



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

21 Giugno 2022

A CURA DELL'UFFICIO STAMPA CRT SICILIA



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

La delibera

Asp di Palermo, via libera alla stabilizzazione di 44 infermieri

Approvati gli atti della procedura per la copertura a tempo indeterminato di quei posti. Le istanze erano state in tutto 93.

21 Giugno 2022 - di [Redazione](#)

PALERMO. Per 44 infermieri precari dell'Asp di Palermo arriva il via libera alla stabilizzazione. Una delibera del 15 giugno 2002 a firma del direttore generale **Daniela Faraoni** (nella foto di *Insanitas*), infatti, ha approvato gli atti della procedura per la copertura a tempo indeterminato di quei posti.

Le istanze presentate erano state in tutto 93, tuttavia una buona parte dei candidati non aveva i requisiti richiesti: la graduatoria dei vincitori, quindi, è composta da 44 infermieri (di cui una ammessa con riserva), tuttavia "con riserva di adozione di qualsiasi provvedimento anche risolutivo di esclusione e decadenza dalla procedura di stabilizzazione nel caso in cui le dichiarazioni rese dai candidati non risultassero veritiere".



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Cardiologia Interventistica

Lotta all'infarto, il Policlinico "Giaccone" è di nuovo tra i centri di riferimento in Sicilia

Può contare adesso anche sulla seconda sala di emodinamica ristrutturata che consente di gestire l'urgenza nel caso in cui, in contemporanea, anche la prima sala sia occupata.

Dal 13 giugno l'AOU Policlinico "**Paolo Giaccone**" di Palermo è di nuovo all'interno della Rete regionale per l'Infarto Miocardico Acuto (**Rete IMA**). Si tratta del percorso centralizzato che consente di favorire- in caso di infarto STEMI (Infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST)- una immediata presa in carico dell'urgenza da parte del 118, evitando che il paziente si presenti autonomamente in pronto soccorso, per poi essere indirizzato subito verso il centro hub di riferimento. Il Giaccone può contare adesso anche sulla seconda sala di **emodinamica** ristrutturata che consente di gestire l'urgenza nel caso in cui, in contemporanea, anche la prima sala sia occupata. Dotata di tutti gli standard strutturali necessari, la nuova sala presenta al suo interno un **angiografo** fisso ad arco a C di ultima generazione acquistato dall'azienda ospedaliera per far fronte a tutti i principali interventi di cardiologia interventistica. Responsabile dell'unità operativa semplice di emodinamica è il dott. **Salvatore Evola**.

La **cardiologia** del Policlinico "Paolo Giaccone", diretta dalla Prof.ssa **Giuseppina Novo**, rientra tra le aziende di riferimento per il trattamento dei pazienti colpiti da infarto miocardico acuto che necessitano di essere sottoposti a procedure di angioplastica. Un investimento complessivo, quello sviluppato in ambito cardiologico, che ha visto in questi mesi anche



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

l'espletamento di un **concorso** per formare una graduatoria di cardiologi con specifica esperienza in emodinamica che si occupano di trattare le patologie cardiache mediante accesso percutaneo e non attraverso chirurgia tradizionale.

«Siamo felici - ha evidenziato il Commissario Straordinario dell'AOU **Alessandro Caltagirone** – di poter vedere nuovamente il reinserimento della nostra cardiologia tra i centri HUB della rete IMA provinciale. È fondamentale poter essere parte attiva di un sistema di reti **tempo-dipendenti** che in caso di patologie acute, come l'infarto, si rivelano salva vita. È importante che i cittadini siano consapevoli di quanto sia essenziale chiamare subito il 118: in questo modo potranno essere indirizzati verso la struttura più adeguata a trattare e gestire il caso. La rete 118, fin dalla prima chiamata, consente di assicurare un primo inquadramento clinico per predisporre con tempestività l'intervento più adeguato».

Già ad aprile 2021 l'azienda ospedaliera universitaria aveva aderito alla **procedura** condivisa- insieme agli ospedali dell'area metropolitana della provincia di Palermo e di Trapani- volta a migliorare l'efficienza dell'attuale rete IMA ottimizzando la collaborazione tra le Unità di Terapia Intensiva Cardiologiche (**UTIC**), i laboratori di emodinamica, i Servizi per l'Emergenza territoriale del 118, i Dipartimenti di Emergenza Urgenza Ospedalieri e i corrispettivi Pronto Soccorso.

Omicron

La nuova ondata

In sette giorni
+56% di contagi
Le sottovarianti
Ba.4 e Ba.5
fanno risalire
anche i ricoveri
È un andamento
diverso rispetto
al 2020 e al 2021
quando il caldo
aveva azzerato
le infezioni

IL CASO
PAOLO RUSSO
ROMA

Spinta dalle più contagiose sotto-varianti Ba.4 e Ba.5 la pandemia accelera e fa registrare un'impennata negli ultimi sette giorni del 56,2%, con complessivi 225.434 contagi contro i 144.333 della settimana precedente. Questa volta però si smuove verso l'alto anche la curva dei ricoveri: più 8,1% quelli nei reparti ordinari, 7,6% di incremento nelle terapie intensive. In leggera risalita anche i decessi: 348 nell'ultima settimana contro i 330 della precedente.

Fino ad ora le temperature estive erano sempre riuscite a mettere la museruola al Covid. Persino nel 2020, quando i vaccini erano solo una speranza e il virus faceva decisamente paura, di contagi di questi tempi se ne erano contati appena 262. Era l'estate del «non c'è Covid», come sentenziò incautamente una bagnante si-

ciliana dando il via alle danze senza mascherina che ci avrebbero poi fatto piangere in autunno. E il 20 giugno del 2021 i casi erano sempre pochissimi, 881, con un'incidenza settimanale per 100 mila abitanti sotto la quota di sicurezza di 50, quella che consente agli uomini del contact tracing di isolare e tracciare i casi spegnendo sul nascere i focolai. Anche lo scorso anno sappiamo poi come è andata a finire, con una nuova ondata che è arrivata a far contare fino a 600 morti al giorno. Nonostante il vaccino. Ora l'incidenza settimanale è risalita a 391. Solo due settimane fa era a 198. Ma il tasso di occupazione dei letti nei reparti di medicina è al 7,1%, quello nelle terapie intensive al 2,1%.

Sono entrambi in leggera salita ma i numeri dei ricoverati non destano al momento alcuna preoccupazione. E la crescita sembra tenere un passo molto più lento di quella dei conta-

gi. Si tratta di un andamento anomalo della pandemia se confrontato con quello degli anni precedenti, che pone nuovi interrogativi sulle strategie da adottare in vista dell'estate. Strategie sulle quali gli scienziati si dividono.

Ieri il virologo della Statale di Milano, Fabrizio Pregliasco, ha detto senza mezzi termini che «siamo nel mezzo di una nuova ondata di Covid-19 ed il picco sarà a fine luglio». Aggiungendo che «con Omicron 5 non basta aver fatto tre dosi di vaccino ed essersi contagiati per evitare di infettarsi». E in-



LA STAMPA

fatti dallo zero virgola qualcosa di un mese fa le reinfezioni, certifica l'Iss, sono ora sopra il 7%. Sul fatto che il virus poi si sia rabbonito non ha fatto sconti, come sulle colonne di questo giornale sabato non ne ha fatti Walter Ricciardi, consulente del ministro della Salute, Roberto Speranza: «Diciamo che Omicron 5 è quattro volte tanto un'influenza forte». Siccome l'ultima di una certa aggressività che abbiamo avuto in era pre-pandemica di morti ne ha fatti 10 mila, ecco che la previsione in vista dell'autunno si fa scura anche rispetto a questa ondata. Da qui il consiglio di non abbassare le mascherine al chiuso e nei luoghi affollati, espresso non solo da Ricciardi e Pregliasco ma anche da un'altra «virostar» co-

me Massimo Galli.

Ma al partito dei pessimisti si contrappone quello degli ottimisti. Il primo ad uscire allo scoperto la scorsa settimana è stato Gianni Rezza, il direttore del dipartimento prevenzione del ministero della Salute, ascoltato da Speranza. Specificando bene che non si tratta di una scelta da fare nell'immediato, il professore ha tracciato la linea: «Se non ci sarà un rimbalzo consistente dei contagi sui ricoveri si andrà verso una politica di responsabilizzazione rispetto al virus. Prima di tutto superando l'obbligo di isolamento dei positivi». Magari limitandosi a quelli asintomatici. Un'apertura subito sottoscritta dal sottosegretario alla salute, Andrea Costa, che il salto del Rubicone, con il

quale potremmo dirci una volta per tutte fuori dall'era pandemica, lo ha pronosticato a breve. E sulla stessa lunghezza d'onda si è ritrovato l'infettivologo del San Martino di Genova, Matteo Bassetti. Un liberi tutti che sarebbe a giudizio degli aperturisti giustificato dal fatto che Omicron 5 non è in grado, se non nelle persone estremamente fragili, di penetrare in profondità nelle vie respiratorie. «In questo momento abbiamo ricoverati in condizioni non gravi e prevediamo che l'aumento dei casi possa generare solo una pressione minima sugli ospedali, assolutamente gestibile», ci rassicura il direttore generale dello Spallanzani, Francesco Vaia. I prossimi sette giorni diranno chi ha ragione. —

Il rischio è avere ancora a che fare con un autunno ad alta mortalità

Il dibattito tra gli esperti



FABRIZIO PREGLIASCO
VIROLOGO
DELLA STATALE DI MILANO



Siamo nel mezzo di un'altra ondata e il picco sarà a fine luglio. Con Omicron non basta il vaccino



FRANCESCO VAIA
DIRETTORE GENERALE
ISTITUTO SPALLANZANI



Casi in aumento ma sugli ospedali prevediamo una pressione più che gestibile

Resta l'ipotesi di abolire l'isolamento dei positivi: prossime settimane decisive

16.571

I casi registrati ieri su 79.375 tamponi con tasso di positività in salita al 20,9%

225.434

I contagi dell'ultima settimana: 81.101 in più rispetto ai 144.333 della precedente

59

Le vittime nelle ultime 24 ore, 209 i ricoverati in terapia intensiva (+7,6% in sette giorni)



I DATI

L'ondata estiva di Omicron salgono contagi e ricoveri «Il picco sarà a fine luglio»

ROMA Il Covid non va affatto in vacanza. L'aumento dei nuovi contagiati (ieri altri 16.571), ma soprattutto l'incremento dei posti letto occupati nei reparti Covid ordinari (ieri +187; domenica +67), non fa stare tranquilli. Gli ultimi dati del ministero della Salute mettono nero su bianco quello che ormai si sperimenta ovunque: intere famiglie con la febbre, e se in casa c'è una persona fragile oppure anziani, non è infrequente la corsa al pronto soccorso. Ieri sono finiti in terapia intensiva altre 10 persone (il giorno prima 12). I nuovi contagiati sono stati individuati, in realtà, con soli 79.375 tamponi, ossia 80.836 in meno rispetto a quelli del giorno prima; il tasso di positività sale così dal 19,1% di domenica, al 20,9%. Tra le regioni con più casi positivi, il Lazio (+2.634), poi la Lombardia (+1.920), l'Emilia-Romagna (+1.725) e la Sicilia (+1.551). Eppure, nonostante la febbre o altri sintomi del Covid, pur di non rinunciare alle vacanze molti italiani non comunicano la positività. «Dopo un periodo di calo, stiamo vedendo un nuovo aumento di tamponi Covid effettuati in farmacia. Ma soprattutto un aumento molto considerevole dei test fai da te - segnala il segretario di Federfarma, Roberto Tobia - ma questi test non permettono di avere una percezione della circolazione reale del virus in questa nuova ondata. Possiamo supporre che i positivi in totale siano in realtà attualmente circa un milione, consi-

derando che l'esito positivo del test di autodiagnosi spesso non è comunicato dai cittadini».

FASE ESPONENZIALE

Difficile calcolare l'effettiva portata dell'epidemia. Stando però ai dati ufficiali, la percentuale dei positivi ai test molecolari è al 12% circa, più del doppio rispetto a 2 settimane fa (era al 5%). «È presto per dire se siamo in una fase esponenziale - spiega Giovanni Sebastiani del Consiglio Nazionale delle Ricerche (Cnr) - per ora la crescita è accelerata e serviranno altre due settimane per quantificare meglio questo andamento. L'incremento più marcato della percentuale dei positivi ai test molecolari è in tre regioni: Umbria, Marche e Toscana». A complicare la situazione, come ricorda Fabrizio Pregliasco, ricercatore di Igiene generale e applicata dell'Università degli Studi di Milano, è la «elevatissima contagiosità della variante Omicron 5, ben superiore a morbillo e varicella». Ma anche la sua patogenicità, visto che «Omicron 5 è quattro volte tanto un'influenza forte».

La prudenza è dunque fondamentale. «Siamo di fronte a un virus che ancora non ha trovato una sua stabilizzazione, continua a mutare - mette in guardia Massimo Andreoni, direttore di Malattie infettive del Policlinico Tor Vergata di Roma - quindi dobbiamo ancora stare molto attenti». E, purtroppo, con la circolazione epidemica attuale è del tutto prevedibile una

nuova crisi. «Dal punto di vista clinico - rimarca Pier Luigi Lopalco, ordinario di Igiene all'Università del Salento - sembrerebbe una forma del tutto sovrapponibile alle altre varianti di Omicron. Essendo una nuova variante che rimpiazzerebbe le precedenti, ha la capacità di infettare persone che hanno già avuto l'infezione. Ricordiamo che un aumento dei casi si è già osservato in altri Paesi europei. Ci aspettiamo in parallelo un incremento anche dei ricoveri». Per fermare il virus servirebbero le usuali misure di precauzione. «Non essendo più la mascherina obbligatoria nelle attività in cui c'è maggior affollamento - osserva Claudio Mastroianni, direttore di Malattie infettive del Policlinico Umberto I di Roma - potrebbe esserci ora un rischio importante di un'impennata di casi. Ecco perché è fondamentale invogliare alla quarta dose anziani e persone fragili per evitare che, in caso di contagio, finiscano in ospedale».

Graziella Melina



Booom dei test fai da te: rischio sottostima dei casi positivi

La pandemia in Italia

Scedono le vendite di mascherine nelle farmacie (-11,2% per 1,1 milioni di euro), mentre salgono quelle di tamponi fai da te, per i quali dal 13 al 19 giugno sono stati spesi un totale di 4,5 milioni di euro, pari a +17,5% rispetto alla settimana precedente. Con la fine dello stato di emergenza e il Covid che non fa più "notizia", gli italiani si sono rilassati, ma il comprensibile calo di attenzione, proprio mentre si diffonde la più diffusiva subvariante Omicron BA.5, rischia di diventare un'arma a doppio taglio. Innanzitutto il rischio è quello di avere un quadro falsato della circolazione virale

perché gli esiti degli auto-test molto spesso non sono comunicati e quindi i positivi effettivi potrebbero essere molti di più di quelli ufficiali. E poi con i numeri reali più grandi si potrebbero vedere effetti anche sugli ospedali: ieri i ricoveri sono risaliti (+189 in area medica e +10 in terapia intensiva).

«Omicron5 - afferma il virologo Fabrizio Pregliasco - rialza e rialzerà i casi, continueremo ad averne di gravi, seppur in modo proporzionale». Per non esser contagiati, rileva, «non basta aver avuto il Covid e l'aver fatto tre dosi». Anche uno studio dell'università di

Pechino pubblicato su Nature conferma che le persone che si sono infettate con omicron, anche se vaccinate, potrebbero essere vulnerabili alle nuove sotto-varianti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



«RODARE LA MACCHINA SUBITO»

Per l'ex dg dell'Ema Guido Rasi bisogna incentivare l'uso degli antivirali subito in vista anche dell'autunno quando la macchina dovrà essere a regime



L'IMMUNOLOGO COHEN

“Se il virus varia
guai in autunno”

◉ D'ANGELO A PAG. 14



L'INTERVISTA • Cyrille Cohen Covid, le ultime da Israele

“L'autunno? Ok se la variante è Omicron, sennò saranno guai”

» Peter D'Angelo

“**I**l virus è cambiato, ma i vaccini a disposizione hanno ancora senso, almeno per la popolazione vulnerabile”. Sono parole di Cyrille Cohen, immunologo e consulente Covid del governo di Israele, Paese che, come abbiamo imparato in questi anni di pandemia, ha spesso anticipato gli scenari.

Professor Cohen, un vaccino aggiornato a Omicron potrebbe risolvere i problemi in autunno?

Sì, potrebbe. Ma il problema è che non sappiamo quale variante sarà dominante in autunno. Se sarà ancora Omicron bene, ma se fosse una nuova e diversa rischieremo di essere daccapo. In ogni caso, il vaccino aggiornato sarà comunque utile per le fasce vulnerabili.

Ha ancora senso usare i vaccini modulati sul ceppo di Wuhan che non circola più?

Il vaccino originale è ancora efficace nel prevenire la malattia grave,

anche in questa fase di prevalenza Omicron. Dunque, se in autunno la situazione sarà ancora questa, avrà ancora senso. Ma è comunque difficile fare previsioni.

Uno studio pubblicato su Scientific Reports riporta un aumento del 25% in Israele delle chiamate di emergenza legate a eventi cardiaci negli under 40, in un periodo in cui le infezioni erano estremamente basse. La vaccinazione in individui sani sotto i 40 anni può aver creato problemi?

Le telefonate non sono una diagnosi. Sembra che il 59% delle persone che hanno chiamato non fossero vaccinate.

I ricercatori, però, chiedono “un’indagine approfondita sulla potenziale connessione con il vaccino”.

Il ministero della Salute israeliano ha esaminato la questione. Non dimentichiamo che è stato proprio il ministero a scoprire che il vaccino poteva causare la miocardite. E lo ha reso noto in modo che tutti potessero tenerne conto.

Lo Sheba Medical Center e l'Università di Gerusalemme hanno concluso che l'incidenza di miocardite e pericardite nei guariti dal Covid non è maggiore di quella riscontrata nella popolazione che non ha avuto contatti con il virus.

È vero, ma si tratta di una fase post ondata, non di una fase acuta. Lo stesso studio dice anche che “l'incidenza di miocardite e pericardite è aumentata nei pazienti con Covid-19 durante la malattia acuta”.

La quarta dose in Israele è stata raccomandata per tutta la popolazione. Oggi ha aderito poco più del



10%, perché?

Non sembra che faccia una grande differenza per i più giovani. La quarta dose è disponibile per tutti coloro che vogliono farla, ma è sicuramente raccomandata per le persone con più di 60 anni e con comorbidità. Inoltre, non bisogna dimenticare che la maggior parte

degli israeliani è stata esposta a Omicron. Non ha senso vaccinarsi se si è contratta la malattia da poco.

Perché un soggetto guarito (vaccinato, o non-vaccinato), dovrebbe vaccinarsi?

Perché non sappiamo fino a che punto durerà la protezione dalla malattia, esattamente come per il vaccino. Stiamo anche assistendo a reinfezioni, soprat-

tutto con le ultime varianti, con percentuali che oscillano tra il 5 e il 15%. L'immunità naturale è abbastanza efficiente, ma per le persone vulnerabili è comunque utile un vaccino. Ma non abbiamo ancora dati sufficienti per capire come si comportano a lungo termine vaccinati e guariti.

In autunno prevede una quinta dose per i fragili?

È impossibile fare previsioni, anche se in questo momento non sembra necessaria.

Secondo dati diffusi dal ministero della Salute israeliano, gli ultrasessantenni non-vaccinati che muoiono sono 5,8 ogni 100.000 contro il 5,4 dei completamente vaccinati? Che significa?

Il numero di morti è piuttosto basso, grazie a Dio. Credo sia difficile giungere a conclusioni definitive.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I vaccini attuali sono ancora utili per i vulnerabili. Gli altri aspettino quelli aggiornati

Qui il ministero della Salute ha scoperto rischi di miocarditi post siero per gli under 40

IL BOLLETTINO

16.571

CONTAGI I nuovi casi ieri (+59,8% rispetto a lunedì scorso)

59

MORTI Le vittime ieri (41 lunedì scorso)



Quarta dose per tutti

In Israele non ci sono limiti di età, ma solo il 10% l'ha fatta

FOTO LAPRESSE



Via libera all'ingresso a scuola anche dei docenti non vaccinati. L'obbligo è cessato

Esami senza mascherine e Gp

A scritto e orale resta invece il distanziamento di un metro

DI ELENA BORDIN

Esami di stato senza mascherine e senza green pass. È l'effetto dell'entrata in vigore delle nuove norme che attenuano le misure anti-Covid. Lo ha ricordato il ministero dell'istruzione con una nota emanata il 16 giugno scorso (828). Dal 15 giugno 2022 la vaccinazione per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2 non costituisce requisito essenziale per lo svolgimento delle attività didattiche a contatto con gli alunni. E il 30 aprile è terminato l'obbligo di possesso ed esibizione della certificazione verde per l'accesso alle strutture del sistema nazionale di istruzione. Dunque, via libera all'accesso a scuola anche ai docenti non vaccinati o che non abbiano concluso il ciclo vaccinale. Quanto alla cessazione dell'obbligo delle mascherine a scuola, la misura deriva da un'ordinanza emanata il 15 giugno scorso dal ministero della salute. Che anticipa quanto disposto dal governo decreto-legge. Restano in vigore, invece, le disposizioni che prevedono il distanziamento di almeno un metro tra le persone e anche quelle sulla sanificazione delle aule e degli arredi.

In particolare, l'amministrazione ha chiarito che i locali destinati allo svolgimento delle prove d'esame, tenuto conto dell'assetto di banchi, tavoli e posti a sedere, dovranno essere sufficientemente ampi per consentire il distanziamento a tutti i presenti. A questo proposito il ministero ha fatto presente che, compatibilmente con le caratteristiche architettoniche dell'edificio scolastico, è opportuno che i dirigenti predispongano percorsi dedicati chiaramente identificati con opportuna segnaletica di "Ingresso" e "Uscita". Ciò per prevenire il ri-

schio di interferenza tra i flussi in ingresso e in uscita dalla scuola.

L'amministrazione ha precisato, inoltre, che l'utilizzo dei dispositivi di protezione delle vie respiratorie è raccomandabile in alcune circostanze quali, per esempio, l'impossibilità di garantire il distanziamento interpersonale di almeno un metro. Fermo restando che al candidato deve essere concesso di sostenere il colloquio senza mascherina per favorire il processo comunicativo e relazionale.

Restano ferme le preclusioni dell'accesso a scuola per i positivi al Covid e per chi ha una temperatura corporea superiore a 37,5°.

Durante lo svolgimento della prova orale dovrà essere consentita la presenza di uditori. Ma in numero che assicuri un ambiente sereno e che comunque consenta una distanza interpersonale di almeno un metro. Per quanto riguarda le misure di igienizzazione e di pulizia, il dirigente scolastico dovrà rendere disponibili prodotti igienizzanti (dispenser di soluzione idroalcolica) in più punti dell'edificio scolastico e, in particolare, per l'accesso al locale destinato allo svolgimento della prova d'esame, per permettere l'igiene frequente delle mani. Dovrà, inoltre, assicurare una pulizia quotidiana approfondita, ad opera dei collaboratori scolastici, dei locali destinati all'effettuazione delle prove d'esame e, al termine di ogni prova, anche delle superfici, degli arredi e dei materiali scolastici utilizzati.

L'amministrazione ha ricordato, infine, che è ancora possibile effettuare a distanza i lavori delle commissioni e delle sottocommissioni e anche la prova orale. Ciò vale sia per

l'esame di stato nel primo ciclo di istruzione che per l'esame di stato conclusivo del secondo ciclo di istruzione. La normativa di riferimento è costituita, rispettivamente, dall'articolo 8 dell'ordinanza 64/2022 e dagli articoli 8 e 30 dell'ordinanza 65/2022.

La modalità di svolgimento della prova orale in video conferenza vale solo nel caso in cui i candidati impossibilitati a lasciare il proprio domicilio abbiano presentato una domanda in tal senso al presidente della commissione per poter svolgere il colloquio al di fuori della sede scolastica. In tal caso, il presidente della commissione disporrà la modalità di svolgimento del colloquio in videoconferenza o in altra modalità telematica sincrona. In ogni caso le prove scritte dovranno essere svolte dai candidati in presenza.

Quanto ai lavori delle commissioni e delle sottocommissioni, la modalità telematica potrà essere adottata solo nel caso vi fossero commissari impossibilitati a partecipare ai lavori «in conseguenza di specifiche disposizioni sanitarie connesse all'emergenza epidemiologica». Per esempio, se positivi al Covid, ma asintomatici. Fermo restando la possibilità della loro sostituzione.

In ogni caso, per eventuali necessità o richieste di chiarimenti, l'amministrazione ha predisposto un servizio Help Desk Amministrativo Contabile (HDAC), disponibile sul sito Sidi.



Fascicolo elettronico, obiettivo attivare l'85% dei medici

Marzio Bartoloni

Il fascicolo sanitario elettronico oggi è ancora un "oggetto misterioso", ma in futuro e comunque entro il 2026 dovrà diventare la porta di ingresso del Servizio sanitario nazionale. Il Piano nazionale di ripresa e resilienza investe in tutto 1,38 miliardi per farlo finalmente decollare e diventare uno strumento utile dopo che la stragrande maggioranza degli italiani lo ha attivato per scaricare il green pass da vaccinazione o da tampone, ma nella pratica non vi accede mai. L'obiettivo è farlo diventare insieme alla telemedicina uno dei due pilastri che dovrà sorreggere la digitalizzazione del nostro Servizio sanitario nazionale.

Nel proprio fascicolo ogni italiano troverà nel prossimo futuro non solo la propria "storia sanitaria" e i certificati che lo riguardano, ma potrà anche scaricare un referto, prenotare una prestazione, pagare il ticket e magari anche ricevere una visita in telemedicina. Con medici e strutture sanitarie che lo useranno quotidianamente per erogare le cure trovandoci all'interno tutte quelle informazioni sanitarie e cliniche utili per un ricovero o un trattamento diagnostico.

Come detto questa sorta di passaporto sanitario online dovrà essere a regime in tutte le Regioni entro il 2026 con almeno l'85% dei medici di famiglia che dovranno alimentarlo costantemente. Un percorso a tappe che comincia con un decreto del ministero dell'Innovazione di concerto con Economia e Salute all'esame della Conferenza Stato Regioni che stanziava i primi 610 milioni: metà andranno per il potenziamento dell'infrastruttura e l'altra metà per formare i medici all'impiego del fascicolo. Fondi però che non saranno distribuiti a pioggia subito alla Regioni, ma in varie tranche semestrali in base a target stabiliti: le risorse saranno infatti erogate solo a chi raggiungerà determinati obiettivi come un numero minimo di referti, dati sanitari caricati e percentuali sempre cre-

scenti di medici che alimentano il Fse. Alimentare il fascicolo è difatti fondamentale visto che oggi solo in pochissime Regioni i medici lo fanno in percentuali striminzite e così nonostante i 57

milioni di Fse potenzialmente attivi solo il 12% degli italiani lo impiega già per scaricare i propri documenti sanitari mentre la maggioranza ancora non sa neanche della sua esistenza.

Ora con il Pnrr l'obiettivo è cominciare a renderlo davvero utilizzabile già entro un anno. Le «linee guida per l'attuazione del Fascicolo sanitario elettronico» elaborate dal ministero della Salute di concerto con il ministero per l'Innovazione e il ministro dell'Economia e approvate in Conferenza Stato-Regioni lo scorso 28 aprile prevedono difatti che entro i primi 12 mesi il fascicolo sanitario elettronico di ogni italiano cominci a riempirsi di una base minima di informazioni sanitarie. In particolare il Fse dovrà contenere almeno i documenti relativi alle prestazioni effettuate all'interno del Ssn come visite, esami di laboratorio o radiologia, eventuali ricoveri e accessi al pronto soccorso, ma anche esenzioni dal ticket per patologia o reddito, disabilità diagnosticate, trapianti effettuati, terapie farmacologiche e allergie.

In più in ogni Fascicolo ci dovrà essere anche un «patient summary»: in pratica un profilo sanitario sintetico redatto dal medico di famiglia o dal pediatra con le informazioni principali dell'assistito «utile soprattutto nei contesti emergenziali». Un documento quest'ultimo che a fine 2021 secondo un monitoraggio dell'Agid - l'Agenzia per l'Italia digitale - era stato alimentato da più del 50% dei medici di famiglia in una sola regione mentre in 18 Regioni la percentuale era praticamente prossima allo zero. Il fascicolo sanitario sempre in questa prima fase dovrà consentire anche di scaricare

malattia di Inps e Inail.

La seconda fase del Fascicolo sanitario elettronico è più complessa e va comunque raggiunta entro il 2026. E prevede per il cittadino anche la possibilità attraverso il Fse di prenotarsi una prestazione sanitaria e di pagare l'eventuale ticket oltre che di farsi prescrivere farmaci e anche ottenere prestazioni in telemedicina come una televisita, un telemonitoraggio o un telereferto. In questa fase il fascicolo sarà uno strumento indispensabile per il lavoro di medici, farmacisti e anche delle strutture sanitarie che con i dati del Fascicolo sanitario elettronico potranno fare una migliore programmazione: attraverso il monitoraggio anonimo della domanda potranno infatti pianificare l'offerta delle prestazioni sanitarie. In questo modo la circolazione dei dati sanitari dei 60 milioni di italiani sarà completa e consentirà al Servizio sanitario di fare scelte di investimento futuro più appropriate attraverso il ricorso ai Big data raccolti ogni giorno da medici, laboratori e ospedali durante la cura dei propri pazienti.

REPRODUZIONE RISERVATA

ENTRO IL 2026

Si parte in ritardo
L'Fse dovrà essere a regime entro il 2026 con almeno l'85% dei medici di famiglia che dovranno alimentarlo costantemente.



SANITÀ DIGITALE/2

Telemedicina, ora c'è chiarezza su prescrizioni e prestazioni

Marzio Bartoloni

Raggiungere entro il 2025 almeno 200mila italiani all'anno in tutte le Regioni con la telemedicina garantendo televisite, telereferti o telemonitoraggi per tutti quei medici e pazienti che vorranno sfruttare la nuova frontiera della Sanità digitale. Dopo anni di annunci e iniziative fai da te la telemedicina prova a fare il salto di qualità grazie alla spinta del Piano nazionale di ripresa e resilienza che mette sul piatto 1 miliardo di finanziamenti per farla finalmente decollare. Fondi che serviranno innanzitutto (circa 200 milioni) per far partire la Piattaforma nazionale che dovrà rendere omogenea l'erogazione di queste cure online attraverso un ingresso unico nazionale che garantirà interoperabilità e standard comuni ai servizi di telemedicina offerti dalle regioni, dialogando in particolare con il Fascicolo sanitario elettronico di ogni cittadino e con il sistema della Tessera sanitaria.

La piattaforma per la Telemedicina che sarà realizzata attraverso una partnership pubblico-privata - il 6 giugno sono scaduti i termini per le domande degli operatori privati - è solo il primo step del percorso previsto dal Pnrr. Il prossimo prevede l'attivazione di servizi minimi di telemedicina a livello regionale attraverso nuove gare apposite con un contributo complessivo di circa 700 milioni per due annualità (il 2023 e il 2024). Servizi che potranno prevedere l'attivazione di percorsi assistenziali verticali su specifiche patologie croniche da curare e monitorare attraverso la Telemedicina.

Ma con quali modalità e regole di ingaggio? Dal punto di vista normativo, dopo un primo periodo, durante il quale le Regioni hanno emanato delibere autonome per la regolamentazione dei

servizi, il 17 dicembre 2020 sono state approvate da parte della Conferenza Stato-Regioni le «linee guida con le indicazioni per l'erogazione delle prestazioni in telemedicina», che definiscono regole uniformi e stabiliscono come possano essere erogate le prestazioni in televisita, oppure attraverso il teleconsulto, il telemonitoraggio e la teleassistenza. Tra l'altro lo stesso documento chiarisce come le prestazioni di telemedicina possano essere rendicontate e «tariffate» dalle aziende sanitarie alle stesse condizioni delle prestazioni erogate dagli operatori sanitari in presenza. Successivamente il 26 maggio scorso è approdato sulla Gazzetta Ufficiale il decreto, uno dei target previsti dal Pnrr per giugno, con le linee guida sul «Modello digitale per l'attivazione dell'assistenza domiciliare» con le procedure per attivare le prestazioni di telemedicina. In pratica si stabiliscono nel dettaglio compiti e ruoli delle varie figure sanitarie e delle strutture come le nuove Centrali operative territoriali che dovranno assicurare le cure a distanza per i pazienti. Il decreto stabilisce infatti chi potrà prescrivere, attivare ed erogare le varie prestazioni di telemedicina.

Ma ecco nel dettaglio alcune delle prestazioni che saranno erogabili online. Prima di tutto c'è la televisita che è l'atto medico in cui il sanitario interagisce a distanza in tempo reale con il paziente, anche con il supporto di un caregiver. La televisita, come previsto anche dal codice di deontologia medica, non può essere mai considerata l'unico mezzo per condurre la relazione medico-paziente, né può essere considerata in modo automatico sostitutiva della prima visita medica in presenza.

C'è poi la possibilità di ricorrere al teleconsulto che è un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per dialogare, anche tramite una videochiamata, riguardo la situazione clinica di un paziente, basandosi primariamente sulla condivisione di tutti i dati clinici, i referti, le immagini, gli audio-video riguardanti il caso.

Simile al teleconsulto è la teleconsu-

lenza medico-sanitaria: si tratta di un'attività sanitaria, non necessariamente medica ma comunque specifica delle professioni sanitarie, che si svolge a distanza ed è eseguita da due o più persone che hanno differenti responsabilità rispetto al caso specifico. La teleconsulenza consiste nella richiesta di supporto durante lo svolgimento di attività sanitarie, a cui segue una videochiamata in cui il professionista sanitario interpellato fornisce agli altri sanitari indicazioni per la corretta esecuzione di azioni assistenziali rivolte al paziente.

Il telemonitoraggio consente invece il rilevamento e la trasmissione a distanza di parametri vitali e clinici in modo continuo, per mezzo di sensori che interagiscono con il paziente (tecnologie biometriche con o senza parti applicate).

Molto simile al telemonitoraggio è il telecontrollo medico che permette il controllo a distanza del paziente. Si tratta di una attività caratterizzata da una serie cadenzata di contatti con il medico, che pone sotto controllo l'andamento del quadro clinico, per mezzo della videochiamata in associazione con la condivisione di dati clinici raccolti presso il paziente, sia prima che durante la stessa videochiamata.

Infine la telerabilitazione dovrà consentire l'erogazione a distanza di prestazioni e servizi intesi ad abilitare, ripristinare, migliorare, o comunque mantenere il funzionamento psicofisico di persone di tutte le fasce d'età, con disabilità o disturbi, congeniti o acquisiti, transitori o permanenti, oppure a rischio di svilupparli.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Virus Mantovani: serve vaccinarsi «Omicron, rischiamo più casi di Long Covid»

di **Luigi Ripamonti**

«Con Omicron si rischiano anche più casi di Long Covid. Unica difesa, la vaccinazione» spiega Alberto Mantovani.

a pagina 24



IL COLLOQUIO ALBERTO MANTOVANI

«Con Omicron si rischiano anche più casi di Long Covid Unica difesa la vaccinazione»

L'immunologo: cominciamo a capire i fattori alla base della sindrome

di **Luigi Ripamonti**

Il Long Covid è un fenomeno destinato ad aumentare. Lo indica uno studio inglese pubblicato sulla rivista *The Lancet* che ne ha confrontato l'insorgenza dopo l'infezione acuta con le varianti Delta oppure Omicron del virus Sars-CoV-2. Chi è stato infettato con Delta ha una probabilità maggiore di andare incontro a Long Covid, ma Omicron è talmente più diffusa e contagiosa da far prevedere agli autori un notevole incremento della sindrome in termini assoluti.

«L'analisi britannica conferma le nostre preoccupazioni, sia in termini di conseguenze individuali del Long Covid sia di ricadute sociali, e compare in coincidenza con un report sul tema appena elaborato dall'Accademia nazionale dei Lincei», commenta il professor Alberto Mantovani, direttore scientifico dell'Istituto Humanitas di Milano e primo firmatario del documento, che è stato coordinato da Gianni Bussolati e al quale hanno contribuito Maria Concetta Morrone, Carlo Patrono, Gabriella Santoro, Stefano Schiaffino e Giuseppe Remuzzi.

«Del resto già nello studio tedesco Epiloc, il 20% delle persone (fra i 18 e i 25 anni) aveva riferito almeno una mo-

derata compromissione del proprio stato di salute e della capacità lavorativa a distanza dall'infezione acuta», sottolinea Mantovani. «Altre stime inglesi parlano di disturbi nel 20% dei casi dopo cinque settimane e nel 10% dopo tre mesi. Indagini cinesi hanno evocato problemi anche dopo due anni. I sintomi, a cominciare da dolori e spossatezza,



sono di varia gravità e possono investire polmoni e bronchi, sistema nervoso, rene, intestino, senza dimenticare l'impatto sulle funzioni metaboliche. Uno degli impatti che è emerso con maggior forza più di recente è quello che insiste su cuore e vasi».

«In questo caso sembra sia implicata la formazione di microtrombi circolanti che possono impedire la corretta vascolarizzazione di vari organi fra cui anche cuore e cervello», specifica Gianni Bussolati, che è professore emerito di Anatomia Patologica all'università di Torino. «Un fenomeno che preoccupa anche e soprattutto per i bambini, e che potrebbe spiegare l'affaticamento e le difficoltà respiratorie che osserviamo in diversi di loro dopo l'infezione acuta. Cosa che dovrebbe far riflettere sull'importanza della vaccinazione in questa fascia d'età, che invece stenta ancora».

«E proprio sulla vaccinazio-

ne c'è confusione», riprende Mantovani. «Sebbene le indicazioni sul suo ruolo protettivo anche nei confronti del Long Covid siano solide, circolano alcuni dubbi, instillati anche da una ricerca sui veterani americani che riconosce alla vaccinazione una protezione significativa ma limitata verso la sindrome. Questa ricerca ha però grandi limiti metodologici dal momento che ha incluso soltanto il 10% di donne nel campione, sebbene siano più suscettibili al problema, e ha preso in considerazione schemi di vaccinazione incompleti, cioè a base di una sola dose di vaccino con adenovirus o di due dosi con vaccino a mRNA, quando è assodato che ne servono due del primo tipo e tre del secondo. Tant'è vero che dati israeliani, al contrario, dimostrano come il ciclo completo di vaccinazione eserciti un effetto protettivo anche nei casi in cui ci si reinfecti dopo vacci-

nazione o malattia, come sta capitando a moltissime persone con le nuove varianti».

«Se sul ruolo protettivo della vaccinazione restano pochi dubbi, bisogna però sottolineare, e il report dell'Accademia lo fa, che molto rimane da capire sul Long Covid», ammette il professor Mantovani. «Alcuni progressi interessanti sono stati tuttavia compiuti nella comprensione dei fattori che ne possono essere all'origine. Se il primo è lo stato di salute generale di partenza di chi viene infettato ce ne sono altri che entrano in gioco. Uno è la persistenza silente, per esempio nell'intestino o nel sistema nervoso, del virus, che può risvegliarsi e/o innescare reazioni immunitarie. Un altro ruolo può rivestirlo la riattivazione di altri virus quiescenti dentro di noi, come quello di Epstein-Barr o il Citomegalovirus. Infine vi sono indicazioni di deviazioni della risposta immunitaria,

cioè fenomeni autoimmunitari, indotti da Sars-CoV-2. Nel frattempo si stanno cominciando a identificare alcuni biomarcatori di gravità del Long Covid, come citochine, interferoni e Ptx3, una molecola scoperta per la prima volta da noi».

«È possibile che questi meccanismi intervengano in modo differente nelle diverse persone», conclude Bussolati. «E al momento l'unica strategia che abbiamo a disposizione per contrastare il problema è la vaccinazione, anche perché non abbiamo riscontrato una relazione lineare e certa fra gravità della malattia acuta e Long Covid, quindi anche chi ha avuto un'infezione lieve potrebbe andare incontro a un Long Covid pesante».

I sintomi sono di varia gravità e possono interessare più apparati. Un impatto particolare è quello che insiste su cuore e vasi

Incidono lo stato di salute, la persistenza silente del virus o la riattivazione di altri. Identificati alcuni biomarcatori

Ci sono meccanismi diversi nelle persone. Non c'è relazione certa tra gravità della malattia acuta e Long Covid

● **La pubblicazione**

ACCADEMIA DEI LINCEI

Fondata da Federico Cesi nel 1603, è una delle istituzioni scientifiche più antiche d'Europa. Suo il rapporto appena elaborato sul Long Covid, ovvero sulle conseguenze a distanza di tempo dell'infezione dal virus Sars-CoV2

Chi è



● Alberto Mantovani, 73 anni, è direttore scientifico di Humanitas e professore emerito di Humanitas University



Salute 24

Analisi

Long Covid, meno rischi con Omicron

Francesca Cerati — a pag. 21

Long Covid meno probabile con Omicron rispetto a Delta

Analisi. Studio su Lancet indica che la probabilità è tra il 24 e il 50% in meno. Ma il sottotipo BA5 è molto contagioso, quindi i numeri assoluti restano comunque preoccupanti. E le cause sono ancora un mistero

Francesca Cerati

La probabilità di sviluppare il Long Covid con Omicron è minore rispetto alla variante Delta: dal 24 al 50% in meno. È quanto emerge da una nuova analisi britannica pubblicata su Lancet che ha confrontato oltre 56mila pazienti (da dicembre 2021 a marzo 2022) con Omicron rispetto a oltre 41mila pazienti con Delta (da giugno a novembre 2021). I risultati: il 4,4% dei casi Omicron ha sviluppato il Covid lungo contro il 10,8% dei casi Delta. Detto questo, poiché l'ultima variante è molto più contagiosa, i numeri assoluti restano comunque preoccupanti perché riguardano un gran numero di persone, al punto che nei prossimi anni potremmo trovarci di fronte a un'ondata di malattie croniche che si manifestano con difficoltà respiratorie, stanchezza opprimente, insufficienza renale o coaguli di sangue mortali. Una situazione che gli esperti hanno già definito un "evento disabilitante di massa" di proporzioni storiche.

Anche uno studio dei Cdc, pubblicata il mese scorso, ha concluso che almeno uno malato di Covid su 5 potrebbe avere complicazioni post-malattia. E già lo scorso novembre i ricercatori dell'Università del Michigan, basandosi sulla revisione di 40 precedenti studi condotti in 17 Paesi, avevano stimato che oltre il 40% dei sopravvissuti al Covid in tutto il mondo abbia avuto o abbia effetti persistenti dopo la malattia, prevalenza che aumenta al 57% tra i ricoverati. Da

qui, i ricercatori inglesi stanno lanciando uno degli studi clinici tra i più grandi al mondo per testare in modo randomizzato e statisticamente significativo le potenziali terapie per il Long Covid.

E in Italia? Proprio in questi giorni saranno presentati i risultati definitivi dello studio Gi-Covid19 in occasione del Congresso internazionale Ibs Days 2022 di Bologna, ma dai dati preliminari già emerge che oltre mezzo milione di persone in Italia nei prossimi anni potrebbe necessitare di cure per patologie gastroenterologiche come conseguenza del Covid. L'analisi - promossa e coordinata dalla Medicina Interna e Gastroenterologia dell'Irccs Policlinico Sant'Orsola di Bologna diretta da Giovanni Barbara - ha incluso più di duemila pazienti ricoverati con Covid-19 in 36 centri di 12 nazioni europee.

Ma cosa c'è alla base di questo ampio ventaglio di sintomi invalidanti? È quello che si sforzano di comprendere tre ricercatori che pur seguendo teorie diverse condividono lo stesso obiettivo: decifrare le cause del Covid lungo e capire come trattarlo. Uno di loro è il pediatra Danilo Buonsenso del Policlinico Gemelli di Roma, che sta utilizzando una sofisticata tecnica di imaging medico (Spect-Ct) per comprendere meglio il ruolo dei coaguli di sangue. Sospetta, infatti, che i microcoaguli o danni cronici al rivestimento dei vasi sanguigni possano intasare il flusso sanguigno, con effetti disastrosi dal cervello alle articolazioni. «In alcuni pazienti abbiamo aree specifiche in cui il flusso sanguigno

non arriva oppure è ridotto» ha detto su Science Buonsenso, che ha scansionato i polmoni di 11 giovani affetti da una grave forma di Long Covid, ma aveva già pubblicato la prima prova su una ragazza di 14 anni nel luglio del 2021 su The Lancet Child & Adolescent Health.

Nel frattempo, negli Usa, la microbiologa Amy Proal segue una seconda teoria e cioè che il coronavirus persista nel corpo, anche dopo che l'infezione acuta è passata. In Australia, invece, secondo l'immunologa Chansavath Phetsouphanh dell'Università del New South Wales di Sydney, la terza via riguarda il fatto che il sistema immunitario va in tilt, determinando un'inflammatione cronica. Distinguere la complessa sindrome, con una definizione ancora in evoluzione, resta un processo laborioso e graduale. La parte difficile sarà dimostrare che ognuno di questi elementi, da solo o in combinazione, sia effettivamente la causa della molteplice sintomatologia post-Covid. Tutti concordano però sul fatto che la causa "solista" è improbabile. Il virus persistente, ad esempio, potrebbe attaccare il sistema circolatorio, innescando coaguli di sangue o infiammazioni croniche. «Lo vedo come un triangolo - dice Buonsenso - con ogni trigger che potenzialmente spiega, o addirittura amplifica, gli altri».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Moderna investe anche nella salute globale

L'intervista Andrea Carfi

capo ricerche Malattie infettive worldwide di Moderna

Andrea Carfi, capo ricerche Malattie infettive worldwide di Moderna, in video call ci precisa che il vaccino bivalente - che contiene sequenze del virus di Wuhan e di Omicron - atteso se approvato dalle agenzie regolatorie per fine estate - è stato testato su persone che hanno già ricevuto 3 dosi. Sul fatto poi che il vaccino aggiornato contenga ancora la sequenza del coronavirus originario, che ormai non circola più da tempo, e la prima versione di Omicron, anch'essa surclassata dai successivi sottotipi, Carfi spiega che «l'obiettivo del vaccino è quello di proteggere dalle nuove varianti, ma anche da quelle precedenti, quindi alfa, beta e delta. E il vaccino iniziale ha dimostrato di funzionare su queste varianti, quindi per il momento quella parte viene conservata come parte del vaccino bivalente. Nel futuro a seconda di come evolverà la pandemia, quando il virus diventerà endemico, è plausibile che si sostituisca questa sequenza». E aggiunge che hanno già incominciato a testare in pre-

clinica anche una versione che contiene le varianti BA4 e BA5 di Omicron, mentre sono in fase 3 col vaccino contro l'influenza anche in combinazione con Covid e virus respiratorio sinciziale.

Per la dose booster che faremo a ottobre c'è la garanzia che possa essere effettivamente annuale?

In parte dipende dai vaccini ma in parte anche dal virus. Se muta in maniera modesta ci sono più chance che il vaccino protegga nel lungo periodo. Il nostro vaccino prima che arrivasse Omicron a livello d'infezione e non solo di malattia, aveva una protezione del 75-80% per i primi 7 mesi. Poi con i cambiamenti nella proteina spike, più di 30 mutazioni, è diventato come un virus nuovo. In altre parole, stiamo facendo un'esperienza dal vivo di quello che un giorno è successo con l'influenza. Quindi speriamo che il virus cominci ad adattarsi a vivere con l'ospite, però oggi la garanzia nessuno la può avere».

Le minacce alla salute globale vanno oltre Sars-Cov2, basti pensare alla malaria o al più recente vaiolo delle scimmie. È un ambito interessante per Moderna?

«Moderna ha deciso di investire nell'ambito della global health e delle malattie infettive emergenti,

che sono importanti per le economie in via di sviluppo, ma anche un pericolo potenziale di pandemie. A questo scopo l'Oms ha definito una lista di patogeni contro i quali non ci sono vaccini disponibili e abbiamo deciso che entro il 2025 avanzaeremo 15 candidati verso studi clinici in collaborazione con le accademie. I target selezionati rappresentano diverse famiglie di virus. Per ognuna di esse studiamo un patogeno per risalire all'antigene migliore che possa essere applicato all'intera famiglia. In questo contesto la malaria rientra in quanto è un'infezione che colpisce su larga scala paesi in via di sviluppo. Anche per il vaiolo delle scimmie abbiamo iniziato studi pre-clinici e a seconda dei dati che emergeranno decideremo se avviare studi clinici».

—Fr.Ce.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PRIORITÀ
Entro il 2025
avanzaeremo
15 candidati
in studi clinici
in partnership
e con le
istituzioni
accademiche



ANDREA CARFI

A capo del team dei ricercatori che si occupano di malattie infettive per Moderna, negli Stati Uniti



SCENARIO

LA LEZIONE DELLA PANDEMIA

Il nuovo piano vaccinale alla prova della vaccine hesitancy

Ancora poche settimane e arriverà il nuovo Piano nazionale prevenzione vaccinale 2022-2025. A confermarlo è stato il direttore generale della Prevenzione del ministero della Salute Gianni Rezza intervenuto la scorsa settimana nel corso dell'evento "Gli italiani e le vaccinazioni nello scenario post-Covid-19" realizzato da The European House-Ambrosetti con il contributo non condizionante di Pfizer. Tra le novità del piano quadriennale, la possibilità di aggiornare ogni anno l'offerta vaccinale e una maggiore attenzione alla comunicazione e informazione sul valore dei vaccini, per contrastare la *vaccine hesitancy*. Il Calendario vaccinale italiano, tra i più completi, manterrà la sua impostazione attuale per raggiungere gli obiettivi non ancora raggiunti con il vecchio piano, soprattutto per le coperture vaccinali per la popolazione in età adolescenziale e adulta. Con riferimento a queste vaccinazioni, la survey realizzata da The European House-Ambrosetti e dal Centro Interdipartimentale per l'Etica e l'Integrità nella Ricerca del Cnr, in collaborazione con Swg, presentata durante l'evento, ha evidenziato livelli di copertura vaccinali molto bassi, peggiorati con la pandemia. Solo il 34% degli intervistati ha dichiarato di essersi vaccinato contro il papilloma virus (nella fascia 18-30 anni), il 28% contro lo pneumococco (nella fascia 60-70 anni) e l'11% contro l'herpes zoster (nella fascia 60-70 anni). La survey ha inoltre rilevato la fiducia o esitanza degli italiani verso le vaccinazioni. Un elemento positivo che emerge è l'apertura degli italiani a riconsiderare le proprie posizioni in merito alle vaccinazioni: più di 1 su 2, tra i cosiddetti esitanti e contrari alle vaccinazioni anti-pneumococcica e anti-herpes-zoster, si dichiarano disponibili a rivalutare la vaccinazione a seguito di maggiori informazioni. Per le vaccinazioni dell'adulto, inoltre, si segnala la necessità di accelerare l'anagrafe vaccinale nazionale per favorire il monitoraggio e l'implementazione di azioni correttive.

Il nuovo Piano raccoglierà le esperienze della

campagna vaccinale anti-Covid, a partire dal maggiore accesso alle vaccinazioni grazie all'estensione degli orari di apertura dei centri vaccinali e all'ampliamento dei luoghi per la somministrazione, in primis strutture sanitarie e farmacie, che si confermano elemento indispensabile nella nuova medicina di prossimità. L'aumento dei punti di somministrazione è ritenuto infatti uno strumento per aumentare la fiducia nelle vaccinazioni: circa 9 cittadini su 10 sono favorevoli alle vaccinazioni in farmacia. Oltre al maggior dialogo con il medico, altri fattori che emergono come determinanti per aumentare la propensione a vaccinarsi, anche tra coloro che sono esitanti e/o contrari, sono una più efficace informazione/comunicazione delle istituzioni e l'uso di incentivi (economici e non). Partendo da un livello di fiducia elevato verso la vaccinazione (per il 92% dei cittadini), durante la pandemia per il 33% degli intervistati il livello di fiducia è aumentato mentre per il 15% è diminuito, a causa di informazioni imprecise e parziali diffuse e del numero elevato di contagi. Proprio la comunicazione sarà uno degli elementi cardine del nuovo Piano. A tal proposito occorre rimarcare come, seppur la campagna vaccinale anti-Covid sia stato un successo e che il 77% dei cittadini si dichiara già favorevole alla quarta dose (sempre per il prossimo autunno il 95% dei rispondenti si dice propenso a vaccinarsi contro l'influenza), a maggio 2022 solo 1 bambino su 3 nella fascia d'età 5-11 anni ha completato il ciclo vaccinale.

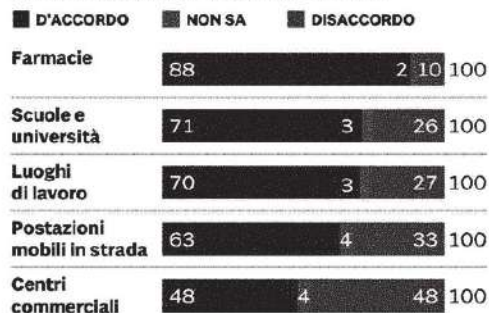
— Daniela Bianco

Partner e responsabile dell'Area Healthcare,
The European House-Ambrosetti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Gli italiani e la vaccinazione

Quanto è d'accordo con la possibilità di somministrare vaccini anche in altri luoghi (in condizioni di sicurezza e igiene e alla presenza di personale specializzato)? Risposte in %



Fonte: Survey The EuropeanHouse - Ambrosetti Healthcare



Pillole anti Covid, flop in farmacia: in un mese solo a 2mila pazienti

Il ritardo. Il ricorso agli antivirali non decolla nonostante le semplificazioni Rasi (ex dg Ema): «Servono linee guida e formazione In vista dell'autunno»

Marzio Bartoloni

Non è bastata la possibilità di farlo prescrivere con una ricetta del medico di famiglia né la grande agevolazione di ritirarlo in farmacia, magari quella sotto casa. L'antivirale Paxlovid, la pillola di Pfizer che cura il Covid a casa assicurando una protezione dell'80-85% dal ricovero, resta ancora una terapia per pochi pazienti. Troppo pochi visto che in oltre un mese, cioè da quando è scattata questa doppia semplificazione - prima era necessario passare per i centri ospedalieri gli unici autorizzati a distribuirlo - solo 2210 italiani hanno potuto ritirare in farmacia questa cura che deve essere assunta entro cinque giorni dalla scoperta della positività: in pratica neanche un centinaio di pazienti al giorno in tutta Italia a fronte di contagi che oggi viaggiano a una media di 30mila positivi.

Colli di bottiglia nelle Regioni, residua burocrazia e medici di famiglia poco formati e informati hanno frenato il ricorso a questo antivirale, come del resto anche alle altre terapie disponibili. A limitare ancora di più il suo utilizzo è anche la platea dei possibili "beneficiari" che finora è circoscritta ai pazienti che presentano almeno una patologia importante - tumori in fase attiva, malattia cardiovascolare grave, insufficienza renale cronica, ecc. - che rischiano il ricovero, ed esclude a esempio tra i criteri di elezione quello della sola età. «Dovrebbe essere prescrivibile almeno per tutti gli over 75 oltre che per chi ha patologie importanti», spiega il microbiologo Guido Rasi in passato dg dell'Ema, l'Agenzia Ue del farmaco, e consulente dell'ex commissario Figliuolo. Rasi sottolinea come «a fronte dei quasi 30mila positivi al giorno mi aspetterei almeno mille pazienti

trattati con il Paxlovid. Penso che in vista dell'autunno questo non sia un bel segnale se vogliamo ridurre la mortalità per Covid che vede l'Italia sempre tra i primi Paesi. Perché nella guerra al Covid se il vaccino è il cannone gli antivirali e i monoclonali sono i nostri fucili. Perché non usarli subito tutti senza aspettare l'autunno?».

Secondo l'ultimo report pubblicato nei giorni scorsi dall'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco, su un totale di 17.839 trattamenti di Paxlovid finora erogati in Italia - che ne ha acquistati 600mila in tutto - sono stati 2.210 quelli ritirati direttamente dai pazienti in farmacia, tramite distribuzione per conto. La decisione di farli prescrivere ai medici di famiglia risale al 21 aprile scorso, poi c'è stato il protocollo con i farmacisti e la distribuzione effettiva è iniziata solo i primi giorni di maggio. L'ultimo monitoraggio dell'Aifa arriva fino al 7 giugno: ecco dunque che in poco più di un mese solo 2200 italiani hanno potuto sfruttare la nuova procedura prescrittiva facilitata. Addirittura nell'ultima settimana monitorata (2-8 giugno) le prescrizioni - 437 in tutto - si sono ridotte dell'8% rispetto alla settimana precedente (erano state 478) e hanno raggiunto soltanto lo 0,35% dei positivi di quella settimana (125mila circa). Come mai così pochi farmaci erogati? «La procedura attivata forse è ancora troppo complicata: il medico di famiglia deve seguire un piano terapeutico come se si trattasse di una malattia cronica», spiega Rasi. Che aggiunge: «Forse qualcosa in più poteva essere fatto anche se l'Aifa alla fine il suo lavoro l'ha fatto per semplificare la procedura, il problema è soprattutto sul territorio visto che non tutte le Regioni si sono mosse rapidamente. Credo - aggiunge l'ex direttore generale dell'Ema - siano necessari

dei sistemi di standard per incentivare l'utilizzo di questi farmaci come un piano di comunicazione e delle linee guida specifiche per i medici che vanno anche formati su queste nuove terapie. È il momento rodare la macchina questa estate in modo da farsi trovare pronti in autunno».

Il report dell'Aifa oltre al Paxlovid - l'antivirale più efficace finora anche se dagli Usa arrivano i primi dati su larga scala che mostrano come una percentuale dei pazienti resti positivo anche dopo il trattamento - conteggia anche l'antivirale Lagevrio (molnupiravir) di Merck: finora ad averlo assunto sono state 29.535 persone, ma anche qui c'è un calo rispetto alla settimana scorsa ancora più evidente (-16,33%). Sono stati infine 10.815 i pazienti trattati con il remdesivir (l'antivirale per via endovenosa) non ospedalizzati e 92.760 in regime di ricovero con necessità di ossigenoterapia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Nella settimana 2-8 giugno prescrizioni di Paxlovid in calo (-8%); raggiunto solo lo 0,35% del totale dei positivi



ANTIVIRUS



EFFETTI AVVERSI, PERCHÉ INSABBIARE?

✱ CIÒ CHE NON È STATO compreso o, forse, volutamente trascurato nel timore di creare perplessità nei confronti della vaccinazione Covid, è l'approfondimento degli effetti collaterali. Più si indaga sugli effetti avversi di una terapia, maggiori sono le probabilità di raggiungere l'effetto desiderato. Non si può dire che questo principio sia stato rispettato dal *V Day* (primo giorno di vaccinazione) del 27 dicembre 2020 a oggi. Coloro che hanno parlato di possibili effetti collaterali o di limitazioni di impiego nelle diverse fasce d'età, sono stati accusati di mettere in discussione il vaccino e, spesso, messi a tacere con la marcatura "no-vax". Un'analisi retrospettiva evidenzia come questo percorso sia stato, non solo errato, ma anche dannoso. Stefano Paternò, un militare di Siracusa, muore dopo la dose di vaccino Astra Zeneca. Aifa blocca un

lotto di vaccino dopo tre morti sospette, ma a marzo aveva pubblicato sul sito il pericolo di rari fenomeni di trombosi soprattutto nei giovani e prima ancora Ema aveva stabilito che il vaccino anglo-svedese avrebbe dovuto essere destinato "in via preferenziale" agli over 60. Camilla Canepa viene vaccinata il 25 maggio e il 3 giugno si era presentata all'ospedale di Lavagna per una fortissima cefalea e fotosensibilità. La giovane veniva dimessa l'indomani, dopo una tac senza contrasto, nonostante le piastrine fossero in forte discesa. Ritornata nello stesso ospedale il 5 giugno in condizioni disperate per una trombosi al seno cavernoso, trasferita al policlinico S. Martino di Genova, operata alla testa, moriva il 10 giugno. Notiziari ed esperti prima ancora che fosse effettuata l'autopsia, escludevano la causa vaccinale, che poi verrà confermata, molto si-

lenziosamente. Si aspetta il 18 giugno per riservare tale vaccinazione agli over 60. Alcuni sanitari si permettono di indicare il controllo post vaccinale del D-dimero e fibrinogeno ma vengono messi a tacere. I pazienti vengono abbandonati al loro destino. È questa la sorveglianza dell'impiego di una nuova (necessaria) vaccinazione? Vero è che sono state risparmiate circa 22.000 vite, ma certamente, se avessimo immediatamente approfondito e studiato gli inevitabili fattori avversi, avremmo potuto aggiungerne qualche decina.

MARIA RITA GISMONDO

*direttore microbiologia clinica
e virologia del "Sacco" di Milano*



Risale il numero dei contagi nel Lazio

Onde elettromagnetiche per distruggere il Covid

Sbraga a pagina 9

LOTTA AL COVID

La nuova tecnologia, presentata al «Mind» di Milano, ha un raggio d'azione di 50 metri quadrati

Onde elettromagnetiche per distruggere il virus

Un apparecchio «inibisce» il 90% degli agenti patogeni negli ambienti chiusi

LUIGI FRASCA

••• Si chiama E4Shield, è una tecnologia completamente realizzata in Italia, e potrebbe diventare la soluzione per debellare la diffusione dei virus - in questo caso il Covid 19 - all'interno di ambienti chiusi, come scuole, ascensori o mezzi di trasporto. Si tratta di un semplice apparecchio - presentato ieri a Mind, Milano Innovation District - che, emettendo onde elettromagnetiche «inibisce» la carica virale degli agenti patogeni. La tecnologia è stata sviluppata in prototipo e sarà disponibile in due versioni: il dispositivo ad installazione a parete e quello wearable che possono generare rispettivamente una zona di protezione di 50 mq e di 3 m. Lo sviluppo per l'industrializzazione e la commercializzazione avverrà nei prossimi mesi: di installazione immediata, sarà compatibile con qual-

siasi altra tecnologia e con la presenza dell'uomo.

L'innovazione tecnologica di E4Shield, spiegano i ricercatori, si basa infatti sulle evidenze scientifiche riportate in diversi contributi della letteratura di settore, tra cui uno studio pubblicato dalla rivista Nature, che hanno ampiamente dimostrato la capacità delle onde elettromagnetiche di inibire la carica virale degli agenti patogeni. Si tratta infatti di una soluzione «disruptive» unica al mondo realizzata da Elettronica Group, leader mondiale nei sistemi di difesa elettronica - guidata da Enzo Benigni, presidente e Ceo, Domitilla Benigni, Ceo e Direttore generale e Lorenzo Benigni, Vicepresidente e Direttore relazioni istituzionali - e che ha come partner la società Lendlease.

E4Shield è una tecnologia che ha ottenuto la certificazione CE e SAR la cui

efficacia è stata testata attraverso diversi test di laboratorio. È stato anche depositato un brevetto internazionale per invenzione a livello industriale. Ma come si è arrivati a questo risultato? Innanzitutto, spiegano ancora i ricercatori, sono state messe a punto le condizioni su superfici, poi si è passati ai test in aerosol nei laboratori Virostatics, per mimare la principale via di trasmissione di SARS-CoV-2, infine ci si è concentrati su emissioni compatibili con la presenza dell'uomo, confermando la inattivazione del virus del 90% in aerosol. La soluzione è stata poi sviluppata avvalendosi della partnership scientifica dell'Ospedale Luigi Sacco di Milano e il dipartimento scientifico dell'ospedale Militare del Celio per condurre test e dei laboratori



IL TEMPO

Virostatics per validare l'inattivazione del virus in aerosol.

Il principio fisico della risonanza elettromagnetica alla base della tecnologia ha valenza universale, spiegano ancora, per cui i dati ottenuti e riprodotti in laboratorio fanno presumere che la tecnologia possa essere applicabile a

nuove minacce virali, a virus respiratori e batteri che rappresentano la maggiore minaccia per l'uomo. La soluzione è stata sviluppata avvalendosi della partnership scientifica dell'Ospedale Luigi Sacco di Milano e il dipartimento scientifico dell'ospedale Militare del

Celio per condurre test e dei laboratori Virostatics per validare l'inattivazione del virus in aerosol.

Protezione personale

Il dispositivo può essere anche indossato e ha una protezione fino a 3 metri. La vendita inizierà nei prossimi mesi

Partnership

La nuova metodologia è stata sviluppata in collaborazione con l'ospedale meneghino Sacco e con il Celio di Roma

La scoperta

Il dispositivo che «inibisce» il Covid-19 può anche essere indossato e ha una efficacia fino a 3 metri



03

Tumori, ematologo Corradini: 'da Car-T risultati importanti, nodo sostenibilità'

"In Italia saremo arrivati ormai a 500-600 pazienti infusi con le Car-T", terapia innovativa oggi utilizzata per alcuni tipi di malattie oncoematologiche, che si basa su cellule immunitarie del paziente ingegnerizzate e opportunamente modificate geneticamente per riconoscere e combattere le cellule tumorali.

"Una trentina i centri adesso qualificati" lungo la Penisola. "Noi all'Istituto nazionale tumori (Int) di Milano abbiamo cominciato tutto il processo dal 2017, primi in Italia a utilizzare protocolli clinici per questa terapia e abbiamo la casistica più grande del Paese. Oggi celebriamo i primi 100 pazienti, anche se in questo momento abbiamo già superato questo traguardo". A fare il punto sulla 'rivoluzione Car-T' e sulle prospettive future è Paolo Corradini, professore di Ematologia dell'università degli Studi di Milano e direttore di Ematologia dell'Int. L'occasione il 'Meeting 100 Car-T', organizzato venerdì 17 giugno dall'Irccs di via Venezian per raccontare "una bella storia del sistema sanitario italiano".

I pazienti trattati all'Int "sono tutti pazienti adulti con linfoma e qualche paziente con mieloma". I risultati sono importanti, sottolinea Corradini: "Circa il 50% dei pazienti con linfoma guarisce, pazienti che non hanno nessuna opzione terapeutica. Ed è la prima terapia genica dell'umanità che ha portato a questo risultato decisamente stratosferico. Si apre ora la sfida di applicarle ad altre patologie, per le quali sono già in corso tanti studi e si aprono dei quesiti di sostenibilità. Perché queste sono terapie costose". Siamo nell'ordine di "circa 325mila euro a paziente". Sono queste le domande aperte e "ci sono anche delle riflessioni etiche sul lungo termine, sulla sicurezza di questi



prodotti".

E' importante continuare ad approfondire ed esplorare le potenzialità di queste terapie avanzate, aggiunge Corradini, "sapere se questo trattamento è sicuro visto che è molto efficace. Se lo fai in una patologia molto avanzata ti assumi dei rischi. Se lo fai in un paziente in fase di patologia precoce, a maggior ragione vuoi essere certo sulla sicurezza" in un arco di "tanti anni". "Voglio ricordare - evidenza - anche il coraggio dei nostri pazienti e ribadire il ruolo fondamentale dell'assistenza specialistica multidisciplinare, della ricerca e della formazione. E' certamente anche un momento di riflessione per comprendere quando sia grande il valore del nostro sistema sanitario e a maggior ragione in uno scenario difficile come quello della pandemia".

Ricerca che si trasforma in un "trattamento salvavita per alcuni pazienti, una speranza per chi ha esaurito tutte le altre opzioni terapeutiche - dice l'ematologo - Ci impegniamo a continuare e a coinvolgere altre discipline. In istituto questo percorso, va detto, è stato vissuto fin dall'inizio e in ogni fase con grande entusiasmo". Un'innovazione, riflette il direttore scientifico dell'Int, Giovanni Apolone, "diventa tale solo quando è accessibile a tutti. Quindi, oltre a rendere disponibile questa tecnologia ad altre tipologie di pazienti e in particolare a quelli con tumori solidi, dobbiamo fare il possibile per garantire una piena disponibilità a tutti i pazienti eleggibili per il trattamento ed eliminare possibili barriere e ostacoli. Si tratta di terapie complesse e costose, chiaramente non alla portata di tutti gli ospedali. Quindi avanti con la ricerca, ma attenzione al problema dell'appropriatezza e sostenibilità nel contesto del nostro sistema universalistico".



Farmaci, studio italiano: anti-impotenza tadalafil efficace nel diabete

L'uso quotidiano di tadalafil si candida ad essere una nuova opzione terapeutica per le complicanze cardiache, renali e immunitarie del diabete, ma con benefici diversi, in uomini e donne. Il farmaco, un inibitore dell'enzima della fosfodiesterasi di tipo 5 (PDE5i), inizialmente indicato per la disfunzione erettile, ottimizza la dinamica della contrazione cardiaca negli uomini ma non nelle donne in menopausa. In ogni caso, migliora la funzione immunitaria e renale di uomini e donne, rivelando una specificità sessuale e tissutale finora sconosciuta. Sono questi i principali risultati dello studio clinico italiano pubblicato su 'Science Translational Medicine'.

“È un esempio molto interessante di drug repurposing, cioè di riposizionamento farmacologico, un tema di cui si discute molto anche nell'ambito del Pnrr perché l'impiego, con nuova indicazione, di un farmaco già in commercio è un modo rapido per tradurre le ricerche scientifiche in benefici per il paziente, con risparmio di tempo, risorse e minimo impatto ambientale”, spiega Andrea Isidori, Ordinario di Endocrinologia presso il Dipartimento di Medicina Sperimentale dell'Università di Roma Sapienza e presidente della Società italiana di andrologia e medicina della sessualità e coordinatore dello studio appena pubblicato.

Il carico di malattie cardiovascolari legate al diabete è in aumento e la nefropatia diabetica è la prima causa di dialisi. L'infiammazione cronica di basso grado determina un danno cardiaco (cardiomiopatia diabetica) e renale, contro il quale non ci sono attualmente dei trattamenti efficaci.

Il lavoro, dal titolo 'Sex-specific effects of daily tadalafil on diabetic heart



kinetics in Recogito, a randomized, double-blind, placebo-controlled trial' è frutto di una ricerca indipendente dell'Università Sapienza di Roma, ideata e condotta al Policlinico Umberto I della Capitale che ha coinvolto un team di ricercatori a livello nazionale. “Una volta scaduto il brevetto – spiega Isidori - è possibile svolgere sui farmaci la ricerca indipendente. La classe di farmaci PDE5i a cui appartiene tadalafil - continua – era stata inizialmente sviluppata per l'angina cardiaca. L'effetto collaterale pro-erettile ha distolto l'attenzione degli studi da quello per cui era stato inizialmente indagato”.

Il gruppo indipendente ha continuato a esplorare il potenziale dei PDE5i. “In primo luogo – precisa Isidori - abbiamo pubblicato i loro effetti anti-rimodellamento vascolare (su 'Circulation'), quindi l'efficacia nello scompenso cardiaco ('Bmc-Medicine') e nella nefropatia diabetica ('Scientific-Report'). In 'Science Translational Medicine', abbiamo completato la parte più difficile, documentando la specificità del sesso e dei tessuti. Identificando un complesso dialogo incrociato tra i cambiamenti renali e cardiaci dovuti al diabete. Indagando eventuali marcatori molecolari, abbiamo identificato klotho e le sottopopolazioni monocitarie come nuovi attori in questo contesto. Abbiamo quindi dimostrato che il tadalafil inverte i cambiamenti indotti dal diabete. Ma non tutti migliorano allo stesso modo perché c'è una differenza di sesso”.

Lo studio italiano ha arruolato 122 soggetti, uomini e donne, con diabete (età 45-80 anni) e cardiomiopatia diabetica. A metà è stato dato il tadalafil una volta al giorno e all'altra il placebo. “Abbiamo scelto questo PDE5i perché ha un'emivita più lunga – osserva Isidori – e rimane in circolo per un tempo superiore alle 24 ore, dopo singola assunzione”. A distanza di 5 mesi



“abbiamo osservato cosa accadeva a livello del cuore - continua l'esperto- come si modificava la contrazione cardiaca che è tipica del cuore del paziente diabetico, con movimenti rotatori complessi visibili alla risonanza magnetica”. I ricercatori hanno visto che negli uomini che assumevano tadalafil migliorava la modalità di contrazione, si invertiva il movimento che era stato alterato a causa del diabete, tornando quasi a normalizzazione.

“Nelle donne, questo fenomeno sul cuore non si è verificato – sottolinea Isidori -. Abbiamo scoperto il perché: erano tutte donne in menopausa. Questo elemento presuppone che ci sia un ruolo degli ormoni femminili sulla responsività cardiaca. In entrambi i sessi c'è stato però un miglioramento a livello renale e dei parametri legati all'infiammazione cronica caratteristica del paziente diabetico. “Il lavoro di fatto dimostra un'azione tessuto e sesso specifica del farmaco e rende più vicina la medicina di precisione, adattata sul singolo paziente”, sintetizza.

“I candidati ideali per ulteriori studi, necessari per l'autorizzazione della nuova indicazione per la prevenzione primaria, sono gli uomini con diabete che iniziano a sviluppare disfunzione erettile e ipertrofia cardiaca. Nelle donne- aggiunge l'andrologo - può avere effetti benefici a livello cardiaco prima della menopausa o in perimenopausa ovvero nel caso in cui abbiano problemi renali come nefropatia diabetica. Rispetto ad altri farmaci, il rapporto costo-efficacia dei PDE5i è vantaggioso perché, con la scadenza del brevetto, sono diventati estremamente economici. Il tadalafil – conclude Isidori - diventa un'alternativa conveniente anche perché gli effetti avvengono in modo indipendente dalla glicemia quindi può essere combinato con le cure ipoglicemiche disponibili”.



Errori & scienza Senza controllo della comunità scientifica, ciò che pubblicano le riviste è solo marketing

Ecosì, per l'ennesima volta – la quarta – Lancet pubblica una nota di errore per un articolo sul vaccino Sputnik, di cui a suo tempo avevo

CATTIVI SCIENZIATI
segnalato i numerosi problemi.

Credo possa essere interessante riportare qui la traduzione integrale della nota di errore: "In questo articolo, la prima frase del sommario e la prima frase della sezione dei risultati va corretta in "358431 (27,9 per cento) nell'analisi di ChAdOx1 nCoV-19". Nella tabella 1, sono stati modificati la percentuale di casi di rAd26-rAd5 fra i maschi di età compresa tra 60 e 69 anni; i casi rAd26-rAd5 di 60-69 anni, 70-79 anni e 80 anni con COVID-19 confermato mediante RT-PCR prima del periodo di studio; i casi ChAdOx1 nCoV-19 di 60-69 anni e BBIBP-CorV di 60-69 anni che sono morti; i casi BBIBP-CorV di età compresa tra 70 e 79 anni vaccinati con una dose; i controlli BBIBP-CorV di 60-69 anni, 70-79 anni e 80 anni vaccinati con una dose; e i controlli BBIBP-CorV di età compresa tra 60 e 69 anni e 80 anni vaccinati con due dosi. Il numero di controlli ChAdOx1 nCoV-19 di 80 anni vaccinati con due dosi è stato corretto a 13496/62427. Anche l'appendice è stata corretta. Queste correzioni sono state apportate alla versione online a partire dal 9 giugno 2022".

Ora, questa scarna comunicazione di errore e correzione ci dice alcune cose, ma più ancora non ne dice molte altre, che sarebbero indispensabili.

Ci dice innanzitutto che tutto l'ar-

ticolo originale, come da segnalazione, era affetto da errori marchiani: si correggono i dati in 12 diverse collocazioni nel testo principale, e si corregge la figura duplicata nell'appendice. Tutto ciò significa una sola cosa: che il testo originale non aveva passato alcuna revisione che abbia significato, e che Lancet, quindi, è recidiva nel continuare ad accettare a occhi chiusi qualunque immondizia riguardi il vaccino Sputnik, anche quando, come abbiamo più volte sostenuto, ci sarebbe ben modo di ottenere risultati utili e significativi per quel prodotto. Peraltro, come è stile di Lancet, il fatto che l'articolo originale sia errato non è nemmeno opportunamente segnalato, come vorrebbero le linee guida in materia, che richiedono una evidenziazione prominente in caso di correzioni o altre modifiche.

Ma la cosa peggiore è un'altra: nonostante le correzioni apportate certifichino i problemi originali, fatto salvo il conflitto di interesse di taluni fra gli autori, la rivista continua, ostinatamente, ad accettare che gli autori di questo e di altri lavori su Sputnik possano sostanzialmente dilazionare all'infinito o negare l'accesso ai dati originali, nella loro interezza.

Ora, questo avviene a valle della pubblicazione dell'elenco di sciocchezze oggi corretto, a dimostrazione che nemmeno i revisori del lavoro hanno a suo tempo controllato quei dati; e proprio per questo motivo la politica della rivista appare inaccettabile.

Ci troviamo quindi nella seguente

situazione: sappiamo che l'articolo originale pubblicato da Lancet era certamente pieno di errori, perché, per fortuna, erano errori di un tipo tale da rendere inconsistenti i dati presentati. Per quello che riguarda la forma attuale del lavoro, però, non siamo in grado di pronunciarsi sul fatto che sia solido: sappiamo solo che gli errori evidenti non ci sono più, ma non abbiamo nessuna giustificazione né per quel che riguarda l'origine di quegli errori, né per quel che riguarda l'attuale corrispondenza tra quanto pubblicato e i dati realmente raccolti sul campo.

Chi nega la possibilità di questo controllo, ovvero la rivista, sta negando la radice stessa della procedura scientifica, frapponendosi fra gli autori e il resto della comunità dei ricercatori: cosa facciamo, torniamo al prescientifico "ipse dixit", nella sua moderna versione "ipsi impressit"?

Oppure, forse, la soluzione che andrebbe considerata è un'altra: tutto ciò che venga pubblicato, da Lancet o da qualunque altra rivista, senza che la comunità scientifica abbia la possibilità di controllare a fondo, non è scienza, ma marketing scientifico pubblicato sulle patinate pagine di quelli che furono giornali scientifici.

Enrico Bucci



L'ALLARME

È la Regione con più casi in una sola giornata (2.634) e più ricoveri in terapia intensiva: 44

Nel Lazio record di contagi Pronto soccorso al collasso

ANTONIO SBRAGA

••• L'avvio del solstizio d'estate riaccende il ritorno di fiamma del Covid, che assegna al Lazio una doppia maglia nera: è la Regione che ha fatto registrare ieri il più alto incremento di contagi (2.634) e quella col numero maggiore di ricoverati nei reparti di Terapia intensiva (44). Risulta anche sul mesto podio dei degenti-Covid nei reparti d'area medica: al terzo posto con 501 ricoverati dietro Sicilia (599) e Lombardia (589).

Ma a preoccupare la Capitale (1.810 casi) è anche l'alto «rapporto tra positivi e tamponi: è al 25,8%». Anche perché ieri nei 50 Pronto Soccorso del Lazio alle ore 11.30 si contavano ben «774 pazienti in attesa di ricovero o trasferi-

mento» (calati di poco, a 691, sette ore più tardi). A partire dai 78 in attesa di un letto al policlinico Gemelli

(su 145 pazienti in trattamento), i 75 a caccia di un posto in reparto all'ospedale di Latina (su un totale di 136 nel Pronto Soccorso) e i 74 in stand-by al Pertini sui complessivi 100 pazienti presenti nelle astanterie.

«I Pronto Soccorso sono già una polveriera. Tra carenza di personale e crepe strutturali e organizzative vecchie come il mondo, che nessuno ha mai sanato. Con Omicron 5 alle porte e l'aumento graduale dei contagi, è lecito chiedersi se saremo davvero in grado di affrontare una nuova emergenza», avverte

il presidente del sindacato infermieristico NursingUp, Antonio De Palma. «Nel Lazio, Roma est è in ginocchio. A soffrire di più, come certificato anche dalle recenti ispezioni dei Carabinieri del Nas, è il quadrante est della capitale, in cui posti letto per mille abitanti sono molti meno che nel resto di Roma e dove l'unico pronto soccorso pubblico in grado di smaltire le urgenze è quello del Policlinico di Tor Vergata. Manca il filtro della medicina del territorio, posti letto e personale scarseggiano, medici e infermieri d'urgenza fanno il lavoro di altri. E le soluzioni di Regione e Pnrr sono solo delle toppe», aggiunge De Palma.

Ma anche in Campania «il

caos regna sovrano al pronto soccorso dell'ospedale Cardarelli di Napoli. Per cercare di districarsi sono spuntati anche i post-it sulle barelle: fogli A4 con il cognome del paziente scritto a mano - sottolinea il Nursing Up - In Sicilia, invece, locali ancora fatiscenti e ritardi nei lavori al Pronto soccorso del policlinico di Messina: il personale è lasciato in una tenda a fare una sorta di pre-triage. Ma pure in Trentino Pronto soccorso nel caos: carenza di professionisti all'acme e concreto rischio di fuga di molti verso il privato e l'estero».

Caos

Ben 774 i pazienti nei reparti di emergenza in attesa di ricovero. Situazione critica anche in Campania e in Sicilia

Caos

Ben 774 i pazienti nei reparti di emergenza in attesa di ricovero. Situazione critica anche in Campania e in Sicilia

Rianimazione
Nel Lazio sono 44 i malati di Covid ricoverati in terapia intensiva. È il dato più alto d'Italia (LaPresse)



EMERGENZA COVID

Il bollettino parallelo dei medici d'urgenza Troppi positivi invisibili

di **Arianna Di Cori**

Gli "invisibili" del Covid sono oltre 10 volte di più rispetto ai numeri ufficiali. E hanno un luogo in comune: il Pronto Soccorso. Ieri, secondo la Regione, i nuovi ricoverati erano solo 8. Ma i dati raccolti dai primari di 22 reparti di urgenza (circa la metà del totale dei Ps nel Lazio), raccontano un'altra realtà. «Nelle ultime 24 ore abbiamo accolto oltre 100 pazienti colpiti dal virus, di cui 32 con polmonite, gli altri affetti da altre patologie e positivi, bisognosi di posti letto dedicati – spiega Giulio Maria Ricciuto, presidente della Simeu Lazio – pazienti che rimangono all'interno dei Pronto Soccorso, perché la rete dell'emergenza

Covid non garantisce più il loro trasferimento e ricovero, che nemmeno figurano nei numeri che vengono comunicati ogni giorno, come se non esistessero». Per offrire una fotografia accurata dell'inferno quotidiano, i primari di emergenza hanno deciso di creare un bollettino alternativo: EmerLazio.net. Una piattaforma per addetti ai lavori, i cui risultati verranno resi pubblici così come avviene con i dati quotidiani della regione. Stando ai dati di ieri stati soccorsi 2500 pazienti nelle ultime 24 ore. «Di questi – prosegue Ricciuto – il 40%, era trattato in barella, nei corridoi, ovunque, con le stesse poche e scarse risorse professionali a disposizione. Denunciamo oltre alle difficoltà evidenti, la stanchezza di non vedere all'orizzonte piani

gestionali, nonostante la pandemia avrebbe dovuto averci insegnato tanto». E l'accordo tra Regione Lazio e Simeu per migliorare le condizioni nei reparti di urgenza? «I posti a disposizione nel Lazio sono 450 tutti occupati – continua il primario – e l'unico motivo per cui i numeri sui ricoveri oscillano poco è perché la maggioranza dei pazienti che avrebbe bisogno di un posto letto rimane in carico a noi».

Secondo gli operatori del pronto soccorso del Lazio i dati reali del virus sono dieci volte quelli ufficiali

▲ In corsia

I numeri dei contagiati da Covid e ricoverati restano bassi a causa della grande quantità di pazienti in carico ai pronto soccorso

