

VEDI L'EDITORIALE A PAG. 126

INDICAZIONI DAL PRIMO *AUDIT* SULLA DIALISI PERITONEALE IN PIEMONTE E IN VALLE D'AOSTA

Stefano Maffei¹, Gian Maria Iadarola², Loris Neri³, Berta Scalzo⁴, Francesco Quarello², Silvana Savoldi⁴, Giusto Viglino³, Mario Salomone⁵, Roberto Bergia⁶, Giorgio Triolo¹

¹SC Nefrologia e Dialisi, Azienda Ospedaliera CTO/M. Adelaide, Torino

²SC Nefrologia e Dialisi, Ospedale San Giovanni Bosco, Torino

³SOC Nefrologia, Dialisi e Nutrizione Clinica, Ospedale San Lazzaro, Alba (CN)

⁴UOA Nefrologia e Dialisi, Ospedale Civile, Cirié (TO)

⁵UOA Nefrologia e Dialisi, Ospedale Maggiore, Chieri (TO)

⁶SC Nefrologia e Dialisi, Ospedale degli Infermi, Biella

Indications from the first audit on peritoneal dialysis in Piedmont and Aosta Valley

In March 2009 a clinical audit was held in Turin on peritoneal dialysis in order to analyze the problems that still hinder the effective deployment of the technique in Piedmont-Aosta Valley. Various data about epidemiological and clinical management were collected by means of a questionnaire that all 26 nephrology centers of the two regions responded to. The two major critical issues highlighted were the role of the outpatient facility dedicated to uremic patients and why the peritoneal technique was not chosen for new dialysis patients. With regard to the first issue, the presence of a well structured outpatient facility dedicated to chronic renal failure seems to direct more uremic patients to peritoneal dialysis, at the same time decreasing the rate of late referrals. Regarding the second issue, patient choice was the leading cause followed by problems related to the partner, while traditional clinical contraindications interfered to a lesser extent with the choice of dialysis technique. We therefore believe that it will be possible to increase the use of peritoneal dialysis by improving organizational aspects of the dialysis center and trying to remedy the lack of social support. Accurate information and early care of uremic patients by dedicated outpatient facilities are in fact able to lead more patients to choose peritoneal dialysis. The implementation of measures of support, such as financial incentives to dialysis patients following a recent decision of the Piedmont region, could help to overcome problems related to the lack or unhelpfulness of a partner.

Conflict of interest: None

Financial support: The Authors have received no financial support for the preparation of the article

KEY WORDS:

Outpatient facility,
Audit,
Peritoneal
dialysis,
Economic
incentive,
Partner

PAROLE CHIAVE:

Ambulatorio,
Audit,
Dialisi
peritoneale,
Incentivo
economico,
Partner

Indirizzo degli Autori:

Dr. Stefano Maffei
SC Nefrologia e Dialisi
Azienda Ospedaliera CTO/M.
Adelaide
Via Zuretti 29
10126 Torino
e-mail: stefanomaffei@hotmail.com

INTRODUZIONE

Audit clinico: "iniziativa condotta da professionisti che cerca di migliorare la qualità e gli esiti dell'assistenza attraverso una revisione tra pari, strutturata, per mezzo della quale i professionisti esaminano la propria attività e i propri risultati a confronto con *standard* concordati e la modificano, se necessario"; questa definizione, ripor-

tata da Wienand (1), ha ispirato il Gruppo Regionale di Studio sulla Dialisi Peritoneale (sezione Piemonte-Valle d'Aosta della SIN) a organizzare un *Audit* multicentrico e interregionale, con il fine di mettere a fuoco le principali problematiche che ostacolano a tutt'oggi un'adeguata diffusione di questa metodica.

Una premessa di carattere epidemiologico è, tuttavia, doverosa: nello scenario dialitico mondiale, l'andamen-

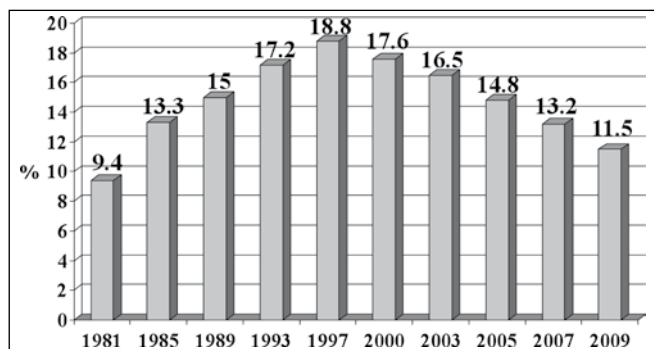


Fig. 1 - Registro Piemontese di Dialisi e Trapianto (RPDT): pazienti prevalenti in dialisi peritoneale in Piemonte negli anni (% sul totale dei dializzati della Regione).

TABELLA I - PAZIENTI PER TIPO DI TRATTAMENTO IN PIEMONTE E IN VALLE D'AOSTA

	Prevalenti al 31-12-2007	Incidenti nel 2007
Dialisi (tutti)	3106 (100%)	713 (100%)
Emodialisi	2713 (87.3%)	580 (81.3%)
Dialisi peritoneale	393 (12.7%)	133 (18.7%)
CAPD	191 (48.6%)	80 (60.2%)
APD	202 (51.4%)	53 (39.8%)

to della dialisi peritoneale (DP) mostra una sostanziale stabilità, se non un lento e progressivo declino nei paesi più industrializzati (USA, Europa occidentale e Giappone); solo nei cosiddetti paesi in via di sviluppo, dove le motivazioni economiche rivestono un peso determinante nella scelta del trattamento sostitutivo, la DP mostra un tasso di crescita annuo di circa il 10% (2).

Il Piemonte si identifica pienamente nelle realtà "occidentali", in cui la DP sta subendo ormai da anni una flessione: dagli ultimi dati del Registro Regionale di Dialisi e Trapianto (RPDT), i pazienti prevalenti in DP in Piemonte erano cresciuti dal 9.4% del 1981 al 18.8% del 1997, anno di maggiore espansione del *pool* dialitico peritoneale nella Regione, per poi ridiscendere all'11.5%, secondo l'ultima rilevazione del 2009 (Fig. 1); anche per quanto riguarda l'incidenza, la percentuale dei nuovi ingressi in DP è scesa dal 23% del 2000 al 13% del 2008.

Quali siano le cause di questa crisi è oggetto di discussione ormai da anni, ma è indubbio che i mutamenti clinico-sociali della popolazione uremica che accede alla dialisi e che motivi culturali-organizzativi dei vari sistemi socio-sanitari concorrono con vari gradi di responsabilità a orientare prevalentemente il paziente verso un programma di trattamento dialitico extracorporeo ospedaliero; tutto questo accade nonostante siano riconosciuti alla dialisi peritoneale degli ottimi risultati in termini di sopravvivenza del paziente (almeno per i primi anni di trattamento), qualità di vita e contenimento dei costi.

Sulla base di queste considerazioni, il 19 Marzo del 2009

si è svolto a Torino il 1° *Audit* interregionale del Piemonte e della Valle d'Aosta sulla Dialisi Peritoneale, durante il quale sono stati analizzati e discussi i dati raccolti da un questionario precedentemente inviato a tutti i 26 centri di nefrologia, dialisi e trapianto delle 2 Regioni: il 100% dei centri ha risposto al questionario e ha presenziato all'incontro.

RISULTATI E DISCUSSIONE

L'indagine ha riguardato i dati relativi all'anno 2007 e ha considerato 3106 pazienti prevalenti, di cui 2713 (87.3%) in emodialisi ospedaliera (HD) e 393 (12.7%) pazienti in DP, di cui 191 in CAPD (48.6% del totale in DP) e 202 in APD (51.4%); i dati di incidenza hanno evidenziato, nel corso del 2007, il verificarsi di 713 nuovi ingressi in dialisi, di cui 133 ingressi in DP (18.7%). Tra gli ingressi in DP 53 (39.8%) sono stati in APD e 80 (60.2%) in CAPD (Tab. I).

La distribuzione della metodica della DP nei centri ha mostrato che, rispetto a una prevalenza media del 12.7%, in 14 centri la popolazione in DP era inferiore al 10%, mentre 3 centri superavano il 20%; considerazione a parte spetta al centro pediatrico, con una prevalenza del 57%. Il dato medio di incidenza era del 18.7% con 7 centri che hanno avviato alla DP il 25% dei nuovi ingressi e 10 centri che presentavano un dato inferiore al 10% (67% nel centro pediatrico). I dati sono stati ottenuti mediante la compilazione di un questionario contenente oltre 100 *items*, inviato a tutti i centri delle 2 Regioni.

Vari sono stati i temi indagati, ma gli aspetti principali su cui si è voluto focalizzare l'attenzione, perché ritenuti comunque vitali per capire dove e come si possa intervenire per modificare l'attuale *trend* dialitico, sono stati il ruolo dell'ambulatorio dell'insufficienza renale cronica (IRC) con le ripercussioni sull'avvio più o meno precoce in dialisi e l'analisi delle cause cliniche e sociali che hanno indotto a non scegliere la DP per la popolazione uremica considerata.

L'ambulatorio IRC e il problema del *late referral*

Non sempre i pazienti affetti da insufficienza renale cronica afferiscono per tempo all'osservazione e alle cure da parte delle strutture nefrologiche; in alcuni di questi casi può essere necessario avviare a breve termine la terapia sostitutiva, configurando, così, la condizione di pazienti "*late referral*" (LR).

Quanto sia delicato il problema rappresentato dai LR è ampiamente riportato in letteratura: Jungers, in almeno 2 occasioni, ha approfondito il problema; in un lavoro del 2001, che prende in considerazione 1057 casi, i *late referrals* presentano, rispetto ai soggetti seguiti per tempo dalle strutture nefrologiche, una mortalità a 12-24 mesi superiore, una più alta percentuale di ricoveri e un maggior rischio di malnutrizione e di complicanze cardiovascolari (3). Un successivo lavoro dello stesso Autore dimostra come, sia nel gruppo

late referral sia nei pazienti con follow-up predialitico inferiore a 35 mesi, gli eventi cardiovascolari siano raddoppiati, rispetto al gruppo con follow-up predialitico superiore ai 35 mesi; si conferma, inoltre, come la durata del follow-up predialitico sia un fattore indipendente significativo, predittivo del rischio di mortalità; il gruppo LR, inoltre, richiede in modo significativamente superiore l'uso del cateterismo centrale come primo accesso dialitico, oltre a presentare un tasso di ospedalizzazione significativamente superiore (4).

Nel 2007 Shin mostra, su una casistica di 119 pazienti, un aumento significativo della mortalità cardiovascolare ($p=0.004$) e della presenza di ipoalbuminemia ($p<0.05$) nei 52 casi considerati come LR (49% dei casi) (5). Sempre nel 2007, Navaneethan, su 204 ingressi in HD, riscontra, nel 22% dei LR, valori di ematocrito e di calcemia significativamente più bassi e livelli di fosforemia e di PTH significativamente più alti (6).

Risulta influenzata dalla condizione di LR anche l'opzione esercitata verso il trattamento dialitico definitivo: nel 2002 Ballerini, su 1037 casi, mostra come i late referrals siano molto più frequentemente trattati con emodialisi ospedaliera rispetto alla dialisi peritoneale domiciliare ed evidenzia anche che, nei centri con la presenza di un ambulatorio dedicato all'IRC, il ricorso alla DP era significativamente superiore rispetto ai centri privi di programmi educativi predialitici (7). Questa indicazione conferma i dati di Little del 2001, secondo cui il 45% dei pazienti early referral opta per la DP (8).

Per quanto riguarda il nostro Audit, sono stati considerati "late referral" i pazienti con un'uremia terminale afferiti per la prima volta al controllo nefrologico nei tre mesi precedenti l'ingresso in dialisi; analizzando i dati di 21 centri, di cui 18 con un ambulatorio IRC e 3 no, risulta che la percentuale di LR nel gruppo dei centri con un ambulatorio è del 23% vs una percentuale del 39% nei centri senza un ambulatorio dedicato; osservando la distribuzione dei trattamenti nel gruppo con un ambulatorio, la percentuale dei late referrals in DP era del 12.9%, mentre era del 25.3% in HD. Un altro dato interessante emerso, considerando solo i centri con un ambulatorio, è che una strutturazione più completa dell'ambulatorio IRC (con la costituzione di un'equipe multidisciplinare con un infermiere e uno psicologo e con l'organizzazione di riunioni informative) comportava una maggiore incidenza di ingressi in DP (=28%) rispetto ai centri con una struttura ambulatoriale più semplice, per esempio con la presenza del solo infermiere (=21%).

La presenza di un ambulatorio dedicato all'insufficienza renale cronica avanzata sembra, dunque, favorire il ricorso alla DP, ridurre il tasso di LR e modificare il dato storico di un ricorso maggiore alle metodiche dialitiche ospedaliere per il trattamento dei LR. La disponibilità di attività di ambulatorio polistrutturate sembra accentuare ulteriormente il ricorso alla DP. L'impatto di un team multidisciplinare sembrerebbe influenzare anche risultati di tipo clinico: i dati di Curtis (9), pubblicati

TABELLA II - CAUSE CLINICHE E SOCIALI PER LE QUALI NON È STATA SCELTA LA DIALISI PERITONEALE NEI PAZIENTI ENTRATI IN EMODIALISI IN PIEMONTE E IN VALLE D'AOSTA NEL 2007

Cause cliniche (n° 180)	%	Cause Sociali (n° 210)	%
Pregressa chirurgia addominale	18.3	Decisione del paziente	45.5
Immunodepressione	13.3	Partner non disponibile	17.5
PKD	9.4	Carenza del partner	13.4
BMI > 30	8.9	Condizioni culturali/ analfabetismo	8.6
Rientro da Tx	7.2	Età avanzata (>80 anni)	4.7
Stomie	6.7	Igiene scarsa	3.0
Diabete II	5.6	Ambiente non idoneo	2.6
Diabete I	4.4	Altro	4.7
Diverticolosi	3.9		
Ernie	3.3		
Altro	19.0		

nel 2005, mostrano, al momento dell'ingresso in dialisi, valori di emoglobina, albuminemia e calcemia e una sopravvivenza a due anni migliori nei pazienti affetti da insufficienza renale grave con un follow-up gestito in un team multidisciplinare, rispetto a un follow-up tradizionale solo di tipo medico nefrologico.

Motivi di "non scelta", ovvero: quali barriere si oppongono alla DP?

Come già accennato nell'introduzione, dato il periodo di flessione della DP, uno dei temi maggiormente indagati e discussi nell'Audit è stato l'analisi di quali fossero state le motivazioni di non immissione in DP dei nuovi pazienti avviati al trattamento sostitutivo. Su 580 pazienti avviati all'HD come primo trattamento, nel 2007, sono state ottenute informazioni in 465 casi (80.1%): 75 pazienti (16%) non sono stati immessi alla DP per ragioni organizzative e/o per la politica del centro, 180 (39%) per motivi clinici e 210 pazienti (45%) per motivi socio-attitudinali (Tab. II).

Ragioni organizzative: il 16% dei pazienti non è stato inserito in un programma di DP in quanto il centro non aveva un programma dedicato alla metodica per motivi organizzativi (centro appena formato o con gravi problemi di organico infermieristico) oppure per una particolare "impronta" emodialitica del centro: è quest'ultimo un aspetto delicato poiché, accanto a delle difficoltà oggettive di carattere strutturale e di organico, sono presenti, talora, atteggiamenti riconducibili alla diffidenza dello stesso nefrologo, scarsamente motivato o poco preparato a un approccio "peritonealistico". Il dato suggestivo che dimostra come oltre il 50% dei centri aveva meno del 10% dei pazienti in DP risente probabilmente anche di questo fattore.

La discrepanza fra i dati di prevalenza e di incidenza (il 40% dei centri aveva un tasso di immissione in DP

inferiore al 10%) e l'opinione richiesta ai centri sulle principali controindicazioni tradizionali alla DP è un'ulteriore conferma del fenomeno: le risposte provenienti dalla maggior parte dei centri (fornite, tuttavia, prevalentemente da nefrologi dedicati alla DP) non hanno identificato, infatti, delle controindicazioni assolute cliniche (a eccezione della presenza di stomie cutanee e grossi interventi addominali) o socio-attitudinali alla DP, a conferma di una ragionevole propensione dei più a non arrestarsi di fronte a ostacoli "relativi"; come si può evincere dai dati rilevati, purtroppo, in alcuni casi, la spinta alla DP può essere, talora, smorzata da situazioni strutturali non favorevoli o da diverse impostazioni dialitiche del centro.

Cause cliniche: i motivi clinici, elencati nella Tabella II, hanno indirizzato verso l'HD 180 pazienti (39%); i principali ostacoli sono stati rappresentati dalla presenza di pregressa chirurgia addominale (33 casi, pari al 18.3%), di immunodeficienza iatrogena o acquisita (24 casi, pari al 13.3%) e di nefropatia policistica (17 casi, pari al 9.4%).

Considerando la prima delle cause, la posizione dei nefrologi verso l'avvio della dialisi peritoneale (DP) in pazienti con precedenti interventi di chirurgia addominale è controversa; il timore che aderenze all'interno della cavità peritoneale con una relativa "compartimentalizzazione" possano dapprima ostacolare un corretto posizionamento del catetere peritoneale e, in seguito, limitare un corretto svolgimento della metodica dialitica (limitazione della superficie dializzante) spinge, talora, a non considerare la DP in questi pazienti: un dato di base è certo: vari lavori (in gran parte su dati autoptici) evidenziano un'elevata percentuale di aderenze intraperitoneali (70-90% dei casi) nei pazienti che avevano subito un intervento chirurgico addominale, mentre queste erano presenti solo nel 10% circa dei pazienti senza intervento (10). Lo sviluppo della dialisi peritoneale, il progresso delle tecniche di inserzione del catetere e la collaborazione con i chirurghi hanno portato, nel tempo, tuttavia, ad assumere un atteggiamento meno intransigente verso questa condizione e sono comparsi alcuni lavori che affermano la non necessaria controindicazione alla DP nei pazienti con una storia di chirurgia addominale. Fra i più recenti, vi è un'esperienza proveniente dall'Iran (11), secondo cui non vi sarebbero controindicazioni alla dialisi peritoneale in questi pazienti, sempre che si usi la tecnica dell'inserzione laparoscopica, considerata la migliore per assicurare un ottimo *outcome* del catetere e della dialisi, grazie alla possibilità di localizzare visivamente la sede migliore per il posizionamento e, al tempo stesso, di effettuare eventuali adesiolisi. Le conclusioni concordano con quelle di Crabtree che ribadisce l'efficacia della tecnica laparoscopica nel diminuire sia il tasso di fallimento delle inserzioni del catetere (<2%) che l'incidenza dei problemi di drenaggio (<3%) nei pazienti con precedenti interventi chirurgici addominali (12). In una successiva revisione del 2009 (13), Crabtree conferma i buoni risultati della laparoscopia, affermando, allo stesso tempo, che un utilizzo della stessa solo per il controllo visivo del posizionamento del catetere costitui-

sce un eclatante sottoimpiego della metodica e che è da ritenersi una pratica inaccettabile mentre, al contrario, il valore aggiunto si ottiene pienamente quando il posizionamento del catetere in laparoscopia si accompagna a tunnelizzazione preperitoneale, omentopessia, adesiolisi o ad altre pratiche chirurgiche, atte a minimizzare il rischio di migrazione del catetere, di intrappolamento omentale, di *leakage* o di ernia.

Il ruolo dell'immunosoppressione nell'aumento dell'incidenza delle peritoniti e di altre infezioni in CAPD è sottolineato dal lavoro del *Guy Hospital* (14), che ha dimostrato una maggiore incidenza di peritonite nei pazienti che assumevano una terapia immunosoppressiva per svariate ragioni. Su questo argomento un discreto numero di dati proviene da studi su LES: Mojcić (15) mostra una sopravvivenza dei pazienti con LES in HD simile a quella dei pazienti con un'altra nefropatia e concorda sostanzialmente con le conclusioni di una recente *review* di Rietveld (16) che ritiene l'emodialisi preferibile nei pazienti con LES, in particolare in quelli ancora in terapia immunosoppressiva o particolarmente malnutriti. Ad analoghe conclusioni giunge Jayasena (17), che ha rilevato un aumentato rischio di peritoniti e una ridotta sopravvivenza della tecnica in 17 pazienti trapiantati di cuore in CAPD, rispetto a 19 pazienti in CAPD in terapia immunosoppressiva per malattie autoimmuni o un trapianto fallito e a 132 pazienti in CAPD non immunosoppressi. In questo contesto, considerazioni lievemente diverse vanno fatte per i pazienti al rientro in dialisi dopo il fallimento del Tx renale: il timore di complicanze infettive sotto un regime di immunosoppressione e la mancanza, spesso, di un'adeguata tempistica di programmazione del futuro trattamento inducono frequentemente, tuttavia, a considerare l'emodialisi (HD) quale prima scelta: per esempio, nel 2007, in Piemonte, su 34 pazienti rientrati in dialisi dopo il trapianto solo 2 (5.8%) avevano avviato la dialisi peritoneale (DP). I dati in letteratura, basati su studi retrospettivi, non consentono di giungere a giudizi conclusivi ma, nel complesso, non evidenziano differenze significative in termini di sopravvivenza del paziente e della tecnica fra HD e DP nel dopo trapianto. Nella recente esperienza di Zarraga (18) su 154 pazienti, l'*outcome* era addirittura migliore nei rientri in DP rispetto all'HD anche, probabilmente, per un'età media inferiore in DP. Per quanto attiene, poi, al delicato argomento peritoniti esistono dati discordanti: tuttavia, in base alle ultime segnalazioni, sembra, dunque, ragionevole, al rientro dal trapianto, considerare la dialisi peritoneale con un approccio sostanzialmente simile ai nuovi ingressi in dialisi, valutando, quindi, gli aspetti clinici e riabilitativi di ogni singolo paziente; il mantenimento, almeno per i primi mesi, di un regime terapeutico immunosoppressivo con steroidi a basse dosi sembra non influire negativamente sull'incidenza delle peritoniti.

Per la nefropatia policistica, la questione è stata recentemente riproposta da Goffin, secondo il quale rimangono dubbi sul buon esito della DP in alcuni pazienti con "*very large, cystic kidneys and/or a very lar-*

ge, cystic liver", non essendo disponibili, al momento, criteri volumetrici più definiti (19).

La rassegna della letteratura, anche se non molto ricca, è, tuttavia, nel complesso, abbastanza rassicurante: Kumar, nel 2008, ha pubblicato un lavoro in cui ha confrontato un gruppo di 56 pazienti affetti da PKD avviati alla DP con un gruppo, sovrapponibile per caratteristiche, di pazienti non diabetici con reni di piccole dimensioni (20); fra i 2 gruppi, non sono state trovate differenze significative in termini di mortalità, sopravvivenza della tecnica, efficienza dialitica e tasso di peritoniti. I buoni risultati in termini di "outcome" a lungo termine non devono, comunque, distogliere l'attenzione dalla presenza di un maggiore rischio di complicanze meccaniche in questi pazienti: uno studio spagnolo ha indagato quali fossero i fattori di rischio per le complicanze della parete addominale in 142 pazienti trattati con DP (21): da questa analisi, è risultato che la condizione di PKD era l'unico fattore di rischio associato a una maggiore incidenza di ernie, mentre l'età avanzata e un maggiore BMI erano significativamente associati con la comparsa di leakage.

Cause sociali: l'impatto negativo più significativo nei confronti dell'avvio alla DP è stato rappresentato, tuttavia, dalle cause socio-attitudinali (210 casi, pari al 45% del totale): fra queste, le principali sono state la scelta del paziente (predominante, con un no alla DP nel 45.5% dei casi), seguita dalle problematiche legate al partner, non presente o non disponibile (30.9%) e dalle condizioni socio-culturali inadeguate (8.6%).

La carenza di una corretta informazione al paziente e ai familiari gioca un ruolo fondamentale circa la prima causa di rifiuto alla DP (scelta del paziente); in un lavoro di Mehrotra, viene documentato chiaramente come i pazienti trattati con HD siano stati informati in maniera inadeguata sulla DP e come questa carenza sia decisiva nell'orientare il paziente alla scelta della metodica (22); come segnalato in precedenza, anche i risultati del nostro Audit dimostrano che l'applicazione di programmi educativi predialisi quali, per esempio, la presenza di un ambulatorio dedicato all'IRC avanzata sembra influenzare il flusso dei pazienti verso i diversi tipi di metodica dialitica.

Il prevalere di barriere sociali/organizzative è stato indirettamente sottolineato ancora da Mehrotra che, in una recente analisi sull'utilizzo non adeguato della DP in USA (23), ha riscontrato che la contrazione della DP nel corso degli ultimi anni non è giustificata in primo luogo da un aumento delle controindicazioni cliniche, seppure in presenza di un progressivo aumento dell'età e del BMI nei pazienti incidenti; nella realtà statunitense, altre cause (economiche, strutturali e culturali) possono influire sulla scelta dialitica. Sempre secondo una visione che attribuisce a cause non prettamente cliniche il declino della DP, un dato interessante è fornito da Couchod (24), il quale dimostra che differenti controindicazioni cliniche influiscono sulla scelta della DP in modo disomogeneo nelle Regioni francesi valutate, dato che si correla con le considerazioni di Viglino in merito alla situazione italiana, come documentata dal censimento SIN del 2005

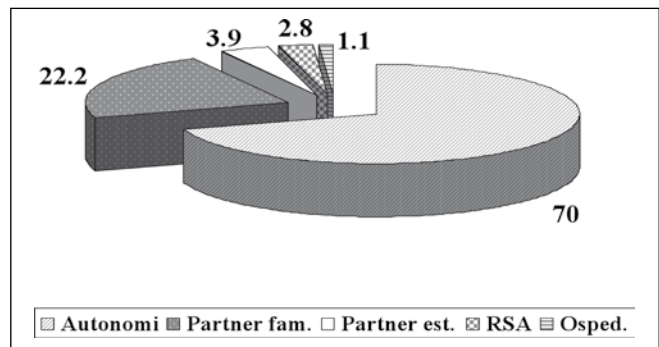


Fig. 2 - Distribuzione in percentuale dei pazienti in dialisi peritoneale in Piemonte e in Valle d'Aosta al 31/12/2007 in base al grado di autonomia.

(25): l'indagine nazionale suggerisce, infatti, come i fattori clinici non siano decisivi nella scelta del trattamento, dal momento che alcune comorbidità sono considerate controindicazioni alla DP in modo disomogeneo in differenti aree geografiche.

È indubbio che l'invecchiamento della popolazione associato al cambiamento, specialmente nei centri urbani, della struttura del nucleo familiare, conduce spesso alla dialisi un paziente vecchio, solo e con difficoltà a svolgere un trattamento nato per essere autogestito: è una realtà quotidiana documentata anche da Jager che, fra i risultati dello studio NECOSAD (26), riporta che la più frequente controindicazione segnalata per la DP era una causa sociale, come, per esempio, l'incapacità di eseguire autonomamente gli scambi manuali.

In tale contesto, si inseriscono prepotentemente i lavori di Oliver (27) e Lobbedez (28), i quali dimostrano un significativo incremento della scelta della DP anche per i pazienti anziani e con più comorbidità, quando sia possibile attuare un programma di sostegno familiare singolo o integrato, dove i sistemi sanitari ne garantiscano l'attuazione, da forme di assistenza infermieristica a domicilio.

In questo contesto, si inserisce un'indagine, sempre proveniente dall'Audit, riguardante il grado di autonomia dei pazienti in DP: il 70% (258 pazienti) dei pazienti era completamente autonomo, il 22.2% (86 pazienti) necessitava di un partner familiare, il 3.9% (15 pazienti) di un partner esterno (badante), il 2.8% (10 pazienti) veniva trattato in strutture sanitarie tipo RSA e, infine, l'1.1% (4 pazienti) eseguiva un'IPD ospedaliera assistita (Fig. 2).

CONCLUSIONI

Le principali indicazioni emerse dall'Audit consistono fondamentalmente nel riconoscere un ruolo determinante dell'ambulatorio di IRC avanzata, capace, specialmente se ben strutturato, di fornire un'adeguata e tempestiva informazione al paziente sulla scelta più opportuna del trattamento dialitico, con probabili e positive ricadute sull'espansione della DP.

Considerando poi, complessivamente, tutti i motivi di non immissione in DP, eccetto quelli secondari a ragioni organizzative o alla politica del centro, la scelta del paziente si è confermata la prima causa, seguita dalle problematiche relative al partner; le controindicazioni cliniche tradizionali, a eccezione della storia di pregressi interventi chirurgici addominali, specialmente se gravati dalla creazione di stomie cutanee, sembrano interferire in misura minore sulla scelta della metodica.

Riteniamo che gli sforzi per rilanciare la DP debbano convergere su più settori (informazione più capillare sulla metodica, coinvolgimento di giovani nefrologi, maggiori risorse infermieristiche dedicate, ecc.) ma, per contrastare il forte impatto negativo che il "sociale" comporta, l'attuazione di provvedimenti di supporto alla famiglia, quali, per esempio, delle incentivazioni economiche, potrebbe contribuire al superamento dei problemi legati alla carenza o alla mancata disponibilità del partner.

In quest'ottica, la sezione interregionale Piemonte e Valle d'Aosta della SIN ha richiesto innovativi strumenti all'Assessorato Regionale alla Sanità: un gruppo di lavoro formato da nefrologi, medici di medicina generale, assistenti sociali, esponenti delle associazioni dei pazienti (ANED) e funzionari regionali del settore Assistenza Specialistica e Ospedaliera ha disegnato, quindi, un provvedimento che tenesse in considerazione sia le problematiche sanitarie sia quelle socio-assistenziali dei pazienti uremici in trattamento sostitutivo.

Nell'Ottobre del 2009, la Giunta Regionale ha, così, approvato la delibera n° 8-12316 che prevede di istituire in via sperimentale per 3 anni un contributo economico a sostegno della dialisi domiciliare. Fulcro del progetto è l'istituzione di una Commissione Nefrologica Aziendale che, stilando un Piano Assistenziale per la Dialisi Domiciliare (P.A.I.D.D.), indica con un punteggio il grado di disautonomia del paziente nei confronti della corretta esecuzione del trattamento dialitico, da cui deriva un sostegno economico, variabile da un minimo di 250 € fino a un tetto di 1100 € al mese, differenziato per tipo di caregiver e per tipo di trattamento (CAPD, APD e HD domiciliare) (29).

Il progetto, come già detto, è sperimentale e non deve essere inteso come l'unica soluzione ai problemi della DP, ma può offrire un concreto strumento per superare le barriere socio-assistenziali, spesso responsabili di un mancato avvio alla DP.

RIASSUNTO

Nel Marzo del 2009, si è svolto a Torino un Audit interregionale Piemonte-Valle d'Aosta sulla dialisi peritoneale, per analizzare le problematiche che ostacolano a tutt'oggi una valida diffusione della metodica nelle 2 Regioni. A tale scopo, sono stati raccolti vari dati a carattere epidemiologico e clinico-gestionale tramite un questionario al quale tutti i 26 centri nefro-

logici delle 2 Regioni hanno risposto. Gli aspetti critici evidenziati sono stati il ruolo dell'ambulatorio dedicato all'insufficienza renale cronica e le motivazioni che inducono a non scegliere la dialisi peritoneale: per il primo aspetto, la presenza di un ambulatorio "strutturato", dedicato all'uremia avanzata, sembra orientare maggiormente il paziente verso la dialisi peritoneale e, nel contempo, diminuire il tasso dei "late referrals". Per quanto concerne la non immissione in DP, la scelta del paziente è risultata la prima causa, seguita dalle problematiche relative al partner, mentre le controindicazioni cliniche tradizionali interferiscono in minor misura sulla scelta della metodica. Riteniamo, quindi, che sia possibile incrementare l'immissione di pazienti in dialisi peritoneale migliorando gli aspetti organizzativi del centro e tentando di ovviare alle carenze socio-assistenziali: un'informazione più curata e la presa in carico precoce del paziente uremico da parte di ambulatori dedicati sono, infatti, in grado di orientare maggiormente il paziente a scegliere la dialisi peritoneale; inoltre, l'attuazione di provvedimenti di supporto alla famiglia, quali, per esempio, le incentivazioni economiche al paziente previste da una recente delibera della Regione Piemonte, potrebbe contribuire al superamento dei problemi legati alla carenza o alla mancata disponibilità del partner.

RINGRAZIAMENTI

Si ringrazia il Gruppo di Studio della Dialisi Peritoneale sezione Piemonte/Valle d'Aosta: L. Neri (Alba), C. Lubatti (Alessandria), G. Paternoster (Aosta), G. Cesano (Asti), R. Bergia (Biella), MA. Boschetti (Borgomanero), A. Mazzotta (Casale), C. Marcuccio (Ceva), G. Priasca (Chieri), A. Messuerotti (Chivasso), B. Scalzo (Cirié), C. Ferrando (Cuneo), P. Belardi (Ivrea), P. David (Novara Osp.), R. Fenoglio (Novara Univ.), M. Della Volpe (Novi Ligure), A. Rizzuto (Pinerolo), P. Gianoli (Rivoli), S. Maffei (CTO-Torino), GM Iadarola (G. Bosco-Torino), AM. Bonghi (N. Martini-To), G. Vacha (Mauriziano-To), C. Guarana (Molinetto-Torino), B. Gianoglio (Reg. Margherita-To), F. Bonvegna (Verbania), P. Colombo (Vercelli).

DICHIARAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI

Gli Autori dichiarano di non avere conflitto di interessi.

CONTRIBUTI ECONOMICI AGLI AUTORI

Gli Autori non hanno ricevuto sponsorizzazioni economiche per la preparazione dell'articolo.

BIBLIOGRAFIA

1. In: Principles for Best Practice in Clinical Audit: National Institute for Clinical Excellence. Abingdon, Oxon. Radcliffe Medical Press 2002.
2. ESRD: Global View Of Peritoneal Dialysis Patients. Disponibile su: <http://www.vision-fmc.com>.
3. Jungers P, Massy ZA, Nguyen-Khoa T, et al. Longer duration of predialysis nephrological care is associated with improved long-term survival of dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2001; 16 (12): 2357-64.
4. Jungers P, Joly D, Nguyen-Khoa T, Mothu N, Bassilios N, Grünfeld JP. [Continued late referral of patients with chronic kidney disease. Causes, consequences, and approaches to improvement]. *Presse Med* 2006; 35 (1 Pt 1): 17-22.
5. Shin SJ, Kim HW, Chung S, et al. Late referral to a nephrologist increases the risk of uremia-related cardiac hypertrophy in patients on hemodialysis. *Nephron Clin Pract* 2007; 107 (4): c139-46.
6. Navaneethan SD, Nigwekar S, Sengodan M, et al. Referral to nephrologists for chronic kidney disease care: is non-diabetic kidney disease ignored? *Nephron Clin Pract* 2007; 106 (3): c113-8.
7. Ballerini L, Conte F, Paris V. [Early or late referral patterns of 1137 patients starting dialysis in 15 Italian dialysis centres]. *G Ital Nefrol* 2002; 19 (4): 419-24.
8. Little J, Irwin A, Marshall T, Rayner H, Smith S. Predicting a patient's choice of dialysis modality: experience in a United Kingdom renal department. *Am J Kidney Dis* 2001; 37 (5): 981-6.
9. Curtis BM, Ravani P, Malberti F, et al. The short- and long-term impact of multi-disciplinary clinics in addition to standard nephrology care on patient outcomes. *Nephrol Dial Transplant* 2005; 20 (1): 147-54.
10. Liakakos T, Thomakos N, Fine PM, Dervenis C, Young RL. Peritoneal adhesions: etiology, pathophysiology, and clinical significance. Recent advances in prevention and management. *Dig Surg* 2001; 18 (4): 260-73.
11. Keshvari A, Fazeli MS, Meysamie A, Seifi S, Taramloo MK. The effects of previous abdominal operations and intraperitoneal adhesions on the outcome of peritoneal dialysis catheters. *Perit Dial Int* 2010; 30 (1): 41-5.
12. Crabtree JH. Previous abdominal surgery is not necessarily a contraindication for peritoneal dialysis. *Nat Clin Pract Nephrol* 2008; 4 (1): 16-7.
13. Crabtree JH. The use of the laparoscope for dialysis catheter implantation: valuable carry-on or excess baggage? *Perit Dial Int* 2009; 29 (4): 394-406.
14. Andrews PA, Warr KJ, Hicks JA, Cameron JS. Impaired outcome of continuous ambulatory peritoneal dialysis in immunosuppressed patients. *Nephrol Dial Transplant* 1996; 11 (6): 1104-8.
15. Mojcić CF, Klippel JH. End-stage renal disease and systemic lupus erythematosus. *Am J Med* 1996; 101 (1): 100-7.
16. Rietveld A, Berden JH. Renal replacement therapy in lupus nephritis. *Nephrol Dial Transplant* 2008; 23 (10): 3056-60.
17. Jayasena SD, Riaz A, Lewis CM, Neild GH, Thompson FD, Woolfson RG. Outcome in patients with end-stage renal disease following heart or heart-lung transplantation receiving peritoneal dialysis. *Nephrol Dial Transplant* 2001; 16 (8): 1681-5.
18. Zarraga S, García G, Teruel JL, et al. [Choosing the dialysis method for kidney transplant patients with advanced kidney disease]. *Nefrologia* 2009; 29 Suppl. 1: 44-8.
19. Goffin E, Pirson Y. Is peritoneal dialysis a suitable renal replacement therapy in autosomal dominant polycystic kidney disease? *Nat Clin Pract Nephrol* 2009; 5 (3): 122-3.
20. Kumar S, Fan SL, Raftery MJ, Yaqoob MM. Long term outcome of patients with autosomal dominant polycystic kidney diseases receiving peritoneal dialysis. *Kidney Int* 2008; 74 (7): 946-51.
21. Del Peso G, Bajo MA, Costero O, et al. Risk factors for abdominal wall complications in peritoneal dialysis patients. *Perit Dial Int* 2003; 23 (3): 249-54.
22. Mehrotra R, Marsh D, Vonesh E, Peters V, Nissenson A. Patient education and access of ESRD patients to renal replacement therapies beyond in-center hemodialysis. *Kidney Int* 2005; 68 (1): 378-90.
23. 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.
24. Couchoud C, Savoye E, Frimat L, Ryckelynck JP, Chalem Y, Verger C. Variability in case mix and peritoneal dialysis selection in fifty-nine French districts. *Perit Dial Int* 2008; 28 (5): 509-17.
25. Viglino G, Neri L, Alloatti S, et al. Analysis of the factors conditioning the diffusion of peritoneal dialysis in Italy. *Nephrol Dial Transplant*. 2007; 22 (12): 3601-5.
26. Jager KJ, Korevaar JC, Dekker FW, Krediet RT, Boeschoten EW; Netherlands Cooperative Study on the Adequacy of Dialysis (NECOSAD) Study Group. The effect of contraindications and patient preference on dialysis modality selection in ESRD patients in The Netherlands. *Am J Kidney Dis* 2004; 43 (5): 891-9.
27. Oliver MJ, Garg AX, Blake PG, et al. Impact of contraindications, barriers to self-care and support on incident peritoneal dialysis utilization. *Nephrol Dial Transplant* 2010; 25 (8): 2737-44.
28. Lobbedez T, Moldovan R, Lecame M, Hurault de Ligny B, El Haggan W, Ryckelynck JP. Assisted peritoneal dialysis. Experience in a French renal department. *Perit Dial Int* 2006; 26 (6): 671-6.
29. Regione Piemonte, D.G.R. n. 8-12316 del 12/10/09 – pubblicata sul B.U.R.P. n. 43 del 29/10/09.