

VEDI L'ARTICOLO ORIGINALE A PAG. 188

POLITICI INNOVATORI, MEDICI CONSERVATORI: UNA LEZIONE DALL'AUDIT PIEMONTESE SULLA DIALISI PERITONEALE

Silvia D'Alonzo¹, Roberto Dell'Aquila²

¹Divisione di Nefrologia e Dialisi, Istituto di Medicina Interna e Scienze Mediche Specialistiche, Università Cattolica del Sacro Cuore, Complesso Integrato Columbus-Policlinico Gemelli, Roma

²UOC Nefrologia e Dialisi, Ospedale San Bassiano, Bassano del Grappa (VI)

Probabilmente anche in Italia, come nel resto dei Paesi europei, dovremmo tutti preoccuparci di più dei molti pazienti che iniziano l'emodialisi senza avere avuto una reale possibilità di scelta e che avrebbero avuto maggiori benefici dall'inizio della dialisi in PD, a un costo minore per il nostro servizio sanitario. Il problema della partecipazione del paziente alla scelta della metodica emerge chiaramente, dall'*Audit* Interregionale Piemonte-Valle d'Aosta pubblicato in questo numero del GIN, come uno dei principali problemi per la diffusione della PD (1). Il 25% dei pazienti, infatti, iniziava l'emodialisi avendo rifiutato l'opzione peritoneale. Esclusi quelli con controindicazioni cliniche, ben oltre il 45% dei soggetti sceglieva di fare l'HD piuttosto che la dialisi peritoneale, ma quanto sia "ragionato" questo rifiuto piuttosto che emotivo non sappiamo.

All'evidenza dei dati raccolti nelle due regioni, la scelta del paziente costituisce la motivazione principale del rifiuto della PD e, quindi, il maggiore ostacolo alla diffusione della PD.

La condivisione con il paziente della scelta della tecnica dialitica da intraprendere è stata oggetto di ricerche ad hoc tra le quali, oltre a quelle citate da Maffei et al. (1), va ricordato lo studio di Portolés J. et al. (2) su 498 pazienti incidenti in dialisi peritoneale. Lo studio, condotto allo scopo di individuare i predittori di sopravvivenza della tecnica stessa, giunse alla conclusione che la mancata libera scelta della metodica si associava a un risultato peggiore e all'aumento della mortalità precoce ed è stata oggetto anche di un ampio e controverso dibattito nella letteratura specifica, ben esemplificato dalla controversia tra Lo WK e Mendelssohn DC pubblicata su PDI due anni fa: scelta forzata verso la PD fondamentalmente dettata da ragioni economiche, da una parte, contro la libera scelta, ritenuta il presupposto fondamentale per avere un'adeguata motivazione e, quindi, una migliore compliance (3).

I dati dell'*Audit* suggeriscono che l'istituzione di un ambulatorio per l'uremia (o, come spesso viene chia-

mato, della pre-dialisi), cioè di una struttura che prende in carico il paziente e in grado di fornire un'informazione accurata e serena al paziente stesso e ai suoi familiari, possa essere una soluzione del problema.

L'*Audit* individua come seconda causa di non scelta della PD le problematiche legate alla figura del *partner*. Questo è verosimilmente legato all'invecchiamento della popolazione. Pazienti anziani soli o con *partner* anziani essi stessi vedono spesso preclusa la possibilità di eseguire la PD autonomamente presso il proprio domicilio.

La sperimentazione della Regione Piemonte di sostenere un programma di supporto anche economico alle famiglie dei pazienti uremici è probabilmente un ulteriore passo che può favorire la diffusione della PD, così come lo potranno fare i programmi di PD assistita e nelle RSA. L'esperienza francese lo dimostra (4). Sempre in Piemonte, uno dei requisiti di efficienza delle strutture nefrologiche e dialitiche previsto dalla Regione è che il 20% dei pazienti uremici in terapia sostitutiva sia trattato a domicilio, requisito questo che, essenzialmente, favorisce l'estensione della PD.

Il notevole impegno logistico ed economico che richiede l'esecuzione di questa metodica e di queste politiche che ne favoriscono la diffusione è, probabilmente, comunque, inferiore ai costi dell'emodialisi, come dimostrato da Benain et al. in Francia (5).

Ma, al di là di queste lodevoli iniziative di politici e amministratori della salute lungimiranti, è solo quello che si è detto a impedire una più ampia diffusione della metodica?

Purtroppo l'*Audit* non ha dedicato attenzione a quello che riteniamo essere il **problema** che affligge la dialisi peritoneale e cioè la diffidenza, la non sufficiente conoscenza (o esperienza), la "non voglia peritonealista" dei Colleghi Medici (Direttori *in primis*) nei confronti della PD. A sostegno di ciò, un dato balza all'attenzione: 14 Centri (più del 50%!!!) hanno meno del 10% della popolazione dialitica in PD in una realtà fatta da 2713 pazienti in HD su 3106 totali.

In riferimento a ciò, è anche utile ricordare qui

l'indagine del gruppo di Vicenza, Spanò et al., presentata all'ASN del 2007, dal titolo "*Barriers for the expansion of peritoneal dialysis: results of an International survey*". Furono intervistati per mezzo di un questionario i partecipanti all'*International Course on Peritoneal Dialysis* tenutosi a Vicenza nel 2006. Dai 281 questionari sui 350 che erano completi risultò che il 49.1% dei Nefrologi (55.2% dei quali stranieri) riteneva come limite più importante alla diffusione della metodica dialitica peritoneale il "crederci"; a seguire, i motivi clinici (24.6%), i motivi logistici (23.5%), la mancanza di personale da dedicare (23.2%) e, per finire, i motivi economico-finanziari (21.0%).

Il problema della diffusione della PD sta, quindi, nelle persone e non nell'organizzazione e, forse, non è un caso che, in occasione della recente crisi della PD con materiali Baxter, i centri che più sollecitamente hanno riconvertito all'emodialisi i pazienti in PD sembra siano stati proprio quelli con un numero minimo di pazienti in PD.

Alcune sono, quindi, le considerazioni che si possono proporre per favorire l'impiego della PD, anche alla luce dei risultati del lodevole progetto realizzato dai Colleghi Piemontesi e della Valle d'Aosta:

- 1) deve essere migliorata la formazione-informazione del nefrologo sull'argomento;
- 2) è necessario generalizzare l'adozione di ambulatori strutturati dell'uremia, non solo con la finalità di prevenire il peggioramento della funzione renale e/o di curare le complicanze associate, ma con lo scopo di fornire al paziente e alla sua famiglia tutte le informazioni necessarie per affrontare con maggiore consapevolezza la terapia sostitutiva;
- 3) bisogna stimolare le Amministrazioni Locali a sostenere programmi di dialisi peritoneale domiciliare assistita e favorire l'utilizzazione della metodica anche presso strutture sanitarie protette e RSA;

4) bisogna creare una rete di centri di riferimento a cui poter indirizzare pazienti motivati alla PD laddove non sussistano le condizioni sufficienti all'attuazione di un programma autonomo di dialisi peritoneale;

5) si deve ricordare, comunque e sempre, che la scelta della terapia sostitutiva non deve essere mai forzata ma motivata.

Per concludere, ritornando al quesito iniziale, i motivi della mancata diffusione della PD sono la sua inferiorità clinica, le strutture, la scelta del paziente, i *caregivers*, le sovvenzioni o siamo forse noi Nefrologi a determinare questa situazione? La risposta ci sembra abbastanza facile: è una buona metodica, è economica e permette una migliore qualità di vita (come dimostrato dai tanti pazienti che, *shiftati* all'HD, rimpiangono la PD) e, pertanto, non è solo doveroso ma, soprattutto, etico offrire ai pazienti un'altra scelta e, se possibile, incentivarla e il Nefrologo deve convincersi di ciò.

Indirizzo degli Autori:

Dr.ssa Silvia D'Alonzo
Divisione di Nefrologia e Dialisi
Istituto di Medicina Interna e Scienze Mediche Specialistiche
Università Cattolica del Sacro Cuore
Complesso Integrato Columbus-Policlinico Gemelli
Via Moscatti 34-38
00168 Roma
e-mail: silviadalonzo@alice.it

Dr. Roberto Dell'Aquila
UOC Nefrologia e Dialisi
Ospedale San Bassiano
Via dei Lotti 40
36061 Bassano del Grappa (VI)
e-mail: Roberto.DellAquila@aslbasiano.it

BIBLIOGRAFIA

1. Maffei S, Iadarola GM, Neri L, et al. Indicazioni dal primo Audit sulla dialisi peritoneale in Piemonte e Valle d'Aosta. *G Ital Nefrol* 2011; 28 (2): 188-94.
2. Portolés J, Del Peso G, Fernández-Reyes MJ, Bajo MA, López-Sánchez P; GCDP. Previous comorbidity and lack of patient free choice of technique predict early mortality in peritoneal dialysis. *Perit Dial Int* 2009; 29 (2): 150-7.
3. Blake PG. Free Modality Choice: Aspiration or Illusion? Introduction. *Perit Dial Int* 2009; 29 (2): 133-4.
4. Castrale C, Evans D, Verger C, et al. Peritoneal dialysis in elderly patients: report from the French Peritoneal Dialysis Registry (RDPLF). *Nephrol Dial Transplant* 2010; 25 (1): 255-62.
5. Benain JP, Faller B, Briat C, et al. [Cost of dialysis in France]. *Nephrol Ther* 2007; 3 (3): 96-106.