



Il Presidente

Prof. Vittorio E. Andreucci

## Fondazione Italiana del Rene ONLUS

Associata alla *International Federation of Kidney Foundations*

Fondo sociale : € 65.000,00 int. vers.

Cod. Fisc. 94216060635

**Sede Sociale: Via Giacomo Puccini 18 - 80127 Napoli**

Tel. (081)5562922 Fax: (081)5466844

[www.fondazioneitalianadelrene.org](http://www.fondazioneitalianadelrene.org)

e-mail: [firandreucci@yahoo.it](mailto:firandreucci@yahoo.it)

### Problemi renali e Prevenzione

#### A. Premessa

L'insufficienza renale cronica (IRC) è uno stato di malattia di grande impatto sulla sanità pubblica per tre motivi: (a) il numero di pazienti con IRC è in costante ascesa a causa dell'aumento dell'età della popolazione generale e delle patologie ad essa correlate, quali ipertensione e diabete tipo 2, che rappresentano oggi le principali cause di IRC; (b) la mortalità e la morbilità cardiovascolare nell'IRC sono marcatamente più elevate sia nei pazienti dializzati (in cui la mortalità da cause cardiovascolari è aumentata di 20-500 volte) sia nei pazienti con iniziale danno renale, in cui c'è già un aumento significativo (di 3-4 volte) della morbilità/mortalità cardiovascolare; (c) Il trattamento dialitico, punto di arrivo della quasi totalità dei pazienti con IRC è una terapia ad alto costo sia sociale (il paziente dializzato è costretto a interrompere la propria attività a giorni alterni per 4-5 ore) che economico (**1. Dati Epidemiologici Italia**).

Si stima che oggi nel mondo 1.800.000 pazienti siano in trattamento dialitico per uremia cronica; ed è previsto che nel 2010 si giungerà a 2 milioni di pazienti. Negli USA l'incidenza annuale media dei pazienti che entrano in trattamento dialitico ha raggiunto, nel 2004, l'enorme cifra di 342 per milione di popolazione (pmp). Anche se le statistiche USA dimostrerebbero che l'incremento dei pazienti incidenti, anno dopo anno, avrebbe raggiunto un plateau (340 pmp nel 2002, 343 pmp nel 2003, 342 pmp nel 2004), va tenuto presente che (a) persiste in USA un incremento dei pazienti prevalenti (1477 pmp nel 2002, 1521 pmp nel 2003, 1563 pmp nel 2004) e (b) molto probabilmente negli USA non tutti i pazienti trovano la possibilità di dializzare visti gli alti costi della terapia dialitica e visto il Sistema Sanitario USA che (a differenza dell'Italia) non garantisce a tutti l'assistenza sanitaria gratuita.

In Italia, secondo il Registro Italiano di Dialisi e Trapianto della *Società Italiana di Nefrologia (SIN)* relativo al 2004, sono in media 170 pmp i pazienti che iniziano la dialisi ogni anno, con variazioni regionali dal 133 pmp/anno in Trentino Alto Adige e 199 pmp/anno in Sicilia. L'incremento negli anni è stato notevole, visto che, secondo il Registro dell'EDTA (*Società Europea di Nefrologia*) i pazienti che avevano iniziato la dialisi nel 1993 erano stati 90.4 pmp (**1. Dati Epidemiologici Italia**).

Peraltro i pazienti in trattamento cronico con rene artificiale diventano sempre più anziani. Questo invecchiamento della popolazione dialitica trova tre motivazioni: (1) l'aumento dell'età media della popolazione generale, (2) la possibilità dei pazienti giovani di sottoporsi a trapianto renale e quindi di sospendere la dialisi, e (3) il miglioramento delle tecniche di dialisi per cui anche pazienti molto anziani tollerano bene il trattamento dialitico. Ma anche incrementando i trapianti non si riuscirà mai a raggiungere un numero di trapianti renali che pareggi il numero dei nuovi pazienti che entrano in dialisi. Ed il costo della terapia dialitica è molto elevato: € 50.000/paziente/anno (V. di seguito).

I soggetti in terapia dialitica sono considerati la punta di un iceberg: secondo alcune stime, per ogni paziente in dialisi ve ne sarebbero almeno 200 con un certo grado di compromissione della funzione renale. Si ritiene che 11% della popolazione statunitense (cioè 19 milioni di americani) hanno una malattia renale (Thomas D. DuBose, Presidential Address a San Diego, Congresso dell'*American Society of Nephrology*, 15-20.11.06). In tutto il mondo potrebbero pertanto esservi più di 300 milioni di pazienti portatori di un danno renale. Tuttavia, solo una parte di questi pazienti raggiungerà lo stadio di uremia in cui risulta necessario sostituire la funzione renale con la dialisi mediante rene artificiale. Studi clinici suggeriscono che molti pazienti affetti da un danno renale anche modesto non sopravvivono fino alla fase dialitica, ma muoiono precocemente per Malattie Cardiovascolari (**2. Dati Epidemiologici USA**).

Quindi l'IRC da una parte incrementa notevolmente la mortalità da cause cardiovascolari, dall'altra portano coloro che sopravvivono alla necessità della terapia dialitica.

## B. Epidemiologia dei malati renali in Italia: dati del 2004 della SIN (1. Dati Epidemiologici Italia)

### DIALISI

Allo stato attuale in Italia si conosce con esattezza solo la prevalenza dell'IRC in fase dialitica.

Nel 2004 le strutture di Nefrologia e/o Dialisi in Italia erano 961, di cui 295 erano private e 666 pubbliche. Di queste ultime 303 erano satelliti e 363 autonome (270 Strutture Complesse e 93 Strutture Semplici). Quindi le Strutture Complesse erano 4,6 pmp. I letti di degenza di Nefrologia erano in media 47 pmp (con un range da 88 pmp in Puglia a 32 pmp in Sardegna). Il numero medio dei ricoveri in Nefrologia nel 2004 furono di 1802 pmp (range da 3439 in Puglia a 974 in Trentino Alto Adige; 334 in Campania).

Il numero dei Centri di Dialisi, nel 2004, era in Italia 16,5 pmp, con un range da 26,9 pmp in Campania a 9,5 pmp in Liguria. I posti di dialisi erano 218 pmp, con un range da 356 pmp in Sicilia a 126 pmp in Toscana; in Campania 337 pmp.

Nel 2004 sono entrati in terapia dialitica 169 pmp, con un range da 199 pmp in Sicilia a 130 pmp in Trentino Alto Adige (in Campania 187 pmp). La prevalenza dei pazienti in terapia dialitica (extracorporea + peritoneale) era 741 pmp, con variazioni regionali da 534 nel Veneto a 915 pmp in Sicilia. Dei pazienti in trattamento dialitico cronico, quelli in Dialisi Peritoneale erano, nel 2004, il 10,3% con un range da 19,5% in Liguria a 1,4% in Basilicata. I pazienti in trattamento dialitico cronico erano, nel 2004, 43.293, di cui 38.832 in Dialisi Extracorporea con rene artificiale e 4.461 in Dialisi Peritoneale.

La mortalità media dei pazienti in trattamento dialitico cronico era, in Italia, del 12,9%, con un range da 16,5% in Trentino Alto Adige a 10,8% in Puglia (12,8 pmp in Campania). Si calcola che oggi ci siano in Italia circa 45.000 pazienti in trattamento dialitico cronico.

### TRAPIANTI AL 2006 (3. Trapianti Renali al 2006)

Di tutti i pazienti uremici cronici in terapia sostitutiva in Italia, i trapiantati di rene erano, nel 2004, il 3,7%, con un range da 5,4% nel Veneto a 0,8% in Molise (3,4% in Campania).

I trapianti di rene in Italia sono progressivamente aumentati di numero anno dopo anno. Nel 1992, secondo dati ministeriali, ne furono eseguiti 611, nel 1997 si sono raddoppiati (1221), per passare nel 2003 a 1487, nel 2004 a 1746, nel 2005 a 1671 e nel 2006, sino al 31 Maggio, a 1815.

I pazienti in lista di attesa al 30 Aprile 2006 erano in Italia 6339.

La sopravvivenza del rene trapiantato, secondo una statistica statunitense, è dell'88,7% dopo un anno dal trapianto e del 65,7% dopo 5 anni nel caso del trapianti di rene da donatore cadavere, mentre è del 94,3% dopo un anno dal trapianto e del 78,6% dopo 5 anni nel caso del trapianti di rene da donatore vivente. La sopravvivenza del paziente, nella stessa statistica, è del 94,2% dopo un anno dal trapianto e del 80,7% dopo 5 anni nel caso del trapianti di rene da donatore cadavere; nel caso del trapianti di rene da donatore vivente la sopravvivenza del paziente è del 97,5% dopo un anno dal trapianto e del 90,1% dopo 5 anni.

Secondo dati ministeriali di quest'anno, la donazione media di rene da donatore cadavere nel 2006 (Dati preliminari al 31.5.06) è di 21,5 pmp, con variazioni da 5,1 pmp nella Provincia autonoma di Trento a 44,9 pmp nel Friuli Venezia Giulia. In Campania i dati sono: 11,4 pmp nel 2005 e 11,0 pmp nel 2006.

### IRC IN FASE NON DIALITICA

L'epidemiologia della popolazione di pazienti con IRC in fase non dialitica è ancora sconosciuta.

Negli USA, unica nazione per cui sono disponibili tali dati, il numero di pazienti con IRC non dialitica è 50 volte superiore a quello dei pazienti in trattamento sostitutivo (0.1%), essendo pari a circa il 5% della popolazione adulta (2. Dati Epidmiologici USA).

In base ai valori del Filtrato Glomerulare, l'IRC viene suddivisa in 5 Stadi:

Stadio 1: FG > 90 ml/min

Stadio 2: FG 60-90 ml/min

Stadio 3: FG 30-60 ml/min

Stadio 4: FG 15-30 ml/min

Stadio 5: FG <15 ml/min/dialisi

Secondo alcune valutazioni del 2003 la prevalenza dei pazienti con IRC nei vari stadi sarebbe la seguente:

Stadio 1: FG > 90 ml/min	n. 5.900.000	} TOTALE n. 19.572.000
Stadio 2: FG 60-90 ml/min	n. 5.300.000	
Stadio 3: FG 30-60 ml/min	n. 7.600.000	

Stadio 4: FG 15-30 ml/min n. 400.000

Stadio 5: FG <15 ml/min/dialisi n. 372.000

Se la prevalenza delle malattie renali in Italia è uguale a quella degli USA (secondo quanto dichiarato da Thomas D. DuBose, Presidente dell'*American Society of Nephrology* nel suo *Presidential Address* a San Diego, California, nel Congresso dell'*American Society of Nephrology* 15-20.11.06, la prevalenza delle malattie renali in Europa è uguale a quella negli USA), in Italia ci sono oggi 2 milioni e 200 mila pazienti con IRC non ancora in dialisi, una cifra spaventosamente alta. E' stato calcolato che negli Stati Uniti d'America ci sono 20 milioni di persone con proteinuria persistente

La conoscenza dell'epidemiologia delle malattie renali nel nostro Paese permetterebbe una programmazione corretta delle risorse umane ed economiche da utilizzare per la terapia sostitutiva delle fasi avanzate dell'IRC. Ma il riconoscimento precoce dei primi segni di malattia renale permette una prevenzione adeguata.

### C. La Spesa Sanitaria per la Dialisi (4. Spesa Sanitaria e per Dialisi)

La terapia dialitica è sicuramente anche un problema economico per qualsiasi Nazione. Le Nazioni povere pertanto non praticano per nulla la dialisi lasciando così morire i pazienti uremici cronici. Ma anche le Nazioni più sviluppate avranno presto grandi problemi a garantire la terapia dialitica a tutti i loro pazienti, visto che il numero di coloro che necessitano la dialisi continua a crescere, come abbiamo già detto.

Ecco alcune considerazioni sui costi della terapia dialitica.

Nel 2004, la Spesa Sanitaria espressa in per cento del PIL era la seguente: Europa 8,6%; Unione Europea (25 Paesi) 8,8%; Italia 8,5%, Germania 11%, Francia 9,5%, Regno Unito 7,8%.

Quanto incide la Spesa Dialitica sulla Spesa Sanitaria? Si è calcolato che, in Italia, la Spesa Dialitica per il trattamento dei pazienti che necessitano di dialisi cronica (0,08% della popolazione) è 25 volte la Spesa Sanitaria *pro capite*.

In Germania (in dialisi 0,08% della popolazione) è 20 volte la Spesa Sanitaria *pro capite*.

In Francia (in dialisi 0,05% della popolazione) è 35 volte la Spesa Sanitaria *pro capite*.

Nel Regno Unito (in dialisi 0,03% della popolazione) è 30 volte la Spesa Sanitaria *pro capite*.

Appare quindi evidente che i pazienti in dialisi cronica incidono sensibilmente sul budget sanitario di qualsiasi Paese. Si riporta di seguito, come valore indicativo di spesa per la dialisi cronica, il Tariffario Nazionale, sottolineando che ci sono poi variazioni da Regione a Regione a seconda delle decisioni assunte dagli Assessorati Regionali alla Sanità.

#### Tariffario Nazionale

Codici		Tariffe
39.95.1	bicarbonato	€ 154,94
39.95.2	bicarbonato a.l.	€ 129,11
39.95.3	bicarbonato a.d.	€ 103,29
39.95.4	membrane comp.	€ 165,27
39.95.5	HDF	€ 232,41
39.95.6	HDF a.l.	€ 206,58
39.95.7	altra emodiafiltrazione	€ 258,23
39.95.8	emofiltrazione	€ 258,23
39.95.9	emod+emof.	€ 206,58
39.99.1	valutazione ricircolo	€ 17,46
89.01	visita breve	€ 12,91
89.03	stesura piano	€ 20,66

### D. La malattie renali: un problema di Sanità Pubblica

Negli ultimi due decenni in Italia, come nel resto dell'Europa e negli Stati Uniti, il numero dei pazienti avviati alla dialisi è più che raddoppiato e continua ad aumentare, interessando soprattutto le persone con oltre 65 anni di età, senza che si sia peraltro verificata una riduzione nelle classi di età inferiore. Il fenomeno ha radici lontane. In USA si calcola che una persona su 9 abbia problemi ai reni. In Australia, dove esiste un sistema di monitoraggio molto efficiente, un abitante su 7 presenterebbe una compromissione della funzione renale almeno iniziale, e uno su 1400 sarebbe affetto da una forma grave di insufficienza renale cronica.

A cosa è dovuto questo preoccupante aumento di nefropatie che è stato definito dall'OMS come una pandemia? Alla sua base stanno l'allungamento della vita e una riduzione della cosiddetta mortalità competitiva, condizioni che consentono alle malattie renali di svilupparsi negli anni; non è però irrilevante il fatto che sovente la diagnosi è tardiva e ciò fa sì che non si possano prendere per tempo i provvedimenti necessari e che la malattia, spesso senza sintomi evidenti, proceda indisturbata.

In Italia, in un 15% dei casi che giungono alla dialisi non è neppure possibile individuare la malattia che ha condotto il paziente all'uremia.

L'insufficienza renale cronica deve essere ovunque considerata come malattia in crescita, di grande impatto sociale, e l'attenzione nei suoi confronti è aumentata dopo la dimostrazione che un'insufficienza renale anche lieve accresce sensibilmente il rischio di morbilità e mortalità cardiovascolare e che, per contro, prevenzione e trattamenti precoci sono molto efficaci.

Negli scorsi decenni abbiamo lavorato accanitamente per assicurare la dialisi a tutti coloro che ne avessero la necessità e per incrementare il numero delle donazioni per i trapianti di rene, ancora insufficienti rispetto alle richieste, nonostante gli ottimi livelli raggiunti nel nostro Paese. Si tratta di obiettivi importantissimi e resta ancora molto da fare, specialmente nel campo dei trapianti.

Ma tutto questo non basta. È venuto il momento di assumerci con urgenza un altro impegno: avviare con prontezza e determinazione un programma di prevenzione e di trattamento precoce delle nefropatie. settore al quale sin d'ora non si è prestata sufficiente attenzione.

## **E. Le Malattie Renali più comuni**

I registri di dialisi ci dicono che l'insufficienza renale cronica che porta i pazienti alla dialisi può essere causata da molte, differenti affezioni.

Nell'ordine si trovano le lesioni renali secondarie all'ipertensione arteriosa ed all'arteriosclerosi, ed il diabete. Seguono per frequenza le Glomerulonefriti, le cosiddette Nefropatie interstiziali, talora infettive o secondarie ad una ostruzione delle vie urinarie, o più spesso legate a un uso inappropriato di farmaci, le Malattie Renali Ereditarie, tra le quali i Reni Policistici e le lesioni renali secondarie a Malattie delle vie urinarie, frequentemente ostruttive, non raramente congenite.

Tutte le età possono essere interessate dalle malattie renali, ma in modo diverso. Nei giovani predominano le Glomerulonefriti, le Malattie Ereditarie e quelle Congenite. Negli anziani, predominano le lesioni su base vascolare e dismetabolica. Sempre negli anziani, la Nefropatia più diffusa è la cosiddetta Nefroangiosclerosi, malattia dei piccoli vasi arteriosi del rene, in genere collegata all'ipertensione Arteriosa. Con l'aumento dei casi di Diabete dell'adulto stanno diventando comuni le lesioni renali secondarie a questa malattia dismetabolica.

## **F. La Prevenzione delle Malattie Renali: come diagnosticarle precocemente**

L'identificazione dei pazienti con Malattia Renale nelle fasi iniziali è essenziale per implementare subito una terapia farmacologica la cui efficacia nel rallentamento della progressione del danno cardiovascolare e renale è stata ampiamente riconosciuta ed è suggerita dalle principali Linee Guida nazionali ed internazionali sul trattamento del Nefropatico.

Un'adeguata prevenzione delle malattie renali si realizza con il precoce riconoscimento dei primi segni di potenziali problemi per i reni: l'ipertensione, la proteinuria ed il Diabete. Questi fattori compromettono la funzione renale, ma spesso non danno disturbi, passando pertanto inosservati. Oggi i Nefrologi sono in grado di correggere l'ipertensione, ridurre la Proteinuria e curare il Diabete, prevenendo in tal modo il danno renale irreversibile.

La *Fondazione Italiana del Rene Onlus* ha pertanto deciso di avviare, per la prima volta in Italia, il progetto *PREVENZIONE DELLE MALATTIE RENALI* con prestazioni gratuite da parte di Nefrologi. Una esperienza pilota si è svolta a Napoli nel 2004 ed è durata un'intera settimana. La stessa esperienza si è espletata nel 2005 con un TIR itinerante (giro d'Italia) in 14 città Italiane. In cosa consiste?

Un TIR adeguatamente attrezzato staziona in una piazza di intenso traffico, mettendosi a disposizione dei passanti. Ogni passante interessato entra nel TIR. Un Medico o un Infermiere scrive per lui, su una scheda numerata, nome, cognome, sesso, età e pone alcune domande sulle sue malattie passate e su quelle dei suoi familiari. Il passante riceve una busta con un contenitore sterile ed entra nella stanza con i servizi igienici per procedere alla minzione ed alla raccolta di un campione di urina nel contenitore. Quindi un Nefrologo procede al controllo gratuito della Pressione Arteriosa ed all'esame gratuito del campione di

urine per la determinazione di proteine, sangue, zucchero, pH, peso specifico. A tutti viene rilasciata una scheda con i risultati. I soggetti che presentano ipertensione arteriosa e/o proteinuria e/o glicosuria vengono invitati ad ulteriori controlli ed a visite Nefrologiche presso l'Ambulatorio di Nefrologia del Sistema Sanitario Nazionale per una valutazione della funzione dei reni e per l'instaurazione della terapia più adeguata.

### **G. Il Decalogo sulle Malattie Renali stilato congiuntamente dalla Società Italiana di Nefrologia e dalla Fondazione Italiana del Rene Onlus**

La Società Italiana di Nefrologia e la Fondazione Italiana del Rene Onlus hanno congiuntamente stilato il seguente Decalogo:

1. ● I reni sono organi che si possono deteriorare spesso senza dare alcun segno o sintomo, per cui è necessario, una volta all'anno, (a) misurare la pressione arteriosa e (b) effettuare l'esame delle urine.
2. ● Talvolta può essere necessario anche (c) conoscere il valore della creatinina nel sangue e (d) effettuare un'ecografia renale.
3. ● I soggetti a rischio di malattia renale sono: adulti con età superiore a 60 anni, ipertesi, diabetici, obesi, individui con familiarità per malattie renali e coloro che fanno abuso di farmaci anti-infiammatori.
4. ● Nella fase ultima della malattia renale (insufficienza renale terminale) gli unici rimedi sono la dialisi e/o il trapianto.
5. ● Nel mondo 1.500.000 persone si sottopongono a dialisi per poter vivere. Di queste, più di 43.000 sono in trattamento dialitico in Italia.
6. ● Le cause più comuni che portano all'insufficienza renale sono il diabete e l'ipertensione arteriosa non controllata. Infatti il 72% dei dializzati nel mondo sono pazienti diabetici e/o ipertesi.
7. ● Il diabete si complica con il danno renale nel 40% dei casi.
8. ● La progressione del danno renale si può rallentare con l'uso di farmaci che sono dotati di azione reno-protettiva, sia perché controllano la pressione arteriosa, sia perché riducono la proteinuria.
9. ● Il controllo della malattia renale è fondamentale perché migliora anche la prognosi cardiovascolare (chi è malato di rene spesso muore di malattia cardiaca).
10. ● Prevenire dunque si può. Curare e controllare bene il Diabete e la Pressione Arteriosa significa bloccare l'evoluzione del danno renale verso la dialisi.

### **H. La Prevenzione delle Malattie Renali: come curarle precocemente**

Come dichiarato da Thomas D. DuBose, Presidente dell'*American Society of Nephrology* (San Diego, Congresso dell'*American Society of Nephrology*, 15-20.11.06), anche se alcuni farmaci sono molto costosi (ACE inibitori, Statine), siccome hanno una dimostrata efficacia nel rallentare la progressione dell'IRC, il loro uso diventa utile anche come risparmio nella spesa sanitaria, in quanto allontanano la necessità della terapia dialitica, notoriamente molto costosa.

Nello sforzo preventivo occorre coinvolgere anche i Medici di Medicina Generale, che devono eseguire loro stessi controlli a tappeto di: (a) Pressione Arteriosa e (b) Esame delle urine, soprattutto alla ricerca di proteinuria e glicosuria (indice di possibile Diabete Mellito). Nei casi in cui ci siano alterazioni, va eseguito l'esame del sangue con la determinazione della Creatininemia e del calcolo del Filtrato glomerulare, utilizzando la formula

$$(140 - \text{età}) \times \text{Kg peso corporeo} / 72 / \text{mg\% Creatininemia}$$

In caso di valori di Creatininemia (e di azotemia) elevati (anche di poco), i pazienti vanno sottoposti ad Ecografia renale e catalogati nei diversi stadi dell'IRC a seconda del valore della Clearance della Creatinina (calcolata come sopra):

Stadio 1: > 90 ml/min

Stadio 2: 60-90 ml/min

Stadio 3: 30-60 ml/min

Stadio 4: 15-30 ml/min

Stadio 5: <15 ml/min/dialisi

I pazienti fino alla fine dello Stadio 3 vanno seguiti dai Medici di Medicina Generale con consultazioni periodiche del Nefrologo, che deve dare suggerimenti operativi al Medico di Medicina Generale che segue regolarmente il paziente.

Negli stadi più avanzati il Nefrologo va coinvolto più intensamente.

## **I. Le Unità Operative Complesse di Nefrologia in Italia (5. Necessità di UO Complesse di Nefrologia)**

Si è detto che la popolazione generale sta invecchiando e che anche questo contribuisce all'invecchiamento della popolazione dei pazienti in terapia dialitica. Ovviamente i pazienti anziani meritano maggiore attenzione e maggiore competenza da parte di chi li assiste in quanto più difficili da trattare.

Si è detto che la terapia dialitica è costosa. Ma è importante anche sapere che il paziente nefropatico costa di più se viene ricoverato in una struttura di Medicina Interna anziché in struttura specialistica nefrologica. Uno studio statunitense del 2000 ha quantificato la durata dei ricoveri del nefropatico ed i diversi costi a seconda se il paziente viene ricoverato in Medicina Interna o in Nefrologia (**5. Necessità di UO Complesse di Nefrologia**). La durata del ricovero dei pazienti dializzati per una stessa causa è risultata pari a 6,3 giorni se il ricovero avveniva in un Reparto di Nefrologia, mentre era di 8,1 giorni se avveniva in Reparto di Medicina Interna. Pertanto il costo medio per il ricovero per una stessa causa del singolo paziente dializzato era di \$ 7.925 nel Reparto di Nefrologia e di \$ 10.730 nel Reparto di Medicina Interna.

Appare pertanto evidente che, anche nell'immediato, la degenza in Nefrologia è più economica che in Medicina Interna. E' poi indubbio che un ulteriore risparmio si ha nel lungo termine se il paziente nefropatico viene trattato dallo Specialista anziché dall'Internista: la maggior competenza terapeutica del primo consentirà una maggiore dilazione dell'inizio della terapia dialitica (indubbiamente più costosa della terapia conservativa).

Anche l'uso dei farmaci nel nefropatico ha la sua importanza. Alcuni farmaci sono costosi, come l'Eitropietina, gli ACE inibitori, i Statini e le Statine. Ma è anche vero che il loro uso consente di dilazionare l'inizio della costosa dialisi (**5. Necessità di UO Complesse di Nefrologia**), per cui il loro utilizzo finisce con il costituire un risparmio nell'economia sanitaria.

## **K. La Prevenzione delle Malattie Renali: risultati del Progetto "Prevenzione Malattie Renali 2004 e 2005"**

L'esperienza pilota, svoltasi a Napoli dal 18 al 24 Aprile 2004 con il Patrocinio dell'Assessore alla Sanità della Regione Campania e del Comune di Napoli, ha registrato una affluenza dei passanti entusiasmante, continua e costante, anche nei giorni di pioggia. In una settimana si sono presentati ai controlli ben 700 persone. Dei 700 soggetti esaminati, si sono potuti utilizzare i dati di 698. E' risultato che il 77% erano o erano stati fumatori. Il 47% dei soggetti esaminati erano ipertesi, con una pressione arteriosa  $\geq 140/90$ . Il 24% erano ipertesi, ma non sapevano di esserlo, mentre il 23%, che sapevano di essere ipertesi ed erano in trattamento anti-ipertensivo, continuavano ad avere una pressione arteriosa elevata, a dimostrazione dell'inefficacia del trattamento o alla scarsa attenzione alla prescrizione del medico curante.

Quindi una ipertensione arteriosa fu riscontrata per la prima volta in 154 soggetti. L'ipertensione fu confermata successivamente nel 28% di questi soggetti; 23 partecipanti (15% dei 154 soggetti trovati ipertesi per la prima volta nel TIR) non si sottoposero ad ulteriori controlli pressori non ostante fossero stati sollecitati a farlo. Una proteinuria fu trovata nel 18% dei nuovi ipertesi. In 14 su 18 diabetici senza storia di ipertensione, fu trovata una ipertensione arteriosa per la prima volta e fu confermata successivamente. Alterazioni urinarie erano presenti in più della metà dei partecipanti e risultavano più frequenti nelle donne e nei pazienti diabetici. I soggetti dichiaratisi diabetici erano 55; non ostante la terapia, una glicosuria risultò presente in quasi un terzo. Glicosuria fu trovata in 6 partecipanti che non avevano storia di diabete (0,9% di tutti i soggetti esaminati).

I risultati ottenuti in questa prima esperienza del 2004 hanno dimostrato che (a) molte persone non sanno di essere ipertese; (b) il trattamento dell'ipertensione è inadeguato nella maggior parte dei pazienti ipertesi, soprattutto nei diabetici; (c) anomalie urinarie sono spesso presenti in soggetti che si ritengono normali; (d) andrebbero supportati i progetti finalizzati alla individuazione di ipertensione arteriosa, diabete ed alterazioni urinarie; (e) l'uso di un TIR attrezzato parcheggiato in aree residenziali delle città appare un metodo utile a promuovere la valutazione della pressione arteriosa ed all'esame di un campione estemporaneo di urine in soggetti ignari di essere malati.

Il successo dell'esperienza pilota di Napoli dell'Aprile 2004 ha portato la *FIR Onlus* a decidere di estendere il progetto su scala nazionale. Così nel 2005 il progetto è stato ripetuto in 14 città italiane. A

Casale Monferrato si è espletato nell'Aprile 2005 con l'impegno personale dei Nefrologi G. Piccoli e M. Gonella (Primario dell'Ospedale): 750 le persone che hanno avuto accesso alla postazione medica. Le altre città coinvolte sono state: Milano (con i Nefrologi D. Brancaccio, Vicepresidente della FIR e Professore di Nefrologia dell'Università statale presso l'Ospedale S. Paolo di Milano, M. Cozzolino ed A. Galassi), Imperia (con F. Cavatorta, Primario Nefrologo dell'Ospedale), Perugia (con U. Buoncristiani, Primario Nefrologo dell'Ospedale), Napoli (con i Nefrologi V. E. Andreucci e D. Russo, ambedue Professori di Nefrologia dell'Università Federico II di Napoli), Avellino, Solofra e Gesualdo (con B. Di Iorio, Primario Nefrologo dell'Ospedale di Solofra), Caserta e Marcianise (con L. D'Apice, Primario Nefrologo dell'Ospedale), Foggia (con L. Gesualdo, Professore di Nefrologia dell'Università di Foggia), Messina (con i Nefrologi G. Bellinghieri e V. Savica, ambedue Professori di Nefrologia, e G. Costantino, dell'Università di Messina), Milazzo (con B. Ricciardi, Primario Nefrologo dell'Ospedale), Siracusa (con S. Gianni, già Primario Nefrologo dell'Ospedale di Siracusa). In ogni città il TIR attrezzato ha stazionato in una piazza di grande traffico e personale medico ha effettuato gratuitamente il controllo della Pressione Arteriosa e l'esame delle urine. In effetti è stato lo stesso TIR che ha effettuato un giro d'Italia.

I risultati del progetto *PREVENZIONE DELLE MALATTIE RENALI 2005* sono stati presentati come Abstract all'ASN, 39th Annual Meeting (San Diego, 14-19.11.06); autori tutti i Coordinatori locali del Progetto.

In questa versione del progetto estesa a tutta Italia, abbiamo studiato: 1) la consapevolezza della popolazione generale riguardo la pressione arteriosa (PA) e la discrepanza con il reale valore della propria pressione arteriosa; 2) la prevalenza dei soggetti inconsapevoli di essere affetti da ipertensione arteriosa, microalbuminuria o BMI (*Body Mass Index*)  $\geq 25$ ; 3) una stima dell'adeguatezza del trattamento anti-ipertensivo in atto; 4) l'efficacia diagnostica di un programma osservazionale di 7 giorni.

Ai passanti veniva chiesto di rispondere ad un breve questionario sui seguenti punti: tradizionali fattori di rischio cardiovascolare, presenza di ipertensione arteriosa, terapia anti-ipertensiva in atto e presenza di Diabete Mellito. Si procedeva poi alla misurazione della pressione arteriosa ed alla determinazione della proteinuria mediante dip-sticks su un campione estemporaneo di urine.

Sono stati valutati in tutto 3757 soggetti: età media  $56 \pm 16$  anni (da 6 a 97), 2270 maschi (60%), BMI medio  $26 \pm 4$  Kg/m<sup>2</sup> (da 15 a 59), 397 dichiaratisi affetti da Diabete Mellito (11%). La prevalenza dell'ipertensione arteriosa (PA sistolica  $\geq 140$  mm Hg e/o PA diastolica  $\geq 90$  mm Hg) è risultata del 39% (in 1473 soggetti, PA sistolica  $148 \pm 15$  mm Hg, PA diastolica  $87 \pm 9$  mm Hg); 2353 soggetti (63%) avevano dichiarato di essere normotesi, ma 620 di loro (26%) sono risultati ipertesi; 1404 soggetti (37%) avevano riferito di essere ipertesi, di cui 853 (61%) sono stati confermati come ipertesi (*ipertensione mal controllata*).

Dei 1473 ipertesi solo 720 (49%) hanno riferito di essere in terapia anti-ipertensiva. Dei 2284 soggetti trovati normotesi, 484 (21%) erano in efficace terapia anti-ipertensiva. La prevalenza di albuminuria è risultata del 14% (564 soggetti) ed il 70% di questi soggetti non era in terapia. Dei 1389 soggetti che non erano diabetici e riferivano di non essere ipertesi, 267 (8% del totale) sono risultati affetti da albuminuria, 546 (15% del totale) erano ipertesi e 1084 (29% del totale) avevano un BMI  $\geq 25$  Kg/m<sup>2</sup>. Dei 1389 ipertesi solo 15 (0,7%) erano in terapia anti-ipertensiva.

Da questa esperienza del progetto del 2005 possiamo trarre le seguenti conclusioni: una elevata percentuale dei passanti era inconsapevole di essere ipertesa; un elevato numero di ipertesi non erano trattati adeguatamente; l'albuminuria è sottostimata nella popolazione generale e deve rappresentare un obiettivo nei programmi di prevenzione.

La Fondazione nazionale del rene degli Stati Uniti (*National Kidney Foundation*) ha avviato da alcuni anni il progetto *KEEP*. Ha offerto cioè ai pazienti statunitensi con segni di malattie renali ed ai loro familiari di presentarsi ai suoi laboratori per essere seguiti gratuitamente. La *FIR Onlus* ha fatto molto di più. Siccome chi si sente bene non pensa neanche lontanamente alla possibilità di ammalarsi e a recarsi dal medico per un controllo preventivo, sono stati i Medici della *FIR Onlus* ad andare incontro alla gente, anziché attendere che avvenisse il contrario. Questa della *FIR Onlus* è stata la prima iniziativa di reale opera preventiva di malattia renale nella popolazione generale.

Il Presidente della Repubblica Carlo Azeglio Ciampi, apprezzando l'iniziativa della *FIR Onlus*, ha deciso di assegnare alla *Fondazione Italiana del Rene Onlus* una Targa d'argento per il progetto *PREVENZIONE DELLE MALATTIE RENALI*.

## **L. La Giornata Mondiale del Rene**

## **A. Giornata Mondiale del Rene 2006: Giovedì 9 Marzo 2006**

L'*International Federation of Kidney Foundations (IFKF)* ha individuato nel secondo Giovedì del mese di ogni anno la *Giornata Mondiale del Rene*, demandando alla sua unica Associata italiana, la *Fondazione Italiana del Rene (FIR) Onlus* l'onore e l'onere della sua organizzazione in Italia. Del resto non potevano che essere le *Kidney Foundations*, attraverso la loro Federazione, a promuovere tale giornata, nell'ambito delle loro funzioni di valutazione epidemiologica delle malattie renali e di promozione delle iniziative per la loro prevenzione. In collaborazione con l'*International Society of Nephrology (ISN)*, infatti, la IFKF ha promosso il progetto di aumentare la consapevolezza delle malattie renali e della loro associazione con la mortalità e morbilità cardiovascolare e di attirare, in tutto il mondo, l'attenzione sulla urgente necessità di una individuazione precoce e quindi della prevenzione della malattia renale.

Il tema della *Giornata Mondiale del Rene 2006* è stato infatti il *Precoce Riconoscimento e Prevenzione delle Malattie Renali Croniche*. Lo scopo era quello di promuovere indagini precoci e visita medica per eventuali interessamento renale nei pazienti ad alto rischio, cioè persone di età maggiore di 50 anni, fumatori, pazienti con diabete e/o ipertensione arteriosa e familiari di soggetti affetti da diabete, malattie renali e/o ipertensione arteriosa. Questo tipo di screening indubbiamente permette di identificare precocemente coloro che hanno iniziali malattie renali croniche e quindi avviare quelle terapie che permettono di arrestare il danno e prevenirne la progressione.

Il tremendo interesse, entusiasmo e coinvolgimento di tutte le Fondazioni dei 45 Paesi aderenti all'*IFKF*, dall'Albania allo Zimbabwe, per la *Prima Giornata Mondiale del Rene* hanno portato la campagna promozionale a vincere l' *Associations Make a Better World Award*.

## **B. Giornata Mondiale del Rene 2007: Giovedì 8 Marzo 2007**

La *Giornata Mondiale del Rene 2007* si terrà Giovedì 8 Marzo 2007.

L'*IFKF* ha suggerito il seguente motto:

### ***Malattia Renale Cronica: comune, dannosa, trattabile***

L'*IFKF* assieme alla *ISN* ha dato a tutti i Nefrologi i seguenti suggerimenti:

*Fate in modo da incontrare personalmente, faccia a faccia, ALMENO UN Medico di Medicina Generale della tua comunità per illustrargli:*

- Perché il rene è un marker di rischio di malattie renali croniche, come il Diabete e le Malattie Vascolari Croniche
- Perché è vitale conoscere i vari stadi dell'IRC e le relative implicazioni prognostiche e terapeutiche
- Perché è importante eseguire un semplice esame delle urine, per valutare la proteinuria o la microalbuminuria, ed una creatininemia nei pazienti a rischio: la malattia renale cronica è un rischio moltiplicatore di avversi esiti e costi.
- Cosa è utile fare nei pazienti agli Stadi 1 e 2 dell'IRC rispetto agli Stadi 3 e 4
- Quali sono le implicazioni negative quando la compromissione della funzione renale passa inosservata
- Quando deve inviare al Nefrologo il paziente con Malattia Renale: lo Stadio 4 è sicuramente il momento di invio del nefropatico al Nefrologo perché è il momento in cui il trattamento va intensificato e si deve iniziare a programmare con il paziente la terapia sostitutiva della funzione renale (dialisi).

*Un siffatto incontro nella Giornata Mondiale del Rene darà un grande contributo all'aumento della consapevolezza.*

Una delle più importanti iniziative in Italia per tale *Giornata* sarà il Progetto della *FIR Onlus: PREVENZIONE DELLE MALATTIE RENALI 2007*. In una piazza di intenso traffico di molte città, cittadine o paesi italiani ci sarà una postazione della *Fondazione* per il controllo GRATUITO della Pressione Arteriosa e dell'esame delle urine ai passanti. Hanno già aderito al Progetto le seguenti città:

### **CITTA'**

Alghero (SS)  
Ancona (AN)  
Arezzo  
Avellino (AV)  
Benevento (BN)  
Caltagirone (CT)  
Caserta (CE)  
Castellammare (NA)  
Castrovillari (CS)

### **NEFROLOGO COORDINATORE**

Casu Maria Domenica  
Frasca Giovanni  
Saselli Mauro  
De Simone Walter  
Morrone Luigi  
Giannetto Giuseppina  
D'Apice Ludovica  
Auricchio Maria Rita  
Scarpino Lorenzo



Catania (CT)	Castellino Pietro, Di Landro Domenico, Fatuzzo Pasquale Mario, Sicurezza Elvia
Catanzaro (CZ)	Fuiano Giorgio, Mazzitello Gregorio
Cetraro (CS)	Amendola Giovanni
Chieti (CH)\	Bonomini Mario
Ferrara (FE)	Bedani Pier Luigi
Foggia (FG)	Gesualdo Loreto
Foligno (PG)	Timio Mario
Frattamaggiore (NA)	Del Prete Enzo
Genova (GE)	Deferrari Giacomo
Genova (GE) (Pediatico)	Perfumo Francesco
Imperia (IM)	Cavatorta Fosco
Lecce (LE)	Gallucci Mario
Lucca (LU)	Antonelli Alessandro
Mantova (MN)	Tarchini Renzo
Messina (ME)	Bellinghieri Guido, Fede Carmelo
Milano (MI)	Brancaccio Diego
Milazzo (ME)	Ricciardi Biagio
Montesarchio (AV)	Bellini Luigi
Napoli (NA)	Andreucci Vittorio E., Russo Domenico, Capuano Maria
Napoli (NA) (Pediatico)	Pecoraro Carmine
Nola (NA)	Avella Ferdinando
Palermo (PA)	Li Vecchi Maurizio
Palmi Calabro (RC)	Rondanini Vincenzo
Paola (CS)	<ALOATTI> Mario
Parma (PR)	Buzio Carlo
Perugia (PG)	Selvi Antonio
Pescara (PE)	Ciofani Antonio
Prato (FI)	Amato Marcello
Putignano (BA)	Giannattasio Michele
Reggio Emilia (RE)	Lusenti Tiziano
Rovigo (RO)	Bernardi Annamaria
Siracusa (SR)	Gianni Salvatore
Solofra (AV)	Di Iorio Biagio
Sora (FR)	Parravano Mauro
Trapani (TP)	Marrocco Antonino
Udine (UD)	Montanaro Domenico

Altre città (come Firenze, Ischia e Rieti) si aggiungeranno nei prossimi giorni, avendo alcuni Nefrologi prospettato la loro probabile adesione.

**Prof. Vittorio E. Andreucci**

Presidente della *Fondazione Italiana del Rene Onlus*



**Giornata Mondiale del Rene 8 Marzo 2007**  
**Progetto FIR: "Prevenzione delle Malattie Renali"**