

COME INIZIARE LA DIALISI. LA DIALISI PERITONEALE.

ASPETTI GESTIONALI

G. Viglino

S.C. Nefrologia e Dialisi, Ospedale di Alba (CN)

DISCUSSIONE 3

VIGLINO: Secondo il censimento della Società Italiana di Nefrologia (SIN) 2004, in Italia ci sono 658 Centri dialisi; di questi 286 sono privati e 325 pubblici; in cui l'incidenza della DP è 19.3% e la prevalenza del 13.8%. Considerando solo i 209 Centri che fanno DP l'incidenza è del 24.1% e la prevalenza del 16.9%. Secondo un questionario proposto dal Gruppo di Studio della dialisi peritoneale: abbiamo avuto 442 questionari su 253 Centri: un terzo dei Centri che non fanno DP e la maggioranza di quelli che la fanno.

La prima domanda che abbiamo posto era:

Quale ritieni sia la percentuale di pazienti che potrebbe scegliere la DP come primo trattamento?

Risposte:

<10%	nessuno
11-20%	minoranza
21-30%	larga maggioranza
>30%	non definito

Le risposte del questionario Italiano sono sovrapponibili a quelle fornite in questa occasione. Dati analoghi in USA e Canada.

L'età in DP è aumentata, il BMI non si è modificato, la mortalità è diminuita e la sopravvivenza della tecnica è aumentata. Però la prevalenza di DP è scesa negli USA dal 10% al 7%.

VIGLINO: Qual è il motivo per cui non si fa più dialisi peritoneale?

CHIVASSO: Tra i motivi non clinici: la dialisi peritoneale richiede un notevole addestramento, mentre la emodialisi è più strutturata. Per questo i Centri piccoli hanno il problema della massa critica, che se non si supera fa sparire la dialisi peritoneale.

CHIERI: Dipende anche da noi, che pensiamo che un Centro Nefrologico sia grande se è un grande Centro di emodialisi. Gli emodializzati "pesano" di più dei peritoneali e dei trapiantati.

IVREA: Noi stiamo attraversando una "crisi di vocazione" per la dialisi peritoneale. Molti pazienti la rifiutano, forse perché la nostra comunità è chiusa quindi i pazienti conoscono persone che hanno avuto cattive esperienze. Quando gestivamo anche l'area di Chivasso l'accettazione era maggiore che non nella realtà di Ivrea, forse perché i pazienti si conoscono di più tra loro. Inoltre molti pazienti vivono molto vicino all'ospedale, quindi accettano più facilmente l'emodialisi, per comodità personale.

CIRIÈ: Io sono convinto che sia il "sussurro" del medico che fa scegliere la dialisi peritoneale. All'inizio il 50% sceglieva la dialisi peritoneale, poi nel tempo la quota è scesa al 9%. Perché? Si riparte con un programma convinto e la percentuale risale. Quindi solo il medico dell'ambulatorio è determinante.

TORINO MAURIZIANO: La dialisi peritoneale è una missione. Anche il contesto familiare e sociale è molto importante. I famigliari presenti spesso sono preoccupati del coinvolgimento. Questo perché le famiglie sono strutturalmente diverse rispetto al passato.

NOVARA OSPEDALE: Il problema non è solo clinico ma anche organizzativo. Gli ospedali spesso sono organizzati per offrire un trattamento emodialitico piuttosto che la dialisi peritoneale. La diffusione dei Centri ad Assistenza Limitata (CAL) sul territorio ha favorito la possibilità di farsi curare senza dover affrontare i problemi di un tratta-

mento a domicilio. Il trattamento domiciliare attuale è rimasto sostanzialmente quello dialitico peritoneale, mentre è praticamente scomparsa l'emodialisi domiciliare.

AOSTA: La famiglia è cambiata. Io, se fossi figlio di un paziente, farei molta fatica a fare la dialisi peritoneale ad un genitore. Vent'anni fa era molto diverso.

CHIERI: La dialisi peritoneale sta calando soprattutto nel nord Italia, che prima trainava tutto il Paese. Stiamo scendendo da circa due anni. La dialisi peritoneale scende soprattutto nelle aree urbane dove più del 25% degli anziani sono soli. Dare un contributo economico alle famiglie potrebbe rappresentare un modo per migliorare l'accettazione. Più servizi di emodialisi si hanno, come in Lombardia, meno dialisi peritoneale si fa.

ASTI: Noi abbiamo avuto fino al 22% dei pazienti in dialisi peritoneale, ma ora siamo al 10% circa. L'impressione è che i pazienti non vogliono farsi carico della cura, e del lavoro che la cura può portare. I pazienti sono influenzati dalla tecnologia, vogliono la macchina, le cellule staminali, per cui servirebbe un'informazione ampia, su giornali e televisione, per promuovere una tecnica semplice ma efficace.

CUNEO: Motivazione e condivisione nel Centro sono fondamentali. Negli ultimi tre anni più del 37% degli incidenti è entrato in dialisi peritoneale, più del 50% di quelli che hanno partecipato agli incontri informativi che organizziamo a cadenza bimestrale per i pazienti che devono iniziare il trattamento sostitutivo. I problemi clinici non sono molti: né all'immissione né come *drop out*. Tra Torino, dove lavoravo prima, e Cuneo, ho trovato differenze enormi; le famiglie qui sono più disponibili, e la logistica influenza molto.

TORINO GIOVANNI BOSCO: Nel nostro ambiente urbano il numero di pazienti socialmente fragili, tra cui gli extracomunitari, è rilevante e sono pazienti a cui la dialisi peritoneale non si può nemmeno proporre. E questo è magari solo un 10%, che però pesa sul numero complessivo.

TORINO CTO: Anche l'invecchiamento del medico, come diminuito entusiasmo, conta molto.

VIGLINO: Ognuno di voi parla degli stessi problemi. Però Cuneo inserisce fino a quasi il 40% degli incidenti e Asti il 10. Non possiamo supporre che la popolazione di Asti e Cuneo sia così diversa.

IVREA: Certamente incide molto il pensiero del medico. Però l'area di Cuneo, ad esempio, è molto diversa dalla nostra, che negli ultimi anni si è molto impoverita. Pazienti anziani, con pari comorbidità, in alcune aree sono socialmente differenti e quindi diversamente trattati.

TORINO GIOVANNI BOSCO: Nella nostra area, che certo è socialmente fragile, abbiamo il 24% degli ingressi in dialisi peritoneale.

PINEROLO: Condivido il problema dell'età, del medico, delle aree. Però i gruppi piemontesi, come il nostro, che storicamente considerano la dialisi peritoneale la prima scelta (con un'incidenza in passato del 50-60%), ora hanno ridotto. Perché? Per noi la percentuale è scesa del 20-25%, partendo dal 50-60%. Il tessuto sociale e culturale è importante. Il problema dei trasporti, da noi garantito anche per i domiciliari, non è sufficiente ad aumentare il numero.

BIELLA: Se i numeri sono questi, le popolazioni sono diverse. Nel nostro Centro la dialisi peritoneale è la prima scelta, e l'emodialisi viene fatta solo in caso di controindicazioni alla dialisi peritoneale. Con questa politica da noi l'incidenza è del 25%, ovviamente con una differenza tra gli *early referral* (30%) e i *late referral* (10-15%).

VIGLINO: Il 25% dei pazienti emodializzati in Italia è in Centri privati, e questo condiziona molto la prevalenza della dialisi peritoneale; infatti, nelle regioni con più presenza di privato la dialisi peritoneale si fa meno.

Ritenete che la dimensione del Centro (intesa come numero di posti letto dialisi) possa condizionare la scelta della dialisi peritoneale?

La risposta è sostanzialmente sì.

TORINO MAURIZIANO: Secondo te qual è la massa critica minima per mantenere un Centro attivo con la dialisi peritoneale?

VIGLINO: Sotto i 20 pazienti complicazioni e *drop out* sono di più. Certo raggiungere 20 pazienti è più facile se si hanno 200 pazienti.

Tra infermiere abbinare all'attività ambulatoriale e infermiere abbinare all'attività di emodialisi e reparto, qual è secondo voi il modello più favorevole per la dialisi peritoneale?

Tutti, tranne Borgomanero, condividono la prima ipotesi.

BORGOMANERO: Io non ho infermiere dedicate all'attività ambulatoriale reperibili anche di notte. I pazienti peritoneali che sono ricoverati e fanno dialisi anche di notte vengono gestiti dall'infermiera del reparto. Sei infermiere di reparto sono addestrate per la dialisi peritoneale.

VIGLINO: In effetti in base ai dati del censimento il modello di abbinamento all'attività ambulatoriale risulta vincente, con una più alta prevalenza di pazienti in dialisi peritoneale.

AOSTA: Nel nostro Centro, infatti, è così, con l'attività della dialisi peritoneale agganciata a quella ambulatoriale.

VIGLINO: Il problema non è solo la gestione della notte ma il modello organizzativo generale. Il reparto e l'emodialisi in genere sono prevaricanti quindi, a mio parere, si tende a sacrificare la dialisi peritoneale.

Secondo voi la carenza di infermieri favorisce la dialisi peritoneale?

La maggioranza dei Centri risponde di no.

VIGLINO: Perché?

SEGOLONI: Perché visto che l'emodialisi si fa comunque, succede che l'emodialisi fa la parte del leone.

CHIVASSO: È stato detto che 20 sembra essere il numero minimo di pazienti. Mettiamo che in un anno se ne perdano 10, vuol dire che bisogna inserirne altri 10. Per fare questo bisogna avere un bacino d'utenza di circa 150000 abitanti.

SAVOLDI: Se abbiamo pochi infermieri in emodialisi prima o poi ce li danno. E questo ha un grosso peso. E poi è molto importante non diminuire il numero di emodializzati del Centro. Io credo che un'incidenza del 25% sia "giusta" e raggiungibile. Il problema è non avere paura di ridurre troppo il numero di emodializzati.

CASALE MONFERRATO: Il carico di lavoro infermieristico per il singolo paziente in dialisi peritoneale è decisamente minore che in emodialisi, ma nell'emergenza raddoppia per la dialisi peritoneale. Per il paziente in dialisi peritoneale bisogna sempre tenere conto delle emergenze.

PINEROLO: La programmazione delle attività del paziente, il *training* e *re-training* a domicilio, la gestione delle complicanze sono molto impegnativi per l'infermiere.

VIGLINO: Quindi il problema dei costi non ha influito su di questo aspetto.

Tornando alla questione del "sussurro del medico": nel questionario avevamo chiesto che tipo di formazione hanno avuto gli intervistati sulla dialisi peritoneale. Chi è più vecchio ha avuto una formazione decisamente inferiore rispetto ai più giovani. Nei Centri che fanno dialisi peritoneale, il primario ha una maggiore esperienza in dialisi peritoneale rispetto ai Centri che non la fanno. Quindi la conoscenza della metodica da parte del primario è un fattore determinante. In generale c'è una cultura più negativa sulla dialisi peritoneale nei medici dei Centri che non la fanno rispetto a quelli che utilizzano questa metodica, relativamente alla sopravvivenza dei pazienti all'adeguatezza dialitica, alla probabilità di *drop out* entro i 3 anni queste diverse convinzioni possono in buona parte spiegare differenti approcci alla metodica.

Pensate che nella scelta della metodica dialitica siano più importanti i fattori clinici o i fattori non clinici?

La maggioranza risponde "non clinici", d'accordo con la letteratura.

Gli anziani (65-75 anni) sembra abbiano una maggiore spinta a fare dialisi peritoneale. Però non quando sono soli.

VIGLINO: Pensate che l'età maggiore (>65 anni) sia un ostacolo alla dialisi peritoneale?

Le opinioni espresse sono pressoché equamente rappresentate fra favorevoli e contrari.

SEGOLONI: Se doveste essere voi i pazienti, cosa scegliereste tra emodialisi e dialisi peritoneale?

Anche in questo caso i rappresentanti dei Centri esprimono pareri difformi, senza una chiara tendenza verso un tipo di trattamento rispetto all'altro.

QUARELLO: Io dividerei anziani e grandi anziani. Il grande anziano ha più possibilità di dialisi peritoneale a domicilio, soprattutto se ha qualcuno che la fa per lui.

ALESSANDRIA: Noi abbiamo una prevalenza di anziani altissima, più alta di altre regioni. Quindi noi abbiamo il problema degli anziani anche in emodialisi, per esempio dopo una dimissione, sia come comorbidità che come questione sociale e familiare. Ovviamente in dialisi peritoneale il problema è più grave.

QUARELLO: Quale entità minima di sussidio pensate sia utile per invogliare i parenti a scegliere la dialisi peritoneale e quindi aumentarne l'incidenza? Io chiederò 500 €. Per esempio: per una figlia di 60 anni che ha un genitore di 85 anni, pensate possa essere utile un sussidio di 400 €?

BORGOMANERO: Certo, per contribuire al pagamento di una badante.

AOSTA: Voi avete esperienza di badanti che gestiscono la dialisi peritoneale?

Molti Centri rispondono affermativamente.

VIGLINO: L'anziano ha meno problemi di immagine corporea, però è meno autosufficiente quando vive da solo. I maschi hanno più probabilità di scegliere la dialisi peritoneale in giovane età, ma meno da anziani; le donne esattamente al contrario. L'equivalenza si raggiunge a 50-60 anni.

SAVOLDI: È ovvio. La donna giovane ha più problemi di immagine corporea. L'uomo anziano è meno autosufficiente.

VIGLINO: Dai registri emerge che il numero di anziani dializzati aumenta, ma fanno soprattutto emodialisi. L'anziano ha più bisogno di partner. Oggi il partner familiare può essere la badante, o il partner telematico, o l'infermiere a domicilio, oppure le residenze assistenziali (RSA): queste possibilità sono a costo progressivo.

BIELLA: Nella nostra esperienza le ultime due opzioni (infermiere a domicilio e RSA) hanno un costo inverso: la dialisi peritoneale è più semplice e più economica in RSA. La nostra esperienza è decennale e i risultati molto buoni. Da poco abbiamo iniziato il *training* delle infermiere del territorio per inviarle al domicilio come partner.

SAVOLDI: Quindi costa di più l'infermiera a domicilio del ricovero in RSA? Perché?

VIGLINO: Perché si tratta di pazienti che sono comunque già in RSA.

BIELLA: Per quanto riguarda i costi: due studi, uno Canadese e uno Francese, hanno concluso che la dialisi peritoneale, pur con l'invio di un'infermiera a domicilio, ha un costo inferiore rispetto all'emodialisi ospedaliera. Quindi credo sia più un problema organizzativo che di costi economici.

DICHIARAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI

L'Autore dichiara di non avere conflitto di interessi.

✉ Indirizzo degli Autori:

Dr. Giusto Viglino
S.C. Nefrologia e Dialisi
Ospedale San Lazzaro
Via Belli, 26
12051 Alba (CN)
e-mail: gviglino@asl18.it