# **TRENTUNESIMO COMUNICATO**

Proseguiamo con i nostri aggiornamenti settimanali sul Coronavirus, rispondendo alle domande che ci arrivano. Cercheremo di usare dei termini semplici, evitando il più possibile quelli medici. Per comodità manteniamo la dizione di Coronavirus, anche se quella scientifica sarebbe Covid19. Il report non vuole sostituire il ruolo del curante, né quelle della sanità regionale, che invito a consultare all’ indirizzo <https://www.protezionecivile.fvg.it/it/la-protezione-civile/eventi/informazione-coronavirus>.

Approfittiamo dell’occasione per augurare Buon Natale e Felice Anno Nuovo.

**PERCHÉ’ LA NOSTRA REGIONE HA IL SECONDO TASSO DI MORTALITA’ PIU’ ELEVATO D’ITALIA?** Purtroppo la mortalità ogni 10.000 abitanti per Corona è in FVG di 2,82, inferiore solo a quello della Valle d’Aosta, dove è 3,11. Ci vorrà del tempo per avere una risposta certa, i fattori che entrerebbero in campo sono: età media elevata, carenze sanitarie, difficoltà nel tracciamento dei contatti, comportamenti individuali e collettivi rischiosi, come la pratica dell’aperitivo e del “tajut”.

**CI SONO DEI SEGNI CLINICI CHE POSSONO ESSERE RICONOSCIUTI DA UN PAZIENTE PER SOSPETTARE IL CORONA?** Mettendo insieme più studi eseguiti in varie parti del mondo si è visto che alcuni sintomi e segni clinici hanno un maggiore peso nella diagnosi: febbre superiore a 38,5° da più di 72 ore, cefalea, perdita di gusto e olfatto. In questo caso il paziente deve essere visitato a domicilio, non andare in Pronto Soccorso o dal medico senza averlo prima interpellato. Il saturimetro sta diventando sempre più l’ago della bilancia per valutare stato ed evoluzione della malattia e per decidere se un paziente può rimanere a casa o essere ricoverato. Una saturazione inferiore al 92% indica che c’è un danno polmonare e fino a prova contraria bisogna escludere il Coronavirus.

**QUALI FARMACI DEVO ASSUMERE A CASA QUANDO HO I PRIMI SINTOMI DA CORONA?** Fermo restando che sarà il medico a consigliare la terapia più adatta, ben conoscendo il paziente ed eventuali patologie sottostanti,secondo una recente revisione internazionale è consigliata la seguente scaletta:Se la febbre supera i 37,5°, specie se con dolori muscolari e alle articolazioni e cefalea, usare degli antinfiammatori COX-2 inibitori come Nimesulide, nota in commercio come Aulin, al dosaggio di 100 mg 2 volte al giorno per un massimo di 10-12 giorni. In caso di controindicazioni a tale farmaco si può usare l’aspirina al dosaggio di 500 mg 2 volte al giorno. Se la febbre e i dolori muscolo-scheletrici persistessero si passa al cortisone, il più efficace dei quali è il Desametasone. In seguito, per diminuire la coagulazione, si passa all’eparina, che fluidifica il sangue, ma sempre dopo un’attenta valutazione clinica.

**QUALI ESAMI ESEGUIRE DURANTE L’INFEZIONE?** Anche in questo caso bisogna valutare la situazione del singolo paziente. Una possibile scaletta potrebbe essere la seguente: dopo 4-5 giorni di febbre e dolori alle articolazioni e ai muscoli e con tampone positivo si fa un prelievo per emocromo, PCR, creatinina, glicemia, transaminasi e Gamma GT, per vedere come vanno rene e fegato e D-dimero, che valuta la coagulazione del sangue. Se questi esami sono normali, si può andare avanti con la terapia riportata sopra. Se invece sono alterati, è consigliabile una radiografia del torace e una valutazione dell’ossigeno del sangue tramite saturimetro per decidere se aggiungere l’ossigeno ed eseguire la terapia con eparina, per bloccare la coagulazione del sangue. Se anche questi non funzionano, il paziente va ricoverato.

**DOPO QUANTO TEMPO IL VACCINO E’ PROTETTIVO?** I primi dati parlano di una settimana dal richiamo, il quale avviene dopo 3 settimane dalla prima dose, per cui la protezione inizierebbe dopo un mese. Naturalmente questi dati hanno bisogno di conferme sul lungo periodo perché in questi mesi abbiamo assistito a diversi cambi di opinione sui farmaci e sui comportamenti, man mano che aumentavano gli studi scientifici.

**COSA SI INTENDE PER “VARIANTE INGLESE” DEL CORONA?** Cercherò di spiegare con parole semplici dei concetti complicati e ancora poco conosciuti. Il Coronavirus, avendo una sola elica genetica ad RNA, subisce molte più variazioni incontrollate rispetto alle nostre cellule, che vengono controllate da due eliche di DNA. Queste mutazioni sono casuali e non derivano da una “intelligenza virale”, come ogni tanto si legge o si sente nei media. Finora sono state identificate migliaia di mutazioni puntiformi, limitate a piccole sequenze genetiche, mentre nella variante inglese esse sono più grossolane e in numero di 7. La conseguenza è che il nostro sistema immunitario, come per l’influenza, finisce per diventare meno efficiente e il virus si diffonde maggiormente nella popolazione.

**PERCHÉ’ LA VARIANTE E’ STATA INDIVIDUATA IN INGHILTERRA?** Essa è stata identificata alla fine di ottobre su un campione raccolto a settembre e si pensa che sia già diffusa nel mondo e forse non sia partita dall’Inghilterra. E’ stata individuata nel Regno Unito probabilmente per la maggiore disponibilità di test sofisticati e di valutazioni epidemiologiche, cioè di tracciamento del virus. Nonostante questi primati, l’Inghilterra ha avuto più o meno la stessa diffusione del virus dell’Italia, a causa delle iniziali scelte del governo che voleva puntare sull’immunità di gregge, che poi si è visto essere un miraggio, a meno che non si accettino centinaia di migliaia di morti.

**LA “VARIANTE INGLESE” E’ PIU’ AGGRESSIVA DI QUELLA NORMALE?** Per rispondere a questa domanda bisognerà attendere del tempo; i primi dati ci dicono che sembra essere più contagiosa ma causi meno casi gravi e minore mortalità, a parte nei giovani. Anche l’efficacia del vaccino non sembra essere inficiata dalla mutazione, perché le piattaforme di produzione dei nuovi vaccini sono adattate a modificarsi in base alle mutazioni virali, come succede per il vaccino antinfluenzale.