

	IL DIRITTO AL TRAPIANTO DI RENE	Rev. 0 11/09/2026
		Codice DIA_INF_01

Quanto riportato nel seguente documento è presente nel sito dell'Associazione Malati di Reni APS ETS al link <https://www.malatidireni.it/trapianto/percorso-assistenziale-al-trapianto-di-rene-lazio/#sec-09>.

Gentile Paziente,

la grave riduzione della sua funzione renale ha reso necessario per Lei l'inizio della terapia sostitutiva. Il trattamento dialitico (emodialisi o dialisi peritoneale) è in grado sicuramente di compensare lo stato di insufficienza renale cronica, ma condiziona in modo significativo la Sua qualità di vita. Da diversi anni, comunque, oltre alla dialisi esiste un'altra terapia sostitutiva della funzione renale: il trapianto. Il trapianto di rene può rappresentare per Lei una valida alternativa terapeutica, in grado di restituire la funzionalità renale perduta e offrire una migliore qualità di vita. Il trapianto, forse più di altri percorsi terapeutici, richiede che il paziente mantenga uno stretto contatto con il nefrologo e ne segua le indicazioni sia prima che dopo l'intervento. Per questo è necessario che ogni paziente che decide di affrontare il trapianto sia informato nel modo più esauriente e corretto su tutti gli aspetti clinici e terapeutici correlati.

Il trapianto di rene

Il trapianto renale è un intervento chirurgico che, grazie all'impianto di un nuovo rene sano nell'organismo di un paziente affetto da insufficienza renale di grado avanzato, consente il ripristino di tutte le funzioni depurative e secretive. Un trapianto ben funzionante consente al paziente di riappropriarsi della propria salute e migliora nettamente la sua qualità di vita. Ogni paziente affetto da insufficienza renale cronica, se clinicamente idoneo, deve poter accedere al trapianto indipendentemente dalle sue possibilità economiche, poiché questa terapia è totalmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Il trapianto si può ricevere da un donatore cadavere accuratamente selezionato e valutato — in questo caso il paziente deve iscriversi in una lista di attesa presso un Centro di Trapianto della Regione Lazio, in Italia o UE — oppure da donatore vivente, se una persona consanguinea o non consanguinea è disponibile a donare un rene.

Il trapianto pre-emptive

In questi ultimi anni si sta studiando la possibilità di trapianto pre-emptive, cioè, in pazienti con insufficienza renale clinicamente idonei, l'eventualità di essere iscritti nelle liste di trapianto prima di aver iniziato la dialisi. Questa potrà costituire un'alternativa per quei pazienti che, per condizioni di salute gravi tali da comprometterne la stessa vita, necessitano di un trapianto urgente. Il trapianto pre-emptive, se attuato oggi, contrasterebbe con l'esigenza etica di non penalizzare i pazienti che da tempo sono in lista di attesa, sottraendo loro i reni disponibili; potrebbe però essere, in futuro, un vantaggio enorme perché si escluderebbe la dialisi. Attualmente è realizzato con un donatore vivente familiare per i pazienti in fase conservativa, così come per tutti i pazienti già in dialisi che ne facciano richiesta. È importante sottolineare infatti che minore è il tempo di attesa prima del trapianto, maggiore è la probabilità di successo a lungo termine.

Il principale fattore che oggi limita la possibilità di fornire o ricevere questa prestazione in tempi brevi è la carenza di reni disponibili, il cui numero è diretta conseguenza del numero di donatori cadavere segnalati dai Centri di Rianimazione. La disponibilità di organi è il risultato dell'azione di diversi fattori: sanitari (organizzazione per il reperimento di organi), giuridici (leggi e norme che regolano prelievo e trapianto) e sociali (consenso sociale sul valore del trapianto). Avere un organo disponibile, però, non basta: il ricevente

	IL DIRITTO AL TRAPIANTO DI RENE	Rev. 0 11/09/2026
		Codice DIA_INF_01

di rene deve assumere per tutta la vita particolari farmaci immunosoppressivi, che consentono al sistema immunitario di *accettare* il rene trapiantato e di non rigettarlo (terapia antirigetto o immunosoppressiva).

Il trapianto è indicato per tutte le malattie renali?

La quasi totalità delle nefropatie è suscettibile di questa terapia sostitutiva, anche se alcune patologie potrebbero recidivare dopo il trapianto. Per questo è fondamentale che il candidato esegua tutti gli esami richiesti per la valutazione di idoneità: ematochimici, microbiologici, immunologici e strumentali, utili a escludere qualsiasi altro problema clinico associato. La commissione medico-chirurgica del Centro di Trapianto prende visione di tutti gli esami ed esprime un giudizio scritto di trapiantabilità relativo ai programmi di quel Centro, valutando i fattori di rischio e delineando eventuali interventi o terapie preliminari. Esistono poche controindicazioni assolute, divise in due categorie principali: **grave infezione cronica sistemica** e **tumore maligno recente**; in questi casi la terapia antirigetto potrebbe favorire la crescita microbica o di cellule neoplastiche, vanificando il trapianto e mettendo in pericolo la vita del paziente.

Il rene trapiantato viene posizionato in una sede anatomica diversa da quella naturale, in fossa iliaca destra o sinistra: per questo generalmente non è necessario rimuovere i reni, a meno di motivazioni cliniche. Poco dopo l'intervento il rene riprende la sua normale funzione depurativa, anche se in alcuni casi possono essere necessari alcuni giorni, durante i quali il paziente è sottoposto ad alcune sedute di dialisi. Subito dopo il trapianto il paziente deve assumere la terapia immunosoppressiva; oggi sono disponibili numerosi farmaci che permettono protocolli sempre più efficaci: corticosteroidi, anticorpi antilinfocitari, ciclosporina, tacrolimus (FK 506), sirolimus (rapamicina), micofenolato mofetile

Il rigetto

Nonostante la terapia, il rigetto resta la complicanza più temuta: può in qualsiasi momento determinare una riduzione o la perdita della funzione del trapianto. Il rigetto è un'alterazione delle funzioni dell'organo trapiantato, che può arrivare a smettere di funzionare perché il sistema immunitario del paziente riconosce come «estraneo» il nuovo rene e lo aggredisce.

Nel *rigetto acuto* — i cui sintomi sono malessere, febbre, oliguria, ipertensione intrattabile, aumento dei valori ematici degli indici della funzione renale — è necessaria una terapia immunosoppressiva più aggressiva per impedire un danno irreversibile; può essere necessaria anche una biopsia del trapianto.

Il *rigetto cronico* è caratterizzato da una graduale e progressiva perdita della funzione renale, dovuta a fattori immunologici e non immunologici, questi ultimi spesso conseguenza di cattive abitudini di vita (mancato controllo della pressione arteriosa e dei valori glicemici) e, soprattutto, della mancata costanza nell'assunzione della terapia antirigetto. Per questo è fondamentale che il paziente, anche quando si sente in perfetta salute, non sospenda mai la terapia immunosoppressiva.

Nelle prime ore o nei primi giorni dopo l'intervento possono intervenire altre complicanze, generalmente legate all'atto chirurgico sui vasi e l'uretere o a danni subiti dall'organo durante il prelievo o la conservazione. In una fase più tardiva possono comparire una serie di malattie e complicanze legate agli effetti indesiderati dei farmaci antirigetto o a un eccessivo effetto di immunosoppressione (malattie cardiovascolari, disturbi metabolici, infezioni, tumori). Molti pazienti temono di poter contrarre con il trapianto malattie infettive o neoplastiche: quando si ha la segnalazione di un potenziale donatore, sono utilizzate tutte le metodiche disponibili per verificare la presenza di malattie infettive (HIV, HBsAg, ecc.) o neoplastiche, con un'accurata valutazione clinica. È doveroso però ricordare che, come per le trasfusioni di sangue, anche per i donatori di organi la sicurezza assoluta è solo un concetto teorico: con gli esami

	IL DIRITTO AL TRAPIANTO DI RENE	Rev. 0 11/09/2026
		Codice DIA_INF_01

possiamo ottenere una sicurezza altissima ma non assoluta. Verificata la sicurezza del donatore, il Centro Regionale Trapianti applica i criteri che identificano il ricevente con i requisiti clinici e immunologici più corretti per l'organo proposto: identità del gruppo ABO, migliore compatibilità tissutale HLA, maggior tempo di attesa, stato clinico del paziente, ritrapianto.

Il trapianto di rene da donatore vivente

Il primo trapianto di rene da donatore vivente è stato eseguito con successo nei primi anni '50 e da allora centinaia di migliaia di trapianti da vivente sono stati eseguiti in tutto il mondo. In Italia l'attività è regolata dalla legge n. 458 del 26 giugno 1967 «Trapianto di rene tra persone viventi», che consente la donazione tra soggetti consanguinei e non consanguinei, garantendo la massima trasparenza e tutela del donatore. Poiché la disponibilità di reni da cadavere è insufficiente, il programma da vivente può rappresentare una valida risorsa e consente di eseguire l'intervento anche prima che il ricevente abbia iniziato la dialisi, esponendo al minimo rischio possibile il donatore. In Italia questo programma è ancora poco sviluppato: rappresenta solo l'8% dei trapianti di rene eseguiti ogni anno, contro il 20–25% della media europea e il 44% degli Stati Uniti.

I rischi per il donatore.

In accordo al principio medico del non nuocere, sono garantiti tutti gli sforzi per salvaguardare l'integrità della salute del donatore, partendo da un'accurata valutazione clinica e psicologica prima dell'intervento. La mortalità del donatore di rene è dello 0,03–0,05% (dati internazionali) ed è legata a eventi cardiovascolari perioperatori non dissimili da quelli di qualsiasi intervento chirurgico. Sono possibili complicanze precoci di maggiore o minore gravità, generalmente risolte durante l'ospedalizzazione, dipendenti anche dal tipo di approccio (nephrectomia laparoscopica o tradizionale a cielo aperto). Per il rischio tardivo, studi internazionali che hanno osservato i donatori anche a 25–30 anni di distanza mostrano che la possibilità di sviluppare un'insufficienza renale non sarebbe maggiore rispetto alla popolazione generale.