

Dialisi peritoneale: dialisi marginale

Paolo Gabella, Francesca Bermond, Cristiana Bagnis, Martino Marangella

Unità Operativa di Nefrologia e Dialisi e Centro per la Calcolosi Renale, Ospedale Mauriziano, Torino

PERITONEAL DIALYSIS: MARGINAL DIALYSIS

Abstract. Peritoneal Dialysis in Italy in 2013: biases and hurdles to its wide diffusion, where are we?

Key words: Peritoneal Dialysis diffusion, Peritoneal sclerosis

Conflict of interest: None.

Financial support: None.

Accettato: 10 Settembre 2013

Nonostante siano trascorsi più di 12 anni dalla stesura del nostro precedente intervento, molti di quelli che provocatoriamente avevamo definito “PREGIUDIZI” alla diffusione della dialisi peritoneale in Italia rimangono attualissimi (Fig. 1).

Nel nostro centro, comunque, il numero di pazienti non è diminuito, nonostante una differenza considerevole nelle caratteristiche dei pazienti seguiti nell’ambulatorio predialisi rispetto a quelli che si presentavano uno e due decenni fa, che potremmo sintetizzare con la frase:

“più vecchi, più stranieri, più soli e più ostili a qualunque terapia e consiglio”.

Certamente, l’aver osservato personalmente in almeno quattro casi le conseguenze devastanti della progressività della sclerosi peritoneale e la morte lenta con molte sofferenze in almeno due di essi o la presenza di terribili complicanze addominali e nutrizionali anche in pazienti con trapianto renale funzionante (con sirolimus o everolimus), quindi potenzialmente guariti dall’insufficienza renale, ci ha reso più dubbiosi sulla validità di questa metodica a lungo termine.

In questo, ci sentiamo vicini alle affermazioni di Di Paolo e di Buoncristiani sui limiti della peritoneale legati alla “demosotelializzazione permanente” e alla non fisiologicità delle soluzioni, che aggredirebbero permanentemente le sierose e la matassa intestinale (Fig. 2).

Per fortuna, la sclerosi e il “rigetto peritoneale”, come l’hanno definito, non sono frequenti e la dialisi peritoneale, almeno nel breve periodo e nella maggior parte dei pazienti, funziona. D’altra parte, i problemi dell’accesso vascolare, la cachessia vascolare o le morti improvvise o per sepsi in emodialisi, anche se sono meno coinvolgenti e meno attribuibili direttamente al trattamento stesso, sono frequenti.

Riferendoci soprattutto alla nostra realtà urbana subalpina torinese, “ex metropoli”, i pregiudizi alla diffusione della peritoneale per problemi organizzativi sono stati colmati, anche se il

“nursing integrato” (infermiere-dietista-psicologo-assistente sociale-farmacia-ditte fornitrici del materiale-medico) nel nostro centro non è ancora una realtà di tutti i giorni.

Il numero di pazienti, percentualmente, dopo un calo è ricresciuto: la legge regionale sul rimborso, che prevede un notevole contributo economico a chi fa la dialisi a casa aiutato dal *partner*, nella nostra esperienza ha solo in parte invertito la tendenza alla diminuzione.

Forse, il contributo economico erogato non è così significativo quantitativamente, ma, in alcuni casi, è stato determinante nel-

PREGIUDIZI ALLA DIFFUSIONE DELLA DIALISI PERITONEALE IN ITALIA (cfr. S1 Giornale Italiano di Tecniche Nefrologiche e Dialitiche XIII n°1 S1 pagg 35-6. Wichtig 2001)

Effetto storico
Problemi organizzativi
Problemi economici
Problemi Ideologici (socio culturali)

Fig. 1

PREVENZIONE SCLEROSI PERITONEALE

- In caso di trapianto: inibitori di mtor ab initio
- Lavaggi peritoneali fino a che si ha il catetere in situ
- No betabloccanti (sartani e ace antifibrotici)
- Monitoraggio PET appearance rate CA125
- TC e biopsia peritoneale
- Tamoxifene e steroidi

Fig. 2

la scelta. Questo testimonia come le differenze organizzative e, soprattutto, le problematiche economiche incidano enormemente sulle scelte del trattamento; solo così si possono spiegare le notevoli differenze regionali sia in Italia (dove la prevalenza della DP in Campania è inferiore al 2%) che internazionali (dove, Messico e Hong Kong registrano prevalenze superiori all'80% di pazienti in peritoneale).

Da noi, gli organici, le strutture e la cultura per la DP a fatica si sono sviluppati e sono cresciuti, ma i pazienti e i medici continuano a preferire l'emodialisi. Entrano in gioco i problemi sociali e ideologici. L'inerzia e la pigrizia del centro favoriscono l'emodialisi, la scelta più semplice e che delega tutto agli altri e al sistema sanitario, imponendo, però, costi maggiori sia in termini organizzativi che di tempo con lunghi trasporti, anche nelle realtà urbane, dove, più che in provincia, contribuiscono al traffico e all'inquinamento.

Potrebbero essere chiamate in causa la disinformazione e la difficoltà nell'educazione del paziente. A nostro giudizio, comunque, la popolazione geriatrica, che seguiamo nell'ambulatorio predialisi, polivascolopatica e gravata da una demenza latente, dall'isolamento urbano e dalla malnutrizione latente, beneficia sempre meno dei "pregi sociali della peritoneale" e ci rende più restii a prescriberla con impegno.

Anche il contesto familiare, sempre più disgregato e individualista della società "liquida" postmoderna, non favorisce una metodica domiciliare in pazienti spesso non autosufficienti o al limite dell'autosufficienza.

Solo infermieri dedicati, motivati e capaci di seguire i pazienti a domicilio, in tutte le loro problematiche, possono colmare parzialmente queste lacune e incoraggiare e sostenere i pazienti affinché non si sentano abbandonati al domicilio.

Per concludere, anche se alcuni dei pregiudizi sulla DP segnalati da tutti gli Autori, nell'editoriale del 2001, sono in parte risolti o superati, altri ostacoli alla diffusione della metodica derivano da importanti cambiamenti sociali e demografici che, di fatto, limiteranno la diffusione della DP.

Restano, comunque, validi le conclusioni e i consigli di **Amedeo De Vecchi**, profondo conoscitore della metodica e di tutti questi problemi, che così sintetizzava nel suo articolo (cfr. S1 Giornale di Tecniche Nefrologiche & Dialitiche 2001; XIII: n°1 S1: 275):

Consigli Clinici

Utilizzare la peritoneale nei pazienti con corrette indicazioni e, soprattutto, con possibilità e con volontà di eseguire un trattamento a domicilio.

I pazienti inseriti in peritoneale come ultima spiaggia non devono essere computati nelle valutazioni dei risultati del trattamento.

Mantenere la diuresi residua ad ogni costo.

Elasticità nella prescrizione e negli orari.

Considerare il paziente e non la terapia, cercando di utilizzare tutte le possibilità disponibili, per perseguire la maggiore riabilitazione possibile.

“L'insuccesso non è cambiare tipo di dialisi, ma non riabilitare il paziente”

Consigli Organizzativi

Proporre tutte le opzioni terapeutiche e far scegliere al paziente, in assenza di gravi controindicazioni cliniche, il tipo di dialisi

Non promuovere un tipo di trattamento rispetto a un altro
Includere nei contratti di acquisto del materiale anche la formazione e l'addestramento da parte delle ditte fornitrici
Consociarsi con centri con grossa esperienza, iniziando la DP con pazienti idonei e non con scarti

Usare del personale dedicato e volontario, evitando scarti o persone che non hanno trovato la loro collocazione altrove

Consigli di Politica Sanitaria

Premiare i centri che mantengono una percentuale stabilita di DP.
Incentivare l'uso delle dialisi meno costose.

Consentire convenzioni per la DP nei centri privati (previ opportuni controlli), imponendo un controllo e una collaborazione con centri esperti di riferimento.

Programmare convenzioni con ospedali o società di servizi per concentrare parzialmente il *follow-up* di pazienti seguiti da centri con scarsa esperienza e minima casistica.

Riassunto

Dialisi peritoneale: dialisi marginale. Ostacoli alla diffusione della metodica in Italia nel 2013 nel Nord Ovest.

Parole chiave: Dialisi peritoneale, Epidemiologia della dialisi, Diffusione della dialisi peritoneale

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. Paolo Gabella

U.O. di Nefrologia e Dialisi e Centro per la Calcolosi Renale
Ospedale Mauriziano

Largo Turati 62

10129 Torino

pgabella@mauriziano.it