

QUALE NEFROLOGO, OGGI?

V. Cagli

Libero Docente, Università degli Studi "La Sapienza", Roma

Su questo stesso Giornale, nel 2003, Bertani si chiedeva quale dovesse essere il Nefrologo all'inizio del terzo millennio. Ciò che sembrava preoccuparlo era l'eccessiva presenza delle scienze di base nei Congressi e nelle Riviste attinenti alla Nefrologia, a partire dagli anni '80 del secolo appena trascorso. Bertani rivendicava l'origine della Nefrologia dalla Medicina Interna e concludeva che:

«...forse una maggiore ispirazione alla figura del medico dei primi decenni del '900 potrebbe costituire il miglior viatico per il Nefrologo dell'inizio del terzo millennio» (1).

Nel numero successivo del Giornale, senza alcuna deliberata connessione con l'articolo ora citato, Schena, allora Redattore della Rivista, scriveva, con riferimento alla gestione della ricerca:

«Ritengo che quest'ultima sia di notevole interesse in una Società Scientifica dove la ricerca di base e la ricerca clinica formano il pilastro portante dell'attività svolta» (2).

Nel numero seguente in un mio intervento esprimevo un parere intermedio tra le due posizioni, auspicando che il Nefrologo clinico evitasse di essere «più preparato nel fare che nel sapere» (3). Insomma, sì all'approccio sostanzialmente clinico in nefrologia, ma sì anche ad una adeguata preparazione sulle scienze di base e, esistendone le condizioni, ad uno spazio riservato alla ricerca.

Si poteva con ciò ritenere chiusa la questione originariamente sollevata da Bertani? Credo di no, anche perché essa non è che un aspetto, quello nefrologico, di una problematica che investe tutta la medicina dei giorni nostri e che riguarda la necessità di trovare un equilibrio tra clinica e laboratorio, tra rapporto diretto con il paziente e ruolo della tecnologia, tra visione generale del malato ed aspetti specialistici, temi che altrove ho ampiamente toccato (4, 5).

Riprendo perciò l'argomento, anche se con una qualche titubanza per la consapevolezza di non aver seguito un itinerario formativo strettamente nefrologico, tanto che potrebbe attagliarsi a me la definizione di "nefrologo selvaggio", ricordando quanto accadde in un campo assai diverso, quello della psicoanalisi, quando Georg Groddeck si presentò al Congresso Psicoanalitico dell'Aja, nel 1920, con le parole, rimaste famose, «lo sono un analista selvaggio», in quanto non

aveva seguito un regolare *training* in quel campo. Ma poi quel "selvaggio" mi è sembrato eccessivo e allora mi sono ricordato della difficoltà che avevo incontrato per tradurre nel trattato di Nefrologia edito da D.A.K. Black la dedica «In memoria di Lord Platt», in cui a quest'ultimo veniva attribuito il titolo di *Nephrophile* (6), reso in Italiano con «Amico della Nefrologia». Ecco dunque, come "amico della Nefrologia", o, se si preferisce, come semplice cultore di questa disciplina, potevo dire di essere contemporaneamente dentro e fuori e dunque in buona posizione per vederne i problemi con sufficiente obbiettività.

Ma cominciamo dall'inizio: chi è il Nefrologo? Senza dubbio lo è quel medico che pratica la Nefrologia, una specialità che inizia a separarsi dalla Medicina Interna quando a Parigi, nel 1951, Jean Hamburger e il suo giovane assistente Gabriel Richet lasciano il servizio del Professor Pasteur Vallery Radot all'*Hopital Broussais* per andare a costituire un'unità specialistica all'*Hopital Necker* (7). Ma la nuova branca che sorgeva non aveva ancora un nome. Esisteva sì il termine "Nefrologia", ma soltanto nel significato di "Trattato dei reni", registrato già nell'800 (8, 9). Questo termine, "Nefrologia", doveva però aver fortuna e fu lo stesso Hamburger ad adoperarlo per designare quello che fu il primo "Congresso Internazionale di Nefrologia", tenutosi tra Ginevra ed Evian nel 1960. In quello stesso Congresso fu introdotto il simbolo di una nave a vela, battezzata *Nephrologie* a significare l'espandersi della nuova disciplina in tutto il mondo (7).

Ma già nel 1957, in Italia, il termine era stato adottato, per la prima volta, nella designazione di una Società medica: la "Società Italiana di Nefrologia" (10). Se consideriamo quali ne furono i primi componenti del Consiglio Direttivo vediamo che quattro erano Clinici Medici (Bufano, Fieschi, Marcolongo e Monasterio) uno era Professore di Medicina del Lavoro, ma proveniente dalla Clinica Medica (Crepet), uno era Professore di Fisiologia (Capraro), uno Professore di Anatomia-patologica (Giampalmo), mentre i due segretari (Migone e Malizia) erano Assistenti di Clinica. Dunque, preminenza assoluta della Clinica Medica Generale, con un significativo apporto delle scienze di base (Fisiologia e Anatomia Patologica). Gli urologi, con i quali non mancò per alcuni anni una certa confu-

sione, erano del tutto assenti. Del resto la preponderanza assoluta dei temi specifici della Nefrologia clinica, erano quelli delle glomerulonefriti, allora assai più frequenti di oggi, per la notevole incidenza in quel tempo delle malattie conseguenti ad infezione streptococcica. Dominava, in quel campo, la classificazione di Volhard e Fahr (11) che distingueva nelle malattie renali ematogene bilaterali la glomerulonefrite diffusa, la nefrite a focolaio, la nefrosi e la sclerosi, una classificazione che, dal 1914, quando era stata proposta, doveva durare fino alla metà degli anni '50.

Poi tutto cambiò: la biopsia renale "suonò la campana a morto" per le precedenti classificazioni, quella di Folhard e Fahr e anche quella di Ellis che gli era subentrata per un breve periodo; l'introduzione dell'emodialisi cronica rivoluzionò la terapia e la prognosi dell'insufficienza renale. E anche nella Società Italiana di Nefrologia notiamo come a partire dal 1974, con la Presidenza di Antonio Vercellone, i Presidenti non sono più Clinici Generali, ma Nefrologi.

Il profilo della Nefrologia quale oggi si presenta è stato egregiamente delineato nella lettera del Presidente Antonio Dal Canton sull'ultimo numero del 2008 di questo Giornale (12). Basterà evidenziarne due rilievi: la puntuale indicazione del trapianto, del metabolismo idrosalino e acido-base, dell'immunopatologia e del confezionamento dell'accesso vascolare quali competenze proprie del Nefrologo; la segnalazione di una prevalenza pari al 40% della diagnosi di dimissione di "Insufficienza Renale Cronica" formulata nelle Unità Operative di Nefrologia, cui fa riscontro il fatto che solo il 60% del totale dei pazienti con tale diagnosi sono seguiti dai reparti di Nefrologia, il resto essendo principalmente appannaggio delle Divisioni di Medicina.

Quest'ultimo aspetto meriterebbe un'approfondita discussione per stabilire fino a quale grado una Insufficienza Renale Cronica *potrebbe* essere di competenza internistica e a partire da quale *dovrebbe* essere invece di competenza nefrologica. Sembra del tutto irrazionale, infatti, postulare la sottrazione alla Medicina Interna di ogni condizione patologica afferente ad una specialità, perché ciò significherebbe la scomparsa di quella che viene definita come "medicina della complessità", di grande rilevanza oggi, di fronte all'enorme numero di malati con polipatologie. Del resto sarebbe assurdo pretendere, ad esempio, che una semplice anemia ferro-carenziale debba essere di competenza esclusiva dell'ematologo o che un diabete mellito di tipo II debba sempre essere seguito da un diabetologo, mentre, in linea generale e fatte le debite eccezioni per competenze particolari, una leucemia acuta va certamente affidata all'ematologo e un diabete di tipo I altamente instabile al diabetologo. Allo stesso modo, per prendere come esempio quanto

messo in evidenza da Dal Canton, un'insufficienza renale cronica con valori di filtrato glomerulare stimato intorno a mL 50/min può essere convenientemente gestita in ambiente internistico, mentre via via che ci si avvicina alla soglia dei 15 mL/min alla competenza nefrologica andrebbe riservato un sempre maggiore spazio.

Ma, anche all'interno di un'unica specialità, sia essa la Nefrologia o qualsiasi altra, va considerato come non sia più possibile oggi che un uomo solo possieda un completo dominio di tutti i diversi aspetti. Ciò che dunque appare necessario è il lavoro di gruppo, cercando di fare in modo che nell'organico di una determinata Unità Operativa - nel nostro caso di Nefrologia - vi siano specialisti con competenze diverse, anche se, almeno per ora, resta la necessità che ogni specialista di un settore possieda la capacità di affrontare i problemi essenziali della propria disciplina, cioè di quanto viene compreso nell'ambito delle "core" procedures. Berns e O'Neill le hanno recentemente così individuate:

«"Core" procedures come la biopsia renale percutanea e l'inserzione di cateteri temporanei per emodialisi, sono state tradizionalmente effettuate dai nefrologi ma sempre più vengono effettuate da altri specialisti. Il coinvolgimento dei nefrologi in altre procedure, come la diagnosi con ultrasuoni, il posizionamento di cateteri tunnellizzati per emodialisi o dialisi peritoneale, la creazione di fistole artero-venose e l'intervento per innesti o sulle fistole è limitato ma può modificarsi. Il numero dei nefrologi che effettuano le procedure di accesso alla dialisi (nefrologi interventisti) è in aumento in questo paese e la diagnostica con ultrasuoni che è praticata di routine dai nefrologi in alcuni paesi Europei sta diventando più comune negli USA» (13).

Siamo in presenza di un quadro in movimento e sembra che negli USA alcuni aspetti della pratica nefrologica tendano a stabilirsi quali settori a parte, anche se non ancora come vere sub-specialità, stando a quanto scrive Rosenberg:

«L'American Society of Diagnostic and Interventional Nephrology ha definito i criteri per la certificazione come nefrologo interventista e l'accreditamento dei programmi in ultrasonografia, per l'inserzione di cateteri per la dialisi peritoneale, per le procedure endovascolari sulle fistole artero-venose e sugli innesti, e per il posizionamento di cateteri venosi permanenti per l'emodialisi. Né la nefrologia dei trapianti, né la nefrologia diagnostica e di intervento sono accreditate dall'Accreditation Council for Graduate Medical Education o riconosciute come subspecialità dall'American Board of Internal Medicine» (14).

Insomma, lo statuto di queste super- o sub-specialità è tuttora incerto, essendo delineato con una certa precisione dalle Società Scientifiche, ma non ancora codi-

ficato come quello di vere e proprie branche specialistiche. Può essere dunque utile andare a vedere quale sia oggi il *curriculum* proposto per l'accreditamento come Nefrologo da una sede di indubbio prestigio scientifico e clinico quale la *Mayo Clinic*, con l'intento di individuare quali siano le competenze fondamentali che uno specialista in Nefrologia dovrebbe possedere (15). Si tratta, come si vede nella Tabella I, di un *curriculum* formativo con un forte impianto clinico-internistico e con una puntuale attenzione agli aspetti essenziali propri della Nefrologia, ma che lascia spazio ad approfondimenti e prevede anche un apposito itinerario per chi voglia dedicarsi alla ricerca.

Possiamo trarre da quanto abbiamo visto fin qui alcune considerazioni.

Sembra anzitutto evidente la necessità per il Nefrologo di una formazione internistica. L'esperienza circa la crescente importanza in Nefrologia del diabete e della patologia cardio-vascolare ha richiamato con forza la necessità di una formazione che vada al di là dello stretto ambito specialistico e che si mantenga fedele al metodo clinico, quale, come opportunamente richiamava Bertani, i grandi clinici del secolo scorso ce lo hanno tramandato.

Sul piano delle specificità nefrologiche, il nefrologo dovrebbe essere in grado di effettuare correttamente la biopsia renale percutanea, mentre può affidarsi ad altre competenze per la lettura dei preparati istologici, tenuto anche conto che sarebbe difficile per ogni Unità Nefrologica disporre di un proprio laboratorio di microscopia adeguato alle esigenze, non solo dell'istologia al microscopio ottico, ma anche a quelle delle indagini ultrastrutturali e dell'isto-immuno-fluorescenza, per non parlare di ulteriori e più sofisticate tecniche (p. es. microscopia confocale a scansione laser).

Vi è poi la necessità che il Nefrologo possieda le capacità necessarie per iniziare, condurre e sorvegliare il trattamento dialitico e sarebbe utile che avesse un'esperienza anche di dialisi peritoneale, per poter offrire ai propri pazienti una scelta tra i due trattamenti.

È indispensabile una sufficiente preparazione ed esperienza circa gli aspetti extra-chirurgici del trapianto renale e circa i problemi del malato con insufficienza renale acuta, o con insufficienza multi-organo in terapia intensiva.

Attività particolari come quella del nefrologo interventista, esperto in tutte le procedure che hanno a che vedere con gli accessi vascolari, o del nefrologo ecografista, o altre ancora, possono affiancare i compiti fondamentali, mentre alcuni indirizzi, come quello di Nefrologo Pediatrico, costituiscono attività esclusive che richiedono un *training* particolare, a partire dalla specializzazione in Pediatria.

Non è inoltre possibile trascurare il fatto che la Nefrologia pone non di rado specifici problemi etici,

TABELLA I - CURRICULUM PER I NEFROLOGI ALLA MAYO CLINIC

AMMISSIONE I candidati devono aver completato il training in medicina interna e aver ottenuto la qualificazione dell'American Board of Internal Medicine.

Formazione clinica (periodi di 2 mesi a rotazione sotto supervisione)

1° anno: laboratorio sulla funzione renale, laboratorio di patologia renale, compresa esecuzione della biopsia, emodialisi pazienti ambulatoriali, consulenza nefrologica ospedaliera, nefrologia in terapia intensiva, trapianti.

2° anno: ricerca

3° anno: trapianti, consulenza nefrologica ospedaliera, nefrologia in terapia intensiva, clinica nefrologica generale, clinica dell'ipertensione, clinica della calcolosi renale

Percorso per la carriera di ricerca: 2 anni di ricerca + 1 anno di esperienze cliniche.

Internal Medicine & Subspecialties. Nephrology Fellowship- Rochester, Minn.

(Disponibile su <http://www.mayo.edu/msgme/>)

come quelli legati alla scelta di non iniziare o di non continuare il trattamento dialitico in alcune circostanze; o quelli legati ai trapianti sia sul versante dell'acquisizione del rene da trapiantare sia su quello dell'assemblaggio del rene, tanto per fare degli esempi (16).

Infine l'apertura al nuovo: dopo la genomica, ora è la volta della proteomica che sta entrando nella fase dell'applicazione clinica (17).

Essere in grado di adeguarsi al progresso senza facili entusiasmi ma anche senza diffidenza; non gettare nel cestino della spazzatura qualcosa soltanto perché "vecchia" e neppure accettare alcunché soltanto perché "nuovo"; conservare intatta la capacità di giudizio critico e la modestia di chi non vuole giudicare ciò che non conosce, ma cercare sempre di conoscere di più per giudicare meglio: ecco le sfide cui il Nefrologo, come qualsiasi medico, non può sottrarsi.

DICHIARAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI

L'Autore dichiara di non avere conflitto di interessi.

✉ Indirizzo dell'Autore:

Dr. V. Cagli
Libero Docente
Università degli Studi "La Sapienza"
Via Delle Isole, 10
00198 Roma
e-mail: v.cagli@alice.it

BIBLIOGRAFIA

1. Bertani T. Quale Nefrologo per l'inizio del terzo millennio? *G Ital Nefrol* 2003; 20: 450-4.
2. Schena FP. L'attività del GIN negli ultimi cinque anni. *G Ital Nefrol* 2003; 20: 571-2.
3. Cagli V. Quale nefrologo? *G Ital Nefrol* 2004; 21: 86-7.
4. Cagli V. Elogio del metodo clinico: mutamenti e problemi della "medicina al letto del malato". Roma, Armando Editore, 1997.
5. Cagli V. La crisi della diagnosi: cosa è mutato nel concetto e nelle procedure della diagnosi medica. Roma, Armando Editore, 2007.
6. Black DAK. (ed) *Renal Disease*. Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1967.
7. Robinson RR, Richet G. International Society of Nephrology: a forty year history. 1960-2000. *Kidney Int Suppl* 2001; 79: S1-100.
8. Vocabolario Universale Italiano. Napoli, Società Tipografica Tramater e C, 1834, vol. IV, p. 512.
9. Littré E, Robin CH. Dizionario di medicina e chirurgia. ed. it. Napoli, Enrico Dekten Libraio Editore, 1892, p. 1001.
10. Fogazzi GB. Archivi storici della nefrologia italiana. 28 aprile 1957: la fondazione della Società Italiana di Nefrologia. *G Ital Nefrol* 2000; 17: 63-8.
11. Volhard F. Malattie renali ematogene bilaterali. In: Mohr L, Staehelin R (per cura di), *Trattato di medicina interna*. Tr. it. Milano, Società Editrice Libreria, 1924, pp. 303-19.
12. Dal Canton A. Lettera del Presidente. *G Ital Nefrol* 2008; 25: 605-6.
13. Berns JS, O'Neill WC. Performance of procedures by nephrologists and nephrology fellows at U.S. nephrology training programs. *Clin J Am Soc Nephrol* 2008; 3: 941-7. Epub 2008 Apr 16.
14. Rosenberg ME. Adult nephrology fellowship training in the United States: trends and issues. *J Am Soc Nephrol* 2007; 18: 1027-33. Epub 2007 Feb 28.
15. Internal Medicine & Subspecialties. Nephrology Fellowship - Rochester, Minn. Disponibile su: <http://www.mayo.edu/msgme/> (accesso del 3 Gennaio 2009).
16. Levinsky NG. (ed) *Ethics and the kidney*. New York, Oxford University Press, 2001.
17. Thongboonkerd V. (ed) *Proteomic in Nephrology: towards clinical applications*. Contrib Nephrol Basel, Karger, 2008, vol. 160.