

SARS

Siti, Anmdo e Card, insieme per ottimizzare l'assistenza sul territorio

ECCO LE LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DI PAZIENTI "SOSPETTI"

*Venerdì 26 settembre, a Roma, il Convegno dedicato alla Sars
e al controllo delle emergenze di origine infettiva*

Per la prima volta le tre società scientifiche che afferiscono alle tre macroaree indicate dai Lea, l'Ospedale, il Territorio e il Dipartimento di Prevenzione, come quelle deputate alla gestione delle emergenze epidemiche, hanno unito i loro sforzi per affrontare sinergicamente non solo un'eventuale recrudescenza della Sars ma anche ogni qualsiasi futura emergenza di carattere epidemico.

La Società italiana di Igiene, Medicina preventiva e Sanità pubblica, l'Associazione nazionale dei Direttori di ospedale e la Confederazione delle Associazioni regionali dei Distretti si sono infatti date appuntamento a Roma, questa settimana, per fare il punto sulla più generale organizzazione del Servizio sanitario nazionale in caso di emergenze epidemiche.

«L'evento Sars» sottolinea **Rosario Mete, presidente della Card** «ha dimostrato l'assoluta necessità di un coordinamento tra queste realtà scientifiche per tre motivi di fondo: naturalmente in caso di Sars diagnosticata, per attivare tutte le procedure necessarie in caso di Sars sospetta e, soprattutto, per ridurre ogni eventuale allarme nei cittadini o nel singolo paziente in caso di semplice evidenza di sintomi influenzali. Nel corso del Convegno» aggiunge Mete «si è valutata anche l'opportunità di estendere la vaccinazione antiinfluenzale anche alle categorie non a rischio (come peraltro raccomandato anche dal Ministero della Salute) con la consapevolezza, però, della necessità di attivare in tal senso ulteriori finanziamenti».

«Apparentemente» precisa dal canto suo **Augusto Panà, Presidente della Siti-Lazio** «il Convegno potrebbe sembrare non essere necessario perché di Sars e controllo epidemiologico si è detto probabilmente quasi tutto e da molto tempo. Sembra dunque in ritardo ma non lo è e questo per diversi motivi: perché c'è stato un caso, ancorché di laboratorio; perché la Sars è solo lo spunto per parlare di prevenzione in caso di emergenze epidemiche e perché nessuno sa se dopo l'estate, con i primi freddi autunnali, il fenomeno potrà in qualche modo riacutizzarsi».

Poiché è sicuro che ci saranno moltissimi episodi simil-influenzali, il Convegno ha puntualizzato anche la necessità di atti preventivi come le vaccinazioni antiinfluenzali che dovranno essere attuate con più attenzione e precocità rispetto al passato. L'avvenuta vaccinazione, infatti, circoscriverebbe di molto eventuali indagini specificatamente orientate a diagnosticare la Sars.

«Sicuramente» aggiunge Panà «un ruolo molto importante lo ricopriranno i media a larga diffusione che dovranno adoperarsi con estrema lungimiranza e attenzione affinché nell'opinione pubblica non passi il semplice binomio "ho l'influenza, forse è Sars" che, magari by-passando erroneamente il medico di famiglia, porta direttamente (ed erroneamente) negli ospedali. Questo è forse un pericolo ancor più grande della stessa polmonite atipica».

Nel Convegno quindi non si è parlato di eziologia né di clinica ma di organizzazione territoriale. Soprattutto in caso di "confusione" da Sars.

«Si sono enfatizzati, invece, i ruoli degli attori che, sul territorio, dovranno essere protagonisti nella catena di gestione di un'emergenza epidemica» conclude Panà. «Bene fece il Ministero della Sanità nella scorsa primavera ad istituire la Task Force contro la Sars ma non dimentichiamo che il Servizio sanitario nazionale è già deputato per legge alla gestione di questi fenomeni. Ecco allora che diventa imperativo analizzare se il Ssn sia in grado o meno di gestire questi fenomeni o se invece si debba registrare una qualche carenza nei servizi (per esempio quelli di sanità pubblica territoriale) o se, invece, ancora ci troviamo di fronte a una vera e propria mancanza di cultura in materia ma io, come igienista, mi rifiuto di pensarlo».

L'importante è non commettere l'errore di circoscrivere il fenomeno delle emergenze epidemiche alla sola Sars. Infatti, nessuno può escludere altri e diversi fenomeni che sono la diretta conseguenza di un mondo diventato ormai "piccolo" e dove la mobilità di massa ormai diventata consuetudine rende ormai pressoché impossibile mantenere circoscritto, come in passato, un fenomeno infettivo.

È necessario invece organizzare i servizi con efficacia e lungimiranza ed è per questo che la Siti, l'Anmdo e la Card hanno deciso di unire le loro forze per stendere delle Linee Guida comportamentali sulle quali tutti gli operatori interessati potranno riflettere e che vanno ad aggiungersi ai documenti già elaborati dai medici di medicina generale e dalla stessa Task Force ministeriale.

«L'esperienza degli operatori della salute fatta con la SARS» sostiene quindi **Egidio Sesti, Presidente dell'Anmdo-Lazio** «dimostra il bisogno di stimolare continuamente un'attività di cooperazione tempestiva e di alto livello per formare la base scientifica per l'applicazione delle raccomandazioni degli interventi di controllo. Il Convegno del 26 settembre è quindi un'ulteriore dimostrazione della volontà congiunte delle nostre Società scientifiche di voler promuovere la comprensione delle caratteristiche epidemiologiche e sviluppare linee guida igienico organizzative per applicare misure per la gestione e l'immediato isolamento dei casi, il controllo dell'infezione e la sorveglianza dei contatti e di collaborare con le strutture sanitarie di ricovero e non, ad adeguare rapidamente le risorse umane e logistiche, specialmente perché gli operatori sanitari sono stati, tra le principali vittime della malattia e allo stesso tempo costituiscono il front line dell'intervento sanitario. La responsabilità per contenere il diffondersi di malattie emergenti ricade su tutti, autorità nazionali, politici, viaggiatori internazionali e autorità sanitarie» conclude Sesti «tra cui, a mio avviso, vanno comprese anche le Società scientifiche che, in quanto tali, sono affidabili e devono inviare messaggi chiari, basati sulle conoscenze più moderne e sui riscontri scientifici e, conseguentemente, rassicuranti».

«I prossimi giorni» concludono gli esperti «ci diranno se l'applicazione delle corrette procedure potrà contenere un'eventuale epidemia, evitando così che la SARS diventi un'altra malattia infettiva endemica per la quale non si ha né vaccino né trattamento efficace».

Linee guida per la gestione di pazienti con sospetta o probabile SARS

Rev.	Data	Redatto	Verificato	Approvato
0	11/08/03	U. Angeloni, U.L. Aparo, A. Barattelli, C. Capozzi, A. Carbone, A. Cicogna, U. Forte, S. Medaglioni, U. Moscato, P. Sodano.	Prof. A. Panà Dott. E. Sesti Dott. R. Mete	Direttivo ANMDO sez. Lazio Direttivo S.i.T.i: sez. Lazio Direttivo C.A.R.D. sez. Lazio

INDICE	PAGINA
PREMESSA	3
1. SCOPO	3
2. EPIDEMIOLOGIA E CLINICA	4
3. DEFINIZIONE DI CASO	5
caso sospetto	4
caso probabile	6
4. NORME IGIENICHE DI PROFILASSI (generali e SARS specifiche)	7
4.1. Precauzioni Standard	7
4.1.1. Adozione di misura di barriera	9
4.1.2. Manipolazione di aghi od oggetti taglienti	11
4.1.3. Decontaminazione dello strumentario riutilizzabile	11
4.1.4. Biancheria	12
4.1.5. Pulizia e disinfezione ambientale	12
4.1.6. Collocazione del paziente	12
4.2. Precauzioni basate sulle vie di trasmissione	13
5. DPI DA UTILIZZARE IN CASO DI CONTATTO CON PAZIENTI CON SARS SOSPETTA O PROBABILE	14
6.1. Procedure per il lavaggio delle mani dopo rimozione dei DPI	14
6.2. Rimozione e smaltimento dei DPI	15
6. COMPORTAMENTO IN CASO DI ACCESSO DI PAZIENTE SOSPETTO/ PROBABILE TRASPORTATO IN OSPEDALE TRAMITE AMBULANZA 118 O TRASFERITO DA ALTRA STRUTTURA SANITARIA	15
7. COMPORTAMENTO IN CASO DI ACCESSO DI PAZIENTE SOSPETTO/ PROBABILE CHE SI PRESENTA IN OSPEDALE SPONTANEAMENTE	18
8. TRASFERIMENTO DI PAZIENTE CLASSIFICATO COME PORTATORE DI SARS PROBABILE AL CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE	19
9. CRITERI PER LA DIMISSIONE ED IL FOLLOW UP	20
10. DISTRIBUZIONE	21
11. RESPONSABILITA'	22
BIBLIOGRAFIA	23
ALLEGATO 1 notifica malattia infettiva	25
ALLEGATO 2 scheda denuncia malattia infettiva	26
ALLEGATO 3 schema sorveglianza sanitaria personale esposto	27
ALLEGATO 4 schema protocollo operativo caso sospetto SARS	28

PREMESSA

In considerazione della rilevanza assunta dalla “Severe Acute Respiratory Syndrome” (SARS), sia per l’improvvisa diffusione sia per le gravi conseguenze, l’ ANMDO – Associazione Nazionale dei Medici di Direzione Sanitaria, la SITI – Società Italiana di igiene, Medicina preventiva e sanità pubblica, e la CARD – Confederazione Associazioni Regionali di Distretto

- hanno raccolto ed aggiornato regolarmente le principali informazioni diffuse in proposito dal Ministero della Salute e dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS),
- hanno attivato la seguente procedura di gestione dei casi probabili e sospetti di SARS che dovessero giungere al Pronto Soccorso ospedaliero ed ai servizi sanitari dei distretti.

Le indicazioni di seguito riportate possono essere riviste in base alle informazioni che periodicamente vengono fornite dagli organismi sanitari regionali, nazionali ed internazionali.

Non potendosi escludere la diffusione nel nostro territorio del virus, anche se non in tempi brevi, si ritiene necessario richiamare l’attenzione degli operatori sanitari al rispetto delle norme di profilassi standard e respiratorie, associate alle altre norme d’igiene per evitare e/o ridurre al minimo il rischio di contagio.

Riveste un aspetto fondamentale della prevenzione, la corretta istruzione del personale sanitario ed ausiliario sul rischio biologico, sulle relative modalità di trasmissione del virus e sulle misure di prevenzione individuali e collettive, per il controllo e la sorveglianza dell’infezione, necessarie per l’assistenza ai pazienti.

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

La **notifica di malattia infettiva**, da eseguire in base alle direttive descritte nell’Allegato 1, deve essere effettuata dal medico che classifica il caso come SARS sospetta o probabile.

1. SCOPO

Scopo della presente procedura è di contenere al minimo il rischio di contaminazione ambientale e di trasmissione dell’agente biologico responsabile della SARS (Sindrome Respiratoria Acuta Severa) da un soggetto sospetto e/o probabile portatore di tale patologia respiratoria al personale d’assistenza sanitaria e/o ad altri utenti. Secondo obiettivo è quello di pianificare gli interventi dell’ospedale e dei servizi sanitari territoriali, in caso di dimostrata trasmissione locale della patologia, anche per mantenere aggiornate le indicazioni sul controllo delle infezioni in ambito ospedaliero e comunitario.

Il presente elaborato si prefigge di ricondurre alla normalità l’organizzazione del lavoro dei presidi sanitari e delle aziende ospedaliere e la gestione dell’evento eccezionale mediante l’ottimizzazione delle competenze acquisite dal personale nel corso degli anni e il coinvolgimento attivo e costante delle diverse professionalità presenti.

*La descrizione di tali modalità di funzionamento e la loro documentazione sotto forma di **procedura** hanno delle conseguenze positive, di seguito indicate:*

- *standardizzazione del processo: lo svolgimento delle attività diventa oggettivo, sistematico e verificabile,*

- *chiarezza e trasparenza dei processi: responsabilità e ruoli sono definiti,*
- *possibile espropriazione del know out aziendale e facilità di apprendimento: tutti sono in grado di conoscere i processi,*
- *minore personalizzazione dei processi: i singoli individui non possono introdurre modificazioni operative*
- *minore inefficienza: la conoscenza rende più facile individuare dove è necessario modificare i processi,*
- *minore staticità: la conoscenza (la visione sistemica del processo) diminuisce la resistenza al cambiamento.*

2. EPIDEMIOLOGIA E CLINICA

L'OMS definisce la SARS **“malattia la cui etiologia non è ancora certa e la cui trasmissione avviene essenzialmente per via aerea a seguito di contatto diretto con la persona malata, e per la quale allo stato attuale non c'è evidenza che l'infezione possa essere trasmessa attraverso contatti casuali tra la popolazione”**.

La SARS è una malattia infettiva, identificata nel febbraio scorso, comparsa in alcuni Paesi dell'Est Asiatico con focolai epidemici che hanno interessato in particolare ambienti ospedalieri. In effetti l'inizio dell'epidemia è da far risalire al novembre 2002 quando venne rilevata una epidemia di “influenza dei polli”.

La patologia risulta attribuibile ad un virus appartenente alla famiglia dei Coronavirus, normalmente implicati anche nei banali raffreddori, il quale ha assunto delle caratteristiche, probabilmente per modificazioni genetiche, che lo rendono più virulento e soprattutto più resistente all'ambiente esterno. Riesce a sopravvivere, infatti, all'interno di una goccia di saliva su superfici dure come posate od oggetti, fino a 24 ore (possibile trasmissione per contatto diretto con superfici contaminate → precauzioni in caso di contatto).

La via di trasmissione è certamente anche quella dei comuni raffreddori con le goccioline di Pflugge, che rappresentano il veicolo del virus (trasmissione attraverso l'aria → precauzioni in caso di trasmissione aerea ed in caso di trasmissione tramite goccioline). Il periodo di incubazione della SARS varia da 2-7 giorni ad un massimo di 10 giorni.

Il contagio è, quindi, interpersonale oppure mediato da oggetti recentemente contaminati dalle secrezioni od infine veicolato da nebulizzazioni ambientali di liquidi biologici (scarichi di water). Non è stato dimostrato un contagio dai comuni animali domestici.

Conseguentemente, si ritiene necessario richiamare l'attenzione degli operatori sanitari al rispetto delle norme igieniche di profilassi, generali e SARS-specifiche basate sulle vie di trasmissione sopracitate.

In Europa, ed in Italia in particolare, non sono stati registrati casi autoctoni ma solo di importazione e nessuno di essi ha avuto esito infausto. Questo ha rappresentato, fino a questo momento, una importante caratteristica epidemiologica per il controllo dell'andamento dell'infezione, anche ai fini del riconoscimento precoce dei possibili sospetti di SARS.

E' necessario un approccio al problema che sia di tipo informativo, formativo, comunicativo, scientifico-professionale ed infine politico, coordinato in un vero progetto di prevenzione, tutela e assistenza a molte voci in grado di dare risposte compiute al rischio infettivo attuale e futuro.

Non sono noti vettori biologici dell'infezione, né è ancora definita la carica infettante. Il periodo di incubazione della SARS varia da 2-7 giorni ad un massimo di 10 giorni.

La malattia esordisce generalmente con febbre >38°C, costantemente elevata, talvolta associata a brividi e/o accompagnata da altri sintomi quali cefalea, malessere generale, mialgie. Alcuni pazienti, alla comparsa di tali sintomi, possono già presentare sintomatologia respiratoria; abitualmente sono assenti rash cutaneo e sintomi neurologici e gastrointestinali, anche se alcuni pazienti hanno denunciato diarrea nel periodo prodromico febbrile. Nei 4-5 giorni successivi la sintomatologia respiratoria si accentua rapidamente. La radiografia del torace nel periodo

prodromico febbrile appare normale, mentre nelle fasi avanzate della malattia il quadro radiografico è caratterizzato da infiltrati focali che evolvono verso infiltrati interstiziali più generalizzati.

Nelle fasi iniziali si osserva linfocitopenia con conta totale dei GB nel complesso normale o diminuita; in concomitanza del peggioramento delle condizioni respiratorie in circa la metà dei pazienti si evidenzia leucopenia e trombocitopenia. Nella fase respiratoria iniziale sono stati osservati aumento della creatinfosfochinasi e delle transaminasi epatiche. In rapporto alle attuali possibilità terapeutiche, visto l'alto tasso di letalità della malattia (oltre il 50 % nei soggetti over 65) si può considerare la SARS una malattia a prognosi severa.

3. DEFINIZIONE DI CASO (al 31/5/03)

A) Caso sospetto

- 1) una persona che dopo il 1 novembre 2002 presenti un'anamnesi con:
 - a) febbre alta > 38°C
 - b) tosse o difficoltà respiratoria associate ad 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.

- 2) Persona con malattia respiratoria acuta non spiegata, con conseguente decesso, dopo il 1/11/02 cui non è stata eseguita autopsia.

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

Le **aree affette***, individuate (31 maggio 2003) dall'OMS sono:

PAESE	AREA	GRADO DI ESTENSIONE DELLA TRASMISSIONE LOCALE
CANADA	TORONTO	++
SINGAPORE	SINGAPORE	++
CINA	BIJING, GUANGDONG, HONG KONG, SHANXI	+++
CINA	Provincia di TAIWAN	++
CINA	INNER MONGOLIA, TRIANJIN	incerto
MONGOLIA	ULAANBAATARHANOI	++

*Area affetta è definita un'area in cui le Autorità sanitarie nazionali riferiscono catene locali di trasmissione dell'infezione (negli ultimi 20 giorni sono riportati uno o più casi probabili di SARS). 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.

Grado di trasmissione locale:

+basso

il/i caso/i probabile/i di SARS importato/i ha/hanno dato origine ad una sola generazione di casi probabili a livello locale, i quali sono tutti contatti stretti del/i caso/i importato/i.

++medio

sono derivate più di una generazione di casi probabili di SARS a livello locale, ma soltanto tra persone che sono state preventivamente identificate e sottoposte a sorveglianza sanitaria perché identificati quali contatti stretti di casi probabili di SARS.

+++alto

altri modelli di trasmissione diversi da quelli indicati nei gradi precedenti + e ++.

Incerto

Non sono disponibili informazioni sufficienti per specificare le aree o il grado di trasmissione locale.

L'elenco delle aree affette da SARS viene periodicamente aggiornato sul sito del **Ministero della Salute**, su indicazioni dell'OMS – **numero verde 800.571661** da lunedì a venerdì dalle ore 9,00 alle ore 18,00.

B) Caso probabile

è quello che soddisfa i criteri per un caso sospetto ed hanno in più:

- a) dimostrazione radiologica di infiltrati compatibili con polmonite o sindrome da distress respiratorio;
- b) riscontro autoptico compatibile con sindrome da stress respiratorio, senza altre cause identificabili.

Criteri di esclusione

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

4. NORME IGIENICHE DI PROFILASSI (generali e SARS specifiche)

Alla luce delle notizie, non ancora complete e definitive, è necessario porre la massima attenzione e cura nell'applicazione delle procedure di prevenzione individuali ed ambientali per il contenimento del rischio di trasmissione e contaminazione, fin dall' arrivo del paziente in ambiente ospedaliero.

Come già riferito in premessa, i coronavirus si trasmettono per via aerea e diretta, per questo è necessario attuare le norme di protezione standard e quelle per la protezione delle vie respiratorie e degli occhi.

È necessario infine attuare tutte le idonee procedure di igiene e disinfezione ambientale, in quanto i coronavirus noti sopravvivono in genere nell'ambiente esterno fino a tre ore, mentre dati recentemente acquisiti hanno documentato la sopravvivenza dell'agente SARS fino a 24 ore su alcuni tipi di superfici (plastica ad esempio).

Le raccomandazioni dei **Centers for Disease Control (CDC)** di Atlanta distinguono **5 modalità di trasmissione** delle malattie infettive (Tabella 1).

Tabella 1: Modalità di trasmissione

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">a. Contattob. Mediante goccioline (distanza < 1-2 m)c. Via aerea (particelle <5µm)d. Veicolo comune (p.es. acqua, cibo, materiale, apparecchi)e. Vettori esterni (p. es. zanzara, mosca, altri parassiti) |
|---|

Per ridurre il rischio di trasmissione dei microorganismi in ospedale vengono raccomandate dai CDC varie precauzioni. A seconda del tipo di paziente sono previste solo 4 categorie di misure preventive (Tabella 2):

Tabella 2: Categorie di misure preventive

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Precauzioni standard• Precauzioni in caso di trasmissione aerea• Precauzioni in caso di trasmissione via goccioline• Precauzioni in caso di contatto |
|---|

4.1. PRECAUZIONI STANDARD

Destinate all'assistenza di tutti malati indipendentemente dalla loro diagnosi o presunto stato d'infezione e sono **utilizzate** per ridurre il rischio di trasmissione di microorganismi.

Sono **rivolte** a tutti gli operatori sanitari che possono venire a contatto con il sangue ed altro materiale biologico.

Sono l'**insieme di misure di barriera e di comportamenti** atti a prevenire e contenere i germi a diffusione ematogena.

Si adottano **sempre** per:

SANGUE

SECREZIONI VAGINALI

SECREZIONI SPERMATICHE

LATTE MATERNO

TESSUTI

LIQUIDO AMNIOTICO

LIQUIDO CEREBRO-SPINALE

LIQUIDO SINOVIALE

LIQUIDO PERITONEALE

Si adottano **solo in presenza di sangue** visibile per:

FECI

SECREZIONI NASALI

SALIVA

URINE

VOMITO

SUDORE

LACRIME

Un elenco di misure preventive è stato stabilito per ogni modalità di trasmissione (Tabella 3). E' chiaro che l'insieme di queste misure non si applica a tutti i casi, ma bisogna individualizzarle in funzione della loro pertinenza in una data situazione.

Tabella 3: Misure da considerare in caso di isolamento

- Adozione di misura di barriera (mascherina, schermi facciali, occhiali protettivi, copricapo)
- Camice di protezione o altri vestiti protettivi
- Disinfezione delle mani, uso dei guanti
- Uso mirato di materiale medico
- Decontaminazione e disinfezione degli strumenti
- Evacuazione e trattamento della biancheria e dei rifiuti
- Disinfezione dell'ambiente
- Alloggio dei pazienti
- Trasporto dei pazienti infettivi

4.1.1. Adozione di misura di barriera

☒ Mascherina, schermi facciali, occhiali protettivi, copricapo

Usare una mascherina ed occhiali protettivi (o uno schermo facciale) per proteggere le mucose di occhi, naso, bocca durante le procedure e le attività di assistenza al paziente che possono generare schizzi o spruzzi di sangue, liquidi corporei, secreti o escreti.

Devono avere marcatura CE e codifica EN in rapporto all'uso specifico (rischio biologico). I facciali filtranti FFP3 SL 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%.

L'uso corretto della mascherina prevede che sia manipolata solo per i lacci, che per la rimozione sia slacciato prima il laccio inferiore e poi quello superiore (per evitare la caduta sul collo e di conseguenza la contaminazione del camice), che sia usata una sola volta e poi gettata nel contenitore per rifiuti pericolosi a rischio infettivo.

Visiere ed occhiali non monouso devono essere adeguatamente trattati per il riutilizzo.

Gli occhiali subito dopo l'uso devono essere adeguatamente puliti.

I dispositivi devono essere smaltiti, subito dopo l'uso, nel ciclo dei rifiuti sanitari (con la modalità impiegata per lo smaltimento dei DPI utilizzati – v. punto 9).

☒ Camici, sottscarpe

Camici monouso, classificati come DPI con certificazione CE per la protezione da agenti biologici. Sono accettabili anche i camici/cappe in TNT.

Devono essere utilizzati per fornire una barriera protettiva atta a prevenire la contaminazione degli indumenti e quindi a ridurre la trasmissione di microrganismi e a proteggere la cute.

Deve essere scelto in base all'attività da svolgere:

- camice impermeabilizzato (ad esempio per sala operatoria, Anatomia Patologica – Laboratorio Analisi);
- camice con rinforzi impermeabili anteriori e nelle maniche (ad esempio durante l'esecuzione di manovre invasive a rischio di emissione di liquidi biologici (ad esempio manovre endoscopiche, dialitiche ecc..));
- camice con le maniche lunghe ed elastici ai polsi per proteggere la cute e per prevenire l'imbrattamento di indumenti durante le procedure e le attività di laboratorio che possono generare schizzi o spruzzi di sangue, liquidi corporei, secreti o escreti.

Rimozione immediata del camice sporco ed immediato lavaggio delle mani.

☒ Guanti

Monouso, classificabili come DPI in terza categoria con certificazione di conformità alla EN 374.

E' importante ricordare che i guanti se non adeguatamente utilizzati possono trasformarsi da presidi di protezione a mezzo di propagazione delle infezioni.

Indossare i guanti (sono sufficienti guanti puliti non sterili) prima di toccare sangue, liquidi corporei, secreti, escreti e oggetti contaminati.

Devono essere:

- sostituiti durante procedure effettuate sullo stesso paziente in caso di contatto con materiali contaminati;
- rimossi immediatamente dopo l'uso;
- sostituiti prima di assistere un altro paziente;
- cambiati in caso di verifica o dubbio di lesione degli stessi previo lavaggio delle mani prima di indossarne di nuovi;
- di misura adeguata e di tipo adeguato alla procedura sanitaria che si deve eseguire.

E' necessario:

- lavarsi le mani dopo essersi tolti i guanti;
- non toccarsi gli occhi, il naso, la bocca, i capelli o l'epidermide con i guanti;
- non toccare con i guanti attrezzature, telefono, porte se sono attrezzature "pulite" e non allontanarsi dal luogo di lavoro indossando i guanti;
- per quanto possibile non usare guanti in lattice (possono provocare allergie) a contatto con la pelle (in alternativa guanti in vinile).

Uso dei guanti pluriuso:

- per lavori grossolani o la pulizia di strumenti
- solo se integri cioè non sbucciati o forati

☒ Igiene delle mani

E' fortemente raccomandata la stretta adesione alle precauzioni standard per la prevenzione di trasmissione di agenti infettivi ad opera di contatti con fluidi corporei, goccioline di saliva, aerosol, oggetti contaminati, nell'assistenza sanitaria di pazienti con sospetta o probabile SARS. Deve essere intesa non solo come misura di controllo delle infezioni, ma anche come misura di protezione dell'operatore.

Il lavaggio frequente ed accurato delle mani, mediante l'utilizzo di acqua calda e sapone, per almeno 20 secondi da solo è la principale misura di igiene personale fondamentale per la prevenzione dell'infezione. L'antisettico deve essere impiegato in precise circostanze (prima di eseguire manovre invasive, interventi chirurgici, o controllo di episodi infettivi). L'uso di un agente antisettico (clorexidina, povidone iodio es: v. relative schede in farmacia interna) va considerato

solo dopo il lavaggio con sapone e nei casi in cui ci sia stato significativo contatto o contaminazione con liquidi o materiali di derivazione biologica

Il lavaggio delle mani va eseguito immediatamente ed accuratamente se si verifica un accidentale contatto con il sangue o materiale organico potenzialmente infetto, dopo la rimozione dei guanti, tra un paziente e l'altro e dopo procedure effettuate sullo stesso paziente ma in sedi diverse. L'uso dei guanti e il lavaggio accurato delle mani rivestono un ruolo fondamentale di prevenzione.

L'uso dei guanti non è sostitutivo del lavaggio accurato delle mani.

Durante l'attività lavorativa è importante evitare atteggiamenti rischiosi quali portarsi le mani alla bocca o agli occhi, indossare anelli, bracciali o altri monili.

Non è certificata l'efficacia dell'uso di creme o schiume protettive.

4.1.2. Manipolazione di aghi od oggetti taglienti

Durante l'utilizzo è necessario adottare tutte le precauzioni possibili.

E' fondamentale:

- non reincappucciare gli aghi e non rimuoverli manualmente dalle siringhe;
- non piegare o rompere aghi, lame o altri oggetti taglienti;
- non rimuovere con le mani gli aghi usati dalle siringhe monouso;
- eliminare gli aghi ed altri oggetti taglienti sempre nell'apposito contenitore per prevenire l'esposizione accidentale;
- non indirizzare la punta di aghi o altri oggetti taglienti verso parti del corpo;
- non raccogliere strumenti taglienti o appuntiti se stanno cadendo;
- *tutti gli strumenti taglienti o appuntiti devono essere smaltiti nel circuito dei rifiuti sanitari pericolosi, utilizzando gli appositi contenitori di sicurezza resistenti alla foratura, che dovranno essere posti in vicinanza del posto di lavoro ed in posizione pratica;*
- i contenitori di sicurezza non vanno riempiti fino all'orlo ma al massimo per 3/4 (salvo attenersi alle indicazioni di massimo livello presenti sugli stessi);
- alla fine del riempimento vanno chiusi in maniera definitiva.

Strumenti per l'attività di laboratorio:

manipolare gli strumenti impiegati per l'attività di laboratorio sporchi di sangue, liquidi corporei, secreti o escreti in modo da prevenire l'esposizione di cute e mucose, la contaminazione di indumenti e il trasferimento di microorganismi ad altri pazienti o all'ambiente.

4.1.3. Decontaminazione dello strumentario riutilizzabile

Tutto il materiale riutilizzabile venuto a contatto con sangue o altri liquidi potenzialmente infetti subito dopo l'uso e prima della pulizia deve essere immerso in soluzione disinfettante di derivati fenolici 0,4% per 30 minuti.

La pulizia dello strumentario va eseguita con dovuta cautela e utilizzando guanti e mascherina con visiera. Il materiale così trattato può essere sottoposto alla disinfezione o sterilizzazione a seconda del successivo impiego e della seguente classificazione:

- articoli critici - oggetti o dispositivi che vengono a contatto diretto o indiretto con tessuti o mucose non integre, usati in manovre invasive (requisito della sterilità); Si ricorda che per non compromettere il processo di sterilizzazione è importante che il materiale sia ben lavato ed asciugato;
- articoli semicritici - dispositivi destinati al contatto con mucose integre (requisito disinfezione spinta);
- articoli non critici - oggetti o dispositivi che non entrano in contatto con le mucose e tessuti non integri (requisito basso livello di disinfezione).

4.1.4. Biancheria

Tutta la biancheria e in particolare quella venuta a contatto con sangue o materiale potenzialmente infetto deve essere posta negli appositi sacchi, manipolata con cautela e con guanti di protezione.

I materassi e coprimaterassi in caso di contaminazione vanno raccolti in sacchi impermeabili e inviati in lavanderia per il lavaggio e la disinfezione.

4.1.5. Pulizia e disinfezione ambientale

La modalità di esecuzione della pulizia e la frequenza deve variare in base alle diverse aree ospedaliere, il tipo di materiale e la superficie da trattare.

Per la classificazione delle aree, la modalità, e la frequenza vedi Capitolato Pulizie.

Si ricorda che la disinfezione delle superfici va effettuata solo in aree ad alto rischio o in presenza di contaminazioni o residui di materiale organico.

In caso di pazienti con malattie a **trasmissione per via aerea NON è più necessario ricorrere alla nebulizzazione dell'aria poiché ritenuta inefficace.**

Nei locali di lavoro è proibito mangiare, bere, fumare, truccarsi, portare le mani alla bocca o alle congiuntive.

Negli ambienti di lavoro deve essere apposta idonea cartellonistica relativa a quanto sopra.

Smaltimento rifiuti

Seguire le procedure già in atto per le varie tipologie di rifiuti sanitari prodotti.

4.1.6. Collocazione del paziente

La collocazione del paziente in camera singola può diventare necessaria per le malattie a trasmissione aerea (vedi precauzioni per malattie a trasmissione aerea) o quando le condizioni igieniche del paziente sono scarse al punto di diventare causa di contaminazione ambientale.

In caso di mancata disponibilità della stanza singola mettersi in contatto con il personale del controllo delle infezioni ospedaliere.

4.2. PRECAUZIONI BASATE SULLE VIE DI TRASMISSIONE

Le **Precauzioni basate sulle vie di trasmissione** (tabella 3) sono misure supplementari aggiunte, per ridurre il rischio di trasmissione dei microrganismi in ospedale, per la trasmissione aerea, mediante goccioline e per contatto.

Tabella 3: Misure addizionali

Modalità di trasmissione	Misure complementari
---------------------------------	-----------------------------

<p>Aerosol</p> <p>Tubercolosi Morbillo varicella</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Camera singola (se possibile con ventilazione a pressione negativa) con servizio igienico dedicato (o assieme ad altri pazienti affetti dalla stessa patologia se non vi sono altre infezioni e non vi sono controindicazioni); la porta della stanza deve rimanere chiusa. Se non disponibile stanza a pressione negativa far indossare al paziente una mascherina per diminuire il rischio di contaminazione ambientale. ▪ Maschera protettiva con filtro per entrare nella camera ▪ Ridurre al minimo il trasporto del paziente fuori dalla camera, qualora necessario il paziente deve indossare maschera di protezione delle vie aeree. ▪ Il personale dell'U.O. dove viene inviato il degente deve essere preventivamente informato del rischio biologico in essere, così come il personale addetto al trasporto. ▪ Adeguata informazione su norme igieniche ai degenti.
<p>Goccioline</p> <p>Difterite Pertosse Polmonite da micoplasmi Parotite Rosolia Angina da streptococchi gruppo A Inf. da meningococchi</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se non è possibile porre il paziente in una stanza singola mantenere una separazione spaziale di almeno un metro tra il paziente infetto e altri pazienti o visitatori. ▪ Il personale di assistenza quando deve lavorare a meno di un metro di distanza dal paziente deve indossare mascherina di protezione respiratoria di efficienza almeno FFP2. ▪ Limitare il movimento ed il trasporto del paziente ai soli motivi essenziali. ▪ Qualora il paziente debba essere spostato dalla stanza, è opportuno che indossi una mascherina chirurgica
<p>Contatto</p> <p>Infezioni da germi multiresistenti (MRSA; VRE; enterobatteriacee) Herpes Simplex disseminato</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Paziente in stanza singola (o assieme ad altri pazienti affetti dalla stessa patologia se non vi sono altre infezioni e non vi sono controindicazioni). ▪ Personale di assistenza deve indossare i guanti protettivi ed il camice protettivo quando entra nella stanza. ▪ Cambiarsi i guanti dopo operazioni con materiale infetto. ▪ Togliersi i guanti prima di lasciare l' ambiente del paziente e lavarsi le mani. ▪ Rimuovere il camice prima di lasciare la stanza del paziente. ▪ Limitare il movimento ed il trasporto del paziente. ▪ Dispositivi di protezione individuale (maschere, occhiali, guanti, etc) dovranno essere provvisti della marchiatura CE e a norma delle corrispondenti norme EN.

5. DPI DA UTILIZZARE IN CASO DI CONTATTO CON PAZIENTE CON SARS SOSPETTA O PROBABILE

L'uso dei DPI è raccomandato solo per il personale con diretta esposizione ad un soggetto ammalato, che presenti i sintomi e l'anamnesi che lo fanno rientrare nella definizione di caso sospetto fornita dall'OMS.

- mascherine N95 (filtranti ad alta protezione respiratoria corrispondenti al tipo FFP3 SL EN 149 o, se non disponibili almeno una mascherina chirurgica facciale);
- guanti (un solo paio – due paia);
- occhiali (o visiera protettiva);
- camice monouso
- grembiule impermeabile
- copricapo
- soprascarpe monouso (o calzature che possano essere decontaminate).

5.1 PROCEDURA PER IL LAVAGGIO MANI DOPO RIMOZIONE DEI DPI

Antisettici indicati: soluzione schiumogena detergente a base di cloro derivati - soluzione schiumogena detergente a base di iodopovidone al 7,5% - soluzione detergente a base di fenolo

alogenato (* è consigliabile rotazione periodica dei principi attivi al fine di evitare sensibilizzazioni cutanee e resistenze batteriche).

Procedura per lavaggio:

- regolare il getto d'acqua del rubinetto;
- bagnare uniformemente mani ed avambracci fino al di sopra della piega del gomito;
- erogare sulle mani il prodotto antisettico, premendo con il gomito la leva del dispenser;
- lavare le mani ed avambracci per circa due minuti;
- risciacquare, avendo cura di evitare il ruscellamento di acque dagli avambracci alle mani. Rammentarsi di lavare bene gli spazi sotto ungueali, utilizzando possibilmente uno spazzolino preventivamente bagnato e cosparso di una dose di antisettico;
- risciacquare mani ed avambracci come sopra indicato. Utilizzando un'altra dose di antisettico lavare nuovamente le mani, ogni dito e spazio interdigitale impiegando circa 1 m' per mano;
- lavare ogni avambraccio con movimento circolare per 30 secondi.
- Risciacquare le dita una alla volta lasciando scorrere l'acqua dall'estremità delle dita alla piega del gomito.
- Asciugare quindi mani ed avambracci, con teli sterili, iniziando dalle singole dita, passando quindi alle restanti porzioni delle mani e quindi agli avambracci con movimenti circolari.
- Chiudere il rubinetto, se non a comando non manuale, utilizzando il telo sterile utilizzato.

5.2. RIMOZIONE E SMALTIMENTO DEI DPI

- lavare le mani guantate con soluzione di ipoclorito di sodio;
- rimuovere sovrascarpe, copricapo e riporli in un sacco di plastica; casacca o tuta ed il primo paio di guanti andranno rimossi ciascuno con un unico movimento, ripiegandoli dall'interno verso l'esterno;
- indossare un paio di guanti puliti e riporre gli indumenti protettivi nel sacco di plastica;
- togliere la maschera, tamponarla con garze imbevute di ipoclorito di sodio e quindi immettere nel sacco di plastica;
- rimuovere il secondo paio di guanti ed immetterli nel sacco che va immesso in un secondo sacco, chiudere e sigillare ed immettere quindi i sacchi in contenitore rigido che va subito chiuso ed etichettato;
- lavare nuovamente le mani con l'ultimo paio di guanti, che vanno eliminati nel circuito dei rifiuti pericolosi;
- eliminato l'ultimo paio di guanti, lavare ancora le mani.

NB Nel caso di agenti biologici di classe III e IV il contenitore con i sacchi sigillati va portato nella zona sterilizzazione dedicata, ove i sacchi contenenti i materiali contaminati andranno trattati in autoclave a ricircolo interno.

Ultimato il ciclo di autoclavaggio si smaltiranno in ogni modo nel ciclo dei rifiuti sanitari pericolosi.

6. COMPORTAMENTO IN CASO DI ACCESSO DI PAZIENTE SOSPETTO/PROBABILE TRASPORTATO IN OSPEDALE TRAMITE AMBULANZA 118 O TRASFERITO DA ALTRA STRUTTURA SANITARIA

- Nel caso di richiesta di soccorso per trasporto di paziente dal proprio domicilio in ospedale, è necessario che l'addetto alla Centrale Operativa 118, sulla scorta delle proprie procedure interne (intervista telefonica), stabilisca, fin dall'inizio, se trattasi di paziente con sintomi febbrili e distress respiratorio; in tal caso va condotta una breve indagine epidemiologica per valutare se trattasi di un caso sospetto di SARS.
- In caso positivo il personale sanitario che interverrà sul posto utilizzando l'autoambulanza opportunamente predisposta dal 118 stesso; deve applicare le seguenti misure
 - indossare l'apposito dispositivo di protezione FFP3 SL;
 - far indossare al paziente, se tollerata, la mascherina chirurgica, sono da preferire le mascherine standard monouso N95;
 - mantenere, se possibile, aperto il finestrino del veicolo;
 - regolare l'impianto di condizionamento/climatizzazione del veicolo in modo da non consentire il riciclo dell'aria.
- L'autoambulanza dovrà accompagnare il paziente presso l'area accettazione "dedicata", opportunamente in precedenza individuata.
- Nell'area accettazione il paziente sarà preso in carico dal personale dell'U.O. di Malattie Infettive, nei presidi ospedalieri dove è presente questa specialità.

Caso sospetto

per il quale non è stato ancora possibile eseguire Rx torace:

- *il personale di assistenza dell'accettazione si prepara ad accogliere il paziente indossando i dispositivi di protezione individuale come specificati sotto;*
- *avvisa la radiologia per assicurare la pronta esecuzione dell'esame evitando che il paziente soste in aree comuni;*
- *all'arrivo del paziente, questi dovrà essere invitato ad indossare mascherina chirurgica e mantenerla fino a contrordine;*
- *L'infermiere addetto al triage deve provvedere a registrare le generalità e l'anagrafica completa, compreso l'indirizzo, del paziente;*
- *è opportuno identificare anche gli accompagnatori, prendendone indirizzo e recapito telefonico. Gli accompagnatori vanno fatti sostare nella stanza di isolamento o in altra stanza dedicata, fino a definizione della diagnosi.*

In caso di radiografia negativa,

il paziente e gli accompagnatori non devono essere ricoverati, salvo diversa valutazione clinica non legata a SARS, e devono essere invitati a segnalare eventuale comparsa di febbre e sintomi simil-influenzali presentandosi all'accettazione dell'ospedale, se non ricoverati. Gli stessi devono essere invitati ad evitare luoghi e mezzi di trasporto pubblici fino al termine della sorveglianza (prevedibilmente 7-10 giorni) e ridurre al minimo i contatti con amici e familiari.

In caso di radiografia indicativa di polmonite o di Sindrome da Distress Respiratorio (ARDS),

il paziente dovrà essere ricoverato in stanza di isolamento respiratorio dando priorità a quella presente in post-acuzie. Accompagnatori e contatti stretti dovranno sottoporsi a sorveglianza sanitaria. Il servizio di igiene pubblica territoriale verrà informato per la gestione dei contatti, compresi gli accompagnatori.

Caso probabile

negli ospedali con U.O. di malattie infettive, va inviato immediatamente in stanza di isolamento respiratorio, seguendo il percorso specificato (arrivo ambulanza zona riservata, ascensore dedicato, reparto). Le procedure di accettazione vanno posposte.

In caso di ricovero, il paziente è collocato in isolamento in stanza singola mantenuta a pressione negativa e porta chiusa, oppure nella stessa stanza in cui siano ricoverati altri casi di SARS e con bagno separato, oppure in stanze a più letti o in corsia con sistema di aerazione indipendente.

- **Gli operatori che svolgono assistenza diretta al paziente, e gli operatori addetti a procedure potenzialmente generatrici di aerosol, broncoscopie, laringoscopie, intubazione etc..** oltre all'applicazione delle Precauzioni Standard, devono indossare l'apposito dispositivo di protezione che consiste in filtro facciale del tipo FFP3 SL che per essere efficace deve coprire bene naso e bocca. L'utilizzo di tale dispositivo è per un turno lavorativo.

Precauzioni per i dispositivi riutilizzabili: tutti i dispositivi non monouso venuti a contatto con secrezioni potenzialmente infette del paziente vanno decontaminati, puliti, asciugati e/o sterilizzati (vedi linee guida all'utilizzo corretto delle soluzioni antisettiche disinfettanti).

- Ultimate le operazioni di trasporto il personale del 118, sempre indossando i DPI, potrà rimuovere i teli di plastica, che andranno smaltiti nel circuito dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo.
- Si procederà quindi alla disinfezione dell'autoambulanza utilizzando l'apparecchio di nebulizzazione in dotazione al 118, usando la soluzione di ipoclorito di sodio al 1%.
- Al termine delle operazioni si rimuoveranno i DPI, secondo procedura, provvedendo quindi al loro smaltimento nel circuito dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo.
- Il medico di guardia provvederà ad informare la Direzione Sanitaria di ogni caso che si presenti con queste caratteristiche.
- Per quanto riguarda le procedure radiologiche, il personale della radiologia va preventivamente avvertito dell'invio del paziente che non deve sostare nella sala di attesa.
- Ogni qual volta il paziente è portato fuori dalla sua stanza, deve indossare la mascherina chirurgica.
- Limitare rigorosamente o precludere la visita a pazienti affetti da SARS. Gli operatori sanitari devono sorvegliare affinché i congiunti utilizzino i DPI e le indicazioni a loro fornite, se visitano pazienti affetti da SARS. I familiari devono essere istruiti a controllare il proprio stato di salute.

PRECAUZIONI PER L'AMBIENTE

Nel caso di non possibilità di trasferimento del paziente in luogo adatto, per gli ambienti non provvisti di pressione negativa si dovrà procedere quotidianamente a:

- mantenere aerato l'ambiente (almeno 3-4 ricambi ora) avendo l'avvertenza di tenere una finestra socchiusa (a patto che la medesima non si trovi nelle vicinanze di tubi o dotti d'aspirazione facenti parte dell'impianto di aerazione generale);
- sottoporre la stanza ad accurata pulizia e disinfezione delle suppellettili con materiale monouso, almeno due volte al giorno, per tutta la degenza del paziente;
- è tassativo che la porta della stanza rimanga chiusa, e che sulla stessa vi sia un cartello che indichi in modo chiaro la necessità di mantenerla chiusa.

- Alla dimissione del paziente la stanza deve essere sottoposta ad accurato risanamento compresa la disinfezione delle suppellettili e alla sostituzione completa di tutti gli effetti lettereci; va inoltre aerata per almeno 12 ore prima di essere occupata da un altro paziente;
- se esiste la possibilità di una ventilazione forzata, il tempo opportuno prima che la stanza venga riutilizzata è quello necessario per la realizzazione di almeno 36 ricambi d'aria.
- altrettanta cura dovrà essere posta per le operazioni di pulizia e disinfezione dei servizi igienici utilizzati dai soggetti ricoverati con SARS sospetta. È bene rammentare come le soluzioni a base di derivati del cloro (ipoclorito di sodio in concentrazione 1-1,5%) siano utili per una disinfezione efficace.

Per garantire una disinfezione idonea delle superfici rammentare che in presenza di sporco e/o residui organici l'efficacia dei disinfettanti, comunemente impiegati, risulta diminuita. E' necessario pertanto, in presenza di materiale organico, prima procedere alla deterzione preliminare delle superfici, utilizzando materiali per la pulizia monouso, e quindi alla disinfezione con ipoclorito di sodio all'1-1,5% (tempo minimo di contatto almeno 15 minuti).

Tutta la biancheria, compresi gli effetti lettereci non monouso, dovrebbero essere preparati all'interno della stanza per l'invio alla lavanderia e vanno raccolti in doppia busta di plastica impermeabile etichettata con la dicitura "effetti potenzialmente contaminati da agenti biologici", e quindi avviati alla centrale di sterilizzazione .

7. COMPORTAMENTO IN CASO DI ACCESSO DI PAZIENTE SOSPETTO/PROBABILE CHE SI PRESENTA IN OSPEDALE SPONTANEAMENTE

In accordo con la definizione fornita dal Ministero della Salute, per tutte le persone che si presentino a visita medica, all'area triage del P.S. ospedaliero, con una sintomatologia febbrile e respiratoria deve essere immediatamente effettuata la raccolta di informazioni relative ad una storia recente di viaggio nelle aree geografiche finora coinvolte dalla SARS o di contatto stretto (coabitazione, assistenza sanitaria con esposizione a secrezioni respiratorie e fluidi corporei, viaggio in aereo) con una persona che potrebbe rientrare nella definizione di caso sospetto/probabile di SARS.

In caso di anamnesi positiva il paziente deve essere visitato al più presto nella stanza di isolamento evitando il suo stazionamento in aree comuni ed assieme ad altre persone. Il paziente deve essere sottoposto immediatamente ad esame radiologico del torace, quindi si procede come per i relativi precedenti punti dei casi sospetti .

In tal caso devono seguirsi le modalità operative sotto elencate:

- Il personale addetto al triage dovrà indossare immediatamente una mascherina FFP3 SL o equivalente, occhiali o visiera o schermo per la protezione degli occhi (anche per i portatori di lenti da vista), sovracamice, fintanto che la SARS non venga esclusa;
- occorre lavare le mani con acqua e sapone prima e dopo ogni contatto con qualsiasi paziente, dopo attività che possa esporre a contaminazione e dopo aver rimosso i guanti,
- il paziente, al quale sarà stata fatta indossare una mascherina chirurgica N95, dovrà essere immediatamente avviato in un locale dedicato, le cui porte dovranno essere mantenute rigorosamente chiuse;
- le pareti del predetto locale dovranno essere ricoperte con teli di plastica;
- si richiederà quindi la consulenza allo specialista infettivologo * il quale, dopo le valutazioni cliniche necessarie gestirà il successivo iter del paziente (trasferimento, ricovero, ecc...);

- in caso di ospedale sprovvisto di specialista infettivologo, il medico di guardia al P.S. provvederà al trasferimento del paziente alla più vicina U.O. di Malattie Infettive con autoambulanza del 118, secondo procedura;
- allo scopo di limitare il numero del personale esposto è opportuno che il personale addetto al triage continui ad assistere il paziente fino al ricovero nell'U.O. di Malattie Infettive o al suo trasferimento con l'autoambulanza, o alla dimissione;
- ultimata l'assistenza al paziente, dopo che quest'ultimo avrà lasciato i locali del P.S. si procederà alle operazioni di decontaminazione, pulizia ed eliminazione dei teli di plastica secondo procedura;
- al termine delle operazioni di pulizia, il personale interessato rimuove e smaltisce i DPI utilizzati secondo procedura.

* **NB** in caso di lattante / bambino piccolo – grande potrà essere richiesto anche l'intervento dello specialista pediatra per la valutazione e gestione clinica congiunta del caso.

8. TRASFERIMENTO DI PAZIENTE CLASSIFICATO COME PORTATORE DI SARS PROBABILE AL CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE

- Nel caso di classificazione di paziente, già ospedalizzato, come portatore di SARS probabile per il quale si rende obbligatorio il trasferimento presso il Centro di Riferimento Regionale (CRR), preventivamente allertato, è necessario che il trasporto del soggetto venga effettuato con autoambulanza opportunamente predisposta dal 118, impiegando il numero minimo di operatori ed in assenza di altri passeggeri o pazienti SARS negativi.
- Il personale sanitario che interverrà dovrà indossare i DPI indicati nella presente procedura e provvedere prima del trasporto a ricoprire l'interno dell'autoambulanza con teli di plastica.
- *prima dell'ingresso del paziente a bordo, isolare la cabina dell'autista chiudendo la finestra che divide la cabina stessa dal vano paziente (ove ciò non sia possibile, l'autista deve indossare una maschera FFP2 durante il trasporto);*
- Il paziente, fin dal momento della presa in carico da parte del personale di assistenza, intervenuto sul posto, dovrà indossare una mascherina chirurgica.
- *usare precauzioni standard per la raccolta ed il trasporto dei campioni biologici che devono essere confezionati in appositi contenitori;*
- *aghi e taglienti devono essere smaltiti negli appositi contenitori rigidi;*
- *i liquidi e secrezioni aspirate devono essere raccolti in appositi contenitori;*
- *tutto il materiale di protezione usato deve essere smaltito nel contenitore per rifiuti infetti;*
- *eseguire lavaggio antisettico delle mani dopo ogni contatto con il paziente e ogni volta che si rimuovono i guanti;*
- l'autoambulanza dovrà condurre il paziente presso l'area accettazione del CRR.
- nell'area accettazione il paziente sarà preso in carico dal personale dell'U.O. di Malattie Infettive ricevente.
- *ultimato il trasporto, gli operatori che effettueranno la pulizia (con idonei DPI: tuta, FFP2, guanti in gomma) procederanno:*
 - *alla pulizia della cabina dell'autista con sostanze detergenti,*
 - *alla deterzione e successiva disinfezione (p.es. con antisapril 2%) del vano paziente, delle superfici e di tutto il materiale venuto a contatto del paziente;*
 - *alla decontaminazione (granuli di Bionil lasciati agire per 5 minuti e quindi raccolti con materiale assorbente) e successiva deterzione e disinfezione delle superfici eventualmente contaminate con liquidi biologici;*

- *il personale di trasporto che sviluppa sintomi fino a 10 giorni dopo l'esposizione a SARS dovrà essere sottoposto a sorveglianza medica e segnalato all'autorità sanitaria l*

9. CRITERI PER LA DIMISSIONE ED IL FOLLOW UP

Criteria per la dimissione

<i>Sintomatologia</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>paziente afebrile da almeno 48 ore</i> ▪ <i>assenza di tosse</i>
<i>Test di laboratorio (tornati nella norma, se non giustificati da precedenti patologie):</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>globuli bianchi (linfociti)</i> ▪ <i>conta piastrinica</i> ▪ <i>creatinfosfochinasi</i> ▪ <i>test di funzionalità epatica</i> ▪ <i>proteina C Reattiva</i>
<i>Reperti radiologici</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>quadro radiologico in via di miglioramento</i>

Criteria per il follow up dei convalescenti

I pazienti convalescenti dimessi dovrebbero registrare la temperatura corporea 2 volte al giorno, ove dovesse aumentare fino a 38°C in 2 misurazioni consecutive.

Ad 1 settimana dalla dimissione, o prima, laddove il clinico lo ritenga opportuno, vanno ripetuti:

- *radiografia del torace,*
- *emocromo completo,*
- *tutti gli altri test ematochimici precedentemente risultati alterati.*

Controlli successivi sono raccomandati sino al ritorno nella norma dei quadri radiologico e clinico.

A 3 settimane dall'insorgenza dei sintomi va effettuato un prelievo per esame sierologico, da consegnare alla U.O. di dimissione.

Per almeno 7 giorni dal momento della dimissione, a scopo precauzionale, e fintanto che non si avranno maggiori informazioni sull'agente eziologico e la sua potenziale persistenza nei soggetti guariti, si raccomanda che i pazienti dimessi con diagnosi di sospetta/probabile SARS permangano al proprio domicilio, limitando al minimo eventuali contatti.

I contatti familiari di un paziente dimesso con diagnosi di sospetta/probabile SARS debbono seguire attentamente le raccomandazioni per una corretta igiene delle mani (lavaggi frequenti con acqua e sapone, oppure, quando questo non sia possibile, uso di detergenti a base di alcol da usare senz'acqua), particolarmente dopo contatti con secrezioni respiratorie, urine, feci.

Come misura precauzionale è anche opportuno non condividere salviette ed asciugamani, così come stoviglie e posate; tutti questi oggetti possono comunque essere usati da altre persone dopo essere stati lavati come di consueto (acqua calda e sapone). CRITERI PER LA DIMISSIONE ED IL FOLLOW UP

Eventuale Autopsia di Casi Sospetti

In caso di persona con malattia respiratoria non spiegata e ad esito letale, tutto il personale incaricato dell'esecuzione dell'autopsia:

- **indosserà una protezione respiratoria FFP3 o, solo se indisponibile, FFP2, guanti doppi, guanti anti-taglio occhiali o visiera o schermo (EN 166) per la protezione degli occhi (da sovrapporre ad eventuali occhiali da vista), sovra-camicia e sovra-scarpe monouso; i dispositivi di protezione**

utilizzati devono essere eliminati nell'apposito contenitore all'uscita della sala (Linee Guida CDC di Atlanta);

- laverà accuratamente le mani prima di uscire dalla sala autoptica;

Il Personale Medico dell'U.O. Anatomia Patologica:

- avvertirà la Direzione Medica
- **notificherà il caso** secondo il flusso informativo di seguito specificato.

10. DISTRIBUZIONE

- Direttore Generale
- Direttore Sanitario
- Direttore Amministrativo
- Tutti i Responsabili UU.OO.
- Responsabile Servizio Infermieristico
- Tutti i coordinatori UU. OO.
- Personale medico ed infermieristico U.O. Malattie infettive
- Personale medico ed infermieristico U.O. 118
- Responsabile servizio Prevenzione e Protezione

11. RESPONSABILITÀ

L'individuazione delle responsabilità è diversificato in ragione dei tre fondamentali obiettivi: prevenzione della contaminazione ambientale, del contagio dei lavoratori e degli altri utenti.

Considerato che le azioni da adottare per il raggiungimento di tali obiettivi sono comuni, sovrapponibili ed imprescindibili fra di loro, si ritiene che le responsabilità possano ricondursi a quelle previste dal D.Lgv. 626/94 e successive integrazioni e modificazioni, che definisce gli obblighi del Datore di Lavoro, del Dirigente e del Preposto, nonché dei Lavoratori, dal Decreto M.S. del 15.12.90 e tutta la recente normativa emanata in materia dal Ministero della Salute.

Dall'intreccio degli obblighi previsti per ciascuna figura, necessari per raggiungere gli obiettivi prima indicati, si possono estrapolare le matrici delle responsabilità.

	Direttore Generale	Direttore Sanitario Azienda	Direttore Medico Presidio	Dirigente U.O.	Caposala	Personale medico	Personale non medico
Valutazione rischi	X		X*	X			
fornitura DPI	X		X	X			
Elaborazione e revisione procedure		X	X	X	X		
controllo su rispetto procedure ed uso DPI			X	X	X	X	

Obbligo applicazione procedure ed uso DPI				X	X	X	X
Segnalazione criticità				X	X	X	X
Formazione ed informazione			X	X	X	X	X
Obbligo notifica Mal. inf.				X		X	

*congiuntamente con il medico competente

BIBLIOGRAFIA

- Agenzia di Sanità Pubblica Regione Lazio, servizio Prevenzione, Formazione e Documentazione U.O. Malattie Infettive: Prot. N. 2083 del 18.4.2003 - SARS – aggiornamento delle indicazioni per sorveglianza, controllo, gestione clinica. Prot. N. 2247 del 5 maggio 2003 – SARS: aggiornamento.
- CDC-NIOSH Alert. Preventing Needlestick Injuries in Health Care Setting. DHHS (NIOSH) Publication No. 2000-108, November 1999;
- Circolare Ministero della Salute n°4/98;
- Decreto Ministero della Salute 26/9/90 “Norme di protezione del contagio professionale da HIV nelle strutture sanitarie ed assistenziali pubbliche e private”;
- Decreto Ministero della Salute del 15/12/90;
- Decreto legge 9 maggio 2003, n.103. (GU n. 108 del 12-5-2003). Disposizioni urgenti relative alla sindrome respiratoria acuta severa (SARS). Coordinato con la legge di conversione 10 luglio 2003, n. 166, pubblicata in G.U. n. 157 del 9 luglio 2003, recante “disposizioni urgenti relative alla SARS”.
- D.Lgv. 626/94 e successive integrazioni e modificazioni;
- Documento OMS del 16 marzo 2003;
- FDA. Supplementary Guidance on the Content of Premarket Notification (510K) Submissions for Medical Devices with Sharps Injury Prevention Features (draft). Rockville, MD: General Hospital Devices Branch, Pilot Device Evaluation Division, Office of Device Evaluation, 1995
- Garner JS, The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for Isolation Precautions in Hospitals. Infect Control Hosp Epidemiol, 1996; 17:53-80.
- Giornale Italiano delle Infezioni Ospedaliere Luglio/Settembre 1997;
- ISPESL: “Linee guida per la definizione degli standard di sicurezza ed igiene ambientale dei reparti operatori”;
- Linee guida per la gestione dei casi sospetti e probabili di Severe Acute Respiratory Syndrome” a cura della Direzione Sanitaria Aziendale, Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Tor Vergata – Servizio epidemiologico e sorveglianza delle infezioni ospedaliere. 2003
- MMWR 28 marzo 2003 – www.cdc.gov
- MMWR 18 aprile 2003 – www.cdc.gov
- Melino C. “Lineamenti di Igiene del Lavoro” SEU Roma 1992 e successivi aggiornamenti SEU Roma 1995;
- **Ministero della Salute**
 - **Comunicato del 24/03/2003 - Criteri OMS per la dimissione ed il seguente follow-up di pazienti affetti da SARS**
 - **Circolare del 07/04/2003, SARS - impiego di dispositivi di protezione individuali**
 - **Circolare del 10/04/2003, SARS - Aggiornamento delle indicazioni per sorveglianza, controllo, gestione clinica**
 - **Ordinanza del 10/04/03 - Misure profilattiche contro la SARS.**

- **Circolare del 30/04/2003, SARS - Follow up dei pazienti: raccolta di informazioni cliniche e laboratoristiche**
- **Circolare del 21/05/2003, Aggiornamento delle definizioni di caso; uso delle metodiche di laboratorio per la diagnosi della SARS.**
- **Ordinanza 10 giugno 2003 “misure precauzionali atte ad evitare il rischio di trasmissione di SARS attraverso la trasfusione di sangue o di emocomponenti”.**
- **Ordinanza 10 giugno 2003 “Misure precauzionali atte ad evitare il rischio di trasmissione di SARS attraverso la donazione di organi, tessuti e cellule a scopo di trapianto”.**
- Moro M.L. “Infezioni Ospedaliere. Prevenzione e controllo.” Centro Scientifico Editore 1993;
- OSHA-U.S. Department of Labor. Enforcement Procedures for the Occupational Exposure to Bloodborne Pathogens. Directive number: CPL 2-2.69, November 27, 2001
- OSHA-U.S. Department of Labor. Safer Needle Devices: Protecting Health Care Workers. Prepared by the Occupational Safety and Health Administration Directorate of Technical Support Office of Occupational Health Nursing, October 1997
- Procedura Aziendale “norme di protezione nella gestione sanitaria del caso sospetto/probabile di SARS in ospedale” a cura della Direzione Sanitaria ASL Viterbo, 2003.
- Regione Friuli Venezia Giulia: Linee Guida per diagnosi e gestione clinico laboratoristica dei casi sospetti o probabili SARS.
- Schaffer S.D. ed altri “Prevenzione delle Infezioni e Sicurezza nelle Procedure” Pensiero Scientifico Editore 1997;
- **Regione Sardegna – La SARS: un rischio da prevenire e governare.**

SITI WEB CONSULTATI

www.ministerosalute.it

www.epicentro.iss.it

www.promedmail.org

www.who.int/csr/sarscountry/en/

www.cdc.gov

www.ispesl.it

www.asplazio.it

ALLEGATO 1

Notifica malattie infettive – SARS

Al fine di consentire la raccolta delle informazioni richieste dall'OMS e dall'Unione Europea per la sorveglianza coordinata, il Ministero della Salute ha introdotto l'obbligo di notifica di casi sospetti o probabili di SARS secondo le modalità previste per le malattie della Classe I del D.M. 15 Dicembre 1990.

Tale obbligo è ribadito con nota prot. n. 2038 e nota prot. n.2147 dell'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio aventi per oggetto: Sindrome Respiratoria Acuta Severa (SARS) - Aggiornamento delle indicazioni per sorveglianza, controllo, gestione clinica.

Per le malattie classificate in classe I deve essere osservato il seguente flusso informativo:

- segnalazione del caso, per le vie brevi e con mezzi rapidi (telefono, fax, posta elettronica) entro dodici ore dal sospetto di un caso di malattia, contattando telefonicamente il personale medico in servizio o in turno di reperibilità del Servizio di Igiene Pubblica della ASL competente territorialmente relativa al presidio ospedaliero/distretto/medico di base;
- Per consentire la raccolta delle informazioni richieste dall'OMS e dall'Unione Europea per la sorveglianza coordinata della SARS in ambito internazionale, accompagnare la scheda di notifica con la scheda riportata in allegato 2, per via fax a tutti i seguenti indirizzi:
 - Ministero della Salute- Direzione Generale della Prevenzione – via Sierra Nevada, 60- 00144 Roma, **fax 06 5994 4242**, e-mail: dvp-oemi@sanita.it;
 - Agenzia di Sanità Pubblica – Regione Lazio- **fax 06 83060405/ tel 06 83 060418 – 375**, e-mail: malinf@asplazio.it;
 - Azienda Sanitaria Locale Servizio di Igiene Pubblica;
 - Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero;

La scheda in questione va nuovamente inviata al momento della conclusione della malattia, con indicazioni sull'esito della stessa e sulla classificazione del caso, in base ai criteri sopraindicati.

ALLEGATO 2

Allegato 1

**Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione - Ufficio III
 Regione Lazio - Agenzia di sanità Pubblica - U.O. Malattie infettive
 Scheda segnalazione casi sospetti/probabili di SARS* (Classe I malattie infettive)**

Cognome e nome:		
Sesso (M/F):	Eta' (anni/mesi se < 1 anno)	
Residenza/Domicilio:		
Data inizio sintomi (gg/mm/aa)	___/___/___	Comune inizio sintomi:
Contatti con casi di SARS (SI / NO / NON NOTO)		
Paesi in cui si sono verificati i contatti (specificare)		
Situazione in cui si è verificato il contatto	1. Abitazione 2. Struttura sanitaria 3. Viaggio 4. Non noto	
nel caso di viaggi, fornire dettagli Compagnia aerea / n. volo / data volo		
Tipo di contatto	1. Essersi preso cura 2. Avere coabitato 3. Avere avuto contatto diretto con secrezioni respiratorie 4. Non noto	
Caso attualmente ricoverato in Ospedale (SI / NO / NON NOTO)		
se ricoverato in Ospedale, specificare Ospedale, Reperto, n. tel e fax		
Febbre al momento del ricovero	SI / NO / NON NOTO	(Se SI: riportare temperatura)
Ricoverato in isolamento	SI / NO / NON NOTO	
Ventilazione assistita	SI / NO / NON NOTO	
Radiografia torace	1. Reperti di polmonite 2. Negativa per polmonite 3. Non eseguita	
Campioni clinici prelevati per indagini di laboratorio	1. Tamponi nasali e nasofaringei 2. Sangue per emoculture e sierologia, comprese agglutinine a freddo 3. Urine 4. Sputo/vescreato 5. Lavaggio broncoalveolare	
Fornire indirizzo, n. tel e fax del laboratorio:		
Esito del caso	1. Dimesso 2. Trasferito all'estero 3. Deceduto 4. Perso al Follow up 5. Trasferito ad altro Ospedale	nel caso 2, specificare il Paese estero nel caso 5, specificare Ospedale
Classificazione del caso alla presentazione (sospetto/probabile)		
Classificazione finale (sospetto/probabile/escluso)		

Inviare contestualmente a:

1) Ministero della Salute, D. G. Prevenzione, Uff. III, Malattie infettive fax 06 5994424
 e-mail: dpv.oeml@sanita.it; dm.caraffo@sanita.it

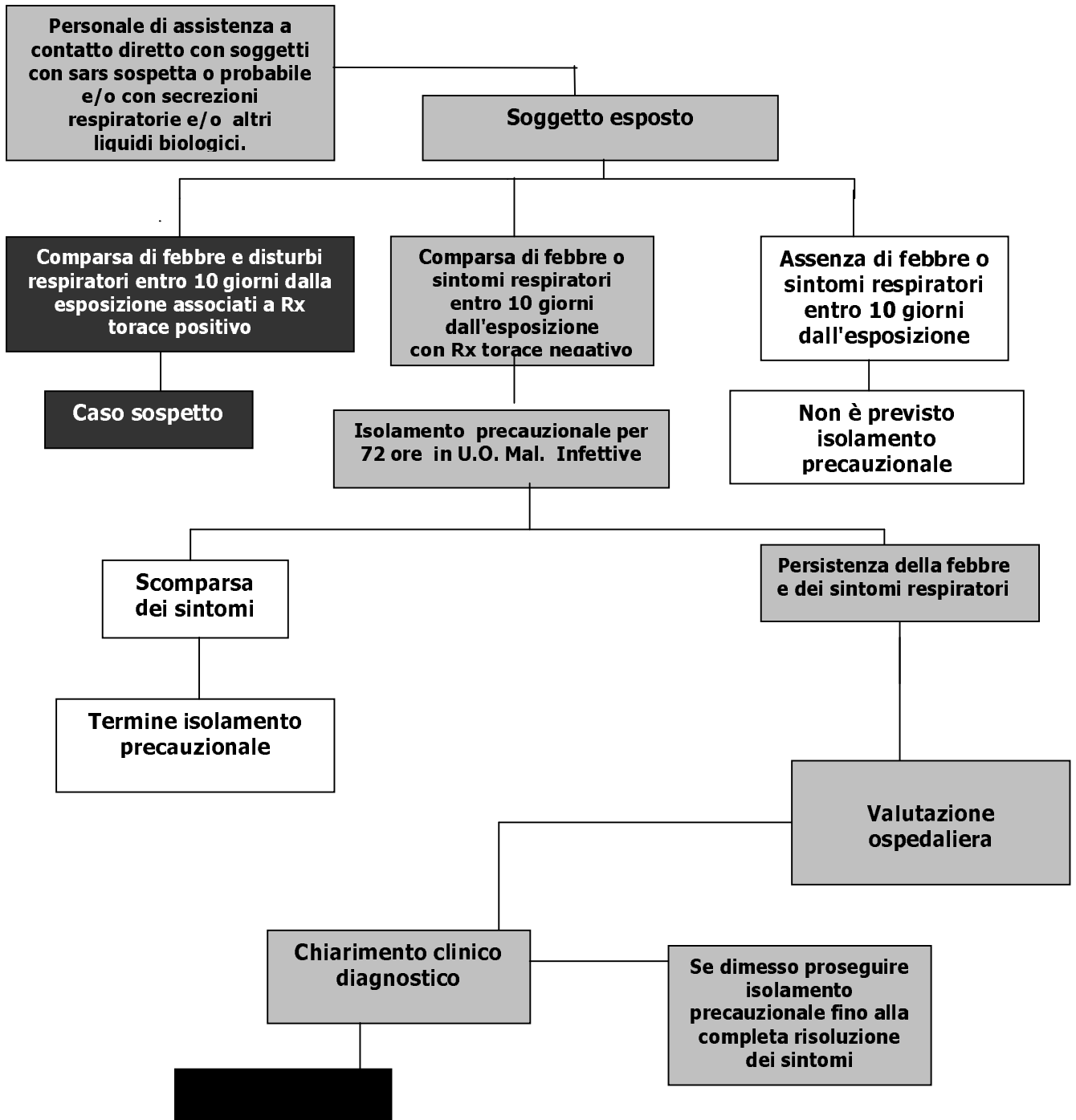
2) Agenzia Sanità Pubblica - Regione Lazio - U.O. Malattie infettive - fax 06 8306040

3) Azienda Sanitaria Locale - Servizio di Igiene Pubblica competente per territori

* La scheda va inviata al momento del ricovero (allegando i risultati preliminari degli esami di laboratorio e/o altri utili referti) e al momento della dimissione

ALLEGATO 3

SORVEGLIANZA SANITARIA PERSONALE ESPOSTO



ALLEGATO 3

PROTOCOLLO OPERATIVO CASO SOSPETTO SARS

