

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

MEDICINA: DECALOGO PER UNA RIVOLUZIONE CULTURALE

DIETA SANA PER
UN FEGATO SANO



IMPORTANTE

Scegli di dare
il **5 per mille**
alla **COPEV**

EDITORIALE



Rivoluzione

3

I GRANDI EPATOLOGI

Medicina: la rivoluzione è un atto di bellezza

4

L'INTERVISTA

Dieta sana per un fegato sano

8

SOTTO LALENTE

Così rinasce il fegato...

12

DUE DOMANDE A...

Cronache da una scienza imperfetta

14



In copertina

Una copertina decisamente a tema: il famoso quadro un po' rivoluzionario "Pink Mao", ad opera dell'artista Andy Wharol, del grande timoniere cinese.

Anno 15 - Numero 1

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

Rivoluzione

Copev News è a una **svolta**.

Gli argomenti trattati in questo numero attengono alla politica della Medicina.

Certo occorre una rivoluzione copernicana per risolvere i problemi della gestione "salute" e non solo quelli economici, anzi, soprattutto per risolvere alla radice quelli sostanziali con un metodo diverso da quello oggi praticato, assolutamente settoriale, che non considera il malato, ma diciamo l'uomo, nel suo complesso.

Le tesi del Prof. Bonino possono essere criticate e migliorate ma la sua diagnosi è sicuramente esatta: la strada in corso non è corretta.

So che dovremmo occuparci solo di fegato ma non si possono obliterare i problemi della Medicina, perché a questo servono le Associazioni dei malati. E tra questi i temi millenari, ma di stringente attualità, sollevati dal recente libro del nostro Direttore Scientifico, Prof. Fassati. È un must leggerlo.

La **svolta** è anche quella di una maggiore forza economica che ci permetterebbe la realizzazione dei nostri obiettivi.

Ci rivolgiamo alla nostra Platea per osare chiedere di più: il 5 per Mille (aspettiamo ancora quello del 2008), contributi, finanziamenti e, persino, lasciti ereditari.

Il nostro bilancio dimostra che non abbiamo spese. Il ricavato va tutto in ricerca: non ci sono sprechi.

A proposito, la **svolta** è anche telematica. Inviateci la vostra e-mail per evitare spese postali. La rivista è comunque sul sito.

Aiutateci e grazie comunque.

Il Presidente Copev
Avv. Ernesto Vitiello

Scegli di dare il **5 per mille**
alla **COPEV**

A te non costa niente, per noi è importante!

codice fiscale: 97109890158

Medicina: la rivoluzione è un atto di bellezza

È l'autore o il co-autore dei più importanti lavori che hanno documentato la scoperta e la caratterizzazione dei 3 principali virus epatitici (il virus dell'epatite B HBeAg difettivo, quello dell'epatite C e quello dell'epatite Delta), grande amico dell'associazione COPEV dove siede nel comitato scientifico. Qui ci racconta di quel grande "caso fortunato" che lo fece diventare uno dei più grandi epatologi italiani, alla scuola torinese del professor Giorgio Verme. Della necessità di "farsi monaco". E ci indica il "decalogo" per una rivoluzione culturale che potrebbe cambiare il volto della medicina. Con effetti benefici perfino sui costi: perché in natura ciò che è economico è anche più efficace e più bello...



Professor Ferruccio Bonino
Professore di gastroenterologia
presso l'Università di Pisa
Tel. 050/992409
bonino@med-club.com

Ferruccio Bonino ha cominciato ad interessarsi di epatiti 40 anni fa, "quando i malati di epatite li si curava prima somministrandogli del cortisone, poi cercando di eliminare l'infiammazione, un po' come avviene oggi in certe malattie del colon e dell'intestino".

Come è nato il suo interesse per lo studio del fegato?

Ero iscritto al terzo anno della facoltà

di Medicina e non essendo di estrazione familiare medica chiesi un consiglio sul mio percorso di studi al mio medico curante. Lui aveva un amico che lavorava nella gastroenterologia di Torino così pensai: cominciamo da qui. E presi a fare il volontario per cercare di capire...

Quali furono i suoi incontri decisivi a Torino?

L'incontro decisivo ha il nome e il volto del professor Giorgio Verme. Per me è stato un vero maestro: fu lui a trasmettermi la passione per questo lavoro. Inoltre, come tutti i grandi maestri, è stato capace di vedere e tirar fuori dal suo allievo qualità e inclinazioni che neppure lui sapeva di possedere. In fondo la mia specializzazione nasce da un grande caso: avrei potuto occuparmi di tutt'altro se avessi incontrato una persona in gamba di un altro settore.

Che cosa ricorda di quegli anni?

Erano gli anni pionieristici in cui attraverso l'uso della biopsia si facevano i primi passi per capire meglio la natura delle epatiti croniche. Non si conosceva la causa della cirrosi epatica e del carcinoma al fegato che causava 40 morti ogni centomila abitanti in Italia. Tra gli anni '70 e '80 una serie di scoperte, di alcune delle quali sono stato protagonista, permisero di identificare i tre virus

epatitici maggiori trasmessi con il sangue e causa di epatite cronica (HBV, HCV, HDV). In pochi anni nel campo delle epatiti cambiò tutto, con ottimi risultati. Oggi abbiamo il vaccino per la prevenzione dell'epatite B mentre per la C sono disponibili terapie in grado di guarire – a seconda dei genotipi – fino al 95% dei malati.

A un certo punto lei si è trovato a collaborare con Mike Houghton, il primo a scoprire nel plasma l'RNA del virus C...

In quegli anni il gruppo internazionale che portò alla scoperta dei tre virus epatitici maggiori collaborava con un certo spirito di squadra. Per questo ognuno di noi è stato talvolta autore e talvolta co-autore di quegli studi. Mike Houghton nel 1989 clonò e sequenziò il genoma del virus dell'epatite C. Da lì fu possibile approntare i primi test diagnostici per identificare nel sangue la presenza dell'infezione. Quando il gruppo epatologico di Torino scoprì il virus dell'epatite Delta, della sequenziazione (cioè la caratterizzazione del genoma virale e della struttura e funzione dei vari prodotti genici) si occupò proprio Houghton, che all'epoca era il più grande esperto in materia.

Come vede il futuro della lotta alle epatiti?

Diciamo che la situazione potrebbe

diventare molto più rosea di quanto non lo sia oggi. C'è un vaccino contro l'epatite B che se somministrato ai giovani impedisce l'infezione anche se i portatori della malattia sono ancora 400 milioni nel mondo, concentrati soprattutto nei paesi più poveri. Poi c'è l'epatite C che al contrario riguarda soprattutto i paesi ricchi e probabilmente per questo si dice che sia il fronte più importante. Il che non è sbagliato. Il punto però è che se l'HCV suscita tutto questo interesse è anche perché tocca persone che hanno disponibilità economica sufficiente ad acquistare i farmaci, dunque il business è maggiore. Ma parlando di futuro, per me il punto decisivo resta la direzione verso la quale la medicina si evolverà.

Può spiegarsi meglio?

Oggi la medicina mira quasi esclusivamente alla cura impersonale delle lesioni nelle malattie acute. La sfida consiste nel farla evolvere verso la cura personalizzata della salute e della cronicità. Ma per questo servirebbe una vera e propria "rivoluzione culturale": passare dall'identificare il malato con una patologia a uno sguardo d'insieme della persona nella sua complessa e specifica irripetibilità.

Vaste programme... Che cosa significa concretamente?

Il salto culturale dovrebbe cominciare da una ricerca scientifica cosiddetta "traslazionale", una brutta parola derivata dall'inglese che si usa per indicare quella ricerca mirata a trasferire nella pratica clinica i progressi della conoscenza di base. Per rendere una nuova proposta diagnostico-terapeutica concretamente utile alla pratica clinica, è indispensabile una visione del malato nel suo complesso. Invece il modello standard della ricerca scientifica attuale preferisce seguire metodi dedotti dalle analisi di mercato, come gli studi condotti in doppia o tripla cecità (nella condizione di **cecità singola** il paziente non conosce il tipo di trattamento cui viene sottoposto: trattamento



Pieter Bruegel the Elder (Bruegel il Vecchio), "La parabola dei ciechi", 1568.

in fase di studio, placebo o altro trattamento; nella **cecità doppia** sia il paziente che il medico non sono a conoscenza del tipo di trattamento; nella **trippla cecità** non conosce il tipo di trattamento nemmeno chi analizza i dati). Medici, analizzatori, operatori, ognuno opera all'insaputa degli altri e in tal modo si crede che l'osservazione sia più obiettiva o più vera. La medicina è perciò molto spersonalizzata con i medici che guidano i malati, spesso utilizzati come cavie, vagando nel buio, come nella famosa tela di Bruegel il Vecchio, "La parabola dei ciechi". La speranza è quella di pescare al gioco dei dadi della probabilità una terapia uguale e benefica per tutti. Ma come diceva Einstein "Dio non gioca a dadi". Un metodo scientifico che tenga conto della visione d'insieme del malato dovrebbe integrare l'informazione prodotta dagli studi di mercato con quella più complessa degli studi che registrano gli esiti concreti delle pratiche di cura, non in modo cieco però, ma il più possibile consapevole. Bisognerebbe ispirarsi al mondo delle automobili...

Scusi, ma che cosa hanno in comune i malati con le automobili?

Nel mondo dell'automobile la metodologia organizzativa della riparazione delle auto incidentate o dei ricambi programmati è quella della catena di montaggio. Ogni specialista esegue ripetitivamente una specifica azione spersonalizzata, disgiunta dalla visione d'insieme del progetto complessivo. Ciò produce efficienza, precisione, rapidità e risparmio. Quando però sottoponiamo l'auto a un tagliando di controllo, ovvero alla cura preventiva della salute, scopriamo un'organizzazione totalmente diversa: per ogni tipo di auto vengono eseguiti esami diversi e l'intera operazione del tagliando è impostata, gestita con il lavoro di squadra di più specialisti, ma è coordinata da un solo operatore responsabile che parla e coinvolge in una relazione partecipativa tutti gli altri e il proprietario dell'auto. È questo sistema che permette di personalizzare al massimo la cura. Inoltre analizzando accuratamente la vita delle singole auto e inserendo i dati in un database, gli eventi accaduti a tutte le auto della stessa serie costituiscono il miglior bagaglio di conoscenza per il disegno e le variazioni da apportare nella costruzione delle auto della serie successiva. Nella pratica medica



questo prezioso bagaglio di conoscenza va completamente perduto perché si ritiene che anche dopo la messa in commercio di un farmaco la metodologia per migliorarne l'uso sia l'analisi cieca che considera i medici tutti uguali e, quel che è anche peggio, i malati tutti uguali. Se tutti i dati più importanti dei percorsi di diagnosi e cura fossero registrati in specifici data base potrebbero essere valutati e confrontati gli esiti identificando gli operatori più bravi che potrebbero diventare esempi da imitare o addirittura ispirare nuovi strumenti di cura. D'altra parte se il successo in uno sport anche molto tecnologico come la Formula1 dipende soprattutto dal pilota non si capisce perché in medicina non dovrebbe dipendere dal medico.

Può farci un esempio di ricerca traslazionale condotta coinvolgendo il malato?

Nella mia esperienza personale la prima caratterizzazione del nuovo virus dell'epatite D nel sangue umano (avvenuta in epoca precedente la tecnica di amplificazione degli acidi nucleici, PCR, scoperta nel 1993) è stata

possibile grazie al coinvolgimento diretto dei malati: prevedendo la presenza del virus HDV, parassita del virus dell'epatite B, nella fase prodromica di un'epatite di un portatore cronico di virus B, ho istruito alcuni portatori a rischio su come identificare i segni e i sintomi premonitori di un'epatite incipiente. Così sono stato avvertito da uno di loro al momento giusto per poter prelevare il sangue e ottenere una quantità adeguata di virus per identificarne e caratterizzarne biologicamente la particella infettiva. Il giorno dopo sarebbe stato già troppo tardi.

Oggi viviamo una crisi economica senza precedenti. La sua idea di medicina personalizzata non finirebbe con l'aumentare i costi?

Come per la finanza anche nella sanità è stato l'obiettivo del profitto, anziché l'uso del profitto come strumento o premio meritocratico per chi raggiunge l'obiettivo del miglior esito di cura, a costituire il baco capace di minare il sistema. Oggi la medicina mira quasi esclusivamente alla cura impersonale delle lesioni

e il profitto maggiore per industrie e professionisti si ottiene curando le malattie irreversibili. Il successo si misura in numero di esami e interventi, al massimo in mesi di sopravvivenza, e non in vere e proprie guarigioni che solo la cura preventiva, tempestiva e personalizzata può offrire: la "cura giusta al momento giusto". Nel caso dell'epatite cronica virale ad esempio la cura preventiva restituisce al malato un'aspettativa di vita normale, con notevole risparmio per il sistema sanitario nazionale. Gli indicatori di spesa e rimborso sanitario (DRG, diagnosis related groups) non dovrebbero essere gli strumenti, ma gli esiti della cura. Se si privilegiasse la retribuzione dell'esito della cura, e quindi professionalità e responsabilità del personale medico sanitario, si eviterebbe l'uso improprio degli strumenti di diagnosi e cura che genera sprechi e il rischio che uomini senza scrupoli approfittino del sistema commettendo ingiustizie e reati. Per le industrie farmaceutiche il modello migliore sarebbe quello dello "shared risk".

Può spiegarcelo?

I nuovi farmaci sono sempre più mirati a specifici target molecolari e la loro efficacia è ormai verificabile con metodiche oggettive senza dover ricorrere alla scelta dei pazienti in base alla sorte. Il modello auspicabile è allora quello dello "shared risk" o rischio terapeutico condiviso che prevede la condivisione della spesa della terapia da parte dell'industria farmaceutica. Per le epatiti croniche il sistema dovrebbe prevedere criteri di non progressione a breve termine (ad esempio caduta significativa di HBV-DNA, HCV-RNA, HBeAg, HBsAg) e il rimborso del farmaco da parte del sistema sanitario nazionale solo se l'obiettivo è raggiunto. Il paziente non ha onere di spesa e quando il tentativo terapeutico non è efficace il farmaco viene sospeso e quello già utilizzato rimane a carico dell'industria. Questo sistema avrebbe il pregio di promuovere la cultura dell'uso appropriato del farmaco.

L'industria sarebbe interessata a evitare che i medici sbagliano le indicazioni e si genererebbe un circolo virtuoso sia per la qualità che per l'appropriatezza delle cure.

Ci vuole però il coraggio di rompere consuetudini ormai consolidate...

C'è un pensatore e teologo del secolo scorso, morto l'anno passato novantenne: il suo nome è Raimon Pannikar, gesuita di padre cattolico e mamma indu. Ebbene nel suo "La santa semplicità. La sfida di scoprirsi monaco" Pannikar descrive la vocazione e la vita del monaco come una dimensione e un archetipo dell'uomo, irriducibili a qualsiasi tentativo di istituzionalizzarli. Ma chi è il monaco? Non è l'asceta che si ritira dalla realtà e finisce per avallare il mondo, ma colui che cerca di rimanere libero da quei legami compromettenti che poi potrebbero intralciarli nei suoi movimenti, uno che si cala nel mondo anche sporcandosi le mani, ma poi cerca di cambiarlo. È un uomo libero. Purtroppo la situazione contemporanea è un po' tragica perché ci siamo infilati in un *décalage* culturale...

Non vede nessuna inversione di tendenza?

Paradossalmente la crisi economica attuale potrebbe trasformarsi in un'opportunità. In condizioni di ristrettezza di risorse si genera una competizione virtuosa per le soluzioni pragmaticamente meno costose. E in natura ciò che è economico è anche il più efficace e insieme il più... bello! Se ciò non avviene nel mondo della medicina è perché il modello economico attuale è sbagliato e contro natura.

Dunque la bellezza salverà la medicina?

Ci sono splendori che non si interpretano. È quello che succede guardando gli aerei: se guardi bene l'aereo più veloce scopri che è anche il più bello. La scienza può essere paradossale, non è vero?

Il decalogo

(ovvero un elenco di proposte frutto di 30 anni di esperienza per correggere i 10 difetti principali della medicina contemporanea)

1. **Personalizzazione della cura attraverso la bioinformatica, l'uso di algoritmi, simulatori e sistemi autopilota e la valorizzazione della decisione responsabile del medico (Tecne= esperienza + abilità + prudenza).**
2. **Organizzazione del percorso di cura del malato cronico e delle nuove cronicità sul modello dei tagliandi automobilistici: project management integrandolo come nel mondo automobilistico con il modello della catena di montaggio, adatto sia all'acuzie che agli interventi programmati. Valorizzazione economica della complessità di cura del lavoro ambulatoriale al pari dell'intensità di cura in reparto o camera operatoria.**
3. **Valutazione delle pratiche di cura, studi single center based e formazione on the job da utilizzare come strumenti di valutazione e divulgazione del sapere pratico.**
4. **Diagnosi: rimborso in base alla diagnosi per "pacchetto" indipendentemente dal numero di esami utilizzati sul modello dell'anatomia patologica.**
5. **Terapia: rimborso sul modello del shared risk con rimborso effettivo a carico del sistema sanitario nazionale in caso di efficacia, e compenso compartecipato da parte dell'industria in caso di non efficacia. Inversione dello scopo-interesse della formazione medica con rischio di inappropriatazza a carico dell'industria e non del sistema sanitario.**
6. **Partecipazione del malato, familiari e rappresentanti del malato alla definizione del consenso informato per i percorsi diagnostico-terapeutici.**
7. **Organizzazione dei percorsi diagnostico terapeutici e degli ospedali orientati al malato e non alle patologie, coordinamento del lavoro di squadra e processi decisionali, tutorship del malato, gestione di responsabilità e rischi.**
8. **Modelli di ricerca traslazionale competitiva per la valorizzazione e il finanziamento dei percorsi di ricerca più efficaci., valutati con criteri non solo ex-ante ma anche ex-post.**
9. **Organizzazione e accreditamento delle strutture e degli operatori delle tre principali piattaforme (certificazione per strutture, strumenti e operatori) del sapere clinico pratico: clinica epidemiologica (strumento: statistica); clinica fisiopatologica (strumento: laboratorio); clinica operativa (strumento: chirurgia classica, per via endoscopica e delle tecniche d'immagine).**
10. **Sinergia virtuosa tra sistema pubblico e privato con modelli operativi condivisi che implicino regole di ingaggio e operatività comuni.**

Dieta sana per un fegato sano

In Italia fallisce la dieta mediterranea e oggi un adulto ogni tre si scopre in sovrappeso, con una tendenza all'obesità che comincia a profilarsi sempre più spesso tra i bambini e gli adolescenti. Non si tratta di una questione estetica: questa tendenza aumenta in modo vertiginoso il rischio di malattie come la steatosi epatica e di problemi cardiovascolari

Prof.ssa Anna Vittoria Laneri
docente in scienze dell'alimentazione
e nutrizionista

Negli ultimi decenni la nostra alimentazione si è molto allontanata dalla "dieta mediterranea" che era prevalente in Italia fino agli anni 50-60. È cresciuto invece il consumo di prodotti più raffinati, ricchi di grassi, proteine animali e zuccheri semplici, ma poveri di amido, fibra e altri componenti protettivi. Così, se da un lato sono scomparse le malattie da carenza nutrizionale, dall'altro la tendenza al sovra consumo e agli squilibri alimentari ha provocato un aumento dell'obesità e delle patologie ad essa correlate – compresa la steatosi epatica o "fegato grasso".

Oggi, in Italia, circa un adulto su tre ha problemi di sovrappeso e quasi un italiano su dieci è decisamente obeso, ma la cosa più preoccupante è che questa tendenza comincia a profilarsi sempre più spesso tra i bambini e gli adolescenti (anch'essi ormai molto sedentari se già all'età di 6 anni un bimbo trascorre mediamente oltre 2 ore al giorno davanti alla tv e trascura i giochi all'aperto fisicamente più impegnativi). Per questo tornare ai fondamenti della classica dieta mediterranea e ai principi di una corretta alimentazione è quanto mai raccomandabile – anche per quanto riguarda la salute del



fegato. La nostra dieta andrebbe ripartita tra i vari principi nutritivi che conosciamo: **glucid**i (carboidrati o zuccheri), **lipidi** (grassi) e **protidi** (proteine). Questi rappresentano tre classi di composti chimici formati da combinazioni di elementi semplici: il carbonio, l'idrogeno, l'ossigeno e l'azoto. Gli alimenti sono formati da complessi miscugli di glucidi, lipidi e protidi e vengono scissi durante la digestione in zuccheri, grassi semplici ed aminoacidi. Poi ci sono le vitamine, i sali minerali e l'acqua, altrettanto importanti. I lipidi, sia quelli alimentari che quelli derivanti dalla trasformazione del glucosio nel fegato, vengono rilasciati nel sangue sotto forma di trigliceridi, assicurati a

speciali proteine circolanti e da queste trasportati nelle cellule adipose. Nel fegato il glucosio può ancora venire trasformato in alcuni aminoacidi che insieme a quelli assorbiti con la digestione degli alimenti possono essere utilizzati per le necessità dell'organo epatico (costruzione di proteine), oppure rilasciati nel sangue per il fabbisogno degli altri organi, per essere immagazzinati nei muscoli (il principale sito di deposito per queste molecole) oppure, infine, riconvertiti in glucosio.

Dei principi di una corretta alimentazione parliamo con la professoressa [Anna Vittoria Laneri](#), docente in scienze dell'alimentazione e nutrizionista..

Perché conviene consumare di più cereali, legumi, ortaggi e frutta?

Perché apportano amido che nella nostra alimentazione è assicurato soprattutto da pane, pasta, riso, legumi e patate, fonte principale di carboidrati complessi. L'importanza dell'amido è legata alla facilità con cui viene assorbito e utilizzato dall'organismo senza produrre scorie metaboliche. Inoltre, essendo formato da molte molecole di glucosio, richiede un certo lavoro per essere digerito e assorbito. I carboidrati semplici invece sono formati da una o due molecole, hanno per lo più un sapore dolce (da cui il termine comune di "zuccheri") e vengono digeriti e assorbiti più rapidamente. I più comuni sono il saccarosio, il glucosio e il fruttosio, contenuti nella frutta e nel miele, e il lattosio contenuto nel latte. In una alimentazione equilibrata il 60% delle calorie dovrebbe arrivare dai carboidrati, i tre quarti sotto forma di carboidrati complessi e non più di un quarto sotto forma di carboidrati semplici. Un altro 25% dai grassi e la parte rimanente dalle proteine.

È vero che frutta, ortaggi e legumi contengono anche sostanze ad azione protettiva?

Alcuni loro componenti svolgono un'azione antiossidante: contrastano l'azione dei radicali liberi, capaci di alterare la struttura delle membrane cellulari e del materiale genetico (DNA) provocando vari danni, tra i quali arteriosclerosi, accelerazione dei processi di invecchiamento oltre ad alcuni tipologie di tumori. Sono molecole definite "bioattive" come carotenoidi (beta-carotene presente nei vegetali giallo arancia o verde scuro e il licopene di colore rosso presente nei pomodori), antocianine di colore rosso scuro (ne sono ricche le arance rosse), polifenoli, vitamina C, composti solforati (presenti nei broccoli, cavoli e cavolfiori), saponine (di cui sono ricchi i legumi), tocoferoli (presenti nei semi oleosi e negli ortaggi a foglia verde).



Parliamo ora dell'apporto proteico.

È indispensabile. Ci servono in particolare proteine ad alto valore biologico, ovvero le proteine animali che provengono dal latte e dai suoi derivati, oltre che dalla carne e dal pesce. Oggi si tende a preferire il pesce alla carne bianca perché il pesce apporta anche acidi grassi essenziali come gli omega 3, capaci di far diminuire nel sangue tanto il livello dei trigliceridi quanto la capacità di aggregazione delle piastrine, ossia il rischio di trombosi, proteggendo così l'organismo dalla possibile insorgenza di malattie cardiovascolari.

Oggi infatti si tende ad evitare il consumo di carne o almeno a ridurlo il più possibile...

Una tendenza che non mi trova d'accordo. La carne ci apporta ferro e vitamina B12 quindi non mi sentirei di trascurarla.

Anche gli spinaci contengono ferro...

Vero, ma non è ferro biodisponibile (ciò che conta, infatti, non è tanto la quantità di ferro assoluta contenuta in un alimento, ma la sua biodisponibilità, cioè la percentuale effettiva che il nostro organismo riesce ad assorbire e utilizzare). Per questo ci vogliono le carni. Quelle rosse ne contengono di più, le bianche un quantitativo più limitato, ancor meno il pesce. E poi nella carne ci sono diverse proteine ad alto valore biologico. Un altro alimento ingiustamente trascurato sono le uova...

Perché sono importanti?

Apportano la lecitina e altre sostanze utili ad avviare il metabolismo anche lipidico, con la formazione delle lipoproteine come l'HDL, indispensabili per trasportare il colesterolo. Attenzione al tuorlo che contiene parecchio colesterolo, motivo per cui meglio che i soggetti sani non mangino uova più di due volte la settimana. Meglio evitare le uova invece se si soffre di calcoli biliari. In generale il gruppo carne, pesce



e uova ha la funzione principale di fornire proteine di elevata qualità e oligoelementi (in particolare zinco, rame e ferro altamente biodisponibili) oltre a vitamine del complesso B (in particolare la B 12).

E i grassi?

I grassi oltre a fornire energia "concentrata" (9 calorie/grammo, più del doppio rispetto a proteine e carboidrati) apportano acidi grassi essenziali della famiglia omega 6 (acido linoleico) e omega 3 (acido linolenico) e favoriscono l'assorbimento delle vitamine A, D, E, K e dei carotenoidi. Per questo occorre introdurre con

l'alimentazione una quantità adeguata di grassi, senza eccedere, ma senza escluderli dalla dieta. Possono essere grassi saturi (di consistenza solida come burro, lardo, strutto) oppure insaturi (allo stato liquido come gli oli). Sono particolarmente raccomandati i grassi di origine vegetale, soprattutto l'olio extravergine di oliva, usato preferibilmente a crudo perché le temperature molto elevate determina l'alterazione della struttura chimica degli oli con la formazione di composti che possono risultare dannosi per la salute. Da evitare accuratamente l'olio riciclato (fritto e rifritto) che è tossico per il fegato.

L'olio in effetti resiste fino a una certa temperatura, intorno ai 150 gradi, il cosiddetto "punto fumo" raggiunto il quale avviene una idrolisi, in altre parole i grassi si scindono e la glicerina si disidrata trasformandosi in acroleina, una sostanza tossica.

Attenzione anche ai grassi idrogenati che sono nocivi per la salute e a quei grassi spesso contenuti nelle merendine come l'acido palmitico, l'acido stearico, tutti acidi grassi saturi che il nostro organismo non metabolizza e possono provocare obesità.

Qual è il fabbisogno calorico in media?

Oggi la maggior parte delle persone conduce una vita sedentaria che richiede un fabbisogno limitato di calorie. Diciamo che un uomo medio con un'altezza di 1.75 ha un fabbisogno calorico che non supera le 1.300-1.400 calorie - variabili secondo la struttura fisica.

Il guaio è che oggi chi lavora mangia spesso al bar...

E in questo caso è difficile valutare le calorie che si assumono perché anche un misero panino se contiene salsine o è particolarmente farcito può avere il valore calorico di un pranzo o almeno di un secondo piatto robusto. L'ideale per chi può sarebbe riuscire a frazionare tutto quanto si introduce nell'organismo in tre pasti principali (colazione, pranzo e cena) più uno spuntino a metà mattinata e uno a metà pomeriggio.

Cominciamo a parlare della colazione...

La colazione è molto importante: al momento del risveglio l'organismo ha 10-12 ore di digiuno alle spalle e le sue scorte di energia, soprattutto quelle di glucosio, si consumano durante la notte. Il latte è raccomandato nelle sue tre tipologie: scremato (senza grassi), parzialmente scremato (contiene l'1,8% di grassi), intero (ne contiene il 3%). Meglio non dimenticarlo nella dieta anche perché, a lungo andare, se non si introduce viene a mancare l'enzima per riceverlo. La lattasi in effetti è un enzima

Vuoi ricevere il Copev News via e-mail?

Se sei interessato a ricevere comodamente nella tua casella di posta elettronica la rivista in formato pdf (leggibile da qualsiasi computer o mobile device), manda una messaggio per richiederlo al seguente indirizzo di posta elettronica: segreteria@copev.it



indotto, significa che agisce quando c'è un substrato che in questo caso è il lattosio, lo zucchero del latte. Chi sospende l'assunzione di latte finisce col non digerirlo più. L'intolleranza al lattosio deriva anche da questo, oppure dal fatto che la lattasi manca alla nascita.

Dopo la colazione, a metà mattina, è consigliabile fare uno spuntino, magari con un frutto, meglio se un agrume ricco di vitamina C. È molto importante rompere il digiuno, non arrivare all'ora di pranzo affamati. A pranzo se la persona ha un notevole dispendio di energie può mangiare un primo piatto asciutto, un secondo con proteine, contorno di verdure e frutta, oppure piatto unico, ad esempio pasta con ragù di carne. Al pomeriggio si può interrompere il digiuno con un vasetto di yogurt o un frutto intorno alle 17-17.30, una specie di merenda. Infine la cena intorno alle 20. È importante la regolarità degli orari per non creare disfunzioni metaboliche.

C'è qualche suggerimento particolare per la stagione calda?

Naturalmente bere tanta acqua: nell'arco della giornata ne va introdotta tanta quanto ne espelliamo. Va ricordato che l'acqua si può introdurre come bevanda, ma anche sotto forma di brodi, tè, caffè e infusi in genere. Molto raccomandate anche frutta e verdura dove tra l'altro un buon 85% è composto d'acqua. In Italia poi siamo favoriti dalla disponibilità di tantissima frutta di diversa varietà e ognuna ci porta una sostanza nutritiva validissima, protettiva per la salute. Le albicocche per esempio contengono il beta-carotene così come il melone e tutti i frutti gialli. Si può saltare il primo piatto asciutto oppure la sera preparare un piatto unico. Bene la macedonia e il gelato di frutta fresca che potrebbe fare da merenda anche per i bimbi: il gelato equivale a un pasto, ci sono vitamine, sali minerali, proteine del latte con l'aggiunta forse di un po' di panna e glucosio, fruttosio o saccarosio, oltre al lattosio del latte.

Valori indicativi del dispendio energetico complessivo per ogni minuto (Kcal/minuto).

Fonte: INRAN (Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione).

Dormire: 0,9

Star seduti: 1,0

Stare in piedi inattivo: 1,1

Scrivere al computer: 1,3

Lavare la biancheria a mano: 3,0-4,0

Pulire i pavimenti: 3,6

Stirare: 3,5-4,2

Pulire e battere i tappeti a mano: 7,8

Montare circuiti elettronici: 2,7

Intonacare una parete: 4,1-5,5

Fare lavori agricoli: 5,5-7,0

Spalare: 6,0

Camminare in piano (4 km/ora): 2,5-3,5

Correre in bicicletta (22 km/ora): 11,1

Correre a piedi (12 km/ora): 15,0

Kilocalorie apportate da alcuni elementi e tempo necessario per smaltirle svolgendo alcune attività

Fonte: INRAN (Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione).

Alimento	Quantità	Energia	Camminare (4 km/ora)	Bicicletta (22 km/ora)	Stare in piedi inattivo	Stirare
	g	kcal	minuti	minuti	minuti	minuti
Biscotti secchi (2-4 unità)	20	83	28	7	75	21
Cornetto semplice (1 unità)	40	164	55	15	149	42
Merendine con marmellata (1 unità)	35	125	42	11	114	32
Cioccolata al latte (4 unità)	16	87	29	8	79	22
Caramelle dure (2 unità)	5	17	6	2	15	4
Aranciata (1 lattina)	330	125	42	11	114	32
Panino imbottito con prosciutto cotto e formaggio	120	250	83	23	227	64
Pasta e fagioli (1 porzione)	350	300	100	27	273	77
Torta farcita con crema (1 porzione)	100	370	123	33	336	95
Gelato alla crema	150	330	110	30	300	85

Infine c'è il capitolo alcol...

L'alcol è una sostanza tossica per il fegato. Il fegato non ha bisogno di introdurre alcol e il consumo di questa sostanza dev'essere molto limitato, soprattutto in presenza di malattie epatiche. La cosa da sottolineare è che la capacità degli enzimi presenti nel fegato di trasformare l'etanolo e alcol è limitata: in condizioni normali il fegato è in grado di rimuovere fino a 0,5 unità alcoliche per ogni ora, nemmeno una unità

alcolica che sono 12 grammi di alcol (equivalenti a un bicchiere da 125 ml di vino di media gradazione o di 330 ml di birra o di 40 ml di superalcolico). L'alcol diventa tossico quando se ne assume una quantità che per l'uomo corrisponde a circa 300 ml, per la donna un po' meno. L'equivalente calorico di un grammo d'alcol è pari a 7 calorie. Nel fegato l'alcol viene elaborato attraverso gli enzimi e si trasforma in trigliceride, cioè in grasso.



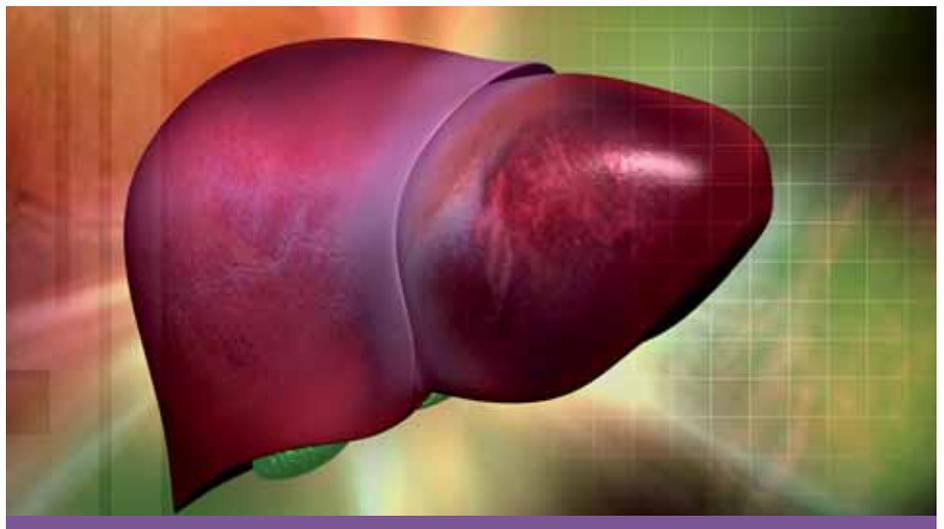
Così rinasce il fegato...

È il più grande laboratorio chimico del nostro corpo, ma a dispetto delle sue funzioni così complesse è l'unico organo capace di rigenerarsi quando viene parzialmente compromesso per ragioni chirurgiche, tossiche o infettive.

Un meccanismo ancora in gran parte misterioso che ruota intorno a una costante: il rapporto peso corporeo-peso del fegato

Prof. Antonio Francavilla
professore di gastroenterologia
dell'Università di Bari e direttore
della divisione di gastroenterologia
e della scuola di specializzazione
in malattie dell'apparato gastro-
digerente presso il Policlinico del
capoluogo pugliese.
a.francavilla@gastro.uniba.it

Che il fegato sia in grado di rigenerare è cosa nota fin dagli anni Trenta, quando gli esperimenti sul ratto misero in evidenza che, asportando all'animale i due terzi dell'organo epatico, questo ricresceva fino a tornare alle dimensioni iniziali. Ma l'idea era già nota nell'antichità, che ci ha tramandato il mito di Prometeo, condannato in eterno alla tortura di vedersi divorare il fegato da un'aquila e di assistere di notte alla sua rigenerazione. Dalla prima scoperta di questa capacità di rinascita, straordinaria per un organo così complesso che svolge quotidianamente oltre cento reazioni biochimiche (trasformando radicalmente le sostanze che gli giungono dall'intestino durante la digestione, altrimenti la maggior parte di esse reagirebbe come un potente veleno se fosse messa in circolo direttamente; oltre a trasformare i prodotti chimici interni, "smontando" ormoni, enzimi e proteine del sangue), di strada se ne è fatta parecchia: si è scoperto, ad esempio, che la porzione che si riforma è proporzionale a quella che è andata perduta. Non solo, è in gioco



una grande plasticità: il fegato di un cane di grossa taglia, ad esempio, se trapiantato in uno più piccolo, si "rimpicciolisce" fino ad adattarsi perfettamente al nuovo organismo. E questo accade anche in senso opposto: se si passa dal piccolo al grande, il fegato si allarga in modo proporzionale. Una capacità che si è rivelata assai utile per i trapianti. Ne parliamo con Antonio Francavilla, professore di gastroenterologia dell'Università di Bari e direttore della divisione di gastroenterologia e della scuola di specializzazione in malattie dell'apparato gastro-digerente presso il Policlinico del capoluogo pugliese. Francavilla è uno dei "padri" della rigenerazione del fegato, per anni collaboratore di Thomas Starzl, il pioniere dei trapianti di fegato, all'Università di Pittsburgh, negli Stati Uniti. "Insieme al dottor Lorenzo Polimeno, nelle esigue stanze dell'Istituto di gastroenterologia, abbiamo scoperto anche un fattore

di crescita epatico", racconta con una punta di orgoglio.

Ci può spiegare con parole semplici che cos'è la rigenerazione epatica?

Si tratta di uno dei fenomeni biologici più importanti in natura, ancora sconosciuto nelle sue dinamiche profonde nonostante una notevole mole di studi abbiano cercato di spiegarlo. Se una parte del fegato, nell'uomo fino ai due terzi, viene meno per un trauma, una malattia o una intossicazione, una volta superata la fase acuta, il fegato ricostituisce la sua massa che nell'arco di un mese torna a essere identica a quella di partenza. Ecco molto schematicamente qual è il meccanismo biologico.

Perché tutto questo avviene?

È poco noto che esiste un rapporto preciso tra il peso corporeo e il peso del fegato. Ad esempio una persona

di 70 chili deve avere un fegato del peso di circa 1400 grammi. Ebbene questo rapporto peso corporeo-peso del fegato è fondamentale per l'organismo e deve essere mantenuto. La rigenerazione serve proprio a ristabilire e mantenere questo equilibrio.

La rigenerazione del tessuto epatico si deve agli epatociti?

Chi la regola non ci è ancora noto. Quello che è noto è che sono le cellule epatiche a dividersi per riprodurre la massa che è andata perduta.

E le cellule staminali non hanno un ruolo nel processo?

Anche questo problema non è stato ancora risolto: nelle epatectomie che si eseguono in ambito sperimentale noi abbiamo la certezza che a rigenerarsi siano proprio gli epatociti. In 24 ore inizia un processo di rigenerazione che nell'uomo raggiunge la sua punta massima dopo 4-5 giorni, per poi continuare andando gradualmente a spegnersi nel giro di un mese, quando il fegato normale si è completamente ristabilito. Il problema è anche un altro: non solo noi non sappiamo che cosa induce questa rigenerazione,

ma non sappiamo neppure che cosa ad un certo momento la blocchi una volta che l'organo raggiunge il peso iniziale...

Qualcuno ha indicato anche un ruolo della bile nella rigenerazione.

Tutte le componenti del fegato proliferano ugualmente e non può essere che così se l'obiettivo è quello del ripristino dell'integrità del tessuto fino alla sua massa originaria. Non possono ricostituirsi soltanto gli epatociti, si ricostituiscono anche le cellule endoteliali, epiteliali biliari, le cellule stellate, linfociti e macrofagi, così come la matrice extracellulare che fornisce la loro impalcatura.

Il processo di rigenerazione avviene ogni volta che il fegato viene lesa per una qualsiasi causa esterna?

Ci deve essere comunque una causa acuta. Una persona sta bene e improvvisamente subisce un trauma che gli fa perdere un terzo, metà o anche due terzi del fegato, lasciando la parte restante in buone condizioni: questo è il caso tipico di rigenerazione. Pensiamo a un'epatite virale acuta, grave,

che in 20 giorni, durante il suo decorso, porti a una perdita della massa del fegato pari al 30-40% o addirittura al 50%, lasciando intatta la parte restante, fino alla guarigione del malato: ecco un altro caso in cui avviene una rigenerazione.

Oppure prendiamo il caso dell'alcol: se un individuo si ubriaca una sola volta può avere una epatite alcolica acuta che produce un danno dal quale il fegato poi si riprende. Ma se l'evento si ripete, se magari quell'individuo è un alcolista cronico, il suo fegato va incontro a una epatite cronica.

E in questo caso niente rigenerazione?

La rigenerazione si verifica ugualmente perché il fegato cerca di mantenere la sua funzione, ma avviene nel contesto di un tessuto infiammato, ad esempio nel caso delle epatiti croniche virali. E allora che cosa succede? In un tessuto infiammato dove c'è fibrosi avviene con una rigenerazione nodulare. Sono noduli proliferanti che non hanno più una direzione simmetrica regolare, gli stessi che ritroviamo nella cirrosi e che possono portare all'epatocarcinoma.

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.



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.



Cronache da una scienza imperfetta

È l'ultima fatica letteraria del professor Luigi Rainero Fassati, direttore scientifico della COPEV e scrittore di vaglia: "Gli incerti battiti del cuore" (Longanesi 2011). Ognuno dei suoi otto capitoli è intitolato con un nome proprio: Vivide, Bepi, Luca, Angelica, Ginevra, Giulio, Marilena, Emanuele. Sono i nomi dei malati che hanno incrociato la vita e l'attività professionale del dottor Gianni Landi, protagonista e alter ego dell'autore. Ed è proprio il rapporto medico-malato il fil rouge che lega le storie raccontate nel libro: storie di vita e di morte, di dolore e di gioia, uniche come il volto di chi le ha vissute e insieme simili alle tante con cui qualsiasi dottore s'imbatte nella sua esperienza quotidiana. Perché in un modo o nell'altro ogni medico vive alle frontiere dell'umano, là dove l'uomo è impaurito dalle sue malattie, pensoso sulla sua sorte futura, bisognoso di affidarsi a qualcuno che possa portargli una speranza. Colpisce in Fassati la capacità di portarci in modo semplice e leggero (ma attenzione che in letteratura semplicità e leggerezza sono l'opposto di facilità e superficialità) davanti ai temi cruciali delle deontologia medica: dall'accanimento terapeutico all'eutanasia, dai casi di malasanità alle cure alternative per i malati terminali.

CITAZIONE DAL LIBRO

"Cerco di restituire a ognuno la dignità di essere umano, di non farlo sentire un numero, di alleviare la sofferenza fisica, di infondere un po' di coraggio" (Giulio)

Tiziano Terzani in un bel libro dove racconta la malattia che lo condurrà alla morte (L'ultimo giro di giostra) si prende gioco di certi medici che lui chiama "aggiustatori", estremamente competenti sul loro particolare, ma portati a ridurre i pazienti al pezzettino d'organo interessato dalla malattia. Che cosa significa secondo lei "curare"?

Curare significa avere la capacità professionale per fare la diagnosi giusta e predisporre le cure più idonee. Però questa è soltanto una parte della faccenda, ciò che si dice: curare il corpo. Ognuno di noi è fatto di corpo, ma anche di una parte spirituale o perlomeno mentale, quindi la cura non può trascurare quest'altra componente dell'umano. Nel libro c'è l'esempio del dottor Mario Pecori, un medico che ricorda un po'

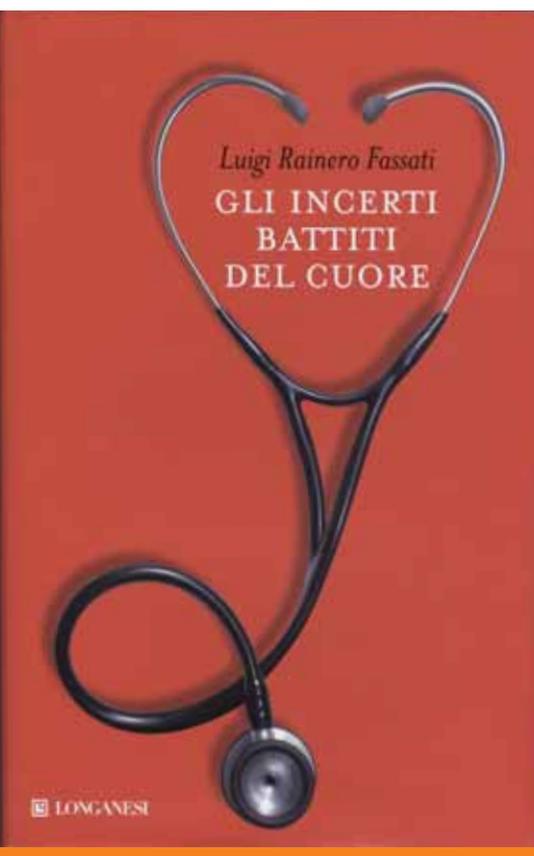
il caso Di Bella, un uomo che curava i tumori con terapie discutibili. Ebbene questo mio personaggio si trova davanti - proprio come Di Bella - a una massa di malati terminali, persone messe da parte dagli istituti più avanzati, che non possono fare più nulla per loro. In questo modo però viene tolto a questa gente qualcosa che per me è importantissimo: lei pensi all'importanza di ogni minuto che passa per uomini e donne che hanno ancora poco da vivere. Qui diventa davvero fondamentale curare lo spirito, esattamente quello che cerca di fare il dottor Pecori, considerato da tutti un cialtrone, mentre invece lui ha capito che deve dare ai suoi malati e ai loro parenti la carica per fargli vivere bene gli ultimi mesi di vita, magari le ultime settimane. Non basta essere tecnologicamente avanzati...

"Le tue mani sono entrate dentro il mio corpo, ne hanno tolta una parte, ne hanno ricucita un'altra e hanno lasciato la loro impronta. Un'impronta indelebile. Qualsiasi cosa mi possa succedere, qualunque sia il

mio destino futuro, io ti porterò dentro per sempre..." (Ginevra)

Nel libro il dottor Landi diventa l'amante di Ginevra, una giovane ragazza che ha salvato dalla morte grazie a un delicato intervento chirurgico, eseguito mentre lei era in coma. A un certo punto Ginevra decide di lasciarlo, ma più forte della passione amorosa e perfino dell'attrazione erotica resta per lei il legame con quel chirurgo che l'ha operata. È davvero così profondo il rapporto medico-paziente?

Più profondo di un rapporto carnale. È proprio una fusione tra due persone perché nel momento in cui s'incontrano uno sta lottando contro la morte e l'altro l'aiuta in questa battaglia drammatica. È una vera trasfusione quella tra medico e paziente, una trasfusione tra la vita del medico e il corpo del paziente. E io credo che questo lasci il segno. Ricordo l'esperienza di una mia nipote che rimase in coma per due mesi in seguito a un incidente stradale: aveva battuto la testa e si era rotta il femore. Ebbene,



ad onta che il suo encefalogramma fosse poco più che piatto, tanto che a un certo punto avevano pensato che potesse diventare una donatrice di organi, lei si risvegliò non ricordando nulla dell'incidente ma conservando netta la sensazione di alcune manovre di cui era stata oggetto e delle carezze ricevute mentre era intubata. Evidentemente una parte del nostro cervello o del nostro spirito possiede antenne speciali a noi sconosciute in grado di percepire anche quando apparentemente sembra che tutto sia finito.

"Escluderlo dalla lista dei trapianti dopo quasi un anno di attesa equivaleva a condannarlo a morte. E lui questa condanna non l'avrebbe mai accettata perché aveva moglie e figli piccoli, perché eravamo stati proprio noi a illuderlo con la speranza di una guarigione e di un futuro felice" (Emanuele)

Davanti a storie spesso estreme e drammatiche com'è possibile reggere allo stress e alla fatica? Beh, non a caso io ho sette stent nel-

le coronarie. Li hanno aggiunti uno dopo l'altro col passare degli anni e l'aumentare della mia pratica coi malati. La verità è che il chirurgo può passare sopra alle difficoltà in sala operatoria, a quelle ci si fa il callo. Molto più difficili sono certe situazioni psicologiche che coinvolgono in modo profondo il medico e il malato, spesso indifeso oppure furioso. Come il caso in cui devi dire: "no, tu sei escluso dalla lista" (e quindi condannato a morte) a un malato che è stato per mesi in attesa del trapianto. Poi succede che si faccia fatica a prender sonno oppure che di notte ci si svegli con gli incubi.

"Lo sai anche tu che sto morendo", sussurrò, "e sai che non è giusto farmi soffrire ancora. Aspetta che mi sia addormentato e poi fa' in modo che non mi svegli più" (Luca)

Lei affronta i temi oggi molto discussi del fine-vita. Secondo lei non sarebbe meglio affidare certe decisioni al personalissimo rapporto medico-paziente piuttosto che alla casistica di una legge o all'intervento dei giudici?

Personalmente ne sono convinto. E il caso di Luca che descrivo nel libro è in realtà la storia (opportunamente modificata) di un personaggio piuttosto famoso a Milano che ho seguito personalmente lungo tutto il decorso della sua drammatica malattia, la Sla. Eravamo sul finire degli anni '50 e quell'uomo già di fronte ai primi segni del male mi confidò di non avere nessuna intenzione di sopportare tutto il calvario che lo avrebbe atteso. Poi poco a poco cambiò, subì una trasformazione analoga a quella del mio personaggio: questo per dire come a volte uno può avere una certa idea, essere persuaso di una soluzione e poi, trovandosi nella situazione, cambiare radicalmente idea. Perciò come si fa ad affidare alle leggi certe decisioni? Devono essere basate sul rapporto continuo medico-paziente. O ancora: lei sa che cosa significa morire urlan-

do per i dolori tutto il giorno e tutta la notte? Quanti avrebbero la forza di andare avanti in quelle condizioni? Gente che magari si ritrova metastasi ovunque... Eppure in Italia si ha quasi paura di esagerare con morfina e antidolorifici, sopravvive una reticenza a non far soffrire il paziente perché si teme possa accelerare la fine. In questi casi io penso che il medico sia colpevole. C'è anche quella bella frase: *divinum est sedare dolorem*. Concludo dicendo che la volontà del malato va rispettata in modo assoluto. Assoluto. Assoluto.

"Che fare a quel punto? Dovevo lasciare che il coma si approfondisse fino alla morte cerebrale, oppure trasferire Bepi in rianimazione e cercare di salvarlo? Sapevo che il malato avrebbe optato per la prima scelta ma la mia coscienza di medico si rifiutava di accettare passivamente una fine che non era affatto scritta" (Bepi)

Il suo è un libro che non risolve i problemi, ma li rilancia. Un libro attraversato da molte domande aperte...

Sono contento che me lo dica perché questo era proprio il mio obiettivo. Raccontare episodi anche minuti della mia esperienza di medico - tenga conto che con ognuna delle situazioni che descrivo nel libro ci ho dovuto fare i conti decine e decine di volte - e attraverso questi esempi aprire delle domande che non hanno a che fare solo con il medico, ma appartengono a tutti: è giusto comportarsi così? È la scelta migliore? La più umana? E che cos'è l'umano?

"Pensai che la medicina non è una scienza esatta" conclude il dottor Landi. Condividi?

Vero, verissimo. La medicina non è una scienza esatta, la natura umana troppo spesso è misteriosa, impercettibile e imprevedibile. Basterebbe osservare che ognuno di noi di fronte a una operazione o a un farmaco reagisce in modo diverso. Al medico non resta che "corteggiare" la chance che ha a disposizione...

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

novita' 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