



“Ritengo che entro un anno sarà disponibile un vaccino anti-Covid in grado di indurre anticorpi neutralizzanti, gli unici efficaci. Solo il vaccino consentirà di raggiungere l’immunità di gregge”



Roma,
21 maggio 2020 - Un virus ‘astuto’, che si trasmette anche attraverso persone infette asintomatiche. La strada verso il vaccino apre gli interrogativi sulle difficoltà di produzione e distribuzione a miliardi di persone in tutto il pianeta. Ma ai pazienti oncologici deve essere riservata una via preferenziale per accedere subito a questo fondamentale strumento di prevenzione, quando sarà disponibile.

Stefano Vella, infettivologo
e docente di Salute Globale all’Università Cattolica di Roma, spiega come la ricerca dei nuovi trattamenti contro il Covid-19 passi anche attraverso la medicina di precisione. Senza tralasciare la medicina del territorio e il follow up grazie

alla telemedicina.

Prof. Vella, il Covid-19 è un virus 'nuovo' e i ricercatori lo stanno studiando solo da poco tempo.

Quali sono gli aspetti più importanti scoperti in questi mesi sull'aggressività del coronavirus?

Covid-19 è un virus ad altissima trasmissibilità, caratteristica comune a tutti gli agenti patogeni respiratori. La maggior parte delle infezioni da Covid-19 avviene a ridosso del periodo sintomatico, però, anche prima degli eventuali sintomi, la trasmissibilità è elevata. Oggi sappiamo che in circa l'80% dei casi la malattia è asintomatica o con un decorso lieve-moderato. Ma il 15-20% dei pazienti può presentare una grave sindrome respiratoria, talvolta con necessità di ricovero in terapia intensiva. In questi casi, il virus causa una reazione eccessiva del sistema immunitario, che intasa i polmoni, anche perché il Covid-19 è responsabile di una sindrome coagulativa importante.



Prof. Stefano Vella

Nel

periodo iniziale dell'emergenza, il rischio rappresentato dalla fase asintomatica è stato sicuramente sottovalutato. I virus più 'astuti', come l'HIV e il Covid-19, presentano una grande capacità di trasmissione proprio utilizzando l'assenza di segni di malattia. I test sierologici ci permetteranno di disporre di una fotografia dell'impatto epidemiologico del nuovo coronavirus. Va specificato che non conferiscono una patente di immunità, ma evidenziano la percentuale di cittadini contagiata. Vi sono ancora molti aspetti da studiare, ad esempio dobbiamo capire per quanto tempo le persone già contagiate siano protette dagli anticorpi. Vi è il rischio che l'immunità non sia persistente.

Lei è uno dei più importanti esperti al mondo di AIDS, malattia per cui ancora non esiste un vaccino. Sono in corso molti studi sul vaccino contro il Covid-19. Quali sono quelli più promettenti ed è

possibile indicare una data in cui quest’arma sarà disponibile?

Il virus dell’HIV è molto più complesso del Covid-19, perché ha una porta d’ingresso diversa (trasmissione sessuale, via endovenosa ecc). I vaccini devono funzionare là dove entra il virus. Il vaccino anti-Covid dovrà stimolare la risposta anche a livello delle mucose respiratorie. Circa 90 gruppi di ricerca in tutto il mondo stanno lavorando per scoprirlo.

Le

vie da seguire sono due: un vaccino inattivato, oppure uno basato sull’RNA (con materiale genetico portato attraverso vettori). Ritengo che entro un anno sarà disponibile un vaccino anti-Covid in grado di indurre anticorpi neutralizzanti, gli unici efficaci. Da non sottovalutare i problemi successivi alla scoperta di quest’arma, cioè la produzione su grandissima scala e la sua distribuzione a miliardi di persone.

Ci

saranno ostacoli da superare nell’accesso al vaccino. Ma ad alcune categorie più a rischio, come gli operatori sanitari, i pazienti oncologici e gli anziani con multimorbilità, il vaccino andrà somministrato con assoluta priorità. Solo il vaccino consentirà di raggiungere l’immunità di gregge, risultato impossibile da ottenere con l’infezione naturale, come ci ha già dimostrato l’esperienza del morbillo e di altre virosi.

Non

solo. È probabile che, il prossimo autunno, il Covid-19 si ripresenti insieme all’influenza. Avremo, quindi, due epidemie respiratorie con sintomi simili. Ecco perché la prossima campagna di vaccinazione antinfluenzale dovrà essere molto estesa, a partire dai cittadini più fragili, come le persone colpite da tumore e altre con malattie croniche.

La fase dell’emergenza ha messo a dura prova il servizio sanitario nazionale, soprattutto per le difficoltà evidenziate dalla medicina del territorio. Quali strumenti servono perché il sistema sia preparato a gestire la seconda ondata del virus che forse arriverà in autunno?

Il coronavirus dovrà essere affrontato soprattutto potenziando la medicina del territorio, evitando di intasare gli ospedali, a cui sono destinati solo i casi più gravi. I medici di base vanno formati, perché possano riconoscere precocemente i sintomi del Covid-19. È necessario rinforzare le Unità speciali di continuità assistenziali (USCA), in cui lavorano in modo integrato medici di base e specialisti, perché rappresentano la chiave per affrontare sul territorio sia il Covid che le patologie croniche. E serve un coordinamento fra le cure primarie e l’ospedale, anche per garantire il follow up dei pazienti oncologici,

per evitare che si rechino nei nosocomi senza una motivazione precisa per i controlli, esponendosi così al rischio di contagio.

Il

Covid-19 non è una malattia solo respiratoria, ma interessa indirettamente o direttamente anche altri organi, come il cuore, e il sistema circolatorio, in particolare l’endotelio vascolare. Il circolo polmonare viene intasato da micro-emboli, che impediscono all’ossigeno di entrare, rendendo così inefficace la ventilazione artificiale assistita. L’eparina, un farmaco anticoagulante, sta cambiando in senso positivo il trattamento della malattia, perché contrasta la sindrome emocoagulativa causata dal Covid-19.

Gli anticorpi monoclonali, giù usati nel trattamento di alcuni tumori, possono rappresentare un’opzione terapeutica contro il coronavirus?

Gli anticorpi monoclonali potrebbero essere i primi farmaci ‘intelligenti’, mirati in modo specifico contro il virus. La medicina di precisione, che rappresenta la nuova frontiera in oncologia, riveste un ruolo anche nelle malattie infettive. Gli anticorpi monoclonali non sono in competizione con il vaccino, sono infatti terapie mirate indirizzate a chi è stato contagiato, mentre il vaccino preventivo è destinato agli individui sani.

La

cura con anticorpi monoclonali è una delle vie da percorrere. Dall’altro lato, si è visto che il plasma delle persone guarite, se ricco di anticorpi neutralizzanti, può offrire benefici. Non dimentichiamo che la terapia con il plasma vanta una lunga tradizione nelle patologie infettive, in passato, ad esempio, nel trattamento del tetano e della difterite. La terza via della ricerca riguarda specifici farmaci antivirali: finora ne sono stati sperimentati alcuni già efficaci in altre malattie infettive, ma con risultati contrastanti.

La pandemia causata dal coronavirus ha favorito anche alcuni cambiamenti positivi nell’assistenza, come l’affermarsi della telemedicina per il follow up dei pazienti oncologici. Crede che questi cambiamenti potranno consolidarsi e restare come prassi anche quando l’emergenza finirà?

Dobbiamo utilizzare tutti gli strumenti, inclusi quelli digitali, per difendere i pazienti cronici, in particolare quelli oncologici. La telemedicina, cioè il monitoraggio a casa, ha svolto un ruolo fondamentale nella fase dell’emergenza e rappresenta un ‘capitale’ da mantenere anche quando la pandemia finirà. Potrà, inoltre, essere utilizzata in modo strutturale la consegna a domicilio delle terapie orali, seguendo anche questi pazienti in telemedicina. È la lezione che il coronavirus ci lascia in eredità.

I pazienti colpiti dal cancro affrontano una doppia sfida: da un lato devono combattere il tumore, dall’altro evitare il contagio. Anche alla luce della sua esperienza di paziente oncologico, quali consigli si sente di dare a questi cittadini per affrontare la fase 2, che sta portando a una progressiva ripresa delle attività?

Anche io ho vissuto l’esperienza del cancro, non come medico ma come paziente. Ho scoperto di avere un tumore 17 anni fa e mi ritengo fortunato, perché posso affermare di aver vinto la malattia. Comprendo i dubbi e le paure dei numerosi malati oncologici che, in questi mesi di pandemia, hanno evitato le cure in ospedale. La situazione di emergenza ha costretto a rinviare le visite di controllo, le terapie anticancro non urgenti e gli screening. Sono stati posticipati anche gli interventi chirurgici più complessi, perché le terapie intensive erano impegnate nell’assistenza dei malati gravi contagiati dal coronavirus.

Nel

nostro Paese, il 60% dei pazienti oncologici è vivo a 5 anni dalla diagnosi di cancro. Non possiamo vanificare gli importanti risultati ottenuti finora, grazie alle terapie innovative e agli screening. Tutti i pazienti devono riprendere le cure, così come vanno riavviati i programmi di screening.

È

importante trasmettere un messaggio chiaro ai cittadini: negli ospedali, i percorsi Covid e Covid-free sono completamente separati per ridurre il rischio di contagio. In ogni caso, i pazienti oncologici devono essere ancora più attenti rispetto alla popolazione generale nel seguire le regole di distanziamento fisico e nell’utilizzo delle mascherine. Credo che le persone colpite da cancro dovrebbero utilizzare le mascherine FFP2, che garantiscono un livello di protezione più alto rispetto a quelle chirurgiche.