

Salute

Vibrazioni contro i tumori

Microonde, radiazioni elettromagnetiche, ultrasuoni focalizzati ad altissima intensità. È l'arsenale cui attinge la radiologia interventistica per combattere diversi tipi di cancro

Servizi di Elena Meli
alle pagine 46-47

Radiologia interventistica I progressi di una disciplina ancora giovane

Microonde, super-freddo e radiofrequenza per distruggere i tumori

Bersagli polverizzati con onde di tutte le lunghezze emesse da aghi guidati da ecografia, Tac e risonanza

Gli inizi

Negli anni 80 i primi tentativi di portare un «killer» dentro il cancro

Risultati

Per lesioni sotto i due centimetri, la probabilità di successo è attorno al 95%

Il congresso

All'Interventional Oncology Sans Frontières è stato fatto il punto sul tema

di ELENA MELI

Operare un tumore «cuocendolo» con il calore delle onde elettromagnetiche. Senza cicatrici, con costi e ricoveri molto ridotti. È possibile grazie al-

l'oncologia interventistica, un settore giovanissimo della medicina (gli albori della disciplina risalgono ad appena una trentina d'anni fa, nella pratica clinica è arrivata di fatto da poco più di dieci anni) su cui l'Italia ha scommesso fin dall'inizio, quando nel resto del mondo pochi ci credevano.

Non a caso, proprio nel nostro Paese, a Cernobbio, si è concluso ieri il più importante evento mondiale sul tema, l'Interventional Oncology Sans Frontières Congress: obiettivo, fare il punto sulle tecniche in uso e i risultati ottenuti a oggi, ma anche stila-

re linee guida condivise e capire quali saranno le prospettive del prossimo futuro, visto che, stando agli esperti, si tratta di un'area della medicina con notevoli potenzialità, oltre che di un settore in cui negli ultimi anni si è investito molto.

Tutto è iniziato quando, negli anni 80, i medici pensarono di provare a eliminare il cancro portando un «killer» fin dentro il tumore, senza toccare i tessuti sani intorno. Per i primi tentativi fu scelto l'*alcool assoluto*, che uccide i tessuti distruggendo l'endotelio che riveste i vasi sanguigni e provocando trombosi

dei piccoli vasi: veniva iniettato nelle masse tumorali con semplici aghi, ma non era sempre un valido «sicario», come racconta Luigi Solbiati, organizzatore del congresso di Cernobbio e direttore della Radiologia interventistica oncologica dell'Azienda Ospeda-



liera di Busto Arsizio: «Sui piccoli epatocarcinomi (tumori nel fegato, ndr) funziona perché il tumore ha una capsula che trattiene l'alcool al suo interno ed è anche ricco di vasi sanguigni; però su tutti gli altri tumori, che non hanno queste caratteristiche, l'alcoolizzazione non è efficace. Così, negli anni 90 si pensò di provare con il calore della radiofrequenza, già usato per eliminare cellule cardiache da cui originano alcune aritmie o per trattare piccoli focolai di epilessia nel cervello».

Il concetto è semplice: una sonda-elettrodo si inserisce nel tumore ed emette una radiofrequenza che, a contatto con il tessuto tumorale, produce un calore molto elevato, fino a cuocere, letteralmente, le cellule circostanti, uccidendole. Poco più lontano l'effetto è pari a zero, per cui i tessuti sani vengono risparmiati. «All'inizio riuscivamo a trattare lesioni minime, ma in pochi anni siamo passati dall'eliminare noduli del diametro di un centimetro a trattare lesioni di 4-5 centimetri — racconta Solbiati —. Negli ultimi 10 anni l'esperienza è aumentata tantissimo in tutto il mondo. Nel caso dell'epatocarcinoma i pazienti trattati sono già decine di migliaia e la termoablazione con radiofrequenza è ufficialmente inserita fra le terapie da praticare nelle linee guida di molte società scientifiche».

L'oncologia interventistica, grazie anche a metodi più potenti della radiofrequenza, come le microonde e la crioablazione, viene ormai ampiamente utilizzata per il trattamento mini invasivo di metastasi epatiche (se sono localizzate solo al fegato, in numero limitato, di diametro non superiore a 3-4 cm e in caso di scarsa o assente risposta alla chemio-

terapia), per tumori del rene entro i tre centimetri e, nel polmone, per tumori primitivi e metastasi di piccole dimensioni. Esistono poi numerosi campi in cui l'impiego è promettente e sempre più frequente (si veda box).

«Per decidere se l'oncologia interventistica può essere utile nel singolo caso bisogna considerare però diversi parametri, partendo da caratteristiche e dimensioni del tumore — spiega Solbiati —. Se, infatti, la lesione è inferiore ai due centimetri, la probabilità di successo (ovvero di un'eliminazione completa, definita come la non-ricrescita a un anno di distanza dal trattamento) è attorno al 95%; la percentuale scende gradualmente all'aumentare della dimensione, e al di sopra dei cinque centimetri i risultati sono scarsi. Anche il numero di noduli da eliminare conta: se nello stesso organo ce ne sono 4-5 piccoli il trattamento può essere eseguito, ma la terapia è sconsigliabile se i bersagli sono più grandi e numerosi. Da considerare c'è inoltre il rapporto della neoplasia con i tessuti circostanti: se il tumore sporge verso zone che potrebbero essere danneggiate dal calore è preferibile evitare l'ablazione. Meglio ricorrere a un altro metodo anche se il paziente ha caratteristiche che lo mettono a rischio, come una cirrosi avanzata che potrebbe peggiorare con il trattamento, o disturbi della coagulazione, perché in caso di emorragia interna potrebbe essere difficile eseguire un intervento riparativo. L'oncologia interventistica può sembrare semplice, ma va usata secondo indicazioni precise: non può essere utilizzata sempre, altrimenti si rischia di non ottenere risultati validi ed esporre il pazien-

te a gravi rischi».

Fondamentale è anche l'esperienza di chi interviene, per ridurre il pericolo di danneggiare tessuti e organi vicini: in Italia i Centri dove viene praticata l'oncologia interventistica sono ormai moltissimi, ma è essenziale rivolgersi a strutture che abbiano una casistica numerosa e in cui siano disponibili tutte le metodiche, per poter scegliere l'opzione terapeutica più adatta a ciascuno. «Questa branca della medicina, essendo ad altissima componente tecnologica, richiede investimenti consistenti per aggiornare gli strumenti: ha senso perciò concentrare gli sforzi solo su alcuni centri di riferimento — interviene Franco Orsi, direttore dell'Unità di Radiologia interventistica dell'Istituto europeo di oncologia di Milano —. Altrettanto importante, far sì che il radiologo interventista non sia un mero esecutore che interviene sul paziente senza averlo visto prima e senza seguirlo dopo: per avere i migliori risultati tutte le fasi della terapia vanno valutate assieme al chirurgo e all'oncologo. Purtroppo spesso arrivano da noi pazienti che non hanno più né aspettative di cura né altre opzioni di trattamento possibili, a cui serve solo la palliazione del dolore in una fase avanzata di malattia: in realtà, con gli strumenti diagnostici attuali è e sarà sempre più semplice individuare i tumori piccoli, a uno stadio iniziale, in cui potrebbe essere vantaggioso questo approccio».

Tutto ciò sarebbe utile anche in termini di costi, visto che per un'ablazione con radiofrequenza occorrono 1.000-1.200 euro di materiali e in genere basta un ricovero di una notte. Il bisturi, tuttavia, sottolineano gli esperti,

continuerà a essere indispensabile per tanti malati; l'importante è che cominci a diffondersi la consapevolezza che, a volte, si può intervenire anche in questo modo con efficacia. «In molti casi — osserva Orsi — dovremmo poter tentare prima la strada dell'oncologia interventistica, e solo quando questa non dovesse bastare, passare alla chirurgia, invece dell'inverso».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

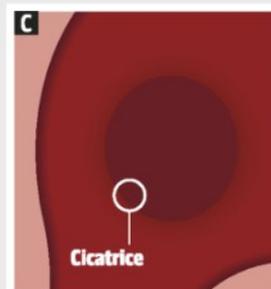
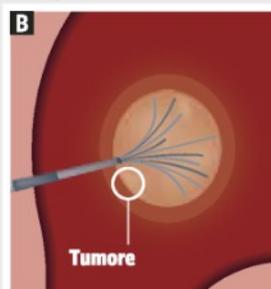
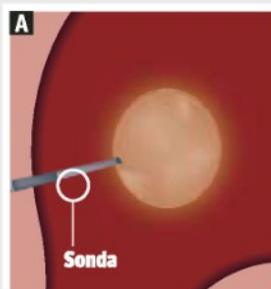
Pancreas

Prospettive per un organo difficile

È uno degli organi più difficili da raggiungere di tutto il corpo. Nascosto dietro lo stomaco e le prime anse dell'intestino tenue, il pancreas può ammalarsi di tumori che sono spesso molto aggressivi e ardui da curare. Anche intervenire con il bisturi è complicato: la prima scelta resta la chirurgia aperta, ma si tratta comunque di operazioni complesse. Pure la termoablazione classica non è il metodo ideale (esiste il pericolo di perforare le anse intestinali), così molte speranze si appuntano sugli ultrasuoni focalizzati, che agiscono completamente dall'esterno: allo IEO di Milano sono stati operati in questo modo e con un discreto successo alcuni pazienti con neoplasie in sedi inoperabili. I risultati sono buoni, ma si tratta ancora di un utilizzo sperimentale, da tentare quando le altre strade non sono percorribili. Vista la difficoltà di trattare i tumori del pancreas, tuttavia, l'auspicio è che presto la tecnologia consenta di intervenire in modo preciso e incisivo anche su questo organo.

Il metodo	CHE COSA «UCCIDE» LE CELLULE	GLI EFFETTI	QUANTO È UTILIZZATO
Ablazione con radiofrequenza 	Onde elettromagnetiche a 450-500 kilohertz	Si uccidono le cellule fino a circa 1,5 centimetri di distanza dalla sonda. In pochi minuti (10-20 circa) si riescono a trattare tumori fino a circa 5 centimetri di diametro	È il metodo più diffuso, utilizzato in tutta Italia soprattutto per il trattamento di epatocarcinoma e metastasi epatiche
Ablazione con microonde 	Onde elettromagnetiche a 2.400 megahertz	Il tessuto muore fino a 1,6-2 centimetri dall'ago-elettrodo	Si sta diffondendo sempre di più perché consente di trattare aree più ampie in tempi più brevi
Ablazione con laser 	Radiazioni elettromagnetiche luminose ad altissima energia, focalizzate, coerenti e monocromatiche, erogate da un fascio di fibre ottiche	L'effetto arriva fino a 1,5-2 centimetri di distanza dalla fibra ottica	Abbastanza diffuso, usato molto per le metastasi epatiche e allo studio per tumori tiroidei
Crioablazione 	Il raffreddamento repentino provocato da un gas, l'argon, insufflato nell'area da trattare. È usata soprattutto per noduli piccoli (<i>meno di 3 cm</i>)	Le cellule vengono congelate e muoiono, in un trattamento che dura circa mezz'ora	Poco utilizzata nel nostro Paese perché è più complessa, viene impiegata soprattutto in urologia, su rene e prostata
Ultrasuoni focalizzati 	Il calore provocato dalla concentrazione di ultrasuoni in una piccola area	L'effetto è ottimale per piccoli volumi, attorno a 1 centimetro cubo	In Italia i macchinari guidati dalla risonanza magnetica sono tre, pochi di più quelli a guida ecografica; l'esperienza maggiore si ha sulle ossa (<i>osteoma benigno e metastasi</i>)

Il trattamento con radiofrequenza



- A** La sonda viene inserita nell'area da trattare
- B** Quando la sonda ha raggiunto il tumore si fanno uscire i vari elettrodi, che si aprono «a ombrello» per agire su un volume più ampio di quanto sarebbe possibile con uno soltanto. Dall'elettrodo vengono emesse le onde elettromagnetiche (radiofrequenza o microonde) che scaldano il tessuto
- C** Le cellule tumorali muoiono e al loro posto si forma una cicatrice

■ Nel caso dell'ablazione con il laser si inseriscono aghi multipli che portano fibre ottiche nel volume del tumore

■ Per la crioterapia si usa un micro catetere che trasporta gas «raffreddante» nel tessuto malato

D'ARCO

Tumori, tre farmaci 'riattivano' gli anticorpi nuove speranze dal congresso Asco di Chicago

La scoperta dei recettori Pd-1 alla base di nuovi farmaci che stanno ottenendo buoni risultati sperimentali contro il cancro al polmone, al rene e contro il melanoma. Ecco come funzionano

CHICAGO - Dopo trenta anni di speranze, prima accese e poi spente, sembra che si stia trovando finalmente il modo di far aggredire il cancro da chi dovrebbe: il nostro sistema di difesa immunitario. Che si accorge del tumore, lo classifica come nemico e lo combatte, ma in modo così debole e incompleto che la malattia continua la sua avanzata. Proprio una delle cause della sua debolezza è la scoperta di qualche anno fa che ieri - primo giorno dell'annuale summit dell'American Society of Clinical Oncologists (Asco) che riunisce 30mila specialisti a Chicago fino al 4 giugno - ha dato nuove speranze.

La scoperta si chiama Pd-1, (Programmed Death, morte programmata) sigla che indica un sistema di recettori sulla superficie delle cellule killer immunitarie e di proteine prodotte dalle cellule cancerose. Queste ultime, quando si legano ai recettori, letteralmente "spengono" i killer e il tumore continua a crescere. Da questa scoperta è iniziata la messa a punto di anticorpi che impediscono l'azione di spegnimento da parte delle proteine. E i killer tornano micidiali.

Tre le aziende che hanno illustrato i risultati sperimentali di farmaci che agiscono con questa strategia, Bristol-Myers Squibb, Roche e Merck. Hanno dato buoni risultati contro tumori di polmone, rene e melanoma, anche in fasi molto avanzate della malattia. Gli aumenti delle sopravvivenze sono del 43 per cento nel tumore del polmone (tipo non a piccole cellule), del 61 per cento nel melanoma e del 70 per cento nel rene.

Ancora un anticorpo, ma contro uno dei fattori che il tumore si produce da solo per stimolare la sua crescita, il cetuximab, ha dimostrato in una sperimentazione di fase III, di prolungare di ben 4 mesi la scarsa sopravvivenza dei malati di cancro del colon-retto rispetto ad un farmaco simile. Il confronto è stato condotto associando i due farmaci col trattamento chemioterapico standard (Folfiri) come previsto dai protocolli terapeutici in uso e in malati senza alterazioni del gene Kras.

02-06-2013

CORRIERE DELLA SERA.it

Lettori

79.000

Qualche goccia di aceto e cotton fioc per salvare le donne dal cancro

*Un semplice test può permettere di diagnosticare il tumore alla
cervice uterina nei Paesi dove il Pap test non è diffuso*

CHICAGO - Un po' di aceto, qualche cotton fioc e anidride carbonica: è questa la ricetta che può salvare centinaia di donne dal cancro della cervice uterina nei Paesi poveri. Sono Paesi dove un semplice Pap test è troppo costoso e ancora di più lo sono i kit per identificare il papilloma, il virus (o almeno alcuni suoi sottotipi che favoriscono il tumore), per non parlare del vaccino anti-papilloma, inarrivabile.

IN INDIA- Se in Occidente l'incidenza e la mortalità per questa neoplasia si è ridotta dell'80 per cento grazie allo screening con il Pap test, in molti Paesi, africani o asiatici, uccide ancora moltissime donne e rimane il killer numero uno per il sesso femminile nel mondo. Così in India è nata una sperimentazione per valutare l'efficacia del test all'aceto e i risultati, raccolti in un periodo di due anni, sono diventati il tema «caldo» di una delle sessioni plenarie al 49mo Annual Meeting dell'American Society of Clinical Oncology, che si svolge, come di consueto, a Chicago. La metodica, messa a punto alla Johns Hopkins Medical School di Baltimora negli anni Novanta e raccomandata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, si è rivelata in grado di ridurre di un terzo il numero di morti per tumore alla cervice uterina. I ricercatori stimano che potrebbe salvare, ogni anno, almeno 22 mila vite in India e 73 mila in tutto il mondo.

CRIOterapia - «Per il nostro studio, che ha coinvolto 140 mila donne – ha commentato Surendra Srinivas Shastri, oncologo al Tata Memorial Hospital di Mumbai – abbiamo addestrato personale sanitario di primo livello che ha facile accesso soprattutto alle zone rurali del Paese, dove mancano infermieri, medici e laboratori». La procedura prevede di strofinare, sulla cervice uterina, un cotton fioc imbevuto di aceto da cucina (acido acetico): la comparsa di zone biancastre indica la presenza di lesioni precancerose. In questo caso si procede con una crioterapia per la quale basta ricorrere all'anidride carbonica, disponibile in qualsiasi impianto di imbottigliamento della Coca Cola, diffusi un po' ovunque anche nei Paesi meno sviluppati, (l'azoto liquido che si usa di solito sarebbe più difficilmente reperibile). Normalmente la diagnosi precoce di tumore alla cervice con il Pap test prevede il prelievo di cellule della cervice che vengono poi analizzate in laboratorio. L'accuratezza del test all'aceto è elevata, nel senso che identifica tutte le lesioni, ma esisteva il sospetto di falsi positivi: il sospetto, cioè, che il test risultasse positivo anche in assenza di una lesione precancerosa. Lo studio indiano ha, però, dimostrato che questo rischio non esiste.

GUARDIE MEDICHE

Rifiuto di visita punibile come omissione

■ Omissione di atti d'ufficio e lesioni colpose per il medico di guardia che rifiuta la visita domiciliare. La Corte di cassazione (sentenza 23817) punisce la condotta del camice bianco che, nella sua qualità di pubblico ufficiale, durante il turno di guardia deve fare tutti gli interventi richiesti dall'utente o, quando c'è, dalla centrale operativa. Se non lo fa il reato di omissione di atti d'ufficio scatta anche se si verifica che il paziente non era grave. Nel caso esaminato erano state invece sottovalutate le indicazioni date dalla moglie del malato nelle numerose chiamate. In ospedale all'uomo era stata diagnosticata una polmonite. E all'omissione di atti d'ufficio si è unito il reato di lesioni colpose.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Salute

L'appello Cure non più solo nella «parte giusta» del mondo

Nei Paesi più poveri la dialisi è un miraggio

Strategie

Il protocollo della Remission Clinic, può rallentare l'insufficienza renale cronica

Nei Paesi poveri, la scarsità (se non l'assenza) di mezzi economici e logistici rende difficilissimo affrontare anche le patologie più semplici. Il nefrologo Giuseppe Remuzzi, scrivendo su *Lancet* della necessità di trovare una soluzione per l'emergenza dei Paesi in via di sviluppo, racconta il caso di una quindicenne ricoverata in Tanzania per un'insufficienza renale acuta, probabilmente di origine infettiva: nell'ospedale dove è stata accolta c'era per fortuna la possibilità di sottoporla a emodialisi e in appena due settimane la ragazza è tornata a casa guarita. Ma quanti sono così fortunati?

«Nei Paesi poveri tante mamme giovani muoiono per infezioni contratte al momento del parto che provocano insufficienza renale acuta, moltissimi si ammalano per aver bevuto acqua in cui erano presenti sostanze tossiche o per il veleno di serpenti o altri animali — spiega il nefrologo —. Per salvare queste persone e restituirle a una vita normale basterebbero terapie poco costose per il mondo occidentale: abbiamo il dovere e la responsabilità di fare qualcosa per risolvere la piaga delle patologie renali nelle aree

del mondo più svantaggiate».

L'argomento è all'ordine del giorno nel congresso di Hong Kong. Saranno presentati inoltre i risultati dei programmi di *Remission Clinic* condotti in Paesi come Nepal, Bolivia, Moldavia, Egitto, Uruguay, perché anche l'insufficienza renale cronica non risparmia i poveri del mondo: esiste in Africa, Asia, America Latina. Ma pure negli Stati Uniti neri e ispanici hanno un'assistenza precaria quanto quella di chi vive in Paesi in via di sviluppo. Così non stupisce scoprire che il 90% dei pazienti in dialisi è di fatto un "ricco" che abita nella "parte giusta" del mondo. «Tuttavia, con poco denaro e una pillola soltanto, che contenga i principi attivi del protocollo della *Remission Clinic*, potremmo rallentare la progressione dell'insufficienza renale cronica e ridurre la necessità di dialisi fra le popolazioni svantaggiate: in tante nazioni è impensabile garantire l'emodialisi, non ci sono né soldi né strutture adeguate — osserva Remuzzi —. In questi Paesi dovremmo semmai incentivare il trapianto di rene da vivente: quello da cadavere infatti è molto più complesso da gestire dove le tecnologie scarseggiano, mentre trovare un donatore adatto in popolazioni dove spesso le famiglie sono molto numerose è più semplice e fattibile. Le malattie renali si possono prevenire, molte si possono curare senza grandi spese: dobbiamo farlo anche e soprattutto dove nessuno può permettersi le metodiche più avanzate».

A. V.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Salute

Le strategie
per proteggere
il rene

a pagina 48

Prevenzione Bastano test semplici e a basso costo

Per proteggere i reni si può (e si deve) giocare d'anticipo

Sempre più casi

In Occidente
le malattie renali,
aumentano, legate
a obesità, diabete,
ipertensione

Danni «silenti»

Questi organi
sono trascurati
perché non danno
sintomi anche
se perdono colpi

Nefrologia

Le novità
e le conferme
dal Congresso
mondiale
degli specialisti

Ogni anno nel mondo 7 milioni di persone muoiono per un'insufficienza renale acuta, quasi tutte nei Paesi in via di sviluppo. Altri 2 milioni di malati (l'8% in più ogni anno, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità) hanno bisogno di terapie, come la dialisi o il trapianto, che sostituiscano la funzione dei reni, per colpa di una nefropatia cronica.

Eppure a questi numeri potremmo dare un taglio netto, stando agli esperti riuniti in questi giorni a Hong Kong per il Congresso Mondiale di Nefrologia: basterebbe relativamente poco per prevenire e curare le malattie renali sia nei Paesi poveri dove non ci sono i mez-

zi per garantire cure semplici e a basso costo (si veda sotto), sia in Occidente, dove dilagano obesità, diabete e ipertensione che mettono sotto sforzo i reni facendoli ammalare sempre più spesso e precocemente.

Innanzitutto, bisogna giocare d'anticipo, perché molto si decide già nella pancia della mamma. «L'insufficienza renale nasce nell'utero — sintetizza Giuseppe Remuzzi, direttore della Divisione di nefrologia e dialisi degli Ospedali Riuniti di Bergamo, coordinatore scientifico dell'Istituto Mario Negri di Bergamo e nuovo presidente dell'International Society of Nephrology —. Durante lo sviluppo fetale in ogni rene si forma un milione di glomeruli (i "mini-colini" che filtrano il sangue trattenendo ciò che serve all'organismo e lasciando passare le scorie nelle urine, ndr): un numero ridondante, che servirà anche a fronteggiare eventuali emergenze per il rene, come ipertensione o diabete».

Se però la mamma mangia poco e male in gravidanza, ad esempio non introducendo proteine a sufficienza, oppure se beve alcol, fuma o prende

farmaci che non dovrebbe, il numero dei glomeruli si riduce e il figlio nasce con un riserva renale ridotta, di fatto con alto rischio di nefropatie croniche che potrebbero manifestarsi già nei primi anni di vita.

Uno studio, pubblicato in questi giorni nel numero speciale di *Lancet* dedicato alle malattie renali, sottolinea come anche la prematurità, che riguarda 1 nuovo nato su 10, metta in pericolo la salute dei reni; allo stesso modo il basso peso alla nascita (15% dei bimbi) aumenta la probabilità di andare incontro a ipertensione e danno renale da adulti.

Pochi sanno se i loro reni funzionano a dovere, molti non hanno idea di avere la pressione alta, indice di una malattia renale spesso in fase già avanzata. Non c'è consapevolezza neppure da parte dei medici — sostengono alcuni specialisti — nonostante sia ben noto come l'insufficienza renale, ad esempio, amplifichi a dismisura i pericoli per il cuore: un diabetico con i reni malmessi va più spesso incontro a un infarto o a un ictus rispetto a un paziente senza disturbi rena-

li. I test per valutare la funzionalità di questi organi sono semplici e a basso costo, basta misurare la pressione e raccogliere poca urina per avere molte delle informazioni necessarie: uno screening della popolazione a rischio per familiarità, sovrappeso, diabete o ipertensione sarebbe economico e consentirebbe pure la diagnosi di tumori in fasi iniziali. La ASL di Bergamo, insieme con la Regione Lombardia, ha promosso uno screening di questo tipo; è tuttora in corso, ma finora ha aderito meno della metà dei medici di base.

Forse i reni vengono trascurati perché non danno sintomi evidenti anche quando cominciano a perdere colpi. Intervenire prima possibile però è fondamentale per allontanare lo spet-



tro della dialisi, grazie alla cosiddetta *Remission Clinic*, ideata proprio in Italia da Remuzzi.

Il protocollo prevede di associare a una dieta a basso contenuto di sodio una batteria di **farmaci** antiipertensivi, fra cui diuretici e ACE-inibitori, uniti alle statine per ridurre le lipoproteine in circolo; esercizio fisico, controllo del peso e gestione dell'eventuale diabete completano la terapia, che consente di ottenere una completa remissione della malattia in molti pazienti.

«In chi non è diabetico funziona sempre, ma può scongiurare la dialisi anche in chi ha il diabete, se si interviene nelle prime fasi di compromissione del rene — spiega Remuzzi —. Dove viene applicata la *Remission Clinic* non vediamo più pazienti giovani in dialisi. Non è usata in moltissimi Centri nel nostro Paese, ma ora la Società Italiana di Nefrologia vuole

estendere il programma a tutti i reparti di nefrologia italiani».

Per il momento le strutture che seguono il protocollo sono 26, distribuite in modo abbastanza omogeneo sul territorio, per circa 1.300 pazienti inseriti nel registro.

Ma il programma si sta diffondendo e la speranza è che, accanto a una diagnosi precoce delle malattie renali, la *Remission Clinic* possa far sì che la dialisi diventi ben presto solo un ricordo del passato.

Alice Vigna

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Trapianti

Un vettore virale potrebbe evitare il rigetto

I Paesi poveri possono essere la "molla" per spingere la ricerca

verso nuovi traguardi. Per venire incontro alle esigenze dei Paesi in via di sviluppo, a Bergamo i ricercatori stanno studiando un rene "ingegnerizzato" che dovrebbe risolvere il problema del rigetto dei reni trapiantati, questione non di poco conto per chi non può permettersi i costosi immunosoppressori necessari perché il nuovo organo non diventi inservibile in breve tempo. Il progetto prevede di inserire nel rene, tramite un vettore virale, un fattore che dovrebbe impedire il "dialogo" fra i linfociti e gli antigeni estranei dell'organo trapiantato, annullando la risposta immunitaria di rigetto: i dati su ratti e scimmie sembrano promettenti.

Un problema globale

D'ARCO

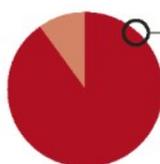


Nel mondo
500 milioni

Le persone con un danno renale

2 milioni

I pazienti in dialisi



Il 90%
vive in Paesi industrializzati

In Italia
50 mila

I malati in dialisi

40-50 mila euro

Quanto spende ogni anno il servizio sanitario per ciascun dializzato

17 mila

Gli italiani che hanno subito un trapianto renale

Un lavoro senza tregua



I reni ricevono ogni minuto il **25%** del sangue circolante, e lo «filtrano»



Regolano il contenuto di **acqua** nel corpo



Mantengono il contenuto di elettroliti e l'**equilibrio acido-base** nel sangue



Eliminano le **sostanze tossiche** prodotte dalla digestione delle proteine



Sono il principale regolatore della **pressione arteriosa** attraverso la produzione della renina e quindi dell'angiotensina



Regolano i livelli di **emoglobina** che abbiamo nel sangue, attraverso la produzione di un particolare ormone, l'eritropoietina



Insieme con le ghiandole paratiroidi, regolano la salute delle **ossa** e mantengono l'equilibrio di calcio e fosforo nel sangue

Tre i casi a Firenze

Nuova Sars,
una bimba
tra i primi
contagiati**La situazione**

Sotto osservazione oltre 40 persone. Ma le condizioni del primo malato non sono gravi

FIRENZE — Sono saliti a tre in Italia i casi d'infezione dal virus Mers, la nuova Sars arrivata dal Golfo Persico che ha colpito nel mondo una cinquantina di persone uccidendone trenta. Dopo il giordano di 45 anni, dipendente di un albergo, ricoverato all'ospedale Careggi di Firenze, anche la nipotina di un anno e mezzo dell'uomo e una sua collega di lavoro sono risultati positivi al test e sono in isolamento. «Le due sono entrate in stretto contatto con il primo caso italiano d'infezione da Mers Coronavirus — ha confermato il ministero della Salute — e hanno sviluppato una forma clinica d'infezione respiratoria, che al momento si presenta per entrambi con un quadro non grave». L'esame sul fratello del primo malato, che con altri familiari e compagni di lavoro dell'uomo era stato

sottoposto a un'analisi a naso e faringe, è risultato negativo.

«La trasmissione dell'infezione da ammalati a persone che hanno avuto contatti stretti e prolungati con loro è già stata documentata — dicono le autorità sanitarie — in ambiente domestico e ospedaliero». Il primo caso di nuova Sars in Italia, dopo le infezioni nel Golfo Persico, Francia, Gran Bretagna e Germania, si era manifestato martedì quando il 45enne giordano era stato ricoverato all'ospedale Santa Maria Nuova per complicazioni polmonari e poi trasferito al reparto di malattie infettive del Careggi dov'è avvenuta la diagnosi. L'uomo, rientrato sabato scorso dalla Giordania con un volo atterrato a Bologna, era andato a lavorare solo un giorno e poi si era ammalato. Le sue condizioni non sono preoccupanti e ieri è stato giudicato fuori pericolo. Restano sotto osservazione oltre 40 persone tra parenti, operatori sanitari e colleghi.

Marco Gasperetti

© RIPRODUZIONE RISERVATA



NEL GIORNALE

■ Sanità

*Crociata: un patto
laici-cattolici
per guarire il sistema*

SALINARO A PAGINA 8

SALUTE
PUBBLICA

A Roma incontro tra i
rappresentanti di circa
200 ospedali di diocesi e
congregazioni. Don Arice

(direttore Ufficio Cei):
avanti con le sinergie tra
le nostre realtà e gli
amministratori pubblici

«Patto cattolici-laici per guarire la sanità»

*Crociata: solidarietà e dialogo per percorsi convergenti
Pari dignità e più spazi per l'eccellenza delle nostre istituzioni*

D'accordo il ministro della salute, **Beatrice Lorenzin**: giusto sviluppare uno studio di progettazione comune per affrontare i gravi problemi del settore

DI VITO SALINARO

Un incontro franco: servito a inquadrare difficoltà e bisogni delle strutture sanitarie cattoliche italiane; a inaugurare un nuovo clima di collaborazione e dialogo con le istituzioni; e, non ultimo, a richiamare identità e spirito originario degli istituti sanitari di ispirazione cristiana al fine di rilanciarne impegno vocazionale e professionale. Sta qui lo sforzo operato dalla segreteria generale e dall'ufficio di Pastorale della salute della Conferenza episcopale italiana che hanno riunito a Roma gli "stati generali" della sanità cattolica e il nuovo ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, apparsa disponibile a sviluppare «uno studio di progettazione comune» per affrontare i gravi problemi del settore. Perché, «nonostante il carattere di servizio pubblico», queste strutture, ha detto il segretario generale della Cei, Mariano Crociata, «sono sottoposte a uno stress gestionale e organizzativo che, in tempi di crisi, mette a repentaglio la sostenibilità

del servizio stesso». Soprattutto a causa dei ritardati o non avvenuti rimborsi dei crediti maturati con le Regioni. Una disparità, rispetto ai nosocomi pubblici, irrispettosa della «dignità» degli istituti di ispirazione cristiana.

Ciononostante, ha dichiarato Crociata, «siamo fiduciosi che l'esperienza del credito di professionalità e talora anche di eccellenza di cui godono le istituzioni sanitarie cattoliche - ha proseguito -, possa trovare riscontro in un'attenzione rinnovata alle attese di cura dell'intera popolazione». Proprio «in tempi di maggior travaglio», infatti, «la solidarietà e il dialogo dovrebbero indicare la via più adeguata per superare le difficoltà». Per questo, ha affermato il presule, non bisogna «sprecare questa opportunità» cercando «percorsi convergenti».

Gli stessi auspicati dal ministro **Lorenzin** che considera le opere ecclesiali «di grande valore non solo per la qualità resa ma anche per i principi etici che ne ispirano l'impegno» diretto a «un grande bacino di utenza». I problemi della sanità cattolica non sono così distanti da altri comparti sanitari, ha rilevato **Lorenzin**; ecco perché è «utile» riflettere assieme «su un problema» acuito dalla crisi economica alla quale «la sanità ha pagato e sta pagando un prezzo altissimo». Per il ministro c'è la volontà di avviare un «cammino comune» perché «comune è il denominatore che abbiamo di fronte: la salute dei cittadini». Ben venga dunque, a detta dell'esponente del-



l'esecutivo, un "tavolo" di concertazione per non disperdere «un patrimonio umano e professionale di prim'ordine». Nel suo intervento monsignor Crociata, che non ha mancato di fare riferimento a «malefatte e vere e proprie colpe di estrema gravità» emerse in alcuni contesti sanitari cattolici, si è poi soffermato sulla «perdita o quantomeno sull'appannamento di quello spirito che è all'origine di tante opere». Eppure, «l'identità specifica» di tali istituzioni «non è un limite» ma una «risorsa in più per la capacità» di «interpretare profeticamente i mutamenti in atto». Da qui la strada per il futuro: «Non ci si lasci ingannare – il monito del vescovo – dal miraggio che la via d'uscita stia nella creazione di colossi o di mastodonti anonimi, facile preda di oscuri gnomi della finanza virtuale». Serve invece «creare strutture solide, grandi ma senza gigantismi, sorrette da reti di protezione e di solidarietà che salvaguardino specificità, identità, inventiva della carità, garantite da buone pratiche e processi virtuosi, nonché da accresciuta efficienza: questa rappresenta una prospettiva realizzabile». E che può essere promossa attraverso lo strumento – «da rivalutare» – dei "Tavoli della sanità cattolica" nazionali e regionali.

«Ci impegneremo anche su altri fronti – ha fatto sapere don Carmine Arice, direttore dell'ufficio nazionale di Pastorale della salute –: la costituzione di una commissione che curi la riedizione del documento Cei del 2000 *La sanità cattolica in Italia. Identità e ruoli*, aggiornato alle mutate situazioni e ai documenti recenti; auspichiamo, poi, uno spazio comune di intesa e condivisione di obiettivi con il ministero della Salute, al quale rinnoviamo la disponibilità ad essere coinvolti e ascoltati, anche a livello regionale, su temi come la riconversione delle strutture e dei servizi». Argomento, quest'ultimo, di grande attualità: «Nelle discussioni che ho avuto in tutta Italia – ha evidenziato don Arice – è emersa la necessità di coniugare attenzione al territorio, valutazione dei servizi esistenti, continuata attenzione ai servizi necessari, e questo per una corretta allocazione delle risorse e un'efficace risposta alla domanda di salute». Operazione «da effettuare in sinergia tra le strutture presenti in regione e gli amministratori pubblici che la governano».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

