



POLITICA E SANITÀ

Hiv, le infezioni non si fermano. Carosi: non si fanno più screening

«L'epidemia Hiv continua, con quattromila nuove infezioni all'anno solo in Italia»: è questo il primo dato emerso al Congresso nazionale Icar (La conferenza italiana su Aids e retrovirus) in corso a Roma dal 25 al 27 Maggio e sottolineato da **Giampiero Carosi**, professore ordinario di clinica delle malattie infettive e tropicali dell'Università degli Studi di Brescia. Insieme con Mauro Moroni e Stefano Vella, Carosi ha fondato l'Icar nel 2009, per avere in Italia un equivalente dell'americano Croi (Conference on retroviruses and opportunistic infections). Siamo ora al sesto convegno e ancora una volta si evidenzia come il pericolo Hiv sia tutt'altro che scongiurato, anche se se ne parla molto meno che in passato.

«L'epidemia – riferisce Carosi – torna a diffondersi in alcuni gruppi, in particolare tra i giovani omosessuali». Il generale calo di attenzione favorisce la trasmissione del virus e il ritardo con cui si arriva alla diagnosi, fenomeno particolarmente evidente nel nostro Paese, dove l'infezione viene scoperta a un'età media di 38 anni per i maschi e di 36 per le femmine, quando spesso ha già determinato gravi danni.

«Gli screening si fanno poco e male – dice il professore –, basti dire che nei Sert, i Servizi per le tossicodipendenze, si è ormai scesi intorno al 20%, perché erroneamente si pensa che essendo diminuita l'eroina in vena sia scomparso anche il rischio della trasmissione dell'Hiv, mentre invece anche la dipendenza da cocaina, oggi molto diffusa, si associa a un maggior rischio di trasmissione attraverso una sessualità promiscua». La gravità del ritardo nella diagnosi è dovuta principalmente al fatto, sempre più evidente, dell'importanza di iniziare precocemente il trattamento antiretrovirale. Nel frattempo, la ricerca di un vaccino continua a segnare il passo. I risultati della fase due della sperimentazione del nuovo vaccino terapeutico italiano sono incoraggianti, ma Barbara Ensoli, che lo ha messo a punto, afferma: «non possiamo illudere i malati; ci vogliono ancora alcuni anni prima di avere il vaccino disponibile per le persone».

Chmp limita uso combinato di farmaci che agiscono sul sistema Ras

Il Comitato dell'agenzia europea per i medicinali per uso umano (Chmp) ha approvato delle restrizioni alla combinazione dei farmaci che agiscono sul sistema renina-angiotensina (Ras), un sistema ormonale che controlla la pressione del sangue e il volume dei fluidi nel corpo. I medicinali coinvolti appartengono a tre classi principali: bloccanti del recettore dell'angiotensina (Arb, noti anche come sartani), inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina (Ace-inibitori) ed inibitori diretti della renina come aliskiren. La combinazione di due medicinali appartenenti a una qualsiasi di queste classi non è raccomandata e, in particolare, a pazienti con problemi renali dovuti al diabete (nefropatia diabetica) non devono essere somministrati un sartano con un Ace-inibitore. Il parere del Chmp conferma le raccomandazioni formulate dal Comitato di valutazione dei rischi per la farmacovigilanza dell'agenzia (Prac) emerse dalla rivalutazione di alcuni ampi studi in pazienti con disturbi cardiaci e circolatori preesistenti, o con diabete di tipo 2, dai quali è emerso che la combinazione di un sartano con un Ace-inibitore è associata a un aumentato rischio di iperkaliemia, danni renali o bassa pressione sanguigna rispetto all'utilizzo del medicinale in monoterapia. In un piccolo numero di pazienti (per lo più con insufficienza cardiaca) può ancora presentarsi la necessità di combinare due classi di questi medicinali. Quando ciò è considerato assolutamente necessario, verrà effettuato solo sotto la supervisione di uno specialista con un attento monitoraggio della funzione renale, dei fluidi, dell'equilibrio salino e della pressione sanguigna. I pazienti che attualmente assumono una combinazione di questi medicinali devono ridiscutere la propria terapia con il loro medico alla prima occasione. Si ricorda che gli Arb (azilsartan, candesartan, eprosartan, irbesartan, losartan, olmesartan, telmisartan o valsartan) sono antagonisti dei recettori dell'ormone angiotensina II: bloccandone l'azione si dilatano i vasi sanguigni e si riduce la quantità di acqua riassorbita dai reni, riducendo così la pressione sanguigna nel corpo; mentre gli Ace-inibitori (benazepril, captopril, cilazapril, delapril, enalapril, fosinopril, imidapril, lisinopril, moexipril, perindopril, quinapril, ramipril, spirapril, trandolapril o zofenopril) e gli inibitori diretti della renina (aliskiren) bloccano l'azione di enzimi specifici coinvolti nella produzione di angiotensina II. L'analisi degli effetti degli agenti Ras è stata avviata su richiesta dell'Aifa, l'opinione del Chmp sarà ora trasmessa alla Commissione europea, che emetterà una decisione definitiva, valida in tutta l'Unione. (E.L.)

Publicato il terzo rapporto Sentieri su salute e inquinamento in Italia

Sentieri, acronimo per Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e degli Insediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento, ha di recente pubblicato il suo terzo rapporto sullo studio del rischio per la salute nei 44 siti di interesse nazionale per le bonifiche (Sin). Il documento, pubblicato come supplemento monografico al numero 2 del 2014 della rivista Epidemiologia & Prevenzione, fa parte di un progetto finanziato dal Ministero della salute e coordinato dall'Istituto superiore di sanità (Iss) ed è il seguito del rapporto relativo alla metodologia del 2010 e di quello relativo alla mortalità del 2011. Comprende due novità: l'analisi delle ospedalizzazioni, basata sulle schede di dimissione ospedaliera (Sdo), e l'analisi dell'incidenza oncologica. Il documento, frutto della collaborazione di Sentieri con l'Associazione italiana dei registri tumori (Airtum), analizza 18 siti di interesse nazionale (Sin) per le bonifiche, tra cui alcuni con esposizione ambientale unica e unico inquinante come per esempio la fibra asbestiforme fluoro-edenite a Biancavilla, in Sicilia. Dal rapporto Sentieri emerge che la maggiore estensione nazionale di siti contaminati è in Sardegna: complessivamente 447.144 ettari rientrano nei due Sin per le bonifiche ambientali del Sulcis-Iglesiente-Guspinese e di Sassari-Porto Torres.

Ma il rapporto Sentieri dipinge un quadro preoccupante per tutti i Sin italiani: l'incrocio dei dati di mortalità, incidenza oncologica e ricoveri indica un aumento dei tumori che arriva in alcuni casi anche al 90 per cento, in particolare il cancro della tiroide, il tumore della mammella e il mesotelioma. Merita attenzione speciale, inoltre, il capitolo sullo stato di salute infantile nei siti contaminati: è il progetto Sentieri Kids, che finora, tuttavia, non ha ricevuto finanziamenti istituzionali. Con questo rapporto lo studio Sentieri, coordinato dall'Istituto superiore di sanità e finanziato dal ministero della Salute, si viene sempre più caratterizzando come un sistema di sorveglianza di epidemiologia ambientale nei siti inquinati.

[Epidemiol Prev 2014; 38 \(2\), marzo-aprile](#)

Codice deontologico, Pagani (Omceo Pc): contro invasioni di campo serve identità

Ricorrere al Tar o disapplicare il nuovo Codice deontologico troppo ligio alle leggi vigenti? Mentre gli ordini che hanno votato contro, una decina, si interrogano, e il presidente Fnomceo **Amedeo Bianco** non esclude repliche a tutela del testo, una lettura dell'ultima versione ci ricorda che in alcuni punti come l'articolo 54 sull'obbligo di assicurarsi il comitato centrale della Federazione Fnomceo sia venuto un po' incontro alle obiezioni: nel caso specifico, ha tolto l'obbligo di mostrare al paziente gli estremi della polizza. Intanto, da Piacenza, a un convegno sul documento, il presidente Omceo **Augusto Pagani** – uno dei "dissidenti" - esemplifica come il Codice non debba ripetere la legge ma denunciare un'identità del mondo medico. «L'articolo 3 su doveri e competenze (che avoca al medico ogni aspetto diagnostico ndr), ora impone di rispettare organizzazione e gestione dei servizi sanitari e regionali e delega all'Università i contenuti dell'attività medica. Certo, lo fa per escludere invasioni da parte di altre professioni, ma si rifugia sotto l'ala della politica. Sull'obbligo di polizza Rc si appiattisce sulle leggi vigenti: è opportuno che il medico si assicuri ma ci sono situazioni in cui l'adempimento è precluso al medico e non per colpa sua. Quanto la legge obbliga a fare (per giunta senza mettere in condizione di adempiere) non andrebbe incluso acriticamente nel Codice, che deve avere piuttosto una funzione d'indirizzo autonoma. Al nostro convegno lo ha ribadito il filosofo **Maurizio Mori**: un codice deontologico dovrebbe dare identità alla nostra missione. Qui, invece la legge diventa in certi casi lo spunto (medicina potenziativa) per imporci nuovi obblighi e in altri la carta d'appoggio. Ci ritroviamo così un mansionario che, utilizzato da controparti in specifici casi, porrà gravi problemi legali».

Pagani non dà per scontato che ricorrerà al Tar o applicherà a Piacenza il Codice 2006. «Ci riuniremo, rifletteremo. La nostra lotta vuol dare forza ai medici. Creare una spaccatura forse andrebbe in senso contrario. Tutti e 106 perseguiamo la correttezza professionale, ma noi riteniamo che una figura chiamata a decidere in pochi secondi un intervento nell'interesse del paziente non si difenda elencando mansioni e lasciando parlare la legge. In prospettiva, ci sono alternative: tornare ai galatei o affrontare la situazione da un diverso punto di vista. Come hanno ricordato duellando a Piacenza un medico sacerdote e uno laico, in certi paesi non c'è un solo codice deontologico ma c'è un codice per credo religioso così da giustificare o negare di volta in volta l'obiezione di coscienza o all'eutanasia. Il medico parla attraverso il suo credo, ma almeno parla lui».

Mauro Miserendino

Pagamento Pa a rilento, rischio infrazione Ue

Una procedura di infrazione dall'Europa. È questo il rischio sempre più consistente alla luce degli ultimi dati forniti da Assobiomedica, secondo i quali ad aprile 2014 il tempo medio di pagamento in Italia è stato di 207 giorni, a fronte di un debito degli Enti del Servizio sanitario nazionale nei confronti delle aziende che si attesta a 3,67 miliardi di euro. Numeri in calo rispetto a gennaio 2014 (215 giorni in media e debiti a quota 3,81 mld) ma ancora ben lontani dal timing (per i pagamenti in sanità il limite è di 60 giorni) fissato dalla direttiva Ue per i pagamenti della Pa. Un tema caldissimo e che investe non solo le aziende dei dispositivi ma tutte quelle che s'interfacciano con la Pubblica amministrazione e dove l'Italia rischia, dunque, l'apertura di una procedura d'infrazione da parte della Commissione Ue. Solo dieci giorni fa il vicepresidente **Antonio Tajani** (ora sospeso perché candidato alle Europee) ha specificato che «l'apertura della procedura di infrazione sui ritardi nei pagamenti della Pa è inevitabile e sarà fatta dopo le elezioni» quando tornerà nelle sue funzioni. Il Governo, di contro ha spiegato di essere intervenuto d'urgenza sull'intera materia dei debiti della Pa e di aver varato tutte le norme utili per accelerare il pagamento degli arretrati entro l'anno e impedire che si formi un nuovo stock di debito. Solo pochi giorni e si saprà se da Bruxelles partirà la lettera di messa in mora ma, nel frattempo, i numeri non sorridono. In cima alla graduatoria delle Regioni più "lente" a saldare il conto con le aziende dei dispositivi medici figurano la Calabria con 848 giorni, seguita dal Molise con 824 e dalla Campania che salda a 374 giorni. Tempi sopra la media anche nel Lazio (260 giorni), Sicilia (248 giorni) e Piemonte con 239. Tra i più celeri, anche se nessuna Regione raggiunge il timing di 60 giorni fissato dall'Ue per i pagamenti della Pa in sanità, ci sono la Valle d'Aosta (71 giorni), il Friuli Venezia Giulia (80 giorni), il Trentino Alto Adige (84 giorni) e la Lombardia (94 giorni). I debiti maggiori li hanno invece la Campania, che deve saldare 478 mln, seguita dal Lazio con 442 mln e dalla Calabria con 382 milioni di euro (M.M.)