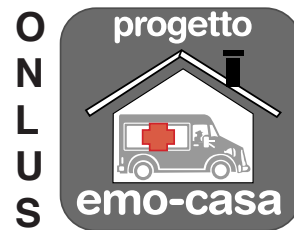


Emoflash



Spedizione in abbonamento postale comma 20/c legge 622/96 - filiale di Milano

N O T I Z I A R I O • ANNO XXIII - N. 4-5 - APRILE-MAGGIO 2020

ORGANO UFFICIALE DELL'ASSOCIAZIONE "PROGETTO EMO-CASA ONLUS"

Coronavirus e sindrome respiratoria acuta (COVID-19, MERS e SARS)

I coronavirus sono virus a RNA con capsula che causano malattie respiratorie di gravità variabile dal raffreddore comune alla polmonite fatale.

Numerosi coronavirus, scoperti per la prima volta nel pollame domestico negli anni '30, causano malattie respiratorie, gastrointestinali, epatiche e neurologiche negli animali. Solo 7 coronavirus sono noti per causare malattie negli esseri umani. Quattro dei 7 coronavirus negli esseri umani in genere si manifestano con i sintomi del raffreddore comune. I coronavirus **229E** e **OC43** causano il raffreddore comune; i sierotipi **NL63** e **HUK1** sono stati associati al raffreddore comune. Raramente, possono verificarsi gravi infezioni delle basse vie respiratorie, compresa una polmonite, soprattutto nei lattanti, negli anziani e nelle persone immunocompromesse. Tre dei 7 coronavirus causano infezioni respiratorie molto più gravi, e talvolta fatali, nell'uomo rispetto ad altri coronavirus e hanno causato gravi focolai di polmonite mortale nel XXI secolo:

Il SARS-CoV2 è un nuovo coronavirus identificato come la causa della malattia da coronavirus nel 2019 (COVID-19) che ha iniziato a Wuhan, in Cina, alla fine del 2019 e si è diffuso in tutto il mondo.

Il coronavirus MERS-CoV è stato identificato nel 2012 come la causa della sindrome respiratoria del Medio Oriente (Middle East respiratory syndrome (MERS)).

Il coronavirus SARS-CoV della sindrome respiratoria acuta grave (SARS) è stato identificato come la causa eziologica di un focolaio di sindrome respiratoria acuta grave. Questi coronavirus che causano gravi infezioni respiratorie sono patogeni zoonotici, che iniziano negli animali infetti e vengono trasmessi dagli animali alle persone.

COVID-19

Il COVID-19 è una malattia respiratoria acuta, a volte grave, causata da un nuovo coronavirus SARS-CoV2.

Trasmissione del COVID-19

I primi casi di COVID-19 provenivano da un mercato

di animali vivi a Wuhan, in Cina, il che suggerisce che il virus è stato inizialmente trasmesso dagli animali agli esseri umani. La diffusione da persona a persona avviene attraverso il contatto con secrezioni infette, principalmente attraverso il contatto con grandi goccioline respiratorie, ma può anche avvenire attraverso il contatto con una superficie contaminata da goccioline respiratorie; non è chiaro se l'infezione possa essere acquisita per via oro-fecale o quale ruolo abbiano gli aerosol (piccole goccioline respiratorie) nella trasmissione. Non è inoltre chiaro quanto facilmente questo virus si diffonda da persona a persona o quanto l'infezione rimanga sostenuta in una data popolazione, anche se sembra più trasmissibile del SARS e la diffusione è probabilmente più simile a quella dell'influenza.

I super-spargitori hanno svolto un ruolo straordinario nello sviluppo dell'epidemia di SARS del 2003 e possono anche avere un ruolo significativo nell'attuale epidemia di COVID-19. Un super-spargitore è un individuo che trasmette un'infezione a un numero significativamente maggiore di altre persone rispetto alla persona media infettata.

La quarantena e misure di isolamento vengono applicate nel tentativo di limitare la diffusione locale, regionale e globale di questo focolaio.

Sintomatologia

Le persone infettate dal COVID-19 possono avere pochi o nessun sintomo, anche se alcuni si ammalano gravemente e muoiono. I sintomi possono comprendere febbre, tosse e dispnea. Quelli con malattia più grave possono avere reperti di linfopenia e di imaging del torace compatibili con una polmonite. L'esatto tempo di incubazione non è certo; le stime variano da 1 a 14 giorni. Le stime iniziali del tasso di mortalità dalla Cina (2,3% nelle più grandi serie di casi) indicano che appare meno grave rispetto alla sindrome respiratoria acuta grave (10%) o al MERS (35%); la mortalità aumenta con l'età.



Diagnosi

Negli Stati Uniti in questo momento, i test diagnostici per COVID-19 possono essere effettuati solo presso i Centers for Disease Control and Prevention (CDC) attraverso l'approvazione di funzionari di sanità pubblica locali; sono richiesti campioni clinici da diverse sedi, compresi i campioni respiratori inferiori e superiori. Campioni supplementari (p. es., feci, urine) possono essere raccolti e conservati. Per motivi di biosicurezza, il Centers for Disease Control and Prevention raccomanda alle istituzioni locali di non tentare di isolare il virus mediante coltura cellulare o di effettuare la caratterizzazione iniziale degli agenti virali nei pazienti con sospetto di infezione da COVID-19. Il CDC raccomanda il test nei pazienti che soddisfano i seguenti criteri:

- Febbre o sintomi di malattie delle basse vie respiratorie (p. es., tosse o dispnea) e stretto contatto con un paziente affetto da COVID-19 confermato da un laboratorio entro 14 giorni dall'esordio dei sintomi—il contatto stretto è definito come; (a) essere a circa 2 metri da un caso COVID-19, per un periodo di tempo prolungato, di cui si prende cura, vivere con, visitare o essere stato in una sala d'attesa per l'assistenza sanitaria o in una stanza con un caso di COVID-19; (b) avere avuto un contatto diretto con le secrezioni infettive di un caso di COVID-19 senza aver indossato i dispositivi di protezione individuale raccomandati.
- Febbre e sintomi di malattie delle basse vie respiratorie (p. es., tosse o dispnea) e una anamnesi di viaggi dalla provincia di Hubei, in Cina, entro 14 giorni dall'esordio dei sintomi.
- Febbre e sintomi di malattie delle basse vie respiratorie (p. es., tosse o dispnea) che richiedono il ricovero in ospedale e un'anamnesi di viaggi dalla Cina entro 14 giorni dall'esordio dei sintomi; o, indipendentemente dall'anamnesi dei viaggi, essere membro di un gruppo di pazienti che richiede il ricovero con grave malattia respiratoria acuta inferiore (p. es., polmonite) di eziologia sconosciuta in cui viene considerato il COVID-19.

Se uno di questi criteri è presente, il personale di controllo delle infezioni presso la struttura sanitaria e il dipartimento di salute locale o statale deve essere informato immediatamente.

Trattamento

Il trattamento del COVID-19 è di supporto. Non sono disponibili vaccini, farmaci antivirali o altri trattamenti specifici.

Per prevenire la diffusione da casi sospetti, gli operatori sanitari devono utilizzare precauzioni standard per il contatto e per le vie respiratorie con protezione degli occhi.

Sindrome respiratoria del Medio Oriente (Middle East respiratory syndrome, MERS)

La sindrome respiratoria del Medio Oriente (Mid-

dle East respiratory syndrome, MERS) è una malattia respiratoria acuta grave, provocata dal coronavirus (MERS-CoV).

L'infezione da coronavirus della sindrome respiratoria del Medio Oriente è stata identificata per la prima volta nel settembre 2012 in Arabia Saudita, ma un ulteriore focolaio nell'aprile 2012 in Giordania è stata successivamente confermata. Fino al 2019, in tutto il mondo, sono stati segnalati 2500 casi di infezione da MERS-CoV (con almeno 850 decessi correlati) da 27 paesi; tutti i casi di sindrome respiratoria del Medio Oriente sono stati collegati attraverso il viaggio o la residenza in paesi all'interno e nei pressi della penisola arabica con > 80% in Arabia Saudita. Il più grande focolaio noto di sindrome respiratoria del Medio Oriente al di fuori della penisola arabica si è verificato nella Repubblica di Corea nel 2015. L'epidemia fu associata a un viaggiatore di ritorno dalla penisola arabica. Altri casi sono stati confermati anche in Europa, Asia, Nord Africa, Medio Oriente e Stati Uniti in pazienti che sono stati trasferiti lì per cure o si sono ammalati dopo il ritorno dal Medio Oriente. Studi di sieroprevalenza preliminari indicano che l'infezione non è diffusa in Arabia Saudita. L'età media dei pazienti con MERS-CoV è di 56 anni e il rapporto maschi:femmine è di circa 1,6:1. L'infezione tende a essere più grave nei pazienti anziani e nei pazienti con un disturbo preesistente come il diabete, una malattia cardiaca cronica o una malattia renale cronica.

Trasmissione della sindrome respiratoria medio-orientale da coronavirus

La sindrome respiratoria medio-orientale da coronavirus (MERS-CoV) può essere trasmessa da persona a persona tramite contatto diretto, gocce respiratorie (particelle > 5 micrometri) o aerosol (particelle < 5 micrometri). La trasmissione da persona a persona è stata confermata, per via dell'infezione verificatasi in persone, il cui unico rischio è stato lo stretto contatto diretto con persone infettate da MERS. Si ritiene che il serbatoio d'infezione della sindrome respiratoria medio-orientale da coronavirus siano i dromedari, ma il meccanismo di trasmissione dai cammelli all'uomo è sconosciuto. La maggior parte dei casi riportati riguardava la trasmissione diretta da uomo a uomo in ambito sanitario. Se si sospetta la presenza di una sindrome respiratoria medio-orientale in un paziente, le misure di controllo delle infezioni devono essere avviate tempestivamente per impedire la trasmissione nelle strutture sanitarie.

Sintomatologia

Il periodo d'incubazione dell'infezione da coronavirus della sindrome respiratoria del Medio Oriente è di circa 5 giorni.

La maggior parte dei casi segnalati ha coinvolto gravi malattie respiratorie che richiedono il ricovero in ospedale, con un tasso di mortalità del caso di circa il 35%; tuttavia, almeno il 21% dei pazienti ha avuto sintomi lievi o assenti. Febbre, brividi e astenia sono frequenti. Sintomi gastrointestinali (p. es., diarrea, vomito, dolore addominale) sono presenti in circa un terzo dei pazienti. Le manifestazioni possono essere abbastanza gravi da richiedere la terapia intensiva confinamento, ma di recente, la percentuale di tali casi è diminuita drasticamente.

Diagnosi

- La **Real-time reverse transcriptase-polymerase chain reaction (RT-PCR)** delle secrezioni delle vie respiratorie inferiori e superiori e del siero

La sindrome respiratoria del Medio Oriente (MERS) deve essere presa in considerazione per tutti quei pazienti che manifestino un'infezione febbrile acuta delle basse vie respiratorie senza una causa nota e che hanno avuto le seguenti entro 14 giorni dall'esordio dei sintomi:

- Aver viaggiato o soggiornato in una zona dove la sindrome respiratoria del Medio Oriente è stato recentemente identificato o dove casi di trasmissione si sarebbero verificati.
- Aver avuto contatti con una struttura sanitaria in cui è stata trasmessa la sindrome respiratoria del Medio Oriente.
- Aver avuto uno stretto contatto con un paziente sospetto per infezione da sindrome respiratoria del Medio Oriente.

La sindrome respiratoria medio-orientale deve anche essere sospettata nei pazienti che hanno avuto uno stretto contatto con un paziente con sospetto di sindrome respiratoria medio-orientale e che hanno la febbre indipendentemente dalla presenza di sintomi respiratori.

I test devono comprendere la real-time RT-PCR per le secrezioni respiratorie superiori e inferiori, soprattutto se prelevate da siti differenti ed in tempi diversi. Il siero deve essere prelevato dai pazienti e da tutti i contatti, e anche dagli stretti contatti asintomatici, compresi gli operatori sanitari (per aiutare a identificare la sindrome respiratoria del Medio Oriente lieve o asintomatica). Il siero va prelevato immediatamente dopo il sospetto di una probabile infezione da sindrome respiratoria del Medio Oriente, o in caso di esposizione per stretto contatto (siero in acuto), e successivamente dopo 3 o 4 settimane (siero di convalescenza). I test vengono effettuati presso i dipartimenti sanitari statali o i Centers for Disease Control and Prevention.

In tutti i pazienti, l'imaging toracico individua anomalie che possono essere sottili o estese, unilaterali o

bilaterali. In alcuni pazienti, i livelli di LDH e AST sono elevati e/o i livelli di piastrine e la conta linfocitaria sono bassi. Alcuni pazienti presentano un danno renale acuto. Possono verificarsi coagulazione intravasale disseminata ed emolisi.

Trattamento

Il trattamento del MERS è di supporto. Per aiutare a prevenire la diffusione di casi sospetti, gli operatori sanitari devono utilizzare standard di prevenzione per il contatto diretto e per la possibilità di contagio per via aerea. Non esiste un vaccino.

Sindrome respiratoria acuta grave

La sindrome respiratoria acuta grave è una malattia respiratoria acuta, grave, causata dal coronavirus della sindrome respiratoria acuta grave.

La sindrome respiratoria acuta grave è molto più grave di altre infezioni da coronavirus. La sindrome respiratoria acuta grave è una malattia simil-influenzale che porta occasionalmente a una grave insufficienza respiratoria progressiva.

Il coronavirus della sindrome respiratoria acuta grave è stato identificato per la prima volta nella provincia cinese di Quangdong nel novembre 2002 e si è diffuso in circa 30 nazioni. In questo focolaio, sono stati segnalati > 8000 casi in tutto il mondo, con 774 decessi (circa un 10% di mortalità, che variava significativamente per età, da < 1% nelle persone di ≤ 24 anni a > 50% in quelle di ≥ 65 anni). L'epidemia di coronavirus della sindrome respiratoria acuta grave è stata la prima ad avere indotto il Centers for Disease Control and Prevention a sconsigliare di recarsi in una regione. Questa epidemia si è placata e dal 2004 non si sono verificati nuovi casi. Si presumeva che la fonte immediata fossero i gatti zibetto, che venivano venduti per il cibo in un mercato di animali vivi e probabilmente erano stati infettati dal contatto con un pipistrello prima che fossero catturati per la vendita. I pipistrelli sono ospiti frequenti dei coronavirus.

Il coronavirus della sindrome respiratoria acuta grave viene trasmesso da persona a persona tramite stretto contatto personale. Si pensa che sia trasmesso più facilmente dalle goccioline respiratorie emesse quando una persona infetta tossisce o starnutisce.

La diagnosi della sindrome respiratoria acuta grave viene fatta clinicamente e il trattamento è di supporto. Il coordinamento di pratiche per un controllo rapido e rigido delle infezioni ha aiutato a controllare rapidamente l'epidemia del 2002.

Sebbene non siano stati segnalati nuovi casi dal 2004, il SARS non deve essere considerato debellato perché il virus causale ha una riserva animale dalla quale potrebbe teoricamente riemergere.

Tratto da msdmanuals.com



800 59 11 47

dal lunedì al venerdì
orario d'ufficio

DIREZIONE

Via G. Murat 85 - 20159 Milano
Tel: 02 69008117 - Fax 02 69016332
Sito Internet: www.emo-casa.com
info@emo-casa.com

ONLUS



Come aiutarci:

- a mezzo versamento c/c postale 40444200 intestato a: **Progetto Emo-Casa Onlus**
- con bonifico bancario Monte dei Paschi di Siena Ag. 51 - Milano
cod. IBAN IT22 N 01030 01658 000061127249
- con bonifico bancario Banca Popolare di Sondrio Ag. 15 - Milano
cod. IBAN IT23 R056 9601 6140 0000 3788 X80
- devolvendo il 5 per mille alla nostra Associazione c.f. 97205190156 usando:
mod. integrativo CUD; mod. 730/1-bis redditi; mod. unico persone fisiche

16124 Genova P.tta Jacopo da Varagine 1/28
Tel. 010 2541440
Fax 010 2473561
E-mail: progettoemocasonlus.ge@gmail.com

35138 Padova Via Bezzecca, 4/c
Tel. 049 8713791
Fax 049 8714346
Banca Intesa Sanpaolo
Filiale Via Montà 109 - Padova
IBAN IT66 W030 6912 1331 0000 0101 464
E-mail: emocasa.pd@gmail.com
Delegazione Padova - Rovigo - Treviso - Venezia
Vicenza

38122 Trento Via Zara, 4
Tel. e Fax 0461 235948
Cassa Rurale di Trento
Filiale di Trento - Via Grazioli
IBAN IT03 H083 0401 8330 0000 9791 479
E-mail: progetto.emo.casa.onlus.tn@gmail.com
Delegazione Trento - Belluno - Bolzano

28100 Novara Via Gnifetti, 16
Tel. e Fax 0321 640171
E-mail: emocasa.novara@gmail.com

37135 Verona Via Rovigo, 23
Tel. 045 8205524
Fax 045 8207535
Banca Intesa Sanpaolo
Filiale Viale del Lavoro 8 - Verona
IBAN IT32 K030 6918 4681 0000 0004 555
E-mail: progetto.emocasa.vr@gmail.com
Delegazione Verona - Brescia - Mantova

48121 Ravenna Via Pellegrino Matteucci, 20
Tel. e Fax 0544 217106
E-mail: emo.ra@libero.it

Unità mobile
Sede Ponente Ligure:
P.zza della Libertà 10/1 - 17055 Toirano (SV)
Tel. 347 5745626

Emoflash

MENSILE ORGANO UFFICIALE DELL'ASSOCIAZIONE "Progetto Emo-casa Onlus"

Direzione, Redazione, Amministrazione, Via G. Murat 85 - 20159 Milano • tel: 02 69008117 - fax 02 69016332

Direttore Responsabile: Tesolin Flavio

Comitato di Redazione: Nosari Anna Maria Rita, Crugnola Monica, Zaffaroni Livio, Maggis Francesco, De Miccoli Rita, Andreescu Luminita Mihaela

Iscrizione Tribunale di Milano N. 174 del 16/03/1998 - Fotocomposizione: LimprontaGrafica Milano - Stampa: Grafica Briantea srl - Usmate (MI)