

# Bollettino

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri  
Massa Carrara

## “COVID-19, POST COVID E ALTRE PANDEMIE” L’EVENTO ECM DI OMCEO MASSA CARRARA

*Carlo Manfredi, Presidente Ordine dei Medici di Massa Carrara*

L’evento ECM **‘Covid-19, post-Covid e altre pandemie’** prende le mosse dalla recente nuova ondata di nuovi casi di COVID-19 che ha fatto aumentare i ricoveri in area medica e in terapia intensiva.

La rapida avanzata della **variante omicron**, favorita dalla sua notevole insensibilità agli anticorpi indotti dal ciclo primario di vaccinazione ha reso necessario il completamento del ciclo vaccinale con la dose booster.

Ma è sempre meglio prepararsi al peggio ricordando la pressione straordinaria alla quale è stato sottoposto il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per fronteggiare la pandemia di SARS-CoV-2. Infatti, in alcuni periodi, situazioni di squilibrio fra richiesta e offerta di assistenza, nonostante le azioni mirate a pianificare diversamente le attività sanitarie e a potenziare le risorse disponibili, hanno posto di fronte a dilemmi etici, clinici e organizzativi.



### IN QUESTO NUMERO

- L’evento ECM **‘Covid-19, post-Covid e altre pandemie’**
- **Alla memoria del dott. Marco Morale** il reparto di Medicina Generale del NOA
- La **sentenza del TAR Lazio sulle cure domiciliari del COVID-19** va contro il Codice Deontologico



Il dott. Alberto Conti

possono entrare in conflitto fra loro. Per favorire una riflessione sul tema sono state presentate le esperienze e gli orientamenti del medico di pronto soccorso e quelle del medico della terapia intensiva.

Attualmente, oltre la vaccinazione, altre possibilità terapeutiche per contrastare la COVID-19 comprendono gli **anticorpi monoclonali anti proteina spike** per i soggetti sintomatici o per popolazioni esposte (contatto stretto) a soggetto con diagnosi (molecolare) d'infezione da SARS-CoV-2 sia sintomatico che asintomatico per effettuare profilassi post-esposizione entro 3-8 giorni.

E' anche necessario procedere anche alla identificazione di popolazioni, a rischio di COVID-19, che non hanno effettuato la vaccinazione o che, nonostante il completamento del ciclo vaccinale, non presentano una risposta anticorpale né cellulo-mediata per effettuare profilassi pre-esposizione e nelle quali gli anticorpi monoclonali rappresentano uno strumento di protezione molto efficace.

Ma anche la disponibilità imminente di terapia anti SARS-CoV-2 orali permetterà un'ulteriore concreta opportunità.

Il post COVID-19, a livello individuale, mette di fronte al legame che esiste fra l'infiammazione sistemica che ha prodotto e le sequele nel corpo e nella mente (depressione, ansia, disturbo da stress post-traumatico e tendenza al ritiro sociale).

**Ma è bene ricordare che, prima dell'avvento del virus SARS-Cov-2, la pandemia contro la quale ci stavamo battendo era quella di diabete e obesità.**

Nulla è cambiato, le novità terapeutiche che stanno prospettando un vantaggio terapeutico rispetto a quelle esistenti, devono essere ben conosciute e messe in pratica. **Gliofozine e i farmaci del sistema delle incretine** sono la nuove frontiere nella terapia del diabete da esplorare nei prossimi anni. Ma, fra le varie riflessioni deontologiche, etiche e bioetiche suscitate dalla pandemia, un capitolo di importanza cruciale è rappresentato dalla produzione di evidenze per orientare le scelte cliniche e di sanità pubblica. L'ansia di fare presto e il senso di impotenza di fronte a una situazione nuova e del tutto ingovernabile ha scatenato una



Il dott. Aldo Casani

L'etica clinica è centrata sul paziente e attribuisce particolare importanza al rispetto dei diritti e delle volontà della singola persona. Invece, l'etica della sanità pubblica, mette al primo posto il bene della comunità secondo il principio di giustizia, inteso come equa allocazione delle risorse sanitarie.

Nel caso di una completa saturazione delle disponibilità tale da determinare l'impossibilità di garantire le cure intensive a tutte le persone che ne hanno bisogno, quali sono i criteri di priorità ai quali far riferimento senza far venire meno l'esigenza di appropriatezza delle cure?

Trovare il giusto bilanciamento tra l'etica clinica e quella sanitaria può risultare molto difficile da attuare perché le due esigenze

serie di proposte basate su improbabili deduzioni o su limitate casistiche che si sono rivelate in seguito del tutto inconsistenti alla prova dei fatti.

Tuttavia, per molti è stato difficile abbandonare tali pratiche per mancanza di una forma mentis idonea a distinguere fra messaggi basati sulle conclusioni di studi ben disegnati e condotti che hanno prodotto risultati più solidi.

Non comprendere la differenza espone inutilmente pazienti a terapie dal profilo di efficacia tollerabilità sfavorevole con una violazione evidente della deontologia e dell'etica medica.

Il contributo su questa tematica è orientato a dare qualche riferimento sicuro nel bailamme di informazioni (infodemia secondo OMS) che ci ha investito.

“In una situazione in cui i posti disponibili in terapia intensiva sono tutti occupati - racconta il **dott. Alberto Baratta**, Direttore U.O.C. Anestesia e Rianimazione Elisoccorso - e tu medico, sai di poter essere contagiato e di essere a grande rischio di contrarre la malattia in forma grave perché sei vecchio, sei sovrappeso e hai la pressione alta, ti può venire di pensare: se mi ammalo rischio di morire perché per me non ci sarà posto in terapia intensiva. Non è una situazione gradevole, e so che la mia preoccupazione e la mia angoscia non sono diverse da quelle di ogni altro cittadino. Anche per lui il posto potrebbe non esserci.”

“A distanza di due anni - esordisce il **dott. Aldo Casani**, Direttore di Unità Operativa Complessa Asl Nord Ovest - vediamo come, ad esempio, i reni subiscano un'importante compromissione in parte dei pazienti che hanno sviluppato la malattia. Mettere in pratica tutte le strategie per non contrarre il virus, tra cui ovviamente la vaccinazione, risulta di fondamentale importanza per mettersi al riparo da conseguenze che possono insorgere subdolamente anche a distanza di tempo dall'infezione.”



*Il dott. Carlo Manfredi*



*Il dott. Dante Cesaretti*



*La dott.ssa Giovanna Gregori*

## ALLA MEMORIA DEL DOTT. MARCO MORALE IL REPARTO DI MEDICINA GENERALE DEL NOA

*Carlo Manfredi, Presidente Ordine dei Medici di Massa Carrara*

Grande partecipazione e cordoglio per la cerimonia in memoria del dott. Marco Morale, amato e stimatissimo pneumologo dell'ospedale Apuano, nonché eccellente sassofonista, deceduto il 20 febbraio dello scorso anno per le complicanze della malattia da SARS-CoV-2. La cerimonia è stata fortemente voluta dai suoi Colleghi di lavoro e dal primario dell'Unità Operativa di Medicina Generale, dottor Alessandro Pampana, in occasione della intitolazione del reparto di Medicina Generale alla sua memoria.

L'evento si è tenuto questa mattina presso l'Ospedale delle Apuane davanti a una nutrita folla partecipe e commossa. Fra i presenti, oltre ai parenti stretti del dottor Morale e ai suoi colleghi di lavoro, molti amici e persone che lo stimavano fra i quali, il direttore sanitario Giuliano Biselli, il direttore di Medicina Interna dell'ospedale Felice Lotti di Pontedera, dott. Roberto Andreini, e il Presidente della Provincia di Massa Carrara, Gianni Lorenzetti.

La scomparsa del dott. Morale è avvenuta il 20 febbraio dello scorso anno, in coincidenza con la prima Giornata nazionale del Personale Sanitario, Sociosanitario, Socioassistenziale e del Volontariato, istituita per celebrare l'impegno profuso dalle professionalità sanitarie che con grande coraggio e

abnegazione per contrastare la pandemia e per ricordare la memoria dei caduti sul campo. In quella occasione, era stata messa a dimora, su iniziativa dell'Ordine dei Medici, nel giardino antistante l'Ospedale delle Apuane una pianta di ulivo con a fianco un cippo per ricordare i medici caduti vittima del virus. Il triste elenco comprende, oltre al dottor Morale, i dottori Cesare Landucci, Nazzareno Catalano e Raffaele 'Lele' Brancadoro.

Il dott. Morale aveva contratto il coronavirus mentre dava il massimo per salvare le vite dei pazienti coerentemente con la sua cultura, la sua etica e la sua personalità. Cercava sempre di spingersi oltre per portare avanti ogni giorno la sua visione della professione medica. La decisione di dedicare alla sua memoria il reparto di Medicina Generale, come racconta un commosso dott. Pampana ai presenti, è stato un atto naturale dettato dalla stima e dall'affetto che medici e pazienti hanno sempre provato per lui.



Pur essendo consapevoli che, forse, non avrebbe approvato questa decisione, il dottor Pampana ha precisato che questa decisione non "è stata presa per lui, ma per noi, per ricordare i suoi valori altamente condivisi e avere un richiamo per non mancare di metterli in pratica ogni giorno con rinnovato impegno".

Di fronte al cippo che ricorda i medici caduti, il dottor Carlo Manfredi, presidente dell'Ordine dei Medici di Massa Carrara, rivolgendosi agli intervenuti, ha detto che "I medici e il personale sanitario hanno messo in campo tutte le loro energie umane, fisiche e professionali per fronteggiare la pandemia da SARS-CoV-2. Hanno condiviso l'angoscia, la paura e la disperazione dei pazienti fino a quando hanno visto affievolirsi la luce nei loro occhi. Hanno cercato di lenire la sofferenza,



*Il dott. Alessandro Pampana*

dall'ospedale è un'affermazione che genera infondato allarme e procura immotivate speranze. Si corre il rischio che i pazienti bisognosi di cure urgenti rifiutino, per paura, il ricovero mettendo così ancor più a rischio la loro vita.

Le istituzioni e i media devono mettere in campo il massimo sostegno e la maggiore protezione possibile per permettere a chi fa ricerca e a chi cura i malati gravi di COVID-19 di operare in un ambiente sereno, nell'interesse della difesa della salute delle persone malate e della comunità. Si aggiungano le minacce e le intimidazioni per la mancata adesione alle astruse e immotivate richieste e esami inutili e non dovuti da parte dei renitenti alla vaccinazione anti-Covid-19 o della strumentale richiesta di 'prescrizione' da parte del medico della vaccinazione. Gli attacchi contro i medici del lavoro le cui giuste direttive per la protezione dei più fragili sono state fraintese come provvedimenti discriminatori sono da stigmatizzare. Addirittura, la pretesa di farne oggetto di contrattazione sindacale. E' inaudito anche solo il pensarlo. I tempi sono cambiati dall'epoca in cui si provava ammirazione per i medici e li si considerava 'eroi'.

Si è passati dall'enfasi dell'eroismo al rischio dell'oblio più completo dei caduti e delle loro famiglie. Il Senato si era dimenticato di loro e sembrava indifferente di fronte ai medici non dipendenti che sono mancati a causa del COVID-19. Non aveva trovato i fondi necessari per concedere un riconoscimento economico per il loro sacrificio avvenuto per opporsi alle devastanti conseguenze del Covid-19. Un ristoro alle famiglie così pesantemente provate è un giusto riconoscimento, specialmente per tutte quelle che sono state private dell'unica fonte di sostentamento. Meno male che si è ravveduto! In questa giornata della memoria e dell'impegno, i medici non aspirano né all'eroismo né al martirio, ma a condizioni di lavoro serene e rispettose per continuare con rinnovato impulso a prendersi cura della salute dei cittadini conservando, nel profondo del cuore, il ricordo del sacrificio dei medici caduti, nei quali si riconoscono in pieno."

lo scoramento e la solitudine dei loro familiari.

Si sono prodigati con grande spirito di abnegazione e di servizio anche quando ancora non erano disponibili mezzi di protezione individuale e nulla si sapeva su come affrontare il virus. Molti si sono ammalati e hanno pagato con la vita. I sopravvissuti, sono spesso rimasti invalidi, nella mente e nel corpo. All'inizio, i medici caduti, sono stati considerati eroi e un senso di solidarietà umana ha spinto l'opinione pubblica a comprendere in un grande e commosso abbraccio anche le loro famiglie.

I medici hanno anche sempre coltivato la ricerca di mezzi adatti a prevenire o a fermare la diffusione della pandemia. Hanno realizzato numerosi nuovi studi condotti con metodologia più adatta alle circostanze, che hanno permesso, strada facendo, di riconsiderare gli orientamenti terapeutici, le modalità assistenziali e le politiche sanitarie adottate fino a quel momento e di renderle più efficaci.

Lo sforzo profuso per mettere a punto un vaccino, poi, ha rappresentato un momento di svolta nell'andamento della pandemia trasformando una malattia potenzialmente letale in una forma più curabile. Il rischio più elevato di morire di COVID-19 grave è, infatti oggi, prevalentemente a carico dei soggetti non vaccinati. Ciononostante, circolano in rete appelli ai non vaccinati che contraggono la malattia a non recarsi in ospedale, perché rischierebbero addirittura di morire. Si sta gettando fango sulle equipe dei reparti che si prendono cura dei pazienti gravi mettendo in campo tutto quanto è oggi possibile. Sostenere che i non vaccinati affetti da COVID-19 moriranno se si ricoverano e che invece c'è chi è in grado di curarli fuori



## LA SENTENZA DEL TAR LAZIO SULLE CURE DOMICILIARI DEL COVID-19 VA CONTRO IL CODICE DEONTOLOGICO

Carlo Manfredi, Presidente Ordine dei Medici di Massa Carrara



Di fronte all'imperversare della diffusione dell'infezione da SARS-CoV-2 i medici hanno preso decisioni terapeutiche, su base empirica, nel disperato bisogno di fare tutto il possibile quando ancora non si sapeva come affrontare questa situazione del tutto nuova. Si sono prodigati per non lasciare nulla di intentato, per non sentirsi rimproverare dalla propria coscienza e dalla società di non aver adempiuto ai propri doveri.

All'inizio della pandemia, per condividere velocemente tutte le informazioni e i dati disponibili, l'editoria scientifica ha impresso una straordinaria accelerazione alla pubblicazione di tutti gli articoli prodotti e ne ha assicurato l'accesso gratuito.

Sono stati divulgati i resoconti preliminari di numerosi studi sebbene non fossero ancora state sottoposti al processo iter di revisione (peer review) atto a conferire affidabilità e rigore ai risultati ottenuti. Su queste basi si è diffuso l'impiego off-label su larga scala di farmaci apparentemente promettenti, nella speranza di ottenere benefici.

Anche in corso di pandemia è stato però possibile realizzare studi osservazionali e studi clinici controllati e randomizzati (RCT) con una metodologia 'adattata' per semplificare e velocizzare la loro esecuzione. RCT su migliaia di pazienti, hanno testato l'efficacia di varie molecole fra le quali remdesivir, cloroquina (CQ) e idrossicloroquina (ICQ), lopinavir/ritonavir, desametasone, azitromicina, tocilizumab, plasma iperimmune, anticorpi monoclonali anti SARS-CoV-2, acido acetilsalicilico, colchicina e baricitinib. Il disegno adattativo dello studio consente la valutazione a intervalli regolari dei risultati intermedi da parte di una commissione di esperti preposta ad hoc e di stabilire se è utile proseguire o se è meglio interrompere i trattamenti nei 4 bracci previsti. Gli end point prevedevano: data di dimissione o di decesso, durata della degenza e necessità di ossigeno e/o ventilazione.

Alla fine del 2020 erano disponibili 66 RCT di confronto tra farmaci per il trattamento della COVID-19. I risultati hanno dimostrato che CQ e ICQ, con o senza azitromicina, non riducono la gravità della malattia, la durata del ricovero, la necessità di ossigeno e/o di ventilazione e la mortalità a 28 giorni nei pazienti ricoverati per COVID-19. Anche nei pazienti con infezione da SARS-CoV-2 iniziale o lieve/moderata non ricoverati e assistiti a casa o nella profilassi dell'infezione post esposizione a soggetto COVID-19 positivo non è stata fornita alcuna prova di efficacia di ICQ.

Gli RCT su azitromicina su pazienti COVID-19 domiciliari o ospedalizzati non hanno dimostrato nessun vantaggio terapeutico da parte di questo antibiotico.

Nei pazienti ricoverati per COVID-19 grave, Lopinavir/Ritonavir non è efficace.

L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) aveva consentito l'uso, rimborsabile da parte del Servizio Sanitario Nazionale ai sensi della legge 648, fra l'altro, di ICQ e azitromicina, lopinavir/ritonavir nei pazienti con COVID-19 in trattamento domiciliare. Gli studi con esiti negativi hanno indotto a rivedere la posizione non solo di AIFA, ma anche di altre agenzie come la FDA che, il 15/06/2020, ha revocato la EUA (Autorizzazione all'Uso in Emergenza) della ICQ dato il rapporto rischio beneficio sfavorevole.

Sulla base della evoluzione della conoscenza scientifica sul trattamento della COVID-19 è stato definito il testo della circolare ministeriale 0008676-26/04/2021-DGPROGS-MDS-P che ha ripreso un documento di AIFA.

### **Cosa dice la circolare del Ministero della Salute/AIFA**

Di fronte al paziente affetto da COVID-19 assumere un atteggiamento di vigile attesa monitorando costantemente i parametri vitali, le condizioni cliniche del paziente e la saturazione dell'ossigeno tramite pulsossimetria. Adottare trattamenti sintomatici (ad esempio paracetamolo o FANS in caso di febbre o dolori articolari o muscolari, a meno che non esista chiara controindicazione all'uso). Praticare appropriata idratazione e nutrizione, in particolare nei pazienti anziani. Nel paziente immobilizzato, garantire un appropriato apporto proteico. Promuovere l'attività fisica, nei limiti consentiti, per prevenire le conseguenze dell'immobilizzazione e dell'allettamento e consentire una riduzione dell'indicazione all'uso di eparina. Valutare, nei pazienti a rischio di progressione di malattia, la possibilità di trattamento precoce con anticorpi monoclonali.

L'utilizzo di antibiotici, da soli o associati ad altri farmaci, in particolare IQ, non è raccomandato per la mancanza di un solido razionale e per l'assenza di prove di efficacia in assenza di una sovrapposizione batterica o se l'infezione batterica è stata dimostrata da un esame colturale. Un ingiustificato uso di antibiotici può determinare l'insorgenza e il propagarsi di resistenze batteriche e compromettere la risposta a terapie antibiotiche future.

L'utilizzo di CQ o IQ non è raccomandato né per prevenire né per curare l'infezione.

I corticosteroidi sono raccomandati esclusivamente nei soggetti con malattia COVID-19 grave che necessitano di supplementazione di ossigeno.

L'impiego a domicilio può essere considerato solo in pazienti con fattori di rischio di progressione di malattia verso forme severe, in presenza di un peggioramento dei parametri pulsossimetrici che richieda l'ossigenoterapia ove non sia possibile nell'immediato il ricovero per sovraccarico delle strutture ospedaliere. L'utilizzo della terapia precoce con steroidi è inutile se non dannoso perché può infatti favorire lo sviluppo di un'adeguata risposta immunitaria.

Non utilizzare eparina se non nei soggetti immobilizzati per l'infezione in atto.

L'utilizzo di lopinavir/ritonavir o darunavir/ritonavir o cobicistat non è raccomandato né allo scopo di prevenire né allo scopo di curare l'infezione. Non modificare, a meno di stringente ragione clinica, le terapie croniche in atto per altre patologie per non aggravare le condizioni preesistenti che possono aggravare la prognosi. Evitare l'uso di benzodiazepine, soprattutto ad alto dosaggio, per i possibili rischi di depressione respiratoria.

### ***Cosa dice la sentenza***

È stato accolto dal TAR del Lazio il ricorso del Comitato Cure Domiciliari contro la Circolare del Ministero della Salute su la "Gestione domiciliare dei pazienti con infezione da SARS-CoV-2", che riprende gli orientamenti della Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) aggiornata al 26 aprile 2021. Il ricorso, promosso da un'associazione di medici e cittadini, contesta la circolare nella parte in cui, nei primi giorni di malattia da Sars-Cov-2, prevede unicamente una "vigilante attesa" e la somministrazione di FANS (Farmaci Antinfiammatori Non Steroidei) e paracetamolo ed esclude, disponendo una serie di indicazioni al 'non utilizzo', farmaci che, sostengono i ricorrenti, sono generalmente utilizzati dai medici di medicina generale per i pazienti affetti da COVID-19. Tale divieto, non corrisponde all'esperienza diretta maturata dai ricorrenti.

I giudici del TAR asseriscono che "La prescrizione dell'AIFA, come mutuata dal Ministero della Salute, contrasta con la richiesta professionalità del medico e con la sua deontologia professionale, imponendo, anzi impedendo l'utilizzo di terapie da questi ultimi eventualmente ritenute idonee ed efficaci al contrasto con la malattia COVI 19 come avviene per ogni attività terapeutica.

Quindi, il contenuto della nota ministeriale, imponendo ai medici puntuali e vincolanti scelte terapeutiche, si pone in contrasto con l'attività professionale così come demandata al medico nei termini indicata dalla scienza e dalla deontologia professionale."

### **Osservazioni**

La circolare ministeriale non prevede l'utilizzo di alcune di molecole nel trattamento del COVID-19 nell'interesse della difesa della salute dei cittadini perché si tratta di farmaci di efficacia non dimostrata. La circolare è stata molto utile per orientare un comportamento più appropriato da parte del medico nel prendersi cura dei malati di COVID-19. Invocare la valutazione secondo scienza e coscienza da parte del medico deve tener conto del fatto che, in questo caso la scienza nega la validità di certi trattamenti, quindi l'etica deve indurre ad escluderli nell'interesse dei pazienti.

L'articolo 13 del vigente Codice di Deontologia Medica stabilisce che 'la prescrizione deve fondarsi sulle evidenze scientifiche disponibili' e 'sul rispetto dei principi di efficacia clinica, di sicurezza e di appropriatezza'.

Inoltre, 'il medico tiene conto delle linee guida diagnostico-terapeutiche accreditate da fonti autorevoli e indipendenti quali raccomandazioni e ne valuta l'applicabilità al caso specifico' verificando 'la tollerabilità e dell'efficacia sui soggetti coinvolti'.

I ricorrenti affermano che nella loro esperienza individuale avrebbero rilevato degli effetti favorevoli del trattamento. Questa è una distorsione cognitiva perché nel COVID-19 la stragrande maggioranza dei soggetti presenta una malattia di lieve o media gravità compatibile con una risoluzione spontanea della malattia grazie alle difese immunitarie del soggetto e alle terapie di conforto o sintomatiche prescritte.

I soggetti che vanno incontro alla forma grave e, fra di essi, quelli che necessitano di ricovero e o di successivo trasferimento in terapia intensiva e che muoiono sono una piccolissima minoranza. Questa proporzione fa sì che l'adozione di un qualunque trattamento in un paziente affetto da COVID-19 comporta un esito apparentemente favorevole. Ma si tratta di una impressione clinica e non di una relazione causale fra rimedio e guarigione. Questa osservazione, al massimo potrebbe rappresentare uno degli elementi da porre alla base della progettazione di studi con metodologia idonea a stabilire se questa ipotesi viene corroborata dai fatti. L'esperienza personale non può sostituirsi ai risultati della ricerca condotta con metodologia idonea e la scelta terapeutica deve essere ristretta al campo delle terapie validate. Il medico, in base alle caratteristiche del singolo paziente e al contesto clinico in cui si opera, valuterà quella più adatta. Sono fragili o sono del tutto inesistenti che subentrano altri criteri, ma non è questo il caso dei farmaci soggetti a restrizione elencati nella circolare citata. Quindi la sentenza del Tar è da respingere perché ancorata a una visione non scientifica dalla valutazione dell'efficacia dei trattamenti e in aperta contraddizione con quanto disposto dall'articolo 13 del codice deontologico.

Carrara, 18 gennaio 2022

Dott. Carlo Manfredi



## **Post scriptum**

### **Nuove terapie fra speranze e cautele**

Per il trattamento della COVID-19 è stata proposta l'ivermectina che non ha nessuna prova di efficacia nei pazienti con COVID-19 indipendentemente dalla gravità della malattia. La colchicina, in corso di valutazione in diverse sperimentazioni cliniche, presenta al momento i dati relativi all'efficacia e alla sicurezza molto limitati.

**Anticorpi monoclonali:** Diversi studi randomizzati controllati hanno dimostrato l'efficacia dell'utilizzo di anticorpi monoclonali neutralizzanti in pazienti con infezione da SARS-CoV-2 asintomatica o lieve-moderata ma ad alto rischio di progressione di malattie e di mortalità. I 3 regimi di trattamento rimborsabili per COVID-19 sono: Casirivimab /imdevimab, Bamlanivimab/etesevimab e Sotrovimab. : I trattamenti con Ab monoclonali neutralizzanti sono indicati in singola infusione endovenosa in ambiente ospedaliero. Il sotrovimab è l'unico anticorpo monoclonale attivo contro la variante omicron.

**Antivirali:** molnupiravir e remdesivir sono indicati per il trattamento di pazienti non ospedalizzati per COVID-19 con malattia lieve-moderata di recente insorgenza e con condizioni cliniche concomitanti che rappresentino specifici fattori di rischio per lo sviluppo di COVID-19 grave. Molnupiravir, antivirale orale, è indicato entro 5 giorni dall'insorgenza dei sintomi alla dose di 4 compresse (da 200 mg) 2 volte al giorno per 5 giorni. Remdesivir è stata autorizzata da EMA l'indicazione relativa al trattamento dei soggetti non in ossigeno-terapia ad alto rischio di COVID-19 grave. Remdesivir, una somministrazione endovenosa per 3 giorni, può essere utilizzato fino a 7 giorni dall'insorgenza dei sintomi.

### **Fonti:**

<https://www.aifa.gov.it/-/disponibilit%C3%A0-molnupiravir-e-remdesivir-trattamento-pazienti-non-ospedalizzati-covid-19-1>

[https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1269602/IT\\_Raccomandazioni\\_AIFA\\_gestione\\_domiciliare\\_COVID-19\\_Vers4\\_14.12.2021.pdf](https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1269602/IT_Raccomandazioni_AIFA_gestione_domiciliare_COVID-19_Vers4_14.12.2021.pdf)



## Anno XXXI - Numero 1

Iscritto al n°291 del Registro Stampa  
del Tribunale di Massa Carrara in  
data 11 aprile 1991

Direzione ed Amministrazione Piazza  
Giacomo Matteotti 4, 54033 Carrara  
(MS)

Telefono 0585 70373



*Direttore Responsabile*  
Carlo Manfredi

*Progetto grafico e redazione*  
Giuseppe D'Aleo

*Consiglio Direttivo:*  
*Presidente*

Dott. Carlo Manfredi

*Vice Presidente*  
*Segretario*  
*Tesoriere*  
*Consiglieri*

Dott. Massimo Losi  
Dott. Cesare Tonini  
Dott. Umberto Piemontino  
Dott.ssa Maria Santina Bianchi  
Dott. Lino Bologna  
Dott. Giovanni Nannini  
Dott. Claudio Rasetto  
Dott.ssa Paola Vivani

*Componenti odontoiatri*

Dott. Corrado Stefani  
Dott.ssa Barbara Pianini

*Commissione iscritti All'Albo degli Odontoiatri:*

*Presidente*  
*Vice Presidente*  
*Componenti Odontoiatri*

Dott. Corrado Stefani  
Dott. Massimo Rossi  
Dott.ssa Simona Bonati  
Dott.ssa Caterina Fucigna  
Dott.ssa Barbara Pianini  
Dott. Corrado Stefani

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI

**OMCeo**  
MASSA CARRARA

*Collegio dei Revisori :*  
*Presidente*

Dott. Lorenzo Rossi  
dottore commercialista

*Componenti effettivi*

Dott.ssa Anna Baldi  
Dott. Marco Bartoli

*Componente supplente*

Dott. Stefano Mirenghi