

Epidemia da SARS-CoV2

La prima segnalazione diramata dalle autorità sanitarie in Europa risale al 17 gennaio 2020, come avvertimento della comparsa in Cina di un nuovo virus associato a un focolaio epidemico.

La segnalazione non aveva allora carattere di ufficialità e si raccomandava di non diffonderla ma di attendere ulteriori riscontri.

Comunque il virus sembrava diffusivo per contatto interumano, anche a distanza dal focolaio di insorgenza (DIA 1)

Si trattava di un nuovo ceppo di Corona, genere di virus cui appartengono numerose specie legate a infezioni non gravi delle vie aeree superiori, ma che include anche germi che inducono gravi malattie respiratorie con andamento epidemico localizzato, anche se per due di essi (MERS-CoV e SARS-CoV) l'OMS aveva dichiarato lo stato di situazione di emergenza sanitaria di rilevanza internazionale. (DIA 2)

Il nuovo Virus, di cui è stato rapidamente resa nota la sequenza genica ha ricevuto come nome definitivo quello di SARS-CoV2, definendo COVID19 la malattia derivata.

La diffusione, attraverso le goccioline di saliva o i materiali contaminati da esse è stata confermata e la rapidità di diffusione è stata tale che già il 30 gennaio l'OMS dichiarava la presenza di una emergenza sanitaria di rilevanza internazionale. (DIA 3 e4)

In Italia, l'andamento stimato fino alla prima settimana di marzo era quello di una crescita esponenziale, che ricalca la modalità di diffusione teorica di un germe che cresce a tasso di accrescimento costante senza trovare nell'ambiente fattori limitanti (DIA 5).

In effetti la rilevazione epidemiologica rispecchiava il modello teorico, con dimostrazione della concentrazione dei casi in Lombardia, nelle provincie di Bergamo, Brescia e Mantova, e in misura minore in quella di Milano e decrescendo in quelle di Pavia, Como, Lecco Varese e infine Monza-Brianza e Sondrio (DIA 6)

Benchè i sintomi di esordio non fossero particolarmente allarmanti (DIA 10), la percentuale di pazienti che evolveva verso forme gravi si è dimostrata alta, con una quota apparentemente molto piccola di casi a risoluzione spontanea.

Anche se i primi casi suggerivano un quadro simile a quello degli altri Cov , con una sofferenza alveolare, l'evoluzione della malattia ha dimostrato un meccanismo patogenetico completamente diverso, tuttora non chiarito, con un impegno più pesante e diffuso di tutto l'organismo e la frequente evoluzione fatale dell'infezione nei pazienti fragili (DIA 9).

Tutto questo, associato alla refrattarietà a tutti gli antivirali noti, ha generato una miriade di tentativi di trattamento diversi, per la quasi totalità del tutto inefficaci (DIA 7).

I tentativi di ridurre la diffusione del contagio fatti con restrizioni parziali non hanno avuto effetto e solo la chiusura completa delle attività condivise ha dimostrato efficacia nel bloccare la diffusione del virus, anche se persiste una sua attività epidemiologicamente rilevabile. (DIA 8 prima barra verticale rossa: creazione zone "rosse", seconda barra verticale rossa: chiusura delle scuole e uffici, terza barra verticale rossa: lock down, quarta barra rossa: riapertura fase 2)

Una volta ottenuto un buon livello di contenimento, la riapertura quasi completa, e abbastanza rapida delle attività non sembra aver provocato finora una recrudescenza della diffusione.

Apparentemente la curva di contagio sembra interpretabile con una persistenza del virus nell'ambiente.

Nel contempo i controlli sierologici hanno dimostrato la presenza, finora solo presunta, di portatori asintomatici e la bassa probabilità di infettività degli stessi con tamponi positivi a bassa carica.

Anche se finora non è stato dimostrato, si presume che la presenza di anticorpi tuteli il soggetto da una possibile reinfezione, e quindi la possibilità teorica di una profilassi vaccinale, non è però noto il livello sierico tutelante né la persistenza e il comportamento della reazione di richiamo.

Accanto ai sistemi di contenimento sociale, per limitare il rischio di contagio nel personale sanitario, sono stati proposti schemi di comportamento che si sono rivelati efficaci anche nelle modalità più semplici, quando ben applicate e mantenute nel tempo. (DIA 11; 12; 13)

I contagi attraverso meccanismi differenti dal diretto contatto interumano o con secrezioni fresche non sono mai stati dimostrati con sicurezza, anche se il virus è in grado di sopravvivere sulle superfici mantenendo una capacità infettante, ma, come la massima parte dei virus, è altamente sensibile ai comuni detergenti e a soluzioni disinfettanti diluite (DIA 15 e 16)

I suggerimenti, declinati in atti normativi sia regionali che statali, sono rimasti inalterati mentre sono state pubblicate le norme di comportamento associate alla riapertura delle attività. (DIA 17; 18)

Anche se non è stato previsto un protocollo specifico per le attività come la nostra, questi provvedimenti possono esser desunti dalle tabelle riguardanti attività simili. (DIA19; 20)