

Emergenza SARS: l'esperienza dell'Ospedale Sacco.

Gian Marco Vigevani – 1^a Divisione Malattie Infettive – Ospedale “Luigi Sacco” - Milano

L'Organizzazione Mondiale della Sanità lancia l'allarme sabato 15 marzo 2003. Allo scoppio dell'emergenza SARS il Ministero della Salute ha indicato l'Azienda Ospedaliera “Luigi Sacco” di Milano e l'Istituto Nazionale di Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani” di Roma come i due centri di riferimento nazionali per la diagnosi e cura della SARS. Lunedì 17 marzo all'Ospedale Sacco si riunisce il “gruppo di crisi” per concordare le modalità di gestione dell'eventuale epidemia. Oltre al Dipartimento di Malattie Infettive sono coinvolti: la Direzione Sanitaria, il Pronto Soccorso, i Laboratori, la Radiologia, la Rianimazione, la Pediatria, il servizio di Farmacia e l'Economato, che deve provvedere alla fornitura dei materiali di protezione individuale. Per i cittadini, che come sempre in questi frangenti di grande confusione cercano di avere informazioni certe, viene immediatamente predisposta una linea telefonica dedicata, gestita a turno dalle tre Divisioni di Malattie Infettive. Il primo giorno giungono 130 telefonate; complessivamente, dal 18 marzo a fine giugno si ricevono 3.263 chiamate (media giornaliera 31), per lo più molto pertinenti.

L'accesso al Pronto Soccorso –Il “gruppo di crisi” del Sacco stabilisce una procedura per il rapido riconoscimento dei casi sospetti; vengono presi contatti con gli operatori del 118 e gli equipaggi dei mezzi di soccorso di base, individuati percorsi separati e un'area di attesa dedicata. Ciò è facilitato dal fatto che esiste già una guardia infettivologica di pronto soccorso attiva 24 ore su 24. Al personale coinvolto vengono fornite le misure di protezione individuali. Da subito si stabilisce che i malati provenienti, previ accordi diretti, da altri ospedali vengano ricoverati direttamente in reparto.

Dal 17 marzo fino alla fine di giugno 2003 si rivolgono al Pronto Soccorso dell'Ospedale Sacco circa 600 persone, che denunciano disturbi alle prime vie respiratorie e viaggi recenti in zone ritenute a rischio. Circa la metà non presenta requisiti clinici ed epidemiologici per sospettare una SARS; le persone vengono tranquillizzate e rimandate a casa. 270 pazienti vengono invece sottoposti ad ulteriori accertamenti: solo 15 hanno tutti i requisiti per porre diagnosi di sospetta o probabile SARS e pertanto vengono ricoverati nella 1^a Divisione di Malattie Infettive, dotata di stanze a pressione negativa.

I pazienti sospetti. I 15 casi ricoverati sono 8 uomini e 7 donne, 13 adulti e 2 bambini (di 12 anni e di 7 mesi). Otto sono cittadini italiani, 5 cinesi, un filippino e un polacco. Undici sono arrivati nel nostro Paese dalla Cina, 2 da Singapore, uno da Hanoi e uno da Toronto.

Immediatamente viene inoltrata per fax o e-mail la segnalazione al Ministero, alla Regione e alla Asl a cui spetta il compito di rintracciare le persone entrate in contatto con il malati: viene loro raccomandato di non andare al lavoro o a scuola e rilevare la temperatura corporea due volte al giorno; al termine del periodo di osservazione di 10 giorni, non si registra alcun caso secondario.

I pazienti con sospetta o probabile SARS vengono ricoverati in isolamento in una camera a pressione negativa a cui possono accedere solamente medici e infermieri provvisti di dispositivi di protezione individuale. Prima di entrare nella stanza il personale deve indossare una tuta intera, con cappuccio e sovrascarpe, maschera FFP3, occhiali per proteggere le mucose degli occhi, guanti.

Per evitare al massimo i pericoli di contagio si stabilisce anche l'esatta procedura di vestizione e di svestizione, illustrata da piccoli poster, rapidamente approntati ed esposti in reparto.

I casi probabili di Sars. Dei 15 pazienti sospetti, 4 hanno tutti i criteri per essere classificati come casi probabili di SARS: oltre cioè a febbre uguale o superiore ai 38 gradi, sintomi respiratori (tosse e/o dispnea), avere avuto contatti con malati accertati o sospetti nei 10 giorni precedenti, provenire da zone endemiche, l'RX del torace mostra un interessamento polmonare non spiegabile con altra causa. Al successivo esame dell'espettorato in PCR, il coronavirus associato alla SARS viene identificato in due pazienti.

Per 10 degli altri 11 pazienti è invece possibile escludere la SARS, in quanto 8 si sfebbrano spontaneamente e rapidamente e anche nei tre giorni successivi alla scomparsa dei sintomi, l'esame radiologico del torace rimane negativo, mentre in due pazienti si trova un'altra causa che spieghi esaurientemente la polmonite. Soltanto un paziente viene dimesso senza aver fugato completamente i dubbi di sospetta SARS e viene seguito al suo domicilio, in regime quarantenario, per i successivi 14 giorni.

Terapia. In tutti i casi in cui vi era un quadro di polmonite é stata instaurata terapia antibiotica con un β -lattamico + un fluorochinolone (o un macrolide). La ribavirina endovena (resa rapidamente disponibile dal Servizio di Farmacia del Sacco, importandola dall'estero) o per bocca non é mai stata utilizzata, né sono stati impiegati corticosteroidi. In un paziente con grave insufficienza respiratoria é stata messa in atto, in accordo con i Rianimatori del Sacco, assistenza respiratoria non invasiva con casco CPAP.