

# PREVENZIONE RENALE: PROPOSTE METODOLOGICHE NAZIONALI E REGIONALI DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI NEFROLOGIA

## G. Cancarini

U.O.C. di Nefrologia, Dialisi e Trapianto Renale, Spedali Civili, Brescia. Coordinatore SIN per il Governo Clinico

### Proposals for the prevention of kidney disease in Italy by the Italian Society of Nephrology (SIN)

*Although national epidemiological data on the prevalence of chronic kidney disease in Italy are lacking, local and regional studies report that over 6% of the general population live with an eGFR <60 mL/min/1.73 m<sup>2</sup> of body surface. In 2007, the Italian Society of Nephrology (SIN) pointed out the main routes for the widespread recognition of the problem, involving the local agencies (ASLs) of the National Health Service in close collaboration with general practitioners and nephrologists, to ensure a wide range of information and continuous education of the general population on this issue. Special attention should be paid to financial and human resources, the shortage of nephrologists, and the role of the various stakeholders with the aim to counteract the progressive increase of CKD in the Italian population. (G Ital Nefrol 2009; 26 (Suppl. S45): S3-6)*

Conflict of interest: None

### KEY WORDS:

Epidemiology,  
Chronic Kidney  
Disease (CKD)  
prevalence,  
Kidney illness  
prevention,  
Financial  
resources,  
Medical  
resources

### PAROLE CHIAVE:

Epidemiologia,  
Malattia renale  
cronica,  
Prevalenza della  
MRC,  
Prevenzione  
renale,  
Risorse  
finanziarie,  
Risorse umane

### ✉ Indirizzo dell'Autore:

Prof. Giovanni Cancarini  
Direttore Cattedra e U.O.C. di  
Nefrologia  
Dialisi e Trapianto Renale  
Spedali Civili  
Largo Spedali Civili, 1  
25123 Brescia  
e-mail: [cancarini@med.unibs.it](mailto:cancarini@med.unibs.it)  
[gccancarini@alice.it](mailto:gccancarini@alice.it)

## INTRODUZIONE

In Italia la prevenzione delle malattie renali trova un importante ostacolo nella mancanza di dati nazionali sulla prevalenza delle patologie renali d'interesse nefrologico. Il "Rapporto ISTAT del 2 marzo 2007 su "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari 2005" non cita in alcun passo le malattie renali (1). Nel report dello stesso Istituto sulla "Mortalità per causa in Italia 1980-2002", tutte le malattie dell'apparato genito-urinario (Urologiche più Nefrologiche) sono considerate insieme (2). Se le rilevazioni statistiche non riportano dati, non meraviglia che sia nella "Relazione sullo stato sanitario del paese 2003-2004" (3) che in quella del 2005-2006 (4) del Ministero della Salute, su un totale di 350 pagine non si parli mai di malattie renali se non per il trapianto ed i tumori renali. Eppure nel secondo report si segnala

che il costo per attività ambulatoriali nefrologiche è al 4° posto rappresentando il 9.3% dei costi totali. Un peso così rilevante sul bilancio sanitario avrebbe dovuto attrarre l'attenzione del Ministero della Salute per cercare di definire prevalenza e trend delle patologie nefrologiche.

Non conoscendo le dimensioni del problema è difficile organizzare un programma d'intervento adeguato e definire le risorse e i tempi necessari per la sua attuazione.

## PREVALENZA DELLA MALATTIA RENALE CRONICA

Abbiamo riferimenti su popolazioni in studi svolti in altre nazioni. Negli Stati Uniti, il *Center for Disease Control* degli U.S.A. (5), rivela che nel periodo 1999-2004 la prevalenza di malattia renale cronica (MRC),

nella popolazione con oltre 20 anni di età, ha raggiunto il 16.8%, con un aumento relativo del 15.9% rispetto al periodo 1988-1994 nel quale si era registrato un valore del 14.5%.

Per quanto riguarda i dati Europei, a noi più assimilabili, senza entrare nel dettaglio dei singoli studi pubblicati nel periodo 2005-2007, la prevalenza della MRC è mediamente del 12% nella città di Groningen (Olanda), nel Nord della Spagna, in Irlanda e in Inghilterra (6-9).

Per quanto riguarda il nostro Paese, i dati più significativi di riferimento sono quelli pubblicati da Cirillo et al. (10) che indicano una prevalenza di filtrato glomerulare (VFG) <60 mL/min (rapportato a 1.73 mq di superficie corporea) del 6.6% nei maschi e nel 6.2% delle femmine, ma riguardano un'area limitata e non sono estrapolabili alle varie realtà Regionali Italiane. Inoltre questi dati non riportano la prevalenza degli stadi CKD1 e CKD2.

## **CHI PUÒ DEFINIRE LA REALE PREVALENZA DELLA MALATTIA RENALE CRONICA IN ITALIA?**

I dati sui quali il Ministero della Salute, gli Assessorati Regionali e le ASL possono far riferimento sono essenzialmente quelli delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) e delle esenzioni dal Ticket per Insufficienza Renale Cronica. Questi dati non sono adeguati a definire la prevalenza della MRC.

I Nefrologi possono ricavare dati più ampi, inserendo oltre ai precedenti, anche quelli derivanti dall'attività ambulatoriale, ma comunque non possono stimare il numero di nefropatici che non ha avuto accesso alle strutture nefrologiche.

Appare chiaro che solo i Medici di Medicina Generale (MMG), avendo il controllo dell'intera popolazione Italiana, possono raccogliere i dati necessari per ricavare valori attendibili di prevalenza. La maggior parte dei MMG ha dati archiviati su computer ed una buona parte di loro è connessa ad una rete centralizzata, per cui le basi di dati già esistono, ma si tratta di volerle e saperle interpellare. La Società Italiana di Nefrologia ha già iniziato un'opera di collaborazione con un'associazione di MMG che dovrà essere sempre più estesa sul territorio nazionale e ad altri gruppi associativi di MMG.

Guardando oltre l'orizzonte della Nefrologia, dobbiamo ricordare che le malattie croniche rappresentano la maggior parte delle patologie e assorbono gran parte delle risorse economiche. La collaborazione tra organi istituzionali (ASL) e MMG potrebbe permetterci di conoscere il reale peso epidemiologico anche di diabete, cardiopatie, pneumopatie, epatopatie, malattie immunitarie, ecc., dati fondamentali per qualunque

intervento di organizzazione del sistema sanitario e prevenzione delle stesse. Un sistema di questo tipo deve necessariamente basarsi su un sistema computerizzato capace di dare prevalenze e tendenze in tempo reale senza dover attendere anni per quantificare l'evoluzione epidemiologica.

Spiragli di ottimismo si aprono guardando ad alcune Regioni Italiane che hanno attivato o stanno attivando Reti di Patologia. La Regione Emilia Romagna ha dato vita, già da alcuni anni, al programma Prevenzione dell'Insufficienza Renale Progressiva (PIRP) che si basa sulla collaborazione tra strutture specialistiche e MMG. Due pubblicazioni preparate per i pazienti, nell'ambito di questo programma, sono disponibili su Internet ([http://www.saluter.it/wcm/saluter/campagne/insuff\\_renale.htm](http://www.saluter.it/wcm/saluter/campagne/insuff_renale.htm)).

La Regione Lombardia ha dato il via alla fase preparatoria della Rete delle Nefropatie (ReNe), che permetterà a tutti i Medici della Lombardia di accedere ai documenti clinici riguardanti pazienti nefropatici, ovunque essi siano stati generati nell'ambito della regione. In una prima fase il sistema sarà essenzialmente consultivo poiché i dati saranno presentati in pdf, ma successivamente saranno disponibili dati numerici, elaborabili e confrontabili. Appare indubbia l'utilità del sistema che permette di conoscere tutta la storia clinica del paziente senza i limiti derivanti da dati anamnestici non precisi o documentazioni parziali. Il successo della proposta si basa sulla volontà dei medici di accedere al sistema (inserito nel più vasto CRS-SISS) e di compilarne i campi richiesti. Il lavoro aggiuntivo di compilazione dovrebbe essere ampiamente compensato dalla completezza dei dati clinici ed anamnestici disponibili.

## **UTILITÀ DELLA CONOSCENZA DELL'EPIDEMIOLOGIA DELLA MALATTIA RENALE CRONICA**

Alcuni Nefrologi contestano i dati pubblicati negli USA sulla prevalenza della MRC (11, 12). L'obiezione principale è che, poiché la funzione renale si riduce col tempo ad una velocità media pari a 1 mL/min/anno dopo i 40 anni, si rischia di classificare insufficienti renali tutti i pazienti anziani, sovrastimando così la prevalenza delle nefropatie. Forse quegli Autori temono che la classificazione dei pazienti più anziani, con VFG compatibile con l'età e senza alterazioni morfologiche o funzionali, nel gruppo dei soggetti con MRC possa indurre il nefrologo ad iniziare un iter diagnostico, magari anche invasivo. In realtà, la riduzione funzionale renale, entro i limiti per sesso ed età, dei pazienti anziani, in assenza di alterazioni strutturali e funzionali, non rappresenta un problema squisitamente nefrologico. Sono molti ormai i lavori scientifici che hanno dimostrato che la riduzione fun-

zionale renale rappresenta un fattore di rischio cardiovascolare e deve indurre ad un maggior controllo degli altri fattori modificabili di mortalità cardiovascolare.

Non va dimenticato inoltre, che la riduzione della funzione renale nell'età avanzata si accompagna ad un'importante riduzione della "riserva funzionale" renale che rende i reni meno reattivi ad interventi correttivi di mantenimento dell'omeostasi (13).

Classificare un anziano con VFG ridotto, seppur nei limiti per sesso ed età, rappresenta soprattutto un modo per non dimenticare di adeguare le dosi dei farmaci al grado di funzione renale, riducendo così gli effetti collaterali spesso attribuiti al farmaco in sé anziché, più correttamente, alla sua dose errata. Alcuni fogli illustrativi di farmaci consigliano, ancor oggi, di adeguare le dosi in base ai valori di creatinemia, ma ben sappiamo quanto questi diano un'idea erronea della funzione renale, specie negli anziani con peso corporeo normale o ridotto.

## PROPOSTE PER AFFRONTARE LA MALATTIA RENALE CRONICA

La Società Italiana di Nefrologia ha pubblicato due documenti che indicano la situazione attuale delle strutture nefrologiche e le possibilità d'intervento e alle quali si rimanda (14, 15).

In estrema sintesi, bisogna individuare vie di collaborazione con i MMG mediante protocolli condivisi, per poter identificare e trattare i pazienti con MRC. L'apporto del Nefrologo diventa insostituibile nella fase diagnostica iniziale e nelle fasi più avanzate della MRC, cioè gli stadi CKD4 e CKD5 della classificazione KDOQI; nelle altre fasi, percorsi diagnostici e terapeutici condivisi possono permettere al MMG di gestire autonomamente i pazienti.

Una collaborazione particolarmente intensa deve essere attuata con le Specialità Mediche (Cardiologia, Diabetologia, Immunologia) e Chirurgiche (Urologia e Chirurgia Vascolare) che più spesso trattano pazienti che presentano anche riduzione della funzione renale. La condivisione di semplici protocolli che ricordino di valutare sempre, in questi pazienti, la *clearance* della creatinina, l'esame delle urine e, se il caso, microalbuminuria o proteinuria e l'*imaging* renale impedirebbe che pazienti nefropatici possano non essere identificati e quindi non sottoposti ad eventuali *follow-up*.

A livello delle varie Regioni altre iniziative sono state attuate o sono ora in corso; sarà interessante poter confrontare le diverse iniziative per identificare i punti di forza e migliorare quelli di debolezza. Tuttavia la valutazione di efficacia di questi interventi deve essere obbiettata da dati misurabili ed è questa un'ulteriore ragione per spingere a programmi di rilevazione epi-

demologica diffusi.

Un ruolo importante va anche dato all'educazione della popolazione che spesso riceve informazioni sui rischi di malattie cardiovascolari, sull'ipertensione e sull'opportunità di *screening* per patologie tumorali, ma mai sulle patologie renali. La Giornata Mondiale del Rene, organizzata in Italia dalla Società Italiana di Nefrologia (SIN) e dalla Fondazione Italiana del Rene (FIR) ha avuto il pregio di portare all'attenzione pubblica, addirittura negli stadi, l'informazione che le malattie renali sono molto meno rare di quanto si ritenga. Questa iniziativa, ma anche iniziative locali che coinvolgono piccole popolazioni, sono probabilmente lo strumento migliore per incrementare nei nostri concittadini la consapevolezza del proprio grado di funzione renale. Deve essere però anche garantita una loro ripetizione nel tempo a periodicità variabile (uno, due o più anni) perché il problema della funzione renale diventi, per i cittadini Italiani, un elemento importante nella valutazione del proprio stato di salute.

## RISORSE DISPONIBILI

Nel documento SIN citato (15) è esposta la situazione della rete Nefrologica Italiana; al momento attuale le strutture esistenti sembrano mediamente sufficienti a garantire una buona assistenza. Ma se analizziamo la situazione alla luce delle dinamiche in atto (prossima riduzione dei medici in Italia, riduzione, in accelerazione, del numero degli specialisti in nefrologia, incremento della popolazione anziana), sorgono dubbi sulla capacità futura di dare risposte qualitativamente adeguate ai pazienti nefropatici.

Se a ciò si aggiunge la "razionalizzazione delle risorse", che più che seguire criteri di efficienza ed efficacia sembra puntare alla riduzione dei costi, riducendo i reparti autonomi di nefrologia o facendoli assorbire da dipartimenti di medicina generale, appare chiaro che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) difficilmente potrà dare una risposta adeguata ai nostri pazienti.

Questo è il motivo per cui dobbiamo far conoscere, a quelli che decidono, l'importanza delle malattie renali, l'importanza della loro conoscenza e della prevenzione primaria, secondaria e terziaria, in modo che le loro scelte siano consapevoli. Oltretutto, con programmi adeguati, il Servizio Sanitario Nazionale potrebbe avere notevoli benefici economici già nel medio termine.

## RIASSUNTO

Pur mancando di dati epidemiologici Nazionali sulla prevalenza della malattia renale cronica (MRC), studi locali e regionali indicano valori di poco superiori al 6% della popolazione regionale con eGFR <60 mL/min/mq S.C. Nel 2007 la SIN ha indicato le principali vie di intervento, che vedono come principali attori le Istituzioni Sanitarie Territoriali (ASL) del SSN, in stretta collaborazione con gli specialisti Nefrologi, con modalità di informazione e sensibilizzazione diffusa e continuativa della popolazione e coinvolgimento attivo dei medici di medi-

cina generale (MMG). Particolare attenzione deve essere rivolta alle risorse finanziarie e umane disponibili, facendo conoscere a chi orienta le scelte, il progressivo aumento della MRC nella nostra popolazione, il suo peso sociale ed economico, la sua influenza sulla qualità della vita (QdV), sul rischio cardiovascolare e sui costi generali del SSN.

## DICHIARAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI

L'Autore dichiara di non avere conflitto di interessi.

---

## BIBLIOGRAFIA

1. Link accessibili dal sito: [www.istat.it/salastampa/comunicati/non\\_calendario/20070302\\_00/](http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20070302_00/). (ultimo accesso 12 dicembre 2008).
2. Sito Internet: <http://www.iss.it/site/mortalita/> (ultimo accesso 12 dicembre 2008).
3. Sito Internet: [www.ministerosalute.it/normativa/sez\\_Normativa.jsp?label=relssp2](http://www.ministerosalute.it/normativa/sez_Normativa.jsp?label=relssp2) (ultimo accesso 12 dicembre 2008).
4. Sito Internet: [www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_primo\\_pianoNuovo\\_150\\_documenti\\_itemDocumenti\\_2\\_fileDocumento.pdf](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_primo_pianoNuovo_150_documenti_itemDocumenti_2_fileDocumento.pdf) (ultimo accesso 12 dicembre 2008).
5. Sito Internet: [www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5608a2.htm](http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5608a2.htm) (ultimo accesso 12 dicembre 2008).
6. Raymond NT, Zehnder D, Smith SC, Stinson JA, Lehnert H, Higgins RM. Elevated relative mortality risk with mild-to-moderate chronic kidney disease decreases with age. *Nephrol Dial Transplant* 2007; 22: 3214-20. Epub 2007 Jul 12.
7. Stevens PE, O'Donoghue DJ, de Lusignan S, et al. Chronic kidney disease management in the United Kingdom: NEOERICA project results. *Kidney Int* 2007; 72: 92-9. Epub 2007 Apr 18.
8. de Zeeuw D, Hillege HL, de Jong PE. The kidney, a cardiovascular risk marker, and a new target for therapy. *Kidney Int Suppl* 2005; 98: S25-9.
9. Kee F, Reaney E, Savage G, O'Reilly D, Patterson C, Maxwell P, Fogarty D; the Northern Ireland Targeting Social Need Renal Group. Are gatekeepers to renal services referring patients equitably? *J Health Serv Res Policy* 2007; 12: 36-41.
10. Cirillo M, Laurenzi M, Mancini M, Zanchetti A, Lombardi C, De Santo NG. Low glomerular filtration in the population: prevalence, associated disorders, and awareness. *Kidney Int* 2006; 70: 800-6. Epub 2006 Jul 5.
11. Glasscock RJ, Winearls C. An epidemic of chronic kidney disease: fact or fiction? *Nephrol Dial Transplant* 2008; 23: 1117-21.
12. Glasscock RJ, Winearls C. Screening for CKD with eGFR: doubts and dangers. *Clin J Am Soc Nephrol* 2008; 3: 1563-8. Epub 2008 Jul 30.
13. Esposito C, Plati A, Mazzullo T, et al. Renal function and functional reserve in healthy elderly individuals. *J Nephrol* 2007; 20: 617-25.
14. Sito Internet: [www.sin-italy.org/pdf/comunicazioni/2007/prevenzione\\_malattia\\_renale.pdf](http://www.sin-italy.org/pdf/comunicazioni/2007/prevenzione_malattia_renale.pdf) (ultimo accesso 12 dicembre 2008).
15. Sito Internet: [http://www.sin-italy.org/pdf/comunicazioni/2007/rete\\_nefrologica.pdf](http://www.sin-italy.org/pdf/comunicazioni/2007/rete_nefrologica.pdf) (ultimo accesso 12 dicembre 2008).