

# Terapia dialitica

## Non esiste solo l'emodialisi

La dialisi peritoneale rappresenta oggi il trattamento dialitico ideale per i pazienti uremici.

Si tratta della prima e principale metodica di dialisi domiciliare, e i vantaggi, clinici, organizzativi e di qualità di vita, sono ormai provati. Il Mmg ha un ruolo fondamentale: spiegare al paziente che non esiste solo l'emodialisi per la terapia dialitica dell'uremia e che è suo diritto chiedere al nefrologo spiegazioni dettagliate sulla opzione domiciliare

**Luca De Nicola**

*Nefrologia-Università Vanvitelli in Napoli - Presidente Società Italiana di Nefrologia (Sin)*

Il Piano Nazionale della Cronicità del 15 settembre 2016 raccomandava di *"mettere in atto tutte le azioni possibili atte all'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"*. Questo obiettivo è oggi ancora più attuale alla luce delle finalità del Pnrr/M6-Salute 2023 che raccomanda di *"aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, almeno il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni"*.

### Dialisi a domicilio

In questo nuovo contesto *"casa come primo luogo di cura"*, la Dialisi peritoneale (Dp) oggi rappresenta il trattamento dialitico ideale per i pazienti uremici. La Dp è la prima e principale metodica di dialisi domiciliare, in quanto trattamento ospedaliero erogato a domicilio del paziente ed effettuato dal paziente stesso in autonomia (80%) o con l'assistenza di un *caregiver* (20%), in genere un familiare<sup>1</sup>. È una terapia sostitutiva renale intracorporea

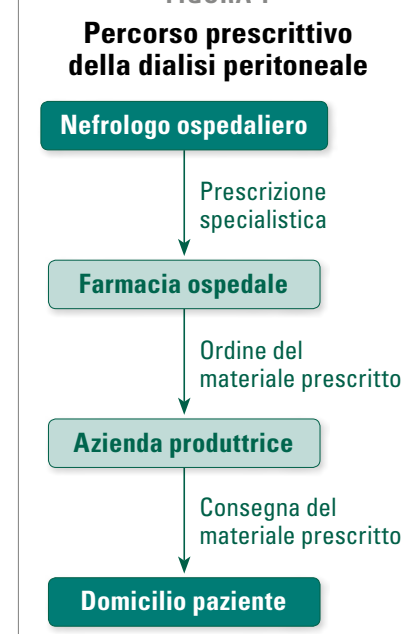
che sfrutta il peritoneo come "filtro" e prevede l'impiego di sacche di dialisato che il paziente si auto-somministra in cavità peritoneale, mediante un catetere permanente inserito chirurgicamente in *open* o tramite laparoscopia. Il liquido di dialisi viene sostituito durante la giornata secondo schemi terapeutici prestabiliti dallo specialista nefrologo, sulla base delle necessità individuali del paziente.

Esistono due tipologie di trattamento:

- La **metodica manuale** che necessita di un numero variabile di scambi che va da 1 a 4 al giorno. Il numero di scambi è deciso sulla base della funzione renale residua e della presenza di complicanze e sintomi dell'uremia. Lo stazionamento del liquido di dialisi nel cavo peritoneale dura da 4-5 ore (soluzione glucosata) ad oltre 12 ore (icodestrina), a seconda del tipo di soluzione impiegata e della permeabilità di membrana del paziente.
- La **Dialisi peritoneale automatizzata (Apd)** si serve di una macchina (*cycler*) che secondo uno schema prestabilito consente in automatico un numero variabile di scambi durante un periodo di 7-9

ore. L'Apd viene eseguita normalmente durante il riposo notturno. Nella modalità incrementale, o integrata con la terapia medica della Malattia renale cronica (Mrc), il paziente è trattato con 4-5 sessioni Apd a settimana. Oggi per questa modalità è previsto il monitoraggio da remoto (telemedicina) che consente al nefrologo di valutare quotidianamente l'andamento degli

FIGURA 1



scambi e di modificare il programma di trattamento.

Il percorso prescrittivo della Dp è semplice e lineare in quasi tutte le Regioni italiane (*figura 1*); unica eccezione, infatti, è la sola Regione Campania, che prevede due ulteriori passaggi (medico di medicina generale e Distretto) ma proprio di recente è stato presentato un Pdta-Dp per uniformarla al resto di Italia. Il modello nazionale prevede l'impiego della ricetta dematerializzata compilata dal nefrologo ed inviata direttamente alla farmacia del proprio presidio ospedaliero. La farmacia ospedaliera provvede all'ordine via mail alle ditte fornitrici del materiale necessario (sacche, macchine, kits...) che viene recapitato direttamente dalle ditte al domicilio del paziente.

### Per chi è la dialisi peritoneale

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<sup>2</sup>. Inoltre, più del 50% dei pazienti è propenso a scegliere la Dp piuttosto che l'emodialisi (Hd) per la migliore qualità di vita<sup>3</sup>. Si deve infine considerare che il paziente emodializzato deve "inseguire" un centro dove poter essere trattato sia nel luogo di residenza sia durante i viaggi, mentre la Dp è un **"trattamento che segue il paziente"** con la possibilità di ricevere il materiale necessario in tutto il mondo. Inoltre, per la Dp, a differenza della emodialisi, esiste la completa autogestione da parte del paziente della scelta degli orari di trattamento.

Dieci sono le caratteristiche vantaggiose che dovrebbero fare scegliere la Dp rispetto alla Hd quale prima terapia dialitica (*tabella 1*)<sup>1,4,5</sup>.

A questi vantaggi clinico-organizzativi va aggiunto il notevole rispar-

**TABELLA 1**

**Principali vantaggi clinico-organizzativi della dialisi peritoneale versus emodialisi**

<b>1</b>	Minore mortalità nel primo anno, 12 vs 17%, che diventa simile negli anni successivi
<b>2</b>	Mantenimento per maggior tempo di diuresi e funzione renale residua
<b>3</b>	Terapia elettiva nelle strutture residenziali (Rsa) per semplicità di organizzazione
<b>4</b>	Minore rischio infettivo in quanto trattamento domiciliare
<b>5</b>	Minore rischio ischemico su cuore, cervello e reni per minore stress emodinamico
<b>6</b>	Monitoraggio da remoto già ampiamente disponibile e testato (telemedicina)
<b>7</b>	Miglioramento della metodica con riduzione marcata degli eventi avversi (peritoniti)
<b>8</b>	Ideale per il trapianto (tempi in lista di attesa minori e maggiore sopravvivenza)
<b>9</b>	Minor impatto ecologico (minor consumo di acqua ed energia, minor inquinamento)
<b>10</b>	Migliore qualità di vita (si effettua al proprio domicilio)

mio di costi sanitari. La recente analisi di *Health Technology Assessment* della Università Cattolica di Roma che ha paragonato la Dp con l'emodialisi, oltre a dimostrare una pari efficacia ed una migliore qualità di vita dei pazienti, ha chiaramente evidenziato un risparmio per il Ssn: il costo annuale per paziente per la Dp è pari a 24.142,71 euro, ossia del 43% inferiore rispetto all'emodialisi (euro 42.231,55)<sup>6</sup>. Pertanto, oggi la Dp deve considerarsi "dominante", ossia trattamento dialitico di prima linea.

La **Società Italiana di Nefrologia** ha pertanto intrapreso un percorso con Agenas: elaborazione di una li-

nea di indirizzo, da inviare a tutte le Regioni Italiane, per raddoppiare entro cinque anni la percentuale dei pazienti trattati in peritoneale, dal 9.5% al 20%. Su questa linea, il 12/3/2026, in occasione della Giornata Mondiale del Rene, si è tenuto a Roma l'evento "Stati Generali della Dialisi Peritoneale" che ha visto la partecipazione di tutti gli stakeholder clinici e istituzionali. Il medico di medicina generale ha un ruolo fondamentale: spiegare al paziente che NON esiste solo l'emodialisi per la terapia dialitica dell'uremia e che è suo diritto chiedere al nefrologo spiegazioni dettagliate sulla opzione "Dp".

### BIBLIOGRAFIA

1. Teitelbaum I. Peritoneal Dialysis. *N Engl J Med* 2021; 385: 1786-95.
2. Yang Y et al. Predictive models on patients' eligibility for peritoneal dialysis. *Perit Dial Int* 2025. doi: 10.1177/08968608251317463.
3. El Shamy O et al. Home Dialysis: A Majority Chooses It, a Minority Gets It. *Blood Purif* 2021; 50: 818-22.
4. Saleem S et al. Environmental Impacts of Kidney Replacement Therapies: A Comparative Lifecycle Assessment. *Am J Kidney Dis* 2025; S0272-6386(25)01068-6. doi: 10.1053/j.ajkd.2025.08.010.
5. Cox EF, et al. Effect of haemodialysis on the brain and heart assessed using multiparametric MRI. *Nephrol Dial Transplant* 2025; 40: 2338-48.
6. Arbia G, et al. HTA Assessment of Clinical-care Pathways: Peritoneal Dialysis Vs Hemodialysis - Content Summary. *G Ital Nefrol* 2025; 42: 2025. doi: 10.69097/42-05-2025-04.