



Malattia renale cronica: le dimensioni e implicazioni di una epidemia in continua evoluzione tra sfide attuali e prospettive future

Description

Aris Tsalouchos, SOC Nefrologia Firenze 2. Ospedale Santa Maria Annunziata – Membro del Consiglio Direttivo della Sezione Tosco-Ligure-Sarda della Società Italiana di Nefrologia (SIN)

Abstract

Questa è una breve rassegna sulle dimensioni e le implicazioni sociosanitarie della malattia renale cronica, definita come una condizione di alterata funzione renale, alterazioni del sedimento urinario o alterazioni morfologiche che persistono per più di 3 mesi. La malattia renale cronica ha un andamento progressivo che impatta notevolmente sulla morbilità e mortalità della popolazione generale, nonché sui costi del Sistema Sanitario Nazionale. Secondo gli studi internazionali, la prevalenza della malattia renale cronica nella popolazione adulta si attesta intorno al 10%, con una tendenza in aumento a causa dell'aumento dei fattori di rischio, come il diabete mellito, l'obesità, l'ipertensione arteriosa e l'invecchiamento della popolazione. La malattia renale cronica è responsabile di circa 1,2 milioni di decessi all'anno nel mondo, ed è stata la dodicesima causa di morte a livello globale nel 2017, in aumento rispetto al diciassettesimo posto nel 1990. In Europa, 100 milioni di persone soffrono di malattia renale cronica, e le previsioni suggeriscono che diventerà la quinta causa di morte entro il 2040.

Parole chiave: Malattia renale cronica, Prevalenza, Fattori di rischio, Implicazioni sociosanitarie, Prospettive future

Introduzione

La malattia renale cronica (MRC) è definita come una condizione di alterata funzione renale, alterazioni del sedimento urinario o alterazioni morfologiche che persistono per più di 3 mesi ed è classificata in 5 stadi di crescente gravità (Tabella 1). La MRC ha un andamento progressivo che impatta notevolmente sulla morbilità e mortalità della popolazione generale, nonché sui costi del Sistema Sanitario Nazionale (SSN). Il paziente a cui ci si riferisce è spesso affetto da più patologie croniche che si manifestano contemporaneamente (comorbidità o multimorbidità). La crescita esponenziale della MRC nelle ultime due decadi la rende paragonabile ad un'epidemia. A tal proposito, il Ministero della Salute ha incluso la MRC nel piano nazionale della cronicità del 2016. Tuttavia, la recente pandemia di COVID-19 ha reso ancora più evidenti alcuni aspetti critici di natura gestionale e strutturale che in prospettiva potrebbero essere ulteriormente aggravati dall'accresciuta domanda di cure per i pazienti affetti da MRC, derivante dalle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali in atto.

In questa breve rassegna vengono riportate le dimensioni e le implicazioni socioeconomiche di un'epidemia in continua evoluzione e le sue prospettive future.

Epidemiologia della malattia renale cronica

Gli studi internazionali mostrano una prevalenza della MRC nella popolazione adulta che si attesta intorno al 10% (circa

843 milioni di casi) con una tendenza in aumento a causa dell'aumento dei fattori di rischio, come il diabete mellito, l'obesità, l'ipertensione arteriosa e l'invecchiamento della popolazione. Lo studio CARHES (Cardiovascular Risk in Renal patients of the Health Examination Survey) ha messo in evidenza che la prevalenza della MRC, dopo l'aggiustamento per età e sesso, risulta in media in Italia del 6,3%.

Secondo i dati di Global Burden of Disease (GBD) pubblicati su Lancet, dal 1990 ad oggi, la prevalenza della MRC è aumentata globalmente del 29,3%, ma la prevalenza standardizzata per età è rimasta invariata durante questo periodo. Inoltre, nello stesso periodo è stato osservato un aumento sostanziale dell'incidenza standardizzata per età della MRC allo stadio terminale trattata con terapia sostitutiva renale, con la dialisi e il trapianto di rene in aumento rispettivamente del 43,1% e del 34,4%.

Il progressivo invecchiamento della popolazione contribuisce a far emergere un numero crescente di soggetti con riduzione della funzione renale, anche solo come conseguenza fisiologica legata all'"invecchiamento del rene" (ageing kidney). Nel 2032, secondo le previsioni ISTAT, in Italia la quota di anziani over 65 sul totale della popolazione dovrebbe raggiungere il 27,6%, con circa 17.600.000 anziani in valore assoluto. Entro il 2060 si prevede che il numero di Europei con età superiore a 65 anni aumenti da 88 a 152 milioni, con una popolazione anziana doppia di quella sotto i 15 anni.

La MRC è responsabile di circa 1,2 milioni di decessi all'anno nel mondo, secondo i dati di GBD. Inoltre, se si considerano tutti i pazienti che muoiono per insufficienza renale acuta, ogni anno la malattia renale determina globalmente la morte di circa 3-5 milioni di persone. L'aumento globale della mortalità per MRC dal 1990 è stato del 41,5%, rendendo la MRC la dodicesima causa di morte a livello globale nel 2017, in aumento rispetto al diciassettesimo posto nel 1990. Tuttavia, questi dati si basano su pochi studi epidemiologici e probabilmente tendono a sottostimare l'entità del problema, poiché in alcune aree geografiche è precluso l'accesso ai laboratori per lo screening.

Si stima che le malattie croniche, nel complesso, siano responsabili dell'86% di tutti i decessi nel continente europeo. In Europa, 100 milioni di persone soffrono di malattia renale cronica, e le previsioni suggeriscono che diventerà la quinta causa di morte a livello globale entro il 2040.

Inoltre, il livello di consapevolezza della MRC è preoccupante. Questo termine si riferisce alla reale consapevolezza del paziente dell'alterazione della propria funzionalità renale. Secondo i dati della coorte NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey), dal 2001 al 2016, la consapevolezza della MRC è diminuita leggermente per gli stadi I, II e III, mentre è aumentata per i pazienti in stadio IV, passando dal 36% al 57%. Questo risultato non è soddisfacente, considerando che circa la metà dei pazienti ignora la propria condizione, anche quando si trova in una fase avanzata della malattia renale. Anche la consapevolezza delle condizioni che sono notoriamente fattori di rischio per la MRC, come il diabete e l'ipertensione arteriosa, raggiunge solo il 15%.

Questi dati epidemiologici richiedono un'attenta lettura da parte dei responsabili politici e dei medici.

Fattori di rischio e prevenzione

La continua transizione epidemiologica, caratterizzata dalla diminuzione delle patologie trasmissibili e dall'aumento dei fattori di rischio delle malattie croniche non trasmissibili, insieme alla crescita demografica e alla longevità, sono i fattori responsabili dell'aumento dell'incidenza della MRC a livello globale. L'individuazione e il precoce trattamento dei fattori di rischio rappresentano il primo passo per la prevenzione e la cura. Qualsiasi strategia messa in atto per correggere i fattori di rischio della malattia renale offre al paziente benefici in termini di sopravvivenza e qualità della vita, nonché un risparmio di risorse economiche a livello sociosanitario.

I fattori di rischio più strettamente connessi allo sviluppo della MRC a livello globale sono: l'età avanzata, l'etnia afroamericana, il sesso maschile, la familiarità, l'ipertensione arteriosa, l'obesità, il basso peso alla nascita, il fumo e il diabete mellito. Le comorbilità che hanno un maggiore peso nello sviluppo della MRC sono il diabete e l'ipertensione.

Nella popolazione italiana, lo studio CARHES ha identificato come fattori di rischio statisticamente significativi: l'età (OR 1.06, CI 1.05-1.07), l'ipertensione (OR 1.55, CI 1.23-1.94), la malattia cardiovascolare (OR 1.9, CI 1.47-2.42), il fumo (OR 1.34, CI 1.05-1.72), il diabete (OR 1.98, CI 1.59-2.46) e l'obesità (OR 1.42, CI 1.17-1.73).

Appare evidente che per contrastare lo sviluppo di fattori di rischio comportamentali modificabili, che spesso si instaurano già durante l'infanzia o l'adolescenza come la dieta scorretta e l'inattività fisica, vanno potenziate tutte quelle azioni di promozione della salute atte ad evitare o ritardare l'insorgenza degli eventi morbosì e delle loro complicanze (prevenzione

primaria). La promozione della medicina d'iniziativa, quale modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute, tramite l'educazione della popolazione ai corretti stili di vita, è fondamentale. Inoltre, programmi di sorveglianza continuativa permettono di individuare marcatori clinici e biologici che possono prevedere lo sviluppo della MRC e la diagnosi precoce. Al tempo stesso, il riscontro di condizioni patologiche strettamente connesse con lo sviluppo di MRC come l'iperglycemia, l'ipertensione e la dislipidemia, deve necessariamente condurre ad un percorso clinico-assistenziale con presa in carico specialistica (nefrologica, diabetologica e dietistica) per prevenire l'insorgenza di complicanze maggiori (prevenzione secondaria).

Costi della malattia renale cronica

Si stima che circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche. In Europa, il costo annuo delle malattie croniche, nel complesso, risale intorno ai 700 miliardi di euro. La stessa definizione dell'OMS di malattia cronica: "problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decadi", fa chiaro riferimento all'impegno di risorse umane, gestionali ed economiche, che si traducono sia in costi diretti (ospedalizzazione, farmaci, assistenza medica ecc.) che indiretti (mortalità prematura, disabilità nel lungo termine, ridotta qualità di vita ecc.).

La gestione economica della MRC deve quindi tenere conto dei costi diretti sanitari (test di laboratorio, visite specialistiche, esami diagnostici, ospedalizzazioni, farmaci, materiale di dialisi), diretti non sanitari (trasporto, visite specialistiche dietetiche, cibo a basso contenuto proteico e aiuto domestico) e i costi indiretti (perdita di produttività del paziente affetto e/o dei suoi caregivers). I costi totali (diretti e indiretti) sono generalmente proporzionali alla gravità della MRC. Questi sono calcolabili pari a 450 euro annui nello stadio I e II, 890 euro nello stadio III, 3.392 euro nello stadio IV e 8.970 euro nello stadio V in terapia conservativa. C'è comunque da segnalare una sottostima dei costi indiretti della MRC, soprattutto nelle fasce d'età a maggior richiesta di assistenza, come negli anziani. Tra questi costi vanno annoverate l'assistenza per la corretta gestione della terapia, l'assistenza durante gli eventuali ricoveri e la gestione della progressiva perdita di autonomia del malato che si traduce spesso in spese per l'assunzione di caregiver o badanti.

Per quanto riguarda la terapia sostitutiva, i costi sono di 52.830 euro annui per il paziente in emodialisi e circa 38.800 euro nel paziente in dialisi peritoneale. Di contro, il trapianto di rene è stato stimato a 52.000 euro il primo anno e 15.000 euro ogni anno successivo al primo.

Conclusioni tra criticità attuali e prospettive future

Le malattie croniche non trasmissibili rappresentano il principale problema di sanità pubblica a livello mondiale, in quanto sono la prima causa di morbosità, invalidità e mortalità, con conseguenti danni umani, sociali ed economici elevati. La sfida alla cronicità è una "sfida di sistema" che per essere vinta deve andare oltre i limiti delle diverse istituzioni politiche e sanitarie. In questo contesto, l'alta prevalenza della MRC, il suo contributo al rischio cardiovascolare e ad altre malattie croniche e le sue implicazioni economiche sono ancora in gran parte trascurate dai governi e dalle autorità sanitarie e del tutto ignorate dalla popolazione generale. La riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati per la Nefrologia, utili per offrire cure di alta specialità con diagnosi e terapie precoci a pazienti nefropatici affetti da malattie renali acute e croniche potenzialmente recuperabili funzionalmente, e l'obiettivo di ridurre la Nefrologia solo all'assistenza specialistica ambulatoriale, dove vengono indirizzati pazienti ormai cronici e medici nefrologi utilizzati per coprire turni in altri reparti, indicano che attualmente manca la percezione reale di un problema sanitario in continua crescita.

Gli obiettivi di cura per i pazienti con MRC sono finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita, riducendo il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale. Ciò può essere realizzato attraverso una maggiore efficacia ed efficienza dei servizi sanitari, con una presa in carico precoce del paziente cronico in ambito specialistico e una maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.

Per rendere attuabili questi obiettivi anche nel prossimo futuro, serve un piano urgente con azioni trasversali per sostenere il SSN nella gestione dell'onda epidemiologica della MRC. Queste azioni devono includere la maggiore diffusione delle competenze, la formazione, il sostegno alla ricerca, l'appropriatezza nell'uso delle terapie e delle tecnologie centrate sulla persona e politiche sociosanitarie per implementare le risorse organiche e strutturali mancanti sul campo e per abbattere le disuguaglianze sociali e la fragilità e/o vulnerabilità della popolazione, soprattutto quella anziana. I risultati attesi andrebbero letti periodicamente non solo attraverso il monitoraggio epidemiologico della MRC, ma con l'utilizzo di indicatori raccolti in registri regionali che permettano la valutazione della performance e della qualità dell'assistenza, non solo clinica, ma anche sociale.

In conclusione, la parola d'ordine è: "Non c'è più tempo da perdere!".

Tab. 1 Classificazione della Malattia Renale Cronica

| STADIO | DESCRIZIONE del danno renale | VFG (ml/min/1,7m2) |
|---------------|-------------------------------------|---------------------------|
| I | Funzione normale | >90 |
| II | Lieve compromissione funzionale | 89-60 |
| IIIA | Compromissione funzionale moderata | 59-45 |
| IIIB | Compromissione funzionale grave | 44-30 |
| IV | Insufficienza renale terminale | 29-15 |
| V | Insufficienza renale terminale | <15 (o dialisi) |

aris.tsalouchos@uslcentro.toscana.it

CATEGORY

1. Scienza e professione

POST TAG

1. Focus

Category

1. Scienza e professione

Tags

1. Focus

Date Created

Aprile 2023

Author

redazione-toscana-medica

Meta Fields

Views : 12165

Nome E Cognome Autore 1 : Aris Tsalouchos