



Breve intervista al Prof. Mario Mondelli

La terapia attuale

Mario Mondelli è Professore Ordinario di Malattie Infettive all'Università di Pavia e Direttore della Struttura Complessa di Malattie Infettive II e Immunologia della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia.

E' inoltre Past President della Sez. di malattie infettive dell'Unione Europea dei medici specialistici, e membro del Comitato Scientifico della nostra Associazione.

☆☆☆☆

- “Prof. Mondelli, sappiamo che non esiste una cura specifica per il Coronavirus ma è stata attuata però una terapia per le complicanze?”

- “E’ così. Innanzitutto viene usata l’eparina a basso peso molecolare (Enoxaparina) a scopo preventivo per evitare la formazione di trombi che si sviluppano nel contesto di uno stato di ipercoagulabilità causato da una infiammazione delle cellule dell’endotelio dei vasi. Vengono poi somministrati antibiotici per prevenire complicanze batteriche, immunosoppressori come il tocilizumab che inibisce l’azione dell’interleuchina 6 e i cortisonici. Qui a Pavia, in seguito a uno studio effettuato, usiamo anche il plasma dei convalescenti ricco di anticorpi neutralizzanti”.
- “Questa terapia è efficace?”
- “Nella maggior parte dei casi sì, portando progressivamente alla guarigione”.
- “Quando va praticata la terapia?”
- “Non lo sappiamo ancora. Per ora viene riservata ai pazienti più gravi. La profilassi anticoagulante è una costante”.
- “Per il futuro cosa si prevede?”
- “Come Le dicevo ci auguriamo che l’infusione di plasma dei convalescenti possa avere notevoli effetti positivi ma non può essere utilizzata in tutti i pazienti per ovvi motivi logistici. Sono allo studio farmaci antivirali specifici che ci auguriamo possano essere efficaci”.
- “Si otterrà il vaccino?”
- “Probabilmente sì perchè il virus si presenta stabile e conservato. Tuttavia, non sappiamo se i diversi vaccini in corso di sviluppo e sperimentazione offrano una efficace immunità protettiva e per quanto tempo”.
- “Professore, La ringrazio molto e buon lavoro”.

INDICE

Pagina 1 → “La terapia del Coronavirus”: intervista al Prof. Mondelli

Pagina 4 → “Coronavirus e trapianti” del Prof. L.R. Fassati

Pagina 8 → “Coronavirus e forza maggiore” dell’Avv. Ernesto Vitiello

Pagina 9 → “Diagnosi genetica per individuare precocemente gli infetti” del Prof. Ariberto Fassati, Professore ordinario di Virologia molecolare e cellulare della University College London

Associazione Italiana **COPEV-ONLUS** per la prevenzione dell’epatite virale
“Beatrice Vitiello”

Tel. 02.29003327 - e-mail: segreteria@copev.it - sito: www.copev.it

Scegli di dare di cui alla legge 266 del 23/12/2005 (finanziaria 2006).
il 5 per mille

alla **COPEV C.F. 97109890158**



*A te non costa niente,
per noi è importante!*

Associazione Italiana COPEV per la Prevenzione e la Cura dell’Epatite Virale “Beatrice Vitiello”.

Sede e Amministrazione: Via Pantano, 2 – 20122 Milano

Tel. 02.653044 – 02.45474323 – 02.29003327

E-mail: segreteria@copev.it

CORONAVIRUS E TRAPIANTI

Il 24 febbraio 2020 è stato il giorno di massima allerta per l'improvvisa, inattesa e aggressiva comparsa del Coronavirus (COVID 19 CO-rona VI-rus D-isease [malattia] 19 [anno di insorgenza in Cina]) che ha messo in crisi l'intero Servizio Sanitario Nazionale per la necessità di ricovero urgente in tutti gli ospedali di un numero sempre crescente di malati con molte conseguenze negative per i trapianti

Le principali sono state:

- Urgenza di liberare posti letto nei reparti per fare spazio agli ammalati di Covid 19
- Urgenza di aumentare i posti letto nelle terapie intensive per i malati gravi a causa della saturazione di quelli esistenti
- Urgenza di assumere personale medico e infermieristico
- Urgenza di documentare l'infezione nei casi sospetti di Coronavirus con il tampone
- Urgenza di avere reparti dedicati solo ai malati di Covid 19 isolati dagli altri

Questa nuova situazione ha comportato inevitabilmente un problema nella gestione organizzativa dei trapianti perché anch'essi sono urgenti sia per la gravità delle condizioni dei pazienti in lista di attesa, sia per la presenza del donatore cadavere i cui organi devono essere prelevati e trapiantati entro poche ore.

Ma, come tutti sanno, non è possibile fare trapianti di cuore, fegato, polmoni e pancreas se gli operati non possono poi essere ricoverati in Rianimazione o se non è disponibile la sala operatoria in quelle ore per un insufficiente numero di personale sanitario, o perché già occupata per altri interventi urgenti.

Dunque, nonostante le previsioni per il futuro dei trapianti fossero pessimistiche,

IL CORONAVIRUS NON HA FERMATO I TRAPIANTI

Il temuto calo dei donatori è stato modesto se si pensa che nel periodo che va dal 24 febbraio al 16 aprile abbiamo avuto una diminuzione del 23,5% con utilizzo di 127 donatori contro i 166 dello stesso periodo nel 2019.

In compenso c'è stato un dato favorevole rappresentato da un aumento del 3% del tasso di consenso al prelievo degli organi da parte dei parenti

Più contenuto il calo dei trapianti: sono stati 362 (-16,8% rispetto alle stesse settimane del 2019), ma la Rete ha mantenuto attivi anche i Centri di trapianto degli ospedali più impegnati nella cura dei pazienti Covid 19.

Il trapianto di rene è stato meno penalizzato degli altri perché quasi mai i pazienti dopo l'intervento hanno bisogno del ricovero in Terapia Intensiva a meno che non si tratti di trapianti pediatrici o di trapianti di ambedue i reni nelle persone anziane.

Per dare una visione realistica di quanto è accaduto tra il 24 febbraio e il 16 aprile, riporto i dati di alcuni Centri Trapianti

Nel nostro Ospedale Maggiore di Milano, durante i giorni di massima diffusione del Covid 19, grazie al fatto che nella Rianimazione pediatrica non potevano essere ricoverati Covid 19 per non mettere a rischio i bambini degenti, si sono ottenuti risultati straordinariamente favorevoli in quanto nel Centro diretto dal professor Mariano Ferrareso sono stati fatti 7 trapianti di rene di cui 3 pediatrici, 2 urgenti da donatore vivente e 2 da donatore cadavere. Purtroppo invece l'impossibilità di avere letti liberi in reparto o in Terapia Intensiva generale al momento del bisogno, ha molto penalizzato i Centri Trapianto di Fegato e di Polmone diretti rispettivamente dal professor Giorgio Rossi e dal professor Mario Nosotti che hanno dovuto limitare il numero di trapianti di fegato e di polmone.

A Padova, in piena emergenza Covid 19, hanno potuto realizzare il trapianto di cuore N° 1000 dopo che tra il 13 e il 14 novembre 1985 il cardiocirurgo Vincenzo Gallucci aveva eseguito per primo in Italia il trapianto cardiaco.

All'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma nelle ultime due settimane di aprile sono stati fatti 6 trapianti urgenti di vari organi a bambini in pericolo di vita

A Torino dal 24 febbraio ad oggi sono stati eseguiti 7 trapianti di cuore, 16 trapianti di rene di cui 2 da donatore vivente, 1 combinato di rene e fegato, 1 di rene e pancreas, 7 trapianti di fegato e 2 trapianti di entrambi i polmoni.

L'attività di trapianto è stata intensa anche in tutti gli altri Centri italiani. A fine anno 2020 si potrà fare un paragone con i trapianti del 2019 che in totale sono stati 3813 di cui 2137 di rene, 1302 di fegato, 245 di cuore, 152 di polmone e 42 di pancreas.

Per tranquillizzare infine tutti i trapiantati che da diversi anni sono in terapia antirigetto e che hanno paura di essere più esposti al contagio da Coronavirus perché immunodepressi, dico che in un recente studio internazionale guidato dal professor Vincenzo Mazzaferro dell'INT (Istituto Nazionale dei Tumori) di Milano gli autori dimostrano per la prima volta al mondo che l'immunosoppressione non pare essere un fattore di rischio in caso di Covid 19, ma anzi potrebbe addirittura essere un fattore protettivo.

Il Coronavirus dunque non ha fermato i trapianti, ma purtroppo ha fermato il cuore di Valeria De Barba infermiera caposala del Centro Trapianto Fegato dell'ospedale maggiore di Milano che ha lavorato con me per trent'anni ed ha avuto un ruolo determinante nella nascita e nel successivo sviluppo del trapianto di fegato. In pensione ormai da diversi anni e sola in casa, era stata prima ospitata dalla nipote Maria Grazia e dal marito Benedetto e poi con il mio accordo e il mio interessamento ricoverata nella residenza per anziani Villa Regina tra le colline e i vigneti dell'Oltrepò Pavese.

Il 29 marzo il nemico invisibile l'ha colpita a morte

Ciao Valeria. Grazie.

Luigi Rainiero Fassati

CORONAVIRUS E FORZA MAGGIORE

La sospensione obbligatoria dell'attività produttiva ha impedito l'adempimento contrattuale da parte di molte imprese. Non vi è dubbio che il Factum Principis integra gli estremi dell'impossibilità della prestazione derivante da causa non imputabile al debitore ex Art. 1218 C.C.

In concreto il Ministero dello Sviluppo Economico, con circolare del 25 Marzo 2020, ha disposto che le Camere di Commercio rilascino, su richiesta delle imprese, una dichiarazione sullo stato di emergenza in Italia a causa del Coronavirus e delle restrizioni imposte dalla legge per il contenimento dell'epidemia.

Però, con tale dichiarazione, le Camere di Commercio riassumono brevemente i provvedimenti adottati dalle autorità e attestano di aver ricevuto dall'impresa una dichiarazione con cui l'impresa stessa afferma di non aver potuto adempiere al contratto per motivi imprevedibili e indipendenti dalla propria volontà. Le Camere di Commercio, inoltre, specificano nella dichiarazione di non aver verificato quanto dichiarato dall'impresa.

Resta quindi onere dell'impresa dimostrare l'impossibilità sopravvenuta con specifico riferimento al contratto rimasto inadempito e in particolare alla clausola di forza maggiore, laddove pattuita, e/o alla legge applicabile al contratto, qualora tale clausola sia carente o del tutto assente, ove non fosse quella italiana, che, come si è detto, la prevede.

Il Presidente
Avv. Ernesto Vitiello

DIAGNOSI GENETICA PER INDIVIDUARE PRECOCEMENTE GLI INFETTI

La conoscenza della sequenza del genoma virale ha permesso non solamente di capire che il virus aveva una origine animale ma, cosa molto importante, ha permesso di sviluppare sistemi di diagnosi rapidi e specifici.

Questi sistemi di diagnosi genetici rappresentano l'arma forse più potente che abbiamo per individuare precocemente le persone infette, poterle isolare per due settimane prima che diffondano il virus e risalire ai contatti che esse hanno avuto. Diversi paesi asiatici hanno usato i sistemi di diagnosi rapida in associazione alla tecnologia degli smartphone per informare i cittadini e le agenzie governative in tempo reale dell'evoluzione dell'epidemia. La loro strategia ha funzionato e sono riusciti a fermare la diffusione del virus.

Presto saranno anche disponibili sistemi di diagnosi rapida per la presenza di anticorpi contro il SarsCoV2. Questi saranno in grado di dirci non solo se qualcuno è stato infettato recentemente ma anche se ha sviluppato immunità al virus. E' sorprendente che molti paesi occidentali, all'avanguardia nel sequenziamento di nuova generazione, nelle biotecnologie e nello sviluppo delle tecnologie degli smartphone, sembrino aver abbandonato queste potenti armi nella guerra contro il SarsCoV2.

Così facendo, si sono privati una fonte di informazione di grande importanza per mappare l'epidemia e programmare l'azione contrastante.

La lotta contro il SarsCoV2 potrebbe durare più a lungo del previsto. Abbiamo bisogno di strategie complementari ai blocchi totali che siano sostenibili nel tempo.

Abbiamo bisogno di programmare una strategia di uscita dai blocchi quando la diffusione del virus sarà stata ridotta.

Senza una capillare sorveglianza e una dettagliata mappatura dell'epidemia, che consentono un'azione mirata, si rischia che il SarsCoV2 ritorni ai livelli precedenti ai blocchi.

I sistemi diagnostici rapidi vanno potenziati in tempi brevi, anche con l'aiuto dei privati, e vanno integrati con app e algoritmi che consentano di monitorare l'evoluzione dell'epidemia in tempo reale, di predire nuovi focolai e di isolarli prima che si diffondano nuovamente.

Lo sforzo logistico per attuare un programma di sorveglianza di questa ampiezza è enorme ma è poca cosa rispetto al costo umanitario e economico delle alternative.

Prof. Ordinario di Virologia Molecolare e
Cellulare della University College London

Ariberto Fassati