

2025: un anno di cambiamenti rivoluzionari per la Nefrologia italiana

La malattia renale cronica si sta posizionando come una patologia a fortissimo impatto, epidemiologico, clinico, economico. Per farvi fronte occorre un cambio di marcia, a partire dalla diagnosi precoce, fino alla terapia e alla gestione degli stadi più avanzati.

Di questo, molto è stato fatto e molto c'è ancora da fare

Luca De Nicola

Presidente Società italiana di nefrologia (Sin) - Professore ordinario di Nefrologia, Università L. Vanvitelli, Napoli

Un recente studio che ha analizzato i dati delle ultime due decadi estratti dai 183 stati membri dell'Oms (Organizzazione mondiale della sanità) ha dimostrato che il divario tra vita in salute (*health-adjusted life*) e aspettativa di vita (*life expectancy*) è aumentato a livello globale, ossia, nel mondo aumenta l'età media ma si vive con un peso maggiore di disabilità. Questo fenomeno è in gran parte determinato dall'incremento delle malattie cronicodegenerative (Mcd), ed in particolare la Malattia renale cronica (Mrc), con conseguente necessità di maggiore prevenzione e domiciliarità di cure¹. La stessa analisi dimostra che l'Italia è seconda solo agli Usa per entità del divario e peso delle Mcd. In Italia, infatti, queste colpiscono 24 milioni di persone e sono responsabili dell'85% dei decessi complessivi, con una spesa sanitaria associata alla loro gestione che supera i 65 miliardi di euro all'anno (e si stima che nel 2028 ne spenderemo quasi 80).

La Mrc è oggi considerata "dominante" tra le Mcd: il 23 maggio 2025, l'Oms ha identificato la Mrc quale priorità per la salute globale, inserendola al primo posto nella lista delle Mcd riconosciute (diabete, neoplasie, malattie cardiovascolari e broncopneumopatie croniche)². La

Mrc supera infatti le altre quattro Mcd in termini di diffusione, ma anche e soprattutto per mortalità e costi. In particolare, mortalità e spesa sanitaria sono di gran lunga superiori in emodialisi rispetto alle fasi iniziali della Mrc e, tra le terapie sostitutive, rispetto alla dialisi peritoneale ed il trapianto renale (*figura 1*)³.

L'attuale situazione

Eppure (1) solo il 10-20% dei pazienti con Mrc è seguito dal nefrologo, in quanto è una malattia che decorre silente fino ai gradi avanzati, con conseguente scarsa consapevolezza di malattia da parte degli stessi pazienti e dei medici non-nefrologi⁴. **Eppure (2) l'emodialisi continua ad essere il trattamento prevalente**, con numeri 10 volte superiori rispetto alla dialisi peritoneale e 3 volte superiori al trapianto renale⁵. **Eppure (3) la remissione della Mrc è oggi possibile**; rispetto al passato, oggi la terapia "conservativa" è cambiata radicalmente, riuscendo ad evitare la dialisi per oltre 20 anni in gran parte dei pazienti identificati e trattati precocemente⁶.

Dal presente al futuro

È quindi semplice, e logicamente consequenziale, prevedere il futuro della

Nefrologia: il "*new patient journey*" contempla (A) l'identificazione precoce delle malattie renali per implementare la terapia conservativa multifattoriale e (B) la domiciliarità dei trattamenti sostitutivi. **Nel 2025, la Società italiana di nefrologia (Sin), unica società scientifica a rappresentare i circa 3.500 nefrologi italiani, ha operato in tal senso: abbiamo modificato la visione tradizionale della Società agendo con determinazione sui vari "stakeholders" che giocano un ruolo cruciale per l'attività assistenziale nefrologica:**

- **Disegno di Legge "Mulè-Patriarca" sullo screening della Mrc negli ambulatori di Medicina generale (Mg):** la Sin ha supportato e continua a supportare attivamente, con incontri periodici con i parlamentari, la proposta di legge che dal 18 marzo 2025 è in discussione a Montecitorio sullo screening della Mrc. Lo screening sarà effettuato presso gli ambulatori dei Medici di medicina generale (Mmg) che seguono gran parte dei pazienti a rischio su citati e possono concordare in modo efficace con i nefrologi la gestione dei pazienti con malattia di grado lieve-moderata e il riferimento precoce al nefrologo dei pazienti con patologia più severa. Il Ddl è in linea con il documento di indirizzo (Percorso preventivo diagnostico terapeutico as-



sistenziale-Ppdta- della Mrc) elaborato da Sin e Ministero della salute ed inviato a tutte le Regioni italiane il 17 aprile 2025 dalla Conferenza Stato-Regioni⁷. Le tre fasi fondamentali dello screening negli ambulatori Mmg (approccio delle "3C"), come da Ppdta e Ddl, sono descritte in *figura 2*. Abbiamo anche pubblicato un editoriale sul giornale clinico della Società europea di nefrologia per indicare la "strada italiana" sullo screening Mrc ai politici europei⁴.

• **Progetto "Premio" di Sin-Simg per la formazione sulla Mrc negli ambulatori di Mg in Italia:** a supporto del Disegno di legge, abbiamo redatto assieme alla Società italiana di medicina generale (Simg) una progettualità educativa che vedrà coinvolti 20.000-25.000 Mmg dal 2026 al 2028 su tutto il territorio nazionale. Tale progettualità vuole favorire la creazione di una rete nazionale tra Mmg e nefrologi.

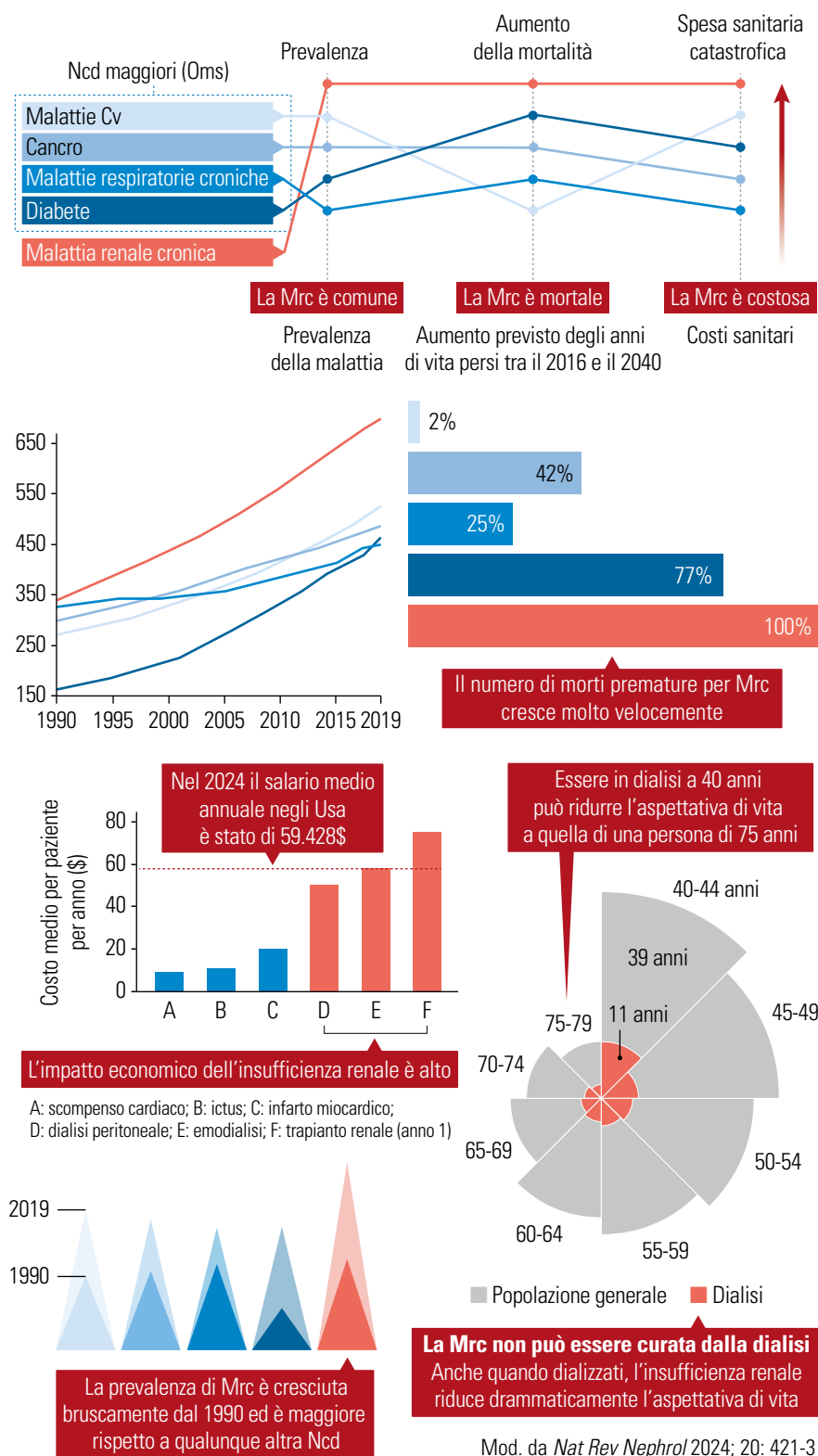
• **Facilitazione dell'accesso alle cure:** nel 2025 abbiamo raggiunto diversi obiettivi fondamentali per noi nefrologi e per i nostri pazienti, quali (I) estensione ai nefrologi della prescrizione rimborsata degli inibitori di Pcsk9 (evolcumab, alirocumab e inclisiran), (II) estensione della rimborsabilità di roxadustat ai pazienti iporesponsivi agli Esa tradizionali (switch immediato), e "last but not least" (III) abolizione del Piano terapeutico Sglt2-I nella Mrc

• **Linee Guida Sin sui nuovi farmaci nefroprotettivi per la Mrc:** un gruppo multidisciplinare ha redatto *ex novo* le nuove Linee guida su Sglt2-I, Glp1-Ra e nsMra in Mrc, ora in fase di revisione dall'Istituto superiore di sanità. La prossima pubblicazione consentirà una maggiore "confidenza" su queste terapie di grande efficacia nefroprotettiva oggi ancora poco prescritte considerando l'ampia popolazione "target"

• **Tempario vite ambulatoriali nefrologiche:** abbiamo iniziato e stiamo ora terminando il documento Sin che definirà (e giustificherà), i tempi minimi per le visite negli ambulatori di Nefrolo-

FIGURA 1

Malattia renale: una priorità sanitaria globale



gia in Italia. Sarà portato all'attenzione dell'Ufficio programmazione del Ministero della salute ma rappresenterà anche un utile strumento di supporto nelle concertazioni periferiche tra specialisti nefrologi e Direttori generali delle Aziende sanitarie.

• **Livello minimo e incrementale dell'uso di dialisi peritoneale quale nuovo standard assistenziale delle nefrologie ospedaliere:** abbiamo supportato e contribuito attivamente alla stesura del nuovo documento di *Health technology assessment* di Altems-Università Cattolica di Roma, pubblicato a ottobre 2025⁸, che dimostra come la dialisi perito-

neale (dialisi che esegue il paziente in autonomia al proprio domicilio) abbia un rapporto costo-beneficio più favorevole rispetto alla emodialisi (dialisi effettuata in centri ospedalieri o ambulatori privati accreditati). Stiamo quindi lavorando con Ministero della salute ed Agenas per far riconoscere il giusto peso di questa prima e principale metodica dialitica domiciliare. L'obiettivo è di raddoppiare i pazienti trattati entro i prossimi 5 anni per portare l'Italia alla media europea del 20% in peritoneale sul totale dei pazienti dializzati. Questo passo è rivoluzionario per Italia se si considerano i molteplici vantaggi della dialisi

peritoneale rispetto alla tradizionale emodialisi (tabella 1)⁹.

• **Documento di indirizzo per lo sviluppo e l'implementazione del trapianto di rene:** un team di nefrologi con riconosciuta esperienza nel campo del trapianto renale ha redatto quest'anno il primo documento "nefrologico" mirato a (I) ridurre le liste di attesa mediante una semplificazione degli esami strumentali e di laboratorio richiesti e (II) creare ambulatori pre-trapianto dedicati alla immissione in lista trapianto. Fine ultimo è di favorire l'incremento del numero dei trapianti, soprattutto da vivente, che da troppi anni è ormai purtroppo stabile su circa 300/anno (12-15% dell'intera attività trapiantologica renale).

Il 2025 è stato un anno ricco di cambiamenti che dovranno essere consolidati nel 2026 affinché la Nefrologia italiana possa diventare un esempio positivo di Sanità pubblica e ridare entusiasmo a chi lavora ogni giorno nei reparti di Nefrologia, Dialisi e Trapianto e soprattutto fiducia ai nostri cinque milioni di pazienti.

FIGURA 2

Le tre fasi fondamentali dello screening negli ambulatori Mmg

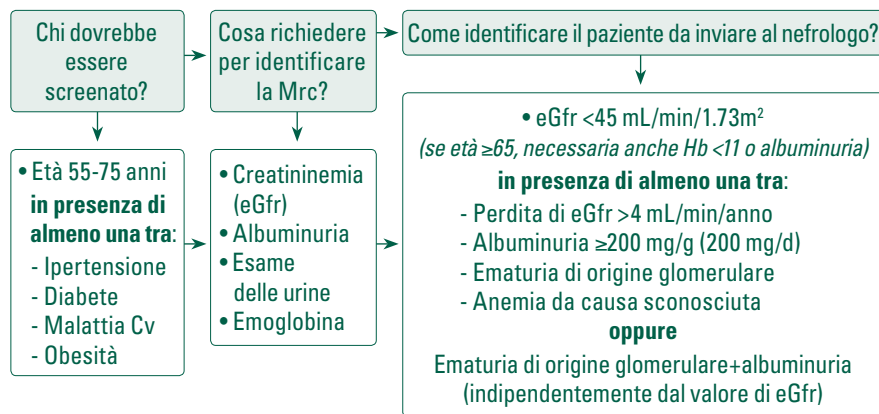


TABELLA 1

Perché la dialisi peritoneale è di prima scelta versus la dialisi extracorporea

1	Sopravvivenza migliore nei primi mesi di dialisi (e simile negli anni successivi)
2	Mantenimento per maggior tempo di diuresi e funzione renale residua
3	Terapia elettiva nelle strutture residenziali (Rsa) per la semplicità di organizzazione
4	Minore rischio infettivo (come osservato nel periodo "Covid")
5	Rischio ischemico ridotto (minore stress emodinamico)
6	Monitoraggio da remoto già ampiamente disponibile e testato (telemedicina)
7	Maggiori opportunità di personalizzare gli schemi terapeutici (terapia sartoriale)
8	Ideale per il trapianto (tempi in lista di attesa minori e maggiore sopravvivenza)
9	Minor impatto ecologico (minor consumo di acqua ed energia, minor inquinamento)
10	Maggiore sostenibilità (costi totali, diretti e indiretti, più bassi)

BIBLIOGRAFIA

1. Garmany A, Terzic A. Global Healthspan-Lifespan Gaps Among 183 World Health Organization Member States. *JAMA Netw Open* 2024; 7(12):e2450241.
2. <https://www.theisn.org/blog/2025/05/23/historic-win-for-kidney-health-as-who-adopts-global-resolution/>
3. Kidney disease: a global health priority. *Nat Rev Nephrol* 2024 Jul;20(7):421-423.
4. De Nicola L, et al. Reducing CKD burden in Europe: first make the elephant apparent! *Clin Kidney J* 2025; 18(7):sfaf182.
5. GBD 2023 Kidney Failure with Replacement Therapy Collaborators. Global, regional, and national prevalence of kidney failure with replacement therapy and associated aetiologies, 1990-2023: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. *Lancet Glob Health* 2025; 13(8):e1378-e1395.
6. Chen TK, et al. Advances in the management of chronic kidney disease. *BMJ* 2023; 383:e074216.
7. <https://www.statoregioni.it/media/aq2m5k0r/p-11-csr-atto-rep-n-61-17apr2025.pdf>
8. Arbia G, et al. Valutazione HTA di percorsi clinico assistenziali: dialisi peritoneale vs emodialisi. *Giornale Italiano di Nefrologia* 2025; Volume 5 - DOI: 10.69097/42-05-2025-04
9. Teitelbaum I. Peritoneal Dialysis. *N Engl J Med* 2021; 385: 1786-95.