

Tempistica e Durata delle Visite Nefrologiche in Italia

Documenti di indirizzo: la voce del GIN

Simonetta Cimino¹, Andrea Ambrosini², Vincenzo Bellizzi³, Luca De Nicola⁴, Filippo Aucella⁵, Laura Cosmai⁶, Paolo De Paolis⁷, Giuseppe Di Cienzo⁸, Gianluca Leonardi⁹, Nicola Lepori¹⁰, Carmelita Marcantoni¹¹, Giuseppe Mennella¹², Marcello Napoli¹³



1 UOC Nefrologia e Dialisi AUSL Modena

2 S.C. Nefrologia Dialisi e Trapianto - ASST dei Sette Laghi - Varese

3 UOC Nefrologia e Dialisi, Az. Osp. di Ril. Naz. e Alta Specialità - AORN "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta

4 Presidente SIN, Università L. Vanvitelli di Napoli

5 IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo (FG)

6 UOS Dialisi FBF, ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano

7 UOC di Nefrologia, Dialisi e Trapianto all'Azienda Ospedaliera S. Camillo-Forlanini di Roma

8 UO Nefrologia e Dialisi Ospedale "A. Cardarelli" Campobasso

9 S.C. Nefrologia e Dialisi ASL TO5 Ospedale Maggiore di Chieri

10 Università degli Studi di Cagliari

11 UOSD di Nefrologia e Dialisi, Azienda Ospedaliera Universitaria "G. Rodolico-San Marco". Viale Azeglio Ciampi, Catania

12 UOC Nefrologia e Dialisi, Ospedali Riuniti Padova Sud Madre Teresa di Calcutta

13 SC Nefrologia e Dialisi Ospedale Lecce

Corrispondenza a:

Dott.ssa Simonetta Cimino

Direttore Nefrologia e Dialisi AUSL Modena, Rete Nefrologica Provinciale

Tel: 059659354

Premessa

L'Organizzazione Mondiale della Sanità il 23 maggio 2025 ha aggiunto la malattia renale cronica (MRC) alla lista delle malattie cronicodegenerative da essa riconosciute quali priorità per la salute pubblica [1]. La MRC colpisce il 10-15% della popolazione mondiale, più di 850 milioni di persone; di questi, il 5% ha bisogno di trattamento renale sostitutivo. Il numero totale di pazienti nefropatici nel mondo è il doppio dei pazienti con diabete mellito, venti volte maggiore dei pazienti con neoplasia, superando anche per mortalità e spesa sanitaria le altre malattie cronicodegenerative: il costo complessivo della MRC è oggi considerato "catastrofico" [2]. In Italia l'epidemiologia della MRC è stata stimata dallo studio CARHES (principale Health Examination Survey europea sulla MRC). La survey nazionale, eseguita da ISS-ANMCO-SIN su campione di 7546 adulti provenienti da tutte le Regioni Italiane ha evidenziato per il 2010 una prevalenza di MRC di circa il 7%, con dati sovrapponibili ed omogenei nei due sessi e nell'intero territorio; la prevalenza aumenta progressivamente con l'età (17% negli ultrasessantenni) [3].

Questi dati sono verosimilmente sottostimati poiché nell'ultima decade la MRC ha presentato un incremento della prevalenza in tutto il mondo.

Le dimensioni della patologia MRC in Italia sono descritte in Tabella 1 [3-5].

L'intervento del nefrologo nelle fasi precoci della malattia renale è essenziale per permettere di rallentarne la progressione; attraverso la corretta pianificazione diagnostica-terapeutica ed il ricorso a trattamenti dietetici e farmacologici personalizzati, si garantisce un miglioramento della prognosi *quoad vitam* e della qualità di vita dei pazienti e di conseguenza anche una riduzione della spesa sanitaria correlata alla MRC, come indicato dalle nuove Linee Guida Internazionali sulla MRC [6]. Il nefrologo ha anche il compito di disegnare il miglior percorso di cura negli stadi avanzati di malattia guidando il paziente verso il trattamento sostitutivo più

indicato (trapianto, dialisi peritoneale, emodialisi, terapia conservativa) e di favorire la prossimità e domiciliazione delle cure.

MRC in fase non dialitica: 4-5 milioni
MRC associata a rischio CV, ospedalizzazioni e minore implementazione di trattamenti salvavita (malattie infettive, cardiologiche, oncologiche)
Pazienti ESKD: 45.000 in trattamento dialitico sostitutivo (6.000 nuovi/anno), 28.000 con trapianto di rene (2.000 nuovi/anno)
Mortalità annua ESKD: 17% Emodialisi, 12% Peritoneale, 4% Trapianto
Costo medio dell'emodialisi ospedaliera: 40.000/50.000 euro/anno per paziente (il SSN spende circa 2.5 miliardi euro/anno per lo 0.08% della popolazione)
MRC avanzata e ESKD determinano perdita di produttività (giornate lavorative del paziente e/o caregiver)

Tabella 1. Il “peso” della Malattia Renale Cronica in Italia.

Razionale clinico-organizzativo

Per la numerosità attuale e futura della popolazione affetta da MRC, e per un’ottimizzazione del trattamento ed omogeneità nell’accesso alle cure di tutti i pazienti, è fondamentale definire una standardizzazione dei percorsi e una corretta e uniforme pianificazione dell’organizzazione ed erogazione delle cure, al fine di eliminare le differenze qualitative e quantitative oggi esistenti tra le diverse regioni e strutture, in termini di offerta nefrologica.

In questo contesto l’organizzazione dell’attività ambulatoriale e della presa in carico rappresentano un elemento fondamentale per la corretta gestione ospedale-territorio della persona affetta da MRC. Definire la cadenza dei controlli e la tempistica delle prestazioni ambulatoriali (prime visite e controlli) è indispensabile per un’adeguata gestione delle agende ambulatoriali specialistiche, per la riduzione delle liste d’attesa e per l’ottimizzazione delle risorse umane e della spesa sanitaria. La complessità intrinseca della MRC, le notevoli differenze evolutive delle diverse patologie renali e la frequente comorbidità, condizionano ulteriormente i percorsi di cura e la presa in carico della persona affetta da MRC.

Questi importanti aspetti sono oggi declinati non solo dalle ultime Linee Guida internazionali sulla MRC [6], ma anche dal Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PPDTA) della MRC pubblicato dalla SIN e dal Ministero della Salute e inviato a tutte le Regioni Italiane ad Aprile 2025 [5].

La Società Italiana di Nefrologia (SIN) ritiene essenziale definire ed uniformare sul territorio nazionale l’organizzazione ed i tempi adeguati di tutta l’attività ambulatoriale finalizzata alla identificazione e valutazione del paziente nefropatico e alla pianificazione di un piano di cura personalizzato, per garantire qualità, tempestività ed equità di cura.

Obiettivi del documento

Il documento SIN si pone quale obiettivo generale una corretta e adeguata pianificazione dell’attività ambulatoriale nefrologica per l’identificazione e gestione della MRC sul territorio nazionale, offrendo un riferimento uniforme da adottare nei sistemi di prenotazione (CUP, Call Center) e nei piani organizzativi aziendali al fine di allineare gli standard nazionali di appropriatezza e qualità dell’assistenza.

In particolare:

- A.** Definire i criteri minimi per un riferimento “on time” al nefrologo **[Allegato A]**
- B.** Definire in primis la durata minima raccomandata per lo svolgimento delle prime visite nefrologiche e dei controlli (follow-up) **[Allegato B]**
- C.** Fornire indicazioni per le tempistiche di invio al nefrologo per le prime visite, in relazione al

rischio di progressione della patologia di base e allo stadio di avanzamento della malattia renale, nel rispetto delle tabelle dei codici RAO [7] **[Allegato C]**

D. Fornire indicazioni di massima sulla più adeguata e corretta presa in carico del paziente sul territorio (medicina di base; case di comunità), in condivisione territorio-ospedale o prevalentemente in ambito ospedaliero (specialista nefrologo), sulla base delle caratteristiche della malattia e del suo stadio evolutivo **[Allegato D]**

PROPOSTA ALLE ISTITUZIONI

La SIN propone al Ministero della Salute, AGENAS ed Assessorati alla Salute Regionali di:

1. Recepire i contenuti della proposta e adottarli come standard nazionali.
2. Uniformare le agende CUP e le schede prestazionali delle visite ambulatoriali sulla base delle tempistiche indicate e dei codici RAO.
3. Monitorarne l'applicazione tramite indicatori (durata media, numero visite per sessione, aderenza agli standard).

Conclusioni

Definire tempi standard per prime visite e controlli nefrologici rappresenta un passo cruciale per assicurare qualità assistenziale, equità di accesso e una efficiente programmazione delle risorse sanitarie destinate alla principale malattia cronico-degenerativa.

Allegato A

Criteria "minimi" di invio a prima visita nefrologica

Fattori di rischio	Indagini necessarie	Invio al nefrologo
Almeno una tra: – Familiarità – Ipertensione – Diabete – Malattia CV – Obesità	Creatininemia (eGFR) Albuminuria (ACR) Esame delle urine, se microematuria, con sedimento e morfologico emazie Emoglobina	IN PRESENZA DI Almeno una tra: – eGFR<45 ml/min o perdita di eGFR> 3 ml/min/anno – ACR>200 mg/g – Anemia (hb <11) in presenza di eGFR patologico – Ematuria di origine glomerulare e/o albuminuria indipendentemente dal valore di eGFR

Allegato B

Proposta di tempario delle visite nefrologiche

Prestazione	Durata minima	Contenuti principali		Note
<i>Prima visita</i>	45 minuti	- anamnesi completa	(15 min)	Le tempistiche possono essere aumentate in caso di pazienti con plurime comorbidità e primo accesso nefrologico tardivo. La prima visita nutrizionale deve essere separata dalla prima visita nefrologia e richiede 45 minuti.
		- valutazione esami	(10 min)	
		- esame obiettivo	(10 min)	
		- stratificazione del rischio e attività burocratica (esenzioni, piani terapeutici)	(10 min)	
<i>Visita di controllo (follow-up)</i>	30 minuti	- revisione anamnesi	(10 min)	Le tempistiche aumentano a 45 m in caso di rivalutazione/counseling nutrizionale
		- valutazione esami	(5 min)	
		- esame obiettivo	(5 min)	
		- ricognizione terapia	(5 min)	
		- counseling ed adeguamento del piano assistenziale	(5 min)	
<i>Tele visita</i>	15-20 minuti	- valutazione parametri clinici/laboratoristici già disponibili	(10 min)	Destinato a pazienti in stadi iniziali e/o stabili di malattia con esami già caricati su piattaforma digitale
		- counseling terapeutico e verifica aderenza	(5-10 min)	
<i>Tele-prescrizione per rinnovo piano terapeutico</i>	10 minuti	- valutazione parametri laboratoristici finalizzati alla prescrizione	(5 min)	-
		- prescrizione telematica	(5 min)	

Allegato C

Criteri di urgenza per prestazioni ambulatoriali: Manuale RAO

Il Manuale RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenea), redatto da AGENAS e aggiornato dalla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e Province Autonome il 16 dicembre 2020, rappresenta lo strumento ufficiale per la definizione di criteri clinici e codici di priorità con relativi tempi massimi di attesa (Tempa) per le prestazioni specialistiche ambulatoriali previste dal Nomenclatore nazionale ai sensi del DPCM 12 gennaio 2017, e costituisce un riferimento fondamentale per il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA 2019–2021) [7].

Per migliorare l'appropriatezza è auspicabile la revisione del Manuale RAO in merito ad alcune indicazioni alla valutazione nefrologica, declinate nei vari gradi di urgenza, rispetto a quanto tuttora definito nelle tabelle del manuale stesso.

Si richiede ad Agenas l'accettazione delle modifiche proposte al Manuale:

CLASS_RAO 037			PRIMA VISITA NEFROLOGICA – Codice 89.7B.5
			Incluso: stesura del piano di trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (dialisi extracorporea o peritoneale) o per trapianto
CLASSE DI PRIORITÀ	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO	
EMERGENZA***	INVIO AL PS	1. Anuria in soggetto con insufficienza renale già nota o trapianto di rene 2. Crisi ipertensiva in paziente già in terapia farmacologica in presenza di IRC 3. Disionie gravi: ipokaliemia < 2,5 mEq/L; iperpotassiemia > 6,5 mEq/L; sodiemia < 125 mEq/L o > 150 mEq/L; grave acidosi metabolica (bicarbonati < 17 mmol/L) ipercalcemia >12,5 mg/dl 4. Edema polmonare in paziente con nefropatia già nota o in trattamento dialitico 5. Grave deficit o peggioramento acuto della funzione renale con oliguria 6. Iperazotemia di recente insorgenza (> 250 mg/dL) o meno se ingravescente 7. Sospetta pielonefrite acuta se presente addominalgie in dialisi peritoneale o febbre in trapianto renale	
EMERGENZA*** (PEDIATRIA)	INVIO AL PS	1. Anuria/sovraccarico idrico in soggetto con sospetta insufficienza renale acuta 2. Diarrea emorragica con sospetto interessamento renale 3. Disionie o alterazioni acido base sintomatiche 4. Edemi con proteinuria o ematuria 5. Febbre in trapianto renale o paziente nefropatico in terapia immunosoppressiva 6. Ipertensione sintomatica 7. Macroematuria se esclusa causa urologica 8. Poliuria e disidratazione (sospetta tubulopatia sintomatica) 9. Urosepsi e/o sospetta pielonefrite acuta	
CLASS_RAO 037			PRIMA VISITA NEFROLOGICA – Codice 89.7B.5
			Incluso: stesura del piano di trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (dialisi extracorporea o peritoneale) o per trapianto
CLASSE DI PRIORITÀ	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO	
U	72h	1. Grave sovraccarico idrico (edemi o PA > 180/100) in paziente con nefropatia già nota 2. Insufficienza renale acuta (aumento creatinina del doppio rispetto alla precedente o ≤ classe 3 se non conosciuta la precedente) non oligurica in paziente con comorbidità (es. diabete), in situazioni di disidratazione associate a terapie potenzialmente tossiche 3. Ipertensione arteriosa in gravidanza e/o riscontro de novo di proteinuria al 3° trimestre 4. Malattia renale cronica stadio 5 (VFG < 15 ml/min) di primo riscontro 5. Patologie intercorrenti in trapiantato renale 6. Potassiemia tra 2,5-3 mEq/L o tra 6-6,5 mEq/L in paziente già in terapia con ACE-inibitori o sartani e/o anti-aldosteronici 7. Altro (10%)**	
U (PEDIATRIA)	72h	1. Poliuria con ritardo di crescita 2. Proteinuria > +++ o > 0,5 mg/mg di primo riscontro senza edemi, ipertensione, insufficienza renale, oligoanuria 3. Recidiva di macroematuria 4. Riscontro di insufficienza renale (eGFR < 60 ml/min/1,73m ² sec formula di Schwartz) 5. Altro (10%)**	
B	10 gg	1. Edemi e proteinuria > 3 g 2. Insufficienza renale cronica al IV stadio di primo riscontro 3. Ipertensione di difficile controllo in paziente già in trattamento con ≥ 3 farmaci anti-ipertensivi 4. Macroematuria escluse cause urologiche 5. Rapido peggioramento della funzione renale in nefropatia cronica nota (aumento creatinina > 15% in 3 mesi) 6. Riscontro di nefropatia de novo in paziente con malattia sistemica (es. LES) 7. Sospetta neoplasia renale non compete al nefrologo	
B (PEDIATRIA)	10 gg	1. Ipertensione arteriosa sintomatica 2. Insufficienza renale di primo riscontro (eGFR 60-90 ml/min/1,73m ² sec formula di Schwartz) 3. Proteinuria persistente < +++ o < 0,5 mg/mg con o senza microematuria in patologia sistemica 4. Altro (10%)**	

CLASS_RAO		PRIMA VISITA NEFROLOGICA – Codice 89.7B.5
037		Incluso: stesura del piano di trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (dialisi extracorporea o peritoneale) o per trapianto
CLASSE DI PRIORITÀ	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE RACCOMANDATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anemia (Hb < 10) in o da IRC (prescrizione per farmaci soggetti a piano terapeutico) 2. Infezioni urinarie recidivanti 3. Insufficienza renale cronica III stadio di primo riscontro 4. Microematuria escluse cause urologiche 5. Proteinuria (< 3 g/24h) 6. Nefropatia diabetica 7. Altro (10%) **
D (PEDIATRIA)	30 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agenesia renale in paziente < 6 mesi 2. Idroureteronefrosi con o senza RVU non complicata 3. Cisti renali multiple di primo riscontro 4. Infezioni urinarie recidivanti 5. Proteinuria persistente < +++ o < 0,5 mg/mg con o senza microematuria 6. Urolitiasi di primo riscontro asintomatica 7. Altro (10%) **
P	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anomalie ecografiche renali asintomatiche (escluse sospette neoplasie) 2. Cisti renali multiple 3. Insufficienza renale cronica I-II stadio di primo riscontro 4. Microematuria o proteinuria non accompagnata da dolore né da alterazioni funzionali renali 5. Malattia renale cronica (III stadio) 6. Calcolosi renale non chirurgica 7. Altro (10%) **
P (PEDIATRIA)	120 gg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anomalie ecografiche renali asintomatiche (escluse sospette neoplasie) 2. Enuresi in paziente > 5 anni 1. Microematuria isolata persistente 2. Altro (10%) **

Tabella riassuntiva Codici RAO e Tempi Massimi di Attesa

Codice RAO	Descrizione	Tempo massimo di attesa
U	Urgente – prestazione da eseguire rapidamente per condizioni cliniche a rischio	Entro 72 ore
B	Breve – condizioni che richiedono valutazione rapida ma non immediata	Entro 10 giorni
D	Differibile – prestazioni programmabili in tempi medi	Entro 30 giorni
P / D	Programmabile – prestazioni non urgenti, da eseguire in tempi più lunghi	Entro 90 giorni o oltre

Allegato D

Presca in carico del paziente affetto da MRC

La numerosità crescente della popolazione affetta da MRC rende obbligatoria una pianificazione della presa in carico del paziente nelle differenti realtà assistenziali sanitarie (territorio-ospedale) a seguito di una prima valutazione di pertinenza esclusivamente nefrologica.

In base al differente stadio di malattia renale cronica, ma anche alla differente tipologia di malattia di base e alla sua prevedibile evolutività, possono essere ipotizzati i seguenti scenari di presa in carico del paziente.

Stadio di MRC	Setting di presa in carico	Follow-up nefrologico
1 e 2	territorio	Se aggravamento
3a (no proteinuria)	territorio	Se aggravamento/proteinuria
3a (con proteinuria)	nefrologo/territorio	Ogni 8-12 mesi
3b	nefrologo/territorio	Ogni 6 mesi
4	nefrologo	Ogni 3-4 mesi
5	nefrologo	Ogni 2-3 mesi

Condizioni particolari di patologia: riferimento e intervalli visite

Patologie autoimmuni:	nefrologo/territorio	ogni 3-6 mesi*
Malattia policistica:	nefrologo/territorio	ogni 4-6 mesi**
Rapida progressione MRC:	nefrologo	ogni mese
Transizione / rifiuto dialisi:	nefrologo	ogni mese
Trapianto di rene:	nefrologo/territorio	ogni 1-12 mesi***
Trattamento dialitico:	nefrologo	secondo quadro clinico

*in base alla attività di malattia o a terapia immunosoppressiva in fase acuta o stabile

**in base a presenza di terapia specifica o secondo gravità di funzione renale

***secondo le tempistiche legate al progredire del follow up post-intervento

BIBLIOGRAFIA

1. <https://www.theisn.org/blog/2025/05/23/historic-win-for-kidney-health-as-who-adopts-global-resolution>.
2. Pais P, Luyckx V, Chatterjee S, Essue BM. The catastrophic costs of chronic kidney disease. *Nat Rev Nephrol*. 2025 Sep;21(9):580-581. <https://doi.org/10.1038/s41581-025-00978-7>.
3. De Nicola L et al. Prevalence and cardiovascular risk profile of chronic kidney disease in Italy: results of the 2008-12 National Health Examination Survey. *Nephrol Dial Transplant*. 2015;30:806-14. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfu383>.
4. <https://ridt.sinality.org/2025/10/29/report-2023/>.
5. <https://www.statoregioni.it/media/aq2m5k0r/p-11-csr-atto-rep-n-61-17apr2025.pdf>.
6. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int*. 2024 Apr;105(4S):S117-S314. <https://doi.org/10.1016/j.kint.2023.10.018>.
7. https://www.agenas.gov.it/images/agenas/In%20primo%20piano/RAO/Manuale_RAO_13_gen.pdf.