

IL DISTANZIAMENTO IN MEDICINA

Ricordi, riflessioni e divagazioni al tempo del Covid-19



■ RENATO MASSINI*

* già *Primario di Medicina Interna - Ospedale Santo Spirito in Sassia, Roma. Vice Presidente, Scuola Medica Ospedaliera.*

*Poi ricorri pure al medico, perché il Signore ha creato anche lui:
non stia lontano da te, perché c'è bisogno di lui*
Siracide, 38, 12

*"Oltre ai suoni smorzati" disse il dottor Behrens "lei ha anche in alto a sinistra
un suono aspro che è quasi un fruscio e senza dubbio proviene da una lesione fresca..."*
Thomas Mann, *La Montagna Incantata*

IL lemma *distanziamento* ("L'atto, il fatto o il modo di distanziare o distanziarsi", cioè "collocare, disporsi a una determinata distanza": così il Vocabolario Treccani) è entrato di prepotenza nel novero delle parole che la pandemia ci ha regalato: ad ammonirci che si tenga ogni potenziale untore fuori da una ideale sfera del raggio di un metro, al cui centro siamo noi. Come tante monadi, più o meno. Una parola e un comportamento che stanno modificando in modo radicale e probabilmente irreversibile il nostro rapporto con gli altri e di cui forse non immaginiamo le future conseguenze. Tuttavia, per me che ho diversi decenni di medicina sulle spalle, il distanziamento non è solo un mezzo per minimizzare il contagio ma l'immagine di un graduale allontanamento fisico, al limite dell'estraneità, che nel tempo si è stabilito tra medico e paziente. Una riflessione che non è riprovazione né rimpianto dei tempi andati ma solo constatazione di quanto è mutato il modo di essere medico.

BOLLETTINO ON LINE
www.smorrl.it

← SOMMARIO

EDITORIALE

- 1** Il distanziamento in Medicina.
• R. Massini

ATTUALITÀ SCIENTIFICA

- 6** Covid-19 e vaccinazione di massa: l'attuale evoluzione dell'approccio alla pandemia.
• L. Di Rienzo Businco, P.D. Longo, S. Pavaci, F. Tortorella
- 11** Notizie Flash.
• G. Visco
- 12** Primo Corso FAD della S.M.O.
• U. Recine



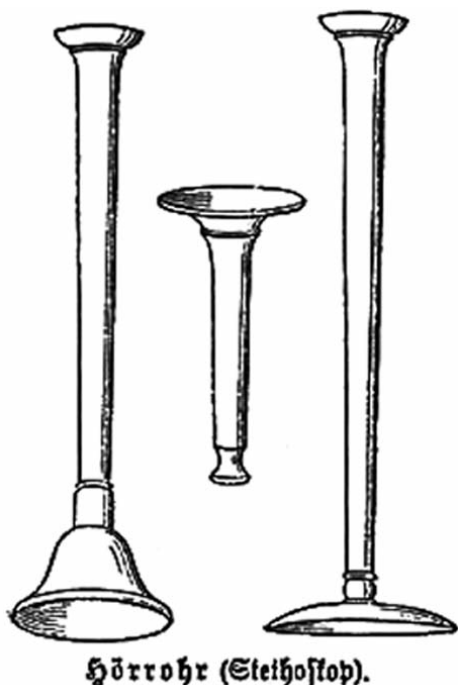
■ *L'Ospedale Santo Spirito in Sassia.*



■ *Stetoscopio di Laënnec.*

La terapia intensiva è l'estremizzazione del distanziamento che non è tanto distanza fisica quanto un insieme di barriere tra medico e paziente. L'accesso alle aree pericolose richiede una sorta di vestizione dal carattere rituale, come per un sacerdote indossare i paramenti prima della messa o per un cavaliere dei tempi andati l'armatura prima della battaglia: doppio camice, doppia maschera, visiera, cuffia, occhiali, doppi guanti, soprascarpe. Il medico deve restare non più di 10 minuti nella stanza del paziente, la visita consiste per lo più nella lettura dei cosiddetti parametri che però vanno registrati fuori dalla stanza di modo che penna e cartella siano "pulite"; chissà se qualche torace sarà ascoltato, se qualche parola in più sarà detta. Si è raccontato di qualche paziente, forse un po' disorientato dalla febbre e dall'ipossia (ma non così tanto, a ben vedere), che chiedeva: "Ma lei chi è? Un medico?" Il sovraccarico di lavoro, il personale da sempre insufficiente e, ora più che mai, la fretta di concludere e la doverosa attenzione a minimizzare il contagio hanno messo le ali a questo processo.

Ma in tema di distanziamento la medicina sta già facendo, e da tempo, la sua parte. Ne fu in un certo senso antesignano René Theophile Marie Hyacinte Laënnec (1781-1826), primario dell'Hôpital Necker di Parigi, che ebbe l'idea di interporre un foglio di carta arrotolato tra il proprio orecchio e il precordio di una giovane signora assai pudica e per di più obesa per la quale l'auscultazione diretta era non solo imbarazzante e quasi riprovevole, ma soprattutto poco pratica: così nacque lo stetoscopio. Che poi ha cambiato nome, forma e anche funzione e significato: il fonendoscopio non solo ha aumentato la distanza tra medico e paziente ma è diventato una specie di decorazione-simbolo che medici e infermieri si avvolgono al collo con attenta noncuranza, come una stola o un foulard di Hermès (talvolta però è usato anche per ascoltare il cuore e altri organi). Ve ne sono di vari colori, dal bordeaux al blu-marine, e persino d'oro *-limited edition* per sceicchi, credo; alcuni, poi, persino muniti di un microscopico amplificatore *ad usum* dei più duri d'orecchio o refrattari all'auscultazione). Insomma, l'aspetto decorativo, la valenza di status e la tecnologia hanno impietosamente mortificato la funzionalità dello strumento sottraendo qualcosa a quell'esile contatto tra medico e paziente. Del resto, ci lascia intendere qualche cardiologo, a che servono certi rituali d'altri tempi così poco sensibili e specifici? Con la diagnostica per immagini egli vede tutto ciò di cui ha bisogno. (Già: e noi che passavamo le mezz'ore a cercar di capire se quel terzo tono fosse un ritmo di galoppo S_3 o uno schiocco d'apertura della mitrale. Ci scambiavamo inutilmente gli strumenti: "prova questo, mi sembra meglio del tuo". Poi dall'America arrivò il Littmann che fece strame della concorrenza; ma temo che anche lui abbia i giorni contati).



■ *Stetoscopi, 1890 circa.*

Il colloquio anamnestico è il primo contatto tra medico e paziente, il momento nel quale il medico mette in gioco la propria credibilità e ottiene la necessaria fiducia o una rassegnata indifferenza.

It is better to rely on assistant's physical examination than on his history taking, if both cannot be accomplished by oneself, scriveva P. D. White (1866-1973), pioniere della cardiologia clinica, che così riservava al medico anziano il primo cruciale passo del contatto col paziente. Oggi queste raccomandazioni fanno sorridere o al più provocano un'alzata di spalle. L'anamnesi raramente è così accurata da comprendere tutte le notizie necessarie; troppo spesso è un rituale frettoloso svolto dal medico in piedi accanto al letto e talvolta si riduce a un questionario a caselle buono forse per qualche ricerca ma non certo per la clinica: dispnea sì/no, edemi sì/no, dolore sì/no e così via (mai una volta che ci fosse, per gli ultimi socratici, un onesto "non so"). Talvolta non è raccolta *tout court* e viene ricostruita a paziente dimesso. È un'opportunità perduta, e non solo clinica: quando il tempo non era così tiranno emergevano da quel colloquio tanti particolari della vita del paziente, forse non sempre utili per la diagnosi ma che ci aiutavano a capire quale persona visse dietro lo stereotipo del paziente.

Quattro erano le fasi, mi veniva di scrivere "precetti", dell'esame obiettivo (che allora si chiamava così, ma non era certo tanto obiettivo come si diceva. Meglio "esame fisico"). La tetralogia si componeva di ispezione, palpazione, percussione e auscultazione. Una bella serie di fotografie mostra William Osler (1849-1919) accanto al paziente nelle varie fasi di questo processo che si conclude con la suggestiva immagine "Meditazione" (oggi, in epoca *smart*, medico in meditazione è quasi un ossimoro) in cui il clinico si scosta appena dal paziente per riflettere sui dati raccolti e costruirci un ragionamento. Osler è seduto vicinissimo, quasi addossato al letto, tanto da eseguire le manovre senza cambiare postura. Medico e paziente sembrano una sola persona e la posizione seduta del medico accanto al paziente, oggi in gran parte desueta, ci fa riflettere non solo sul nostro compulsivo affrettarci nel giro-visita ma su una vicinanza che da parte del medico era un po' identificarsi con l'altro.

Ispezione era la fase introduttiva: guardare con attenzione ogni dettaglio che potesse essere utile. Stato generale, patrimonio intellettuale, coscienza, tono dell'umore, pallore, ittero e tanti altri segni erano ricercati e annotati; persino gli oggetti sul comodino potevano offrire spunti preziosi. Un paio di anni fa capitai nel Pronto Soccorso di un grande ospedale, dove letti e barelle erano incastrati tra loro quasi senza lasciare spazio tra un paziente e l'altro, con buona pace dell'igiene e della *privacy*. In un gabbiotto isolato da vetrate, quattro o cinque medici lavoravano al computer: uno sguardo a quel letto o a quella barella, una raffica di battute sulla tastiera e via. Qui il distanziamento era parte di una necessità di lavoro, una telemedicina forzata, fondata in gran parte sull'osservazione e dominata dalla fretta di liberare quel letto o quella barella (mia nonna chiamava *dottore spiccialetti* il medico incapace che perdeva i propri pazienti; oggi *spiccia-*



■ *Tabella dietetica, Ospedale S. Spirito, XVII secolo.*



■ **Giovanni Tiracorda, Medico primario dell'Ospedale Santo Spirito, maestro di G. M. Lancisi.**

re un letto è una virtù). Ne ricavai un'impressione non solo di disagio e angoscia, ma di compassione per i pazienti così affastellati e per quei medici, forzati della tastiera, costretti a un lavoro in condizioni di cui nessuno, né durante né dopo l'università, gli aveva mai parlato. L'ispezione. Qualcuno, oggi, non riesce neppure a guardare il paziente in faccia, e addio *facies* con le sue pittoresche varianti. Ricordo un famoso oncologo interrogare, in piedi, una mia paziente volgendole le spalle e guardando fuori dalla finestra; ogni tanto sembrava annotare qualcosa su un foglietto poggiato sul davanzale. Durata del colloquio: meno di cinque minuti; non credevo ai miei occhi, e qui forse il termine appropriato non è più distanza ma estraneità. Ancora un'immagine riesumata dai primi, lontani anni di servizio in ospedale quando, in Accettazione, visitai una anziana signora inviata da un ginecologo che aveva notato attraverso lo specchio un notevole pallore della cervice uterina e aveva concluso, così mi dissero i familiari, che la paziente era fortemente anemica. Le aveva guardato la cervice prima che il viso: anche questa è a suo modo una forma di distanza.

Il polso radiale, chissà se qualcuno ancora se ne ricorda. L'elenco dei suoi caratteri era una specie di litania, a dimenticarne qualcuno si rischiava una spietata bocciatura in Semeiotica: frequenza, ritmicità, ampiezza, durata, consistenza e chissà cos'altro. Ai miei tempi la palpazione del polso era il primo contatto fisico col paziente; nel momento stesso in cui gli chiedeva: "come va?" il medico prendeva in mano il suo polso: come a sottolineare la propria vicinanza e riaffermare la certezza del prendersi cura. Oggi il monitor dice tutto e ci dà la rappresentazione grafica dei suoi valori. Ma non quella sensazione unica e insostituibile dello stato presente e in qualche caso della prognosi a breve tempo che distingueva il medico esperto. La macchina, la fretta e il doppio paio di guanti ne hanno fatto una pratica di sapore tra il *rétro* e la stregoneria.



■ **Honoré Daumier - Medico e paziente.**

Negli anni oramai lontani del mio apprendistato, tra le tante pratiche prescritte dalla semeiotica clinica c'era quella di sentire l'alito del paziente: così, ci insegnavano, si doveva poter riconoscere l'alito odoroso di mele della chetoacidosi diabetica, quello urinoso dell'insufficienza renale avanzata, il *foetor hepaticus* dolciastro della cirrosi scompensata, l'alito freddo, *signum mali ominis*, dell'insufficienza epatica terminale; e quello, tremendo, dell'ozena. Si affrontava quella prova a una distanza che più ravvicinata di così non si poteva, e con grande riluttanza: era più forte la repulsione per quell'annusare che il timore di un qualsivoglia contagio. Questa manovra nauseabonda, non più necessaria, è finita in soffitta senza rimpianti. Però quando in pronto soccorso, davanti a un paziente in coma, si diagnosticava la chetoacidosi appena messo piede nella stanza e riconoscendo quell'odore nell'aria prima ancora di sapere il valore della glicemia, era un momento di gloria.

I guanti. Negli anni 90 cominciai a calzarli ogni volta che visitavo. Pensavo che evitare ad altri la sensazione poco gradevole di sentirsi frugare da mani estranee fosse opportuno e molto “corretto”. Non so se e quanto questa mia iniziativa allora un po’ inconsueta fosse apprezzata; ricordo bene, però, che una signora anziana e di buon livello culturale mi disse che sentiva quei guanti come una barriera che la privava del contatto rassicurante delle mani del medico. Un altro pezzetto di empatia che se ne va.

Col progredire della tecnologia ogni sorta di strumento si interpone sempre più tra medico e paziente, allontanandoli progressivamente. L’ecografista tiene gli occhi fissi sul monitor mentre il paziente non sa se guardare il medico o quell’immagine fluttuante nello schermo nella quale cerca invano di riconoscere una qualche identità col proprio corpo: e finisce, rassegnato, a guardare il soffitto. Una dottoressa mi disse qualche tempo fa, parlando del suo strumento di ultima generazione: “Sa, io questa macchina la conosco così bene che le parlo, e lei parla con me”. Parla con la macchina ma con il paziente ci parla? Eppure è persona intelligente e sensibile, medico bravo e affidabile e di certo non ha idee o visioni deliranti al punto di dialogare con le cose: solo che, senza accorgersene, ha cambiato interlocutore, ignorando quello giusto.

Ma degli strumenti non si può certo fare a meno, dunque ben vengano e che siano sempre più precisi e affidabili e innocui e veritieri: perciò sta al medico mantenere la vicinanza del paziente, senza mai dimenticare che c’è una persona dall’altra parte della macchina. E che la macchina non è *il* paziente né un suo surrogato ma solo la fonte di una immagine effimera che si esaurisce nella stesura del referto. Scopo primario del nostro lavoro (o compito o professione o missione, o come vogliamo chiamarlo) è cercare di essere al di là della macchina e di tutte le barriere che si interpongono tra noi e la persona di cui ci prendiamo cura: per evitare che il distanziamento dei corpi si traduca in un più triste e nefasto allontanamento delle anime.

Ho parlato solo dei personaggi di questo scenario a volte un po’ malinconico: il medico, il paziente, il tempo e la macchina. Non ho fatto cenno del teatrino nel quale la commedia si svolge, ovvero la struttura sanitaria aziendalizzata: il *salutificio*, che fatica, e non poco, a non essere guidato solo dalle leggi del mercato e per il quale il paziente si riduce troppo spesso a un prodotto finito, un DRG più o meno “pesante”, un codice a barre da inserire nella macchina dei conti e delle statistiche. La trasformazione del paziente in utente si aggiunge pesantemente alle molteplici cause del distanziamento di cui abbiamo parlato. Ma questo è un altro discorso. ■



COVID-19 E VACCINAZIONE DI MASSA: L'ATTUALE EVOLUZIONE DELL'APPROCCIO ALLA PANDEMIA

■ LINO DI RIENZO BUSINCO^{***}, PASQUALE DAVIDE LONGO^{****}, SILVA PAVACI^{****}, FEDERICA TORTORELLA^{****}

**Dipartimento ORL, Istituto di Medicina CONI Lab - Roma, Italia*

***Otorinolaringoiatria, Centro di Diagnosi e Terapia - Sovrano Militare Ordine di Malta - Roma, Italia*

****Unità di Ricerca Clinica, Società Italiana Diffusione Endoscopia e Ridottinvasività Operatoria - Roma, Italia*

Alla fine di Dicembre 2019, le autorità sanitarie cinesi hanno riferito all'organizzazione Mondiale della Sanità, che nella città di Wuhan (provincia di Hubei, Cina centro-orientale) si era sviluppato un cluster epidemico di polmonite atipica ad eziologia ignota.

In strettissimo tempo, questa infezione causata da una nuova famiglia di coronavirus denominata SARS-COV-2 Sindrome Respiratoria acuta grave, si sarebbe diffusa rapidamente in tutto il mondo, causando una pandemia globale senza precedenti (Covid-19).

I coronavirus (CoV) sono un genere di virus a RNA (sottofamiglia Orthoronavirinae, famiglia Coronaviridae, sottordine Cornidovirineae, ordine Nidovirales) che possono causare diverse malattie nell'uomo, principalmente infezioni del tratto respiratorio superiore (naso, faringe, laringe, trachea) e del tratto gastrointestinale. La gravità di queste condizioni è molto variabile, dal momento che i coronavirus sono responsabili sia di una buona parte delle comuni sindromi da raffreddamento sia di sindromi respiratorie gravi come la SARS (sindrome respiratoria acuta grave, Severe Acute Respiratory Syndrome) e la MERS (sindrome respiratoria mediorientale, Middle East Respiratory Syndrome).

Le cellule bersaglio primarie, con cui fanno ingresso negli organismi, sono quelle epiteliali del tratto respiratorio (alte e basse vie aeree) e gastrointestinale, e per questo l'infezione da Coronavirus può essere molto variabile. Le

varianti diffuse negli ultimi mesi sono la testimonianza già prevista della mutazione del virus durante i passaggi ripetuti nell'uomo e sono responsabili della maggiore velocità di contagio, sia pure senza maggiore gravità clinica.

Il virus si replica con molta facilità nel faringe, ma la carica virale rimane relativamente elevata anche nel naso, rinofaringe e nel cavo orale. Nella cavità delle prime vie aeree il virus trova un ambiente favorevole al suo insediamento e alla sua replicazione a motivo delle condizioni di temperatura e umidità, oltre ad una condizione anatomica che facilita la sua diffusione per contagio aereo molto semplice. Anche la congiuntiva oculare può essere una sede colonizzata dal coronavirus, anche se le riniti e le sinusiti sono un serbatoio molto più pericoloso per la trasmissione e l'emissione a distanza delle particelle virali con respiro e starnuti.

L'infezione da SARS-Cov-2, è caratterizzata da una grande variabilità del quadro clinico e sintomatologico, con sintomi simil-influenzali durante le fasi iniziali del contagio con febbre e tosse secca non produttiva. Viene regolarmente descritto mal di gola, rinite, congestione nasale, iposmia, anosmia, dolori muscolari, spossatezza e diarrea. Nei casi più gravi però l'infezione può causare polmoniti, sindrome respiratoria acuta grave, insufficienza renale, coagulazione disseminata, sino alla morte.

È stato anche osservato come alcune persone si infettino senza sviluppare alcun sintomo e generalmente nei giovani e nei bambini, i sintomi sono lievi e ad inizio più lento.

In questa fase della pandemia in cui si intravede più chiaro l'obiettivo della vaccinazione di massa, risulta fondamentale un approccio specialistico clinico ORL nella valutazione precoce dei sintomi da coronavirus, poiché la tempestività della diagnosi, che si esegue con dei semplici test diagnostici non invasivi, da correlare agli esami di laboratorio, ci consente di instaurare una terapia che miri al recupero più rapido possibile, prevenendo le complicanze gravi e potenzialmente letali. Riconoscere la malattia da Covid-19 nella sua manifestazioni più precoci con un approccio clinico da parte di chi si occupa quotidianamente di malattie respiratorie (ORL, pneumologi, MMG) consente di somministrare terapie domiciliari più efficaci, prevenire l'evoluzione e le complicanze più gravi e liberare le terapie intensive riducendo globalmente la pressione sulle strutture ospedaliere.

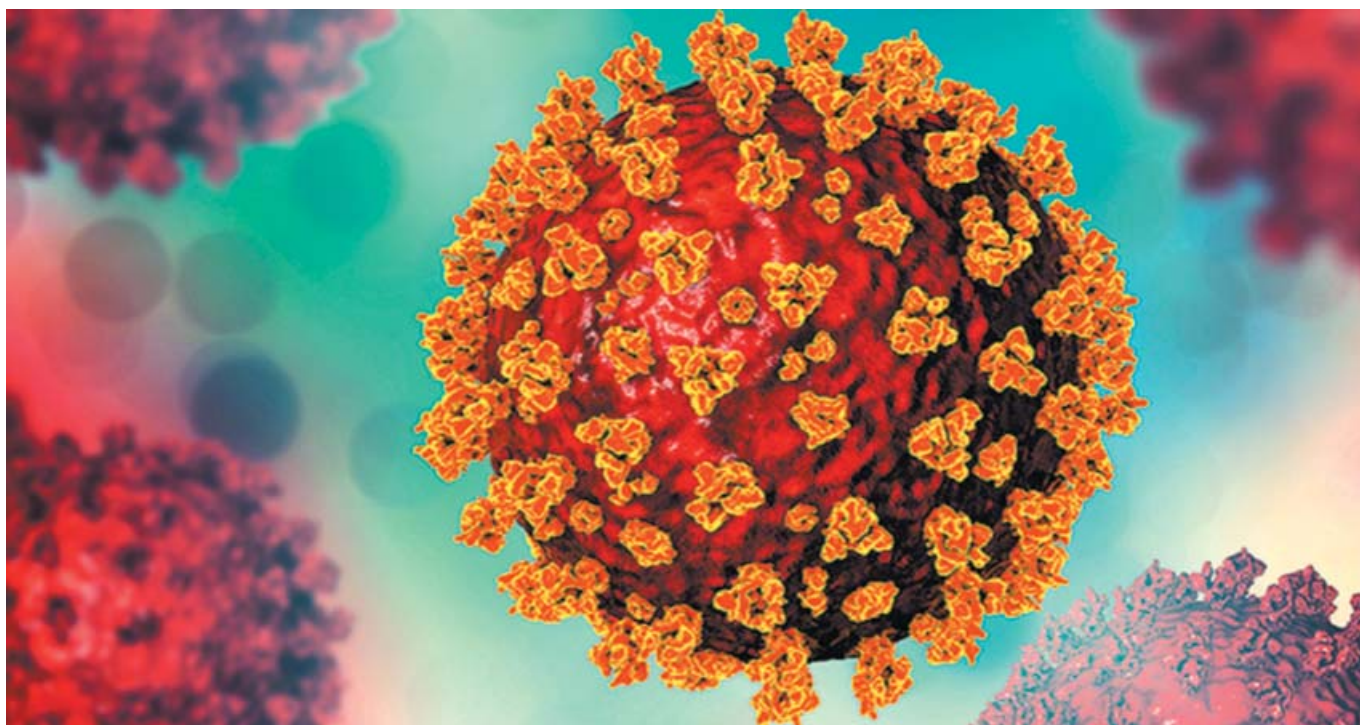
Attualmente in Italia sono state somministrate oltre 25 MLn di dosi di vaccini, con più di 7 MLn di persone che hanno ricevuto la vaccinazione completa (13% della popolazione globale con vaccinazione completa).

I vaccini utilizzati per questa vaccinazione di massa si differenziano tra di loro per le differenti tecnologie utilizzate e gli approcci differenti in grado produrre nell'organismo una risposta immunitaria che impedisca lo sviluppo della malattia.

Nello specifico, i vaccini a vettore virale (Vaxzevira di AstraZeneca e Janssen di Johnson&Johnson), utilizzano come vettore un virus modificato in laboratorio e totalmente inattivato e non replicante, capace di trasportare materiale genetico con l'informazione della proteina Spike, utilizzata dal Sars-Cov-2 per infettare le nostre cellule.

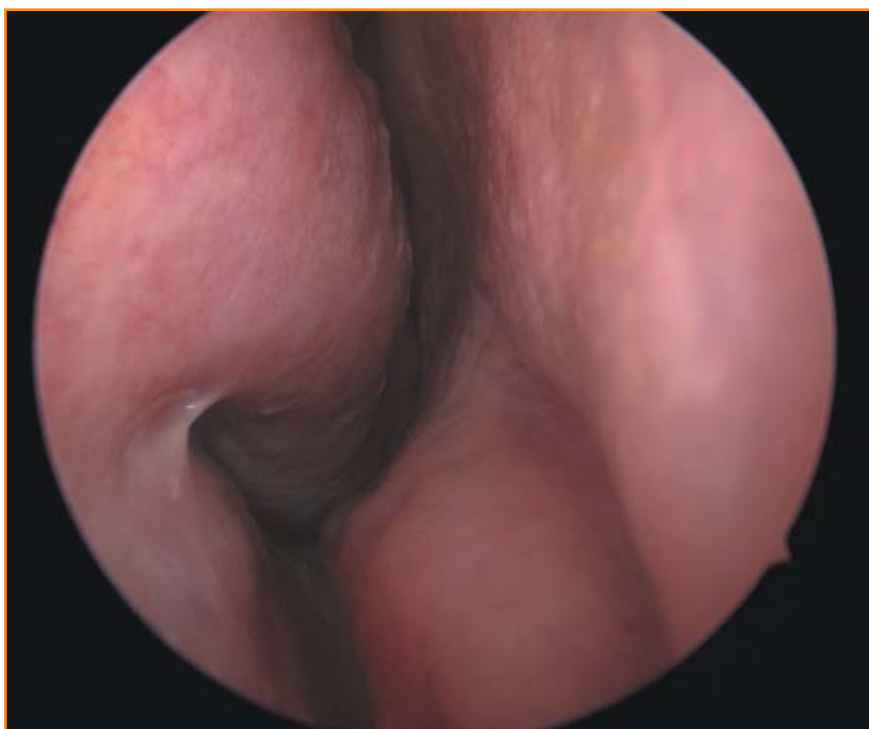
Mentre i vaccini Pfizer-BioNTech COVID-19 e Moderna utilizzano entrambi RNA messaggero per la produzione della proteina Spike del Sars-Cov-2.

Nel caso dei vaccini a vettore virale, quando entrano in contatto con la Spike, attivano i linfociti T del nostro organismo, producendo anticorpi specifici contro questa proteina e inducendo un'immunità cellulo-mediata oltre ad una risposta immunitaria umorale.



SARS COV-2 (COVID-19)

TURBINATI CON INFEZIONE DA SARS-COV-2



Sia il vaccino Vaxzevira (Astrazeneca) che Janssen (Johnson&Johnson) utilizzano come vettore virale un adenovirus, ovverosia dei virus, molto comuni, responsabili del raffreddore, che vengono inattivati, quindi sono incapaci di replicarsi e di infettare l'organismo ricevente.

Vaxzevira utilizza un adenovirus tipico degli scimpanzé (ChAdOx1), mentre Janssen un adenovirus umano (Ad26). Entrambi, poco dopo aver svolto la loro funzione, vengono eliminati dal nostro organismo.

Nel caso dei vaccini a RNA messaggero, l'mRNA codifica per la proteina spike del virus SARS-CoV-2. Il vaccino, quindi, non introduce nelle cellule il virus vero e proprio, ma solo l'informazione genetica che serve alla cellula per costruire copie della proteina Spike. L'mRNA utilizzato non rimane nell'organismo, ma si degrada poco dopo la vaccinazione.

I risultati di un recente studio Israeliano, ha dimostrato che il vaccino Pfizer-BioNTech COVID-19 riduce in modo pressoché completo la malattia grave da Covid-19 e i suoi sintomi

invalidanti e soprattutto riduce drasticamente i casi di morte.

Nello studio, infatti, il vaccino è risultato efficace al 98,9% nel prevenire le morti per COVID-19, ed efficace al 99,2% nel prevenire la malattia grave, diminuendo la probabilità di ospedalizzazione del 98,9%. Questi dati, devono indurre tutti noi a maggiore ottimismo per il prossimo futuro motivando fortemente la popolazione a sottoporsi alla vaccinazione con grande fiducia e sicurezza, non appena verrà proposta in base all'età o alla categoria professionale.

Altro dato confortante è la riduzione della capacità di contagio del 77% da parte di chi è stato vaccinato, che significa che su 10 persone vaccinate che venissero a contatto con il coronavirus, solo 2 sarebbero capaci di contagiare altre persone, questo dato così importante rappresenta il primo efficace blocco della catena di contagio che affiancato all'uso corretto della mascherina, dovrebbe garantire progressivamente un cammino sicuro verso il ripristino della normalità socio-economica.

Anche il vaccino Moderna, per il quale è stato effettuato un ampio studio clinico, ha dimostrato che il vaccino COVID-19 Moderna è efficace nella prevenzione di COVID 19 a partire dai 18 anni di età. Il profilo di sicurezza ed efficacia è stato valutato nel corso di ricerche svolte negli Stati Uniti, a cui hanno partecipato 99 centri su tutto il territorio, che hanno coinvolto 30.420 persone a partire dai 18 anni.

I partecipanti sono stati suddivisi in due gruppi: 15.210 hanno ricevuto il vaccino e altrettanti il placebo, un prodotto identico al vaccino ma non attivo. Oltre la metà (58,6%) dei partecipanti aveva un'età compresa tra 18 e 64 anni, il 24,8% aveva 65 anni o più e il 16,7% un'età inferiore a 65 anni ma con malattie concomitanti che aumentavano il rischio di malattia COVID-19 grave. Il 47,3% erano donne.

Complessivamente, nel gruppo che ha ricevuto il vaccino sono stati registrati 11 casi di malattia COVID-19, contro 185 casi nel gruppo cui è stato somministrato il placebo e che fungeva da controllo. Il vaccino ha quindi dimostrato un'efficacia del 94,1% nel prevenire l'infezione con sintomi da SARS-CoV-2 rispetto al placebo.

Anche Astrazeneca sta dando il suo significativo contributo alla lotta contro il coronavirus, infatti anche se dopo la sola prima dose vaccinale, il movimento anticorpale risulta comunque fortemente significativo, con la seconda dose di richiamo si garantisce la piena efficacia contro la malattia da Covid-19 superiore all'80%.

Nel caso del vaccino monodose Johnson&Johnson, il movimento anticorpale assicura una copertura che va dal 77% dopo 14 giorni dalla somministrazione fino all'85%, dopo 28 giorni da questa.

La protezione del vaccino, non è immediata, ma c'è un "periodo finestra" necessario all'organismo per sviluppare gli anticorpi che varia dai 14 giorni dalla somministrazione nel caso del vaccino della Johnson&Johnson, fino alle 3 settimane dalla somministrazione della prima dose nel caso di AstraZeneca.

Per i vaccini Pfizer-BioNTech l'efficacia contro il virus è stata dimostrata dopo una settimana dalla seconda dose, mentre per Moderna, la copertura è stimata dopo circa due settimane dalla seconda dose.





Tutti i vaccini vengono autorizzati solo dopo un'attenta valutazione del profilo di sicurezza in base agli studi effettuati nella fase di sperimentazione.

L'efficacia nell'evitare l'ospedalizzazione è comunque sempre del 100%, ciò significa che chi è stato vaccinato e dovesse contrarre il virus potrà essere curato e guarito con terapie eseguite con sicurezza e maggiore semplicità a casa.

Un contributo significativo alla lotta contro il coronavirus, arriva senza dubbio dai vaccini ad oggi disponibili e con le campagne vaccinali avviate finalmente in molti Paesi a pieno ritmo.

I risultati di un recente studio Israeliano, ha dimostrato che il vaccino Pfizer-BioNTech COVID-19 riduce in modo pressoché completo la malattia grave da Covid-19 e i suoi sintomi invalidanti e soprattutto riduce drasticamente i casi di morte.

Nello studio, infatti, il vaccino è risultato efficace al 98,9% nel prevenire le morti per COVID-19, ed efficace al 99,2% nel prevenire la malattia grave, diminuendo la probabilità di ospedalizzazione del 98,9%.

Questi dati, devono indurre tutti noi a maggiore ottimismo per il prossimo futuro motivando fortemente la popolazione a sottoporsi alla vaccina-

zione con grande fiducia e sicurezza, non appena verrà proposta in base all'età o alla categoria professionale.

Altro dato confortante è la riduzione della capacità di contagio del 77% da parte di chi è stato vaccinato, che significa che su 10 persone vaccinate che venissero a contatto con il coronavirus, solo 2 sarebbero capaci di contagiare altre persone, questo dato così importante rappresenta il primo efficace blocco della catena di contagio che affiancato all'uso corretto della mascherina, dovrebbe garantire progressivamente un cammino sicuro verso il ripristino della normalità socio-economica.

Anche Astrazeneca sta dando il suo significativo contributo alla lotta contro il coronavirus, infatti anche se dopo la sola prima dose vaccinale, il movimento anticorpale risulta comunque fortemente significativo, con la seconda dose di richiamo si garantisce la piena efficacia contro la malattia da Covid-19 superiore all'80%.

L'efficacia nell'evitare l'ospedalizzazione è comunque sempre del 100%, ciò significa che chi è stato vaccinato e dovesse contrarre il virus potrà essere curato e guarito con terapie eseguite con sicurezza e maggiore semplicità a casa.

A breve sarà disponibile anche il vaccino Moderna, per il quale è stato effettuato un ampio studio clinico ha dimostrato che il vaccino COVID-19 Moderna è efficace nella prevenzione di COVID 19 a partire dai 18 anni di età. Il profilo di sicurezza ed efficacia è stato valutato nel corso di ricerche svolte negli Stati Uniti, a cui hanno partecipato 99 centri su tutto il territorio, che hanno coinvolto 30.420 persone a partire dai 18 anni.

I partecipanti sono stati suddivisi in due gruppi: 15.210 hanno ricevuto il vaccino e altrettanti il placebo, un prodotto identico al vaccino ma non attivo. Oltre la metà (58,6%) dei partecipanti aveva un'età compresa tra 18 e 64 anni, il 24,8% aveva 65 anni o più e il 16,7% un'età inferiore a 65 anni ma con malattie concomitanti che aumentavano il rischio di malattia COVID-19 grave. Il 47,3% erano donne.

Complessivamente, nel gruppo che ha ricevuto il vaccino sono stati registrati 11 casi di malattia COVID-19, contro 185 casi nel gruppo cui è

stato somministrato il placebo e che fungeva da controllo. Il vaccino ha quindi dimostrato un'efficacia del 94,1% nel prevenire l'infezione con sintomi da SARS-CoV-2 rispetto al placebo.

Tutti i vaccini vengono autorizzati solo dopo un'attenta valutazione del profilo di sicurezza in base agli studi effettuati nella fase di sperimentazione. In ogni caso il profilo di sicurezza verrà continuamente monitorato anche dopo l'autorizzazione.

Il continuo rispetto delle misure di distanziamento sociale, igiene delle mani e utilizzo estensivo delle mascherine restano in questa fase di crescita vaccinale l'obiettivo più importante che va unito allo sforzo nell'intercettare la malattia nelle fasi cliniche più precoci per migliorare la prognosi diminuendo gli accessi ospedalieri e rallentare la diffusione del virus mentre la vaccinazione porterà i benefici auspicati della immunizzazione completa di massa.



BIBLIOGRAFIA

1. Di Rienzo Businco L, Longo P, Scognamiglio I, Tortorella F, Pavaci S, Di Rienzo Businco A. Importanza della diagnostica specialistica ORL nell'identificazione della SARS-Cov-2 Covid19. *Boll SMORRL* 2020; 43: 5-12.
2. Di Rienzo Businco L, Longo P, Tortorella F, Pavaci S, Di Rienzo Businco A. Diagnosi differenziale di SARS-CoV-2: esami strumentali specialistici ORL. *ReAd files* 2020; 21: 13-14.
3. Frederiksen LSF, Zhang Y, Foged C, Thakur A. The Long Road Toward COVID-19 Herd Immunity: Vaccine Platform Technologies and Mass Immunization Strategies. *Front Immunol.* 2020 Jul 21;11:1817.
4. Hodgson SH, Mansatta K, Mallett G, Harris V, Emary KRW, Pollard AJ. What defines an efficacious COVID-19 vaccine? A review of the challenges assessing the clinical efficacy of vaccines against SARS-CoV-2. *Lancet Infect Dis.* 2021 Feb;21(2):e26-e35.
5. Zhao J, Zhao S, Ou J, Zhang J, Lan W, Guan W, Wu X, Yan Y, Zhao W, Wu J, Chodosh J, Zhang Q. COVID-19: Coronavirus Vaccine Development Updates. *Front Immunol.* 2020 Dec 23;11:602256.

NOTIZIE FLASH

■ GIUSEPPE VISCO - Roma

■ NUOVE TERAPIE PER IL DIABETE

La scoperta dei S-Gl-T2 (*Sodium Glucose Transporters*) e dei loro inibitori è uno dei maggiori successi, di recente realizzati, nella terapia del diabete. In uno studio controllato su 1.222 soggetti diabetici, uno di questi inibitori, il *Sotaglifozin*, ha ridotto in modo significativo la mortalità e la frequenza degli incidenti vascolari, nonché il numero dei ricoveri dei pazienti (*N Engl JM*, 2021, 384, 117). Con lo stesso farmaco, favorevoli risultati sono stati ottenuti anche da altri Aa, in una casistica multicentrica di 19.188 diabetici affetti da nefropatia cronica (*N Engl JM*, 2021, 384, 129).

■ LA TERAPIA DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE RICORRENTE

La terapia della fibrillazione atriale ricorrente prevede, al momento attuale, di iniziare il trattamento con i farmaci anti-aritmici. In caso di insuccesso, si potrà passare – mediante cateterismo cardiaco – alla crio-ablazione micro-chirurgica delle vie elettriche alterate dalla malattia. Due studi controllati multinazionali (*N Engl JM*, 2021, 384, 307 e 316), comprendenti un totale di 506 pazienti, hanno però riscontrato nel trattamento con ablazione, rispetto a quello farmacologico, una netta superiorità nel ridurre la frequenza delle ricorrenze aritmiche.

■ VACCINO PER L'EPATITE C

Un nuovo vaccino contro l'epatite C (HCV) è stato saggiato su 548 tossico-dipendenti ad alto rischio, HCV-negativi (*N Engl JM*, 2021,384,541) documentando la sua assoluta innocuità, mentre per l'efficacia lo studio è ancora in corso. Il vaccino era composto di una prima dose contenente un ceppo di *Adenovirus* con habitat negli scimpanzè (il 3 *ChAd3 NS Smut*), che veniva somministrato il giorno 0. Una seconda dose - con un ceppo del virus *Ankara Vacciniavirus* (il *MVA-NSmut*) veniva poi iniettata, 56 giorni dopo. Nel genoma di entrambe i vettori virali erano codificate alcune proteine (Non Strutturali ma immunogeniche) del virus dell'epatite C (HCV1b).

Cari Colleghi,

nonostante il momento di profondo disagio che la Scuola Medica Ospedaliera sta vivendo con il perdurare della situazione di emergenza sanitaria, abbiamo utilizzato la forzata riduzione dell'attività didattica residenziale per portare avanti nuove iniziative, già da tempo intraprese, per poter così ampliare il ventaglio delle modalità di insegnamento di cui disporre.

È, pertanto, con vero piacere che comunico che il **1 ottobre 2020** è stato ottenuto da parte della Commissione Nazionale per la Formazione Continua (CNFC) il **riconoscimento** della **SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA** quale nuovo **PROVIDER FAD e BLENDED**. La Scuola Medica, pur mantenendo la caratteristica fondamentale di Provider residenziale, potrà d'ora in avanti svolgere la propria attività anche con **Formazione a distanza (FAD)** e mista **Residenziale e Fad (Blended)**.

A partire da giugno 2021 sulla piattaforma Galeno Helmet verrà attivato il nostro primo corso FAD che tratterà:

LE ANEMIE. APPROCCIO DIAGNOSTICO

Inquadramento diagnostico delle Anemie

Metodo di Umberto Recine

Erogazione asincrona dal 1 giugno 2021 al 31 maggio 2022

N. 7 ORE FORMATIVE PER N. 7 CREDITI ECM

(Questo evento non è sostenuto da sponsor o altri soggetti portatori di interessi commerciali)

Evento formativo accreditato presso la Commissione Nazionale per la Formazione Continua **ID Evento: 471-323771** - "LE ANEMIE: IL PERCORSO DIAGNOSTICO NELLA PRATICA CLINICA".

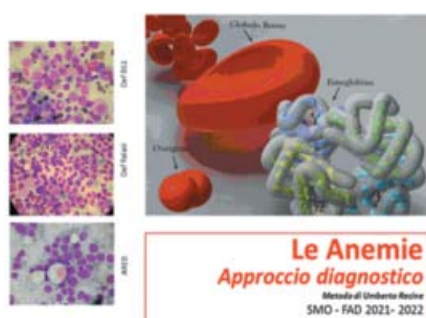
Provider ECM e Segreteria Organizzativa: SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA.

Evento accreditato per le seguenti figure professionali: Medico (tutte le discipline), **Biologo, Tecnico di laboratorio.**

Obiettivo Formativo: il corso vuole trasmettere una metodologia pratica per orientarsi nella diagnostica delle ANEMIE basata sulla graduale esclusione delle varie etiologie attraverso accertamenti mirati con lo scopo di raggiungere un'alta probabilità diagnostica con esami alla portata di tutti i laboratori, lasciando agli ematologi solo le condizioni più complesse da gestire esclusivamente in ambito specialistico.

Responsabile Scientifico: Dott. Umberto RECINE.

Iscrizione on-line: l'iscrizione è obbligatoria e deve essere effettuata compilando il modulo disponibile sul sito www.smorrlfad.it dove si potrà prendere visione del programma e delle modalità di partecipazione cliccando su **VAI AL CORSO**.



SESSIONI:

- 1^A - GENERALITÀ
 - 2^A - PREMESSE FISILOGICHE E FISIOPATOLOGICHE
 - 3^A - CRITERI DIAGNOSTICI E CLASSIFICAZIONE
 - 4^A - ANEMIE MICROCITICHE E DA FLOGOSI
 - 5^A - ANEMIE MACROCITICHE A RTC RIDOTTI
 - 6^A - ANEMIE EMOLITICHE
 - 7^A - CONCLUSIONI
- (esercizi e algoritmo diagnostico delle anemie)

SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA (SMO)

Segreteria: B.go S. Spirito, 3 - 00193 Roma Tel. 06/68802626/68352411 Fax 06/68806712

CONSIGLIO DIRETTIVO

- Presidente: Prof. U. Recine
- Vice-Presidenti: Prof. R. Massini, Dott. M. Raja
- Tesoriere: D.ssa M.A. Perretti
- Consiglieri Elettivi: Prof. F. Alegiani, Prof. D. Antonellis, Dott. M. Bartolo, Prof. M. Bosco, Dott. G. Fumagalli, Prof. A. Marzetti, Prof. R. Massini, Dott. C. Parascani, Dott. A. Pellicelli, D.ssa M.A. Perretti, Prof. L. Pierelli, Dott. M. Raja, Prof. U. Recine
- Consiglieri di Diritto: Prof. L. Gasbarrone, Dott. A. Magi, Dott. A. Tanese, Prof. G. Visco
- Presidente Emerito: Prof. B. Condorelli
- Segretario: D.ssa P. Colletta
- Revisori dei Conti: Dott. G. Nera, Dott. M. Avigo, Dott. S. Conti

BOLLETTINO DELLA SMO

Autorizzazione Tribunale di Roma n.86/95 del 18/02/95

- Direttore Responsabile: U. Recine
- Direttore Scientifico: G. Visco
- Comitato di redazione: F. Alegiani, A. Andriani, M. Bartolo, M. Di Girolamo, R. Massimi, M. Raja, U. Recine, G. Visco
- Coordinamento redazionale: P. Colletta