

Editoriale

Scusate il ritardo ed ecco le novità.

La nuova sede è in Milano, Via Pantano, 2 - 20122.

Abbiamo conservato i numeri di telefono: 02.653044 - 02.45474323 - 02.29003327
e le mail: copevcasaaccoglienza@virgilio.it - segreteria@copev.it - vitiello@copev.it - furiosi@copev.it
asscopev@legalmail.it . Rimane il nostro sito: www.copev.it .

Rimane la sede di Roma: il Responsabile Dott.ssa Pina Carbone: Tel. 06.5405312 - 3356871577
e-mail: giuseppinacarbon3@gmail.com
ed il medico Dott. Cerasari: Tel. 06.58704323 - 3473632486 - e-mail: gcerasari@hotmail.com

Continuiamo in via indiretta il servizio di accoglienza tramite convenzioni con il Vip's Residence e l'Hotel Ascot, vicini all'Ospedale Policlinico.

I membri del Consiglio di Amministrazione sono: Avv. Ernesto Vitiello, Dott.ssa Erminia Furiosi, Prof. Luigi Rainiero Fassati, Dott. Daniele Prati, Dott. Paolo Reggiani, Prof. Giorgio Rossi, Sig.ra Pina Carbone, Sig.ra Marina Guetta Gorini, Sig.ra Stefania Ricci, Sig.ra Iolanda Vandoni e Sig.ra Silvia Monti.

Il Comitato Scientifico è composto da: Prof. Luigi Rainiero Fassati, Dott. Daniele Prati, Dott. Paolo Reggiani, Prof. Giorgio Rossi, Prof. Pietro Lampertico, Dott. Lucio Caccamo, Dott. Giuseppe Cerasari, Prof. Mario Mondelli.

Diamo alcuni riferimenti per domande mediche e/o consulti:

- Chirurgia e trapianti: Padiglione Zonda del Policlinico, Via Lamarmora, 5 - 20122 Milano
Tel. 02.5503826 - Fax 02.50350554 - e-mail: paolo.reggiani@policlinico.mi.it
- Diagnostica e clinica: Centro Migliavacca dell'Ospedale Policlinico di Milano - Tel. 02.55035432
e-mail: giulia.tosetti@policlinico.mi.it - ale.loglio@gmail.com - pieter.lampertico@unimi.it
roberta.dambrosio@policlinico.mi.it.

Resta il Prof. Fassati, Presidente Onorario del Comitato Scientifico
e-mail luigi.rainiero.fassati@unimi.it - Tel. 3357071452.

Abbiamo sponsorizzato due ricerche scientifiche per € 30.000 per il 2019:

- 1) Revisione dei valori di riferimento per le transaminasi.
- 2) Borsa di studio per la ricerca di tecniche di miglioramento per il mantenimento dell'organo prelevato dal donatore.

Continua l'assistenza sociale e legale presso la nostra sede (ore 9,00 - 13,00).

Questo numero è prevalentemente dedicato all'alcol che rimane il problema più importante, dopo la terapia dell'Epatite "C", ed in parte all'Epatite B che, nonostante la vaccinazione obbligatoria ottenuta dalla COPEV nel 1991, presenta ancora notevoli problematiche.

Per la fine delle Onlus ci trasformeremo a breve in ETS (Ente Terzo Settore).

Stiamo organizzando in ambito Liver-Pool (la nostra Associazione di Categoria) un Convegno sulle donazioni di organi per il 24/25 Maggio 2019 a Milano.

Attendiamo Vostre proposte e osiamo appellarci alla Vostra generosità per continuare il nostro lavoro.

Il Presidente
Avv. Ernesto Vitiello

Anno 22 - Numero 1 - Febbraio 2019 - Euro 5,00

Periodico dell'Associazione Italiana per la Prevenzione e la Cura dell'Epatite Virale "Beatrice Vitiello"
Autorizzazione Tribunale Milano n. 138 del 15.03.1997 - Spedizione in abbonamento postale, D.L. 353/2003, art. 1, comma 2, Deb. Milano

Sede e Amministrazione: Via Pantano, 2 - 20122 Milano • Direttore responsabile: Francesco Esposito
Progetto grafico e stampa: Verga arti grafiche - Macherio (MB)

Dodici anni di incontri nelle scuole per parlare ai giovani di alcol

La lunga esperienza di trapianti epatici, iniziata nel 1982 a Pittsburgh (USA) e poi proseguita negli anni successivi all'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, mi ha fatto conoscere a fondo la gravità delle alterazioni patologiche che sfociano nella cirrosi epatica post alcolica dei bevitori cronici. Così come la necrosi totale del fegato nell'epatite alcolica acuta con paziente in coma epatico, mi ha dato la consapevolezza di come può ridursi un giovane quando beve grandi quantità di alcol in poco tempo.

Ed è per questo motivo che, dopo aver lasciato il Policlinico nel 2006 per raggiunti limiti di età, ed essere diventato direttore scientifico della Associazione Copev, ho pensato che il mio primo compito avrebbe dovuto essere quello di parlare ai giovani nelle scuole dei rischi che avrebbero corso se avessero esagerato con l'alcol sia in modo acuto che cronico. Purtroppo ne avevo visto troppi durante la mia lunga attività di chirurgo, alcuni avevo dovuto trapiantarli e qualcuno era addirittura morto perché non era stato possibile reperire per tempo un donatore.

Nel 2007 ho cominciato a girare per le scuole di Milano e provincia raccontando la vera storia di alcuni ragazzi curati da me e proiettando diapositive che illustravano le tragiche conseguenze toccate a quei giovani che avevano abusato dell'alcol.



Nella tabella è descritta la mia esperienza personale grazie alla quale ho potuto conoscere meglio quanto influissero il rapporto con i genitori, l'emarginazione sociale, il bisogno di vincere la timidezza, l'inibizione sessuale, il senso di inferiorità nella ricerca di uno sbalzo che potesse far dimenticare, almeno per qualche ora, la sofferenza che molti giovani si portano dentro.

In questi casi l'alcol appare come un vero toccasana soprattutto se preso in notevole quantità e poco tempo, cioè con la metodica del binge drinking.

Ma quello che quasi tutti i giovani non sanno è che fino all'età di circa venti anni, nel loro fegato non esiste ancora un enzima chiamato Alcoldeidrogenasi capace di scindere la molecola dell'alcol (etanolo) in acqua e CO₂ e dunque che il danno tossico per loro è molto più grave che nell'adulto.

Esperienza personale

- Dal 2007 vado, ogni anno, in 40 scuole medie superiori di Milano e Provincia, ad illustrare i danni di abuso di alcol nei giovani*
- Ad ogni lezione assistono circa 150 studenti tra gli 11 e i 18 anni e 6 professori*
- In questi 12 anni ho avuto contatti con 57.000 alunni e 2.250 insegnanti*

Mi preme infine fare un'ultima considerazione che mi sembra estremamente importante: sono scarsi i limiti per la vendita di alcol ed anche per la sua pubblicità.

Invece

**3000 ORE ALL'ANNO
DI
PUBBLICITÀ IN TV
SULL'ALCOL**

Questo non è che uno dei tanti manifesti pubblicitari che vediamo tutti i giorni sui quotidiani, sulle riviste, in TV e che invitano a bere vino,

birra, spumante e super alcolici per raggiungere la felicità buttandosi alle spalle le delusioni e l'insoddisfazione per quel poco che ricevono dai genitori, dal lavoro, dalla società.

Concludo affermando che non sarà mai l'alcol a portare una duratura felicità, ma che al contrario se si prende il vizio di bere troppo non ci si può aspettare altro che cirrosi epatica e danni al cervello, al cuore, al fegato, ai reni e al pancreas. Danni irreversibili il cui esito è la morte anche in età giovanile.

Il traguardo al quale miro con le mie lezioni è

di mettere al corrente i ragazzi e le ragazze dei rischi che corrono e di spingerli a trovare soluzioni alternative nello sport, nell'amore per la natura, nella compagnia di un partner con cui dividere gioie e dolori, e nella lettura che può portare in mondi lontani e sconosciuti.

Per lasciare un segno del mio incontro, regalo sempre alla biblioteca di ogni scuola dove vado il libro che ho scritto nella speranza che possa servire ad allontanare i giovani dalla voglia di rovinarsi la vita ricorrendo all'alcol.

Prof. Luigi Rainiero Fassati

FRANCO FURIOSI **Volontario della Casa di Accoglienza**

In una fredda mattina di gennaio, all'alba, nostro fratello Franco ci lasciava. Nello stesso giorno, un anno prima, chiudeva il "Centro di Accoglienza" per l'ingordigia dei proprietari. Ho lavorato con lui per 40 anni, prima nell'azienda di papà, poi, ormai in pensione, dopo la morte di Beatrice nella "Casa di Accoglienza" a lei dedicata per assistere i parenti degli ammalati del Policlinico di Milano.

Franco era un uomo buono, generoso, semplice e lavorare nella "Casa di Accoglienza" era diventata per lui una ragione di vita.

Come diceva il Santo di cui portava il nome, aveva "l'umiltà dell'intelligenza".

Tutti i giorni alle 7 del mattino apriva il Centro e donava una parola di conforto agli ospiti venuti da lontano nella speranza di salvare la vita ai loro congiunti portandoli al Policlinico di Milano. A tutti diceva che avevano fatto la scelta giusta perché "i Professori del Policlinico sono tra i migliori d'Italia".

Un anno triste, senza scopo, lo ha portato alla fine.

Addio Franco, ci mancherai tanto

Jolanda con le sorelle Maria e Fernanda



Momenti di relax nella "Sala da the" della Casa di Accoglienza



Dimostrazione di affetto da parte di un ospite

Sono la segretaria dell'Associazione Copev. Quando la mattina arrivavo in Casa di Accoglienza, la sensazione che avevo appena varcata la soglia era di "casa confortevole".

Per me non era solo un luogo di lavoro perché Franco era riuscito a creare un'unica grande famiglia ed in lui ho sempre visto un punto di riferimento: con la sua semplicità era capace di infondere nelle persone serenità.

Tutti lo stimavano. Per me era diventato un secondo padre in grado di donare sempre la parola giusta per affrontare con forza la vita.

Franco con la sua bontà e la sua costante presenza ha dato una speranza agli ammalati ed è riuscito ad entrare nel cuore di tutti, soprattutto nel mio. Con il suo ultimo respiro si è portato via anche un pezzo del mio cuore.

Eleonora Erika Pesci

La normativa in tema di alcol

Nel nostro ordinamento esiste una Legge quadro in materia che è la **Legge 125 del 30 marzo 2001**, e successive modifiche, che istituisce anche una Consulta Nazionale sull'alcol con compiti consultivi.

Sostanzialmente sono previsti limiti alla vendita e alla somministrazione, ed alla pubblicità.

La vendita e la somministrazione sono state **vietate ai minori di 18 anni** con il recente D.L. 20/02/2017 N. 14 convertito nella L.18 Aprile 2017 N. 48 (art. 14 ter della predetta L. 125/01), con una modesta sanzione amministrativa e la sospensione dell'attività da 15 giorni a 3 mesi, che di certo non spaventa nessuno.

Ricordiamo invece che **la somministrazione** (e non la vendita) **ai minori di 16 anni era già vietata** dall'art. 689 Codice Penale con l'arresto fino ad un anno.

Sulla linea di questo intervento legislativo si muove anche il decreto legge 3 agosto 2007, n. 117, convertito nella legge 2 ottobre 2007, n. 160, in Gazzetta Ufficiale del 3 ottobre 2007, che dispone che tutti i titolari e gestori di locali ove si svolgono in qualsiasi modalità e in qualsiasi orario spettacoli o altre forme di intrattenimento congiuntamente all'attività di vendita e di somministrazione di bevande alcoliche, devono interrompere la somministrazione dopo le 2 di notte e assicurarsi che all'uscita del locale sia possibile effettuare in maniera volontaria da parte dei clienti una rilevazione del tasso alcolemico.

È infine vietata la vendita al banco di bevande superalcoliche nelle aree di servizio situate lungo le autostrade in ore notturne (art. 14 L. 125/01), in aree pubbliche (art.14 bis) e nelle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni (art. 15).

• • •

L'art. 13 della legge 125/2001 vieta la pubblicità di bevande alcoliche e superalcoliche che:

- sia trasmessa all'interno di programmi rivolti ai minori e nei 15 minuti precedenti e successivi;
- che attribuisca efficacia o indicazioni terapeutiche che non siano espressamente riconosciute dal Ministero della Sanità;
- che rappresenti minori intenti al consumo di alcol;
- **che rappresenti in modo positivo l'assunzione di bevande alcoliche o superalcoliche.**

E' vietata la pubblicità diretta e indiretta delle bevande alcoliche e superalcoliche nei luoghi frequentati prevalentemente dai minori di 18 anni di età e, per le bevande superalcoliche, sulla stampa giornaliera e periodica destinata ai minori e nelle sale cinematografiche in occasione della proiezione di film destinati prevalentemente ai minori.

In particolare è vietata la pubblicità radiotelevisiva di bevande superalcoliche nella fascia oraria dalle 16 alle 19 (art. 13 L. 125/01).

La violazione di tali disposizioni è punita con una sanzione amministrativa di 20 milioni delle vecchie Lire.

La norma sopra riportata ha anche previsto l'obbligo per le emittenti radiotelevisive, le agenzie pubblicitarie e i rappresentanti della produzione di adottare **un codice di autoregolamentazione** sulle modalità e sui contenuti dei messaggi pubblicitari relativi alle bevande alcoliche e superalcoliche.

In relazione a tale prescrizione, i contenuti dell'**art. 22 del Codice di Autodisciplina Pubblicitaria** (CAP), che già disciplinava la pubblicità delle bevande alcoliche, sono stati integrati, in modo da farne la normativa autoregolamentare di riferimento.

L'art. 22 CAP esordisce precisando che la pubblicità dei prodotti alcolici non deve essere in contrasto con l' esigenza di favorire l' affermazione di modelli di consumo ispirati a misura, correttezza e responsabilità, a tutela soprattutto dei bambini e degli adolescenti, ma anche delle persone in generale, che hanno diritto ad una vita familiare, sociale e lavorativa protetta dalle conseguenze connesse all' abuso di bevande alcoliche.

Su tale premessa, il Codice di Autodisciplina precisa che la pubblicità deve astenersi dall'incoraggiare un uso eccessivo e incontrollato delle sostanze alcoliche, dal rappresentare situazioni di attaccamento morboso al prodotto e di dipendenza, dall'indurre a ritenere che il ricorso agli alcolici possa contribuire alla soluzione dei problemi personali. Inoltre, la pubblicità non deve rivolgersi, neppure indirettamente, ai minori o rappresentarli intenti al consumo di alcol, non deve associare la guida di autoveicoli con l'uso di bevande alcoliche, non deve indurre il pubblico a ritenere che il consumo di alcolici possa contribuire alla lucidità mentale e all'efficienza fisica e sessuale.

La sobrietà e l'astensione dal consumo di alcolici non devono essere rappresentati come valori negativi, mentre non si deve far ritenere che il mancato consumo comporti una condizione di inferiorità fisica, psicologica o sociale.

Il pubblico non deve essere indotto a trascurare le differenti modalità di consumo in relazione alle caratteristiche dei singoli prodotti e delle condizioni personali del consumatore.

Il tema principale dell'annuncio non deve vertere sull'elevato grado alcolico di una bevanda.

Nel Codice di autoregolamentazione TV e minori, per quanto concerne la pubblicità, si precisa che, in genere, non debbano essere rappresentati minori dediti al consumo di alcol, mentre nella fascia di programmazione specifica (dalle 16 alle 19) si deve evitare la pubblicità di bevande alcoliche e superalcoliche.

Il Giurì di autodisciplina in genere condanna le campagne nelle quali vengono contrapposte due categorie di soggetti: l'una, brillante, bella, attraente, giovane, che coincide con quella dei consumatori del prodotto; **l'altra pedante,** malinconica, triste, che corrisponde a quanti non bevono il prodotto (per tutti, si vedano la pronuncia n. 161/94, Comitato di Controllo/Davide Campari, o la pronuncia n. 251/02, Comitato di Controllo/Martini & Rossi, che ha condannato il messaggio nel quale una festa, dapprima spenta e poco vivace, si surriscalda quando arriva il rum pubblicizzato).

Naturalmente, anche la pubblicità dei prodotti

alcolici deve rispettare le previsioni del D.Lgs. 25 gennaio 1992, n. 74 sulla pubblicità ingannevole e comparativa.

• • •

Si deve concludere che, se da un lato il legislatore e il governo hanno preso in esame il problema, non v'è dubbio che questo sia trascurato e sottovalutato dagli Organi periferici, come risulta, ad esempio, dalla **scarsa applicazione della Legge 125 e successive modifiche.**

Occorrerebbe quindi un'applicazione più rigorosa della normativa già esistente e una sua maggiore estensione, **come previsto nel disegno di legge del 17 gennaio 2007 sulla etichettatura** e soprattutto un più esteso divieto di pubblicità, **essendo essenziale l'informazione sugli indubitabili danni per la salute e, in particolare per il fegato, derivanti dall'uso non corretto di bevande alcoliche, come già avviene negli altri Paesi Europei.**

Avv. Ernesto Vitiello



Scegli di dare
il 5 per mille
alla **COPEV**
cod. fisc. 97109890158



A te non costa niente
per noi è importante

Alcol e salute: non esiste una dose minima "sicura" che elimini il rischio di patologie alcol correlate

L'alcol è un fattore di rischio accertato per più di 60 malattie: da malattie cardiovascolari a numerosi tumori (fegato, mammella, tumori delle prime vie digestive e del sistema respiratorio), fino a disordini legati all'assunzione e all'abuso di questa sostanza.

Per capire l'entità del danno alla salute provocato dall'alcol basti pensare che nel mondo, nel 2016, i decessi alcol correlati sarebbero stati 2.8 milioni secondo i dati recentemente pubblicati sulla prestigiosa rivista scientifica *Lancet* e relativi ad un ampio studio condotto in 195 paesi.

Il danno alla salute arrecato dall'alcol colpisce in modo particolare i giovani e i giovani adulti; i risultati dello studio evidenziano infatti come, nella fascia d'età compresa tra i 15 e i 49 anni, l'alcol sia la prima causa di perdita di salute o decesso.

La realtà italiana non si discosta dal trend mondiale e l'impatto dell'alcol sulla salute è estremamente rilevante: secondo il recente report annuale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, infatti, nel 2016 in Italia oltre 7800 decessi per neoplasie e 5200 decessi per cirrosi sarebbero direttamente dovuti all'alcol.

In Italia, da alcuni decenni, si è assistito ad un mutamento nel consumo di bevande alcoliche, parallelamente ai cambiamenti delle abitudini alimentari e agli stili di vita.

Accanto ad una positiva riduzione globale dei consumatori "abituali" (attualmente circa il 64% della popolazione, rispetto al 69% del 2005) si è assistito ad un aumento dei consumatori "occasionalisti" e "fuori pasto": preoccupante ed in costante crescita è il fenomeno del **"binge drinking" con il quale si intende letteralmente "un'abbuffata alcolica" con l'assunzione di 5 o più drinks nell'arco di poche ore. I giovani tra i**

18-24 anni sono i soggetti più coinvolti da questo fenomeno che interessa circa il 22% dei maschi e il 10% delle femmine.

L'assunzione di alcolici, seppur non continua, e l'esposizione precoce all'alcol, analogamente all'assunzione cronica, sono comportamenti a rischio per lo sviluppo di malattie alcol correlate, in particolar modo le patologie epatiche come la cirrosi e lo scompenso epatico.

La relazione tra entità di alcol assunto e il rischio di patologia alcol correlata è nota e provata da tempo.

Si è invece molto dibattuto circa quale possa essere **la dose minima "di sicurezza" nell'assunzione di bevande alcoliche.**

Per anni le associazioni scientifiche hanno indicato in 1 unità alcolica al giorno per le donne (pari a 12 g di alcol corrispondente ad 1 bicchiere di vino o ad una birra piccola) e in 2 unità alcoliche al giorno per gli uomini la dose di alcol non nociva alla salute, bensì con possibili effetti positivi sul sistema cardiovascolare.

Due articoli scientifici recenti, entrambi pubblicati sulla rivista *Lancet*, sembrano invece confutare questa convinzione mutando l'idea radicata dell'assenza di danno alla salute per minime quantità di alcol.

In modo particolare **l'ampio studio condotto per il GBD (Global Burden Disease) ha reso evidente come non vi sia una dose minima "di sicurezza" nell'assunzione di alcol** e che anche la quantità di alcol in passato ritenuta non nociva per la salute possa in realtà associarsi ad un aumentato rischio di patologie alcol correlate.

*Dr.ssa Giulia Tosetti
CRC "A. M. e A. Migliavacca" per lo Studio
e la Cura delle Malattie del Fegato
UOC di Gastroenterologia ed Epatologia
Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale
Maggiore Policlinico
Università degli Studi di Milano
giulia.tosetti@policlinico.mi.it*

Dieci domande al prof. Pietro Lampertico sulla vaccinazione per l'Epatite da virus B.

Il Prof Pietro Lampertico, Direttore Unità Operativa Complessa di Gastroenterologia ed Epatologia dell'Ospedale Policlinico di Milano e Professore di Gastroenterologia dell'Università degli Studi di Milano è oggi uno dei maggiori esperti internazionali nel campo delle epatiti virali e in particolare di quella da virus B.

A lui abbiamo sottoposto le seguenti dieci domande sull'importanza della vaccinazione contro l'epatite B

1) L'epatite B è davvero una malattia che può avere gravi conseguenze per coloro che ne sono affetti?

L'infezione cronica con HBV riconosce diverse fasi, a seconda del rapporto che si instaura tra il virus e il sistema immunitario. In una percentuale significativa di pazienti, l'infezione cronica da HBV causa una malattia progressiva del fegato che determina la deposizione di fibrosi e, di conseguenza, la comparsa di cirrosi.

E, come sapete bene, la cirrosi rappresenta la principale causa di tumore del fegato ed insufficienza epatica. Tra l'altro il virus B è responsabile della maggior parte dei tumori primitivi del fegato in tutto il mondo.

Proprio per questo è necessario che i tutti Pazienti con infezione HBV, definita semplicemente dalla presenza di HBsAg, vengano riferiti allo Specialista, che è in grado di valutare se la malattia è potenzialmente progressiva e se è necessaria una terapia.

2) E' una malattia molto o poco diffusa in Italia? L'Italia rientra ora tra i Paesi considerato a bassa prevalenza di infezione (<1%), grazie alla vaccinazione obbligatoria introdotta nel 1991, ottenuta dalla COPEV.

La maggior parte dei Pazienti appartengono alle fasce di età più avanzate, e hanno acquisito l'infezione per trasmissione parenterale,

prima che il virus HBV venisse scoperto e che il vaccino si rendesse disponibile. Accanto a questi, ci sono i Pazienti più giovani, che non hanno voluto vaccinarsi e che hanno acquisito l'infezione più recentemente mediante comportamenti a rischio (es. tossicodipendenza, rapporti sessuali a rischio, etc). Tuttavia, più recentemente stiamo osservando nei nostri Centri un aumento del numero dei Pazienti con infezione da HBV.

Si tratta di soggetti giovani, stranieri, provenienti da aree come l'Africa e il Medio Oriente in cui HBV circola più facilmente per motivi sociali e di politica sanitaria. La prevalenza di infezione da HBV in questi soggetti raggiunge l'8%.

3) La terapia medica può portare a una guarigione completa della malattia?

A differenza di quanto si verifica nel caso del virus dell'epatite C, nessuna terapia per HBV fino ad ora disponibile è in grado di eradicare completamente il virus B dall'organismo.

Tuttavia, la terapia attuale, principalmente basata sulla somministrazione a lungo termine per via orale di analoghi nucleosidici o nucleotidici, è in grado di "bloccare" il virus B molto efficacemente e per lungo tempo, pur senza eliminarlo completamente.

Questo è sufficiente per migliorare moltissimo la situazione del fegato e per prevenire la maggior parte delle complicanze della malattia epatica e ridurre il rischio di circa il 50%.

Tuttavia questi antivirali devono essere continuati per molti anni, rendendo necessario il periodico controllo dagli epatologi. Sono però in corso di sperimentazione molti nuovi farmaci anti-HBV che potrebbero rendere non necessario in un prossimo futuro una terapia di lunga durata.

4) Perché è importante la vaccinazione? La vaccinazione è l'unico vero strumento in grado di limitare ed arrestare la circolazione del virus HBV.

In Italia, è obbligatoria dalla nascita a partire dai primi anni '90, e rappresenta uno strumento fondamentale per prevenire il contagio in categorie a rischio. Basti pensare ai contatti

di soggetti con infezione da HBV (es. mogli, mariti, figli...), al personale sanitario, che spesso e inconsapevolmente viene a contatto con Pazienti portatori di infezione, o anche solo ai soggetti con comportamenti a rischio.

Bene, purtroppo la vaccinazione non è ancora obbligatoria in tutte queste categorie, ma certamente rappresenta uno strumento di prevenzione eccezionale. Il successo del programma di vaccinazione HBV in Italia è, ed è stato, un modello da seguire per molti altri paesi al mondo che, dopo aver constatato l'inefficacia di un programma di vaccinazione anti-HBV dedicato solo in gruppi a rischio, si sono convertiti ad un programma vaccinale obbligatorio alla nascita.

5) Come agisce il vaccino?

Il vaccino anti-HBV è prodotto in laboratorio mediante tecniche di ingegneria genetica e contiene solo una piccola porzione del virus B, l'antigene di superficie.

Questo prodotto non è assolutamente in grado di produrre la malattia, ma è sufficiente a stimolare le difese dell'organismo. In questo modo, se il soggetto vaccinato dovesse venire in contatto con il virus, troverebbe già degli anticorpi pronti a eliminarlo, e un sistema in grado di produrne velocemente molti altri. E questo significa evitare che il virus HBV possa infettare fegato, sangue e altri fluidi corporei.

6) E' giusto che la vaccinazione sia obbligatoria?

Certo. I dati epidemiologici lo hanno dimostrato in modo molto chiaro. Dopo l'introduzione della vaccinazione abbiamo assistito a una riduzione significativa non solo dei casi di infezione, ma anche della mortalità legata all'infezione stessa.

La vaccinazione obbligatoria alla nascita non solo ha permesso di ridurre al minimo la trasmissione del virus da madre a figlio ma ha ridotto in maniera significativa il rischio di sviluppare tumore primitivo del fegato.

7) Il vaccino è davvero in grado di proteggere dalla possibile infezione virale?

Assolutamente sì.

Anche se esiste una piccolissima quota di soggetti che, nonostante la vaccinazione, non è in grado di sviluppare gli anticorpi.

8) Come si fa a sapere se dopo un certo numero di anni la protezione è ancora efficace?

E' sufficiente un esame del sangue per la valutazione del titolo anticorpale. Semplicemente viene contato il numero di anticorpi anti-HBV (anti-HBs) circolanti.

9) Se gli anticorpi specifici risultano bassi cosa si deve fare?

La quantità di anticorpi circolanti può diminuire con il passare degli anni. **Una ulteriore somministrazione di vaccino, cosiddetta dose "booster", è in grado di stimolare nuovamente la produzione di anticorpi.** Tuttavia, studi recenti suggeriscono che questo non sia sempre necessario.

Un Paziente vaccinato, infatti, è in grado di produrre velocemente anticorpi al momento del contatto con il virus, anche se quelli circolanti sono molto pochi. Tuttavia, in alcune categorie particolari, come ad esempio gli Operatori Sanitari o i contatti di soggetti portatori di infezione da HBV, si tende comunque a utilizzare la strategia del richiamo.

10) Quali sono le possibili complicazioni dovute alla vaccinazione anti epatite B? Nessuna.

È una vaccinazione diffusa in oltre cento paesi in tutto il mondo. Come per tutti i vaccini, esiste un rischio estremamente basso di reazioni allergiche, addirittura meno di 1 caso su 1.000.000 per quanto riguarda le reazioni allergiche severe.

Può causare febbre e arrossamento in sede di iniezione. Ma direi che è tutto qui. Non c'è motivo di averne timore.

Grazie, professore, per le sue chiare e esaustive risposte che mi auguro siano seguite da tutti i lettori della nostra rivista Copev News

Prof Luigi Rainiero Fassati

Epatite B: prevenzione e cura

Secondo stime recenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, più di 250 milioni di persone nel mondo sono portatrici di infezione da HBV, con percentuali variabili nelle diverse aree geografiche. Nel mondo, i Paesi del Sud-Est asiatico e dell'Africa Sub-Sahariana sono quelli caratterizzati dalla prevalenza più alta, mentre in Europa le aree maggiormente a rischio sono quelle dell'Est europeo. L'Italia rappresenterebbe la terza nazione europea, per prevalenza di infezione da HBV.

Ancora oggi, l'epatite B, ossia la cronica infiammazione del fegato dovuta alla presenza di HBV, rappresenta un problema sanitario di rilevanza globale. Infatti, essa rappresenta la quindicesima causa di morte nel mondo, soprattutto a causa della comparsa di complicanze cliniche quali la cirrosi e il tumore del fegato (HCC).

Poiché l'infezione si trasmette mediante sangue e fluidi corporei, le modalità di trasmissione sono molteplici, anche se differenziate nelle diverse regioni del mondo. Infatti nei Paesi a bassa (<1%) prevalenza (es. Europa Occidentale e USA) o a prevalenza intermedia (2-7%; es. Europa dell'est e Asia Centrale), la trasmissione sessuale e quella percutanea (es. puntura accidentale con ago da soggetto infetto) rappresentano le principali cause di diffusione di HBV nella popolazione. In questi contesti, a essere maggiormente coinvolte sono le persone adulte. Al contrario, nei Paesi a elevata prevalenza (>7%) di infezione, come ad esempio la Cina e l'Africa Sub-Sahariana, la trasmissione dell'infezione avviene per lo più per via materno-fetale, in epoca perinatale e nella prima infanzia, o per via percutanea.

In Europa assistiamo a circa 7000-8000 nuove diagnosi per anno, e la fascia di età maggiormente a rischio di nuove infezioni è quella rappresentata dai giovani adulti (25-45 anni), come atteso dai dati epidemiologici sopra riportati. I soggetti che si infettano con HBV in questa fascia di età spesso appartengono a quelle che vengono definite le "popolazioni cluster", ossia dei gruppi di persone all'interno dei quali il virus può diffondersi più facilmente.

Si tratta, ad esempio, dei tossicodipendenti, dei carcerati, dei lavoratori del sesso, degli omosessuali maschi e, certamente, dei soggetti immigrati da Paesi a elevata endemia.

Sappiamo poi che esiste una fascia di popolazione portatrice di infezione HBV molto diversa da questa appena descritta: si tratta dei pazienti più anziani, infettatisi in tempi meno recenti e spesso per via

parenterale. Molti di questi pazienti ad oggi sono in trattamento antivirale, e sono portatori di una malattia inattiva seppur spesso evoluta.

In questo contesto è fondamentale il ruolo dello screening, che ha due obiettivi fondamentali. Il primo è l'identificazione dei soggetti portatori di infezione HBV, che in questo modo possono essere avviati alla sorveglianza clinica e al trattamento, con lo scopo della soppressione della replicazione virale e la riduzione del rischio di complicanze cliniche. Il secondo è l'identificazione dei soggetti non infetti ma a rischio di acquisire l'infezione, per poter provvedere alla loro vaccinazione. Lo screening, pertanto, rappresenta il primo, eccellente strumento per poter arrivare alla riduzione ed eventualmente all'abolizione della diffusione del virus HBV nella popolazione.

La vaccinazione, disponibile dal 1981 solo per le categorie a rischio, riveste un ruolo predominante, in quanto in grado di prevenire la trasmissione di HBV. In Italia il programma di vaccinazione universale è partito nel 1991 grazie alla COPEV e ha interessato dapprima anche gli adolescenti fino ai 12 anni di età. Attualmente la vaccinazione anti-HBV è obbligatoria e gratuita per tutti i neonati. Inoltre, tutte le donne al terzo trimestre di gravidanza vengono sottoposte a screening, al fine di attuare le misure necessarie per evitare la trasmissione materno-fetale da madri HBV positive. Con queste premesse, è facile pensare a come sia nato il programma di eliminazione di HBV su scala globale recentemente presentato. L'OMS ha tra gli obiettivi principali a breve-medio termine (entro il 2030) quello della riduzione del 90% delle nuove infezioni e della riduzione del 65% della mortalità da HBV.

Tuttavia, l'eliminazione su scala globale non può certo prescindere dal concetto di eliminazione su scala locale. In ciascuna singola realtà, pertanto, rimane fondamentale il rispetto delle regole di salute pubblica volte a limitare i comportamenti a rischio potenzialmente responsabili della persistente circolazione del virus HBV, così come la necessità di riferimento a Centri Epatologici specializzati nella gestione, e non solo nel trattamento, delle epatopatie virali in caso di certa o sospetta infezione da HBV.

Dr.ssa Roberta D'Ambrosio

CRC "A. M. e A. Migliavacca" per lo Studio e la Cura delle Malattie del Fegato

UOC di Gastroenterologia ed Epatologia

Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico

Università degli Studi di Milano

roberta.dambrosio@policlinico.mi.it

Epatite Delta: nuove terapie

Il virus dell'Epatite Delta (HDV) è stato scoperto da uno scienziato italiano, il Prof. Mario Rizzetto, nel 1977. Meno noto dei più famosi virus dell'epatite B e C, colpisce circa 20 milioni di persone nel mondo e causa un'epatite molto aggressiva, che accelera l'evoluzione della malattia cronica di fegato verso le sue principali complicanze, ovvero la cirrosi scompensata ed il tumore del fegato. Si tratta di un virus molto particolare perché, anche se si trasmette con il sangue ed i liquidi biologici come i suoi "fratelli" più famosi, da solo è innocuo: per poter infettare le cellule del fegato e moltiplicarsi, infatti, necessita della presenza del virus dell'epatite B (HBV). La vaccinazione anti-HBV, pertanto, protegge efficacemente anche da questa severa ed aggressiva forma di epatite, per la quale non esiste ad oggi una terapia efficace. Dagli anni '80 fino ad oggi, infatti, l'unica terapia per l'epatite Delta era basata sull'Interferone, che prevedeva iniezioni sottocutanee settimanali per almeno 48 settimane, ed otteneva un tasso di risposta del 20-30% ma con scarsa tollerabilità ed elevate percentuali di recidiva. Inoltre, a causa dello stadio di malattia epatica e delle controindicazioni all'uso dell'Interferone, non tutti i pazienti potevano essere trattati con questo farmaco. Infine, gli antivirali assunti per via orale per l'epatite B non si sono dimostrati efficaci contro la replicazione del virus Delta. Il trapianto di fegato rimane l'unica opzione di trattamento per i pazienti con malattia epatica allo stadio terminale dovuta a co-infezione con HBV e HDV, nei quali la reinfezione dell'organo è ridotta dalla somministrazione a lungo termine di immunoglobuline contro il virus dell'epatite B. Grazie alla ricerca, negli ultimi anni sono stati individuati nuovi bersagli virali e due nuove promettenti terapie anti-HDV sono in corso di sperimentazione clinica. Essendo i pazienti coinfezti, entrambe queste terapie richiedono l'utilizzo combinato di farmaci orali anti-HBV.

LONAFARNIB. La prima importante scoperta riguarda il fatto che, per poter essere assemblato ed essere secreto, il virus Delta richiede la modifica di una sua proteina da parte di un enzima cellulare chiamato farnesil-transferasi. Il Lonafarnib, in formulazione orale, è un inibitore di questo enzima: bloccando l'assemblaggio del virione, sembra ridurre in modo dose-dipendente i livelli del virus HDV nel sangue.

Negli studi clinici, Lonafarnib è stato testato a dosi differenti come monoterapia o in combinazione con altri farmaci, per una durata di 3-6 mesi: come previsto, dosi più elevate di Lonafarnib hanno portato ad una soppressione virale più profonda, ma al costo di effetti collaterali gastrointestinali più elevati (principalmente, la comparsa di diarrea). Sono state quindi esplorate due diverse strategie per mantenere l'effetto benefico del farmaco migliorando la sua tollerabilità: la prima è stata l'aggiunta di Ritonavir, un altro farmaco che, diminuendo l'esposizione di Lonafarnib al tratto gastrointestinale, ha permesso di raggiungere livelli più elevati di esposizione sistemica ed una migliore efficacia clinica.

Il secondo approccio è stato quello di combinare una dose inferiore di Lonafarnib con un immunomodulatore come l'Interferone, strategia che ha prodotto un effetto antivirale paragonabile alla monoterapia ad alte dosi, ma con un minor numero di effetti collaterali. In generale, i livelli delle transaminasi si sono normalizzati nel 53% dei pazienti durante la terapia, ma la diminuzione della carica virale e l'effetto sulle transaminasi sono cessati alla sospensione del trattamento. Il nuovo farmaco, quindi, diminuisce l'assemblaggio del virus Delta nel fegato, ma gli effetti dell'accumulo intracellulare di particelle virali non sono ancora del tutto noti: rimane da stabilire se l'accumulo di intermedi HDV nelle cellule epatiche possa indurre un effetto citotossico oppure migliorare l'uccisione immuno-mediata della cellula, soprattutto nel trattamento di lunga durata.

MYRCLUDEX B. È stato da poco scoperto che, per entrare nelle cellule del fegato, i virus dell'epatite B e Delta si devono legare ad uno specifico recettore che si trova a livello di un trasportatore di sali biliari espresso esclusivamente sulla membrana di tali cellule. Il nuovo approccio terapeutico si basa sul blocco di tale recettore, ed il nuovo farmaco Myrcludex B viene pertanto chiamato *entry-inhibitor*, inibitore dell'entrata del virus: è un lipopeptide sintetico che, imitando il sito di legame del recettore, impedisce l'ingresso di HBV e HDV con un meccanismo di tipo competitivo. Inoltre, la concentrazione di Myrcludex B richiesta per bloccare il virus è circa 100 volte inferiore alla dose che inibisce il trasporto di acidi biliari da parte del medesimo recettore. Questo effetto "barriera" è dose-dipendente e, durante gli studi clinici, si è osservato un leggero aumento dei livelli degli acidi biliari nel sangue, peraltro del tutto

asintomatico. Myrcludex B, somministrato mediante iniezione sottocutanea una volta al giorno, è stato ben tollerato durante i 6 mesi di trattamento degli studi clinici, assistendo alla progressiva riduzione delle transaminasi e della carica virale HDV. Alla sospensione di tale terapia, tuttavia, si è osservata la recidiva dell'infezione. Gli effetti della somministrazione di Myrcludex B per una maggiore durata o della sua associazione con Interferone sono in corso di studio. Questi dati preliminari su Lonafarnib e Myrcludex B mostrano la loro eccellente efficacia antivirale contro il virus Delta, a livelli mai riscontrati in precedenza durante la terapia basata sull'Interferone. Tuttavia, il loro effetto transitorio suggerisce come possa essere necessaria una durata più lunga del trattamento per ottenere la guarigione definitiva.

Nell'Unità Operativa di Gastroenterologia ed Epatologia della Fondazione Policlinico sono seguiti circa 100 pazienti affetti da questa epatite. In

due casi molto gravi, è stato chiesto ed ottenuto di poter utilizzare ad uso compassionevole uno di questi farmaci ancora sperimentali, il Myrcludex B. La prima paziente trattata in Italia con questo farmaco ha ormai superato i 10 mesi di terapia, mostrando una negativizzazione completa della carica virale ed una normalizzazione delle transaminasi, oltre all'assenza di effetti collaterali. Presso la nostra Unità, dalla primavera del 2019 saranno attivati gli studi registrativi per entrambi questi farmaci, per quelle persone che non possono essere trattate mediante Interferone o che hanno avuto una recidiva dell'infezione Delta.

Dr Alessandro Loglio

CRC "A. M. e A. Migliavacca" per lo Studio e la Cura delle Malattie del Fegato

UOC di Gastroenterologia ed Epatologia

Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico

Università degli Studi di Milano

ale.loglio@gmail.com

EVENTI 2018 - 2019

SEDE DI MILANO

Il 6 Giugno 2018 si è svolto nella casa della Sig.ra Iolanda Vandoni a Correzzana l'ultimo incontro e la premiazione finale dei **tornei di Bridge 2017-2018**.

I vincitori sono stati:

1° Carlo Brambilla

2° Tina Romano

3° Gianni Ricolfi

4° Donatella Tessi

5° Anna Maria Bonfatti

I partecipanti dei tornei sono stati 102 in 15 incontri.



L'Avvocato Ernesto Vitiello premia il Dott. Carlo Brambilla, vincitore del Torneo di Bridge 2017-2018

Il 5 Ottobre 2018 ha ripreso il **"torneo COPEV 2018-2019"** con l'apertura al Monticello Club con grande successo dei partecipanti. L'evento è stato sponsorizzato da alcuni soci del Club che ringraziamo. I successivi incontri, come sempre, si sono svolti al Circolo Volta di Milano.

Grande successo ha avuto anche il **"Torneo di Burraco"** al Circolo Volta organizzato dalle Signore Tina Torti, Camilla Torno e Silvia Monti che ringraziamo sentitamente per il loro impegno.

La COPEV ringrazia inoltre tutti i partecipanti a questi eventi che, con la loro quota, incrementano le borse di studio donate dalla COPEV al Policlinico di Milano per la ricerca e lo studio delle malattie epatiche.

SEDE DI ROMA

La Dott.ssa Pina Carbone, responsabile della sede, ha organizzato varie gare di golf **"Coppa Beatrice Vitiello"**, tornei di bridge e burraco e conferenze mediche.

In particolare ha avuto grande successo l'evento COPEV **"Sfilata della stilista D'Antone"** il 27 Luglio scorso, ripresa dai giornali ed altri media.



Da "La Notizia" del 27.07.2018



Il Prof. Cerasari e la Dott.ssa Carbone durante l'evento

Ringraziamo il Prof. Cerasari e la Dott.ssa Carbone per la loro preziosa collaborazione.

XII CONVEGNO LIVER-POOL

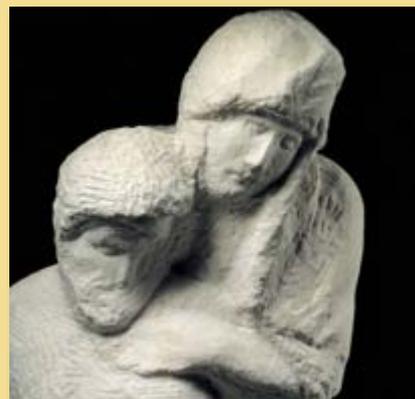
Dedicato ai Donatori e alle loro famiglie

La COPEV sta organizzando in ambito Liver Pool (la nostra Associazione di categoria) il Convegno

Donare per Vivere

che si terrà presso

**l'Aula Magna Mangiagalli del Policlinico di Milano
il 25 Maggio 2019**



Si tratta del primo congresso dedicato ai donatori per ringraziarli e gratificarli dei loro sacrifici.

Sul podio non ci saranno solo i chirurghi, ma anche i donatori viventi, i parenti dei donatori defunti e i trapiantati di fegato cuore e rene.

Interverranno l'Aido, il Nord Italian Transplant (NIT) e l'Associazione Bambino Nefropatico (tre associazioni volontarie pioniere dei trapianti).

Hanno già dato la loro adesione e saranno presenti Associazioni di tutta Italia.

Sponsor del Convegno sono la COPEV e l'Associazione del Bambino Nefropatico.

Ringraziamo il Prof. Fassati che sta organizzando il Convegno.

Associazione Italiana COPEV

Sede legale e operativa: Via Pantano, 2 - 20122 Milano - Tel. 02.653044 - 02.45474323 - 02.29003327
segreteria@copev.it

Centro per il trapianto di fegato "Beatrice Vitiello": Ambulatorio presso Padiglione Zonda, Ospedale Maggiore Policlinico - 3° piano, Via Lamarmora, 5 - 20122 Milano - Tel. 02.5503826 - Fax 02.50320554
paolo.reggiani@policlinico.mi.it

Sezione di Pavia: Responsabile: Prof. Mario Mondelli - Fondazione I.R.C.C.S. Policlinico San Matteo
Viale Golgi, 19 - Pavia - Tel. 03825011

COPEV Roma

Coordinatrice: Dr.ssa Giuseppina Carbone - Tel. e Fax 065405312 - Cell. 3356871577

Responsabile: Dott. Giuseppe Cerasari

Ambulatori: immunoepatologico, infettivologico, trapianto di fegato, intolleranza alimentare presso Azienda Ospedaliera San Camillo - Forlanini - Unità Operativa Ematologia clinica, Circonvallazione Gianicolense, 87 - 00152 Roma - Tel. 0658704323 - Cell. 3473632486

Modalità di iscrizione

L'Associazione Italiana COPEV ha circa 10.000 soci distribuiti in tutta Italia, con prevalenza in Lombardia e 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 euro 30,00 - Quota annuale sostenitori euro 50,00 - Quota annuale società euro 250,00 - Quota annuale amico in base a scelta personale.**

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

Ci si può iscrivere alla COPEV presso le sedi dell'Associazione, effettuando un versamento sul **conto corrente postale n. 24442204** intestato ad *Associazione Italiana COPEV* oppure con **bonifico bancario presso Banca Popolare di Sondrio, agenzia 13, Milano: IBAN: IT51 D056 9601 6120 0000 3200 X56** intestato ad *Associazione Italiana COPEV*.

www.copev.it