

La polemica

Tamponi rapidi, è scontro tra farmacisti e laboratori privati

di Giuseppe Del Bello

Tamponi in farmacia, guerra tra Federfarma e Federlab. L'accordo stipulato con Federfarma-Napoli (presidente Riccardo Iorio) prevedeva la possibilità per i cittadini privati di sottoporsi al tampone antigenico in farmacia. In meno di una settimana il servizio è stato erogato a circa 800 persone. L'afflusso c'è, dunque, ma nessuna ressa. Iorio, che oltre a presiedere Federfarma, è titolare di una farmacia a Scampia, legge i dati: «Al momento, ma l'aggiornamento si fa ogni 24 ore, hanno aderito 77 colleghi tra Napoli e provincia, di cui 41 in città e 37 nel territorio extrametropolitano che comprende anche Capri, Barano di Ischia e Procida. Ma nei prossimi giorni se ne aggiungeranno altri. In media ogni farmacia ha permesso di processare 20 tamponi, per un totale 160 al giorno».

La procedura prevede la possibilità di prenotarsi, telefonicamente o via e-mail, per evitare assembramenti rischiosi. Poi, chi si è sottoposto al test, rientra a casa senza aspettare l'esito che, invece, sarà inserito direttamente sulla piattaforma Sinfonia. Di qui, partirà la comunicazione di negatività o positività che, nel giro di qualche ora, arriverà al cittadino e al medico cu-

rante. Quest'ultimo deciderà, in base al risultato, se richiedere il tampone molecolare. «Finora, abbiamo riscontrato poco meno del 10 per cento di positivi - precisa Iorio - in linea con il trend nazionale. Il tampone costa al cittadino fino a un massimo di 22 euro, prezzo riportato nella delibera. Ed è una cifra irrisoria che dimostra il nostro ruolo centrale nel sistema sanitario. Ovviamente, il tampone domiciliare ha un costo diverso». Per conoscere le farmacie (il servizio non è obbligatorio ma su adesione personale) disponibili basta collegarsi al sito www.federfarmanapoli.it dove è possibile consultare l'elenco completo e aggiornato. Vincenzo Piscicelli dirige la farmacia di Pianura del gruppo Petrone: «Federfarma ci aveva comunicato in anticipo dell'autorizzazione a effettuare il tampone antigenico, che dà risposta in 10-15 minuti. Ne sono stati processati circa 60, tra 10 e i 15 al giorno. E accettiamo solo su prenotazione, dando disponibilità a effettuare un test ogni quarto d'ora». Aggiunge Massimo Petrone: «Abbiamo stipulato un accordo con un'azienda da cui abbiamo noleggiato un camper attrezzato e che fornisce anche un infermiere professionale. Abbiamo accolto l'invito per offrire un servizio alla collettività».

Ma per i tamponi rapidi in farmacia insorge Federlab (laboratori di analisi) presieduta da Gennaro Lamberti: «De Luca aveva detto che i test rapidi sono inutili. Ora ha fatto dietrofront. Non sono stati indicati i requisiti minimi per lo screening antigenico. E, d'incanto, spariscono anche i problemi di assembramento. Viene concesso ai farmacisti addirittura l'uso di suolo pubblico, camper e tende. E non occorre personale specializzato. Gli esami? Possono farli i farmacisti stessi, biologi, infermieri e addirittura gli Oss (operatori socio-sanitari): assurdo. E perché non farli fare a seguire, da parrucchieri, barbieri ed estetisti?». Immediata la replica di Iorio: «Disinformazione totale. La normativa non prevede che il farmacista faccia il test personalmente: solo medici, biologi e infermieri. Non ci sono gli Oss. E comunque finora non c'è stato alcun assembramento».



▲ Il test

La farmacia Petrone di Pianura



Peso: 27%

I dati

«Noi medici di famiglia in campo per i vaccini»

«Stiamo eseguendo 1800 tamponi antigenici rapidi a settimana nelle tre postazioni in città. E siamo pronti a partecipare alla campagna di vaccinazioni anti-Covid, dopo aver raggiunto l'80 per cento di copertura contro l'influenza tra gli over 60. Ma, che ne dicano i giudici, non abbiamo protezioni adeguate per garantire le visite domiciliari ai casi positivi». È la sintesi di quanto spiegato dai medici di famiglia iscritti alla Fimmg in occasione della presentazione dei manifesti affissi in strada e negli studi. Con questi slogan: «Non mandarci all'inferno. Già

ci siamo», «Per molti siamo invisibili. Ma chi ci è vicino ci riconosce ad occhi chiusi». Impegnati a chiedere più risorse il segretario nazionale del sindacato, Silvestro Scotti, e il segretario provinciale Luigi Sparano.

m.p.



Peso: 4%

Intervista/1 **Fabrizio Pregliasco**



ASSEMBRAMENTI
Shopping
di Natale
a Roma
nonostante
pericoli
restrizioni
e divieti
per la crisi
Covid-19

«La curva non cala ancora Attenti a riaprire le scuole»

► Il virologo dell'Università di Milano: ► «Maggiore contagiosità vuol dire più rischio un rialzo davvero pericoloso persone e più terapie intensive colpite»

Se finora riuscire a tenere sotto controllo il Sars Cov 2 non è stato affatto semplice, con la mutazione che lo rende più contagioso la situazione potrebbe sfuggire di mano. Ecco perché, avverte Fabrizio Pregliasco, virologo e ricercatore di igiene dell'Università degli Studi di Milano, «occorre aumentare la nostra responsabilità personale e

rispettare tutte le misure di sicurezza. Siamo alla seconda ondata, ma rischiamo un rialzo davvero pericoloso».

La variante di questo virus individuata in Gran Bretagna, ma anche in Danimarca, Australia, Olanda e ora anche in Italia, è una bella grana da risolvere con l'attuale livello dei contagi. Perché il Sars Cov 2 è cambiato?

«Ci sono stati tantissimi virus isolati e le variazioni sono normali in quelli a Rna. Si tratta di virus che sono un po' disattenti nel replicarsi, quindi commettono qualche errore rispetto ad al-



Peso:56%

tri come per esempio il morbillo, che invece è ripetitivo. Diciamo che utilizzano in un certo senso il meccanismo di Darwin, ossia il caso e la necessità, e quindi a un certo punto può capitare che ci sia una variante».

Ma queste mutazioni sono prevedibili?

«È difficile riuscirci. Anche gli inglesi ora ammettono di aver individuato la mutazione mesi fa, però la verità è che non si può stare addietro a tutte le variazioni, alle sequenze nucleotidiche variate. E poi, la gran parte delle mutazioni non è efficace oppure è del tutto indifferente rispetto alle caratteristiche della malattia».

Quali sono gli effetti immediati per la pandemia?

«La maggiore contagiosità è semplicemente un fatto quantitativo. Anche se rimane uguale la percentuale di casi importanti, ossia un 7 per cento di casi ospedalizzati e 0,7 di terapie intensive, se la base di numeri assoluti è più elevata queste percentuali diventano più pesanti in termini assoluti, come numero di persone fisiche colpite».

I voli verso i Paesi dove è stata sequenziata questa mutazione sono stati interrotti. Questa mutazione, però, è stata individuata anche in Italia. Secondo lei quanto è già diffusa?

«Sicuramente circola da noi da diverso tempo. Ma non è facile stabilire l'entità dei casi. Però, la presenza di questo virus più contagioso potrebbe essere una dimostrazione del fatto che la curva dei contagi non sta scendendo abbastanza velocemente. Spiegherebbe in sostanza il numero così alto di contagi che ci sono in questo periodo. Però, è tutto da dimostrare».

Cosa bisognerebbe fare per capire quanto è diffusa da noi questa mutazione?

«Serve un'indagine di secondo livello. Occorre cioè effettuare quello che è il sequenziamento, che ovviamente viene fatto in una quota parte dei casi».

Anche l'Organizzazione mondiale della Sanità ha esortato i Paesi a rafforzare i controlli e aumentare la capacità di sequenziamento del virus per capire di più i rischi legati alla nuova variante. Quindi vuol dire che finora se ne sono stati fatti pochi?

«Diciamo che in Italia se ne potrebbero fare di più. L'Inghilterra è molto organizzata da questo punto di vista. Ma la situazione in cui ci troviamo deve dare una spinta al finanziamento a questo tipo di indagini».

È solo un problema di risorse o servono competenze specifiche?

«Si tratta di un'indagine che si può fare in tutti i laboratori. Ma serve una rete che abbia capacità e qualità di risultato che siano confermati. Occorre poi uno sforzo maggiore per aumentare il numero dei sequenziamenti». **Spesso nel diagnosticare la presenza del virus possono venire fuori risultati contraddittori. Da cosa può dipendere?**

«È evidente che i test diagnostici andrebbero standardizzati meglio. Può capitare che alcuni dei test molecolari non siano sicuri e diano come risultato falsi negativi. Le varie aziende produttrici utilizzano spesso metodiche differenti. È bene invece che i test seguano tutti gli stessi parametri. Inoltre, per avere una autorevolezza e appropriatezza dei risultati, i test devono essere fatti in un laboratorio che ha il controllo di qualità. Bisogna evitare, poi, il fai da te. Quanto ai tamponi rapidi, per certi versi sono un elemento complementare che può aiutare in una fase di screening, ma non devono essere un riferimento assoluto.

Sennò rischiamo di ritrovarci un numero considerevole di falsi negativi».

Quali altre misure possiamo intanto adottare per difenderci dal virus?

«Di fatto, questa mutazione ci mette di fronte alla necessità di aumentare la nostra responsabilità personale. Dobbiamo vivere purtroppo con la considerazione che ogni contatto interpersonale rappresenta un rischio. Occorre seguire le stesse precauzioni di prima ma con maggiore attenzione. Il virus è uguale, si trasmette allo stesso modo».

La riapertura delle scuole non fa stare tranquilli.

«Ricordiamo che la riapertura a settembre ha dato una bella spinta a questa seconda ondata. Se quindi vogliamo riaprirle, bisognerà prima capire cosa fare perché non rappresentino di nuovo un rischio. E quindi occorre prima gestire l'aspetto degli spostamenti. Io spero che a questo proposito le organizzazioni preposte stiano facendo qualcosa».

Permettere gli spostamenti fino al 20 dicembre e poi di nuovo dal 6 gennaio per il virus cosa cambia?

«Il senso di questa misura non si comprende. Diciamo che è stata una forma di liberalità nella speranza che se ne facesse un uso decente. Ma dal punto di vista scientifico non mi entusiasma affatto, anche perché riporta a quei comportamenti al limite della pericolosità».

Graziella Melina

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«RICORDIAMO CHE IL RITORNO IN AULA A SETTEMBRE HA DATO UNA FORTE SPINTA A QUESTA SECONDA ONDATA»

«PERMETTERE CHE GLI SPOSTAMENTI RIPRENDANO DAL 7 GENNAIO È AL LIMITE DELLA PERICOLOSITÀ»



Fabrizio Pregliasco



Via ai vaccini, allarme furti Caccia ai positivi al Covid 2

► Ok all'antidoto della Pfizer: in Italia si parte il 27. L'Interpol avverte: è il nuovo oro
Variante inglese: test a tappeto sugli arrivi da Londra, 7 casi sospetti a Capodichino

L'ok alla somministrazione del vaccino Pfizer conferma anche in Italia la partenza della campagna dal 27 dicembre. Ma intanto l'Interpol lancia l'allarme sul possibile rischio furti di vaccino. Preoccupa la variante inglese del virus: sotto la lente l'Inghilterra, test e 7 casi sospetti a Capodichino.

**Arcovio, Cennamo,
Di Fiore, Evangelisti
e Melina da pag. 2 a 5**

La lotta alla pandemia

Caccia al nuovo Covid: test su chi è arrivato da Londra a dicembre

► Il piano del governo per fronteggiare

la variante inglese: sequenziati tutti i positivi

► La donna italiana contagiata è una 007 Aise

asintomatica al pari del compagno britannico

IL CASO

ROMA Chi nelle ultime due settimane è stato nel Regno Unito deve contattare l'azienda sanitaria ed eseguire il tampone. Solo nel Lazio sono 2.000 i cittadini reduci da un viaggio in Gran Bretagna

che devono eseguire i test, come disposto dall'ordinanza del ministero della Salute per individuare la presenza della variante inglese di Sars-CoV-2. Altri 500, secondo il governatore

Marco Marsilio, sono in Abruzzo. In Lombardia si ipotizza che vadano eseguiti i tamponi a 1.500 provenienti da Inghilterra, Scozia, Galles e Irlanda del Nord. Luca Zaia, d'accordo con Speran-



Peso: 1-10%, 2-52%

za, ha firmato una sua ordinanza. Il presidente del Veneto, regione dove aleggia il sospetto che l'inattesa impennata dei contagi possa essere stata causata dalla diffusione di B.1.1.7, vale a dire il virus mutato che sta spaventando il Regno Unito e l'Europa per la sua straordinaria velocità di trasmissione, ha chiesto ai laboratori di andare oltre, di eseguire a campione il sequenziamento dei tamponi che sono risultati positivi nell'ultimo mese (tra quelli collegati a viaggi in Gran Bretagna). In questo modo si capirà se ad accelerare l'epidemia in Veneto sia stata l'imprevista diffusione della variante inglese. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità una persona infettata dalla nuova variante contagia in media 1,5 altri soggetti, rispetto a un tasso di riproduzione dell'1,1 per le altre varianti note in Gran Bretagna.

STRATEGIA

Il problema è che oggi, quando si eseguono i tamponi molecolari, si scopre se una persona è positiva, ma non si può comprendere se il virus è quello modificato. Al termine del vertice tra gli esperti dei paesi dell'Unione europea, l'Ecdc (l'agenzia per il controllo e la prevenzione delle malattie) ha diffuso una serie di raccomandazioni: i laboratori europei devono aggiornare i nucleotidi usati nei vari metodi diagnostici del Sars-Cov-2 (tamponi molecolari e test antigenici rapidi). «Va aumentata la capacità di caratterizzare il virus geneticamente e antigenicamente, o di condividere con i laboratori di riferimento le sequenze isolate». Gli esperti hanno anche concordato sul fatto che, al momento, non si ritiene necessario chiudere le frontiere di Schengen, ma restano bloccati i voli dal Regno Unito. Secondo l'Ecdc la variante inglese del coronavirus circola già da un

mese in Europa (e non solo). «Tre sequenze di campioni raccolti in Danimarca e uno in Australia, prelevati a novembre, sono risultate collegate al focolaio inglese». La circolazione internazionale è già evidente, come dimostra anche il caso rilevato al Dipartimento Scientifico del Policlinico Militare Celio, a Roma, dove è stato scoperto che una donna (una 007 di 42 anni, in forza all'Aise, i servizi segreti italiani esterni) è positiva (in discrete condizioni) alla nuova variante di Sars-CoV-2; il compagno era appena tornato dal Regno Unito. La caccia alla variante britannica, però, è complicata.

L'ordinanza di Speranza, la stessa che ha bloccato l'ingresso in Italia a chi proviene dalla Gran Bretagna, è valida fino al 6 gennaio e recita: le persone che hanno soggiornato «nei quattordici giorni precedenti» nel Regno Unito sono obbligate a comunicare immediatamente «l'avvenuto ingresso nel territorio nazionale al Dipartimento di prevenzione dell'azienda sanitaria e a sottoporsi a test molecolare o antigenico». È un obbligo, ma nessuno va a cercare queste persone e, dunque, tutto dipende dal senso civico.

RISORSE

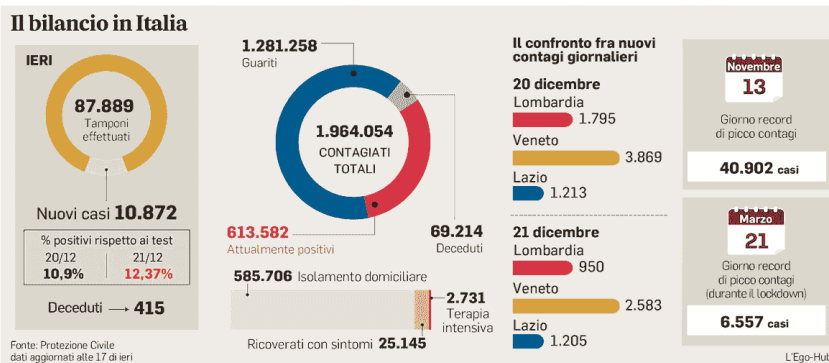
L'Italia ha i mezzi per una operazione massiccia di sequenziamento del virus? Spiega il professor Carlo Federico Perno, professore all'UniCamillus e direttore del reparto di Microbiologia dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma: «Sarebbe molto importante partire con una massiccia operazione di sequenziamento per comprendere quanto questa variante si sia diffusa nel nostro Paese. L'Italia è perfettamente in grado di farlo, i centri ci sono. Mancano però i finanziamenti. Con le risorse adeguate, si può fare. Tenga conto che questa non è una variante, ma un insieme di più varianti, è presente da settembre e ha migliorato in questo modo la sua capacità di circolazione. Sarà importante partire il più rapidamente possibile con la vaccinazione, perché più il virus si trasmette, più possibilità ci sono che muti e dunque sia più difficile da controllare». Secondo il professor Massimo Ciccozzi, epidemiologo dell'Università Campus Bio-Medico, «adesso che la conosciamo, possiamo sorvegliare questa nuova variante, pensi che su uno studio che abbiamo pubblicato abbiamo dimostrato che sono già 13 quelle che circolano da inizio primavera».

Ieri c'è stata una apparente frenata del numero di nuovi casi in Italia, ma in realtà il tasso di positività è aumentato: 10.872 infetti trovati, ma su appena 87.899 tamponi molecolari, dunque siamo al 12,4 per cento. I decessi sono stati 415, mentre diminuiscono i posti occupati da pazienti Covid negli ospedali: 2.731 in terapia intensiva e 25.145 negli altri reparti. Ma anche ieri 161 persone sono entrate in terapia intensiva e il flusso, ogni giorno, appare costante.

Mauro Evangelisti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**DOPO IL BOOM
DI CONTAGI IN VENETO
ZIA ORDINA VERIFICHE
SU OGNI ANALISI
GIÀ ESEGUITA
NEI GIORNI SCORSI**



.salute

SANITÀ
E FRONTIERE
DELLA MEDICINA

Telemedicina, via alle cure a distanza

Bartoloni e Gobbi — a pag. 42

Le linee guida. Governo e Regioni varano le indicazioni nazionali per la telemedicina che entra nel Ssn: previsti requisiti, tariffe e ticket come per le prestazioni tradizionali

Dalle televisite ai telereferti: partono le cure a distanza

**Marzio Bartoloni
Barbara Gobbi**

Lo tsunami del coronavirus dà una spinta decisiva alla telemedicina. Evocata da diversi anni, sperimentata a macchia di leopardo in alcune Regioni, l'emergenza Covid-19 ha acceso i riflettori sui buchi di un servizio sanitario svuotato di personale, di cure sul territorio e di tecnologie. Da qui lo sforzo a recuperare il digital divide rispetto agli altri grandi Paesi, per garantire l'assistenza ai pazienti positivi anche a distanza grazie alle cure on line, ma anche a tutti gli altri malati resi trasparenti dalla pandemia. E così dopo fiumi di dibattiti e a sei anni dall'ultimo documento ufficiale - che è un'era geologica per questo settore - la Conferenza Stato-Regioni ha varato nei giorni scorsi le linee guida con le «Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina»: si va dalle televisite da impiegare per i controlli medici in caso di diagnosi già accertata (non può sostituire la prima visita) al teleconsulto medico che prevede l'interazione di più dottori che possono condividere dati, referti, immagini e video. C'è poi la teleconsulenza me-

dico-sanitaria in cui il sanitario interpellato fornisce all'altro collega indicazioni per l'assunzione di decisioni o per la corretta esecuzione di azioni assistenziali rivolte al paziente e infine c'è la telerefertazione rilasciata dal medico che ha sottoposto un paziente a un esame clinico o strumentale che viene trasmessa per mezzo di sistemi digitali e che formalizza una "telediagnosi". Due i paletti: restano per il momento esclusi i pazienti con malattie acute o riacutizzazioni di patologie croniche in atto e tutti i malati diabetici o "fragili" che rendano imprudente la permanenza a domicilio. E nel caso in cui lo strumento telemedicina non consenta di mantenere inalterata la sostanza delle prestazioni da erogare, le aziende sanitarie e gli erogatori privati sono comunque tenuti a erogare la prestazione in modalità tradizionale.

Non si partirà subito con tutto il pacchetto, ma il nuovo documento segna l'ingresso ufficiale di queste prestazioni nel nostro Ssn con tanto di requisiti, definizioni e anche tariffario (per la televisita che è la prima in

rampa di lancio) e ticket (la compartecipazione alla spesa) che generalmente seguiranno le stesse regole previste per le omologhe prestazioni "tradizionali". Sulla ricetta d'ora in poi dovrà comparire la "T" di Telemedicina e questo indicherà che il dado ormai è tratto. Certo il Paese non è all'anno zero: il ministero della Salute ha mappato 282 esperienze di telemedicina nelle Regioni o in singole aziende, mentre cinque Regioni - Piemonte, Emilia, Toscana, Lazio e Provincia di Trento - in attesa di un documento ufficiale avevano già deliberato. Ma con il federalismo sanitario ognuno va da sé, mentre la crisi coronavirus impone a tutta l'Italia di adeguarsi. E di attrezzarsi al più presto con standard comuni. Un documento che potrebbe essere il punto di partenza per il futuro piano per rinnovare



Peso: 1-1%, 42-38%

La Sanità contenuto nel Recovery plan. Al momento le risorse sono limitate - 9 miliardi in tutto sono stati assegnati al capitolo Sanità - ma potrebbero crescere e proprio uno dei 5 progetti previsti nella bozza del piano «Next generation Eu» punta sull'avvio della telemedicina a casa del paziente.

Intanto, ci si deve preparare: dove i progetti sono già stati avviati è già partita anche la formazione di operatori, pazienti e caregiver. Si tratta di recuperare spazi e soprattutto orari dedicati, ma anche di "addestrare" sia clinici e infermieri sia i destinatari delle cure alle nuove modalità. Cosa serve? Un'organizzazione che pare banale ma non sempre lo è, da Nord a

Sud Italia: una rete di collegamento sempre disponibile tra medici e pazienti, un portale web, login semplici e la possibilità per la persona di connettersi con gli strumenti digitali che ha a disposizione, le certificazioni dell'hardware o del software come dispositivo medico, idoneo alla tipologia di prestazione che si intende effettuare in telemedicina. E se il paziente non avesse a casa propria gli strumenti necessari per connettersi? La prestazione va comunque garantita mettendo a disposizione le strutture territoriali dell'Asl o postazioni dedicate vicino casa, magari in farmacia o nello studio del medico di famiglia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LE PRESTAZIONI EROGABILI

1 LA TELEVISITA

Non può sostituire la prima visita in presenza

È un atto medico in cui il sanitario interagisce a distanza in tempo reale con il paziente, anche con il supporto di un care-giver. La televisita, non può essere considerata sostitutiva della prima visita medica in presenza ed è da intendersi limitata alle attività di controllo di pazienti la cui diagnosi sia già stata formulata. Sono erogabili in televisita le prestazioni ambulatoriali che non richiedono la completezza dell'esame obiettivo del paziente (ispezione, palpazione, percussione e auscultazione)

2 IL TELECONSULTO

Una visita con più medici con scambio di dati sanitari

È un atto medico in cui più medici interagiscono a distanza anche in videochiamata riguardo la situazione clinica di un paziente, basandosi primariamente sulla condivisione di tutti i dati clinici, i referti, le immagini, gli audio-video. Quando il paziente è presente al teleconsulto si configura come una visita multidisciplinare. Il teleconsulto contribuisce alla definizione del referto che viene redatto al termine della visita erogata al paziente, ma non dà luogo ad un referto a se stante.

3 LA TELECONSULENZA

Supporto per la corretta esecuzione di azioni assistenziali

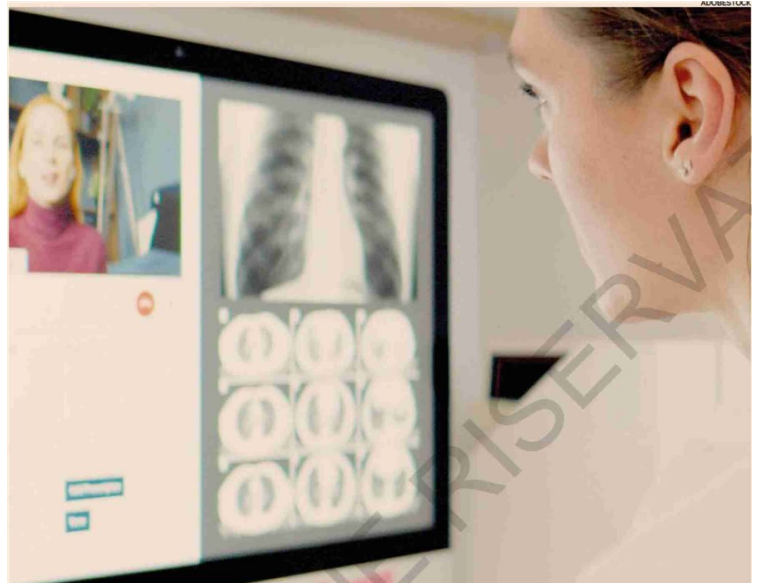
È un'attività sanitaria che si svolge a distanza ed è eseguita da due o più persone che hanno differenti responsabilità rispetto al caso specifico. Essa consiste nella richiesta di supporto durante lo svolgimento di attività sanitarie, a cui segue una videochiamata in cui il professionista sanitario interpellato fornisce all'altro, o agli altri, indicazioni per la presa di decisione o per la corretta esecuzione di azioni assistenziali rivolte al paziente.

4 IL TELEREFERTO

La telerefertazione formalizza la telediagnosi

È una relazione rilasciata dal medico che ha sottoposto un paziente a un esame clinico o strumentale il cui contenuto è quello tipico delle refertazioni eseguite in presenza e che viene scritta e trasmessa per mezzo di sistemi digitali e di telecomunicazione. Il medico esegue e invia il telereferto in modo concorde con il medico che ha richiesto l'esame clinico o strumentale. Il telereferto formalizza la telediagnosi con firma digitale validata del medico responsabile dello stesso

Tra i progetti da finanziare con i fondi Ue previsti dal Recovery plan c'è anche l'avvio della telemedicina



La visita on line

Durante la televisita e il teleconsulto i medici potranno valutare dati, referti, immagini relativi ai pazienti. La televisita non può sostituire la prima visita in presenza



Peso: 1-1%, 42-38%