

Coraggio si riparte!

Luigi Catizone

*Divisione di Nefrologia e Dialisi
Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna*



Per capire le ragioni per cui la dialisi peritoneale da alcuni anni non riesca a spostarsi dal 10% circa di penetrazione generale (con differenze nazionali e regionali rilevanti), dopo la crescita registrata con l'introduzione della metodica CAPD, occorre risalire al periodo a cavallo degli anni '70 e '80. Vi erano allora due "partiti": da una parte c'era quello dei "pionieri", con l'entusiasmo di chi credeva e cercava di dimostrare che la dialisi peritoneale potesse essere alla pari con l'emodialisi e che le due tecniche potessero essere utilizzate indifferentemente, salvo alcuni casi ben individuabili. Il loro impegno culturale era rivolto a dimostrare, talvolta a tutti i costi, che i risultati clinici e le possibilità di sopravvivenza fossero simili nelle due tecniche. Questi pionieri hanno comunque consentito la conoscenza e la diffusione della tecnica. Dall'altra parte, c'erano coloro che facevano solo emodialisi con i loro pregiudizi (e talvolta gli interessi) che nascevano da esperienze molto deludenti avute con la dialisi peritoneale negli anni '60 e '70 e dallo sviluppo che proprio in quel periodo l'emodialisi

si stava vivendo, con l'introduzione delle cosiddette tecniche ad alta efficienza e tolleranza, che permettevano di estendere il trattamento extracorporeo anche a soggetti con severe problematiche cliniche (Tab. I).

Come conseguenza di tali diffusi pregiudizi, la dialisi peritoneale veniva scelta, salvo poche e ben individuabili eccezioni, per pazienti con gravi problemi clinici e con attesa di vita relativamente breve. Ciò portava ad avere in dialisi peritoneale una popolazione difficilmente comparabile con quella in emodialisi, per cui si

era costretti a fare raffinati aggiustamenti per età, fattori di rischio ecc. Se questo poteva essere inoppugnabile dal punto metodologico e statistico, offriva comunque il fianco a critiche non sempre benevoli. Comunque si trattava di una popolazione numericamente scarsa e in prevalenza clinicamente compromessa, che si studiava con difficoltà, specie nel lungo periodo e i risultati si ottenevano a fatica.

Altro elemento da considerare è l'improponibilità clinica ed etica di fare studi randomizzati prospettici di con-

TABELLA I

Anni	Dialisi	Popolazione
'60	• EMODIALISI regolare ospedaliera	• Solo pazienti selezionati
'70	• EMODIALISI ospedaliera • EMODIALISI domiciliare • EMODIALISI in CAL • Inizio DIALISI PERITONEALE regolare	• Grande prevalenza di giovani senza problemi extra-uremici
'80	• Riduzione EMODIALISI domiciliare • EMODIALISI alta efficienza e tolleranza in ospedale e nei CAL • DIALISI PERITONEALE come CAPD	• Pazienti in età avanzata • Pazienti con problemi clinici extra-uremici
'90	• Scomparsa EMODIALISI domiciliare • Stabilizzazione CAPD • Sviluppo APD • Revisione del concetto di CAL	• Quasi totale scomparsa delle controindicazioni alla dialisi

fronto tra le due modalità dialitiche. Dobbiamo anche osservare come la dialisi peritoneale sia una tecnica che in tutti gli studi risulta essere meno costosa rispetto all'emodialisi, sia in termini finanziari che di impegno di strutture e di personale sanitario. Purtroppo però i rimborsi sono piuttosto bassi, con elevata differenza percentuale per l'APD tra tariffa e costo stimato (-35.8%), per cui risulta complessivamente meno "ricca".

Un'ultima considerazione, assolutamente non trascurabile, è che un programma di dialisi peritoneale offre da una parte un significativo vantaggio economico e organizzativo, essendo una tecnica tipicamente domiciliare e non richiedendo quindi un grande impegno di strutture ospedaliere, ma dall'altra ha necessità di un coinvolgimento totale del paziente e della sua famiglia, per cui possono insorgere, in condizioni sociali ed ambientali particolari, gravi carenze di collaborazione, tanto da rendere impraticabile la dialisi peritoneale sotto questo profilo (il cosiddetto "burn-out").

Tutte queste considerazioni, pur se qui esposte necessariamente in maniera sommaria, possono dare utili indicazioni di come si sia potuta creare una condizione di obiettiva sottovalutazione e scarsa diffusione della dialisi peritoneale.

Uscire da questa situazione non è certamente una questione di rivalse da parte di una metodica di serie B nei confronti dell'emodialisi: è piuttosto

la ricerca della migliore metodologia per utilizzare al massimo le opportunità cliniche, organizzative ed economiche che la dialisi peritoneale offre.

Credo che il modo migliore di operare verso questa direzione sia capire come lo scenario dialitico sia variato significativamente nel corso dei decenni, per quanto riguarda le tecniche di trattamento e la popolazione uremica (Tab. I).

L'incidenza e la prevalenza di quest'ultima sono progressivamente e costantemente aumentate nel corso degli anni, in Italia e nel mondo. Le caratteristiche si sono modificate nel senso di un invecchiamento progressivo (per quanto attiene all'età anagrafica e dialitica) e di una maggiore presenza di fattori di rischio clinico. Accanto a questo, si è avuto, grazie al miglioramento delle conoscenze cliniche riguardanti l'uremia e le tec-

TABELLA II - LA "PARADOSSALE" SCARSA PENETRAZIONE DELLA DIALISI PERITONEALE, ANCHE SE....

- ... è una tecnica di facile attuazione
- ... è tipicamente domiciliare
- ... richiede poche strutture
- ... ha costi bassi
- ... è tollerata anche da soggetti critici
- ... conserva a lungo la funzione renale residua
- ... garantisce una più precoce ripresa funzionale del rene trapiantato
- ... non richiede manipolazione del sangue
- ... è utile specie nei primi anni di trattamento

TABELLA III - AUSPICABILE UNA MAGGIORE DIFFUSIONE DELLA DIALISI PERITONEALE PER...

- ... utilizzare tutte le potenzialità terapeutiche della tecnica
- ... decongestionare i Centri di dialisi
- ... garantire una risposta più facile alla domanda di dialisi
- ... fare consistenti risparmi economici
- ... favorire la ricerca

TABELLA IV

Lo scenario degli anni futuri

Fattori etici e deontologici impediranno di rifiutare il trattamento per motivi anagrafici, sociali o economici

Necessità di ridurre i costi della dialisi

Preferenza per trattamenti extra-ospedalieri

Maggiore coinvolgimento dei pazienti, delle famiglie e dei servizi sociali

Prevedibile evoluzione

Dialisi per tutti

Trattamenti meno costosi e in service

Creazione di servizi sul territorio e risparmio strutture ospedaliere

Risparmio di personale sanitario

Affinamento della ricerca tecnica e clinica per raggiungere tali obiettivi



niche del suo trattamento, una maggiore sopravvivenza in dialisi. Le uscite per trapianto non sono state finora in grado di aumentare significativamente le uscite dal trattamento.

Considerando questi aspetti, vediamo come oggi ci troviamo di fronte a una popolazione uremica bisognosa di trattamento sostitutivo numericamente in aumento, sia come numero totale (prevalenza) che come nuova richiesta annuale di dialisi (incidenza), con età anagrafica e dialitica progressivamente più elevate e con caratteristiche cliniche in peggioramento, sia dal punto di vista uremico che extra-uremico.

Motivazioni cliniche, deontologiche e giuridiche impongono di trovare le modalità più efficaci e praticabili per rispondere alla crescente domanda dialitica. Non è peraltro immaginabile che si possa aumentare a dismisura l'impegno delle strutture sanitarie e delle risorse economiche per far fronte ad una tale esigenza: l'unica strada percorribile è quindi quella di utilizzare con maggiore efficacia ed efficienza le risorse disponibili.

Alla luce di queste considerazioni, si è visto come la dialisi peritoneale, pur offrendo molte opportunità e nonostante le sue caratteristiche corrispondano alle nuove esigenze, abbia purtroppo sofferto finora di una condizione paradossale (Tab. II), per cui ha avuto una scarsa penetrazione e utilizzazione.

Negli anni recenti si è però molto modificato l'atteggiamento nei suoi confronti. Non viene infatti più considerata una terapia idonea per tutti gli uremici e per tutta la loro vita dialitica (come sostenevano alcuni) e neppure una tecnica da riservare a pazienti con scarse aspettative di riabilitazione e di sopravvivenza (come facevano altri). Si sta ora cercando di capire come possa essere maggiormente accettata dai pazienti e dagli stessi operatori sanitari e di definirne meglio le possibilità di utilizzazione. Molti dati indicano che il paziente, informato di tutte le possibilità di trattamento dell'uremia, sceglie con maggiore frequenza la dialisi peritoneale come sua prima modalità terapeutica, specie se egli è da tempo cu-

rato presso un Centro nefrologico, e mantiene più a lungo tale preferenza. Si va poi sempre più affermando il concetto per cui la dialisi peritoneale, impiegata come prima tecnica di trattamento, ottenga il massimo degli effetti depurativi e clinici, grazie al contributo della funzione renale residua (salvaguardata molto meglio dalla dialisi peritoneale rispetto all'emodialisi), quand'anche essa fosse minima.

Successivamente, di solito dopo 2-3 anni dall'inizio della dialisi, può accadere che la funzione renale tenda a diminuire o scomparire, che la capacità depurativa della membrana peritoneale peggiori, che la possibilità della gestione a domicilio del trattamento scompaia. In questi casi, va preso in seria considerazione il trasferimento del paziente a un tecnica extracorporea e ospedaliera e ciò sarà tanto più efficace quanto più tempestivamente avviene.

Si realizza così una valida integrazione tra le due metodiche, adattandole alle esigenze cliniche e socio-familiari del paziente, e si otterrebbero importanti vantaggi organizzativi ed economici (Tab. III).

Occorre anche sottolineare come vari lavori segnalino una più rapida ripresa della funzione del rene trapiantato nei soggetti che provengono dal trattamento peritoneale, rispetto a quelli che facevano emodialisi, con ragguardevoli vantaggi clinici, umani, psicologici ed economici.

È quindi abbastanza facile delineare lo scenario con il quale dovremo confrontarci nei prossimi anni e pensare quali saranno le metodologie e i tempi di trattamento che, in un corretto rapporto costo-beneficio, dovranno essere privilegiati (Tab. IV).

In questa prospettiva, è fuor di dubbio che la dialisi peritoneale, impiegata senza pregiudizi, ma neppure senza facili entusiasmi, possa ottenere in un prossimo futuro una penetrazione media del 25-30 % che forse corrisponde alle sue reali potenzialità.

catizone@orsola-malpighi.med.unibo.it

BIBLIOGRAFIA

1. Schena FP, Biasioli S, Cavaignino A et al. Rapporto della Commissione dialisi (Società Italiana di Nefrologia) sui costi della terapia dialitica. *Giorn It Nefrol* 1997; 14: 321-38.
2. Giannattasio M. Emodialisi o peritoneodialisi come terapia di prima scelta dell'uremia cronica? *Giorn It Nefrol* 2000; 17: 161-9.
3. Van Biesen W, Vanholder R, Lameire N. The role of peritoneal dialysis as the first-line renal replacement modality. *Perit Dial Int* 2000; 20: 375-83.
4. Alloati S, Manes M, Paternoster G, Gaiter AM, Molino A, Rosati C. Peritoneal dialysis compared with hemodialysis in the treatment of end-stage renal disease. *J Nephrol* 2000; 13: 331-42.
5. Catizone L, Zucchelli P. Scelta del trattamento dialitico e contenimento dei costi: ruolo dell'early referral e della dialisi peritoneale. *Giorn It Nefrol* 2000; 17: 613-23.