

Peritoneale: dialisi ancora marginale? Da dove veniamo, chi siamo, dove andiamo

Sergio Sisca, Pietro Dattolo

U.O. Nefrologia, Ospedale S. Maria Annunziata, ASL 10, Firenze

THE USE OF PERITONEAL DIALYSIS: IS IT STILL MARGINAL? WHERE WE COME FROM, WHO WE ARE, AND WHERE WE ARE GOING

Abstract. Despite the recent major technological advances the prevalence of peritoneal dialysis (PD) has remained unchanged over the last 23 years (10%-11%). Public institutions (Region, ASL, University) and nephrologists share the responsibility for the underuse of PD, since both have underestimated that, at a time of severe economic crisis, the health care system can offer efficient and qualified health benefits even at a lower cost than that of traditional procedures.

Key words: Peritoneal dialysis, Marginal

Conflict of interest: None.

Financial support: None.

Accettato: 24 Luglio 2013

Da dove veniamo (Fig. 1)

Nel 2001, uno sparuto gruppo di medici “cultori” della Dialisi Peritoneale, su iniziativa del vulcanico Marco Lombardi, rispondeva in maniera “libera, spontanea e provocatoria” alla domanda del perché la dialisi peritoneale fosse ancora marginale dopo circa 20 anni dal suo utilizzo come trattamento cronico dell’uremia.

In Italia, la percentuale dei pazienti allora trattati con la DP era del 10%, anche se in un contesto di grande variabilità tra regione e regione.

I motivi della scarsa penetrazione della DP (Rivista TN&D anno XIII, S1 Gennaio-Marzo 2001) erano individuati in scarsa convinzione ed esperienza di molti nefrologi, proliferazione di centri di emodialisi piccoli e, quindi, anche di posti letto tecnici, disinteresse delle strutture private convenzionate per prestazioni sanitarie poco vantaggiose economicamente, condizioni socio- e psico-attitudinali del paziente (progressivo invecchiamento della popolazione, mancanza di supporto familiare o sociale), controindicazioni cliniche alla DP non sempre appropriate, carente informazione ai pazienti e ai loro familiari da parte dei nefrologi, mancanza di un ambulatorio dedicato alla CKD nelle fasi del IV e del V stadio e disinteresse (indifferenza) delle maggiori ditte biomediche al miglioramento tecnologico per gli scarsi guadagni sulla vendita del materiale necessario per la DP.



Fig. 1 - Paul Gauguin, da dove veniamo, chi siamo, dove andiamo. 1897, olio su tela, Museum of Fine Arts, Boston, USA.

Chi siamo

Nel 2013, a distanza di 12 anni da quel *forum*, siamo rimasti sempre uno sparuto gruppo, in parte rinnovato e ringiovanito, di medici “amanti” del loro lavoro in DP, che, nonostante l’alto numero e l’elevata qualità dei lavori scientifici pubblicati, non ha saputo convincere i numerosi riluttanti (nefrologi, ASL, regione) e produrre un cambio di passo sulla penetrazione della DP in Italia. Gli ultimi dati del RIDT 2010 attestano, infatti, che i pazienti in DP sono circa il 10-11% del totale dei dializzati. Ad Alba, nel 2012, il GdSDP ha presentato dati statistici sovrastimati (16%), dovuti al fatto che hanno risposto al censimento solo i centri dialisi che effettuavano la DP.

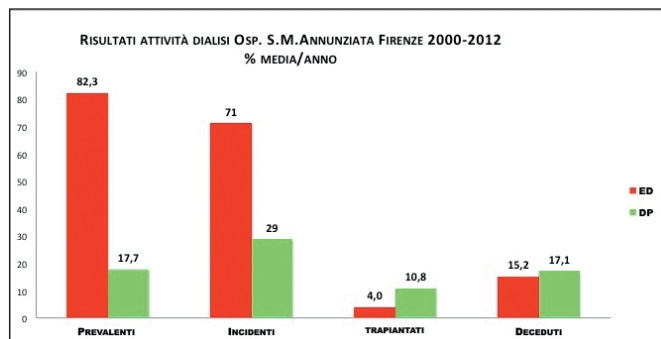


Fig. 2 - Risultati attività dialisi Ospedale S.M. Annunziata Firenze.

Rispetto al 2001, le motivazioni sono in parte cambiate, infatti non si può ancora affermare che le ditte farmaceutiche non abbiano svolto il loro ruolo propulsivo producendo materiale innovativo (liquido di dialisi più efficace e più fisiologico, sacche più biodegradabili) e macchine per APD di piccole dimensioni, tecnologicamente avanzate e affidabili, che determinano la massima flessibilità di orario di trattamento per chi lavora o studia. Inoltre, le stesse ditte offrono un'organizzazione quasi perfetta (invio e ritiro del materiale ovunque, assistenza telefonica per qualsiasi problema tecnico, cambio macchine guaste), che, insieme al supporto del *team* di DP locale, non fa sentire più solo il paziente al proprio domicilio durante il trattamento dialitico.

L'Università, per molti anni, è stata insensibile alla novità terapeutica della DP per i pazienti affetti da uremia, pur avendo il compito di formare i laureandi in medicina e, soprattutto, della formazione teorica e pratica degli specializzandi in nefrologia.

Le colpe di noi "esperti"

- Non aver saputo in così tanto tempo dimostrare agli organi istituzionali (regione, ASL/AO) che la DP rappresenta un miglioramento della qualità della vita del dializzato a un costo discretamente ridotto.

Piemonte, Sicilia e Umbria hanno deliberato un incentivo ai pazienti in DP. I colleghi di quelle regioni, infatti, hanno dimostrato che, nonostante il congruo contributo economico, la DP rappresenta un risparmio non indifferente per l'economia regionale, basti pensare all'abbattimento dei costi dei trasporti degli ammalati, a quelli inferiori del materiale e al numero ridotto di personale sanitario.

- Non aver consigliato agli organi competenti regionali di inserire la DP tra i criteri obbligatori per l'accreditamento delle strutture nefrologiche, con l'individuazione anche di un *team* dedicato (medico e infermieri) per ogni Struttura Complessa di Nefrologia.

- Non aver costituito una rete di collaborazione tra i vari centri nefrologici, anche quelli che non effettuano la DP, per assicurare a tutti gli uremici un'adeguata e corretta informazione, ma, soprattutto, per offrire loro la DP come opzione terapeutica.

- Non aver suggerito all'Ordine dei Medici la nostra collaborazione per rendere obbligatoria la formazione alla DP dei MMG, i quali, il più delle volte per un preconcetto, sconsigliano la DP ai loro assistiti.

- Non aver saputo "vendere" il nostro prodotto (DP) ai mezzi di informazione. I media potrebbero rappresentare un volano per la DP, per cui bisognerebbe spostare molte delle

nostre risorse sulla comunicazione (Beppe Grillo *docet*).

- Non aver avuto il coraggio, per il timore di complicanze infettive, di reinserire in DP i pazienti provenienti da un trapianto fallito, indirizzandoli, invece, verso il trattamento emodialitico.
- Non aver avuto la sensibilità o la voglia di informare anche il paziente "*late referral*" della possibilità di optare per la DP anche dopo un breve periodo di emodialisi, imponendogli, di fatto, di adattare la vita alla dialisi e non viceversa.
- Non aver convinto, con i nostri validi argomenti, le nostre ASL/AO della necessità della creazione di un *Day Service* o ambulatorio congiunto per IRC e DP, che si possa far carico del paziente in predialisi in tutte le sue fasi del percorso clinico e della sua adeguata informazione.

Dove andiamo

Esperienza della nostra U.O.

La creazione, nel 2000, del *Day Service* con un *team* esperto e dedicato, formato da un medico e da due infermieri, ha dato risultati insperati, qualificati e soddisfacenti, che ci hanno consentito di evitare il terzo turno di emodialisi e di richiedere un maggior numero di personale sanitario in un periodo che si annunciava di grave crisi economica.

In 13 anni, dal 2000 al 2012, gli incidenti sono stati in ED 317 (età media 67) e, in DP, 128 (età media 60); annualmente, i prevalenti sono stati in ED 117 (età media 68) e, in DP, 25 (età media 58) (Fig. 2).

Riassunto

Nonostante gli importanti progressi tecnologici, la prevalenza della dialisi peritoneale è rimasta invariata (10-11%) negli ultimi 23 anni. Le motivazioni principali sono da addebitare agli Enti Pubblici (regione, ASL, Università) e ai nefrologi che, in un momento di grave crisi economica delle civiltà occidentali, non hanno capito che, in medicina, si possono offrire prestazioni sanitarie efficienti e qualificate anche se a un costo inferiore rispetto a quelle tradizionali.

Parole chiave: Dialisi, Peritoneale, Marginale

Dichiarazione di conflitto di interessi: Gli Autori dichiarano di non avere conflitto di interessi.

Contributi economici degli autori: Gli Autori dichiarano di non aver ricevuto sponsorizzazioni economiche per la preparazione dell'articolo.

Indirizzo degli Autori:

Dr. Sergio Sisca
U.O. Nefrologia
Ospedale S. Maria Annunziata
Via Antella 1
50011 Antella (FI)
sergiosisca@alice.it