

COPEV news

PERIODICO DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA PER LA PREVENZIONE E LA CURA DELL'EPATITE VIRALE "BEATRICE VITIELLO"
AUT. DEL TRIBUNALE DI MILANO N. 138 DEL 15/3/1997 - SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE, D.L. 353/2003, ART. 1, COMMA 2, DEB. MILANO

TUMORI DEL FEGATO: LE (NUOVE) SPERANZE

EPATITI: EMERGENZA
SOMMERSA E GLOBALE



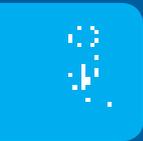
AMICO ROBOT
IN CHIRURGIA





A Natale facciamoci un regalo: aiutiamo la ricerca!

3



Tumori primitivi del fegato: la (dura) battaglia e le (nuove) speranze

4



Influenza stagionale, ecco che cosa fare (e sapere)

7



Epatite, l'infezione sommersa e globale

9



Metti un robot al posto del... chirurgo

12



Finanziaria lacrime e sangue (infetto)

14



In copertina

Edward Hopper,
"Stanze sul mare"
1951

Anno 14 - Numero 2

Sede e amministrazione

C.so di Porta Romana, 51 - 20122 Milano

Direttore responsabile

Francesco Esposito

Prezzo

5 €

Progetto grafico e stampa

MacPro Studio, Milano

Autorizzazione del Tribunale di Milano n° 138 rilasciata il 15/3/1997.

Spedizione in Abbonamento Postale, D.L. 353/2003, art. 1, comma 2, deb. Milano

COPEV NEWS



A Natale facciamoci un regalo: aiutiamo la ricerca!

Gentili Soci,

questo numero di Copev News, all'insegna della speranza, esce sotto Natale.

Natale è un Bambino che ci promette la liberazione da tutti i mali, Natale è la Speranza.

E allora anche noi vogliamo sperare che l'impegno e la buona volontà di tante donne e uomini che lavorano nel campo della ricerca porti alla guarigione di molte malattie o almeno accresca le possibilità di curarle.

In effetti i passi avanti fatti dalla scienza sono stati enormi: in questo numero si parla ad esempio delle nuove cure per i tumori del fegato e dei "robot chirurgici".

È per questo che l'Associazione Copev, fin dal suo inizio, ha destinato tutte le proprie risorse economiche all'istituzione di borse di studio per giovani ricercatori, al finanziamento di progetti di ricerca e, da ultimo, alla creazione di un Centro per il Trapianto di Fegato in convenzione con il Policlinico di Milano a cui viene erogato un contributo annuale.

Ricordiamo la prima borsa di studio, assegnata nel 1988 a un giovane medico milanese per un Corso di Perfezionamento presso la Tulane University School of Medicine di New Orleans, e l'ultimo finanziamento a favore dell'equipe del Dr. Mondelli del Policlinico S. Matteo di Pavia, i cui lavori sono stati pubblicati sulla prestigiosa rivista internazionale *Gastroenterology*.

Ad oggi la Copev ha elargito oltre 2.000.000 di euro.

Chiediamo quindi a tutti un contributo generoso per il 2011, perché chi aiuta la ricerca aiuta gli altri e insieme se stesso.

Buon Natale!

Dott. Maria Furiosi Vitello

*Consigliera Associazione Copev
Presidente Coop. Copev,
gestione "Casa di Accoglienza"*

Tumori primitivi del fegato: la (dura) battaglia e le (nuove) speranze

Provocano 1 milione di morti l'anno in tutto il mondo. E la loro diffusione è in aumento nel bacino del Mediterraneo. Ma le armi a disposizione per affrontare l'epatocarcinoma si stanno perfezionando: dai farmaci "intelligenti" come il sorafenib alla radioterapia intraepatica con yttrio 90. Fino alla possibilità di estendere il ricorso al trapianto epatico...

Prof. Vincenzo Mazzaferro
direttore dell'Unità di Chirurgia
dell'apparato digerente e trapianto
di fegato dell'Istituto nazionale dei
tumori di Milano

vincenzo.mazzaferro@istitutotumori.mi.it

I tumori primitivi del fegato (quei tumori che si originano dalle cellule epatiche e non per effetto di meta-

stasi provenienti da altri organi) sono tra le neoplasie che destano maggiore preoccupazione: rappresentano oltre il 90% dei tumori epatici maligni e occupano il quinto posto come causa di morte per cancro nel mondo, subito dopo i cosiddetti "big killer" (i "grandi assassini": il tumore del colon, della mammella, del polmone e della prostata). Ne parliamo con il professor **Vincenzo Mazzaferro**, direttore dell'Unità di Chirurgia dell'ap-

parato digerente e trapianto di fegato dell'Istituto nazionale dei tumori di Milano.

Qual è la diffusione dell'epatocarcinoma?

«Sono particolarmente diffusi nelle regioni asiatiche, ma negli ultimi decenni si è registrato un incremento sensibile del loro numero anche nelle regioni occidentali, in particolare modo negli Stati Uniti e nel bacino del Mediterraneo. Certo in Occidente l'epatocarcinoma ha tra le sue cause principali l'infezione da epatite C (che ha avuto una fase endemica negli anni '80 del secolo scorso), mentre in Oriente è più riferibile al virus dell'epatite B».

Significa che esiste una relazione causa-effetto tra le infezioni da virus B e da virus C e questa tipologia di tumori?

«Certamente. Il tumore primitivo del fegato è uno dei non tanti tumori per i quali è chiara la causa: l'infezione cronica causata dal virus dell'epatite, in particolare se ha dato esito a una cirrosi (la cirrosi epatica costituisce uno dei principali fattori di rischio e si associa all'epatocarcinoma in circa il 90% dei casi, almeno in Italia e nei paesi occidentali). Dal momento della contrazione del virus allo sviluppo del tumore in genere trascorrono due-tre decenni. Non per niente l'Hcv



è la causa riconosciuta di malattie croniche del fegato e quindi di cirrosi nella gran parte dei nostri pazienti affetti da epatocarcinoma».

A parte l'Hcv, quali sono le altre cause di cirrosi?

«Per esempio le epatopatie croniche alcoliche e quelle croniche cirrotiche di tipo steatosico (che non sono legate al consumo di alcol, ma ad abitudini dietetiche e a stili di vita negativi, come una dieta non equilibrata, l'obesità, un diabete cronico). Naturalmente tutte queste patologie costituiscono un fattore di rischio per il cancro del fegato».

Si può fare qualcosa per prevenire l'epatocarcinoma?

«Il nostro vantaggio è che conosciamo le cause di questo tumore: la prima cosa da fare è perciò impegnarsi a ridurre l'esposizione ai fattori di rischio. Fortunatamente l'Italia ha introdotto a suo tempo la vaccinazione anti-Hbv che ha portato a una riduzione dell'incidenza delle epatiti croniche di tipo B – e per questo nei prossimi decenni ci aspettiamo una riduzione dell'incidenza dei tumori collegati a questa infezione. Per quanto riguarda invece l'epatite C, quella che osserviamo oggi è la coda delle infezioni avvenute negli anni in cui di questo virus non si sapeva quasi nulla e dunque non si adottavano precauzioni diventate nel frattempo obbligatorie nell'utilizzo di strumenti chirurgici, dal dentista, nei prelievi di sangue, nell'uso di emo-derivati. In quel periodo milioni di persone hanno contratto l'infezione. A distanza di 30-40 anni, continuiamo a registrare l'aumento dei tumori legati a una progressione della malattia. Gli epidemiologi hanno già calcolato che l'ondata degli epatocarcinomi si gonfierà ancora nei prossimi 20 anni per poi ridursi. Si consiglia ai pazienti positivi all'epatite B o all'epatite C di controllarsi periodicamente attraverso esami del sangue ed ecografie».

Che armi abbiamo oggi per affrontare l'epatocarcinoma?



«L'armamentario generale contro l'epatocarcinoma negli ultimi anni ha fatto segnare notevoli progressi. Se solo fino a 15 anni fa questo era un tumore di assoluta prognosi infausta, oggi è sempre maggiore il numero di malati che può essere guarito o direi forse più correttamente "controllato" nel tempo. Il merito va anche all'aumento delle diagnosi precoci che riescono a individuare i tumori quando sono ancora di piccole dimensioni e dunque potenzialmente curabili. Le strategie di cura sono personalizzate sul paziente, secondo le sue condizioni cliniche generali e lo stadio nel quale il tumore si presenta. I pazienti con un nodulo di piccole dimensioni possono essere candidati a 3 diverse tipologie di intervento. Innanzitutto la resezione epatica, ovvero l'asportazione chirurgica del tumore, la strada più tradizionale e "antica": il suo vantaggio risiede nell'asportazione completa del nodulo e del tessuto circostante anche se non elimina il

rischio di recidiva. Un'alternativa sono le terapie ablative come l'alcolizzazione o la termoablazione che prevedono la distruzione della massa tumorale mediante iniezione di alcol o calore portati dentro il fegato attraverso la parete addominale (con il vantaggio di evitare l'intervento chirurgico, anche se a volte occorre sottoporsi a più sedute). Il terzo pilastro della terapia è il trapianto di fegato che in teoria resta la strada più efficace perché rimuove sia il tumore sia il fegato cirrotico che lo ha provocato. E in effetti in caso di trapianto la probabilità di recidive è enormemente più bassa. Il guaio è che la carenza di donatori impedisce di poter candidare al trapianto tutti i pazienti con epatocarcinoma».

Nel caso invece di un epatocarcinoma in fase intermedia?

«Su tumori che si presentano in fase intermedia non possiamo più intervenire con le resezioni, l'ablazione



o il trapianto. Qui si entra nella vera "zona grigia" delle strategie di trattamento del tumore del fegato a livello mondiale: oggi questa fase della malattia può garantire ancora periodi di sopravvivenza lunghi ai pazienti che ne sono affetti, ma non ha standard di cura acquisiti. Le terapie disponibili si chiamano chemio-embolizzazione o radio-embolizzazione, due tecniche che consistono nell'infusione di farmaci chemioterapici o di isotopi beta-emittenti nei vasi sanguigni che nutrono il tumore per soffocarlo e colpirlo in maniera mirata. Con questi trattamenti la malattia può essere controllata, ma quasi mai eliminata completamente. Il fronte dell'epatocarcinoma di fase intermedia è però aperto a una continua sperimentazione, alla combinazione di tecniche e trattamenti diversi. Così insieme alle embolizzazioni alcuni praticano resezioni, altri invece preferiscono procedere con le ablazioni: insomma esiste una zona di relativa arbitrarietà, dove ci sono meno cer-

tezze su cui appoggiarsi per scegliere una soluzione piuttosto che un'altra. La mia sensazione è che queste combinazioni di terapie siano comunque più efficaci di una sola cura applicata iterativamente. Da circa un anno e mezzo poi nuove speranze di cura per l'epatocarcinoma in fase intermedia e avanzata arrivano dai nuovi farmaci».

Ci può raccontare qualcosa di più in proposito?

«Come Istituto dei Tumori abbiamo dato un forte contributo a uno studio internazionale condotto in 21 paesi su pazienti affetti da epatocarcinoma i cui risultati sono stati pubblicati due anni fa sul *New England Journal of Medicine*. Si è dimostrata l'efficacia di un farmaco "intelligente", il sorafenib, la prima molecola rivelatasi attiva per questo tipo di tumore nella storia della medicina: l'epatocarcinoma ha infatti tra le sue caratteristiche quella di essere poco o nulla responsivo a farmaci specifici, tanto è vero che al tumore del fegato la chemioterapia non viene applicata. Ebbene il sorafenib, che appartiene alla classe dei farmaci a bersaglio molecolare (farmaci "intelligenti" perché mirati contro un preciso bersaglio della cellula tumorale), provoca un rallentamento di crescita dell'epatocarcinoma e una riduzione dell'apporto nutritivo di sangue, a volte addirittura l'arresto della progressione del tumore epatico».

Su quali tipologie di pazienti è stato sperimentato questo farmaco?

«Innanzitutto su pazienti con tumori del fegato in fase avanzata che non potevano essere trattati con nessun'altra terapia. Ora, vista la sua efficacia, è cominciato l'utilizzo del sorafenib in protocolli di ricerca che lo associano alle altre cure disponibili per l'epatocarcinoma in fase intermedia».

Oltre al sorafenib quali sono le nuove strade nella cura dell'epatocarcinoma?

«Le due novità principali sono il trattamento con sorafenib e la radio-embolizzazione che impiega yttrio 90 (una forma radioattiva dell'ittrio che emette radiazioni beta). Mentre le radiazioni, utilizzate nel trattamento di diversi tipi di tumore distruggono in maniera indiscriminata anche le cellule sane, l'yttrio 90 viene introdotto nell'arteria epatica (dalla quale nel fegato sono irrorate le cellule tumorali, le altre cellule invece dalla vena porta) legato a microsfere di materiale inerte tanto minuscole da consentire loro di raggiungere i capillari periferici più sottili. Qui le microsfere entrano in contatto con le cellule tumorali che vengono colpite dalle radiazioni e distrutte risparmiando il resto del tessuto. Un altro campo dove l'Istituto dei Tumori è molto impegnato è quello dei protocolli di ricerca per pazienti candidabili al trapianto».

Vuole spiegarci meglio di che cosa si tratta?

«Vorremmo capire se si può (e come si può e quanto si può) estendere l'eleggibilità al trapianto di fegato di un malato con epatocarcinoma che vada oltre i "criteri di Milano" (lo standard applicato per ottenere buoni risultati nel trapianto messo a punto proprio con il contributo dell'Istituto dei tumori: il malato deve avere un carcinoma epatocellulare isolato di dimensione ≤ 5 cm o più masse tumorali di dimensioni ≤ 3 cm l'una, senza invasione macrovascolare). Il nostro comitato etico ha recentemente approvato un protocollo per reclutare pazienti nella maggior parte dei centri di trapianto sia in Italia che in Europa: l'obiettivo è stabilire se esista e quale sia la categoria di persone che - nonostante abbia un epatocarcinoma più avanzato rispetto ai criteri dimensionali tradizionalmente accettati - possa sottoporsi a trapianto di fegato con risultati soddisfacenti. Come si può immaginare è un compito difficile e delicato perché assegnare un organo a un malato significa privare della possibilità del trapianto qualcun altro».



Influenza stagionale, ecco che cosa fare (e sapere)

Il 2009 è stato l'anno dell'allarme pandemia, scattato dopo la diffusione della nuova influenza suina e poi rientrato tra crisi di panico e polemiche. Purtroppo anche la normale influenza stagionale provoca migliaia di morti, soprattutto nelle persone che rientrano nelle categorie a rischio (l'anno scorso 8 mila decessi su 4 milioni di malati), senza scatenare paure incontrollate. Avvertenze e consigli per affrontare un 2010 che si preannuncia epidemiologicamente tranquillo...

L'anno scorso l'influenza stagionale è passata in secondo piano a causa del clamore suscitato dalla rapida diffusione di un nuovo tipo di virus, chiamato AH1N1v: il virus della "nuova influenza", "la suina", partita dagli allevamenti di maiali del Messico nell'aprile 2009 che ha spinto l'Organizzazione mondiale della sanità a lanciare, con grande risonanza mediatica, l'allarme "pandemia", lo spettro di un'epidemia globale (l'ultima influenza con caratteristiche simili che si ricordi, quella di Hong Kong del 1968, ha causato la morte di un milione di persone). Fortunatamente l'allarme è poi rientrato, non senza qualche polemica. Ma quest'anno che cosa succederà? Come si svilupperà l'influenza a cavallo tra 2010 e 2011? L'abbiamo chiesto al professor Mauro Moroni, professore di malattie infettive all'Università di Milano e a lungo direttore del Dipartimento malattie infettive dell'ospedale Sacco.

«Proprio sulla scorta di quanto è avvenuto l'anno passato, è difficile oggi fare delle previsioni. Nel 2009, come lei ricordava, si è temuto l'ingresso di una pandemia nel mondo occidentale e voglio sottolineare che si trattava di un timore del tutto ragionevole. Il rischio che un numero molto elevato di persone potessero essere raggiunte dal virus della cosiddetta "influenza suina" era reale e questo avrebbe potuto creare non poche difficoltà a una società complessa come la nostra che ha bisogno, per continuare



a funzionare, di ferrovieri, piloti di aerei, medici, maestre ai rispettivi posti di lavoro. Poi c'era il fatto che il quadro clinico delle persone colpite avrebbe potuto essere piuttosto severo. Fortunatamente nulla di tutto questo si è poi verificato, anzi perfino l'influenza stagionale è stata più mite del solito. Così, paradossalmente, l'anno 2009-2010 che sarebbe dovuto entrare negli annali come un periodo paragonabile agli anni di diffusione dell'influenza asiatica, della russa, dell'Hong Kong e perfino della terribile spagnola, passerà alla storia

dell'epidemiologia dell'influenza come uno dei più benigni».

Quasi un monito ad una maggior prudenza nelle previsioni...

«Proprio così. Oggi le uniche cose che si possono dire sull'andamento della stagione influenzale 2010-2011 si desumono da quanto è già avvenuto nell'emisfero australe dove si sta già affrontando la stagione invernale e quindi anche i casi di influenza e di sindromi simil-influenzali. Ebbene, laggiù l'influenza è stata benigna, senza punte di particolare

Prevenire l'infezione

“Influenza” è un termine adottato in tutto il mondo e deriva dal latino “influentiae”, parola che rifletteva la credenza degli antichi romani secondo la quale la comparsa di epidemia dipendeva dall’“influenza” sfavorevole di congiunzioni astrali.

Il virus influenzale è presente da millenni nella popolazione umana: le prime epidemie sono descritte dai Greci nel V secolo A.C.

Ma oggi quali precauzioni possiamo adottare contro il virus? Ecco alcune regole minime di buon senso da mettere in atto nella nostra vita quotidiana.

1. Lavarsi bene e molto spesso le mani, soprattutto se si frequentano luoghi pubblici (scuole, uffici, bus e metropolitane).
2. Il virus si diffonde per via aerea attraverso le gocce di saliva di chi tossisce o starnutisce che liberano nell'aria piccole quantità dell'agente patogeno. Per questo è raccomandabile una buona igiene respiratoria (coprire bocca e naso quando si starnutisce o tossisce, trattare i fazzoletti e lavarsi le mani). Evitare contatti ravvicinati se ci si sente influenzati.
3. Le persone con malattie respiratorie febbrili, specie se nella fase iniziale, farebbero bene a restare a casa evitando i luoghi pubblici.
4. Alle persone influenzate viene raccomandato l'uso della mascherina quando si trovano negli ospedali.
5. La prevenzione dei mali di stagione passa anche per la tavola: verdure, ortaggi e frutta di stagione forniscono vitamine e sali minerali fondamentali per il benessere generale dell'organismo; tra i cibi proteici privilegiate pesce, legumi e carni bianche; le parti magre delle carni rosse rappresentano una fonte preziosa di ferro alimentare, efficiente difesa immunitaria

Elenco categorie a rischio a cui si raccomanda la vaccinazione

Soggetti di età pari o superiore ai 65 anni.

Bambini di età superiore ai 6 mesi, ragazzi e adulti fino ai 65 anni si età affetti da: malattie croniche dell'apparato respiratorio, dell'apparato cardiocircolatorio, diabete e malattie metaboliche, malattie renali, tumori, malattie che comportino un deficit delle difese immunitarie (anche indotte da farmaci), malattie infiammatorie croniche, patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici, patologie associate a un aumentato rischio di aspirazione delle secrezioni respiratorie.

Bambini e adolescenti in trattamento a lungo termine con acido acetilsalicilico a rischio di sindrome di Reye in caso di infezione influenzale.

Donne che all'inizio della stagione epidemica si trovino nel secondo o terzo trimestre di gravidanza.

aggressività, né di particolare contagiosità. Perciò, pur facendo tutti gli scongiuri e con tutti i se e i ma del caso, quest'anno non ci aspettiamo un'influenza stagionale particolarmente severa».

La vaccinazione resta comunque utile?

«Resta una pratica valida. L'influenza solo apparentemente è una malattia benigna: il virus, soprattutto quando colpisce individui già deboli - ad esempio persone con problemi cardiovascolari, diabete, oppure anziani con malattie del sistema nervoso centrale - può dare luogo a complicanze e l'infezione può assumere in questi casi un andamento particolarmente severo. Ricordiamoci che le epidemie di influenza si contraddistinguono sempre per un aumento della mortalità generale della popolazione. Deve essere ben chiaro quindi che la sindrome influenzale non può essere considerata alla stregua di un semplice raffreddore e richiede che vengano predisposte con serietà prevenzione e cure adeguate, soprattutto per le categorie “a rischio”. Lo stesso discorso vale per gli adulti che ospitano persone anziane e frequentano ambienti affollati dai quali possono “portare a casa” l'influenza, così come per chi ha bambini molto piccoli: evitiamogli di contrarre l'influenza, meglio che si ammalino quando cominceranno la loro vita di relazione. Ma farebbe bene a valutare la possibilità di vaccinarsi anche chi svolge mansioni che richiedono sempre la massima efficienza: l'influenza è un'infezione che può lasciare uno strascico di debolezza, prostrazione, inefficienza psico-fisica, la cosiddetta “sindrome post-influenzale”. D'altra parte il virus è un potente induttore di interferone, una sostanza biologica utilissima per arrestare la diffusione dell'infezione ma che provoca anche stanchezza e quei tipici doloretto alle ossa e alle articolazioni».

Epatite, l'infezione sommersa e globale

I malati cronici sono oltre 500 milioni, almeno 3 milioni soltanto in Italia. Il quadro della situazione dopo l'allarme OMS dello scorso maggio, mentre pochi governi sono impegnati ad arginare il virus. Con un focus sul caso dell'Italia, il primo paese ad aver introdotto la vaccinazione universale contro l'Hbv, grazie all'impegno della Copev.

Prof. Mario Mondelli
direttore dell'Unità Operativa
Complessa dei Laboratori di
Ricerca-Area Infettivologica della
Fondazione IRCCS Policlinico San
Matteo e Professore Ordinario di
Malattie Infettive presso la Facoltà
Medica dell'Università di Pavia
m.mondelli@smatteo.pv.it

È una "emergenza sommersa" quella delle epatiti B e C, riconosciuta anche dall'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS) che lo scorso maggio, a Ginevra, ha finalmente adottato una risoluzione per invitare i governi dei 193 stati membri a uniformare le politiche di informazione e prevenzione. D'altra parte queste infezioni hanno un forte impatto sulla salute pubblica e necessitano di essere scoperte per tempo per poterle affrontare e tenerle sotto controllo. Ma qual è oggi la situazione reale della malattia? Lo chiediamo al professor Mario Mondelli, direttore dell'Unità Operativa Complessa dei Laboratori di Ricerca-Area Infettivologica della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo e Professore Ordinario di Malattie Infettive presso la Facoltà Medica dell'Università di Pavia.

«Nel mondo ci sono circa 400 milioni di portatori cronici di epatite B e 170-200 milioni di portatori cronici di epatite C. Per quanto riguarda poi l'esposizione al virus, per l'Hcv è difficile avere dati certi perché non ci



sono marcatori di esposizione, mentre si calcola che potrebbero essere 2 miliardi le persone esposte al virus B e poi magari guarite».

Davanti a questi numeri si può parlare di "emergenza globale"?

«Forse "emergenza" non è la parola giusta, visto che quella delle epatiti è una realtà ben conosciuta e da diversi anni. Parlerei piuttosto dell'acuirsi di un problema di fronte all'aumento della popolazione globale. E purtroppo, anche se molti paesi, non

solo occidentali, hanno introdotto la vaccinazione contro l'epatite B sui neonati, nei luoghi dove il virus è altamente endemico ciò non è avvenuto per un problema di costi: in realtà il vaccino non ha un prezzo elevato e basterebbe un piccolo sforzo solidale dei grandi paesi per arrivare a una vaccinazione globale. Vedremo. Intanto l'Organizzazione mondiale della sanità ha fissato tra gli obiettivi dei prossimi 20 anni l'eradicazione dell'infezione da Hbv, un obiettivo importante perché questa malattia è



una delle prime cause al mondo di tumore primitivo del fegato, seguita dall'epatite C».

Fino ad oggi non c'è mai stata una campagna mondiale...

«Ci sono paesi virtuosi, tra i quali il nostro – non dimentichiamoci che l'Italia ha introdotto per prima, all'inizio degli anni 90, la vaccinazione universale contro il virus B grazie all'iniziativa della COPEV, un piccolo primato di cui possiamo essere orgogliosi. Poi ci sono casi come quello della Cina, dove vivono oltre un miliardo di persone con un 6-7% di portatori cronici del virus B e l'epatite è altamente endemica. Per non parlare

dell'Africa o degli altri paesi del Sud Est asiatico».

Oggi qual è la situazione dell'epatite B in Italia?

«In Italia l'introduzione della vaccinazione universale, le mutate condizioni socio-economiche e gli stili di vita profondamente diversi rispetto a 30-40 anni fa, hanno contribuito ad azzerare i casi di epatite B nei primi anni di vita. Fino ai 32 anni la popolazione del nostro paese è protetta contro la malattia, rimane esposto chi è fuori da questa fascia di età e vive una vita relativamente rischiosa in termini di potenzialità di contrarre il virus: gli ultra 35enni, quarantenni o cinquan-

tenni che hanno rapporti non protetti con persone che provengono da paesi dove l'epatite B è ampiamente endemica. Attraverso di loro continua ad alimentarsi il serbatoio delle infezioni e dei portatori cronici».

Le epatiti virali sono ancora la causa più frequente di danno epatico cronico?

«Certamente sì. L'alcol da solo nel nostro paese conta per una piccola parte di epatopatie croniche, anche se resta una importantissima concausa di aggravamento delle malattie del fegato virali: il portatore cronico di virus dell'epatite B o C se bevitore ha una probabilità di sviluppare cirrosi ed epatocarcinoma dieci volte superiore a chi non beve. Mentre l'infezione da virus B e C conta per il 70-80% delle epatopatie croniche. Poi c'è una malattia che è stata identificata da poco: la cosiddetta steatoepatite non alcolica (che colpisce il fegato anche di chi è astemio determinando un esagerato accumulo di grassi) legata a obesità, diabete e altre turbe del metabolismo lipidico e destinata ad aumentare la sua diffusione nei prossimi decenni, almeno nei paesi occi-

I numeri dell'infezione

Circa 600 mila sarebbero i portatori del virus dell'epatite B e un milione 600 mila quelli del virus dell'epatite C. la maggior parte di queste persone non sa di aver contratto l'infezione dal momento che le epatiti virali croniche rimangono spesso silenti per lunghi anni. Ogni anno ci sono 230 mila casi di cirrosi da Hcv e 100 mila da Hbv. Le morti legate a scompenso e tumore del fegato sono 10 mila all'anno.

dentali. Infine c'è la piccola nicchia delle malattie metaboliche, genetiche e autoimmuni che contribuiscono a formare una minoranza di malattie croniche di fegato».

Quanto pesano su mortalità e morbilità le malattie del fegato?

«Direi che in Italia le malattie del fegato sono tra le prime dieci cause di morte. Elevata anche l'intensità del loro impatto sulla popolazione: si contano circa 3-4 milioni di persone portatrici croniche di epatiti, una percentuale di queste destinata ad andare incontro a cirrosi e cancro del fegato nei prossimi anni. E se in futuro lo sviluppo di nuovi casi di epatite sarà limitato grazie alle vaccinazioni (per l'epatite B) e alle mutate condizioni socio economiche (per l'epatite B e C), aumenterà invece la richiesta di cure per malati cronici e la necessità del trapianto di fegato (strettamente dipendente dalle donazioni che purtroppo tendono a

diminuire: ecco perché si sta cominciando a discutere se non sia il caso di utilizzare anche organi di persone anziane). Nei prossimi anni dovremo dunque fare i conti con la bolla delle infezioni croniche che si complicano e richiedono investimenti importanti in campo sanitario».

Qualcuno ritiene che per l'epatite C sarebbe opportuno procedere a uno screening di massa, lei che cosa ne pensa?

«Si è già discusso in passato sul rapporto costi-benefici di uno screening di massa per l'epatite C e si è concluso che non ne vale la pena. Tuttavia il paziente che vive fattori di rischio riconosciuti sia in relazione al comportamento, sia in relazione a quelle che si chiamano co-morbilità (per esempio un individuo che presenta steatoepatite ed è contemporaneamente affetto da malattie metaboliche) è bene che si faccia controllare da uno specialista. È importante ri-

conoscere chi è a rischio e dopo aver subito un rischio proprio malgrado fare i necessari accertamenti. Come in caso di intervento chirurgico: non dimentichiamo che oggi l'epatite C la si contrae prevalentemente in seguito a manovre invasive in ambito ospedaliero. Più sicure le trasfusioni e l'impiego di derivati del sangue grazie anche all'introduzione di nuovi test».

Anche la moda del piercing e dei tattoo porta con sé il pericolo di possibili contagi?

«Certo e sarebbe importante scoraggiare queste pratiche. È vero che spesso si utilizzano materiali a perdere e guanti per minimizzare la trasmissione di queste infezioni (che, è provato, avviene anche attraverso guanti sporchi di sangue, almeno in ambito ospedaliero). Ma qualunque procedura che passi attraverso la cute con rischio di sanguinamento è in grado di trasmettere il virus».

Casa di Accoglienza Beatrice Vitiello

Una struttura nata per rispondere alle necessità di soggiorno dei pazienti e dei loro accompagnatori, durante il periodo pre e post ricovero ospedaliero. Interamente realizzata con i fondi dell'Associazione COPEV, la Casa si propone come un luogo capace di accogliere gli ospiti per far fronte ai problemi di momento difficile della loro vita, sul piano organizzativo, sociale e umano.

È situata nel cuore di Milano, a 50 metri dalla linea "gialla" della metropolitana (fermata Crocetta) e dispone di un ingresso diretto al Policlinico (Pad. Granelli).

Le dodici camere completamente rinnovate, tutte con servizi privati, si affacciano su di un giardino con alberi secolari e sono estremamente confortevoli: dotate delle più moderne attrezzature, tra cui bagno con doccia, aria condizionata, frigo-bar, telefono direttamente collegato con l'esterno, televisione. Completano i servizi una lavanderia-stireria e un ampio soggiorno con cucina attrezzata. Prezzi assolutamente convenienti.



Casa di accoglienza Beatrice Vitiello
C.so Porta Romana, 51 - 20122 Milano
T. 02.45474323 / 4 - F. 02 45474327
E-mail: copevcasaaccoglienza@virgilio.it
Sito web: www.copev.it

Chiamare LUN - VEN 8.00 - 18.00 / SAB 9.00 - 12.00
È sempre attiva una segreteria telefonica.

Metti un robot al posto del... chirurgo

Permette operazioni che rasentano la perfezione, meno invasive e meno dolorose per il malato, arrivando in punti che prima era impensabile raggiungere senza danni per l'organismo. È l'infaticabile robot, la nuova frontiera della chirurgia. Vede in 3D, amplifica la visuale del campo operatorio fino a venti volte e ha una precisione impossibile al braccio umano. Ma è parecchio costoso. Viaggio nel futuro che ci aspetta dietro l'angolo...

Prof. Francesco Rocco
direttore dell'Unità operativa di
Urologia all'Ospedale Maggiore-
Policlinico di Milano
francesco.rocco@unimi.it

In una sala operatoria un robot infila le estremità delle sue dita meccaniche, sottili come aghi, nell'addome di un uomo. A centinaia di chilometri, da una stanza collegata via satellite, un chirurgo ne controlla i movimenti: è seduto davanti a una consolle, ha un visore 3D applicato al volto che gli restituisce - ingrandito decine di volte - il campo operatorio e ogni suo gesto viene convertito in un movimento minimamente invasivo del cyborg, consentendogli di operare microscopiche incisioni senza rinunciare alla destrezza e ai movimenti istintivi della chirurgia classica. Non è la scena di un romanzo di Asimov o di Philip Dick, ma la descrizione di una realtà: quella della robotica chirurgica, la nuova soluzione tecnologica per operare i pazienti in maniera sempre più precisa e poco invasiva, arrivando in profondità e in punti che prima erano impensabili senza arrecare danni all'organismo. La disponibilità di questi dispositivi, capaci di intervenire entro il corpo umano con basso impatto e ridotte conseguenze indesiderate, è un'opportunità resa possibile dai successi della micro-meccanica e dalla continua evoluzione delle nano-tecnologie. Oggi il robot viene impiegato soprattutto nelle operazioni alla milza

e al pancreas, in cardiocirurgia, per il tumore del basso retto e della prostata, dove evita la comparsa di complicanze di tipo sessuale e urologico, un tempo inevitabili. Ma c'è da giurare che nei prossimi anni le sale operatorie saranno sempre più ricche di queste apparecchiature nate per rispondere all'esigenza di intervenire chirurgicamente in contesti ambientali particolarmente difficili (come i campi di battaglia) e capaci di ridurre progressivamente l'invasività delle operazioni. Il futuro è vicino. Già ora è previsto l'impiego del robot per operazioni via satellite:

il primo collegamento transoceanico risale all'ormai lontano 2001, quando un chirurgo da Strasburgo ha fatto muovere un robot che operava negli Stati Uniti per via satellitare. Ed è dello scorso settembre la prima operazione al cuore via web realizzata in Italia, una paziente con fibrillazione atriale ricoverata all'Istituto Città Studi di Milano sulla quale hanno operato due diversi robot comandati da Ravenna. Mentre sono già disponibili sul mercato svariati tipi di simulatori virtuali di operazioni chirurgiche...

«Ora però non vorrei che qualcuno,



leggendo le applicazioni dei robot in chirurgia s'immaginasse uno scenario alla Blade Runner o alla Matrix», osserva con un sorriso il professor Francesco Rocco, direttore dell'Unità operativa di Urologia all'Ospedale Maggiore-Policlinico di Milano. «Chirurghi meccanici che camminano da soli, parlano, ragionano e decidono gli interventi».

Chissà, forse tra qualche decennio...

«La realtà è meno fantascientifica: il robot è semplicemente uno strumento tecnologico. Pensi al pedale della frizione sulla nostra automobile: una volta, per cambiare la marcia, ci toccava spingerlo e poi muovere il braccio destro impugnando il pomello del cambio. Poi è arrivato un robot chiamato "cambio automatico" che permette di ottenere lo stesso risultato, ma in una maniera più semplice, meno faticosa e più precisa - il cambio automatico, ad esempio, non gratta. In chirurgia è la stessa identica cosa: il robot è un dispositivo attraverso il quale si possono eseguire certi movimenti in maniera estremamente precisa».

Da cosa deriva questa maggiore precisione?

«Innanzitutto esiste un sistema video tridimensionale che ingrandisce di 10-20 volte il campo operatorio per cui un bottone lo vediamo grande come una ruota di automobile. E poi il 'tremore' naturale della mano del medico viene eliminato da un filtro elettronico che assicura un controllo dello strumento chirurgico stabile e prevedibile. Il risultato è che lo stesso intervento eseguibile in chirurgia aperta o in laparoscopia col robot si esegue più velocemente e con meno errori. Il robot realizza un affinamento della tecnica operatoria a vantaggio della qualità dell'atto chirurgico».

Ci può descrivere com'è fatto un robot?

«È formato essenzialmente da due parti. La prima somiglia vagamente a una cabina telefonica dotata di poltrona: è qui che sta seduto il chirurgo, poggian-



do la testa in un visore 3D attraverso il quale può vedere il campo chirurgico debitamente ingrandito. Davanti a lui ci sono due joystick simili a quelli utilizzati per i videogiochi che guidano i movimenti della seconda parte del dispositivo. Questa è dotata di quattro braccia, alle cui estremità viene inserito uno strumento sottile e lungo da inserire all'interno del corpo del paziente insieme a una telecamera doppia».

Perché doppia?

«Per ottenere un'immagine tridimensionale, a differenza dei monitor impiegati nella laparoscopia che danno immagini "piatte"».

Per quale tipologia di interventi viene impiegato il robot?

«Si usa molto in urologia per la chirurgia della prostata e nelle operazioni al rene, ma adesso l'impiego si sta estendendo alla vescica. Generalmente si utilizza per problemi tumorali».

Quali sono i vantaggi?

«Prendiamo quello che è l'intervento principe per un urologo, la prostatectomia radicale, cioè l'asportazione in blocco della prostata e delle vescicole seminali in seguito a un tumore: col robot la perdita di sangue e le trasfusioni sono molto ridotte, il tempo di degenza più breve, i dolori per il paziente minori e i risultati immediati nella peggiore delle ipotesi uguali a quelli della chirurgia tradizionale, ma generalmente migliori, nel senso che si guarisce più rapidamente e più rapidamente spariscono inconvenienti

come l'incontinenza post-operatoria (che a volte richiede lunghi mesi per essere superata)».

Il robot è uno strumento che si utilizza ormai correntemente negli ospedali?

«No, la sua diffusione è recente ed è ostacolata dai costi purtroppo molto elevati. Per acquistarlo servono dai 2 ai 3 milioni di euro e sono cari anche gli strumenti da inserire nei bracci meccanici: considerando che si possono riutilizzare fino a un massimo di 10 volte si spendono intorno ai 2 mila euro per intervento. Poi ci sono i canoni di assistenza piuttosto salati, a cui si aggiungono i costi del personale e della sala operatoria».

Con questi ausili tecnologici l'abilità del chirurgo, la sua "mano" e il suo "tocco", non rischiano di passare in seconda fila?

«Niente affatto. La differenza tra un bravo chirurgo e uno mediocre rimane anche con l'uso del joystick. È vero però che il robot rende sorprendentemente più facile la chirurgia e in questo senso consente a un numero maggiore di chirurghi di ottenere buoni risultati».

Largo ai robot, allora...

«Quella robotica è una chirurgia molto costosa che sta dando grandi risultati. In futuro bisognerà valutare se il miglioramento dei risultati vale la differenza di prezzo. Ma a questa domanda potremo rispondere soltanto nel tempo».



Finanziaria: lacrime e sangue (infetto)

Nello scorso numero di COPEV NEWS avevamo segnalato due sentenze della Cassazione sull'indennizzo della legge 210 (n. 21703/09 e n.22112/09). La Suprema Corte - ribaltando le proprie interpretazioni precedenti - vi stabiliva che l'indennizzo per i cittadini italiani danneggiati da sangue infetto non andava rivalutato per intero secondo il tasso d'inflazione. Oggi, complice l'esigenza di risanamento della finanza pubblica, questo principio è diventato legge. Risultato: un grave danno per i malati, costretti a coprire le spese per cure, esami e terapie che durano per tutta la vita con un contributo progressivamente eroso dall'inflazione.

Con legge 30 luglio 2010 n. 122 (pubblicata in pari data sulla Gazzetta ufficiale - Serie Generale n.176, supplemento ordinario n. 174) il Parlamento ha convertito in legge il decreto legge n. 78/2010 (pubblicato il 31 maggio 2010 sulla Gazzetta ufficiale - Serie Generale n. 125, supplemento ordinario 114/L). Con questo decreto, contenente la c.d. manovrina finanziaria, il Governo aveva introdotto nel nostro ordinamento giuridico due nuove norme relative alla rivalutazione dell'indennizzo disciplinato dalla 210/92.

La prima (art. 11 comma 13) così stabilisce: *"Il comma 2 dell'art. 2 della legge 25 febbraio 1992, n. 210 e successive modificazioni si interpreta nel senso che la somma corrispondente all'importo dell'indennità integrativa speciale non è rivalutata secondo il tasso di inflazione"*.

La seconda (art. 11 comma 14) invece così dispone: *"Fermo restando gli effetti espliciti da sentenze passate in giudicato, per i periodi da esse definiti, a partire dalla data di entrata in vigore del pre-*

sente decreto cessa l'efficacia di provvedimenti emanati al fine di rivalutare la somma di cui al comma 13, in forza di un titolo esecutivo. Sono fatti salvi gli effetti prodottisi fino alla data di entrata in vigore del presente decreto".

Queste due norme sono state convertite senza modificazioni.

Questa nuova disciplina precluderà la rivalutazione a chi non l'avesse ancora ottenuta e bloccherà alla data del 31 maggio 2010 l'adeguamento dei ratei a chi già ne beneficiava.

Per coloro invece che avevano ottenuto la rivalutazione con sentenza passata in giudicato senza però essere stati ancora pagati, il Governo ha previsto, con una disposizione di assai dubbia costituzionalità, che tali sentenze hanno un'efficacia limitata: consentono di percepire gli

arretrati, ma non di ottenere l'adeguamento integrale dei ratei futuri.

Tale iniziativa, formalmente giustificata da esigenze di risanamento delle finanze pubbliche nonché da quella di comporre il contrasto giurisprudenziale venutosi a creare dopo il deposito delle ultime sentenze della Cassazione, appare in realtà esclusivamente finalizzata a consentire allo Stato di ottenere quanto il Ministero della salute non era riuscito a conseguire sul piano giudiziario.

Per effetto di questo intervento l'importo dell'indennizzo tornerà ad essere rivalutato per tutti solo in minima parte, con la conseguenza che il rateo bimestrale rimarrà sostanzialmente inalterato e verrà pertanto progressivamente abbattuto, con il passare degli anni, dall'inflazione.

Annuncio: A partire dal prossimo numero, COPEV NEWS comincerà ad occuparsi della difesa dei diritti del malato proponendo focus e approfondimenti su consenso informato, risarcimento del danno e casi di malasanità.

Torneo di Bridge e Burraco

L'Associazione Italiana COPEV "Beatrice Vitiello" è lieta di annunciare l'annuale torneo di Burraco, domenica 21 novembre 2010 ore 16.00 presso la Società del Giardino, via San Paolo 10, Milano.

Premi dalla 1 alla 4 coppia classificata, premi alla 1 coppia mista.

Al torneo seguirà un buffet.

Quota di iscrizione 40 euro a persona. È indispensabile la prenotazione ai numeri:

tel. 02/45474323-4 - fax: 02/45474327 - copevcasaaccoglienza@virgilio.it

News Alcol

Colti e benestanti, sono i nuovi bevitori a rischio

Un'istruzione superiore, soldi da spendere e una preferenza per il consumo di alcol in grande quantità da bere in una sola volta, in genere in gruppo il sabato sera. I nuovi bevitori a rischio in Italia hanno queste caratteristiche e si differenziano dal resto della popolazione italiana che consuma alcol (56,7% del totale) perché sono giovani, uno su tre ha meno di 24 anni, sono soprattutto maschi e vivono nelle regioni del Nord. A disegnare questo identikit è il rapporto 2009 Passi (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia) dell'Istituto superiore di sanità. "Abbiamo cominciato a parlare di binge drinking, il fenomeno per cui si assumono sei o più unità alcoliche in una sola occasione (un'unità è pari a una lattina di birra o a un bicchiere di vino, ndr) circa 10 anni" - ha detto all'Agenzia Ansa Emanuele Scafato, direttore dell'Osservatorio nazionale alcol dell'istituto superiore della sanità e presidente della Sia (Società italiana alcolologia) - "ma non si è colto, nel corso degli anni, il reale pericolo dell'impatto



culturale di un modello del bere che ha portato alla diffusione di questa pratica tra i giovani: una moda sostenuta in tutta Europa da verificate strategie di marketing e dalla seduzione delle pubblicità.

Come dimostrato dal rapporto Rand alla Commissione europea l'acquisto di alcol è stato reso più economico e più conveniente anche attraverso le cosiddette Happy Hours, i Pub's crawl, i locali drink as much as you can, fenomeni che con il bere, quello comune, moderato, non hanno nulla a che vedere".

Secondo i dati, il 36% dei giovani tra i 18 e i 24 anni è considerato "bevitore a rischio", mentre questa percentuale scende al 25% tra i 25 e i 34 anni, "come se con l'ingresso nel mondo del lavoro" - sottolinea Scafato - "si raggiungesse una maggiore consapevolezza e probabilmente anche la necessità di una maggiore responsabilità che porta a bere in maniera moderata.

Per questo è necessario prevedere iniziative di prevenzione, monitorare e soprattutto intercettare precocemente il consumo rischioso dei ragazzi vigilando attentamente almeno fino ai 24 anni, età limite al di sotto della quale si adottano comportamenti collettivi principalmente dettati dal gruppo e che, ovviamente, non hanno conseguenze di riprovazione sociale. L'alcol è una gateway drug, una droga ponte che traghetta attraverso i suoi effetti psicotropi i giovani prima verso la commistione di superalcolici con Energy drink, per risollevarsi nel tono quando cala la prima euforia e poi alle droghe sintetiche e alla cocaina, per superare la fase down che causano queste sostanze".

Il rapporto Passi ricorda che l'impatto economico delle malattie legate all'alcol (cirrosi, diabete mellito, malattie neuropsichiatriche, problemi di salute materno-infantile) è stimato in più dell'1% del Pil di un paese a medio e alto reddito.

Una mappa di chi alza il bicchiere

Gli italiani tra i 18 e i 69 anni che possono essere considerati bevitori sono il 56,7% dell'intera popolazione. Il 18% invece rientra nella categoria dei bevitori a rischio, con punte che arrivano al 36% tra i 18-24enni. È quanto emerge dal rapporto 2009 Passi dell'Istituto superiore della Sanità sul consumo di alcol, basato su interviste sottoposte ai cittadini nella



Asl. Dallo studio emerge la forte disparità nell'abitudine del bere tra le regioni italiane, con un significativo gap tra il Nord, dove si beve di più, e il Centro-Sud.

Nel Nord Italia sono concentrati i bevitori a rischio, coloro cioè che secondo l'indagine dell'ISS bevono alcol al di fuori dei pasti oppure ne consumano in grande quantità nella modalità binge drinking (bere sei o più unità alcoliche in una sola volta), almeno una volta al mese. A guidare la classifica dei bevitori a rischio ci sono gli abitanti della Provincia autonoma di Bolzano (41%), seguono con distacco i residenti della Provincia autonoma di Trento (30,5%) e poi quelli della Lombardia (27,9%). A poca distanza si collocano il Friuli Venezia Giulia (27,3%), la Valle d'Aosta (26,4%) e il Veneto (23,6%). Il Centro e il Sud hanno percentuali più basse: Liguria (21,4%), Emilia Romagna (21,1%), Molise (21,1%), Marche (20,4%), Toscana (19,5%), Piemonte (18,4%), Abruzzo (18,2%), Calabria (18%), Umbria (16,5%), Sardegna (16,2%), Lazio (15,6%), Basilicata (12,6%), Puglia (12,5%), Sicilia (10,3%) e Campania (8,2%). La media italiana è del 17,9%, una percentuale in calo rispetto agli ultimi due anni (era 18,9% nel 2008 e 21,3% nel 2007).

Centri Copev Lombardia

Sede Legale e operativa

C.so di Porta Romana n. 51 - 20122 Milano
Tel. 02 653044

Ambulatorio

Via Statuto n. 5 - 20121 Milano
Tel. e fax 02 2900 3327 - Cell. 3331567801
e-mail: segreteria@copev.it
(visite mediche e vaccinazioni contro l'epatite A e B
orari: 9-18)
Direttore Sanitario: Prof. Luigi Rainero Fassati

Casa di Accoglienza "BEATRICE VITIELLO"

C.so di Porta Romana, 51 - piano terra, scala 4
Tel. 02 4547 4323/4 - Fax 02 4547 4327
e. mail: copevcasaaccoglienza@virgilio.it

Centro per il trapianto

di fegato "BEATRICE VITIELLO"

Ambulatorio c/o Padiglione Zonda
Ospedale Maggiore Policlinico - 3° piano,
Via Lamarmora n.5 , 20122 Milano
Tel. 02 55035826 - Fax 02 50320554
paolo.reggiani@policlinico.mi.it

sito internet: www.copev.it

Sede di Brescia

Responsabile: Dott Andrea Salmi
Ospedale Fatebenefratelli, Via Vittorio Emanuele II n.27 Brescia
Tel. 030-2971833 - Fax. 030-2971835 - e-mail: asalmi@fatebenefratelli.it

Sezione di Pavia

Responsabile: Prof. Mario Mondelli - Fondazione I.R.C.C.S. Policlinico
S. Matteo - V.le Golgi, 19 - Pavia - Tel. 03825011

Sezione di Lecco

Responsabile: Dott. Daniele Prati - c/o Dipartimento di Medicina
Trasfusionale ed Ematologia - Ospedale Alessandro Manzoni, Via
dell'Eremo, 9/11 - Lecco - Tel. 0341 489 872

Sezione di Sondrio

Responsabile: Dott. Agostino Avolio - c/o Centro di Epatologia
dell'Ospedale - Tel. 0342 5212500 - Fax 0342 521368

Sede Copev Roma

Coordinatrice: D.ssa Giuseppina Carbone
Tel. e Fax 06 5405312 - Cell. 335 6871577

Responsabile: dott. Giuseppe Cerasari

Ambulatori: immunoepatologico, infettivologico, trapianto di fegato,
intolleranza alimentare

c/o Azienda Ospedaliera S. Camillo - Forlanini - Unità Operativa
Epatologia clinica, Circonvallazione Gianicolense, n. 87 - 00152 Roma
Tel. 06 587 043 23 - Cell. 347 3632486

Modalità di iscrizione

L'Associazione Italiana Copev ha circa 10.000 soci distribuiti in tutta Italia, con prevalenza per la Lombardia e il Lazio.

L'iscrizione all'Associazione dà diritto al ricevimento della nostra rivista Copev News e a usufruire di tutti i nostri servizi: ambulatori, colloqui con medici specialisti, servizi legali e assistenza sociale.

Le quote associative

- Quota annuale pazienti: **30 Euro**
- Quota annuale sostenitori: **50 Euro**
- Quota annuale società: **250 Euro**
- Quota annuale amico: **in base a una scelta personale**

Si può contribuire al finanziamento dell'Associazione anche con donazioni, erogazioni varie e lasciti.

La liberalità deve essere trasmessa tramite bonifico, assegno, conto corrente postale e la ricevuta deve essere conservata.

Modalità di iscrizione

Ci si può iscrivere alla Copev presso le sedi dell'associazione, effettuando un versamento su conto corrente postale, o con un bonifico bancario:

- c.c. postale 24442204
intestato ad Associazione Italiana COPEV
- Bonifico bancario
Banca Popolare di Sondrio, Agenzia 13, Milano
iban: IT51 D056 9601 6120 0000 3200 X56
intestato ad Associazione Italiana COPEV
- Bonifico bancario
Banca Intesa - Filiale N.2101, Milano - C.so Garibaldi
iban: IT24 N030 6909 4410 0002 0580 181
intestato ad Associazione Italiana COPEV

A Sondrio c/o Centro di epatologia dell'Ospedale, tel 0342-5212500

- Bonifico bancario
Banca Popolare di Sondrio, filiale di Sondrio, Ag.3
Iban: IT90R0569611004000045205X50
Intestato a Associazione Italiana Copev - Sez di Sondrio
c/o Dott. Avolio - Ospedale Civile

novità

Da oggi è possibile versare le quote associative COPEV direttamente su Internet grazie a un nuovo servizio di pagamento on-line. Il sistema permette di pagare l'iscrizione alla nostra Associazione in tutta sicurezza con Carta di credito tramite Banca Sella. Per saperne di più consultate il sito www.copev.it