



**Salute 2000 s.r.l.**

Via Grandi, 10 - 60027 - Osimo (AN)  
tel. 0717302251 - Fax 071732455

<http://www.saluteduemila.it> - E-mail: [info@saluteduemila.it](mailto:info@saluteduemila.it)

C.F. - P. IVA 02018580429 Reg. Imp. C.C.I.A.A. n. AN-2000-15869 - n. R.E.A. 155505



Certificazione UNI EN ISO 9001:2000 n.9122.SA20



## **La Sindrome Respiratoria Acuta Severa**

*a cura del dott. Oriano Mercante - Medico del Lavoro Competente*

### **Che cos'è**

È una malattia infettiva identificata con certezza solo a partire dallo scorso mese di febbraio, dopo la sua comparsa in focolai ad Hanoi, Hong Kong, Singapore, che hanno coinvolto in modo particolare ambienti ospedalieri.

A causa della diffusione della SARS tra operatori sanitari, il 12 marzo 2003 l'OMS ha lanciato un allarme sulla possibilità che la SARS si trasmettesse in ambito nosocomiale, mentre le prove che potesse esserci un rischio di diffusione internazionale si sono avute pochi giorni dopo (15 marzo).

### **Che cosa la provoca**

Sono sempre maggiori le evidenze della responsabilità nella genesi della SARS di un virus appartenente al genere Coronavirus. Si tratta di un Coronavirus con caratteristiche nuove rispetto agli altri finora conosciuti, da tempo noti come causa di malattie infettive nell'uomo e negli animali. La maggior parte dei comuni raffreddori, ad esempio, sono dovuti proprio a Coronavirus. Nonostante le caratteristiche nuove di virulenza e patogenicità, il Coronavirus responsabile della SARS presenta le stesse caratteristiche di bassa resistenza nell'ambiente esterno e di alta sensibilità all'azione dei comuni disinfettanti degli altri virus della famiglia. Il sequenziamento del genoma del Coronavirus responsabile della SARS apre la strada alla messa a punto di test diagnostici in grado di evidenziare lo stato di infezione e di confermare la diagnosi di SARS, che al momento è esclusivamente su base clinica e per esclusione di altre cause di polmoniti.

### **Come si manifesta**

Dopo un periodo di incubazione variabile da 2 a 7 giorni, ma che in casi rari potrebbe arrivare anche a 10 giorni, la SARS esordisce generalmente con febbre  $>38^{\circ}\text{C}$ , costantemente elevata, tosse secca; talvolta sono associati brividi e/o altri sintomi quali cefalea, malessere generale, mialgie; quando compaiono questi sintomi di tipo simil-influenzale, alcuni pazienti possono già presentare lieve sintomatologia respiratoria ma in genere le difficoltà respiratorie si presentano in una fase successiva. La radiografia del torace può essere normale nel periodo prodromico febbrile e anche durante tutto il decorso della malattia; tuttavia nella maggior parte dei pazienti osservati finora, si osservano abbastanza precocemente, dopo la comparsa dei sintomi respiratori, infiltrati focali precoci, che progrediscono rapidamente verso infiltrati interstiziali più generalizzati. Le osservazioni sui casi fin ora segnalati indicano che la malattia evolve verso la guarigione nel 80-90% dei casi, anche senza la necessità di ricorrere a terapie particolari. Nel 5-10 % dei casi la malattia assume un andamento più grave e richiede terapie di sostegno impegnative (ossigenoterapia; ventilazione assistita; rianimazione). La letalità della SARS, sulla base dei dati comunicati dall'OMS, è attualmente intorno al 3,9- 4%.

### **Come si trasmette**

La SARS viene trasmessa, sulla base delle evidenze fin qui disponibili, a seguito di contatti ravvicinati (faccia a faccia) con persone malate in fase sintomatica, oppure di contatti con oggetti contaminati di recente con secrezioni respiratorie di persone malate. Non esistono prove che il virus possa essere trasmesso da alimenti o da animali; indagini molto approfondite svolte ad Hong Kong non hanno infatti messo in evidenza la presenza del virus in scarafaggi, roditori o altri animali.

*(Fonte: Istituto Superiore di Sanità)*

## EPIDEMIOLOGIA E CLINICA

Alla data del 9 aprile 2003 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha ricevuto, complessivamente, 2722 segnalazioni di casi sospetti e/o probabili di SARS, con 106 decessi, per un tasso di letalità del 3,9%. I dati in questione comprendono anche casi di polmonite atipica verificatisi in Cina (Guangdong) a partire dallo scorso mese di novembre 2002 e successivamente riclassificati come SARS, ma in un primo tempo attribuiti ad infezione da *Chlamydia pneumoniae*, sulla base dei riscontri di laboratorio effettuati in alcuni di quei casi.

I dati preliminari, scaturiti dalle osservazioni su pazienti affetti da SARS, trattati ad Hong Kong, Taiwan, Singapore, Regno Unito, Canada ed altri Paesi, indicano che la maggior parte dei casi si sono verificati in adulti, precedentemente sani, di età compresa tra 25 e 70 anni. Pochi casi sospetti sono stati segnalati in ragazzi di età inferiore a 15 anni.

La bassa specificità della definizione di caso proposta dall'OMS ai fini della sorveglianza globale della SARS impone prudenza nella valutazione delle segnalazioni di casi sospetti.

Il periodo di incubazione della SARS è in media di 2-7 giorni, ma in casi rari potrebbe arrivare anche a 10 giorni.

La malattia esordisce generalmente con febbre  $>38^{\circ}\text{C}$ , costantemente elevata, talvolta associata a brividi e/o accompagnata da altri sintomi quali cefalea, malessere generale, mialgie. Alla comparsa dei sintomi sopradescritti, alcuni pazienti possono già presentare lieve sintomatologia respiratoria. Solitamente, rash cutaneo e sintomi neurologici o gastrointestinali sono assenti, sebbene alcuni pazienti abbiano riferito diarrea nel periodo prodromico febbrile. La sintomatologia respiratoria si accentua rapidamente nei 4-5 giorni successivi.

La radiografia del torace può essere normale nel periodo prodromico febbrile e anche durante tutto il decorso della malattia; tuttavia nella maggior parte dei pazienti osservati finora, la fase respiratoria è caratterizzata da alterazioni del quadro radiografico, quali infiltrati focali precoci, che progrediscono rapidamente verso infiltrati interstiziali più generalizzati. Radiografie del torace, eseguite in alcuni pazienti in stadio avanzato di SARS, hanno mostrato anche aree di consolidamento.

Nelle fasi iniziali della malattia si osserva linfocitopenia, con conta totale dei globuli bianchi nel complesso normale o diminuita. All'apice delle manifestazioni respiratorie circa la metà dei pazienti mostra leucopenia e trombocitopenia (conta piastrinica da 50.000 a 150.000/microl); nella fase respiratoria iniziale sono stati osservati innalzamento della creatinfosfochinasi e delle transaminasi epatiche, mentre la funzione renale è rimasta inalterata nella maggior parte dei pazienti.

### SORVEGLIANZA

In data 1 aprile 2003 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha ulteriormente rivisto le definizioni di caso della SARS (vedi telefax 400.3/113.3/1499 del 21 marzo 2003), inserendo, ai fini della classificazione finale di casi inizialmente segnalati come sospetti, alcuni criteri di esclusione.

Si comunica, pertanto, che le nuove definizioni di caso, da usare ai fini della sorveglianza della SARS in ambito nazionale, sono quelle riportate di seguito.

### DEFINIZIONI DI CASO

Caso sospetto:

*una persona*, che dopo il 1° novembre 2002\*, presenti una storia di:

febbre alta  $> 38^{\circ}\text{C}$ , e

tosse o difficoltà respiratorie

e una o più delle seguenti condizioni

contatto ravvicinato,\*\* nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi, con un caso sospetto o probabile di SARS;

storia di viaggio, nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi, in aree affette\*\*\* (vedere l'archivio e l'elenco delle zone affette all'indirizzo <http://www.who.int/csr/en/> e all'indirizzo [www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it))

*una persona* con una malattia respiratoria acuta non spiegata, con conseguente decesso, dopo il 1 novembre 2002 ed in cui non sia stata eseguita autopsia

#### NOTE

\* La trasmissione internazionale della SARS è stata segnalata per la prima volta nel mese di marzo 2003, per casi con inizio sintomi nel mese di febbraio 2003. L'inizio del periodo di sorveglianza è stato esteso al 1° novembre 2002 allo scopo di catturare casi di polmonite atipica in Cina, ora riconosciuti come SARS.

\*\* Per contatto ravvicinato si intende: coabitazione, assistenza o contatto diretto con persone malate e con secrezioni respiratorie e fluidi corporei di queste.

\*\*\* Area affetta: viene definita come tale un'area in cui le Autorità sanitarie nazionali riferiscono catene locali di trasmissione dell'infezione. Non rientrano tra le aree affette Paesi in cui sono stati segnalati casi sospetti o probabili di SARS, senza che questi abbiano causato casi secondari di infezione.

Caso probabile:

un caso sospetto con dimostrazione radiologica di infiltrati compatibili con polmonite o sindrome da distress respiratorio (RDS).

un caso sospetto con riscontro autoptico compatibile con sindrome da distress respiratorio, senza altre cause identificabili.

#### CRITERI DI ESCLUSIONE

Un caso dovrebbe essere escluso se una diagnosi alternativa può spiegare pienamente la malattia.

#### RICLASSIFICAZIONE DEI CASI

Poiché la SARS viene attualmente diagnosticata per esclusione, la condizione di un caso notificato può cambiare nel corso del tempo.

Un caso inizialmente classificato come sospetto o probabile, e per il quale una diagnosi alternativa può spiegare pienamente la malattia, dovrebbe essere scartato. Tutti i casi sospetti che dopo adeguata indagine rispettano la definizione di caso probabile, dovrebbero essere riclassificati di conseguenza come "probabili".

I casi sospetti con radiografia normale dovrebbero essere trattati nel modo ritenuto, dal punto di vista clinico, appropriato e monitorati per 7 giorni. I casi con un recupero non adeguato, dovrebbero essere nuovamente sottoposti a radiografia e valutati sulla base del risultato di questa.

I casi che mostrano un recupero adeguato ma per cui non può essere posta diagnosi alternativa, dovrebbero rimanere classificati come "sospetti".

Un caso sospetto con esito mortale, in cui non sia stata eseguita autopsia, dovrebbe rimanere classificato come "sospetto" a meno che non venga identificato come parte di una catena di trasmissione che si sia verificata dopo l'inizio della malattia.

Se all'autopsia non vengono riscontrati segni di RDS, il caso dovrebbe essere classificato come "scartato".

#### NOTIFICA

Come sottolineato nel telefax n. 400.3/113.3/1673 del 31 marzo u.s., ai fini della corretta sorveglianza della SARS, vanno contestualmente segnalati a:

Ministero della Salute

Direzione Generale della Prevenzione

Assessorato Regionale alla Sanità

Azienda Sanitaria Locale competente per territorio esclusivamente i casi rispondenti alle definizioni di caso sopra riportate, utilizzando la scheda di notifica prevista per le malattie infettive della Classe I del D.M. 15 dicembre 1990.

Gli Assessorati alla Sanità sono pregati di volere impartire le necessarie disposizioni alle Aziende USL ed alle Aziende Ospedaliere presenti nei rispettivi ambiti di competenza.  
*(Fonte: Ministero della Salute - Circolare 400.3/113.3/ 2050 del 10/04/2003)*

## *Situazione epidemiologica in Italia*

In merito alla SARS, il Ministero della Salute, tra il 28 e il 29 aprile 2003, ha registrato e notificato all'OMS cinque nuovi casi probabili, così classificati soprattutto sulla base del criterio epidemiologico (provenienza da zona affetta) e di quello radiologico (radiografia toracica con referto di polmonite in generale).

Sono dunque complessivamente **nove** i casi probabili di polmonite atipica in Italia segnalati all'OMS dal 15 marzo scorso.

I nuovi casi, tutti "importati" e asintomatici al momento del loro arrivo nel nostro Paese, sono:

una donna di 54 anni proveniente dalla Cina ricoverata attualmente in buone condizioni all'Ospedale Sacco di Milano;

una donna, di 31 anni, sempre in arrivo dalla Cina in cura presso l'Ospedale L. Spallanzani di Roma;

una donna di 38 anni proveniente dal Canada ricoverata attualmente all'Ospedale S. Orsola di Bologna;

una bimba di 8 mesi rientrata il 23 aprile in Italia da Pechino, assistita ora presso l'Ospedale Sacco di Milano;

una bambina di 8 anni tornata dalla Cina il 21 aprile scorso, che ha presentato sintomi nella notte tra il 27 e il 28 aprile, ricoverata all'Ospedale Burlo Garofalo di Trieste.

Tutte le pazienti sono ricoverate in regime di isolamento e i loro contatti sono stati identificati.

I nuovi casi si aggiungono ai quattro registrati in precedenza già guariti e dimessi (un paziente dimesso dall'Ospedale S. Martino di Genova, un paziente dimesso dall'Ospedale Spallanzani di Roma, due pazienti dimessi dall'Ospedale Sacco di Milano).

Oltre ai nove casi probabili, il Ministero della Salute ha ricevuto molte segnalazioni di cosiddetti casi sospetti di SARS.

In realtà, però, tali casi non rispecchiano appieno le definizioni di caso fornite dall'OMS ed applicate a livello internazionale per la sorveglianza globale della SARS (solitamente manca la febbre, o è al di sotto di 38°C); talvolta questi casi venivano immediatamente esclusi sulla base di altri criteri; pertanto tali casi non sono mai stati inclusi nei report inviati all'OMS.

*(Redazione Ministerosalute.it - 29 aprile 2003)*



## *Norme di protezione dei lavoratori esposti*

---

La SARS così come definita dall'OMS è "...una malattia la cui eziologia non è ancora nota e la cui trasmissione avviene essenzialmente per via aerea a seguito di stretto contatto (diretto) con la persona malata. Allo stato attuale non c'è evidenza che l'infezione possa essere trasmessa attraverso contatti casuali tra la popolazione..."

A seguito delle numerose richieste inoltrate dal Ministero della Salute –Ufficio Malattie Infettive- e da altri Organismi, l'**Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro (ISPESL)** si è attivato per verificare che tipo di interventi si debbano adottare per la tutela della salute dei lavoratori.

Trattandosi di rischio biologico, la normativa di riferimento è rappresentata dal DLgs 626/94, Titolo VIII, e successive modifiche ed integrazioni, in base al quale è necessario, a seguito del procedimento di valutazione del rischio, intraprendere, nel caso di rischio di esposizione, gli interventi di tutela previsti, quali le misure di riduzione e abbattimento del rischio, l'informazione e la formazione, nonché la sorveglianza sanitaria.

Nel caso specifico della SARS, in generale, in assenza di casi sospetti si configura un' assenza di potenziale esposizione (e quindi anche di rischio di esposizione) e pertanto i lavoratori sono equiparabili al resto della popolazione. Per essi valgono quindi le misure generali di salvaguardia che l'OMS ed il Ministero della Salute hanno indicato e indicheranno al riguardo.

Si ritiene che, allo stato attuale, in presenza di caso sospetto, ossia:

- una persona, che dopo il 1° novembre 2002, presenti una storia di febbre alta > 38° C, tosse o difficoltà respiratorie e una o più delle seguenti condizioni: contatto ravvicinato, nei dieci giorni precedenti l'inizio dei sintomi, con un caso sospetto o probabile di SARS – storia di viaggio, nei dieci giorni precedenti l'inizio dei sintomi in aree affette;
- una persona con una malattia respiratoria acuta non spiegata, con conseguente decesso, dopo il 1° novembre 2002 ed in cui non sia stata eseguita autopsia. (Fonte Ministero della Salute),
- nell'ambito dei passeggeri di un aeromobile, i lavoratori potenzialmente esposti siano soltanto il personale in servizio sugli aeromobili ed il personale sanitario che presta i primi controlli.

Si ritiene quindi che il suddetto personale debba avere a disposizione per lo svolgimento della propria attività lavorativa i seguenti dispositivi di protezione individuale (DPI):

- facciali filtranti FFP3 che rispetto a quelli indicati dall'OMS (tipo N95, con efficienza di filtrazione del 95%) offrono maggiore protezione al lavoratore in quanto presentano un'efficienza filtrante del 98%.
- guanti monouso, classificati come dispositivi di protezione individuale in terza categoria, con certificazione di conformità alla EN 374.
- camici monouso, classificati come DPI, con certificazione tipo CE per la protezione da agenti biologici.

Per quanto riguarda il personale che lavora nell'ambito aeroportuale, l'ISPESL ritiene che soltanto gli operatori, che per motivi di servizio debbano accedere all'interno degli aeromobili in cui si sia configurato un caso sospetto, debbano indossare i seguenti DPI:

- facciali filtranti FFP3 che rispetto al quelli indicati dall'OMS (tipo N95 con efficienza di filtrazione del 95%) offrono maggiore protezione al lavoratore in quanto presentano un'efficienza filtrante del 98%.
- guanti monouso, classificati come dispositivi di protezione individuale in terza categoria, con certificazione di conformità alla EN 374.

Inoltre questo Istituto ritiene che se per proprie competenze istituzionali il personale delle forze dell'ordine o delle dogane debba entrare in contatto con il caso sospetto, questi operatori dovranno anch'essi indossare:

facciali filtranti FFP3 che rispetto al quelli indicati dall'OMS (tipo N95 con efficienza di filtrazione del 95%) offrono maggiore protezione al lavoratore in quanto presentano un'efficienza filtrante del 98%.

- guanti monouso, classificati come dispositivi di protezione individuale in terza categoria, con certificazione di conformità alla EN 374.

Infine l' ISPEL ritiene che in presenza di caso sospetto gli operatori della sanità aerea debbano accedere immediatamente all'interno dell'aeromobile al fine di procedere al controllo del passeggero ed ai successivi adempimenti già previsti dal Ministero della Salute.

*(Fonte: Istituto Superiore per la Prevenzione e Sicurezza del Lavoro)*

Per fornire informazioni ed eventuali chiarimenti sulla SARS, il Ministero della Salute ha predisposto il Numero Verde **800.571.661** attivo dal **lunedì** al **venerdì**, dalle 9.00 alle 18.00, in sostituzione dei numeri precedentemente attivati.

*Osimo, 06/05/2003*