

## Stati Generali della Dialisi Peritoneale: Presente e Futuro Prossimo della Modalità Dialitica “Dominante”

### Position paper

#### Prof. Luca De Nicola

Presidente Società Italiana Nefrologia  
Prof. Ordinario Nefrologia e Dir. UO Nefrologia, Dialisi e Trapianto, AOU Vanvitelli-Napoli



Luca De Nicola

#### Corrispondenza a:

Luca De Nicola,  
E-mail: luca.denicola@unicampania.it, presidente@sinitaly.org

#### ABSTRACT

Prevenzione e domiciliarità delle cure sono i due pilastri fondanti il nuovo corso della Società Italiana di Nefrologia (SIN), in linea con quanto dettato dal PNRR-M6 e con le innovazioni terapeutiche che stanno modificando radicalmente la pratica clinica nefrologica. Guardando al versante della domiciliarizzazione della terapia dialitica, diventa obiettivo primario della SIN incentivare l'uso in Italia della dialisi peritoneale (DP), terapia ospedaliera erogata a domicilio del paziente, che rispetto alla emodialisi, è di pari efficacia ma certamente superiore in termini di qualità di vita del paziente, di risparmio significativo di risorse umane ed economiche per i Servizi Sanitari, con minore consumo di acqua, elettricità e di emissioni di CO<sub>2</sub>. Nonostante gli indubbi vantaggi, la DP è ancora di gran lunga sottoutilizzata. Gli Stati Generali della Dialisi Peritoneale, tenuti a Roma in occasione della Giornata Mondiale del Rene il 12 marzo 2026, hanno avuto l'obiettivo di sensibilizzare cittadini e istituzioni sanitarie sulla DP, oggi considerata “dominante” rispetto all'emodialisi.

**PAROLE CHIAVE:** dialisi peritoneale, domiciliarità, sostenibilità

Il 12/3/2026, in occasione della Giornata Mondiale del Rene, si è tenuto a Roma l'evento "Stati Generali della Dialisi Peritoneale", organizzato dalla Società Italiana di Nefrologia (SIN) in collaborazione con la Fondazione Italiana del Rene (FIR), che ha visto la partecipazione, oltre a un folto gruppo di Nefrologi e giornalisti della comunicazione Medico-Scientifica e laica, i principali stakeholder clinici e istituzionali: Senatori della Repubblica Italiana, Direttori di Aziende Sanitarie, rappresentanti di governi regionali, della Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), della Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma (ALTEMS), e delle principali associazioni pazienti nefropatici, ossia Associazione Nazionale Emodializzati-Dialisi e Trapianto (ANED), e FORUM Nazionale Trapiantati.

L'evento è un passo storico della Nefrologia Italiana finalizzato a rilanciare la principale tecnica dialitica domiciliare. La Dialisi Peritoneale (DP) è sinora ancora poco implementata nonostante sia oggi indicata in gran parte dei pazienti sia per il cambio negli anni del fenotipo del paziente uremico, sia per i miglioramenti della metodica stessa e per il supporto concreto della telemedicina, che hanno aumentato la sicurezza del trattamento. Inoltre, da non sottovalutare in questo periodo di crisi della Sanità, la DP supera l'emodialisi (HD) anche per il risparmio di risorse umane ed economiche che il Servizio Sanitario Nazionale dedica alla terapia sostitutiva renale. Infine la DP è oggi considerata una "green dialysis" in quanto consente un notevole risparmio di acqua, elettricità e di emissioni di CO<sub>2</sub> rispetto alla tradizionale HD in centro.



### Stato dell'arte della DP: i vantaggi della metodica

In questi ultimi decenni si è assistito all'aumento dei nuovi casi di pazienti uremici in dialisi correlato all'invecchiamento della popolazione, l'aumento della sopravvivenza per patologie cardio-vascolari e l'aumento della prevalenza di patologie croniche, come diabete, obesità e ipertensione [1]. In particolare, in oltre il 50% dei casi prevalenti in dialisi i pazienti sono ultrasessantacinquenni pluricomorbidi, con diverse complicanze correlate alla condizione uremica, e con alto rischio di eventi cardiovascolari fatali e non fatali e di mortalità da ogni causa. Pertanto, gran parte degli anziani uremici rientra a pieno titolo nella definizione di "paziente fragile ad alto rischio" per i quali proprio la Dialisi Peritoneale (DP) dovrebbe essere di prima scelta essendo più fisiologica dell'emodialisi (HD) e non associata allo stress ischemico sistemico tipico della HD [2]. In realtà, la DP è indicata nella maggioranza dei pazienti: un recente studio canadese ha evidenziato infatti che circa il 65% dei pazienti uremici sono anche eleggibili alla DP [3]. Inoltre, più del 50% dei pazienti se posti davanti alla scelta DP vs HD è propenso a scegliere DP per la migliore qualità di vita e, soprattutto, se è disponibile un caregiver per assistenza durante il trattamento di DP [4–8]. Si deve infine considerare

che il paziente in DP sceglie in autonomia gli orari in cui sottoporsi al trattamento e non deve “inseguire” un centro dove poter essere trattato durante i viaggi di lavoro o di piacere; la DP infatti è un “trattamento che segue il paziente” con la possibilità di ricevere il materiale necessario a casa ed in tutto il mondo. Le caratteristiche essenziali che dovrebbero far identificare dai nefrologi la DP quale terapia dialitica di prima scelta sono elencate in Tabella 1 [2, 9–15].

1	Maggiore sopravvivenza nel primo anno di dialisi e migliore qualità di vita
2	Mantenimento per maggior tempo di funzione renale residua
3	Minore richiesta di personale sanitario e spazi assistenziali
4	Minore rischio infettivo (come osservato nel periodo “COVID”)
5	Minore rischio ischemico per minore stress emodinamico
6	Monitoraggio da remoto già ampiamente disponibile e testato (telemedicina)
7	Maggiori personalizzazione degli schemi dialitici ed indicazioni extra-nefrologiche
8	Ideale per il trapianto con tempi in lista di attesa minori e maggiore sopravvivenza
9	Minor impatto ecologico per minor consumo di acqua ed energia, e di emissioni di CO <sub>2</sub>
10	Maggiore sostenibilità: costi totali, diretti e indiretti, più bassi

**Tabella 1. I dieci Golden Points a favore della DP quale terapia dialitica di prima scelta.**

A supporto delle numerose evidenze oggi disponibili sui vantaggi della DP rispetto alla HD, si aggiunge lo studio di *Health Technology Assessment* (HTA) di ALTEMS pubblicato a ottobre 2025 [12]. Lo studio, basato sulle tariffe dialitiche aggiornate al nuovo nomenclatore, ha evidenziato i seguenti punti di grande rilevanza clinico-economica:

- L’efficacia misurata in termini di vita vissuta in benessere (Quality Adjusted Life Year-QALY) per la DP è risultata pari a 1,20 contro 0,94 della HD
- Il modello di Budget Impact Analysis (BIA), che ha considerato tutti i costi – diretti ed indiretti – della terapia dialitica, ha mostrato un costo annuale per paziente per la DP pari a € 24.142,71, ossia 43% inferiore rispetto all’HD (€ 42.231,55)
- I risultati ottenuti dall’analisi del caso base sono stati confermati dall’analisi PSA-Multi way, la quale mostra come, per valori prossimi al valore soglia considerato (€ 30.000,00/QALY), nel 78,7% delle simulazioni la DP risulti essere il trattamento con miglior rapporto costo-efficacia rispetto all’HD

La DP, pertanto, emerge dall’analisi costo-efficacia quale terapia “dominante” sulla HD, ossia deve essere considerata terapia dialitica di prima scelta dal punto di vista sia clinico sia economico.

Una conferma dei dati HTA proviene da una recente analisi “*real world*” dei costi di DP versus HD ospedaliera e domiciliare elaborata dal gruppo della Nefrologia del San Giovanni Bosco di Torino: la DP risultava essere la metodica di gran lunga meno costosa (€ 23,314.79/ paziente-anno) non solo rispetto all’emodialisi effettuata in ambito ospedaliero (€ 40,798.98/ paziente-anno) ma anche all’emodialisi effettuata dal paziente stesso al proprio domicilio (€ 35,535.00/paziente-anno) [13].

### Stato dell’arte della DP: il paradosso clinico

Il paradosso oggi esistente sulla DP è lo scarso utilizzo. Il Censimento 2023 della Società Italiana di Nefrologia (SIN-Registro Italiano di Dialisi e Trapianto\_RIDT) mostra in Italia una incidenza in dialisi di 172 pmp (circa 10,000 nuovi pazienti) ed una prevalenza di 762 pmp (circa 45,000 pazienti) [16]. Il 90% di questi pazienti è in trattamento dialitico extracorporeo presso un centro ospedaliero pubblico o privato accreditato, mentre solo il 10% è in trattamento con la dialisi peritoneale [16, 17]. Inoltre, la penetrazione di DP è estremamente variabile, con maggiore rappresentazione nel Nord Italia (Trentino oltre il 30% vs Campania e Calabria al 3% o meno), ma, anche indipendentemente dalla eterogeneità geografica, sono pochi i centri che trattano un numero adeguato di pazienti;

infatti, come testimoniato dall'ultimo censimento del GdS-DP [17], il 37% delle Strutture di Nefrologia ospedaliere non hanno neanche un paziente in DP ed il 22% ha meno di dieci pazienti in DP. Come aspettato, l'utilizzo di DP è inversamente proporzionale alla diffusione dei centri di emodialisi privati accreditati (presenti soprattutto nel Centro-Sud) e direttamente proporzionale alla grandezza dei centri pubblici di nefrologia e dialisi (maggiore esperienza). Questi dati contrastano con l'osservazione che la mortalità è inferiore a quella della HD, differenza attribuibile soprattutto alla maggiore sopravvivenza nel primo anno di dialisi, e che il numero di peritoniti si sia marcatamente ridotto negli anni nonostante la DP sia praticata autonomamente nell'80% dei pazienti.

Va infine considerato che il basso utilizzo di DP in Italia è anche in contrasto con le indicazioni ministeriali:

- I. il Piano Nazionale per la Cronicità (PNC) del Ministero della Salute già nel 2016 raccomandava di mettere in atto tutte le azioni possibili per l'incremento della domiciliarità delle cure al fine di migliorare la qualità di vita dei pazienti fragili e ridurre i costi associati alla gestione delle malattie croniche; il PNC identificava cinque profili di pazienti uremici di cui solo uno, quello clinicamente più impegnativo, era da trattare con emodialisi ospedaliera, mentre per gli altri si raccomandava un trattamento domiciliare e, quindi, la DP
- II. il PNRR/M6-Salute 2023, riprendendo il PNC 2016, raccomanda di aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare "casa come primo luogo di cura".

I dati italiani non sono sostanzialmente diversi dalla media della realtà europea (Figura 1) [18]. Come già menzionato, in Italia il 10% dei pazienti dializzati è in DP; in Europa la percentuale di utilizzo è in media inferiore (7,3%), ma si deve considerare che molti paesi in cui la DP è utilizzata meno che in Italia sono quelli che trapiantano di più. Tra questi, vi sono paesi virtuosi, come Spagna, Olanda, Finlandia, Danimarca e Svezia che hanno percentuali di utilizzo anche doppie rispetto all'Italia sia della DP sia di trapianto renale. Se guardiamo fuori dall'Europa, i numeri della DP possono crescere ulteriormente: US: 12%, UK: 16%, Canada: 22%, Mexico: 63%, Hong Kong: 73%.

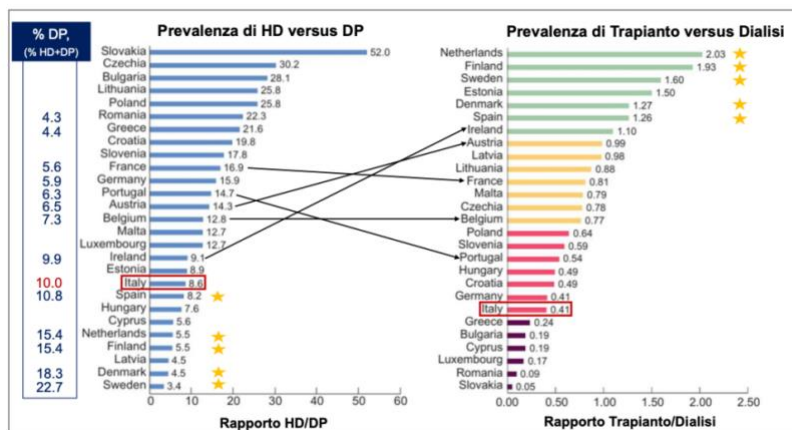


Figura 1. Modalità prevalente di terapia sostitutiva nel 2023 in Europa (le stelle gialle indicano i paesi con la maggiore prevalenza di trattamento sostitutivo domiciliare, DP o Trapianto, rispetto alla HD in centro).

## Le iniziative della SIN sulla DP

Durante gli Stati Generali della DP, oltre a descrivere lo Stato dell'arte, sono state anche rappresentate le diverse iniziative della SIN, tutte iniziate e svolte in parallelo, per ampliare l'implementazione di questa metodica dialitica in Italia.

- I. **SIN: Audit e formazione.** È attualmente in corso una ricognizione, attraverso le sezioni regionali della SIN, finalizzata (a) alla identificazione ed alla analisi delle problematiche delle Unità Ospedaliere di Nefrologia con un numero di pazienti in DP <5, e (b) alla individuazione di centri HUB regionali che si rendano disponibili al supporto delle prime. Successivamente alla analisi dei dati, la SIN organizzerà un percorso formativo per l'avvio di un ambulatorio di DP: stages teorici con "esperti peritonealisti", cui seguirà un periodo di frequenza in centro HUB, su scelta del paziente e aspetti comunicativi, inserimento del catetere peritoneale, prescrizione dialitica, complicanze, ed uso della telemedicina.
- II. **AGENAS: Linea di indirizzo.** La delibera n.ro 8 del Direttore Generale di AGENAS del 13 marzo 2026, preso atto che la Dialisi Peritoneale risulta essere l'intervento di prima linea più efficace e meno costoso rispetto all'emodialisi ospedaliera (in termini di QALY e costo-utilità), ha istituito un gruppo di lavoro multidisciplinare finalizzato all'elaborazione di un documento di indirizzo sulla DP contenente indicazioni sul percorso domiciliare per pazienti con malattia renale cronica. Questo atto formalizza una interlocuzione tra SIN e AGENAS già iniziata a gennaio di quest'anno. Il Gruppo di Lavoro sta predisponendo un documento di indirizzo con raccomandazioni condivise e regole di condotta al fine di garantire la massima tutela della salute dei pazienti, l'appropriatezza clinica, la sostenibilità economica e l'equità nell'accesso alle cure. Il documento costituirà la Linea Guida nazionale sulla DP e sarà trasmesso dalla Conferenza Stato-Regioni agli Assessorati alla Salute delle 20 regioni Italiane.
- III. **MINSAL: Programmazione economica.** La SIN da diversi mesi sta affrontando con il Dipartimento della Programmazione del Ministero della Salute la valutazione degli aspetti economici relativi alla DP. Tale valutazione deve considerare separatamente i due centri di costo coinvolti, ossia Regioni e Aziende Ospedaliere.
  - Il punto di vista delle Regioni: I Servizi Sanitari Regionali risparmiano con la DP per due motivi: (A) nel caso della DP, non sono necessarie le spese relative ai trasporti dei pazienti dal domicilio al centro di emodialisi e viceversa che ammontano in media a 141,32 €/paziente/settimana, (B) come aspettato per la domiciliarità del trattamento, il costo del personale sanitario è più che dimezzato in DP (79,19 €/paziente/settimana) versus dialisi in centro (171,26 €/paziente/settimana) [8]; infatti, per la parte infermieristica, l'organico necessario per la dialisi ospedaliera è pari ad 1 infermiere per 3-4 pazienti, laddove l'organico necessario per la DP è significativamente inferiore con soli 2 infermieri sino a 20 pazienti, 3 infermieri da 21 a 35 pazienti, e 4 infermieri da 36 a 50 pazienti. Analogamente, mentre per HD è previsto 1 medico per 14-16 pazienti, in DP è previsto un rapporto di 1:40. In realtà, si deve sottolineare che la differenza di costi è verosimilmente maggiore se si considera che circa il 30% dei pazienti in DP sono oggi trattati per diversi mesi con basse dosi di DP (uno o due trattamenti al giorno invece dei canonici quattro), grazie al mantenimento della funzione renale residua per maggior tempo rispetto alla HD.
  - Il punto di vista delle Aziende Ospedaliere (AO): La valutazione economica cambia dal punto di vista delle AO in quanto le tecniche emodialitiche ospedaliere, HD ed emodiafiltrazione (HDF), risultano essere economicamente più vantaggiose per i Direttori Generali rispetto alla DP, sia per la peritoneale manuale (CAPD) sia e soprattutto per l'automatica notturna (APD), con un margine di ricavi che è da 17 a 6 volte superiore per la dialisi extracorporea versus la peritoneale (Tabella 2, fonte ALTEMS).  
Pertanto, la dialisi extracorporea in centro risulta avere un profilo economico più vantaggioso per i Direttori Generali in quanto le tariffe di rimborso sono più alte

rispetto alla DP (nonostante i costi diretti – materiale – siano più bassi a causa del maggiore volume di prestazioni). Inoltre, la maggioranza delle Direzioni Generali delle AO nel nostro Paese valutano la performance delle UUOO di Nefrologia e Dialisi essenzialmente sul numero delle sedute emodialitiche effettuate nell'anno (maggiore il numero, migliore la performance).

	HD	HDF	APD	CAPD
<b>Rimborso terapia settimanale (tariffa)</b>	545,20 €	636,54 €	450,80 €	363,88 €
<b>Costo materiale settimanale</b>	97,10 €	107,60 €	420,00 €	294,00 €
<b>Calcolo margine per paziente/settimana (Rimborso – Costi)</b>	<b>448,10 €</b>	<b>528,95 €</b>	<b>30,80 €</b>	<b>69,88 €</b>

**Tabella 2. Calcolo ricavi per paziente/settimana.**

In tale contesto, la SIN ha proposto tre interventi non mutualmente esclusivi:

- Le tariffe di rimborso della DP potrebbero essere aumentate in modo che il profilo economico delle due metodiche risulti comparabile (pari attrattività “economica” per le Aziende Ospedaliere)
- Introduzione di uno specifico indicatore per l'assistenza dialitica nel Nuovo Sistema di Garanzia (% pazienti in DP sul totale dei dializzati) con revisione dei criteri di performance delle UUOO di Nefrologia e Dialisi
- Istituzione di un fondo nazionale per erogare un incentivo economico da destinare al caregiver di pazienti in DP.

Il conseguente maggiore utilizzo di DP versus HD e HDF avrebbe una ricaduta favorevole non solo sui pazienti ma anche sui bilanci delle Regioni a causa della minore spesa dedicata ai trasporti dei dializzati. Inoltre, la minore necessità di personale sanitario destinato alla terapia dialitica consentirebbe di dedicare una maggiore forza lavoro alle attività dei reparti, DH e ambulatori di Nefrologia (già ora in grave sofferenza) favorendo l'assistenza volta alla prevenzione secondaria della malattia renale cronica ed al trapianto renale, ulteriori obiettivi primari della Nefrologia moderna.

## Conclusioni

L'impegno della SIN sulla domiciliarità delle cure (DP in primis, ma anche trapianto da vivente, e in futuro HD domiciliare) è di pari intensità e va in parallelo con gli sforzi messi in campo sulla prevenzione secondaria della Malattia Renale Cronica (*Disegno di Legge sullo screening, accordo con la Società Italiana di Medicina Generale-SIMG per l'istituzione di percorsi formativi sulle nefropatie croniche-Progetto PREMIO, audit nazionale sulla gestione dei pazienti nefropatici in fase non dialitica-Progetto RENEW*). D'altra parte, prevenzione e domiciliarità, oltre ad essere i due pilastri fondamentali della Medicina moderna (*e del PNRR-M6 Italiano*), devono andare di pari passo perché per proporre cure domiciliari ai pazienti arrivati alla fase dialitica è essenziale che il rapporto con il nefrologo curante sia consolidato e questo obiettivo non può che realizzarsi se non con un riferimento precoce funzionale ad un percorso di prevenzione della progressione della nefropatia cronica.

Gli Stati Generali della Dialisi Peritoneale sono stati l'occasione giusta per far conoscere il nuovo “Patient Journey” in Nefrologia ai diversi stakeholder: Politica, Istituzioni Sanitarie ma soprattutto ai pazienti ed ai comuni cittadini. Noi Nefrologi dobbiamo essere gli attori principali di questo cambiamento, ricordando che solo dal nostro impegno quotidiano possiamo far nascere la nuova Nefrologia italiana.

## BIBLIOGRAFIA

---

1. Torra R. Kidney health matters: a global imperative for public health. *Nephrol Dial Transplant* 2024;39:1371–4.
2. Eleanor F Cox et al. Effect of haemodialysis on the brain and heart assessed using multiparametric MRI. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 2025.
3. Yang Y, Chen HH, Quinn RR, et al. Predictive models on patients' eligibility for peritoneal dialysis. *Perit Dial Int.* 2025.
4. Prieto-Velasco M, Quiros P, Remon C. The Concordance between Patients' Renal Replacement Therapy Choice and Definitive Modality. *PLoS One.* 2015.
5. Finderup J, Jensen JKD, Lomborg K. Developing and pilot testing a shared decision-making intervention for dialysis choice. *J Ren Care.* 2018.
6. El Shamy O, Muller T, Tokita J, et al. Home Dialysis: A Majority Chooses It, a Minority Gets It. *Blood Purif.* 2021.
7. Shukla AM, Bozorgmehri S, Ruchi R, et al. Utilization of CMS pre-ESRD Kidney Disease Education services. *Perit Dial Int.* 2021.
8. Cancarini G, et al. Governo clinico in nefrologia. *G Ital Nefrol.* 2024.
9. Teitelbaum I. Peritoneal Dialysis. *N Engl J Med.* 2021.
10. Ngamvichchukorn T, et al. Association Between Pretransplant Dialysis Modality and Kidney Transplant Outcomes. *JAMA Netw Open.* 2022.
11. Saleem S, et al. Environmental Impacts of Kidney Replacement Therapies. *Am J Kidney Dis.* 2025.
12. Arbia G, et al. Valutazione HTA dialisi peritoneale vs emodialisi. *G Ital Nefrol.* 2025.
13. Iadarola GM, et al. Cost of home dialysis vs in-center hemodialysis. *Front Med.* 2024.
14. Chionh CY, et al. Peritoneal dialysis in heart failure. *Perit Dial Int.* 2020.
15. Romeo M, et al. Human Albumin-enriched Peritoneal Dialysis. *J Clin Transl Hepatol.* 2025.
16. Report RIDT 2023.
17. Neri L, et al. Peritoneal Dialysis in Italy: GPDP-SIN Census 2024. *G Ital Nefrol.* 2025.
18. Ortiz A, Kramer A, Stel VS. Over 500,000 people on kidney replacement therapy in the EU. *Nephrol Dial Transplant.* 2026.