

Appendice 1 - Individuazione dei Soggetti a rischio di MRC¹

I MMG/PLS hanno un ruolo fondamentale nel riconoscimento precoce della MRC e nell'avvio di uno screening sistematico di particolari categorie a rischio. Possono coesistere altri percorsi per il riconoscimento della MRC ad opera dei medici ospedalieri e territoriali appartenenti ad altre specialità che rilevino la patologia in oggetto e intraprendano azioni di corretto indirizzamento dei pazienti con MRC.

Vanno considerati a rischio i soggetti con:

- diabete;
- ipertensione arteriosa;
- esposizione cronica a sostanze nefrolesive compresi farmaci nefrotossici;
- storia pregressa di insufficienza renale acuta (IRA);
- età superiore a 65 anni;
- storia familiare di nefropatia;
- malattie sistemiche ed ematologiche (es. lupus eritematoso sistemico, gammapatia monoclonale, ecc.);
- malattie dell'apparato cardiovascolare;
- situazioni di nota riduzione della massa nefronica (i soggetti con rene singolo congenito o acquisito anche con normale filtrato glomerulare sono per definizione soggetti con malattia renale cronica stadio 1).

La LG dell'ISS raccomanda: *In assenza dei menzionati fattori di rischio, non utilizzare età, sesso o etnia come indicatori di rischio per consigliare ai pazienti di sottoporsi ai test per la MRC. In assenza di sindrome metabolica, diabete o ipertensione, non utilizzare l'obesità come indicatore di rischio per consigliare ai pazienti di sottoporsi ai test per la MRC.*

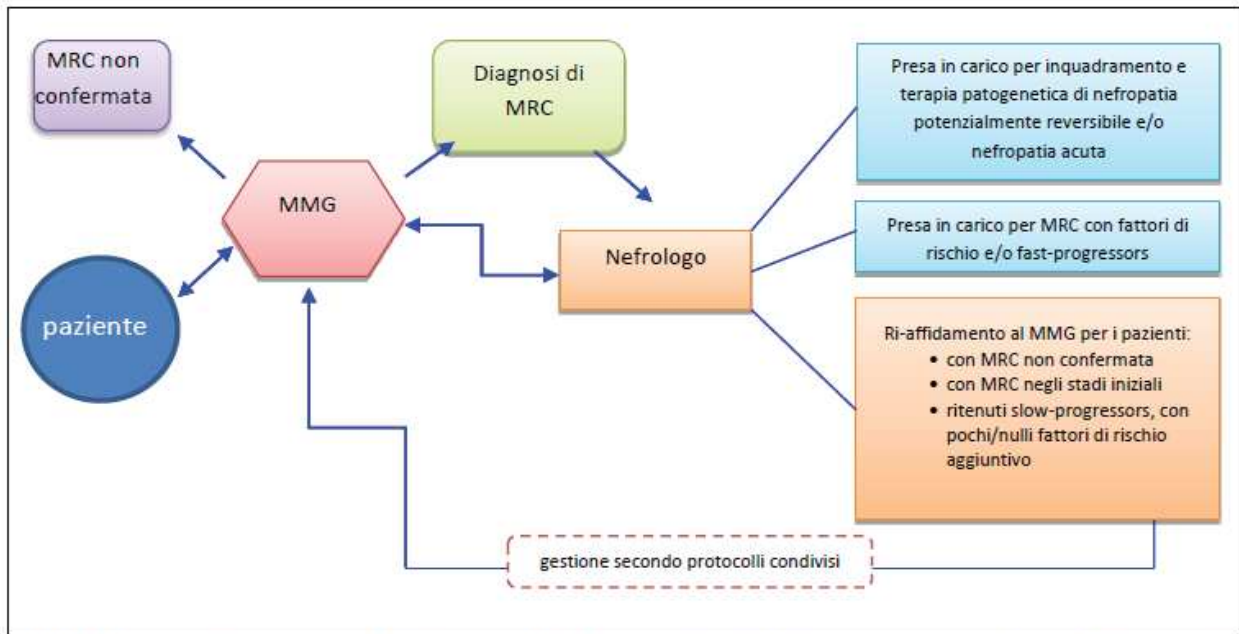
La popolazione che presenta queste condizioni predisponenti deve essere seguita con particolare cura per ridurre o eliminare i fattori di rischio e deve essere valutata periodicamente per la diagnosi precoce di malattia, implementando procedure di medicina di iniziativa basate sulla chiamata attiva dei soggetti stessi.

L'identificazione dei pazienti a rischio è un compito generalmente affidato al MMG/PLS, mentre la diagnosi della patologia nefrologica di base e l'inizio di terapie eziopatogenetiche complesse e ad alta specificità (come le terapie immunosoppressive nelle nefropatie a genesi immunologica, glomerulonefrite, vasculiti ecc.) atte a stabilizzare la nefropatia di base, sono compiti affidati al nefrologo. Il paziente inviato al nefrologo dovrebbe effettuare la visita specialistica con le maggiori informazioni cliniche possibili.

Il percorso del paziente per il primo inquadramento diagnostico è sintetizzato nel documento di indirizzo Stato-Regioni

¹ Contenuti in appendice tratti da "Percorso assistenziale del paziente con malattia renale cronica stadi 1–3 e 4–5 KDOQI-KDIGO", p. 12, Regione FVG, http://www.regione.fvg.it/rafv/export/sites/default/RAFVG/salute-sociale/sistema-sociale-sanitario/FOGLIA137/allegati/PubblicazionePDTA_MRC.pdf

Percorso del paziente per primo inquadramento di nefropatia²



Il MMG deve cercare i pazienti a rischio per la MRC tra i suoi assistiti e attraverso semplici indagini, come l'esame delle urine e il dosaggio della creatinina plasmatica, potrà formulare eventuale diagnosi di MRC, indicando la stadiazione. Il paziente cui è stata diagnosticata la malattia in uno stadio avanzato viene poi inviato al nefrologo che lo prende in carico. Il nefrologo potrà decidere se riaffidarlo al MMG secondo un protocollo condiviso o prenderlo in carico direttamente. Nell'ambito della strutturazione del percorso è necessario focalizzare le cause di nefropatia potenzialmente reversibili, ma che, se non riconosciute e trattate opportunamente, contribuiscono al peggioramento della funzione renale e alla cronicizzazione della malattia.

² Documento di indirizzo per la malattia renale cronica – Ministero della Salute, p. 16.