevolmente ridotto negli ultimi anni (1 episodio ogni 73 mesi).

È chiaro che la DP deve essere incentivata e sostenuta perché finora sono stati trascurati e sottovalutati tanti aspetti che la rendono più proponibile rispetto all'EDO.

Gli aspetti che penalizzano la diffusione della DP sono soprattutto organizzativi (Fig. 1).

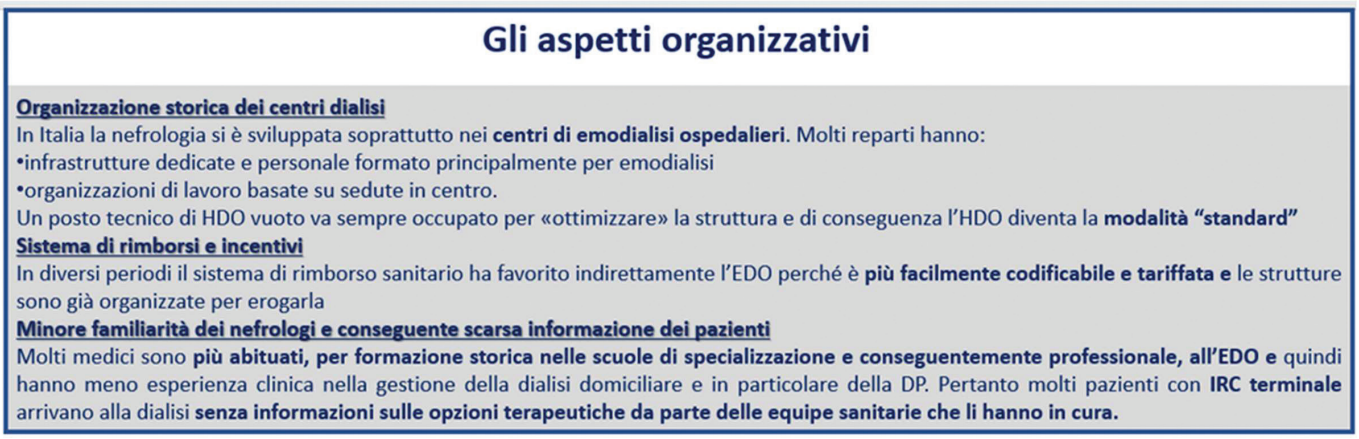


FIGURA 1 - Sintesi dei principali determinanti organizzativi che hanno storicamente condizionato la diffusione della DP in Italia.

Sull'opportunità di un maggiore ricorso alla DP si era già nel passato espresso il Ministero della Salute nel Documento sul Piano Sanitario della Cronicità e Personalizzazione della Terapia del 2016 nel quale si davano indicazioni all'avvio alla DP nei pazienti autosufficienti, giovani o relativamente giovani (tra i 40-65 anni) o nei pazienti parzialmente autosufficienti/non autosufficienti con familiari o caregiver e riservando invece l'EDO ai pazienti non autosufficienti o clinicamente impegnativi.

Il 12 marzo 2026, nella Giornata Mondiale del Rene, la Società Italiana di Nefrologia ha organizzato una giornata sugli Stati Generali della DP per un'analisi HTA che definisse il futuro della DP in Italia con la partecipazione della componente politica istituzionale, dei clinici e di ricercatori di organizzazione aziendale universitari e dell'Agenas. Dal confronto è scaturita un'accresciuta sensibilizzazione dei cittadini e delle istituzioni sanitarie sull'argomento della DP.

Si può concludere pertanto che la DP, metodica efficace, sicura, sostenibile e semplice da eseguire, deve essere proposta più diffusamente e avere maggiori margini di utilizzo. Ormai non è più rimandabile una ferma azione di incentivazione e di sostegno di tale metodica che oggi parte soprattutto dalle istituzioni sanitarie e che non può che vedere i nefrologi attenti e impegnati a perseguire tali obiettivi. È fondamentale pertanto che il nefrologo conosca e utilizzi tutte le metodiche dialitiche disponibili e che abbia la capacità di dialogare con il paziente per informarlo, educarlo e aiutarlo in un percorso di terapia consapevole e condivisa.

Disclosures

Conflict of interest: The Authors declare no conflict of interest.

Financial support: This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Bibliografia

1. Oliver MJ, Garg AX, Blake PG, et al. Impact of contraindications, barriers to self-care and support on incident peritoneal dialysis utilization. *Nephrol Dial Transplant*. 2010;25(8):2737-2744. CrossRef PubMed
2. Neri L, et al. *Peritoneal Dialysis in Italy: the 9th GPDP-SIN Census.* Twenty Years of Monitoring Peritoneal Dialysis; 2024.
3. Wu Z, Chen F, Li P, Zhao M. Impact of peritoneal dialysis and hemodialysis on mortality in patients with end-stage renal disease: A systematic review and meta-analysis. *Ther Apher Dial*. 2025;29(1):79-88. CrossRef PubMed
4. Chander S, Luhana S, Sadarat F, et al. Mortality and mode of dialysis: meta-analysis and systematic review. *BMC Nephrol*. 2024;25(1):1. CrossRef PubMed
5. Arbia G, et al. Valutazione HTA dialisi peritoneale vs emodialisi. *G Ital Nefrol*. 2025.

© 2026 The Authors. Giornale di Clinica Nefrologica e Dialisi - ISSN 2705-0076 - www.aboutscience.eu/gcnd