



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

12 APRILE 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



Villa Sofia-Cervello, si cercano medici per le aree di emergenza

Al via una selezione pubblica e per soli titoli, con l'obiettivo di formulare una graduatoria per incarichi a tempo determinato.

12 Aprile 2022 - di [Redazione](#)



PALERMO. A **Villa-Sofia Cervello** si cercano con urgenza medici per le aree di emergenza. Al via, infatti, una selezione pubblica e per soli titoli, con l'obiettivo di formulare una graduatoria per incarichi a tempo determinato. Si tratta, appunto, della disciplina di Medicina e chirurgia d'accettazione e urgenza o equipollente o affine e *“per comprovate esigenze di carattere esclusivamente temporaneo o eccezionale”*. [La delibera](#) è stata pubblicata sul sito internet aziendale l'11 aprile e il termine di scadenza per presentare le istanze è il 26 aprile 2022.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA **.it**

Covid, Oms monitora nuove sotto-varianti Omicron BA.4 e BA.5

12 Aprile 2022



(ANSA) - ROMA - L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha iniziato a monitorare due nuove sotto-varianti di Omicron: BA.4 e BA.5. Le due varianti, identificate per la prima volta in Sudafrica rispettivamente a gennaio e febbraio, per il momento hanno una diffusione molto limitata. Non è però chiaro se le mutazioni aggiuntive conferiscano loro un ulteriore vantaggio in termini di trasmissibilità o di capacità di eludere la risposta immunitaria. Le due varianti erano state inserite nei giorni scorsi anche nei monitoraggi della UK Health Security Agency e dell'ECDC. Secondo i dati dell'agenzia britannica al 25 marzo la variante BA.4 era stata identificata in Sudafrica (41 casi), Danimarca (3), Botswana (2), Inghilterra (1) e Scozia (1). Della variante BA.5 sono stati isolati invece 27 campioni, tutti in Sudafrica. "Per queste varianti, sono disponibili prove sulle proprietà genomiche, epidemiologiche o in vitro che



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

potrebbero implicare un impatto significativo sulla trasmissibilità, gravità e/o immunità; realisticamente potrebbero avere un impatto sulla situazione epidemiologica nell'Unione Europea o nello Spazio Economico Europeo. Tuttavia, le prove sono ancora preliminari o associate a grande incertezza", si legge nel report ECDC.



Dir. Resp.: Marco Tarquinio

L'ANDAMENTO DELLA PANDEMIA

Covid, positività in calo ma 115 morti

Studio dell'Ospedale Niguarda di Milano: due casi di miocardite ogni 1.000 ricoverati

Tornano sopra quota 100 i decessi attribuiti al Covid-19 in Italia: 115 quelli di ieri (25 in più del giorno prima), che portano il totale a 160.863. Il tasso di positività si attesta al 14,7% (15,1 domenica), con 28.368 nuove infezioni (su 192.782 tamponi processati). Sono 466 i pazienti ricoverati in terapia intensiva, uno in più rispetto a domenica nel saldo tra entrate e uscite. Gli assistiti nei reparti ordinari sono invece 10.256, ovvero 218 in più in 24 ore.

Dall'ultimo monitoraggio settimanale dell'Istituto superiore di sanità e del ministero della Salute, risulta stabile al 15% l'occupazione di posti nei reparti ospedalieri di "area non critica" (un anno fa era al 42%). Il dato è in leggera flessione rispetto al 15,5% registrato venerdì scorso. Tuttavia, la percentuale resta al 42% in Umbria e supera la soglia del 20% in altre 7 regioni: Calabria (32%), Sicilia (26%), Basilicata (25%), Puglia e Abruzzo (22%), Marche (21%) e Sardegna (21%). È stabile anche l'occupazione delle terapie intensive, al 5% (un anno fa segnava il 39%), e solo la Sardegna (13%) supera

la soglia di allerta del 10%. Intanto, uno studio italiano ha mostrato che la miocardite (infiammazione del cuore) da Covid non è un evento diffuso: colpisce solo 2,4 pazienti ricoverati su 1.000, si associa spesso ad altre complicanze o alla polmonite e, in circa un caso su 5, i pazienti con questa patologia hanno bisogno di supporto meccanico per la circolazione, oppure muoiono in ospedale. La ricerca, pubblicata sulla rivista *Circulation*, è stata guidata dal cardiologo Enrico Ammirati, del dipartimento Cardiotoracovascolare "De Gasperis" dell'Ospedale Niguarda di Milano. «Sebbene il Sars-CoV-2 sia un virus che porti prevalentemente a una malattia respiratoria acuta, c'è un piccolo gruppo di individui che può anche manifestare complicanze cardiache – afferma Ammirati –. In precedenza, un altro studio ha indicato che una rara complicanza del Covid-19 è proprio la miocardite. Adesso, la nostra analisi su dati internazionali offre una visione più completa, in particolare anche su un periodo precedente a quello in cui i vaccini erano ampiamente disponibili».

L'analisi ha tenuto conto dei dati di 57.000 persone ricoverate per Covid, tra febbraio 2020 e aprile 2021, in 23 ospedali statunitensi ed europei. È emerso che 54 individui – sulla base di risonanza cardiaca e altri esami specifici – hanno avuto la miocardite, portando quindi a una stima di 2,4 casi ogni 1.000 pazienti. Le persone con miocardite, per il 61% maschi, concludono i ricercatori, tendono ad avere più complicanze e un rischio di morte di gran lunga più elevato, addirittura del 15,1% se, assieme alla miocardite, c'è anche la polmonite.

Vito Salinaro

Nelle ultime 24 ore 218 ricoveri in più nei reparti ordinari, soltanto uno nelle terapie intensive: in queste ultime l'occupazione è stabile al 5%



INTERVISTA A SILVESTRI

“Il Covid entra
in fase benigna,
ricadute possibili”

© CASELLI A PAG. 11

L'INTERVISTA • Il virologo Guido Silvestri

“Il virus è entrato in fase benigna
Ma prepariamoci alle ricadute”

» Stefano Caselli

“**C**he questa sarebbe stata l'evoluzione del virus, con buona pace dei virologi da ombrellone che pensavano il contrario, lo avevamo già previsto nel 2020. E così è avvenuto”. Parola di Guido Silvestri, virologo di fama internazionale e docente alla Emory University di Atlanta, secondo cui il Covid è entrato “in una fase benigna”.

Professore, quindi possiamo dire che la pandemia sta finendo?

Non è così, ma già due mesi fa sostenevo che, con i vaccini e l'arrivo di Omicron, sarebbe presto finita la fase emergenziale della pandemia. E così è stato. Dovremo convivere con Sars-CoV-2 come si convive con tanti altri virus.

Il decorso delle varianti, sempre più contagiose ma in apparenza meno letali, è in linea con lo sviluppo delle passate pandemie?

Che il virus andasse nella direzione di diventare più trasmissibile e meno letale era cosa che avevamo previsto già dal 2020. Proprio la settimana scorsa *Nature* ha pubblicato cinque studi in cui si spiegano i

meccanismi molecolari di questa evoluzione “benigna” di Omicron. Una simile dinamica – come ha ricordato il professor Remuzzi – potrebbe essersi manifestata con il virus OC43, che molti ritengono responsabile della cosiddetta influenza russa del 1889-1890.

Eppure in Cina sono in corso lockdown come nemmeno nel 2020.

Con 26.000 casi nella sola Shanghai è chiaro che la politica del Covid-zero in Cina sta traballando. Se così fosse, con una vaccinazione negli anziani non ottimale (si parla di 50% di vaccinati con prodotti di efficacia minore dei nostri) e livelli bassi di immunità da infezione, diventerebbe alto in Cina il rischio di stress sulle strutture ospedaliere, come successo peraltro a Hong Kong. Le prossime settimane avranno una importanza fondamentale nel determinare l'immagine di questo grande Paese nel prossimo futuro.

Tra 20 giorni in Italia saremo ufficialmente nella fase “liberi tutti”.

È il momento giusto?

Detesto l'espressione “liberi tutti”, è insensata dal punto di vista scientifico e impregnata di un sottotondo moralista e stigmatizzante verso i malati. Il problema, semmai, è conci-

liare la necessità di contenere il virus con il fatto che le chiusure generalizzate portano a danni socio-economici e psicologici devastanti, soprattutto nei più poveri e nei più giovani. La scelta della convivenza col virus, che non è un “liberi tutti”, ma un approccio basato tanto sulla scienza che sul buon senso.

Non sarebbe stato meglio tenere ancora le mascherine al chiuso?

Trovo molto sensate le raccomandazioni del Cdc Usa, non dissimili dalle regole in vigore dal 1° maggio in Italia. La mascherina al chiuso è raccomandata solo se il livello di trasmissione del virus in una certa comunità è alto, livello che si determina sulla base di contagi, ricoveri ospedalieri e capacità di accoglienza del sistema sanitario. Con queste regole oltre il 90% degli americani al momento vive in aree dove la mascherina al chiuso non è obbligatoria.



I contagi, tuttavia, sono ancora molto alti. Eppure circa il 35% degli italiani non ha fatto la terza dose. Abbiamo perso fiducia nei vaccini?

Spero proprio di no, solo grazie ai vaccini - mettiamocelo bene in testa - siamo potuti uscire in tempi relativamente brevi dall'emergenza. E sarebbe ora che si smettesse di fare disinformazione di stampo no-vax:

questi preparati sono assolutamente sicuri ed efficienti.

Quarta dose (oltre agli immuno-

compromessi) solo agli over 80 e ai fragili 60-69enni. È d'accordo con la scelta italiana?

È una scelta ragionevole, ormai con Omicron la mortalità coinvolge quasi esclusivamente soggetti non vaccinati o molto fragili in cui l'effetto della vaccinazione tende a diminuire nel tempo anche a causa della debolezza del sistema immunitario. Sulla tempistica si può discutere, ma la strategia generale è quella.

Cosa dobbiamo aspettarci dall'autunno?

Una nuova recrudescenza di Sars-CoV-2, che si comporterà come tutti i virus respiratori, seguendo un andamento tipicamente stagionale. Saremo in grado di controllarla se ci faremo trovare preparati, cioè con la popolazione ben vaccinata, non solo anziani fragili, tutti, bambini compresi, e con quantità efficaci nel ridurre il rischio di Covid severo per Omicron e varianti simili.

MASCHERINE

"ORA UTILI AL CHIUSO SOLO SE IL COVID È ASSAI DIFFUSO"

I NUMERI

28.368

CONTAGI Nuovi casi nelle ultime 24 ore, -7,4% rispetto a 7 giorni fa

115

MORTI Le vittime denunciate ieri, 10 in meno rispetto a lunedì 4 aprile

30

TERAPIE INTENSIVE Gli ingressi in rianimazione ieri. Una settimana fa erano stati 36



Recrudescenza in autunno, reggeremo se popolazione ben vaccinata, bimbi compresi



Verso il 1° maggio
Stop alle restrizioni.
A lato, Guido Silvestri
FOTO ANSA



LA LOTTA ALLA PANDEMIA

In classe fino a giugno con la mascherina Il governo conferma l'obbligo per le scuole

I presidi approvano la linea prudente: "Un sacrificio necessario"
Ma tra i genitori monta la protesta: gli altri Paesi le hanno già tolte

di **Viola Giannoli**

ROMA – Resistere, due mesi ancora, con le mascherine sul volto, fino all'ultima campanella. In viale Trastevere, sede del ministero dell'Istruzione, vince la linea della cautela sull'obbligo di indossare le chirurgiche per proteggere naso e bocca dal contagio in classe. Il ministro Patrizio Bianchi ne ha parlato con il collega alla Salute Roberto Speranza in vista della verifica che il governo dovrà fare dopo Pasqua per decidere in quali luoghi al chiuso levare le mascherine e dove invece lasciarle. Meglio, è il ragionamento al Mi, non toccare nulla dal primo maggio quando in fondo, alla fine delle lezioni, mancherà poco più di un mese anche se i contagi in età scolare sono in calo, come racconta l'Istituto superiore di sanità (22% contro il 25 della settimana precedente).

D'altronde il decreto del governo che ha disegnato il percorso di uscita dall'emergenza parla chiaro: "Fino alla conclusione dell'anno scolastico nelle scuole (...) è fatto obbligo di utilizzo dei dispositivi di protezio-

ne delle vie respiratorie». Al contrario degli altri casi – uffici, cinema, stadi, negozi in cui l'obbligo termina a fine mese – per la scuola bisognerebbe cancellare la data di giugno e anticipare il "liberi tutti".

A premere in questa direzione sono le reti di genitori che si rifanno alle esperienze europee: Regno Unito, Irlanda, Olanda, Svezia, Danimarca, Spagna, Portogallo, Francia e Germania hanno già detto addio alle mascherine in classe. «È un paradosso – è il discorso che viaggia sulle chat – che i ragazzi stiano insieme tutto il giorno senza mascherina e poi in classe debbano indossarla». Anche il sottosegretario alla Salute Andrea Costa ha detto: «A scuola si può togliere, soprattutto durante le lezioni perché abbiamo bambini sostanzialmente distanziati».

E così pure Massimo Clementi, direttore del Laboratorio di microbiologia e virologia del San Raffaele di Milano: «Le terre più sui mezzi pubblici che a scuola, dove c'è il distanziamento e un'adeguata ventilazione». Sul fronte opposto Giovanni Maga, direttore dell'Istituto di gene-

tica molecolare del Cnr di Pavia: «Le classi sono affollate, la mascherina è un disagio inferiore al rischio focolai». O Fabrizio Pregliasco, virologo alla Statale di Milano: «Le mascherine sono come gli occhiali da sole, vanno usate quando serve, toglierle dal primo maggio è impegnativo». Così la pensano anche i dirigenti dell'Associazione nazionale presidi: «È presto per uno scenario senza mascherine», dice Cristina Costarelli da Roma. Il presidente Antonello Giannelli rimanda la decisione alle autorità sanitarie ma spiega: «Preferiremmo tenere le mascherine in classe un mese e mezzo in più che non sopportare poi conseguenze peggiori».

L'insofferenza però è alta. Orizzonte Scuola, sito sul mondo dell'istruzione, ha lanciato un sondaggio tra 10 mila lettori: per il 53% è giusto togliere le mascherine in classe dal 1° maggio. Il 46,9% resta prudente.



Torna il passato: spesa sanitaria giù di 1 punto del Pil da oggi al 2025

DEFINANZIAMENTO Si passa dal 7,2 al 6,2%, un valore peggiore pure del 2019 pre-pandemia (6,4%): come non fosse successo nulla

» **Carlo Di Foggia**

Lo spazio di manovra, per così dire, c'è ancora. Fatto sta, però, che la tendenza è allarmante. Parliamo della spesa sanitaria. Nel Documento di economia e finanza (Def) appena approvato, il governo stima gli andamenti al 2025 e non sono buone notizie per il Servizio sanitario nazionale, con buon pace delle promesse fatte in pandemia. Passata l'emergenza Covid, si torna a un *trend* calante, specie se rapportato al Pil e nonostante il Piano nazionale di riforma (Pnrr).

BREVE PREMessa: le previsioni sono "a legislazione vigente", cioè non inglobano interventi non ancora programmati. Il governo, insomma, può sempre intervenire, specie nella legge di Bilancio a fine anno. Veniamo ai numeri. Quest'anno la spesa sanitaria salirà del 3% a 131 miliardi per poi calare a 130 nel 2023 (-0,7%) e 128 nel 2024 (-1,4%) per recuperare qualcosa nel 2025 (129 miliardi). In tre anni si perdono oltre 3 miliardi, ma è il *trend* che preoccupa. Nel 2023-2025, la spesa calerà in media dello 0,6% annuo men-

tre il Pil "nominale" (che ingloba l'inflazione, e quella sanitaria è spesso stata più elevata dell'indice dei prezzi al consumo) crescerebbe in media del 3,8%.

Allargando lo sguardo si capisce lo scenario. Nel 2020-21 per far fronte al Covid sono stati stanziati quasi 9 miliardi e l'anno scorso la spesa si è attestata al 7,2% del Pil. Ora il Tesoro stima che calerà al 7% quest'anno, al 6,6 nel 2023, al 6,3 nel 2024 e al 6,2% nel 2025. In pratica, dice il governo, alla fine del triennio la spesa sanitaria calerà in rapporto al Pil di quasi un punto, il che significa che gli incrementi visti in pandemia non saranno la norma, un'eccezione che pure aveva avvicinato l'Italia alla media Ue e ai grandi Paesi Europei.

Il passo indietro è evidente. La scorsa legge di Bilancio ha aumentato i fondi di circa 2 miliardi l'anno nel triennio (a cui si aggiungono altri 3 con provvedimenti precedenti) eppure nel 2025 avremo una spesa sanitaria, in percentuale al Pil, inferiore al 2019, pre-Covid. L'andamento è perfino peggiore di quello segnalato nella Nota di aggiornamento al Def dello scorso autunno, che aveva fatto allarmare l'Ufficio parlamentare di bilancio, l'*Authority* dei conti pubblici: anche ammesso che

gli aumenti in Bilancio dovessero concretizzarsi, "dal punto di vista finanziario - ha scritto nel suo rapporto sulla manovra in audizione alle Camere - non sembra si intenda dare luogo a un effettivo rafforzamento strutturale del Ssn, sono piuttosto confermate le precedenti scelte di allocazione delle risorse, che ponevano l'Italia tra i Paesi europei con spesa sanitaria meno elevata e in progressiva riduzione".

INSOMMA, non ne siamo usciti migliori e si torna al *trend* precedente, peraltro frutto di un decennio di tagli feroci al Ssn. L'Upb ricorda che è dalla sanità che è arrivato uno dei contributi maggiori all'austerità post 2011 (-10 miliardi secchi). Quando si parla del finanziamento del Ssn, però, guardare ai numeri assoluti è fuorviante, conta soprattutto l'incremento rispetto al reddito nazionale. Secondo i dati della Fondazione Gimbe, tra tagli e minori



aumenti al Ssn sono stati tolti 37 miliardi nel 2010-2019, 12 solo negli ultimi quattro anni.

In quel decennio, dice la Fiaso (la Federazione delle aziende sanitarie e ospedaliere) il tasso di crescita della spesa è stato quasi nullo (peggio di noi solo Lussemburgo, Russia, Grecia, Repubblica Slovacca e Ungheria), mentre in Germania superava il 2%. La spesa pro-capite resta la metà di quella di tedeschi e francesi.

Il trend calante, peraltro, sconta anche il Pnrr. A bilancio ci sono 20 miliardi, per la gran parte investimenti per poten-

ziare la sanità territoriale, ma servirà anche spesa corrente per coprire le quasi 100 mila unità (sempre dati Fiaso) previste per farla funzionare, parliamo di 70 mila persone solo nell'assistenza domiciliare per centrare l'obiettivo di prendere in carico il 10% della popolazione over 65 entro il 2026. Al momento, peraltro, restano da stabilizzare i 50 mila precari assunti con l'emergenza Covid (anche ammesso entrino tutti, con i pensionamenti al Ssn mancheranno 8.299 medici e 10.054 infermieri al 2024).

Come detto, il governo può

sempre intervenire, ma tira una brutta aria. L'Upb ricorda che "le future scelte saranno comunque condizionate dalla decisione di assicurare la riduzione del disavanzo strutturale e il rientro dal debito con politiche di bilancio restrittive a partire dal 2024", traiettoria confermata nel Def. E questo mentre si dovrà far fronte al promesso aumento delle spese militari.

L'ufficio di Bilancio
Già nel 2021 l'allarme:
"Si sceglie di non rafforzare il sistema
Così l'Italia tornerà
tra gli ultimi in Ue..."

**PURE LA SCUOLA
VERRÀ
PENALIZZATA**

NON C'È solo la sanità a far registrare un trend calante nelle risorse in rapporto al Pil. Una sorte simile – se il governo non interverrà – toccherà alla scuola. Come il Fatto ha mostrato domenica, infatti, nel Def dopo le spese d'emergenza per il Covid del biennio 2020-2022 si tornerà al business as usual. All'istruzione sarà destinato il 3,5% del Pil nel 2025: un calo drastico dopo il 4% del 2020 (pessimo segnale per gli assunti nell'emergenza che sperano di essere stabilizzati) e anche meno del 3,6% del Pil del 2015. Per dare l'idea, nel 2019 la media Ue era il 4,7% del Pil (per l'Italia sarebbero 20 mld in più)



L'andamento
In tre anni si perdono oltre 3 miliardi per la spesa sanitaria
FOTO ANSA





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

SOLO TRE REGIONI HANNO RECEPITO LE LINEE GUIDA, ALTROVE I PROGETTI DEL PRIVATO SOCIALE

«Ma per chi arriva manca assistenza»

Il dossier di Medici senza frontiere: inadeguata la presa in carico dei migranti con disturbi mentali

GIORGIO D'AQUINO

Ciatrici sulla psiche. Prima della drammatica traversata in mare sono già passati per il deserto e per i centri di detenzione libici. Là dove le violenze – anche sessuali – sono quasi inevitabili. Stesso calvario per chi tenta la “rotta balcanica”. Torture e umiliazioni che provocano nei migranti forme di disagio mentale. Ma i servizi socio-sanitari – nonostante apposite linee guida ministeriali – per lo più ignorano il problema. A fare luce sul fenomeno è un rapporto di Medici senza frontiere che l'ong presenterà oggi.

È un dramma sottovalutato, che il ministero della Salute ha affrontato quasi cinque anni fa redigendo le “Linee Guida sull'assistenza e la riabilitazione delle vittime di tortura”. Secondo Msf però «rimangono perlopiù inapplicate su gran parte del territorio: mancano spesso adeguati servizi pubblici di assistenza». Msf ha intervistato 50 operatori del servizio sanitario, funzionari regionali, personale dei centri di accoglienza e del privato sociale. Le linee guida a oggi sono formalmente recepite solo in Piemonte, Lazio e Toscana. In altre – Sicilia, Veneto, Emilia-Romagna, Lombardia – si registrano esperienze virtuose, spesso del privato sociale, in collaborazione con le realtà sanitarie territoriali.

Il dossier elenca le problematiche mentali riscontrate più spesso. In ordine decrescente sono: disturbo da stress post-traumatico, sintomi psicosomatici, disturbi d'ansia o depressivi, quadri psicotici, disturbi cognitivi o dissociativi, difficoltà relazionali, disturbi alimentari, abuso di alcol e droghe. I migranti traumatizzati possono manifestare alterazioni della percezione del tempo, dilatato o contratto, con

vissuto bloccato da continui *flash back* in un tempo circolare, poi sensi di colpa o vergogna, disturbi del ciclo sonno-veglia, di memoria, attenzione, concentrazione.

«Un percorso efficace di riabilitazione e cura – sottolinea spiega Silvia Mancini, responsabile affari umanitari di Msf – non è solo un diritto garantito a chi ha vissuto traumi, ma anche la necessaria premessa per l'integrazione». Una adeguata presa in carico – spiega Msf – richiede mediazione culturale, certificazione medico-legale, professionalità diverse, approcci integrati e coordinati per rispondere a bisogni complessi non limitati all'ambito sanitario. Msf ha avviato diversi interventi specifici, all'estero e in Italia. A Palermo gestisce (in collaborazione con l'Azienda Sanitaria Provinciale, il Dipartimento Promis dell'Università di Palermo, il Centro Astalli e Cledu) un ambulatorio per la riabilitazione di migranti sopravvissuti a violenza intenzionale: «Offriamo servizi di psicoterapia, medicina, assistenza sociale e legale. I mediatori interculturali sono parte integrante del percorso», spiega Edmond Tarek Keirallah, coordinatore Msf del progetto di Palermo: «La sfida più grande è far emergere il loro vissuto. Spesso si rivolgono a noi per altri servizi, come l'assistenza legale, e scopriamo che hanno alle spalle storie terribili di abusi». Il progetto di Palermo ha raggiunto più di 750 persone e preso in carico 78 pazienti, di cui 33 in fase riabilitativa. A Roma Msf ha gestito un centro per sopravvissuti a tortura dal 2015 al 2019. Oggi ha in corso un progetto per la salute delle donne migranti in collaborazione con la Asl Roma 2.



Salute 24

Telemedicina

Obiettivo: almeno
200mila assistiti
entro tre anni

Marzio Bartoloni — a pag. 27

La telemedicina scalda i motori: 200mila assistiti entro tre anni

Il Piano. Si lavora all'attivazione della Piattaforma nazionale che si baserà sulla partnership con i privati, poi potranno partire i servizi regionali che attraverso delle gare accederanno a 700 milioni in due anni

Marzio Bartoloni

Raggiungere entro 3 anni almeno 200mila italiani 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 dunque a fare il salto di qualità grazie anche 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 on line 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.

Per le aziende private che vorranno lavorare alla realizzazione e gestione di questa piattaforma le «manifestazioni di interesse» dovranno arrivare entro il 18 maggio: proprio ieri c'è stato un nuovo «incontro informativo» organizzato

da Agenas dopo quello del 1 aprile a cui hanno partecipato circa 130 «operatori economici» - presente anche il ministro per l'Innovazione tecnologica Vittorio Colao - e in cui è stato illustrato questo progetto che si baserà su di una partnership pubblico-privata per l'affidamento in concessione della «Progettazione, realizzazione e gestione dei servizi abilitanti della Piattaforma nazionale di Telemedicina Pnrr», si legge nell'avviso della gara.

La piattaforma per la Telemedicina 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 appunti anche 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'erogazio-

ne delle prestazioni in telemedicina», che definisce regole uniformi e stabilisce 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 in telemedicina possano essere rendicontate e «tariffate» dalle aziende sanitarie alle stesse condizioni delle prestazioni erogate dagli operatori sanitari in presenza.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le cure che saranno erogate on line

1

LA TELEVISITA

Anamnesi in videochiamata

È un atto medico in cui si interagisce a distanza in tempo reale con il paziente, con il supporto eventuale di un caregiver. Durante la tele visita, un operatore sanitario che si trovi vicino al paziente può assistere il medico e aiutare il paziente e deve sempre essere garantita la possibilità di scambiare in tempo reale dati clinici, referti medici, immagini, audio- video, relativi al paziente. L'anamnesi può essere raccolta con la video chiamata

2

IL TELECONSULTO

Una visita multidisciplinare

Nel teleconsulto è una visita multidisciplinare a distanza con uno o più medici per dialogare, anche tramite una videochiamata, riguardo la situazione clinica di un paziente, basandosi principalmente sulla condivisione di dati clinici, referti, immagini, ecc. Il teleconsulto può svolgersi anche in modalità asincrona, quando la situazione del paziente lo permette in sicurezza

3

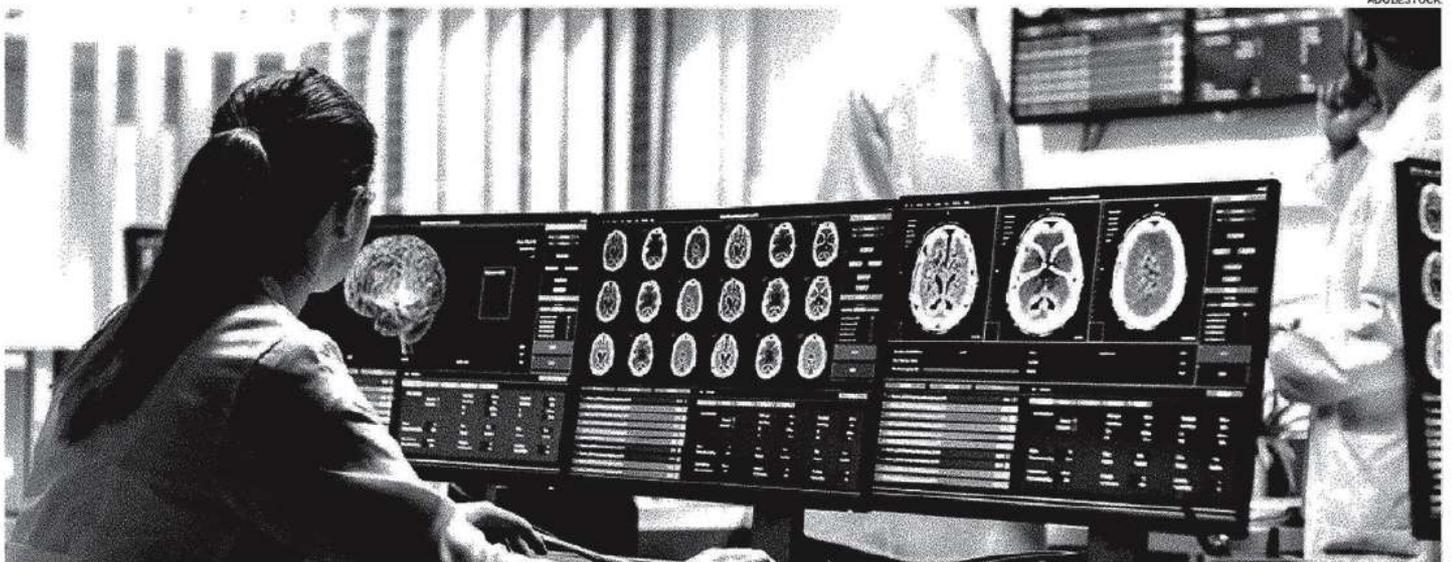
IL TELEMONTORAGGIO

Si misurano parametri vitali

Il telemonitoraggio permette il rilevamento e la trasmissione a distanza di parametri vitali e clinici in modo continuo, per mezzo di sensori che interagiscono con il paziente evitando così controlli ambulatoriali di persona. Le tecnologie a domicilio devono essere connesse costantemente al sistema software che raccoglie i dati dei sensori e i dati clinico anamnestici necessari al monitoraggio delle singole patologie

RACCOLTA FARMACI PER L'UCRAINA

Hippocrates Holding, gruppo italiano di farmacie indipendenti, Croce Rossa Italiana e Comifar, operatore della distribuzione, hanno siglato un accordo per la raccolta di farmaci per l'Ucraina



ADOBESTOCK

La tele visita. Consente lo scambio in tempo reale di dati clinici, referti medici e altre informazioni in formato digitale tra l'operatore sanitario vicino al paziente e i medici



«Prime cure già dal prossimo anno Le Regioni non partono da zero»



L'intervista Enrico Coscioni

Presidente Agenas

«Le prime cure attraverso la nuova piattaforma nazionale della telemedicina arriveranno il prossimo anno, ma è cruciale che lì dentro ci girino i dati sanitari dei pazienti contenuti nelle cartelle cliniche e nel fascicolo sanitario elettronico a partire dalla diagnostica, penso a una risonanza o una coronografia che devono essere caricati digitalmente. Basta con i dischetti, il medico deve poterli trovare lì collegandosi alla piattaforma». Enrico Coscioni è presidente dell'Agenas, l'Agenzia per i servizi sanitari regionali che da poco è diventata per legge anche

Agenzia per la Sanità digitale, e sta seguendo da vicino il progetto del Pnrr per la telemedicina.

Qual è il cronoprogramma?

La piattaforma che sarà unica a livello nazionale è il primo step per far dialogare tutti i sistemi.

Puntiamo a renderla operativa a fine anno per far partire le cure nel 2023 anche se all'inizio saranno a macchia di leopardo.

E poi?

Ogni regione dovrà avere almeno un progetto di telemedicina validato per arrivare ad assistere 200mila cittadini a fine 2024. Per questo ci sono 350 milioni da spendere all'anno per due annualità con i fondi destinati al 40% al Sud e il 60% al Centro Nord.

Ma ci sono i tempi?

Sì, perché non si parte da zero: ci sono già vari progetti di telemedicina a livello regionale di qualità. Per questo faremo una verifica a livello territoriale e verranno certificati i migliori progetti regionali eventualmente condivisi tra più regioni: a esempio se una regione non ha un progetto

sulla gestione delle broncopatie croniche ostruttive in telemedicina si può agganciare al progetto di un'altra regione. In questo modo si eviteranno appalti e gare per duplicare iniziative che già ci sono.

Quali sono le sfide principali?

Che tutto il sistema sia coinvolto a cominciare dalla nuova Sanità del territorio. Anche le nuove Case di comunità dovranno collegarsi alla piattaforma per erogare in telemedicina prestazioni e cure ai malati cronici. Certo è fondamentale che ci lavori anche una nuova generazione di medici e operatori formati sulla Sanità digitale.

—Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Due italiani su tre sono pro digital

Indagine. Cittadini e operatori sanitari sono pronti alla trasformazione digitale. Alta anche la richiesta di territorialità
Sileri: «Solo possedendo numeri reali è possibile programmare correttamente e impostare le politiche pubbliche più opportune»

Francesca Cerati

Investimenti, digitalizzazione, territorialità e diritto alla salute. Su questi 4 temi cardine della sanità, LS Cube in collaborazione con YouTrend/Quorum nell'ambito del progetto "Net-Health Sanità in Rete 2030" ha condotto un'intervista tripla mettendo a confronto le opinioni di cittadini, politici e operatori sanitari. Obiettivo: fornire alle istituzioni una visione generale e prospettica di come gli italiani immaginano la sanità e quali sono per loro i bisogni primari da soddisfare.

Dall'indagine emerge che un cittadino su 3 sente la necessità di una sanità più capillare sul territorio, in linea con quanto espresso dalle regioni e raddoppiato per i parlamentari. Quasi un italiano su 2 ritiene che la pandemia abbia evidenziato l'inefficienza del Ssn, mentre per le Regioni il Covid ha sottolineato l'eccessiva decentralizzazione della sanità, e per gli operatori del settore una mancanza di organizzazione a livello ospedaliero e territoriale. Due cittadini su tre si dicono preparati alla digitalizzazione in sanità, così come gli operatori sanitari, mentre la politica non ne è del tutto convinta: circa la metà dei parlamentari e dei rappresentanti delle Regioni pensa che gli italiani siano solo "abbastanza" pronti alla gestione digitale dei dati sanitari. Tutti invece concordano nel ritenere che la salute sia tra le principali priorità sulle quali investire. Ma dove andrebbero investite queste risorse? Per il 61% dei parlamentari intervistati i finanziamenti dovrebbero potenziare la medicina territoriale e

promuovere la de-ospedalizzazione. Per i rappresentanti delle Regioni, invece, dovrebbe andare in ricerca clinica e farmaceutica (51%). I cittadini sottolineano la necessità di una sanità più capillare sul territorio (35,7%), gli operatori del settore puntano su integrazione e formazione del personale.

Sul tema digitalizzazione, la risposta dei cittadini è sorprendente. Sulla possibilità che il rapporto medico-paziente possa prevedere una minore interazione fisica, il 66,1% si è dichiarato abbastanza (47,9%) o molto (18,2%) favorevole, a differenza dei parlamentari (50%) e dei rappresentanti delle Regioni (48%). Propensione alla digitalizzazione confermata anche in relazione al trattamento dei dati sanitari: il 97% dei cittadini si sente a proprio agio, mentre un altro 20% sostiene di avere molta confidenza con i device. Un dato che nel suo complesso è superiore alle aspettative di parlamentari e rappresentanti delle Regioni (rispettivamente 63% e 64%), secondo cui gli italiani sarebbero solo "tendenzialmente favorevoli". Anche sul rapporto tra digitalizzazione e diritto alla salute si registra una divergenza tra decisori e cittadini: i primi sono convinti che tenderà a garantire le cure a tutti i cittadini (85% dei rappresentanti delle Regioni, 77% dei parlamentari), i secondi considerano più probabile un aumento delle disuguaglianze (46,1%), accentuando il digital divide. «Il potenziamento della medicina digitale presuppone investimenti importanti nelle tecnologie digitali, che hanno ancora nel nostro paese una distribuzione territoriale e gene-

razionale imperfetta e diseguale, il rischio del digital divide quindi esiste» – precisa Mauro Marè, presidente Osservatorio Welfare della Luiss. Dunque, i cittadini e gli operatori sanitari sono pronti alla trasformazione digitale. Adesso spetta alla politica far sì che ciò avvenga garantendo equità, uguaglianza e sostenibilità del sistema sanitario.

«Questi dati, per come sono stati raccolti e integrati, sono molto importanti per organizzare la programmazione sanitaria del nostro Paese – commenta Pierpaolo Sileri, sottosegretario alla Salute –. Solo possedendo numeri oggettivi e dati reali è possibile programmare correttamente e impostare le più opportune politiche pubbliche. Curare è la punta di un iceberg, il risultato finale di un processo dove a monte c'è una filiera che può funzionare solo facendo rete, come espresso da questo progetto Net-Health. Una rete organizzativa e operativa capillare che unisca centro e territorio, che è anche il concetto alla base degli interventi del Pnnr sulla sanità. Non meno importanti sono ricerca e formazione del personale, con l'obiettivo di cure personalizzate e innovative. Non è nemmeno pensabile una sanità senza una partnership tra pubblico e industria privata: la pandemia ha accelerato la comprensione di questa sanità futura».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Rapporto tra diritto alla salute e digitalizzazione: per i cittadini c'è il rischio di un aumento delle disuguaglianze



NET-HEALTH

Nerina Dirindin, economista: investire sulla medicina territoriale e contrastare le disuguaglianze: questi i punti sottolineati da decisori e cittadini.

PANDEMIA E PROSPETTIVE

A conferma della necessità di affrontare le debolezze emerse con la pandemia in una prospettiva di reale cambiamento dell'offerta di servizi



Riparte il Piano cronicità, ma ora va aggiornato e servono risorse ad hoc

È stato approvato nel 2016 dall'Italia che ha fatto da battistrada in Europa, ma poi è stato recepito con forti ritardi dalle Regioni che hanno avuto difficoltà a "scaricarlo a terra" anche perché manca di risorse ad hoc. È il destino degli ultimi 5 anni del Piano nazionale sulla cronicità varato con tutti gli onori il 15 settembre 2016 dalla Stato Regioni, ma finora rimasto in gran parte incompiuto e soprattutto "invecchiato" dopo due anni di emergenza Covid che con il rinvio di cure e visite di controllo ha allargato ancora di più il buco nero delle malattie croniche che secondo l'Istat interessano 147 persone per mille abitanti e rappresentano la principale causa di morte in quasi tutto il mondo, mentre in Europa si stima una spesa sanitaria intorno ai 700 miliardi di euro l'anno.

Ora arriva una possibile occasione per rilanciare il Piano sulla cronicità: nei giorni scorsi il ministro della Salute Roberto Speranza ha firmato un decreto che prevede la ricostituzione della Cabina di regia nella quale siederanno rappresentanti del ministero - tra gli altri Andrea Urbani, dg programmazione e Giovanni Rezza, dg Prevenzione - delle Regioni, delle società scientifiche e degli Ordini professionali oltre che delle associazioni dei pazienti. Un organismo che dovrà monitorare applicazione ed efficacia del piano definendo anche tempistiche per raggiungere gli obiettivi e proporre, se necessario, un aggiornamento del Piano.

«È un piano importante che si occupa di una priorità che dopo il Covid è ancora più cruciale e che traccia in modo uniforme il modello di presa in carico dei pazienti con malattie croniche», avverte Tonino Aceti presidente dell'associazione Salutequità e tra gli esperti che lavorarono alla stesura di quel piano varato oltre 5 anni fa. Il primo adempimento formale era il recepimento del piano a livello regionale, cosa che è avvenuta - come ha registrato nel suo report Salutequità - con forti ritardi (si veda la tabella in fondo) e poi si doveva provvedere alla «stratificazione della popolazione in base alle malattie croniche per

pianificare programmi e servizi, ma tranne alcune Regioni - avverte Aceti - la grande maggioranza non l'ha ancora fatto».

Ora con la Cabina di regia ricostituita per il presidente di Salutequità «bisogna ripartire con il monitoraggio dell'attuazione del piano in modo da stimolare gli interventi nelle Regioni più in ritardo, ma anche valutare la necessità di aggiornare il Piano» che si compone di due grandi blocchi: il primo è il modello di presa in carico del cronico il secondo è un focus su 10 condizioni patologiche. «Questo elenco era solo parziale e sapevamo dall'inizio che andava aggiornato con altre patologie come la Sla o la psoriasi, ma questo finora non è avvenuto e invece adesso è fondamentale anche perché c'è stato il Covid e molte novità organizzative come l'infermiere di famiglia o le Usca». E infine c'è il nodo delle risorse ad hoc: ci si provò all'inizio e più recentemente anche nell'ultima legge di bilancio. «Inutile invocare i fondi del Pnrr che servono ad altro, serve un finanziamento specifico conclude Aceti - che può essere di 100 milioni l'anno e poi serve una relazione annuale al Parlamento sulla presa in carico delle cronicità con l'attuazione del Piano che deve diventare uno degli indicatori di valutazione delle performance delle Regioni».

— **Marzio Bartoloni**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



TONINO ACETI
È presidente di Salutequità che ha curato anche un report sui ritardi nell'attuazione del Piano nazionale sulla cronicità.



IN PISTA RETE DI 210 FARMACIE

A disposizione le 210 farmacie a marchio «Lafarmacia» di Hippocrates Holding, dove i cittadini potranno donare farmaci e partecipare alla raccolta fondi della Croce Rossa

Ritardi regionali nel recepire il Piano

Tempi di adozione in mesi dei provvedimenti regionali che attuano il Piano nazionale cronicità approvato il 15 settembre 2016

REGIONI	MESE
Abruzzo	21
Basilicata	39
Bolzano	27
Campania	35
Calabria	33
Emilia Romagna	7
Friuli Venezia Giulia	47
Lazio	17
Liguria	32
Lombardia*	—
Marche	14
Molise	28
Piemonte	22
Puglia	2
Sardegna	59
Sicilia	39
Trento	25
Toscana	22
Umbria	3
Valle d'Aosta	28
Veneto	27

Note: *Provvede con i suoi piani del 2018 - Fonte: Salutequità



Bonus psicologo, un intervento fiscale per promuovere il benessere mentale

Salute / Ecco i voucher di 600 euro per tutelare la salute dei più giovani

La **pandemia** non ha messo solo in pericolo la salute fisica degli italiani, ma anche quella mentale. Lo stato di costante tensione e incertezza sul futuro, unito allo stato di isolamento e allo sconvolgimento della normale routine quotidiana ha portato molti a sviluppare disagi psicologici che continuano ad avere un significativo impatto nella vita di tutti i giorni. Il Governo ha scelto di sostenere una fascia demografica che si ritiene particolarmente colpita dagli effetti negativi del distanziamento sociale, quella degli italiani tra 18 e 35 anni d'età: a loro è infatti accessibile il cosiddetto bonus psicologo, una misura il cui importo farà riferimento all'indicatore ISEE e che si stima interessi un bacino di ol-

tre sedicimila persone. Le risorse cui si attingerà per finanziare questo intervento sono quelle dei ben 20 milioni stanziati appositamente per promuovere e tutelare la salute mentale dei cittadini: di questi venti, la metà saranno destinati al rafforzamento e all'innovazione delle strutture sanitarie, mentre gli altri dieci serviranno a erogare i voucher attraverso i quali si percepirà il bonus psicologo. I suddetti voucher potranno avere un importo pari al massimo a 600 €, tendenzialmente sufficienti per poter sfruttare circa dodici sedute da uno psicologo o psicoterapeuta di propria scelta. Per poter beneficiare del bonus psicologo bisognerà che ci sia la richiesta formale del proprio medico curante relativa alla necessità di usufruire di cu-

re psicoterapeutiche; oltre a questo, è necessario che l'indicatore ISEE del richiedente non superi i 50.000 €. Questa soglia è stata pensata per garantire l'accesso al beneficio a una platea particolarmente ampia, tanta è la apprensione per il vistoso aumento di chi soffre di sintomi depressivi tra la popolazione e la difficoltà a gestire questo tipo di emergenza con le risorse attualmente già proprie del sistema sanitario nazionale.



Via alle quarte dosi, in calo i ricoveri

Covid, le somministrazioni agli over 80 e nelle Rsa. Scende il tasso di positività, i decessi sono 115

ROMA Lo stato d'emergenza è ormai alle nostre spalle, ma la lotta al Covid non si ferma. Da oggi partono le prime somministrazioni delle quarte dosi del vaccino per over 80, ospiti delle Rsa e fragili dai 60 anni di età. La campagna insomma va avanti e i risultati si vedono: sono diminuiti, come spesso capita il lunedì, i nuovi contagi causati dal Covid. Ieri 28.368 casi riscontrati, rispetto ai 53.253 del giorno precedente.

Purtroppo, però, ci sono da registrare anche più decessi, 115, rispetto ai 90 di domenica (in totale 160.863 dall'inizio della pandemia). E l'ultimo bollettino del ministero della Salute dice pure che il tasso di positività è sceso al 14,7% rispetto al 15,1% del giorno pri-

ma, ma nelle ultime 24 ore si sono fatti assai meno tamponi: 192.782 contro i 352.265 di domenica.

Ora sono «solo» 466 i pazienti Covid ricoverati nelle terapie intensive, uno in più di domenica. E anche se crescono di 218 unità in 24 ore i ricoverati non cronici da coronavirus (ora sono 10.256), secondo l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) l'occupazione dei reparti ordinari, che fino a qualche giorno fa si attestava sopra la soglia di allerta del 15%, è ora scesa al livello di soglia. L'invito generale resta però quello di non abbassare la guardia: il virologo Fabrizio Pregliasco esprime preoccupazione in vista delle prossime festività pasquali perché,

avverte, «c'è un eccessivo senso del *liberi tutti*».

L'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) continua comunque a tenere d'occhio il Covid 19, perché i virus mutano e alcune mutazioni influenzano la loro capacità di diffondersi o eludere l'immunità da vaccinazione o infezione.

Ecco allora BA.4 e BA.5, cioè le due nuove sottovarianti di Omicron identificate in decine di nuovi casi tra Sud Africa, Danimarca, Botswana, Scozia e Inghilterra. Inoltre, sempre secondo l'Oms, attualmente in 21 Paesi, perlopiù africani, la copertura vaccinale è sotto al 10% della popolazione, lasciando esposti i più vulnerabili.

Infine, a causa della pandemia, «persistono le interruzioni dei vaccini di routine». Così «negli ultimi 12 mesi si sono verificati focolai di morbillo ampi e dirompenti in almeno 19 Paesi».

Fabrizio Caccia

© RIPRODUZIONE RISERVATA

-7,4

per cento

Il calo dei nuovi positivi notificati ieri (28.368) rispetto al lunedì della settimana precedente (30.630)



PIÙ DI UN ITALIANO SU QUATTRO NON LA RITIENE NECESSARIA

Via con la quarta dose, debutto nell'incertezza

ROMA

È scattata l'ora della quarta vaccinazione in 16 mesi. In alcune regioni, come la Lombardia e l'Abruzzo, la somministrazione del secondo booster è partita ieri. In altre, come il Lazio, il via della campagna è fissato per oggi. In tutte, però, si respira la stessa incertezza rispetto alla risposta dei cittadini interessati da questo ulteriore richiamo: anziani over 80, soggetti fragili sopra i 60 anni, ospiti delle Rsa. Più di 5 milioni di persone, escludendo quelli che si sono contagiati dopo aver fatto la terza dose. Proprio i tanti casi di infezione, a dispetto della tripla protezione, pesano sulla mutata percezione degli italiani. Secondo un'indagine del centro di ricerca in Psicologia dei

consumi e della salute dell'università Cattolica di Cremona, più di 1 su 4 (il 28% del campione intervistato) non crede che la quarta dose sia necessaria, mentre il 30% ammette di non avere le idee chiare e di non avere ancora deciso cosa fare. C'è poi un 43% che ritiene i vaccini poco efficaci contro le varianti del virus. Dai dati della rilevazione, inoltre, emerge un evidente cambio di prospettiva rispetto al Covid: la metà del campione (49%) crede che ora sia meno pericoloso rispetto al passato. A marzo 2021 la pensava così solo il 19% degli intervistati. Un atteggiamento che trova conferma nell'allarme lanciato dai medici di famiglia sul rischio flop della campagna per il secondo booster tra i più anzia-

ni: chi si trova a stretto contatto con i pazienti raccoglie le perplessità e prevede una diffusa reticenza di fronte all'ennesima iniezione. Del resto, mezzo milione di over 80 si è già tenuto lontano dalla terza dose (dopo aver fatto le prime due) e il dato sulle somministrazioni della quarta tra i soggetti gravemente immunocompromessi non è incoraggiante: in un mese e mezzo solo l'8,6% della platea interessata si è presentata all'appuntamento, cioè poco più di 68 mila persone su un totale di oltre 700 mila convocati. È bene ricordare che questa ulteriore vaccinazione è solo raccomandata e l'adesione è volontaria, tanto più che il 15 giugno decadrà l'obbligo vaccinale per gli over 50. Ma, allo stesso mo-

do, va sottolineato che le categorie in questione sono quelle che, passati alcuni mesi dalla terza dose, in caso di contagio possono rischiare la malattia grave. Nell'ultimo bollettino dell'Iss, infatti, si evidenzia come il 70% dei morti di Covid siano anziani over 80, la metà dei quali aveva ricevuto il booster. NIC. CAR. —



LA PANDEMIA

Perché anche con tre dosi il Covid ci colpisce ancora



ANTONELLA VIOLA

In questi giorni molte persone vaccinate, anche con tre dosi, stanno contraendo l'infezio-

ne da Sars-CoV-2, nella versione Omicron, responsabile, con le sue sottovarianti, di quasi tutti i contagi. - PAGINA 29 SERVIZI - PAGINE 20-21

PERCHÉ ANCHE CON TRE DOSI IL COVID CI COLPISCE ANCORA

ANTONELLA VIOLA



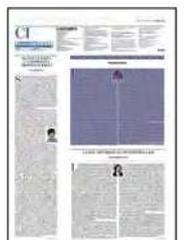
In questi giorni molte persone vaccinate, anche con tre dosi, stanno contraendo l'infezione da Sars-CoV-2, nella versione Omicron, responsabile, con le sue sottovarianti, di quasi il 100% degli attuali contagi del nostro Paese. In alcuni di questi casi, l'infezione si presenta anche con sintomi, quali febbre alta, forte mal di gola, mal di testa e spossatezza. E, naturalmente, la reazione di molti è di scrivermi per chiedermi come mai, nonostante le tre dosi di vaccino, si siano potuti ammalare. Anche perché spesso queste persone che si sono saggiamente vaccinate hanno un amico o un parente no-vax che non si lascia scappare l'occasione di sottolineare quanto sia stato inutile sottoporsi a ben tre vaccinazioni. In medicina tutti i singoli pazienti sono importanti ma per capire se una terapia funziona bisogna allontanarsi dalla propria esperienza personale e guardare ai grandi numeri. E il recente report dell'Istituto Superiore di Sanità ci dice che il ciclo completo di vaccinazioni, le tre dosi, ha ancora oggi un'efficacia del 66% nei confronti del contagio e del 91% riguardo alla malattia severa. Non solo: i dati dimostrano che chi non è vaccinato ha un rischio 12 volte maggiore di morire di Covid19 rispetto a chi ha fatto le tre dosi. Questi numeri, dunque, parlano chiaro e ci dicono che i vaccini, sebbene in una minoranza di casi non impediscano il contagio, continuano a fare il loro lavoro, nonostante la variante Omicron li abbia messi a dura prova con le sue caratteristiche di altissima trasmissibilità e immunoevasione. Omicron non ha solo ridotto l'efficacia dei vaccini nell'evitare i contagi ma sta anche causando un forte aumento delle reinfezioni, in Italia come in tutto il mondo. Secondo uno studio pubblicato a fine marzo, mentre aver avuto la malattia Covid19 protegge con un'efficacia intorno al 90% dalle varianti precedenti (Alpha, Beta e Delta), nel caso di Omicron l'efficacia scende al 56%. Anche in Italia, nelle ultime settimane, si sta assistendo ad un netto aumento del tasso di reinfezione,

soprattutto tra persone che hanno avuto la malattia da

più di sette mesi. Le reinfezioni, che all'inizio della pandemia si ritenevano improbabili, poi rare e adesso sempre più frequenti, dimostrano ancora una volta che l'immunità contro questo coronavirus è una sfida, non solo per i vaccini ma anche per il nostro sistema immunitario. Le ragioni sono diverse: non solo un virus che muta e che rende gli

anticorpi generati dalla vaccinazione o da un'infezione precedente sempre meno adatti a bloccarlo, ma anche un sistema immunitario che fatica a mantenere alti i livelli di anticorpi neutralizzanti nelle mucose delle vie respiratorie. Nel sito di ingresso all'interno del nostro corpo, la mucosa del naso e della bocca, il virus non trova barriere impenetrabili e quindi riesce ad entrare. Tuttavia, se anche penetra e scatena febbre e mal di gola, in chi è vaccinato con tre dosi non causa malattia severa, perché la memoria immunologica riesce ad attivarsi e a limitare i danni. Ma cosa succede invece in chi non è vaccinato ma ha già avuto un'infezione precedente? O, in altri termini, quanto grave è la seconda infezione? Sebbene tutto ci induca a pensare che il primo contatto con il virus stimoli una risposta immunitaria protettiva dalla malattia, la gravità con cui si presenterà una seconda infezione dipenderà dal tipo di variante, dal tempo trascorso dalla prima infezione e dalle condizioni di salute del soggetto. Nel dubbio, è bene che anche chi ha contratto il virus proceda con la vaccinazione, se non l'ha già fatto.

E' dunque sempre più evidente che, col passare del tempo dalle prime ondate della pandemia e dalla somministrazione dei vaccini, il numero di persone potenzialmente infettabili aumenta. Ecco perché, in questo momento, non possiamo rinunciare a quella barriera di protezione e di limitazione della circolazione virale che sono le mascherine FFP2. Non è vero che con Omicron non servono più ma, al contrario, proprio perché è un virus così trasmissibile, le mascherine ad alta protezione servono a tutti, anche a vaccinati o guariti. —



Non si andrà in ospedale, oggi il via libera dell'Aifa

Pillole anti-Covid più facili le prescriverà il medico di base

di **Michele Bocci**

Aifa oggi decide sul via libera alla prescrizione degli antivirali contro il Covid da parte dei medici di famiglia. Salvo sorprese, la commissione tecnico scientifica (Cts) dell'agenzia del farmaco aprirà a una novità che dovrebbe portare a una accelerazione nell'avvio dei trattamenti e quindi anche all'aumento del numero delle persone curate con quei medicinali. Per ora infatti l'utilizzo delle due molecole Molnupiravir e Paxlovid, che hanno dato prova di una certa efficacia nel prevenire lo sviluppo della malattia grave, è stato piuttosto scarso nel nostro Paese. Uno dei problemi principali riguarda proprio la prescrizione. Per funzionare infatti le pillole devono essere assunte rapidamente, cioè entro cinque giorni dal tampone positi-

vo, e da persone con fattori di rischio importanti che però non hanno ancora sviluppato una forma di Covid violenta. Se passa troppo tempo dalla diagnosi, non ha più senso somministrarle e probabilmente proprio per questo i numeri di utilizzo da noi sono bassi. Coinvolgere i medici di famiglia può rendere la prescrizione molto più rapida di quella ospedaliera.

È stato il ministro alla Salute Roberto Speranza, la scorsa settimana, ad annunciare in Parlamento che Aifa «ha cominciato a lavorare nella direzione di consentire attraverso i medici di medicina generale un accesso più diretto agli antivirali». Oggi il percorso dovrebbe arrivare in fondo e conterrà anche alcune indicazioni organizzative.

Intanto si vorrebbe fare in modo che i medici di famiglia possano rivolgersi a uno specialista ospeda-

liero per avere suggerimenti sull'uso di farmaci che vanno maneggiati con cura, sia per gli effetti collaterali che per le interazioni con altre molecole. Poi è fondamentale, per garantire la rapida messa a disposizione del paziente, l'aspetto della reperibilità. Dovrebbe essere usato lo schema della cosiddetta "distribuzione per conto". Significa che le Asl acquistano le dosi e poi si appoggiano alle farmacie, dove poi si recano i pazienti. Si tratta di un sistema già usato da anni per altri prodotti dalle Regioni, che comunque non lo applicano tutte con la stessa efficienza.

Secondo gli ultimi dati di Aifa, dal 4 gennaio al 5 aprile l'Italia ha usato 16.732 delle 50 mila dosi di Molnupiravir acquistate e dal 4 febbraio sempre al 5 aprile 6.822 dosi di Paxlovid. Contro ben 600 mila acquistate.

La scheda

● I tempi

Perché siano efficaci, gli antivirali vanno somministrati entro i 5 giorni successivi alla scoperta della positività

● I pazienti

Sono indicati per le persone a rischio di sviluppare una forma grave di Covid. Vanno assunti prima che la malattia diventi pesante

● Le quantità

In 4 mesi in Italia sono state usate 16.732 dosi di Molnupiravir sulle 50 mila acquistate e in 3 mesi 6.822 dosi di Paxlovid su 600 mila

● I costi

Molnupiravir costa 610 euro a trattamento e Paxlovid 650



Rivoluzione antivirali

Via libera ai medici di base per la prescrizione delle pillole contro il Covid: da oggi saranno più accessibili e diffuse

IL RETROSCENA

PAOLO RUSSO
ROMA

Lasvolta per proteggere i fragili che nemmeno con il vaccino sono al riparo dai pericoli del Covid arriverà oggi, quando la Cts dell'Aifa darà il via libera alla prescrizione degli antivirali da parte dei medici di famiglia e alla possibilità di acquistarli poi direttamente in farmacia. Un percorso in discesa rispetto alla corsa a ostacoli che ha di fatto limitato - e di molto - l'accesso alle pillole anti-Covid. Nonostante basti un bicchier d'acqua a mandarle giù, fino ad ora la terapia è stata dispensata solo dagli ospedali. E nonostante gli antivirali vadano assunti al massimo entro 5 giorni dalla comparsa dei primi sintomi, il meccanismo burocratico ha fatto andare molti fuori tempo. Come denuncia il virologo Francesco Broccolo dell'Università di Milano, «ci vogliono circa due giorni prima che il paziente abbia la risposta dal tampone molecolare, dopodiché deve rivolgersi al medico di base e questi a sua volta deve mettersi in contatto con il reparto di malattie infettive dell'ospedale, dove il farmaco può essere prescritto e somministrato». Il rischio, osserva il professore, è «perdere tempo e non riuscire a som-

ministrare la terapia. Ed è anche un sistema discriminatorio, se pensiamo alle periferie e a tutti i centri delocalizzati che non possono accedere in tempi rapidi a un reparto ospedaliero di malattie infettive».

Questo ha di fatto impedito di utilizzare quest'arma terapeutica in più rispetto al vaccino a larga parte di coloro che ne hanno diritto, ossia i contagiati a rischio di evoluzione grave della malattia. Che sono poi, in base a quanto già stabilito dall'Aifa, persone affette da tumore «in fase attiva», insufficienza renale cronica, broncopneumopatia severa, immunodeficienza primaria o acquisita, obesità, scompenso cardiaco, malattia coronarica, cardiomiopatia e diabete mellito non compensato. Condizione valida per tutti: aver compiuto 18 anni e non accusare sintomi gravi della malattia. Per questo i farmaci vanno utilizzati entro tre, massimo 5 giorni dall'insorgenza dei sintomi. Ma per i più così non è stato. E a dirlo sono i numeri. Lasciando da parte il Remdesivir della Gilead, che va somministrato endovena e che per questo richiederà di recarsi ancora in ospedale, i due antivirali via bocca sono il Lagevrio della Merck e il Paxlovid della Pfizer. Ma

mentre il primo con Omicron ha visto calare al 30% la sua efficacia nel ridurre il rischio di ricovero e di morte, il secondo ha dimostrato di continuare a proteggere dagli esiti peggiori nell'88% dei casi. Peccato però che dei 600 mila trattamenti acquistati dall'Italia fino al 5 aprile, ossia a circa due mesi dalla sua approvazione, ne siano stati somministrati appena 6.822, l'1,14% delle scatole a disposizione. Delle 50 mila confezioni targate Merck ne sono state invece dispensate 16.732, ma il farmaco è stato approvato prima di quello Pfizer.

«Che i farmaci antivirali siano sottoutilizzati è indubitabile», ha ammesso in tv Franco Locatelli, presidente del Consiglio superiore di sanità e gran consigliere di Draghi. «È il meccanismo di prescrizione che deve essere reso più agile, e Aifa - ha in qualche misura anticipato - sta sviluppando una strategia per renderli prescrivibili anche dai medici di medicina generale, semmai attivando dei controlli sull'appropriatezza a posteriori». «Credo che, tenendo conto del rischio di morte di un ultraottantenne che si infetta, se facessi il medico di medicina generale considererei questi soggetti per le terapie, ovvia-

mente valutando le interazioni farmacologiche che non vanno sottovalutate», ha aggiunto il professore, facendo così capire che l'uso degli antivirali potrebbe essere esteso anche ai più anziani a prescindere dai loro malanni. Certo, i costi di un ciclo terapeutico (2 pillole 2 volte al giorno per 5 giorni per il Paxlovid e 4 per 5 nel caso di Lagevrio) vanno dai 610 euro del trattamento della Merck ai 650 di quello Pfizer. Ma c'è da dire che un giorno di ricovero in reparto ne costa mille, in terapia intensiva tremila. E minimo in ospedale ci si trascorre una settimana.

Anche per questo si è deciso di rompere gli indugi aprendo alla prescrizione da parte dei medici di famiglia e all'acquisto diretto in farmacia. Attenzione però alle controindicazioni. Entrambe le pillole non vanno assunte in caso di hiv e di compromissione renale ed epatica severa.—

Il bollettino

28.368

I nuovi contagi di ieri su 192.782 tamponi con tasso di positività al 14,7%

115

Le vittime nelle ultime 24 ore, 466 i ricoverati in terapia intensiva (+1 in un giorno)

L'Aifa di fatto ne autorizza l'impiego su larga scala: disponibili in farmacia

Un'arma in più oltre al vaccino per chi rischia la malattia grave



In farmacia arrivano le pillole anti Covid

Gli antivirali

Oggi la decisione dell'Aifa
Basterà la prescrizione
del medico di famiglia

Marzio Bartoloni

Non solo vaccini. Prestissimo gli italiani che rischiano di finire in ospedale per il Covid potranno curarsi facilmente con uno degli antivirali oggi disponibili senza la burocrazia e le complicazioni che finora ne hanno fatto bloccato l'uso: basterà infatti la ricetta del proprio medico di famiglia e la scatola di pillole potrà essere recuperata subito dopo nella farmacia sotto casa. Ecco la grande semplificazione che potrebbe essere decisa già oggi dall'Agenzia italiana del farmaco quando si riunirà la commissione tecnico scientifica. Si tratta di una rivoluzione che può segnare un cambio di rotta nella lotta al Covid e nel ritorno a una gestione più "ordinaria" dell'emergenza sanitaria.

Già nei giorni scorsi il ministro della Salute Speranza lo aveva fatto presagire: «Ora che abbiamo più dosi

a disposizione vogliamo arrivare a consentire la prescrizione anche ai medici di medicina generale per favorire un accesso più capillare».

Oggi dunque si attende il semaforo verde dell'Aifa che oltre ad autorizzare la prescrizione del medico di famiglia consentirà a chi si è contagiato di ottenere, dietro presentazione della ricetta, la terapia direttamente in farmacia senza più complicazioni.

La novità riguarderà in particolare due farmaci antivirali orali (pillole appunto): il Paxlovid di Pfizer - che sarebbe efficace al 90% nell'evitare le forme gravi - e il Molnupiravir di Msd. Due terapie indicate per pazienti ammalati in modo lieve moderato ma che hanno specifici fattori di rischio per il Covid severo: tumori, insufficienza renale cronica, broncopneumopatia severa, immunodeficienza primaria o acquisita, obesità, malattia cardiovascolare grave e diabete.

La particolarità di questi farmaci è che per funzionare vanno assunti in tempi brevi: entro 5 giorni dall'insorgenza dei sintomi.

Finora però potevano essere prescritti solo dagli specialisti ospedalieri su indicazione del medico di famiglia e distribuiti solo nelle farmacie degli ospedali, centri di riferimento. Una procedura complicata che ne ha frenato l'uso: l'Italia ha finora prenotato 600mila dosi di Paxlovid, ma da inizio febbraio ne sono state prescritte solo 6.822. Sulla stessa scia il Molnupiravir: solo 16.732 trattamenti in quasi 100 giorni per 200mila dosi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ROBERTO SPERANZA

Il ministro della Salute nei giorni scorsi aveva fatto presagire la novità per questi farmaci: «Vogliamo favorire un accesso più capillare»



05

Farmaci, nuove terapie post-infarto riducono mortalità cardiovascolare

L'emergenza sanitaria da Covid-19 potrebbe paradossalmente cambiare in meglio l'approccio terapeutico dei pazienti cardiopatici gravi. "I nuovi farmaci ipolipemizzanti, che riducono l'Ldl, cioè il colesterolo cattivo, se somministrati già alla dimissione ospedaliera dopo l'evento acuto (infarto miocardico), portano rapidamente i valori del colesterolo sotto il limite indicato dalle recenti Linee guida internazionali per prevenire un secondo evento (55 mg/dl), e riducono quindi il rischio di morte cardiovascolare, ictus e/o di un nuovo infarto del 20%". E' il nuovo approccio utilizzato a Torino da aprile 2020, nella cardiologia dell'Ospedale di Rivoli e nella cardiologia dell'ospedale Mauriziano, sulla base del documento di posizione della Società italiana di Cardiologia interventistica (Gise). I risultati sono stati evidenziati da uno studio osservazionale condotto dai cardiologi dell'Ospedale Mauriziano e presentato a Torino al 'Re-Change in Cardiology' che si chiude domani, organizzato da Giuseppe Musumeci, direttore della Cardiologia dell'ospedale Mauriziano e da Ferdinando Varbella, direttore della Cardiologia dell'Ospedale di Rivoli.

Ogni anno in Italia circa 120 mila persone sono colpite da infarto. Di queste, 95 mila circa sopravvivono e devono seguire attento 'follow up' per evitare un secondo evento. "Il principale fattore di rischio per questi pazienti è il livello del colesterolo Ldl - ricordano i cardiologi - che normalmente si tiene sotto controllo tramite somministrazione di statine per via orale. Da circa 5 anni esistono nuovi farmaci, anticorpi monoclonali (Pcsk9i) che abbattano il colesterolo del 60-70% e che fino a dicembre 2019 potevano essere rimborsati dopo un percorso clinico complesso".

"Con la pandemia, la mortalità per malattie cardiovascolari è esponenzialmente cresciuta: si è registrato un aumento di oltre 3 volte della



mortalità per infarto miocardico Stemi, passata dal 4,1 al 13,7%, e per il futuro sarà sempre più importante la prevenzione, in particolare la prevenzione secondaria. Durante questa fase - continuano i cardiologi - è risultato sempre più difficile garantire un 'follow-up' adeguato ai pazienti e da qui l'idea di iniziare a usare i farmaci innovativi (Pcsk9i) idealmente già alla dimissione ospedaliera (come previsto dalla normativa Aifa del 2020) per ottimizzare da subito il profilo lipidico del paziente ed abbattere il rischio". Nella Asl To3 – che comprende gli ospedali con Cardiologia di Rivoli, San Luigi e Pinerolo – sono oltre 400 i pazienti trattati con questo approccio, su una popolazione di circa 3.000 cardiopatici gravi; la Cardiologia del Mauriziano ne segue circa 250.

L'analisi dello studio torinese si basa sull'osservazione di 621 pazienti con sindrome coronarica acuta, di età media di 70 anni, sottoposti a rivascolarizzazione coronarica percutanea e ricoverati presso la Struttura complessa di Cardiologia dell'Azienda ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino tra gennaio 2020 e giugno 2021. "Il farmaco scelto, anticorpo monoclonale inibitore della proteina Pcsk9, consente un dosaggio unico ogni 14 giorni, auto gestito dal paziente monitorato in telemedicina: questo aspetto è risultato determinante per offrire ai pazienti una terapia medica ottimizzata per il periodo pandemico, che determinava una gestione dei follow-up a breve termine molto complessa e spesso logisticamente impossibile", evidenzia la ricerca.

Dopo 6 mesi, in tutti i pazienti trattati è stato raggiunto il target del valore del colesterolo Ldl inferiore a 55 mg/dl, previsto dalle linee guida internazionali per la prevenzione secondaria di infarto o ictus cerebrale. "Abbiamo optato per la somministrazione precoce dei nuovi farmaci ipolipemizzanti – spiega Musumeci – iniziando il trattamento alla dimissione nei pazienti a rischio più



alto (circa il 20% dei nostri pazienti con infarto). Dopo 6 mesi, il 92% di tutti i pazienti dimessi dopo un infarto registrava valori del colesterolo inferiori a 55 mg/dl, limite internazionale che riduce del 20% il rischio di nuovi eventi cardiovascolari maggiori come morte, re-infarto o ictus”.

“L’ipercolesterolemia rappresenta, ad oggi, il principale target di prevenzione secondaria nelle malattie coronariche - commenta Ferdinando Varbella - L’introduzione dei nuovi farmaci PCSK9i, unitamente a statine ed ezetimibe, e la possibilità di prescrizione degli stessi in fase acuta, hanno ampliato le possibilità terapeutiche e con esse la probabilità di raggiungere i valori target del colesterolo LDL. Compito del cardiologo rimane riconoscere e trattare aggressivamente e precocemente i pazienti a più alto rischio, fornendo loro un adeguato counseling che favorisca il buon esito della terapia”.



Aifa apre alla revisione dei fondi per l'innovazione

Commissione Unica

«**G**arantire accesso alle terapie innovative a una platea sempre più ampia di popolazione, tenendo sotto controllo i criteri di sostenibilità. E magari aprire un dialogo sul tema della revisione dei fondi dedicati ai farmaci innovativi. Questi gli obiettivi a cui deve tendere il Servizio sanitario nazionale» ha detto Nicola Magrini, direttore generale dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), intervenendo al 14esimo Forum nazionale pharma, organizzato dalla Società italiana di farmacologia (Sif). Nel corso del suo intervento Magrini ha anche

parlato dei fondi da destinare al settore e alla possibilità che si realizzi una "Commissione unica", che potrebbe unire Comitato scientifico e prezzi.

«L'Aifa ha l'obiettivo di mettere a disposizione nel minor tempo possibile i farmaci innovativi importanti e per questa ragione si può riflettere anche sulla revisione dei fondi dedicati a questi particolari medicinali, collegandoli all'accesso precoce, sulla "Commissione Unica", che potrebbe costituire un unico Comitato Scientifico e Prezzi con maggiore visibilità ed effi-

cienza, e sulla possibilità di rendere più flessibili e adeguati ai nuovi farmaci i criteri Aifa di innovatività».

—Fr.Ce.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ANTIVIRUS



AIUTO, L'ANTIBIOTICO DIVENTA UN NEMICO

✱ DA TEMPO alcuni ricercatori fanno notare che una silente ma minacciosa circolazione di batteri resistenti agli antibiotici è già una pandemia della quale pochi parlano e che molti sottovalutano. La resistenza agli antibiotici è una delle minacce più importanti dell'era post-antibiotica. Non tenerne conto è molto pericoloso. Fino alle prime decadi del XX secolo, la malattia infettiva era spesso causa di morte. Non esistevano cure, l'unica arma era il sistema immune che, spesso falliva nella difesa. Quando, grazie a un'intuizione geniale, furono scoperti gli antibiotici, ebbe inizio una nuova era. Il primo impiego della penicillina, primo antibiotico della storia, avvenne durante la Seconda guerra mondiale. La miracolosa polverina, versata sulle ferite dei soldati, li sal-

vava da febbri settiche che avrebbero provocato l'amputazione di arti o persino la morte. In circa trent'anni dalla prima scoperta furono studiati e resi disponibili decine di nuovi antibiotici, naturali o semisintetici, tanto da fornire al medico un vasto menu di molecole, fra le quali scegliere la più appropriata all'infezione da curare. La morte per cause infettive è stata quasi del tutto sconfitta. Gli anni 70 e 80 dello scorso secolo furono l'epoca d'oro della terapia antinfettiva. Non si è, però, tenuto conto che i batteri sono degli esseri viventi che mutano per evitare di essere uccisi. La fine dello scorso secolo ha così visto crescere il fenomeno dell'antibiotico-resistenza che è diventato sempre più grave, tanto che nel 2019 ha provocato ben 1,3 milioni di morti. Cosa si può fare per

arrestare questo fenomeno? Ha mostrato buona efficacia la strategia che gli anglosassoni chiamano *antibiotic policy*, che comprende l'uso periodicamente alternato dei diversi antibiotici, in modo da arginare la selezione dei batteri resistenti. In Italia non esiste programma nazionale, né controllo della circolazione dei batteri resistenti. È di questi giorni l'allarme dell'Oms sulla circolazione di *Shigella sonnei* (batterio che può dare infezioni intestinali), resistente a tutti gli antibiotici. La speranza è quella di non rivivere l'impreparazione con la quale s'è affrontata la pandemia.

MARIA RITA GISMONDO

direttore microbiologia clinica
e virologia del "Sacco" di Milano



BOLLETTINO COVID

Su quasi 26mila test effettuati i nuovi positivi sono 3.780

••• Ieri sul territorio della regione lazio sono stati eseguiti 7.076 tamponi molecolari e 18.752 antigenici per un totale di 25.828 test. Sono stati registrati 3.780 nuovi casi positivi (-2.635), mentre sono 15 i decessi (+10), 1.199 i ricoverati (+54) e 68 le nuove terapie intensive. Il dato dei guariti fa registrare un più 5.460. «Il rapporto tra positivi e tamponi è al 14,6%. I casi a roma città sono a quota 2.216». Lo ha comunicato nella quoti-

diana nota l'Assessore alla Sanità della Regione Lazio, Alessio D'Amato. Va comunque ricordato che il lunedì è il giorno meno indicativo perché la domenica si registra un flusso minore di persone che si sottopongono ai test.

