



“I tuoi reni stanno bene? - Proteggi la salute renale con la diagnosi precoce”*

La Giornata Mondiale del Rene 2025 appena celebrata è stata ancora una volta occasione per puntualizzare l'importanza e l'efficacia della prevenzione e della diagnosi precoce della malattia renale. In questo i nefrologi chiedono sempre più l'affiancamento dei Mmg

Carmelita Marcantoni - *Segretario Società Italiana di Nefrologia (SIN)*

Responsabile UOSD di Nefrologia e Dialisi, Ospedale San Marco, AOU Policlinico “G. Rodolico-San Marco”, Catania

Il 13 marzo si è celebrata la Giornata Mondiale del Rene 2025, che è stata occasione di promozione e diffusione della cultura della salute di questi organi fondamentali.

Lo slogan di quest'anno, promosso dalla Società Internazionale di Nefrologia (ISN) e dalla Federazione Internazionale delle Fondazioni Renali (IFKF-WKA), a cui hanno aderito la Società Italiana di Nefrologia (SIN) e la Fondazione Italiana del Rene (FIR), è stato “Come stanno i tuoi reni? Promuovere la diagnosi precoce e la protezione della salute dei reni”, richiamando all'importanza cruciale della diagnosi precoce delle malattie renali, e sottolineando la necessità della consapevolezza dei pazienti nei confronti dei fattori di rischio per la malattia renale e delle misure di prevenzione e protezione che possono salvaguardare da un'evoluzione anche irreversibile della patologia.

Un quadro epidemiologico preoccupante

La malattia renale cronica (MRC) è considerato un problema prioritario di salute pubblica a livello mondiale: il nu-

mero totale di pazienti nel mondo è stimato intorno a 850 milioni, il 95% dei quali con malattia non in fase dialitica¹⁻³, ma potenzialmente evolutiva. Purtroppo la sua prevalenza nella popolazione generale, stimata nel mondo intorno al 10%, è in continua crescita principalmente a causa dell'incremento nei paesi in via di sviluppo, dell'invecchiamento progressivo della popolazione nei paesi industrializzati; dell'aumentata prevalenza nella popolazione generale di condizioni patologiche caratterizzate da un elevato rischio di sviluppare un danno renale (diabete mellito di tipo 2, sindrome metabolica, ipertensione arteriosa, obesità, scompenso cardiaco). La MRC ha un peso rilevante in termini di progressione alla dialisi e al trapianto, di impatto sulla mortalità, morbilità ed ospedalizzazioni, ridotta qualità di vita e alti costi sanitari: i pazienti in dialisi, che rappresentano lo 0.1-0.2% della popolazione generale, nei paesi industrializzati assorbono circa il 5-7% dei budget nazionali dedicati alla sanità⁴.

Oltre al rischio evolutivo verso l'ESRD (End Stage Renal Disease) con necessità di dialisi e/o trapianto, la presenza della MRC ha un impatto molto significativo sul rischio cardiovascolare del paziente e può limitare l'implementazione degli interventi medici nelle malattie cardiologiche, infettive

e oncologiche. La severità della MRC condiziona infatti l'esecuzione di alcuni esami radiologici che prevedono la somministrazione di mdc iodato o gadolinio, l'assunzione di alcuni antibiotici o di farmaci potenzialmente nefrotossici, la scelta di alcune linee di terapia oncologica, ecc.

Secondo i dati dello studio CARHES (Cardiovascular Risk in Renal patients of the Health Examination Survey), primo studio epidemiologico sulla popolazione generale italiana⁵ la prevalenza della MRC è risultata del 7.5% negli uomini e del 6.5% nelle donne, con una distribuzione pari al 60% negli stadi iniziali I e II, rispetto al 40% degli stadi avanzati, da III a V. I fattori di rischio associati allo stato di MRC sono stati individuati nell'età avanzata, l'obesità, l'ipertensione arteriosa, il diabete, la malattia cardiovascolare e il fumo; non sono state riscontrate differenze sostanziali nella prevalenza di MRC tra le tre macro-aree geografiche (Nord, Centro, Sud e Isole).

Il punto sulle politiche sanitarie

Appare quindi chiaro e urgente che sono necessarie politiche sanitarie nazionali di screening e prevenzione della MRC.

In questo senso, un contributo iniziale importante è stato rappresentato dal

*dal claim “Are Your Kidneys OK? - Detect Early, Protect Kidney Health”, Giornata Mondiale del Rene 2025

“Documento di indirizzo per la malattia renale cronica” approvato in Conferenza Stato-Regioni nel 2014, purtroppo recepito da non tutte le Regioni Italiane, ripreso successivamente nel Piano Nazionale sulla Cronicità del 2016, fino ad arrivare all’ultimo documento nazionale in fase di revisione e approvazione, il PPDTA, cioè Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico della MRC, un modello di riferimento che pone particolare attenzione alle attività di carattere preventivo, ai percorsi di diagnosi, cura e gestione della MRC, armonizzandole con le esigenze specifiche delle Regioni e delle Pubbliche Amministrazioni.

In particolare, questo documento focalizza l’attenzione:

- sul ruolo fondamentale svolto dal Medico di Medicina Generale (Mmg) nell’individuare il soggetto a rischio meritevole di screening per la MRC;
- sul potenziamento della rete territoriale per aumentare le capacità di una diagnosi precoce della MRC, attraverso l’ottimizzazione della assistenza nefrologica al paziente con MRC per un precoce inquadramento diagnostico e terapeutico che garantisca la continuità di presa in carico omogenea e condivisa a livello nazionale nell’ottica del miglioramento continuo della qualità delle cure.

Importanza della diagnosi precoce

La Malattia Renale Cronica è definita come “una condizione di ridotta funzione renale rappresentata da un valore di stima della velocità di filtrazione glomerulare (eGFR) <60 ml/min/1.73m² o, indipendentemente dal valore di GFR, di evidenza di danno renale che persiste per più di 3 mesi”. I marker di danno renale, oltre alla riduzione del GFR, sono l’albuminuria, cioè la presenza di albumina nelle urine delle 24 ore ≥ 30 mg o rapporto albuminuria/creatininuria (ACR) ≥ 30 mg/g, valori che corrispondono

ad una proteinuria delle 24 ore ≥ 150 mg ed un rapporto proteinuria/creatininuria (PCR) ≥ 150 mg/g, ma anche la presenza di emazie dismorfiche o cilindri ialini e cellulari al sedimento urinario; alterazioni istologiche del tessuto renale riscontrabili alla biopsia renale; alterazioni della morfologia renale alla diagnostica per immagini¹. A livello internazionale la MRC è universalmente classificata sulla base del filtrato glomerulare stimato (eGFR) e della albuminuria in stadi di crescente gravità, associati a rischio progressivamente più alto di eventi cardiovascolari o di ESRD¹. A stadi di severità crescente corrisponde la necessità di un maggiore coinvolgimento del nefrologo e talora di altri specialisti.

Al di là degli schemi classificativi che nell’organizzazione dei sistemi sanitari sono utili per stratificare il rischio ed efficientare i percorsi diagnostico-terapeutici, il problema maggiore delle malattie renali è la diagnosi eziologica e la precocità della diagnosi per porre in essere quegli interventi terapeutici che aldilà di un certo punto non sono più efficaci (il cosiddetto punto di non ritorno). In una percentuale molto elevata, pari al 30-40% in tutti i registri di patologia nazionali e internazionali, la causa dell’insufficienza renale è sconosciuta e la presa in carico nefrologica del paziente con nefropatia risulta tardiva (pazienti late referral) cosicché gli interventi terapeutici rimangono di tipo conservativo. Bisogna dire che questo momento storico è entusiasmante anche per il trattamento conservativo della funzione renale perché abbiamo a disposizione nuovi farmaci che si sono rivelati efficaci nel rallentamento della progressione delle nefropatie diabetiche e non diabetiche: agli ACE-inibitori (ACE-I) e ai bloccanti recettoriali dell’angiotensina 2 (ARB), che hanno rappresentato la terapia di nefroprotezione degli ultimi venti anni, si sono recentemente affiancati gli inibitori del cotrasportatore

sodio-glucosio tipo 2 (SGLT2i), una classe di farmaci ipoglicemizzanti orali che ha dimostrato un’azione protettiva renale e cardiovascolare.

In ragione di queste evidenze, ACE-I/ARB e SGLT2i rappresentano i farmaci di prima linea suggeriti dalle linee guida internazionali nel trattamento della MRC¹.

La ragione principale per cui le nefropatie rimangono ad eziologia sconosciuta è l’assenza di sintomi evidenti all’esordio.

La presenza di anomalie urinarie (microematuria o proteinuria di grado modesto), incremento della creatinemia, modesto rialzo della pressione arteriosa, alcune modeste alterazioni elettrolitiche, possono decorrere in maniera asintomatica o paucisintomatica e, quando manifeste, la patologia renale può essere evoluta in maniera severa con perdita significativa della funzione renale.

Per questo motivo è necessario che la popolazione generale conosca il ruolo che svolgono i reni nella tutela della salute, che sia consapevole che uno stile di vita sano e attivo possa prevenire o ritardare l’esordio di ne-

FIGURA 1

8 Regole d'oro

Per prevenire le malattie renali

- 1 Mantieniti attivo e in forma
- 2 Controlla periodicamente i livelli di zucchero nel sangue
- 3 Controlla periodicamente la pressione sanguigna
- 4 Segui una dieta sana e bilanciata
- 5 Mantieni un adeguato e regolare apporto di liquidi
- 6 Non fumare
- 7 Assumi farmaci solo sotto stretto controllo medico
- 8 Tieni sotto controllo la funzione renale (azotemia, creatinina, esame urine), soprattutto se sei un soggetto a rischio

TABELLA 1

Collaborazione Mmg e Nefrologo nel percorso di prevenzione e cura della MRC

	Obiettivo assistenziale	Popolazione	Azioni	Responsabili
Prevenzione Primaria				
<i>Universale</i>	Prevenire l'insorgenza della MRC	Popolazione generale	Promozione stile di vita sano; campagne di sensibilizzazione	Soggetti, Mmg, SSN-SSR, associazioni pazienti, società scientifiche
<i>Selettiva</i>	Prevenire l'insorgenza della MRC	Gruppi a rischio (diabete, ipertensione arteriosa, obesità, patologia CV)	Promozione stile di vita sano; adesione ai target terapeutici; controllo pressione arteriosa, glico-metabolico, dislipidemia, peso corporeo, sale	Pazienti, Mmg, cardiologi, diabetologi, internisti, nutrizionisti
Prevenzione Secondaria	Diagnosi precoce e presa in carico del paziente affetto da MRC	Soggetti con riduzione del eGFR o anomalie urinarie o alterato controllo pressorio	Approfondimento diagnostico strumentale. Terapia tempestiva eziopatogenetica, conservativa e di prevenzione CV	Nefrologi Il <i>nefrologo</i> gestisce i pazienti affetti da MRC con eventi acuti intercorrenti; con più rapido declino della funzione renale (fast progressor) Il <i>Mmg</i> può condividere la gestione di pazienti con MRC a lenta progressione (slow progressor)
Prevenzione Terziaria	Gestione della MRC conclamata finalizzata a ridurre le complicanze uremiche	Pazienti affetti da MRC in fase avanzata (stadio IV-V)	Scelta consapevole e condivisa della modalità di terapia sostitutiva (emodialisi, dialisi peritoneale, trapianto renale). Avvio percorso di terapia sostitutiva	Nefrologi Il <i>Mmg</i> può essere coinvolto nel percorso decisionale della terapia sostitutiva (terapia dialitica domiciliare, trapianto da vivente, cure palliative)

fropatia (figura 1), che abbia contezza che due semplici esami, come il dosaggio della creatininemia e l'esame urine, o la misurazione della pressione arteriosa, possano veramente essere utili nell'identificare precocemente la malattia renale. Nei soggetti giovani - giovani adulti, il riscontro occasionale per esempio durante le visite medico sportive o negli ambienti di lavoro, di anomalie urinarie (microematuria e /o proteinuria) o il lieve movimento della creatininemia, in assenza di altri sintomi o segni, merita di essere confermato a breve termine (entro 3 mesi) e il paziente inviato dallo specialista nefrologo per l'approfondimento diagnostico più appropriato. La biopsia renale, una procedura relativamente invasiva ma ormai sicura nei centri di riferimento nefrologici, permette di fare diagnosi precisa di nefropatia primitiva o secondaria e di avviare terapia specifica eziologica. Anche in questo ambito, dell'immunopatologia renale, stiamo assistendo ad un momento di grande entusiasmo per la disponibilità di nuove molecole con target biologici più precisi con minori effetti collaterali.

Ruolo della collaborazione tra Mmg e nefrologi

Il Mmg, in qualità di primo baluardo del sistema assistenziale, rivestono un ruolo centrale nella prevenzione e nella gestione della MRC. Conoscono la storia clinica dei loro assistiti, il contesto familiare, sociale e ambientale e rappresentano il principale legame tra la popolazione ed il sistema dei servizi territoriali. Possono svolgere un ruolo fondamentale nella promozione di uno stile di vita sano e attivo, nell'identificare le condizioni di rischio, nel condurre lo screening attraverso l'utilizzo di protocolli diagnostici specifici e una sorveglianza mirata. La collaborazione tra i Mmg e i nefrologi costituisce un asse strategico essenziale per rispondere agli obiettivi di diagnosi precoce e trattamento adeguato della MRC nei vari stadi di severità. Il Mmg deve riconoscere la mission del nefrologo non solo nel trattamento della MRC nella fase terminale, ma soprattutto nella fase di diagnosi della nefropatia; è necessario costruire un'alleanza per la gestione condivisa e personalizzata della fa-

se conservativa anche avanzata quando il paziente e i familiari si affidano ai consigli del Mmg per una scelta consapevole della modalità sostitutiva (emodialisi, dialisi peritoneale, trapianto renale) (tabella 1). Con l'obiettivo di migliorare i risultati clinici di assistenza in termini di esiti ed efficienza è indispensabile attivare e consolidare tutti gli strumenti di condivisione tra cure primarie e specialistiche, razionalizzando l'accesso ai servizi ospedalieri e implementando la domiciliazione delle cure. Un percorso così complesso non può prescindere da una profonda e diffusa consapevolezza nella popolazione generale, tra gli operatori sanitari e i decisori politici del significato della malattia renale nella tutela della salute del paziente e dello stesso sistema sanitario.

BIBLIOGRAFIA

1. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. *Kidney Int* 2024; 105: S117-S314.
2. Jager KJ, et al. *Kidney Int* 2019; 96: 1048-50.
3. Levin A, et al. *Kidney Int* 2023; 103: 1004-8.
4. Himmelfarb J, et al. The current and future landscape of dialysis. *Nat Rev Nephrol* 2020; 16: 573-85.
5. De Nicola L, et al. *Nephrol Dial Transplant* 2015; 30: 806-14.