

6.dicembre

Mala tempora currunt sed peiora parantur

Viviamo tempi bui, ma giorni ancor più bui ci attendono

Cicerone

A proposito di Catilina

La domanda cruciale nel momento in cui un paziente viene ricoverato per polmonite è se l'infezione è batterica e, quindi, se deve essere somministrato un antibiotico. La disponibilità di *una tecnologia PCR* altamente sensibile per identificare un virus respiratorio ci dice se è presente un'infezione virale (la maggior parte delle quali non è ancora curabile) ma non risponde alla domanda se è presente una **coinfezione batterica**.

Hanson KE et al. *Molecular Testing for Acute Respiratory Tract Infections: Clinical and Diagnostic Recommendations From the IDSA's Diagnostics Committee*. Clin Infect Dis. 2020 Dec 17;71(10):2744-2751.

Uno studio clinico comparativo multicentrico europeo coordinato da **Anahita Rouzè** dell' *Università di Lille* condotto in **36** unità di terapia intensiva nel report **The Mystery of Futility of Appropriate Antibiotics for Coinfection in COVID-19** ha confrontato retrospettivamente la **frequenza di coinfezioni batteriche** in pazienti che richiedevano terapia intensiva per infezione da sindrome respiratoria acuta grave da coronavirus 2 (SARS-CoV- 2) o virus influenzale .

L'obiettivo era identificare la **coinfezione batterica** utilizzando i *metodi standard* (coltura invitro) rispetto agli studi che utilizzano la **PCR** delle secrezioni nasali per identificare la presenza di una **coinfezione** batterica

I risultati batteriologici in 10-20 pazienti con COVID-19 o influenza che erano stati ricoverati in un'unità di terapia intensiva <48 ore prima e che necessitavano di ventilazione meccanica indicavano o che un **34%** dei pazienti con influenza rispetto a solo il **10%** dei pazienti con COVID-19 presentava un agente patogeno batterico identificato.

Am J Respir Crit Care Med. 2021 Dec 15;204(12):1489-1491.

L'argomento è di grande interesse oltre che di importanza pratica.

Richard Pfeiffer allievo di **Robert Koch** scoprì **Haemophilus influenzae** durante un'epidemia nel 1892 e nel 1918. *Haemophilus*, *Streptococcus pneumoniae* e *S. pyogenes* erano ben riconosciuti come importanti organismi coinfeziosi batterici nell'influenza.

Una analisi di tutte le prove disponibili in persone morte di influenza nella pandemia del 1918-1919, riportava prove di infezione batterica secondaria in "praticamente tutti" i pazienti.

Lo **Staphylococcus aureus** è stato aggiunto come importante organismo coinfezioso nell'epidemia di influenza del 1958

Morens DM et al. Predominant role of bacterial pneumonia as a cause of death in pandemic influenza: implications for pandemic influenza preparedness. J Infect Dis. 2008 Oct 1;198(7):962-70.

Haemophilus Influentiae B

L'Emofilo fu isolato per la prima volta nel 1889 dallo sputo di un paziente che morì d'influenza (niente a che vedere con l'emofilo!) e fu considerato esserne la causa della morte (nominato Bacillo di Pfeiffer). L'Emofilo ricevette il suo nome odierno nel 1920, mentre la natura virale dell'influenza non fu scoperta fino al 1933!

*L'emofilo è un microrganismo che vive da saprofita nel cavo oro-faringeo e si trasmette per via aerea con estrema facilità, tanto che quasi ogni bambino ne viene a contatto. Talvolta, però, questo batterio non si limita a colonizzare la gola del bambino, ma riesce a penetrare nel sangue e, tramite questo, raggiunge altri organi dove provoca gravi malattie. Una di queste è la **Meningite** che impone il ricovero ospedaliero con esami e terapie impegnative; può essere mortale o lasciare dei reliquati gravi, quali convulsioni, sordità, cecità, paralisi motorie e ritardo mentale. Con frequenza minore, il germe può localizzarsi nell'epiglottide con forti probabilità di soffocamento, oppure ai polmoni, dando una bronco-polmonite, o nelle articolazioni, provocando una artrite purulenta, o addirittura invadere il sangue provocando una vera e propria sepsi. In questo caso le terapie conosciute non sortiscono alcun effetto. La fascia d'età più interessata va dai 6 ai 18-24 mesi e la popolazione più colpita è:*

- *Bambini che vivono in famiglie numerose con altri bambini più grandi che frequentano la scuola.*
- *I bambini che frequentano l'asilo nido.*
- *Bambini obbligati a cure ospedaliere*
- *Immunodepressi.*



Robert Koch and Richard Pfeiffer (1897)

Questi risultati “storici” hanno condizionato i medici a utilizzare antibiotici in “modalità empirica” nei pazienti ricoverati in ospedale per l'influenza

Quando è iniziata la pandemia di SARS-CoV-2, il ruolo della **coinfezione batterica** era indeterminato. I pazienti in intensiva erano molto gravi e i medici e il personale della terapia intensiva era terribilmente stressato. Gli antibiotici sono stati usati liberamente, forse in modo eccessivo sulla base in parte delle raccomandazioni della campagna **Surviving Sepsis**, che, va ricordato non è stata approvata dalla **Infectious Diseases Society of America**



Gli studi sulla **coinfezione batterica** nella malattia da coronavirus (Covid-19) hanno generato un'ampia gamma di risultati.

Una metanalisi del **CDC EPIC Study Team** avverte che le metodologie utilizzate devono essere esaminati attentamente per comprendere le discrepanze e i risultati devono essere rigidamente contestualizzati.

Jain S et al. [EPIC Study Team. Community-Acquired Pneumonia Requiring Hospitalization among U.S. Adults. N Engl J Med. 2015 Jul 30;373\(5\):415-27.](#)

*Ad esempio, in uno studio di coorte multicentrico su **48.902** pazienti ricoverati per COVID-19 sono stati condotti studi microbiologici su **8.649 (17%)**, di cui 1.107 (13% di quelli con studi microbiologici, 2% del numero totale di pazienti) hanno prodotto colture positive per un patogeno riconosciuto. Solo **318 (0,7% del totale)** sono stati ottenuti entro 2 giorni dal ricovero. Non c'è da stupirsi che gli autori abbiano concluso che "le infezioni batteriche microbiologicamente confermate sono rare".*

Russell CD et al. [ISARIC4C investigators. Co-infections, secondary infections, and antimicrobial use in patients hospitalised with COVID-19 during the first pandemic wave from the ISARIC WHO CCP-UK study: a multicentre, prospective cohort study. Lancet Microbe \[online ahead of print\] 2 Jun 2021](#)

*Al contrario, una meta-analisi di **7.107** pazienti ricoverati con COVID-19 ha identificato la coinfezione batterica nel **4,9%** al momento del ricovero e nel **16,0%** al momento del ricovero in terapia intensiva*

Langford BJ et al. [Bacterial co-infection and secondary infection in patients with COVID-19: a living rapid review and meta-analysis. Clin Microbiol Infect. 2020 Dec;26\(12\):1622-1629.](#)

Anche se molto più elevate rispetto allo studio precedente (e ancora soggette a tutti gli stessi problemi di numeratore e denominatore), queste proporzioni apparentemente basse devono essere considerate nel contesto della documentazione dell'infezione batterica nella polmonite acquisita in comunità (CAP), la maggior parte delle che consideriamo (e trattiamo per) infezione batterica.

*Lo studio prospettico del CDC sulla polmonite acquisita in comunità negli adulti ha identificato una causa batterica solo nel **17%** dei CAP*

Jain S et al; [CDC EPIC Study Team. Community-Acquired Pneumonia Requiring Hospitalization among U.S. Adults. N Engl J Med. 2015 Jul 30;373\(5\):415-27.](#)

Daniel Musher del *Michael E. DeBakey Veterans Affairs Medical Center, Houston*



Successivamente, grazie ad una meticolosa microbiologia quantitativa e con una particolare attenzione al ruolo della normale flora respiratoria, ha dimostrato una causa batterica nel **75%** e una causa microbiologica nel **95%** dei pazienti con CAP che sono stati selezionati in base alla loro capacità di fornire un espettorato di alta qualità all'interno 16 ore di ingresso

Musher DM et al. Can an etiologic agent be identified in adults who are hospitalized for community-acquired pneumonia: results of a one-year study. J Infect. 2013 Jul;67(1):11-8.

Il **20%** di tutti i pazienti aveva una **coinfezione batterica** e virale documentata; **pertanto, il riscontro di un virus respiratorio mediante PCR non significa che non sia necessario somministrare antibiotici.** Sostiene Musher che

*La generalizzabilità di piccoli studi è sempre discutibile e non forniscono numeri sufficienti per confrontare la **coinfezione batterica** con specifiche eziologie virali come fatto da Rouze e colleghi, ma un potenziale difetto di grandi studi è che gli studi batteriologici appropriati potrebbero semplicemente non essere fatti.*

Sapendo quanto sia difficile ottenere campioni validi da pazienti ricoverati per polmonite, si ritiene che l'assenza di studi microbiologici spieghi le rese molto basse.

Gli studi su COVID-19 e influenza non erano contemporanei pertanto si deve presumere che il tasso di ottenimento di secrezioni respiratorie per la coltura fosse simile in entrambi i periodi.

Inoltre, non è noto in quanti pazienti sono state eseguite tali colture o la frequenza o la durata della precedente somministrazione di antibiotici.

In altre parole, il vero tasso di infezione batterica in entrambe le infezioni virali potrebbe essere maggiore e che la **coinfezione batterica** è molto meno frequente nella SARS-CoV-2 che nella polmonite influenzale.

Daniel Musher si chiede in che modo questi risultati dovrebbero/potrebbero influenzare la nostra pratica?

In primo luogo, dovrebbero ricordarci che ottenere le secrezioni respiratorie in qualsiasi paziente ricoverato per polmonite dovrebbe essere una priorità assoluta per una corretta pratica della terapia intensiva. Per politica, un campione respiratorio dovrebbe essere inviato quando un paziente con un infiltrato polmonare viene intubato per il supporto respiratorio. *Una volta somministrati gli antibiotici empirici, un orologio inizia a ticchettare e dopo 16-18 ore il valore di una coltura negativa diminuisce rapidamente*

In secondo luogo, l'esame microscopico di un campione colorato con Gram può essere disponibile in pochi minuti. C'è una forte tendenza ad attendere 24-48 ore per i risultati della coltura e la suscettibilità alla riduzione degli antibiotici. *Ho scritto per molti anni sul valore dell'esame dell'espettorato colorato con Gram e ho infine documentato, in un attento studio prospettico, la notevole sensibilità e specificità di tale esame in un campione di alta qualità.*

Le secrezioni polmonari di pazienti con polmonite virale possono essere purulente e possono contenere tanti globuli bianchi per millilitro quante sono le secrezioni di pazienti con polmonite batterica, ma, in assenza di un gran numero di batteri all'esame microscopico, l'infezione batterica semplicemente non è presente; una telefonata al laboratorio di microbiologia potrebbe essere molto utile a questo proposito. Infine, se i medici rimangono scettici su queste osservazioni microscopiche, possono comunque sospendere gli antibiotici se le colture non producono un agente patogeno, *ma la corretta lettura della colorazione di Gram rimane importante alla luce della nostra recente scoperta che la cosiddetta normale flora respiratoria può causare fino al 20% della PAC.*

In sintesi, la documentazione di un'infezione virale non consente, di per sé, di sospendere gli antibiotici perché la **coinfezione batterica** è comune, anche se più nell'influenza che nel COVID-19. Gli sforzi per escludere o escludere un'eziologia batterica consentono cure più mirate e limitano l'uso eccessivo di antibiotici.



L'influenza stagionale è un'infezione respiratoria acuta causata da virus influenzali che circolano in tutte le parti del mondo. Rappresenta un carico di malattia per tutto l'anno. Provoca malattie che variano in gravità e talvolta portano al ricovero in ospedale e alla morte.

La maggior parte delle persone guarisce dalla febbre e da altri sintomi entro una settimana senza richiedere cure mediche. Tuttavia, l'influenza può causare gravi malattie o la morte, in particolare tra i gruppi ad alto rischio, tra cui i giovanissimi, gli anziani, le donne incinte, gli operatori sanitari e le persone con gravi condizioni mediche.

Nei climi temperati, le epidemie stagionali si verificano principalmente durante l'inverno, mentre nelle regioni tropicali l'influenza può verificarsi durante tutto l'anno, causando epidemie in modo più irregolare.

L'agente patogeno

Esistono 4 tipi di virus dell'influenza stagionale, i tipi A, B, C e D. I virus dell'influenza A e B circolano e causano **epidemie stagionali** di malattia.

I virus dell'influenza A sono ulteriormente classificati in sottotipi in base alle combinazioni di emagglutinina (HA) e neuraminidasi (NA), le proteine sulla superficie del virus. Attualmente circolano nell'uomo virus influenzali di sottotipo A(H1N1) e A(H3N2). L'A(H1N1) è anche scritto come A(H1N1)pdm09 in quanto ha causato la pandemia nel 2009 e successivamente ha sostituito il virus dell'influenza stagionale A(H1N1) che era circolato prima del 2009. Solo i virus dell'influenza di tipo A sono noti per aver causato pandemie .

I virus dell'influenza B non sono classificati in sottotipi, ma possono essere suddivisi in lignaggi. I virus dell'influenza di tipo B attualmente in circolazione appartengono al lignaggio B/Yamagata o B/Victoria.

Il virus dell'influenza C viene rilevato meno frequentemente e di solito causa infezioni lievi, quindi non presenta importanza per la salute pubblica.

I virus dell'influenza D colpiscono principalmente i bovini e non sono noti per infettare o causare malattie nelle persone.

Segni e sintomi

L'influenza stagionale è caratterizzata da un'improvvisa insorgenza di febbre, tosse (solitamente secca), mal di testa, dolori muscolari e articolari, grave malessere (sensazione di malessere), mal di gola e naso che cola. La tosse può essere grave e può durare 2 o più settimane. La maggior parte delle persone guarisce dalla febbre e da altri sintomi entro una settimana senza richiedere cure mediche. Ma l'influenza può causare gravi malattie o la morte soprattutto nelle persone ad alto rischio

Le malattie vanno da lievi a gravi e persino la morte. L'ospedalizzazione e la morte si verificano principalmente tra i gruppi ad alto rischio. In tutto il mondo, si stima che queste epidemie annuali causino da 3 a 5 milioni di casi di malattie gravi e da 290.000 a 650.000 decessi respiratori.

Nei paesi industrializzati la maggior parte dei decessi associati all'influenza si verifica tra le persone di età pari o superiore a 65 anni (1). Le epidemie possono provocare alti livelli di assenteismo scolastico/lavoratore e perdite di produttività. Le cliniche e gli ospedali possono essere sopraffatti durante i periodi di massima malattia.

Gli effetti delle epidemie di influenza stagionale nei paesi in via di sviluppo non sono completamente noti, ma la ricerca stima che il 99% dei decessi nei bambini sotto i 5 anni di età con infezioni del tratto respiratorio inferiore correlate all'influenza si riscontrino nei paesi in via di sviluppo

Epidemiologia

Tutte le fasce di età possono essere colpite ma ci sono **gruppi che sono più a rischio** di altri.

Le persone a maggior rischio di malattie gravi o complicanze in caso di infezione sono: donne incinte, bambini di età inferiore a 59 mesi, anziani, soggetti con condizioni mediche croniche (come malattie croniche cardiache, polmonari, renali, metaboliche, del neurosviluppo, epatiche o ematologiche) e individui con condizioni immunosoppressive (come HIV/AIDS, chemioterapia o steroidi o tumore maligno).

Gli operatori sanitari sono ad alto rischio di contrarre l'infezione da virus dell'influenza a causa della maggiore esposizione ai pazienti e rischiano di diffondersi ulteriormente, in particolare agli individui vulnerabili.

In termini di **trasmissione**, l'influenza stagionale si diffonde facilmente, con una rapida trasmissione in aree affollate comprese scuole e case di cura. Quando una persona infetta tossisce o starnutisce, goccioline contenenti virus (goccioline infettive) si disperdono nell'aria e possono diffondersi fino a un metro e infettare le persone nelle immediate vicinanze che respirano queste goccioline. Il virus può essere trasmesso anche da mani contaminate da virus influenzali. Per prevenire la trasmissione, le persone dovrebbero coprirsi la bocca e il naso con un fazzoletto quando tossiscono e lavarsi le mani regolarmente.

Nei climi temperati, **le epidemie stagionali** si verificano principalmente durante l'inverno, mentre nelle regioni tropicali l'influenza può verificarsi durante tutto l'anno, causando epidemie in modo più irregolare.

Il tempo che intercorre tra l'infezione e la malattia, noto come **periodo di incubazione**, è di circa 2 giorni, ma varia da uno a quattro giorni.

Diagnosi

La maggior parte dei casi di influenza umana viene diagnosticata clinicamente. Tuttavia, durante i periodi di bassa attività influenzale e al di fuori delle situazioni epidemiche, l'infezione di altri virus respiratori, ad es. rhinovirus, virus respiratorio sinciziale, parainfluenza e adenovirus, può anche presentarsi come malattia simil-influenzale (ILI) che rende la differenziazione clinica dell'influenza da altri patogeni difficili.

Per stabilire una diagnosi definitiva è necessaria la raccolta di campioni respiratori appropriati e l'applicazione di un test diagnostico di laboratorio. La corretta raccolta, conservazione e trasporto dei campioni respiratori è il primo passo essenziale per il rilevamento in laboratorio delle infezioni da virus dell'influenza. La conferma di laboratorio del virus dell'influenza dalla gola, dalle secrezioni nasali e rinofaringee o dall'aspirato o dai lavaggi tracheali viene comunemente eseguita utilizzando il rilevamento diretto dell'antigene, l'isolamento del virus o il rilevamento dell'RNA specifico dell'influenza mediante reazione a catena della trascrittasi inversa-polimerasi (RT-PCR). Varie linee guida sulle tecniche di laboratorio sono pubblicate e aggiornate dall'OMS. (3)

I test diagnostici rapidi per l'influenza (RIDT) sono utilizzati in ambito clinico, ma hanno una sensibilità inferiore rispetto ai metodi RT-PCR e la loro affidabilità dipende in gran parte dalle condizioni in cui vengono utilizzati.

Trattamento

Pazienti con influenza stagionale non complicata:

I pazienti che non appartengono a un gruppo ad alto rischio devono essere gestiti con un **trattamento sintomatico** e si consiglia, se sintomatici, di rimanere a casa per ridurre al minimo il rischio di infettare altri nella comunità. Il trattamento si concentra sull'alleviare i sintomi dell'influenza come la febbre. I pazienti devono monitorare se stessi per rilevare se le loro condizioni peggiorano e rivolgersi al medico. I pazienti che sono noti per essere in un gruppo ad alto rischio di sviluppare malattie gravi o complicate, (vedi sopra) devono essere trattati con antivirali in aggiunta al trattamento sintomatico non appena possibile.

I pazienti con malattia clinica grave o progressiva associata a sospetta o confermata infezione da virus influenzale (es. sindromi cliniche di polmonite, sepsi o esacerbazione di malattie croniche sottostanti) devono essere trattati con farmaci antivirali il prima possibile.

Gli inibitori della neuraminidasi (cioè l'oseltamivir) devono essere prescritti il prima possibile (idealmente, entro 48 ore dall'insorgenza dei sintomi) per massimizzare i benefici terapeutici. La somministrazione del farmaco deve essere presa in considerazione anche nei pazienti che si presentano più tardi nel corso della malattia.

Il trattamento è raccomandato per un minimo di 5 giorni, ma può essere esteso fino a un miglioramento clinico soddisfacente.

I corticosteroidi non devono essere usati di routine, a meno che non siano indicati per altri motivi (es: asma e altre condizioni specifiche); poiché è stato associato a clearance virale prolungata, immunosoppressione che porta a superinfezione batterica o fungina.

Tutti i virus influenzali attualmente in circolazione sono **resistenti** ai farmaci antivirali adamantano (come l'amantadina e la rimantadina), e questi non sono quindi raccomandati per la monoterapia.

Il GISRS dell'OMS monitora la **resistenza agli antivirali** tra i virus influenzali circolanti per fornire una guida tempestiva per l'uso degli antivirali nella gestione clinica e nella potenziale chemioprolifassi.

Prevenzione

Il modo più efficace per prevenire la malattia è la **vaccinazione**. Sono disponibili vaccini sicuri ed efficaci, utilizzati da più di 60 anni. L'immunità dalla vaccinazione diminuisce nel tempo, quindi si raccomanda la vaccinazione annuale per proteggersi dall'influenza. I vaccini antinfluenzali inattivati iniettati sono più comunemente usati in tutto il mondo.

Tra gli adulti sani, il vaccino antinfluenzale fornisce protezione, anche quando i virus circolanti non corrispondono esattamente ai virus del vaccino. Tuttavia, tra gli anziani, la vaccinazione antinfluenzale può essere meno efficace nella prevenzione delle malattie, ma riduce la gravità della malattia e l'incidenza di complicanze e decessi. La vaccinazione è particolarmente importante per le persone ad alto rischio di complicanze influenzali e per le persone che vivono o si prendono cura delle persone ad alto rischio.

L'OMS raccomanda la vaccinazione annuale per:

donne incinte in qualsiasi fase della gravidanza

bambini di età compresa tra 6 mesi e 5 anni

persone anziane (di età superiore a 65 anni)

individui con condizioni mediche croniche

operatore sanitario.

Il vaccino antinfluenzale è più efficace quando i virus circolanti sono ben abbinati ai virus contenuti nei vaccini. A causa della natura in continua evoluzione dei virus dell'influenza, il Sistema globale di sorveglianza e risposta all'influenza dell'OMS (GISRS) - un sistema di centri nazionali sull'influenza e centri di collaborazione dell'OMS in tutto il mondo - monitora continuamente i virus dell'influenza che circolano negli esseri umani e aggiorna la composizione dei virus dell'influenza vaccini due volte l'anno.

Da molti anni l'OMS aggiorna la sua raccomandazione sulla composizione del vaccino (trivalente) che prende di mira i 3 tipi di virus più rappresentativi in circolazione (due sottotipi di virus influenzali A e un virus influenzale B). A partire dalla stagione influenzale dell'emisfero settentrionale 2013-2014, si raccomanda un quarto componente per supportare lo sviluppo del vaccino quadrivalente. I vaccini quadrivalenti includono un secondo virus dell'influenza B in aggiunta ai virus nei vaccini trivalenti e dovrebbero fornire una protezione più ampia contro le infezioni da virus dell'influenza B. Un certo numero di vaccini influenzali inattivati e vaccini influenzali ricombinanti sono disponibili in forma iniettabile. Il vaccino influenzale vivo attenuato è disponibile come spray nasale.

La profilassi pre-esposizione o post-esposizione con antivirali

è possibile ma dipende da diversi fattori, ad esempio fattori individuali, tipo di esposizione e rischio associato all'esposizione.

Oltre alla vaccinazione e al trattamento antivirale, la gestione della sanità pubblica comprende **misure di protezione individuale** come:

Lavaggio regolare delle mani con adeguata asciugatura delle mani

Buona igiene respiratoria – coprire bocca e naso quando si tossisce o starnutisce, usare fazzoletti e smaltirli correttamente

Autoisolamento precoce di chi non si sente bene, ha la febbre e presenta altri sintomi dell'influenza

Evitare il contatto ravvicinato con persone malate

Evitare di toccarsi gli occhi, il naso o la bocca

Cosa fa l'OMS

L'OMS, attraverso il sistema **GISRS** dell'OMS, in collaborazione con altri partner, monitora l'attività influenzale a livello globale, raccomanda due volte all'anno le composizioni dei vaccini influenzali stagionali per le stagioni influenzali dell'emisfero settentrionale e meridionale, guida i paesi nelle aree tropicali e subtropicali nella scelta delle formulazioni dei vaccini (emisfero settentrionale contro l'emisfero australe), per sostenere le decisioni relative ai tempi delle campagne di vaccinazione e per sostenere gli Stati membri nello sviluppo di strategie di prevenzione e controllo.

L'OMS lavora per rafforzare le capacità di risposta all'influenza a livello nazionale, regionale e globale, compresa la diagnostica, il monitoraggio della suscettibilità antivirale, la sorveglianza delle malattie e le risposte alle epidemie, e per aumentare la copertura vaccinale tra i gruppi ad alto rischio e prepararsi per la prossima pandemia influenzale.

Non esistono innocenti:
tutti abbiamo passato un raffreddore a qualcuno.

Non importa se hai preso l'influenza
o contratto la Peste del 1300,
tua nonna ti risponderà sempre
«Eh sta girando in questo periodo»



Il medico è l'unico
di tutta la cerchia dei nostri conoscenti
che non conosca un rimedio infallibile
contro il raffreddore.

Non far mai capire all'influenza
quando inizia il fine settimana.

Chi è qui per il naso che gli cola?
(Alcuni pazienti nella sala d'aspetto alzano la mano)
È un raffreddore, vi passerà! Potete andare.

Gregory House
in Dr. House - Medical Division, 2004/12

smile

Un anno fa... Baedeker/Replay del 6. Dicembre

Gli effetti della iniquità vaccinale

Non so che cosa voi chiamate una società perfetta. Ma non v'è società vivente fuori di quella che è animata dall'ineguaglianza e dall'ingiustizia. Finora sono morte oltre 5 milioni di persone a causa del COVID-19, ma il vero bilancio delle vittime è probabilmente tre volte più alto. Poiché la sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2 (SARS-CoV-2) continua a diffondersi rapidamente, l'iniquità dei vaccini è la più grande minaccia per sconfiggere la pandemia. Mentre il 66% delle persone nei paesi ad alto reddito è completamente vaccinato, solo il 2,5% della popolazione nei paesi a basso reddito è completamente protetto. Molto è dato a pochi e poco è dato a molti. **L'ingiustizia si è divisa il mondo e niente è distribuito equamente tranne il dolore. (Oscar Wilde)**

Il COVID-19 ha annullato la maggior parte dei progressi globali nella lotta alla povertà e alle malattie. Se il mondo non affronta questa iniquità, tutti i paesi subiranno danni collaterali di proporzioni inimmaginabili a partire dalle conseguenze sociali ed economiche. Nel 2020, la pandemia ha portato a quasi 100 milioni di persone in più in povertà e miseria e le Nazioni Unite stimano che i paesi in via di sviluppo subiranno perdite economiche di 12 trilioni di dollari fino al 2025. Questo non farà che peggiorare, poiché SARS-CoV-2 (variante Delta) e adesso la variante Omicron promette di colpire principalmente i paesi con bassa copertura vaccinale, quelli africani in particolare. Inoltre, la pandemia ha interrotto i servizi sanitari essenziali, specialmente nel Sud del mondo, dove i fragili sistemi sanitari stanno cadendo a pezzi. Ad esempio, l'immunizzazione di routine sta soffrendo non solo a causa delle misure pandemiche come i blocchi, ma anche perché il personale e le forniture necessarie per l'immunizzazione infantile vengono ora utilizzate per le vaccinazioni COVID-19. I dati suggeriscono che i tassi di immunizzazione di routine globali nel 2020 sono scesi ai livelli visti l'ultima volta nel 2005. Ciò potrebbe far fallire gli sforzi globali per eliminare la polio e provocare una rinascita del morbillo. Anche i servizi sanitari per le continue minacce di tubercolosi (TB), malaria e HIV sono stati gravemente interrotti dalla pandemia. Secondo un recente

rapporto sulla tubercolosi dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), nel 2020 sono state curate 1,3 milioni di persone affette da tubercolosi in meno rispetto al 2019.

Secondo il Fondo globale, il test HIV è diminuito del 22% nel 2020. Non c'è stata negli ultimi anni un incremento di sussidi contro la Malaria. Le persone con malattie non trasmissibili (NCD) come obesità, diabete e malattie cardiache hanno maggiori probabilità di avere scarsi risultati dopo l'infezione da COVID-19. L'interruzione dei servizi sanitari ha anche influito negativamente sul trattamento di molte malattie non trasmissibili comuni, tra cui il cancro e le condizioni di salute mentale. Nonostante i devastanti danni diretti e collaterali del COVID-19, i leader mondiali non sono riusciti a garantire una distribuzione rapida ed equa di diagnostici, vaccini e terapie (ad esempio, anticorpi monoclonali). Anche se le nazioni ricche stanno somministrando dosi di richiamo, più di 3,5 miliardi di persone stanno aspettando la loro prima dose. E' proprio vero che l'amministrazione dell'ingiustizia è sempre nelle "mani giuste" ! Il mese scorso, la Dichiarazione del leader del G20 di Roma ha approvato il piano dell'OMS per vaccinare almeno il 70% della popolazione mondiale entro la metà del 2022.

Tuttavia, per porre fine a questa pandemia, dobbiamo...

(per continuare vai all'originale)

A proposito di Iniquità vaccinale puoi rivedere :

28.09.21: Come la geopolitica ha influenzato lo sviluppo della pandemia

10.10.21: Bastano solo dieci anni per bloccare l'antropocene e iniziare a restaurare la Terra: si può fare!

11.10.21: Lo sapevo...solo il 25 % dei vaccini promessi e stanziati verrà donato ai paesi poveri

29.10.21: Il G20 delle tre P secondo Draghi: persone, pianeta, prosperità

02.11.21: Perché, temo, che COP26 sarà un flop