

Comunicare la malattia renale cronica in medicina generale

La malattia renale cronica (MRC) rappresenta una sfida crescente per la salute pubblica. Il Mmg ha un ruolo cruciale nella sua prevenzione e gestione, ma è fondamentale una comunicazione chiara e personalizzata per migliorare l'aderenza dei pazienti alle terapie

Giuseppe Leonardi

Coordinatore Canale Instagram Società Italiana di Nefrologia “@sinefrologia” & “Sin Young Resident”; Divulgatore online @ilrenologo

La malattia renale cronica è spesso definita “killer silenzioso” poiché, diversamente da tante altre patologie che sin dalle fasi precoci danno segni e sintomi evidenti, è in grado rimanere “pericolosamente quiescente” sino agli stadi avanzati, conferendo agli screening ed al monitoraggio laboratoristico una valenza sempre più importante. Secondo i dati dell'OMS, circa il 10% della popolazione mondiale ne è affetto (tabella 1).

Come riportato dal Presidente della Società Italiana di Nefrologia Prof. Luca De Nicola all'ultimo congresso nazionale, lo scenario che si sta delineando nei prossimi anni per la diffusione della MRC è quello di una vera e

propria epidemia, complici i principali fattori di rischio (ipertensione arteriosa e diabete) che sempre più son diffusi nei paesi occidentali (tabella 2).

Capita di porre diagnosi di una patologia renale in un soggetto sino ad allora asintomatico; la frase che spesso viene riferita negli ambulatori nefrologici è “Dottore, ma io non avverto dolore ai reni” come se la sintomatologia dolorosa fosse l'unica vera manifestazione di una malattia renale (quando compare invece, quasi sempre si tratta di calcolosi renale ed il dolore acuto è il *primum movens* che conduce celermente il paziente dal medico).

D'altro canto anche la cosiddetta *poliuria isostenotica* e l'iperfiltrazione

glomerulare creano un importante effetto confondente, che si esplica nella tipica frase “Dottore, ma io urino! Faccio tanta pipì, soprattutto la notte” imponendo al professionista sanitario la spiegazione chiara di come l'insufficienza renale non si associ necessariamente e nelle fasi iniziali ad una contrazione della diuresi.

In questo contesto il ruolo del Mmg è pertanto dirimente. Seppur “ingolfato” dalle numerose incombenze burocratiche che attanagliano la professione, il medico curante può sensibilizzare alla prevenzione e alla cura delle patologie renali con alcuni piccoli e semplici accorgimenti.

In un contesto in cui il paziente è diventato un “paziente 2.0” che attinge a varie fonti informatiche (il Dr. Google ha ceduto ormai il campo ai social e ai reel, ma anche all'intelligenza artificiale) occorre adottare strategie di comunicazione efficaci

TABELLA 1

Malattia Renale Cronica in numeri

10%	Prevalenza nella popolazione adulta
12a	Causa di morte nel 2017
5a	Causa di morte nel 2040 (previsione)
52.830 euro	Costo annuo per paziente in emodialisi per il Servizio Sanitario Nazionale
38.800 euro	Costo annuo per paziente in dialisi peritoneale per il Servizio Sanitario nazionale
2.5 miliardi euro all'anno	Totale costi diretti dei trattamenti dialitici per il Servizio Sanitario Nazionale
41,5%	Aumento globale della mortalità dal 1990 ad oggi

Fonte: Kovesdy CP, et al, 2022

TABELLA 2

Fattori di rischio per lo sviluppo della Malattia Renale Cronica

- Ipertensione arteriosa
- Diabete
- Fumo
- Obesità
- Età Avanzata

per poter rendere più sinergica la comunicazione medico-paziente. Vediamo alcuni esempi.

L'ipertensione arteriosa

Com'è noto, è sia una causa che una conseguenza del danno renale. Inoltre, è strettamente correlata a complicanze cardiovascolari (CV), che rappresentano la principale causa di mortalità nei pazienti con insufficienza renale cronica.

Per ottenere un controllo efficace della pressione arteriosa, è necessario adottare un approccio integrato, che includa modifiche dello stile di vita e della dieta e se necessario una terapia farmacologica adeguata. I pazienti devono comprendere che i farmaci antipertensivi, come gli ACE-inibitori o i bloccanti del recettore dell'angiotensina II (ARB), offrono una protezione doppia: riducono la pressione arteriosa e proteggono i reni limitando il danno glomerulare. Una efficace comunicazione medico-paziente pone altresì l'accento sull'importanza dell'assunzione regolare dei farmaci, anche quando la pressione sembra sotto controllo, perché il beneficio principale è preventivo.

Il monitoraggio domiciliare della pressione arteriosa può essere un valido strumento per coinvolgere il paziente nella gestione della propria salute. Per garantire misurazioni corrette, è utile fornire istruzioni pratiche, come effettuare la rilevazione in un momento di riposo e sempre alla stessa ora del giorno.

I sistemi *wearable* integrati con smartphone nel prossimo futuro costituiranno una importante fonte di rilevazioni parametriche a disposizione del medico curante.

Motivare il paziente mostrando i benefici tangibili di un buon controllo pressorio può aumentare l'aderenza alle raccomandazioni. Parimenti, può essere utile spiegare che una pressione arteriosa ben controllata non solo

TABELLA 3
Indicazioni pratiche su come identificare e ridurre il consumo di sodio

Ridurre l'uso del sale da cucina	Suggerire di cucinare con meno sale (max 5 grammi/die)
Controllare le etichette degli alimenti	Insegnare a leggere le informazioni nutrizionali, privilegiando prodotti con meno di 120 mg di sodio per 100 grammi
Evitare i cibi ad alto contenuto di sodio	Consigliare di limitare alimenti come insaccati, formaggi stagionati, cibi in scatola, snack salati e cibi precotti
Preparare i pasti in casa	Incoraggiare il paziente a cucinare di più, evitando i pasti da asporto e i ristoranti, dove spesso il sodio è abbondante

rallenta la progressione della malattia renale, ma riduce anche il rischio di ictus, infarto e altre complicanze, aiutando il paziente a comprendere il valore del proprio impegno.

La dieta iposodica

L'eccesso di sodio nella dieta non solo peggiora il controllo della pressione arteriosa, ma aumenta anche la progressione del danno renale e il rischio di complicanze CV (*tabella 3*). La maggior parte dei pazienti supera la quantità giornaliera consigliata (5 g al giorno) senza rendersene conto, soprattutto a causa del sodio nascosto nei cibi confezionati, nei prodotti trasformati e nei pasti pronti.

Anche la personalizzazione è cruciale. Ogni paziente ha abitudini alimentari diverse e il piano dietetico deve tenerne conto. Collaborare con un dietista può essere utile per creare un programma nutrizionale che sia non solo efficace, ma anche pratico e sostenibile nel lungo termine.

Ruolo dell'attività fisica

L'attività fisica contribuisce a controllare la pressione arteriosa, aiuta a migliorare il controllo della glicemia, riduce l'infiammazione sistemica e favorisce il mantenimento di un peso corporeo sano.

Risulta funzionale offrire ai pazienti consigli pratici e facilmente realizzabili,

avendo ovviamente posto l'indicazione nei casi in cui non ci siano limitazioni fisiche. Quando si affronta il tema è essenziale utilizzare un linguaggio semplice e positivo, concentrandosi sui benefici che possono ottenere.

Alcuni pazienti potrebbero non sentirsi pronti per un programma di allenamento strutturato. In questi casi, si può suggerire di iniziare con attività leggere, come camminare quotidianamente per 30 min, anche suddividendo il tempo in più sessioni di 10 min. Altre attività semplici, come andare in bicicletta o fare esercizi di stretching a casa, possono essere valide alternative. L'approccio graduale è cruciale, permettendo un incremento progressivo del livello di attività in base alle proprie capacità.

I benefici dell'attività fisica vanno oltre la "protezione renale". Molti pazienti riferiscono di sentirsi meno stanchi, di dormire meglio e di avere più energia nel corso della giornata. Questi miglioramenti, se comunicati in anticipo, possono motivare il paziente a iniziare e mantenere un programma di esercizio fisico. È utile coinvolgere il paziente nella scelta delle attività, garantendo che siano piacevoli e compatibili con il suo stile di vita.

Importanza del follow-up cadenzato

Altro punto cardine per implementare l'*empowerment* del paziente con

MRC è la cadenza periodica dei controlli in rapporto al grado di insufficienza renale. Giova ricordare come l'inquadramento della malattia renale cronica richieda dei semplici esami a basso costo: il dosaggio della creatinina ematica e l'esecuzione di esami delle urine "spot" su cui eseguire il cosiddetto dosaggio UACR (rapporto albuminuria/creatinuria) e l'analisi chimico fisica. Al paziente è necessario comunicare chiaramente che non è il singolo valore ma l'andamento dei valori nel tempo a definire la cadenza periodica dei controlli.

Questo aspetto è fondamentale: anche se il paziente ha infatti dei valori nella norma ma ha importanti fattori di rischio è opportuno procedere alla definizione della cadenza del follow-up. Ciò assume una valenza ancora più importante grazie alla disponibilità di farmaci in grado di rallentare la progressione della malattia renale (inibitori del RAS, gliflozine, antagonisti del recettore dei mineralcorticoidi non steroidei) se questa viene individuata precocemente e non in stadio avanzato.

Il filtrato glomerulare

Una strategia pratica per implementare la comunicazione potrebbe essere quella di paragonare il valore di filtrazione glomerulare come una percentuale rappresentativa del funzionamento dei reni.

Un valore di 50 ml/min potremmo paragonarlo a dei reni che funzionano a metà e che pertanto inquadrano in uno stadio 3 A. Fatta salva la premessa che "indietro non si torna" e quindi, a meno di una risoluzione di un danno renale acuto, il quadro cronico non consentirà di aumentare questa percentuale, l'interlocazione tra Mmg e nefrologo servirà a non far abbassare ulteriormente questo valore o almeno a rallentarne l'abbassamento nel tempo (avendo ben presente che superati i 50 anni, si perde

"fisiologicamente" circa 1 ml/min anno, in assenza di fattori di rischio che possono accelerare questa perdita).

Insufficienza renale non vuol dire dialisi

Nella lettura degli esami nell'ambulatorio di medicina generale e dinanzi a valori di eGFR "distanti" da una compromissione funzionale grave è auspicabile evitare l'associazione matematica tra insufficienza renale e dialisi, poiché questa associazione spesso incute (ingiustamente) timore al paziente che molte volte ha un filtrato compatibile con l'età e con l'invecchiamento del rene.

La visita in tale contesto inizia con un "Dottore, ma quindi devo iniziare la dialisi?" e termina con "grazie Dottore, mi avete levato un peso" spesso protratto per i diversi giorni intercorsi tra la comunicazione dell'esistenza di un filtrato ridotto ed una visita nefrologica.

Comparsa di proteinuria

Nell'ambito del trattamento delle patologie renali, occorre spesso dover spiegare al paziente come un ulteriore segnale della malattia renale sia rappresentato dalla comparsa di proteinuria, franca manifestazione di un danno del glomerulo renale.

La proteinuria va inquadrata, ricercando l'eventuale presenza di segni di sindrome nefrosica o nefritica di una glomerulonefrite pur potendosi associare alle già citate nefropatie diabetiche ed ipertensive.

In tale contesto, sin dagli anni di medicina ho sempre trovato efficace l'immagine riportata dal Prof. Gesualdo nel corso delle lezioni, paragonando il glomerulo renale ad una sorta di *scolapasta*.

In condizioni normali il glomerulo-scolapasta lascia passare attraverso i suoi fori l'acqua di cottura assieme a ciò che ha dimensioni inferiori al foro (ad es. creatinina ed elettroliti)

e trattiene la "pasta grossa" (proteine, eritrociti, leucociti, piastrine).

Quando si realizza un danno alla barriera di ultrafiltrazione (come nel caso di una glomerulonefrite) lo "scolapasta" viene danneggiato, i fori sono allargati e si perde l'acqua di cottura assieme a pasta piccola e grande. Ne consegue che si perde "l'acqua con tutta la pasta" e questo corrisponde ad un riscontro di proteinuria nelle urine.

Conclusioni

Il Mmg è fondamentale nella prevenzione e gestione della malattia renale cronica. Una comunicazione chiara e personalizzata, con esempi pratici e linguaggio accessibile, aiuta a ridurre ansie immotivate, favorendo l'aderenza dei pazienti alle terapie farmacologiche, ma anche a regimi alimentari adeguati e stili di vita sani. Spiegare concetti complessi, come il filtrato glomerulare e l'importanza del follow-up in modo intuitivo migliora la comprensione e il coinvolgimento del paziente, rafforzando il rapporto di fiducia e promuovendo un approccio proattivo alla cura.

La rete "hub&spoke" con il nefrologo specialista è il punto cardine per contrastare in modo sinergico la sempre più diffusa incidenza di nefropatie.

BIBLIOGRAFIA

- De Nicola L, et al. Epidemiologia della malattia renale cronica in Italia: stato dell'arte e contributo dello studio CARHES. *G Ital Nefrol* 2011; 28: 401-7.
- Kovesdy CP, et al. Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. *Kidney Int Suppl* 2022; 12: 7-11.
- National Center for Health Statistics NCHS Research Ethics Review Board (ERB) Approval 2017
- Ritz E. Hypertension and kidney disease. *Clin Nephrol* 2010; 74 Suppl 1:S39-43
- Yoon CY, et al. High and low sodium intakes are associated with incident chronic kidney disease in patients with normal renal function and hypertension. *Kidney Int* 2018; 93: 921-31. doi: 10.1016/j.kint.2017.09.016.
- Vallianou NG, et al. Chronic Kidney Disease and Cardiovascular Disease: Is there Any Relationship? *Curr Cardiol Rev* 2019; 15: 55-63.