

L'International Federation of National Kidney Foundations, della quale fa parte la Fondazione Italiana del Rene Onlus –FIR-, l'International Society of Nephrology, e la Società Italiana di Nefrologia – SIN – hanno lanciata la sesta **Giornata Mondiale del Rene**, che sarà celebrata il **10 marzo 2011**.

***Lottare per vincere***

***Stanno bene i tuoi reni? Conosci se sei a rischio***

**Lo slogan della Giornata in Italia lancia una sfida: conosca ciascuno lo stato di salute dei propri reni e verifichi se è a rischio che si ammali.**

**Controlla quindi come stanno i tuoi reni, soprattutto se:**

- se hai più di 65 anni
- se sei diabetico
- se sei iperteso
- se sei obeso
- se sei un fumatore
- se hai, oppure hai avuto problemi cardiaci o vascolari
- se stai facendo, o hai fatto uso protratto di farmaci, soprattutto, ma non solo antiinfiammatori e litio
- se hai avuto in passato dei problemi renali o delle vie urinarie, come ad esempio calcoli o infezioni
- se nella tua famiglia qualcuno soffre di reni

Perché quest'attenzione? Al mondo una persona su dieci ha un danno renale. Il danno renale è potenzialmente grave, ma è curabile ed è prevenibile. Con il messaggio: *Proteggete i vostri reni e salvate il vostro cuore* la campagna del 2011 sottolinea anche l'esistenza di uno stretto legame tra danno renale cronico e malattia cardiovascolare.

Se volete saperne di più per proteggere meglio i vostri reni, leggete nelle pagine seguenti:

**Conosci i tuoi reni  
Verifica se stanno bene e se sei a rischio  
Proteggi i tuoi reni e salva il tuo cuore**

**Conosci i tuoi reni**  
**Verifica se stanno bene e se sei a rischio**  
**Proteggi i tuoi reni e salva il tuo cuore**

Prof Giuseppe Piccoli Nefrologo

**I reni** sono organi meravigliosi, indispensabili alla vita: eliminano i prodotti di scarto del metabolismo (il loro accumulo nell'organismo è tossico), numerosi farmaci e sostanze estranee. Regolano il patrimonio dell'organismo di acqua, di sali, di acidi e basi, eliminandoli se in eccesso e trattenendoli se in difetto. Producono alcuni ormoni: eritropoietina, che stimola la produzione dei globuli rossi, renina e prostaglandine regolatori della pressione arteriosa. Attivano la vitamina D, essenziale per la normalità del ricambio del calcio e la salute dell'osso.

Eppure sono poco conosciuti.

Recentemente si è visto che, in USA, meno del 5% delle persone intervistate sapeva dove, nell'addome, sono collocati questi organi. A Torino, in un incontro con circa 300 allievi delle scuole medie, la percentuale di coloro che lo sapevano era più alta (un 60%), ma sempre troppi erano i ragazzi che non ne avevano idea.

Le malattie renali sono diffuse: un 10% della popolazione generale ne è affetta, e spesso non lo sa. E per prevenirle e curarle è necessario conoscere i reni. (rimando all'opuscolo "conoscere i reni" [http://www.sin-italy.org/Eventi/GMR/2011/pdf/Conoscere\\_i\\_reni\\_2011.pdf](http://www.sin-italy.org/Eventi/GMR/2011/pdf/Conoscere_i_reni_2011.pdf))

**Quali sono le conseguenze di un danno renale?**

La funzione renale è molto sovradimensionata rispetto alle necessità della vita quotidiana. E ciò è una fortuna, in quanto può essere persa una buona parte di questa funzione prima che si verifichino delle conseguenze importanti. Siccome la grande maggioranza delle malattie renali non provoca dolori, facilmente si corre il rischio di non accorgersi che qualche cosa sta compromettendo la funzione dei reni e ciò spiega anche come queste malattie possano evolvere indisturbate (non per nulla parliamo delle nefropatie come di *silent killer*).

In effetti, i segni clinici diventano evidenti solo quando la funzione renale è molto diminuita, e può essere tardi per adottare provvedimenti decisivi. I sintomi traducono allora la compromissione secondaria all'insufficienza renale della maggior parte degli organi e degli apparati. Ecco i segni più comuni: anemia, stanchezza, edemi, disturbi gastrointestinali, disturbi dell'attenzione, sonnolenza, "mancanza di fiato", disturbi ormonali, aumento della pressione arteriosa e difficoltà crescente a tenerla controllata.

**Inoltre, la disfunzione renale aumenta il rischio di un incidente cardiovascolare non solo nei diabetici e negli ipertesi, ma anche indipendentemente dalla presenza di diabete e di ipertensione arteriosa: molti nefropatici muoiono per un incidente cardiovascolare prima di arrivare alla dialisi.**

**Quindi, cuore e reni: proteggere i reni è un'importante strategia che può salvare il cuore ?**

E' uno dei messaggi diffusi quest'anno in occasione della Giornata Mondiale del rene 2011. Morbilità e mortalità cardiovascolare e danno renale sono strettamente correlati. Questa relazione esiste indipendentemente dal fatto che l'evento iniziale sia renale o cardiaco. Bisogna anche da ricordare che alcune malattie, come l'ipertensione arteriosa e il diabete, possono causare entrambe le patologie.

Chi ha una malattia renale deve quindi occuparsi anche del proprio cuore. Chi ha una cardiopatia o una vasculopatia non può dimenticare che spesso i reni sono anch'essi ammalati, facilmente in modo silenzioso.

**L'insufficienza renale ha altre conseguenze?**

La capacità dei reni ammalati di eliminare medicinali e sostanze tossiche è ridotta e, contemporaneamente, è aumentata la loro sensibilità a parecchi tossici e farmaci che possono ulteriormente peggiorarne la funzione, accumulandosi nell'organismo.

Gli esempi non mancano. Alcuni antibiotici sono eliminati in gran parte dai reni e, quando la funzione renale è diminuita, possono raggiungere concentrazioni pericolose, se non vien fatta un'opportuna riduzione delle loro dosi.

Gli antiinfiammatori non steroidei, così utili nelle artropatie e nel trattamento del dolore, possono peggiorare ulteriormente una funzione renale già compromessa.

Gli ipotensivi del gruppo degli ACE inibitori (ad esempio l'enalapril, il lisinopril, il ramipril per citarne solo alcuni di più largo impiego; ma nessuno è esente da questo possibile effetto) e del gruppo degli antagonisti recettoriali (i sartanici), che associano all'azione ipotensiva uno straordinario effetto renoprotettore e cardioprotettore, se l'insufficienza renale è molto avanzata, possono modificare negativamente la funzione renale, anche se non in modo irreversibile.

In questa "lista nera" non mancano farmaci in vendita senza prescrizione medica. Un esempio per tutti: in presenza di insufficienza renale avanzata, l'uso prolungato del gel di alluminio contenuto in molti antiacidi può causare un pericoloso accumulo di questo metallo nel cervello e nell'osso.

Né possiamo dimenticare che i mezzi di contrasto usati per le angiografie e le tomografie assiali computerizzate (TC) possono avere effetti disastrosi per le persone con creatininemia elevata; anche il mezzo di contrasto usato per la Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) può causare danni temibili a chi abbia una funzione renale ridotta a meno di un terzo della norma.

Che tanti farmaci possano influire negativamente in chi ha i reni ammalati e come abbiamo sottolineato, potrebbe non esserne consapevole è un motivo in più per controllare questi organi.

**In passato siamo stati abituati a ragionare in termini di singole malattie renali, parlando ad esempio di glomerulonefriti, di nefropatia diabetica o arteriosclerotica, o di nefriti interstiziali batteriche o da farmaci. Oggi si parla soprattutto di danno renale. Che cosa è cambiato?**

In questi ultimi anni l'approccio diagnostico è cambiato. Attualmente, si cerca prima di tutto di stabilire se i reni hanno subito o meno un danno. Una volta stabilito che esiste un danno, si indagherà per scoprirne la causa.

La definizione di danno renale cronico si basa sulla presenza di anomalie strutturali o funzionali dei reni, persistenti per almeno 3 mesi, e indicate da:

- Anomalie urinarie (proteinuria o albuminuria e/o sedimento urinario patologici) anche in presenza di una funzione normale

- Valori di filtrazione glomerulare renale inferiori a 60 mL/min con o senza altri segni di danno

- Altri segni possono essere: anomalie di forma e dimensioni dei reni, svelate ad esempio da un'ecografia; anomalie isolate dei livelli sierici di elettroliti (specialmente del potassio), di acidi e bicarbonati non attribuibili a farmaci.

**Come fare, in pratica, per rispondere alla domanda: stanno bene i tuoi reni?**

Per la maggioranza delle persone adulte, la risposta si basa sui risultati di due esami, semplici da eseguire e di basso costo: l'**esame delle urine** e il **dosaggio della creatinemia**.

Con l'**esame delle urine** vediamo innanzitutto se esse contengono sangue, un numero elevato di globuli bianchi, e proteine. L'analisi è eseguita, manualmente o con attrezzature automatiche, con strisce reattive - veri microlaboratori molto attendibili - che svelano la presenza di livelli patologici di albumina, di emoglobina (derivata da globuli rossi presenti nelle urine), di nitriti (prodotti da batteri), di esterasi leucocitarie (liberate dai globuli bianchi), di glucosio, e valutano il pH e la densità, che indica se le urine sono concentrate o diluite.

L'esame del sedimento urinario, sempre più eseguito in prima istanza con strumenti automatici, svela la presenza di un numero anormale di globuli rossi, di globuli bianchi (che possono indicare l'esistenza di un'infezione urinaria) e di altri eventuali elementi patologici.

La **creatinina** è una sostanza prodotta dai muscoli ed eliminata dai reni: il suo livello nel sangue aumenta quando la funzione renale diminuisce.

**L'esame delle urine è di importanza cruciale. A quali dati dobbiamo prestare soprattutto attenzione?**

Come abbiamo ricordato, al valore dell'albuminuria, alla presenza di emoglobina (liberata dai globuli rossi presenti nelle urine) e, nel sedimento, di globuli rossi e di globuli bianchi. L'esame dovrebbe essere fatto con scadenza annuale in tutti i soggetti a rischio, biennale negli altri.

Le urine dei soggetti sani contengono piccole quantità di albumina e di altre proteine. Complessivamente tutte queste sostanze proteiche sono indicate come proteinuria. Le strisce reattive indicano se è superato, o meno, il valore massimo normale di 10 mg/dL di albumina. Naturalmente, se le urine sono molto abbondanti e diluite, un modesto aumento di questo valore potrà sfuggire.

Il dosaggio in laboratorio della proteinuria dovrà confermare se l'eliminazione di proteine urinarie, che i reni ammalati lasciano sfuggire, è davvero elevata.

Il metodo tradizionale prevede che questo dosaggio sia eseguito su urine raccolte per 24 ore, e in tal caso il valore massimo dell'eliminazione normale è di 150 - 200 mg. al giorno. In alternativa, si può ricorrere allo studio del rapporto proteinuria/creatininuria su un campione a caso, meglio del mattino: in tal caso il limite massimo è di 150 mg di proteine per grammo di creatinina.

Le urine del soggetto normale possono contenere rari globuli rossi. Un aumento patologico del loro numero è svelato dalla positività della ricerca dell'emoglobina. Analoga è la situazione dei globuli bianchi, la cui presenza in quantità anormale è indicata dalla positività di un loro enzima, l'esterasi leucocitaria. Perdite vaginali possono peraltro causare un aumento di questi enzimi.

Un esame del sedimento urinario è necessario per confermare la presenza di globuli rossi, di globuli bianchi o di altri elementi anormali. Per necessità organizzative, molti laboratori eseguono questa lettura con strumenti automatici, che non sono per ora in grado di sostituire del tutto la lettura diretta al microscopico. In caso di reperti patologici è opportuno affidare la lettura del sedimento urinario a una persona esperta (esame di secondo livello).

**Da qualche tempo si sente parlare della cosiddetta microalbuminuria. Di cosa si tratta?**

L'albumina è la più importante delle frazioni proteiche del sangue e delle urine, anche quando i reni lasciano passare proteine in quantità anormali.

In alcune circostanze, la quantità di albumina che si può ritrovare nelle urine, pur essendo elevata rispetto al normale (valore massimo nelle 24 ore: 30 mg), essere ancora inferiore a quella svelata dalle strisce reattive. Questo capita per eliminazioni comprese tra 30 e 300 mg 24 ore, che sono definite appunto come microalbuminuria, e debbono essere dosate con metodi speciali. La presenza di microalbuminuria può precedere quella di altre proteine di maggior peso molecolare del sangue, ed è un segno iniziale di danno renale nel diabete e nelle persone che abbiano una sofferenza vascolare importante. Per questo motivo la ricerchiamo sistematicamente in chi è affetto da queste malattie e nell'ipertensione arteriosa non ben

controllata. Anche per l'albuminuria si può ricorrere, anziché allo studio su urine di 24 ore, alla determinazione del rapporto albumina / creatinina urinarie su un campione di urine a caso, meglio del mattino.

### **Un esame delle urine normale ci assicura allora che i nostri reni sono OK?**

Questo purtroppo è vero solo per una parte delle nefropatie.

In quasi tutti i tipi di malattia renale in fase avanzata vi sono infatti proteine e almeno delle tracce di sangue nelle urine, e alcune malattie renali esordiscono proprio con proteinuria, talora importante, spesso associata a sangue nelle urine (un'ematuria o una proteinuria isolata sono meno comuni)

Hanno un comportamento di questo tipo le glomerulonefriti primitive e secondarie e alcune nefropatie secondarie ad altre malattie, come ad esempio il diabete (nella nefropatia diabetica predomina la proteinuria).

Anche da ricordare è che la presenza di sangue nelle urine può essere dovuta anziché a una nefropatia, a una calcolosi urinaria, a una neoplasia o a un'infezione delle vie urinarie.

In parte dei pazienti affetti da altre malattie renali molto comuni non si trovano invece né proteinuria patologica né sangue nelle urine per parecchio tempo dopo il loro esordio. Ciò avviene frequentemente nel danno renale secondario all'ipertensione arteriosa, in alcune nefriti interstiziali, ad esempio da farmaci, e nelle malattie cistiche renali.

Quanto spesso questo fenomeno si verifichi nella pratica lo rivela lo studio della distribuzione delle principali malattie renali responsabili di insufficienza renale cronica terminale che richiede la dialisi: oltre il 40% di esse possono appunto decorrere, almeno inizialmente, con un esame delle urine normale.

### **La presenza di una proteinuria di entità anormale o di ematuria sono idonee a svelare solo una parte della patologia renale e non consentono uno screening adeguato all'epidemiologia delle malattie renali. Cosa si deve fare?**

Ecco perché, per rispondere in modo corretto alla domanda "i tuoi reni sono OK?", quando si sospetti la presenza di una nefropatia che può decorrere anche con un esame delle urine normale, bisogna far riferimento alla funzione renale.

Tra le numerose funzioni dei reni, nella definizione di normalità o anormalità, facciamo d'abitudine riferimento al volume di liquidi filtrati ogni minuto, il cosiddetto filtrato glomerulare renale, che è in genere compreso tra 80 e 130 mL nell'adulto sano, a dieta libera.

Una valutazione indiretta può essere ottenuta con la **determinazione nel sangue della creatinina**, il cui valore, come già ricordato, aumenta in caso di danno renale. La sola valutazione della creatininemia (valori normali 0,7 – 1,2 mg/dL) è però un indice troppo approssimato per essere affidabile.

Per questo, nella pratica clinica, si ricorre spesso alla determinazione della cosiddetta **clearance della creatinina**, che richiede anche il dosaggio della creatinina urinaria su urine di 24 ore e il cui valore è considerato corrispondente a quello del filtrato glomerulare. La clearance della creatinina, esame di basso costo ma fastidioso da eseguire per la necessità di raccogliere con precisione tutte le urine prodotte in un giorno, tende a sopravvalutare i valori del filtrato glomerulare sino a un 20%, ma è attualmente l'esame più eseguito quando si vuol determinare quanto funzionino i reni.

In alternativa, per calcolare il valore della filtrazione glomerulare o della clearance della creatinina, si possono utilizzare delle equazioni che non richiedono un dosaggio nelle urine, ma solo la creatininemia e alcune caratteristiche del paziente, e sono quindi più semplici da eseguire.

Le più diffuse sono:

- l'equazione MDRD e la formula da essa derivata CKD-EPI, che richiedono di specificare la creatininemia, il sesso, l'età, e l'etnia del soggetto in esame, e forniscono il valore del "filtrato glomerulare stimato".

Sono disponibili formule da utilizzare nel caso che la creatininemia sia stata eseguita, o meno, con un metodo standardizzato secondo parametri internazionali.

- l'equazione di Cockcroft (che richiede creatininemia, età, peso, sesso del soggetto, e indica il valore stimato della clearance della creatinina).

Se chi legge conosce il valore della propria creatininemia, può facilmente conoscere il valore del suo filtrato glomerulare stimato, utilizzando i calcolatori CKD – EPI e MDRD del filtrato glomerulare presenti nel sito della NKF, per i quali esiste un link nella *home page* della Fondazione Italiana del Rene.

Per valori di filtrato glomerulare stimato superiori a 60 mL per minuto, la formula MDRD non è molto precisa, e per questo motivo è opportuno indicare che sono superiori appunto a 60 mL per minuto.

L'equazione CKD-EPI ha migliorato l'attendibilità dei valori sino a 90 ml per minuto e quindi ha innalzato il livello entro il quale possono essere indicati i dati numerici.

A giudizio del medico, un valore preciso può essere eventualmente ottenuto con la determinazione della clearance della creatinina. Ma già in questa prima valutazione c'è l'informazione fondamentale, cioè che la funzione renale è superiore o inferiore a 60 mL per minuto, livello al di sotto del quale cominciano a farsi sentire le conseguenze del danno funzionale su vari tessuti e organi, cuore compreso o, meglio ancora, è superiore a 90 ml/min.

La situazione è critica se il valore stimato della filtrazione glomerulare è inferiore a 29 o, peggio ancora a 15 mL per minuto.

La National Kidney Foundation statunitense ha proposto una scala di valori con diversi gradi di danno che offre anche precisi riferimenti di valutazione, ed è ora largamente adottata.

<b>CLASSIFICAZIONE DEL DANNO RENALE CRONICO</b>		
<b>Grado</b>	<b>descrizione</b>	<b>filtrato glomerulare</b>
I	danno renale con funzione normale o aumentata	90 mL/min o più
II	danno renale con compromissione funzionale lieve	60 – 89 mL/min
III	danno renale con compromissione funzionale moderata	30 - 59 mL/min
IV	danno renale con compromissione funzionale grave	15 – 29 mL/min
V	insufficienza renale “terminale”	15 mL/min o meno

**La stima del valore della filtrazione glomerulare a partire dalla creatininemia si è diffusa anche in Italia in una percentuale molto elevata di laboratori, ed è prevedibile una sua ulteriore diffusione**

Le novità, anche quando sono utili, non sempre si diffondono senza resistenze. Inoltre non tutti i metodi di dosaggio della creatinina sono ben idonei a questo impiego.

In alcuni Paesi (ad esempio in Australia, nell’United Kingdom e in un numero crescente di Stati degli USA) esistono disposizioni delle Autorità Sanitarie che impongono di abbinare sempre, automaticamente, al dosaggio della creatininemia il valore del filtrato glomerulare stimato. In alcuni stati Europei (Francia, Germania, Italia) questa pratica è adottata da un numero crescente di laboratori.

**Perché non eseguire questo controllo in tutti gli adulti? E quale percorso seguire per rispondere alla domanda: stanno bene i tuoi reni?**

In pratica non possiamo ancora pensare in Italia a controlli regolari della funzione renale in tutta la popolazione adulta, ma è possibile invece prevedere almeno dei controlli sistematici delle urine, con strisce reattive. Contemporaneamente dovrebbero essere ricercati eventuali fattori di rischio per la comparsa di un danno renale, e dovrebbe essere misurata la pressione arteriosa (nella tabella sono sottolineati i fattori che possono contribuire ad aggravare il danno, una volta instaurato). L’ipertensione arteriosa, prima causa di danno renale grave nel nostro ambiente, e a sua volta possibile segno di malattia renale, è definita dalla presenza di valori eguali o superiori a 140/ 90 mm Hg a qualsiasi età.

**Fattori di rischio per la comparsa di un danno renale. Molti possono essere corretti o eliminati. Alcuni di questi fattori (che nell’elenco sono sottolineati) possono anche accelerare l’evoluzione del danno renale.**

- Familiarità per nefropatie
- Precedenti malattie renali o urologiche, infettive, calcolotiche o neoplastiche
- > 65 anni di età
- Iipertensione arteriosa
- diabete
- obesità e sindrome dismetabolica
- abuso o impiego protratto di farmaci (soprattutto FANS e litio.)
- malattie autoimmuni
- Cardiopatia
- Aterosclerosi periferica, coronarica e cerebrale
- Ostruzione urinaria e malattia da reflusso vescico-ureterale
- Nefrolitiasi
- Fumo
- Neoplasie
- Infezioni

I controlli di cui abbiamo parlato, semplici, non costosi, richiedono poco tempo e sono eseguiti nelle campagne di screening proposte dalla Fondazione Italiana del Rene. In ogni caso essi dovrebbero essere fatti anche nel corso di visite mediche o di controlli sanitari occasionali, con frequenza annuale nei soggetti a rischio, biennale in quelli che non lo sono.

**In conclusione:** se la striscia reattiva è negativa, la pressione arteriosa è normale, e non ci sono fattori di rischio, si può ragionevolmente dire: **i miei reni sono OK!**

**Se vi è proteinuria o sangue nelle urine, o se sono presenti fattori di rischio, anche in assenza di anomalie urinarie, è invece necessario un controllo della creatininemia con calcolo del filtrato glomerulare stimato.**

**Se una persona presenta fattori di rischio, a seconda della loro importanza, questo controllo dovrebbe essere eseguito ogni uno – due anni.**

**In presenza di un numero elevato di globuli bianchi o di nitriti (nella donna è necessario che la raccolta delle urine sia stata eseguita in modo da evitare una contaminazione vaginale), anche in assenza di sintomi è prudente eseguire un conteggio urinario della batteriuria, per ricercare un'eventuale infezione urinaria.**

In base all'insieme dei risultati, il medico di famiglia deciderà se e come proseguire gli accertamenti e quali provvedimenti adottare.

Un valore di filtrato glomerulare stimato superiore a 60 mL per minuto, con un esame delle urine normale e valori pressori nella norma, non esclude ovviamente un danno renale lieve (grado 2 della scala NKF) ma, in assenza di proteinuria ed ematuria, non si tratta in genere di una condizione preoccupante.

E naturalmente è sempre necessario cercare di togliere di mezzo i fattori di rischio sui quali è possibile agire.

#### **Ma vale davvero la spesa fare questi accertamenti?**

Certamente sì. Innanzitutto la maggior parte delle malattie renali sono curabili, ed è in genere possibile intervenire con ottimi risultati anche sui fattori di accelerazione del danno renale (si tratta per lo più degli stessi fattori di rischio per la comparsa del danno renale). Anche in questo settore vale ovviamente la regola: tanto prima, tanto meglio.

#### **Quindi gli screening sono utili ?**

Lo sono senza dubbio per chi si scopre ammalato e non lo sapeva, e così può curarsi.

Non tutti sono però d'accordo che sia davvero vantaggioso su un piano economico esaminare sistematicamente l'intera popolazione, in quanto i sani sono molti e quindi il costo di ogni diagnosi di malattia ha un costo elevato. E qualcuno ritiene che sia inutile confermare ad una persona che è sana. Personalmente non sono d'accordo con questi calcoli, anche in base all'esperienza diretta, molto positiva, della medicina preventiva praticata sin dagli anni cinquanta in alcune grandi industrie torinesi, proprio con la finalità di confermare e preservare lo stato di salute di propri dipendenti, prezioso non solo dal punto di vista umano, ma anche come patrimonio di esperienza e di capacità.

Nel caso dell'ipertensione arteriosa è stato anche rilevato che, dopo uno screening dell'ipertensione arteriosa, chi si trova iperteso può andare incontro a depressione, o può ridurre il proprio rendimento lavorativo. Comportamenti di questo tipo sono in gran parte frutto di una cattiva informazione; in ogni caso è preferibile una preoccupazione iniziale a una dialisi o a un incidente cardiovascolare successivi e, in effetti, proprio nello screening dell'ipertensione arteriosa si riconoscono attualmente dei benefici sicuri.

#### **Quali potrebbero essere i vantaggi di estendere i controlli nefrologici alla totalità della popolazione?**

Per quanto riguarda lo screening delle malattie renali, è da sottolineare il grave ritardo con il quale operiamo. Questo non si verifica in tutti i Paesi.

In Giappone, dal 1972 è in uso un esame delle urine con strisce reattive con l'obiettivo di esaminare regolarmente ogni bambino e ogni lavoratore, e dal 1983 ogni persona con più di 40 anni. Dal 1992, a ogni residente viene anche eseguito un dosaggio della creatinemia.

Per quanto l'utilità di questo tipo di screening sistematico debba ancora essere definita con sicurezza, dato il grande numero di "fattori confondenti" che possono influire sui risultati principali, ad esempio sul numero di casi che giungono annualmente alla dialisi, secondo un recente studio su quest'argomento, pubblicato da K Yamagata sulla rivista Clinical and Experimental Nephrology, ci sono molte buone ragioni per proseguire questi programmi.

Un'altra iniziativa molto ampia è in corso, sin in dal 1998, per tutti gli allievi delle scuole coreane che devono eseguire un esame di urine all'anno con una striscia reattiva su un campione delle prime urine del mattino. Se l'esame è anormale, viene eseguito un secondo controllo da parte di un pediatra nefrologo. Al momento sono stati esaminati circa cinque milioni di bambini e il programma è destinato a continuare.

In America latina, Brasile, Cuba, Perù, Uruguay e Venezuela stanno avviando dei programmi di screening delle malattie renali; Argentina, Colombia, Bolivia, Repubblica Dominicana, Guatemala, e Paraguay li stanno sviluppando e ampliando. Iniziative di screening sono in corso nella maggior parte dei Paesi europei.

In Italia, in occasione della Giornata Mondiale del Rene che si svolge ogni anno, su iniziativa della FIR e della SIN sono effettuate campagne di screening sulla popolazione generale, in camper/gazebo nelle piazze o con iniziative di "porte aperte" in reparti di nefrologia.

L'esperienza della Giornata del Rene 2005 di screening nella popolazione generale nelle piazze di 14 città italiane ha consentito di rilevare come, di 3757 persone esaminate, ben il 39% fosse iperteso (nel 51% di essi si trattava di una nuova diagnosi) e il 14% avesse una proteinuria.

Questi rilievi confermano quelli di un'esperienza su 698 passanti esaminati a Napoli nella Giornata Mondiale del Rene dell'anno precedente, e i dati raccolti a Casale in un'iniziativa di porte aperte in nefrologia nell'Ospedale Santo Spirito (30% di ipertesi; ipertensione nota solo nel 54% degli ipertesi. Il 56% degli ipertesi in terapia non aveva un controllo pressorio adeguato. Una microematuria, da ++ a +++, era presente nell'11% e una proteinuria nel 12% dei soggetti esaminati).

Queste iniziative si ripeteranno quest'anno, e ad esse sarà affiancato uno screening nefrologico in ragazzi in età scolare; anche lo screening nefrologico sistematico nei parenti dei pazienti nefropatici lanciato lo scorso anno su iniziativa della SIN è un provvedimento molto importante.

Tutte queste azioni devono anche attirare l'attenzione sulle malattie renali e sulla loro prevenzione, sulla necessità di diagnosi precoci e sull'importanza del problema da affrontare.

Ci auguriamo che l'offerta di occasioni per poter rispondere alla domanda "I miei reni sono OK?" sia in futuro più ampia dell'attuale.

In attesa che ciò accada, come già sottolineato, è urgente una maggior attenzione da parte di tutti, con azioni individuali, in occasione di controlli sanitari eseguiti per qualsiasi motivo, o effettuati ad hoc, presso il medico di famiglia: una riflessione sui fattori di rischio, un controllo della pressione arteriosa, un esame delle urine con striscia reattiva e una creatininemia sono presto fatti, con poca spesa. Il vantaggio sarà notevole.