

FARE IL RICHIAMO OPPURE NO: IL DIBATTITO CONTINUA

www.medscape.org/livewebcast/covid19-booster-debate-italian

Karine Lacombe, MD, PhD: Salve a tutti. Sono molto felice di darvi il benvenuto a questo webinar di Medscape Education Global. Fare il richiamo oppure no? Il dibattito continua. Sono Karine Lacombe, specialista in malattie infettive a Parigi, e oggi presenterò questo webinar insieme a Saul Faust, professore di immunologia pediatrica e malattie infettive a Southampton.

Saul Faust, FRCPC, PhD: Grazie, Karine.

Dott. Lacombe: Okay. Dunque, di cosa parleremo durante questa sessione? Ebbene, tratteremo i seguenti argomenti. I dati clinici dei richiami bivalenti; chi ha bisogno di un richiamo. Esamineremo anche le attuali raccomandazioni dell'UE e del Regno Unito. Infine, parleremo un po' delle aspettative per l'inverno 2022. Per prima cosa, diamo un po' di contesto: qual è il razionale per eseguire i richiami per il COVID-19? Sappiamo tutti che l'efficacia del vaccino svanisce dopo la vaccinazione primaria e un richiamo, con una terza o altre dosi successive, può aumentare i titoli degli anticorpi neutralizzanti e anche l'efficacia vaccinale. Ma naturalmente, l'effetto di una terza dose varia in base alle caratteristiche del paziente, alla classe del vaccino e alla sequenza vaccinale. Riteniamo che un successivo richiamo possa ripristinare la risposta anticorpale e cellulare ai livelli raggiunti dopo la precedente dose.

Dunque, quali sono i richiami attualmente disponibili nell'UE? Abbiamo i richiami originali di Moderna, Pfizer, Novavax, Sanofi-Pasteur, GSK, AstraZeneca e Jansen. I nomi sono indicati nella parte sinistra della slide. Al centro vedete i nuovi richiami bivalenti originali per Omicron BA1 di Moderna o Pfizer. Infine, l'ultimo arrivato è il bivalente originale di Omicron BA4 e BA5, anche questo di Moderna e Pfizer.

Dott. Faust: Qui ci sono dei dati estrapolati da quello che sappiamo adesso sui richiami che useremo questo inverno. C'è stata la sperimentazione di fase II/III di una quarta dose del vaccino bivalente BA1 di Moderna; la slide è un po' complessa, ma si può vedere che la risposta dell'anticorpo neutralizzante è leggermente migliore con il richiamo bivalente rispetto al richiamo originale, a prescindere dal precedente stato di infezione.

A sinistra potete vedere tutti i partecipanti. La colonna più alta, ovvero le colonne azzurre, sono del vaccino originale, mentre il vaccino bivalente è rappresentato dalle colonne blu scuro. Si può osservare che la precedente infezione non ha avuto

alcun impatto sulla migliore immunogenicità degli anticorpi nello studio della casa farmaceutica. Questi dati sono stati pubblicati nel *New England Journal of Medicine* a inizio ottobre di quest'anno. Anche Pfizer ha esaminato i propri vaccini bivalenti. Questi sono i dati presentati al governo americano durante la presa di decisione su questo argomento. In questa slide, potete vedere la linea in alto che rappresenta il vaccino bivalente BA1 Omicron e la linea in basso che rappresenta il vaccino *wild type*. Di nuovo, si osserva un miglioramento nella linea in alto, con una differenza compresa tra 700 e circa 450, un miglioramento a favore del bivalente contro Omicron.

Mentre, rispetto al ceppo di riferimento, la differenza tra i vaccini è veramente minima. E questo è il risultato finale, i due numeri, che si aggirano intorno alle 6.000 unità utilizzate per questi test. Se osserviamo l'immunogenicità, gli anticorpi prodotti in questo caso da una quarta dose del vaccino bivalente BA45 rispetto al monovalente, si nota che a prescindere dal ceppo che si esamina (i ceppi sono sull'asse X), le colonne blu e le colonne rosse sono praticamente uguali. Il blu rappresenta le quattro dosi per il virus *wild type*, le quattro iniezioni per il *wild type*, e il tre rappresenta tre *wild type* seguite dal bivalente BA45. Quindi, la differenza è veramente minima tra il bivalente e il vaccino *wild type* in termini di titoli di anticorpi neutralizzanti. E poi c'è un altro studio disponibile prima della pubblicazione in merito a questo punto: si tratta di un piccolo studio, con solo 33 persone che hanno ricevuto due precedenti dosi di vaccino.

Questa è la terza dose di un bivalente contenente BA5; 15 soggetti hanno ricevuto il monovalente e 15 hanno ricevuto il bivalente. Si può osservare che c'è una combinazione di due dosi di Pfizer e due dosi di Moderna in ciascun gruppo. Di nuovo, potete vedere quello che succede con le due dosi originali combinate tra loro: il monovalente di Pfizer insieme al monovalente di Moderna o entrambi i bivalenti a destra. A sinistra abbiamo il monovalente e a destra il bivalente, rispetto ai vari ceppi: corrono lungo l'asse X, e c'è pochissima differenza tra il monovalente e il bivalente. C'è un simile aumento negli anticorpi neutralizzanti con i richiami monovalenti e bivalenti e nessuna differenza nei profili dei linfociti T attivati o nei linfociti B della memoria. E nello stesso studio si può osservare un'immunogenicità veramente molto simile tra i bivalenti di Pfizer e Moderna. La dose dell'mRNA è diversa tra i due vaccini, proprio come le prime dosi del vaccino che abbiamo somministrato alle persone lo scorso anno. Moderna presenta dei numeri leggermente più alti, ma riteniamo che non vi sia una differenza clinicamente significativa in quanto con la riduzione dei titoli anticorpali si torna a una situazione analoga. Dunque, i profili anticorpali sono molto simili con entrambi i tipi di richiami bivalenti. Parliamo adesso della sicurezza e della reattogenicità, degli effetti collaterali dei vaccini bivalenti. Ci puoi parlare di questi aspetti, Karine?

Dott. Lacombe:

Sì, certo. Esattamente. Cosa sappiamo sulla sicurezza e sulla tollerabilità? Questa è la rappresentazione della sicurezza della quarta dose del vaccino originale in base alle sperimentazioni randomizzate nel Regno Unito. Queste piccole stelle indicano gli eventi avversi nei primi sette giorni dopo la quarta dose: ci sono eventi da

moderati a gravi ed eventi gravi. Se osserviamo la prevalenza di questi eventi, si nota che è stato segnalato il dolore, principalmente il dolore; tutti gli altri eventi erano di natura lieve e la frequenza era veramente molto bassa. Se osserviamo gli eventi gravi di grado tre o quattro, non c'è niente degno di nota, in ogni caso sotto il 5% di prevalenza. Dunque, entrambi i richiami sono stati ben tollerati e il dolore è stato l'evento avverso più comune. Prossima slide.

Dott. Faust: Molto simile all'originale, i richiami della terza dose, tra la terza e la quarta dose.

Dott. Lacombe: Esattamente. Adesso guardiamo la sicurezza della quarta dose del richiamo bivalente di Moderna: qui sono indicate le incidenze degli eventi avversi, molto simili con i due richiami. Di nuovo, gli eventi avversi più comuni erano dolore nel sito di iniezione, affaticamento, mal di testa, mialgia, artralgia e la maggior parte di questi eventi era di grado uno o due. Dunque, gli effetti collaterali sono molto limitati a livello locale e anche sistemico. Qui abbiamo la sicurezza della prima dose del richiamo bivalente di Pfizer nei pazienti di età superiore a 55 anni. Anche qui, il profilo degli eventi locali e sistemici è simile. Tra i partecipanti di età superiore ai 55 anni, nessun evento avverso grave era correlato al vaccino. Dal grafico si osserva che il dolore nel sito di iniezione è ancora una volta intorno al 50-60% e gonfiore o rossore sono molto bassi. Per quanto riguarda gli effetti sistemici, circa il 50% dei pazienti ha segnalato affaticamento ma, a parte questo, gli eventi avversi erano estremamente lievi.

Dott. Faust: Riassumendo, cosa dovremmo usare? Il bivalente o il monovalente? I Paesi stanno acquistando i vaccini bivalenti perché i produttori li hanno resi disponibili. Ma se il vaccino bivalente non è disponibile nella vostra zona o regione, alle persone che ne hanno bisogno potete somministrare il vaccino *wild type*, e la risposta alle varianti che sono attualmente in circolazione sarà altrettanto buona.

I vaccini bivalenti sono un'arma in più nel nostro armamentario, se vogliamo. Sono come una polizza assicurativa. Se il virus vira di nuovo in una direzione che si discosta ulteriormente dal *wild type*, allora potremmo avere bisogno del vaccino bivalente. La strategia adottata dall'Unione europea e anche dal Regno Unito consiste nel disporre di una vasta gamma di vaccini adattati affinché i Paesi e i comitati dei vaccini possano contare su varie opzioni per soddisfare le proprie esigenze. Gli studi finanziati dai produttori suggeriscono che il bivalente offra un aumento modesto degli anticorpi neutralizzanti rispetto al monovalente, ma altri studi emergenti suggeriscono che i vaccini bivalenti e monovalenti siano equivalenti. Di sicuro per quanto riguarda la sicurezza e gli effetti collaterali, la sicurezza e la reattogenicità dei vaccini bivalenti e monovalenti sembrano avere una situazione di equivalenza anche per la terza e la quarta dose.

Osserviamo dei modelli basati sui dati a livello di popolazione: alcuni modelli hanno mostrato un beneficio con i vaccini bivalenti. Ma in realtà, se si leggono i commenti a questo articolo, esperti clinici in tutto il mondo, nel Regno Unito e negli Stati Uniti, hanno detto che in realtà le differenze tra questi vaccini sono veramente minime.

Quindi, quanto saranno efficaci gli attuali richiami contro le varianti emergenti e future? Ebbene, sono efficaci contro le attuali varianti, ma in questo momento non sappiamo quanto dureranno. Sappiamo che gli anticorpi aumentano molto con i vaccini a RNA nelle prime due-quattro settimane e poi si riducono con il passare del tempo. Ma non sappiamo precisamente per quanto tempo le persone rimarranno protette, e questo è il motivo per cui il monitoraggio è molto importante e non dobbiamo dire alle persone “Questo sarà il tuo ultimo vaccino”. La verità è che non sappiamo quando i comitati vaccinali dovranno raccomandare ulteriori dosi.

Chi ha bisogno della quarta dose per l'autunno e l'inverno 2022? Alcuni pazienti rimangono a rischio anche dopo la terza dose. Le persone che subiscono un impatto maggiore dalla riduzione degli anticorpi sono gli anziani. Come vedete da questa slide, l'età avanzata è associata a un aumentato rischio di ricovero ospedaliero e decesso dopo la terza dose. E lo stesso vale per le persone con un numero elevato di malattie concomitanti. Ma la precedente infezione non sembra essere così forte in relazione a questi gruppi. Dunque, gli anziani e le persone con malattie concomitanti o fattori di rischio sono le persone su cui concentriamo maggiormente i nostri richiami per questo autunno e inverno. Osserviamo i dati di Israele: vi possiamo mostrare un paio di studi che indicano come la quarta dose del vaccino potrebbe proteggere le persone in età più avanzata contro Omicron. Questo studio è stato condotto all'inizio dell'anno con la quarta dose di Pfizer *wild type* nelle persone di età superiore a 60 anni in Israele.

Potete vedere che, rispetto alle tre dosi, la quarta dose è stata associata a un minore rischio di infezione da Omicron, anche se per un breve periodo nello studio. Ma la durabilità ha avuto un impatto sulla prevenzione della malattia grave, ovvero il ricovero ospedaliero e il decesso. Dunque, la quarta dose ha mostrato decisamente un beneficio. In un altro studio condotto in Israele sui professionisti sanitari, circa 30.000, 25.000 non avevano ricevuto una dose aggiuntiva e 5.000 avevano ricevuto la quarta dose e nessuna infezione subito dopo tale dose. Studiando l'infezione postvaccinale, coloro che hanno ricevuto la quarta dose hanno sviluppato un'infezione postvaccinale in misura minore rispetto a coloro che hanno ricevuto la terza dose. Quindi, la quarta dose sembra essere stata utile negli operatori sanitari; ovviamente, in questo studio sono state considerate tutte le fasce d'età, non solo gli anziani. Dunque, quali sono le raccomandazioni quest'anno, Karine? Per quanto riguarda l'Unione europea.

Dott. Lacombe:

Sì, esatto. In questa slide sono presentate le raccomandazioni ECDC-EMA per il secondo richiamo, ovvero la quarta dose. Il secondo richiamo deve essere preso in considerazione per le persone di età superiore ai 60 anni, e, come vedete, questo è un po' diverso rispetto a quello che raccomandiamo nel Regno Unito, e anche nelle persone vulnerabili dal punto di vista medico, a prescindere dall'età. Dobbiamo ricordare che i vaccini bivalenti sono attualmente approvati per l'uso nelle persone di età superiore ai 12 anni e la priorità per la vaccinazione deve essere data alle persone a rischio di sviluppare la malattia grave. Vi abbiamo detto dell'età ma anche delle malattie concomitanti, dell'immunosoppressione, eccetera. Le autorità

nazionali di ciascun Paese possono pubblicare linee guida che sono un po' diverse da Paese a Paese. Quindi, vi suggerisco di consultare le linee guida del vostro Paese. Ma tutte le linee guida si basano sui fattori associati ai tassi di ricovero ospedaliero, alla copertura vaccinale, eccetera. Saul, puoi dirci qual è la situazione adesso nel Regno Unito?

Dott. Faust:

Sì, nel Regno Unito, per quanto concerne le raccomandazioni per questo inverno, l'età parte dai 50 anni a differenza dell'Unione europea. Più precisamente, il comitato congiunto sulla vaccinazione e immunizzazione, o JCVI, ha raccomandato di somministrare il richiamo anche alle persone che vivono o lavorano nelle case di cura, chi assiste una persona malata e ha più di 16 anni, chi ha più di cinque anni e vive con una persona immunocompromessa, donne incinte e/o professionisti sanitari che lavorano in prima linea. Non leggerò le raccomandazioni che sono in questa slide, ma il JCVI ha specificato quali sono i gruppi di persone ad alto rischio che dovrebbero ricevere la quarta dose. Voglio solo sottolineare le donne incinte che non hanno ricevuto bene questo messaggio. Credo che tutti noi, come comunità medica, dobbiamo spiegare meglio alle donne incinte l'impatto che il Covid può avere su di loro e sul loro neonato, perché le donne incinte hanno un rischio molto più alto di malattia grave da Covid rispetto ad altre donne della stessa età.

Dott. Lacombe:

Devo dire che in Francia abbiamo esattamente le stesse raccomandazioni che avete nel Regno Unito. Abbiamo creato questo grafico dei Paesi e della soglia d'età con la raccomandazione per soglia d'età per la prima dose per Paese o regione. Se guardiamo ad esempio il Canada e la Germania, la soglia d'età è 70 anni, e nei Paesi Bassi la raccomandazione è a partire dai 12 anni. Ad esempio, in Francia è 60 anni, come vi ho detto prima, e nel Regno Unito è 50. È anche molto importante riferirsi alle linee guida per la campagna vaccinale sulla combinazione anti-influenza e COVID-19. Se guardiamo ai Paesi come ad esempio i Paesi Bassi, la Svizzera, il Regno Unito, la Francia ecc., si raccomanda di unire la campagna contro l'influenza con la campagna contro il Covid. Ma in Austria, Canada, Germania, Irlanda o negli USA, per adesso questa raccomandazione non c'è.

Forse, Saul, possiamo riassumere brevemente perché è importante effettuare la prima dose e riepilogare alcuni concetti principali. Quali considerazioni vorresti che ricordassero tra tutto quello che hai detto?

Dott. Faust:

Certo. Per quest'anno, i richiami sono consigliati per gli anziani, i professionisti sanitari e altre categorie a rischio. Ma in questo momento non è necessario somministrare la quarta dose ai più giovani. L'altra cosa che abbiamo spiegato è la differenza marginale tra i richiami vaccinali disponibili. Se nel vostro Paese è disponibile il vaccino bivalente, perfetto, lo potete usare. Ma se disponete solo del vaccino *wild type*, va bene anche quello. La cosa fondamentale è usare il richiamo nelle categorie di persone che ne hanno bisogno.

Dott. Lacombe: Esattamente. Vorrei aggiungere alcune considerazioni: si può stare tranquilli in merito agli eventi avversi, perché non sono molto diversi da quelli che abbiamo già visto per la vaccinazione primaria. Ed è anche molto importante pensare di raggruppare la campagna vaccinale contro il Covid con la campagna vaccinale contro l'influenza, perché nella maggior parte dei Paesi i pazienti target sono esattamente gli stessi.

Dott. Faust: Sì. Grazie. Adesso aspettiamo le domande. Ci avete detto che, per quanto riguarda le varianti attualmente circolanti, tutti i vaccini disponibili vanno bene. Cosa possiamo aspettarci per il futuro, Karine?

Dott. Lacombe: Ebbene, negli ultimi due anni abbiamo capito che il quadro epidemiologico di SARS-CoV2 è in continua mutazione e, in effetti, Omicron continua ad evolversi. Abbiamo parlato molto di questo ceppo BA.275, che mostra un'aumentata contagiosità ed evasione immunitaria. Se guardiamo alla contagiosità, si nota un aumento delle affinità di legame con ACE2 quando si confronta BA.275 a BA4 o BA5. E c'è anche un aumento nell'uso della via endosomiale per l'ingresso nella cellula. Per quanto riguarda l'evasione immunitaria, sfortunatamente abbiamo visto un'evasione dagli anticorpi terapeutici rivolti agli epitopi di BA5; inoltre, questo ceppo BA275 evade gli anticorpi dal plasma convalescente dei pazienti con precedenti infezioni da Delta e BA5 e BA5. Questo è un grosso problema per noi quando abbiamo a che fare con pazienti immunocompromessi, in quanto talvolta il plasma convalescente era l'unica opzione a disposizione come strumento terapeutico. Nella prossima slide, vediamo alcuni dati relativi alle nuove varianti, BQ1 e BQ11, che stanno aumentando molto rapidamente negli USA e nell'UE al momento, come in Francia, ad esempio. Corrispondono a oltre il 50% delle infezioni autunnali e sta già succedendo negli USA, e sappiamo che entro l'inizio del 2023 rappresenteranno più dell'80% di tutte le varianti.

Qual è il problema di queste due sottovarianti? Ebbene, contengono delle mutazioni che promuovono l'evasione immunitaria e riducono o eliminano interamente l'efficacia del trattamento con gli anticorpi monoclonali, ad esempio; gli anticorpi monoclonali raccomandati per la profilassi e altri anticorpi monoclonali come bebtelovimab perdono completamente la loro attività contro questa variante. Queste due sottovarianti sono sottolinee di Omicron BA5, ma riteniamo che i vaccini efficaci contro Omicron dovrebbero funzionare contro BAQ1 e BAQ11. Dunque, è molto importante promuovere questo richiamo, la quarta dose, nei pazienti e partecipanti o persone che ne hanno bisogno. Questi vaccini bivalenti, per BA4 e BA5, sono stati raccomandati molto recentemente per l'approvazione da parte dell'EMA.

Dott. Faust: Credo che tu abbia menzionato un aspetto molto importante, Karine. Alcuni dei trattamenti di cui disponiamo, come gli anticorpi monoclonali per le persone che non possono produrre anticorpi, non funzioneranno molto bene. Ma in realtà i vaccini sfruttano molti meccanismi diversi e fino ad oggi, e speriamo che sia così anche in futuro, la protezione contro la malattia grave, il ricovero ospedaliero e il

decesso è stata conservata, e ci aspettiamo che sarà mantenuta con le varianti che abbiamo visto, a prescindere dall'evasione immunitaria teorica, in quanto i vaccini agiscono con vari meccanismi, non solo fornendo gli anticorpi.

Dunque, dovremmo effettuare il richiamo o no? Le dosi dei richiami possono aumentare il livello anticorpale e l'efficacia vaccinale e migliorare la risposta cellulare, per quanto riguarda i linfociti sia T sia B. Nonostante le varianti emergenti, la protezione contro il ricovero ospedaliero e il decesso rimane molto alta. Una quarta dose può offrire dei benefici, ma al momento nei Paesi sviluppati si dà la priorità agli anziani e alle categorie ad alto rischio, certamente nel Regno Unito e nell'UE. Il richiamo e i profili di sicurezza e reattogenicità sono molto simili per i bivalenti e per tutti i vaccini *wild type* usati come quarte dosi, come abbiamo visto per l'immunizzazione primaria o le terze dosi con i vaccini originali.

Adesso, Karine, abbiamo una sessione di domande e risposte. Iniziamo con la prima domanda, in cima all'elenco: qual è il periodo di tempo raccomandato tra il terzo e il quarto richiamo? Il fatto è che le sperimentazioni sono state fatte molto rapidamente, con sei mesi tra le due dosi, perché le sperimentazioni hanno cercato di fornire delle informazioni che fossero d'aiuto al processo decisionale sulle politiche da attuare. Ma in realtà la dose successiva deve essere somministrata in base alle raccomandazioni del vostro Paese, perché alcuni anziani potrebbero avere bisogno di dosi extra prima rispetto agli operatori sanitari. Dunque, bisogna adeguarsi ai punti temporali raccomandati dal proprio Paese e non preoccuparsi del periodo esatto del richiamo stesso. Dunque Karine, quanti richiami pensi che dovranno assumere i nostri pazienti nel prossimo anno o nei prossimi due anni?

Dott. Lacombe:

Oh, dunque, è molto difficile rispondere a questa domanda e credo che sia impossibile rispondere in modo definitivo. All'inizio, pensavamo che forse avremmo avuto bisogno solo della vaccinazione primaria e poi abbiamo visto che con un richiamo si otteneva una migliore risposta e soprattutto durabilità. Dunque, abbiamo questo primo e secondo richiamo, quindi magari in futuro la lotta contro il SARS-CoV-2 sarà come la lotta contro l'influenza, con comuni sottovarianti da valutare ogni anno e forse un richiamo ogni anno per gli anziani e le persone con malattie concomitanti, non per impedire la trasmissione ma per ridurre il rischio di ricovero ospedaliero e di grave evoluzione della malattia. E suppongo che questa sia l'unica considerazione che possiamo fare a questo punto. Si tratta più di una previsione che di una realtà, al momento.

Dott. Faust:

Suppongo che agli anziani in particolare potrebbe essere raccomandata un'altra dose *ad interim*, ma in questo momento non lo sappiamo, perché dipende da come si evolverà la pandemia.

Sì, ci sono un paio di domande sui bambini. La prima è questa: i bambini devono fare i richiami dopo la vaccinazione primaria? Ebbene, per i pediatri è stato molto difficile, perché con l'avanzare della pandemia, sebbene ci siano alcuni bambini che soffrono degli effetti del *long Covid*, i numeri sono molto bassi rispetto ai numeri

degli adulti e degli anziani e delle persone a rischio che si ammalano. Dunque, generalmente, di sicuro nell'UE e nel Regno Unito, non raccomandiamo i richiami nei bambini normali sani. Inoltre, sappiamo che i bambini normali sani presentano una sieroprevalenza molto alta. I livelli anticorpali sono dunque molto alti nei sondaggi e negli studi che abbiamo condotto. Pertanto, tali bambini hanno contratto il Covid o hanno ricevuto il vaccino e sembrano avere una protezione immunitaria molto alta rispetto alle persone più anziane. È per questo che le risorse vaccinali sono rivolte agli anziani e alla popolazione a rischio. La situazione è ben diversa per i bambini a rischio. Bambini oncologici, con problemi immunitari, con asma grave o altri disturbi respiratori. C'è un lungo elenco che potete consultare se tornate indietro alla slide sul Regno Unito, mentre per i bambini nell'UE, Karine, devi ricordarmi le raccomandazioni relative all'età. Di sicuro, nel Regno Unito offriamo i richiami ai bambini a rischio di età superiore ai cinque anni.

Dott. Lacombe: Sì, vale la stessa cosa. Sì, anche da noi. Con i richiami bivalenti, l'indicazione è l'età superiore ai 12 anni, ma con il vaccino monovalente l'indicazione è superiore ai cinque anni.

Dott. Faust: Ma questo non è dovuto al fatto che le persone necessariamente si ammalano molto e si presentano all'ospedale; si tratta piuttosto del fatto che abbiamo i vaccini, sappiamo che queste persone sono a rischio e non vogliamo rischiare. Dunque, offriamo i richiami e incoraggeremo le persone che sono a rischio, di qualsiasi età sopra i cinque anni, a ricevere il richiamo per massimizzare la loro protezione. E, naturalmente, le proteggeremo se il virus muta di nuovo e la pandemia cambia di nuovo. Karine, torniamo a un punto precedente: gli attuali vaccini saranno utili contro le nuove varianti emergenti, oltre a quelle di cui abbiamo mostrato i dati?

Dott. Lacombe: Sì. Molto probabilmente sì, perché abbiamo detto che il vaccino sviluppato con il ceppo originale ha mostrato di essere efficace contro le sottovarianti del ceppo di Omicron, i ceppi di Omicron. Non ci sono motivi per cui non dovrebbe essere efficace contro BQ1, BQ11 eccetera, e le altre varianti che emergeranno nel 2023. Quindi, è importante fare il richiamo quando ce n'è bisogno, perché ha dimostrato di prevenire la malattia grave e il ricovero ospedaliero.

Dott. Faust: Grazie. C'è un'altra domanda: sono stati fatti studi e confronti tra l'immunità naturale acquisita e le persone vaccinate e l'immunità con i richiami? Ne abbiamo parlato quando abbiamo visto i dati di Israele, giusto? Abbiamo visto la differenza tra le persone che hanno fatto tre e quattro dosi e c'era un vantaggio definitivo con la quarta dose. Credo che ci siano buone evidenze volte a dimostrare che non si può pensare di essere protetti dalla malattia più grave grazie all'infezione naturale. Naturalmente, credo che ne abbiamo parlato nel nostro ultimo webinar, vero, Karine? Quando ci sono così tante persone contagiate nello stesso momento, i richiami sono molto importanti per ridurre la pressione sui nostri sistemi sanitari. In tutta Europa, durante l'inverno, i sistemi sanitari sono sotto pressione a causa dei virus respiratori invernali, uno dei quali è il Covid. Dunque, vi incoraggio a spronare i

vostrici pazienti, a informare le persone della vostra comunit , affinche si sottopongano ai richiami come raccomandato dai comitati di immunizzazione del vostro Paese.

Benissimo! Credo che siamo giunti al termine e non ci sono altre domande.   stato bello parlare di nuovo con voi. Molte grazie e grazie a tutti per aver visto questo webinar. Grazie mille.

Dott. Lacombe: E grazie a te, Saul.

Questa trascrizione non   stata modificata.

Dichiarazione di non responsabilit 

Questo documento   unicamente a scopo didattico. Per la lettura dei contenuti del presente documento non sar  riconosciuto alcun credito di Educazione continua in medicina (ECM). Per partecipare a questa attivit , visitare il sito www.medscape.org/viewarticle/985708

Per domande relative al contenuto di questa attivit , contattare il fornitore dell'attivit  formativa all'indirizzo CME@medscape.net.

Per assistenza tecnica, contattare CME@medscape.net.

L'attivit  formativa presentata sopra pu  contemplare scenari simulati basati su casi. I pazienti raffigurati in tali scenari sono fittizi. Non vi   e non va ricercata alcuna associazione intenzionale a pazienti reali.

Il materiale qui presentato non riflette necessariamente le opinioni di Medscape LLC e delle aziende che supportano la programmazione formativa su medscape.org. Questi materiali possono trattare di prodotti terapeutici non approvati dalla Food and Drug Administration statunitense e dell'utilizzo di prodotti fuori etichetta approvati.   necessario consultare un professionista sanitario qualificato prima di utilizzare qualsiasi prodotto terapeutico discusso. I lettori sono tenuti a verificare tutte le informazioni e tutti i dati prima di trattare i pazienti o utilizzare le terapie descritte in questa attivit  formativa.

Medscape Education   2022 Medscape, LLC