

Dialisi peritoneale: il giusto quesito da porsi

Francesca Mattozzi¹, Luigi Vecchi², Piera Bertoldi², Giuseppe Quintaliani³

¹Scuola di specializzazione in Nefrologia, Università di Perugia, Perugia

²S.C. Nefrologia e Dialisi, Azienda Ospedale di Perugia, Perugia

³Chairman Governo Clinico SIN

PERITONEAL DIALYSIS: THE RIGHT QUESTION TO ASK

Abstract. Despite the increased incidence of patients affected by ESRD requiring dialysis, the technique of peritoneal dialysis is still underused.

This is due to various reasons: besides the complexity and difficulty for the physician to organize a dedicated staff, the time spent for the training of the patient, the main problems related to the technique, and the lack of willingness of the physician to perform this more demanding treatment, we would like here to focus on the need of an overall change of the social substrate that characterizes our country.

In Italy, the family is one of the knots of the net that link an individual to the social structure; however, families consist of a few members that often work in different and sometimes very far places; therefore, patients are getting older and either live alone or with a special caregiver.

Thus, for socio-organizational reasons, as well as inadequate information, our patients choose the extracorporeal treatment, which seems more “comfortable” and “convenient”, especially for the family.

An appropriate solution that may decrease the marginality of peritoneal dialysis could be the creation of halls of residence specialized for aging people. The creation of these structures that would include the presence of a medical-psychological support, coupled to the inevitable establishment of interpersonal ties, could not only ensure appropriate and continuous health care services to the elderly patient and families, but could also reduce the perception of loneliness that often characterizes this period of life.

The realization of such a project not only could encourage the use of peritoneal dialysis, but may also be a dedicated tool for all aging people.

Key words: Age, Aging, Hall of residence, Peritoneal dialysis, Social life

Conflict of interest: None.

Financial support: None.

Accettato: 14 Ottobre 2013

Al giorno d’oggi, la dialisi peritoneale, sia a livello nazionale che internazionale, viene considerata un trattamento sostitutivo renale “marginale” rispetto alla dialisi extracorporea, sebbene la letteratura, anche se in maniera contrastante, non dimostri differenze significative, in termini di sopravvivenza, tra le due metodiche (1).

Infatti, nonostante il crescente aumento dei pazienti con ESRD che necessitano di trattamento dialitico, soltanto l’11% della popolazione dializzata è trattato con dialisi peritoneale e il dato più allarmante è che tale percentuale sta subendo nel tempo un *trend* in discesa (2, 3).

Tale stato di cose ha spinto l’*editor* del giornale di tecniche nefrologiche e dialitiche, con la sua consueta onestà intellettuale, a porre sul piatto tale questione.

Quindi, per quello che riguarda la diffusione della DP ci sono, a nostro avviso, diverse motivazioni alla base di tale fenomeno

che sono, sostanzialmente, quelle riportate qui di seguito.

Scarso impegno dei Medici. La mancanza di volontà, da parte sia del Medico di Medicina Generale che del Nefrologo, di affrontare un percorso sicuramente più impegnativo; infatti, indirizzare il paziente con IRC terminale, sia esso in predialisi o *late-referral*, verso la dialisi peritoneale, implica necessariamente una maggiore continuità relazionale, gestionale e informativa tra paziente e operatori sanitari/socio-assistenziali (al fine di garantire un trattamento il più possibile personalizzato).

Scarsa conoscenza della tecnica dialitica e delle sue indicazioni e controindicazioni. Ciò deriva, probabilmente, anche dalla scarsa preparazione universitaria. Non sono molte le scuole di specializzazione che possono vantare al loro interno programmi di dialisi peritoneale adeguati sotto il piano della competenza e del volume di pazienti. Il gruppo di studio della DP aveva da tempo indicato che, per avere una seppur mini-

ma esperienza, il numero di pazienti da seguire doveva essere almeno pari o superiore a 20. L'ultima legge sulle scuole di specializzazione impone volumi di attività certificati; speriamo che le scuole possano fare rete e inviare gli specializzandi a formarsi in Centri con alto volume di dialisi peritoneale.

Il fatto che la DP sia meno facilmente effettuabile rispetto all'HD, richiedendo, quindi, un notevole addestramento del paziente, assente, in pratica, nell'HD ospedaliera, e l'incapacità, da parte dei Nefrologi, di dimostrare agli organi istituzionali la superiorità della DP riguardo ai ridotti costi sono realtà che, anche se riconducibili alle principali suddette cause, contribuiscono a incrementare la "marginalità" della dialisi peritoneale. Tuttavia, a noi sembra giusto porre la questione in un'ottica non solo clinica ma sociale. Il problema è non solo attuale, ma in prospettiva sociale, con connotazioni di una tale importanza che sembra strano che nessuno ne parli adeguatamente. Da alcuni giorni, il Quotidiano Sanità (4) ha citato un Rapporto Ministero-ISS che mostra come sei anziani su dieci siano in difficoltà economiche e che il 20% vive da solo. Ma i dati più preoccupanti sono che il 64% degli intervistati (il campione è di 24.000 anziani in 19 Regioni italiane) soffre di almeno una malattia cronico-degenerativa e che il 37% è in difficoltà fisica anche per fare una telefonata. Inoltre, pur essendo al primo posto in Europa per longevità, l'Italia si pone al 27° posto per grado di invecchiamento attivo e in buona salute della popolazione oltre i 64 anni d'età. Ciò pone seri dubbi sulla tenuta di un sistema basato sia sull'attività ambulatoriale che, soprattutto, sull'assistenza domiciliare. In altre parole, potremmo, molto presto, essere costretti a cambiare modelli di cura e non solo in ambito nefrologico.

La modifica del tessuto sociale, l'invecchiamento della popolazione e il cambiamento della struttura del nucleo familiare sono davanti agli occhi di tutti. Dati provenienti dai Censimenti ISTAT dimostrano inoltre come, nonostante, negli anni, il numero delle famiglie italiane sia aumentato (addirittura quadruplicato in 150 anni) fino a raggiungere un numero di 24 milioni e 905.000 nel 2011, in realtà il numero di componenti si sia progressivamente ridotto. In altre parole è aumentato il numero delle persone, soprattutto anziane, che vivono da sole (5). Tutto ciò è la diretta conseguenza delle modificazioni sociali: la perdita del valore della famiglia da una parte e la crescente necessità che a lavorare siano più componenti della famiglia, per la sua stessa sussistenza, dall'altra fanno sì che le persone anziane, che rappresentano una buona fetta della nostra popolazione dializzata, siano sempre più sole e abbandonate a loro stesse, spesso incapaci di gestire un trattamento domiciliare, se è vero, come dice il citato rapporto ISS, che molti hanno difficoltà anche a fare una telefonata.

Ancora meno incoraggiante è la graduatoria realizzata da *HelpAge International*, *network* globale sviluppato con la collaborazione dell'ONU. L'Italia è solo 27ª nella classifica mondiale per qualità della vita degli anziani e la migliore *performance*, per il nostro Paese, è quella legata alla sicurezza del reddito: siamo sesti. Invece, ci collochiamo al 15° posto per la salute. Inoltre, tutti noi abbiamo esperienza di come il tessuto sociale dei quartieri si sia modificato: molte zone sono state lasciate dagli italiani a cui si sono sostituiti cittadini di altre nazionalità che, lungi dal fare un discorso razzista, hanno, però, abitudini

e socializzazioni diverse. In altre parole, i nostri anziani andavano al bar a giocare a briscola con altri avventori e le donne facevano l'uncinetto sull'uscio di casa o la spesa all'alimentari del quartiere. Ora è possibile tutto questo? Ora abbiamo spesso anziani da soli, con figli che lavorano distanti, spesso in altre città o paesi; la solidarietà condominiale è venuta del tutto a mancare e la spesa la si deve fare al supermercato in aree lontane, dove si accede solo con l'auto. Non è certo l'assunzione di badanti che risolverà il problema: ce ne sono circa 1.500.000 ma ne manca circa 1 milione (6): pensiamo davvero che la soluzione sia la badante?

Tutto ciò si riflette, conseguentemente, sulla scelta del paziente stesso il quale, o perché non adeguatamente informato sulle opzioni disponibili, che è risultato essere un fattore fondamentale nel rifiuto della dialisi peritoneale (7), o per motivi prettamente organizzativi (scarso supporto familiare), tende a preferire un tipo di trattamento che, prevedendo un'assistenza sanitaria continuativa nonché il servizio di trasporto dal e per il domicilio, risulta essere più "protettivo e comodo".

A questo punto, il quesito da porsi non è tanto: "Perché la dialisi peritoneale è marginale?", ma, piuttosto: "Come fare per minimizzare la marginalità della dialisi peritoneale?"

Una soluzione, a nostro avviso, utile da un punto di vista sia medico che socio-amministrativo, potrebbe essere la creazione di "RSA specializzate", all'interno delle quali la presenza di uno *staff* medico-infermieristico, dedicato esclusivamente alla gestione del paziente peritoneo-dializzato, potrebbe rappresentare un valido aiuto per la gestione del paziente e della sua famiglia e, quindi, per incrementare l'incidenza e la prevalenza dei pazienti indirizzati alla dialisi peritoneale.

Le diverse figure professionali che, in maniera integrata, opererebbero all'interno delle "RSA specializzate" dovrebbero essere in grado di fornire al paziente non solo prestazioni di tipo assistenziale-sanitario, che, altresì, potrebbero includere programmi dietetici e di attività fisica o di supporto psicologico, ma anche di tipo socio-riabilitativo (stimolazione funzionale e cognitiva, animazione) e alberghiero (ristorazione, igiene ambientale, lavanderia, ecc.).

All'interno di tale residenza, il paziente anziano, vedendosi affidato un piccolo appartamento, potrebbe continuare a vivere la sua indipendenza, a gestire i suoi orari e i suoi pasti (se vuole, cucinati da lui stesso) e a vedere i suoi programmi preferiti, ma con la possibilità di socializzare appena uscito dall'uscio del suo miniappartamento, grazie ad ampie zone in comune per giochi, ristorazione, fisioterapia e riunioni conviviali.

Inoltre, venendo a contatto con nuove realtà più o meno simili alla propria, pur mantenendo comunque uno stretto rapporto con l'ambiente esterno (grazie, per esempio, alla possibilità di visite domenicali, di attività di gruppo e di gite e trasporti protetti o altro), si potrebbe creare un ambiente "familiare" e, quindi, ridurre quella percezione di solitudine che spesso accompagna questi pazienti.

Nessuno vieta, poi, che tale assistenza possa essere posta in *outsourcing* e che l'atto medico sia appannaggio delle reti nefrologiche, peraltro ancora molto lontane. Il privato, anche con diversi livelli di qualità, ha preso in carico diversi pazienti in HD; secondo noi, molti potrebbero essere presi in carico in DP, a patto di organizzare veramente non solo l'aspetto clinico

ma, soprattutto, gli aspetti sociali e ricreativi.

In altri termini, non considerando il paziente giovane, per il quale la DP, per ovvi motivi clinici e sociali, rappresenterebbe in ogni caso la metodica di elezione, nel caso del paziente anziano, questo tipo di assistenza medico-sociale potrebbe risultare conveniente e preferibile: la maggiore continuità assistenziale da un lato e l'inevitabile instaurarsi di relazioni interpersonali dall'altro potrebbero migliorare i vari aspetti fisici, psicologici e sociali che definiscono la "qualità della vita del paziente" (QdV).

Le famiglie, come abbiamo visto, sono sempre più disgregate e lontane e, per un figlio, spesso unico, potrebbe essere di notevole conforto sapere che il proprio genitore vive all'interno di comunità dove non solo viene assistito ma dove viene anche favorito l'inserimento in tessuti sociali e interpersonali. Sarà sicuramente un fatto obbligato, come succede nei Paesi del nord, che gli anziani si aggregano in strutture condivise come RSA o condomini solo per anziani e che condividano case di riposo che possano assistere sia gli aspetti sociali che quelli clinici, ma sicuramente sono scelte da ponderare attentamente. Inoltre, e non da ultimo, la famiglia, impossibilitata nella gestione del paziente anziano peritoneo-dializzato, potrebbe solo trarne benefici, grazie anche a un eventuale contributo economico da parte dello Stato, che minimizzerebbe, almeno, il costo del soggiorno.

Alcune Regioni, come Piemonte, Sicilia e altre, hanno condiviso il concetto che il risparmio derivante dalla scelta della DP possa essere, almeno in parte, reinvestito nell'assistenza alla DP stessa. In ogni caso, il costo della badante potrebbe essere stornato a favore di un sistema che liberebbe l'anziano o la famiglia da legami burocratici e dal pagamento del commercialista, di balzelli, contributi, ferie o altro. Il concedere tali aiuti ai pazienti in DP potrebbe sicuramente far spostare la scelta verso tale tipo di trattamento, in quanto il problema degli anziani comincia a essere particolarmente sentito anche in emodialisi e non basta certo la soluzione dei trasporti a ridurre tutti i problemi legati all'invecchiamento.

Da ultimo, se l'Italia attuasse tale sistema di assistenza per i nefropatici, potrebbe attirare anziani da tutto il mondo, con, come conseguenza, notevoli vantaggi economici e la creazione di posti di lavoro. Non dimentichiamoci che la dieta mediterranea ha dato, ultimamente, ottimi risultati e che il clima e la bellezza del nostro Paese sono ricercati e apprezzati da tutti. Molti anziani tedeschi si stanno spostando nei Paesi dell'est europeo con minori costi, ma con tanto buio, freddo e, sicuramente, con dei servizi peggiori. Noi potremmo offrire benessere e una qualità che solo i Nefrologi italiani possiedono, oltre a un'alta qualità di vita in generale.

Anche se non ancora ben definito, l'obiettivo dei Nefrologi è, quindi, prima di tutto, di capire le modifiche sociali e organizzative legate alle malattie croniche di cui l'IRC fa parte, anche in maniera cospicua, e, inoltre, di impegnarsi fin da ora nella realizzazione di progetti sociali, cercando di indirizzare verso l'alto quel progressivo *trend* in discesa che caratterizza epidemiologicamente la dialisi peritoneale. Infine, ma, forse, non meno importante, è il capire che la dialisi extracorporea ha probabilmente raggiunto un *plateau* che difficilmente potrebbe essere uguagliato o superato. I problemi economici stanno riducendo il campo dell'HD in tutto il mondo, con soluzioni dif-

ferenziate e molteplici che vanno dalla gestione in *outsourcing* alla cessione vera e propria dei pazienti fino al razionamento degli ingressi e delle "facilities" (per esempio, rimborso di viaggi, colazioni, ecc.). Influire sui fattori sociali è importante e capire gli spiragli di manovra e le soluzioni non solo cliniche ma anche gestionali delle nuove scelte assistenziali è la sfida nella quale ognuno di noi è chiamato a fare la sua parte. Gli eccellenti editoriali che stanno uscendo sul Giornale Italiano di Nefrologia (8) di Favaretti, Mennini, Ruggeri e altri non fanno altro che suscitare dibattiti, dubbi e proposte. L'unica cosa che non ci possiamo permettere è ignorarli.

Riassunto

Nonostante il crescente aumento dei pazienti con ESRD che necessitano di trattamento dialitico, l'uso della dialisi peritoneale sta subendo nel tempo un *trend* in discesa.

Tra le varie cause alla base di tale fenomeno, oltre che sulla scarsa volontà da parte dei Medici a intraprendere un percorso, quello peritoneale, sicuramente più impegnativo, riteniamo opportuno focalizzare l'attenzione sulla modifica del tessuto sociale che caratterizza il nostro Paese.

I nostri pazienti sono sempre più anziani, soli e abbandonati a loro stessi dalle proprie famiglie: per motivi socio-organizzativi, oltre che per l'inadeguata informazione, tendono, quindi, a preferire un tipo di trattamento dialitico, quello extracorporeo, che risulta, per loro stessi e per la loro famiglia, sicuramente più comodo e conveniente.

Una giusta soluzione per ridurre la marginalità della dialisi peritoneale potrebbe essere la creazione di "RSA specializzate", in cui la presenza di un supporto medico-psicologico, associata all'inevitabile creazione di legami interpersonali, potrebbe non solo garantire al paziente anziano e alla sua famiglia prestazioni assistenziali-sanitarie adeguate e continuative, ma anche ridurre quella percezione di solitudine spesso presente in questa situazione.

La realizzazione di un tale progetto sociale potrebbe favorire lo spostamento verso l'aumento di prevalenza ed incidenza della dialisi peritoneale.

Parole chiave: Età, Invecchiamento, Case per anziani, Dialisi peritoneale, Vita sociale

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:

Giuseppe Quintaliani
S.C. Nefrologia e Dialisi
Ospedale S. Maria della Misericordia
06156 Perugia
quintaliani@yahoo.it

Bibliografia

1. Stanley M; CARI. The CARI guidelines. Peritoneal dialysis versus haemodialysis (adult). *Nephrology* 2010; 15 (Suppl. 1): S24-31.
2. Fresenius Medical Care: Fresenius Medical Care Annual Report 2008--Dialysis Market, Bad Homburg, Germany, Fresenius Medical Care 2008.
3. Jain AK, Blake P, Cordy P, Garg AX. Global Trends in Rates of Peritoneal Dialysis. *J Am Soc Nephrol* 2012; 23 (3): 533-44.
4. http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=17131&fr=n.
5. <http://www.istat.it/istat/eventi/2007/famiglia/dossier.pdf>.
6. Corriere della Sera: Una famiglia su dieci ha la badante. In Italia lavorano 1.5 milioni di colf e badanti, il 37% in più rispetto al 2001. Nel 71.6% dei casi sono immigrate.
7. Mehrotra R, Kermah D, Fried L, et al. Chronic peritoneal dialysis in the United States: declining utilization despite improving outcomes. *J Am Soc Nephrol* 2007; 18 (10): 2781-8.
8. L'HTA e la nefrologia: <http://www.nephromeet.com/web/procedure/protocollo.cfm?List=WsIdEvento,WsIdRisposta,WsRelease&c1=00075&c2=11&c3=1>.