

Dialisi peritoneale: perché il futuro della nefrologia passa da casa

Editoriali

Laura Cosmai¹, Loris Neri²

1 Editor-in-Chief del Giornale Italiano di Nefrologia. Responsabile UOS Dialisi FBF, ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano

2 Director, Nephrology and Dialysis FF SC, Ospedale "Michele e Pietro Ferrero", Verduno



Laura Cosmai

Corrispondenza a:

Laura Cosmai,
E-mail: lacos@iol.it

Nel momento storico che la nefrologia sta attraversando, non è più rimandabile una riflessione profonda sui modelli assistenziali che abbiamo costruito negli ultimi decenni. I cambiamenti demografici, l'invecchiamento della popolazione, l'aumento della complessità clinica dei pazienti e le crescenti difficoltà dei sistemi sanitari impongono una revisione critica delle nostre scelte. In questo contesto, la dialisi peritoneale (DP) rappresenta una risposta disponibile ma ancora largamente sottoutilizzata.

Nell'articolo pubblicato su questo numero sugli Stati Generali della Dialisi Peritoneale, il Presidente della SIN, Prof. Luca De Nicola, porta all'attenzione della comunità scientifica e delle istituzioni un paradosso che non possiamo più ignorare: disponiamo di una metodica efficace, sicura, sostenibile e apprezzata dai pazienti che tuttavia continua a essere sottoutilizzata.

Gli "Stati Generali della Dialisi Peritoneale" hanno rappresentato un momento di sintesi e, al tempo stesso, un punto di partenza. Per la prima volta, tutti gli attori coinvolti – clinici, istituzioni, decisori politici e associazioni dei pazienti – si sono confrontati con l'obiettivo condiviso di ripensare il ruolo della DP all'interno del Servizio Sanitario Nazionale. Ne è emersa con chiarezza la necessità di un cambio di paradigma: dalla centralità dell'ospedale alla centralità del paziente e del suo domicilio.

La DP non è semplicemente un'alternativa tecnica all'emodialisi, ma una scelta culturale e organizzativa. È una terapia che restituisce al paziente autonomia, che si adatta ai suoi tempi di vita, che riduce l'impatto della malattia sulla quotidianità. È, soprattutto, una terapia che meglio si presta alla gestione del paziente fragile, sempre più rappresentato nelle nostre unità operative.

Le evidenze oggi disponibili, anche in termini di Health Technology Assessment, sono difficilmente confutabili: la DP garantisce un miglior rapporto costo-efficacia e consente un utilizzo più razionale delle risorse. In un sistema sanitario sotto pressione, questo dovrebbe bastare a orientare le scelte. Eppure, così non è. Le ragioni di questa discrepanza sono molteplici e ben note: carenze formative, disomogeneità territoriale, resistenze culturali, ma soprattutto un sistema di incentivi economici che, nei fatti, favorisce altre modalità di trattamento. È proprio su questo punto che dobbiamo avere il coraggio di intervenire. Non possiamo pensare di cambiare la pratica clinica senza modificare il contesto organizzativo ed economico in cui essa si inserisce.

Le proposte avanzate – dalla revisione delle tariffe all'introduzione di nuovi indicatori di performance, fino al supporto ai caregiver – vanno in questa direzione. Non si tratta di misure isolate, ma di un insieme coerente di azioni volte a riallineare gli interessi dei diversi livelli del

sistema sanitario. Nessuna riforma potrà avere successo senza un cambiamento culturale all'interno della nostra comunità. Noi nefrologi dobbiamo tornare a essere protagonisti del percorso di cura del paziente, sin dalle fasi precoci della malattia renale cronica. Solo costruendo un rapporto solido e continuativo potremo proporre in modo credibile e condiviso percorsi di cura domiciliari quando la malattia evolve verso la fase terminale.

La domiciliarità non può essere una scelta tardiva o residuale: deve diventare parte integrante del "patient journey". In questo senso, prevenzione e trattamento domiciliare non sono strategie alternative, ma complementari.

La direzione è chiara: una nefrologia più vicina al paziente, più sostenibile, più integrata con il territorio. La sfida ora è tradurre le evidenze e le proposte in azioni concrete, superando inerzie e resistenze. Se colta pienamente, questa opportunità potrebbe non solo migliorare gli esiti clinici e la qualità di vita dei pazienti, ma anche contribuire in modo sostanziale alla sostenibilità del sistema sanitario.

Ora la responsabilità è collettiva. Sta a noi, come comunità scientifica, trasformare le evidenze in pratica clinica e le intenzioni in cambiamento reale.