

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
GIUSEPPE PALUMBO

La seduta comincia alle 13,45.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori sarà assicurata anche mediante l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso.

(Così rimane stabilito).

Audizione del ministro della salute, professor Girolamo Sirchia, sulle iniziative del suo Dicastero per far fronte all'emergenza SARS e sugli esiti del Consiglio straordinario di Bruxelles del 6 maggio 2003.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione, ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento, del ministro della salute, professor Girolamo Sirchia, sulle iniziative del suo Dicastero per far fronte all'emergenza SARS e sugli esiti del Consiglio straordinario di Bruxelles del 6 maggio 2003.

Comunico agli onorevoli colleghi ed al ministro che, purtroppo, l'odierna audizione dovrà concludersi necessariamente alle ore 14,30 in quanto dovremo, successivamente, procedere ad alcune importanti votazioni nell'ambito della trattazione del successivo punto all'ordine del giorno. Inoltre, alle 15, riprenderà l'esame in Assemblea del decreto-legge sulle quote latte, con le relative votazioni.

È in distribuzione la relazione che il ministro si accinge ora ad illustrare e di cui dispongo la pubblicazione in calce al

resoconto stenografico della seduta odierna. Ringraziandolo per aver voluto corrispondere all'invito rivoltogli dalla Commissione a partecipare all'odierno incontro, do subito la parola al ministro.

GIROLAMO SIRCHIA, *Ministro della salute*. A mia volta, desidero, signor presidente, ringraziare la Commissione.

Vengo subito a riferire della cosiddetta SARS, malattia trasmissibile e contagiosa, morbo di recente insorgenza, i cui aspetti sono più spesso oscuri che noti. Avrete, quindi, pazienza se su alcuni punti non potrò essere troppo preciso.

La malattia viene per la prima volta segnalata dall'OMS il 12 marzo di quest'anno; in realtà, nasce prima, intorno al mese di novembre del 2002. Ovviamente, la percezione che si tratti di una novità mai apparsa prima sulla faccia del pianeta avviene qualche mese dopo. All'inizio, l'Organizzazione mondiale della sanità, con ottima tempestività — devo riconoscerlo —, costituisce un gruppo *ad hoc* ed emana alcune linee guida, linee cui attenersi, anzitutto, per la definizione del caso. Ovviamente, per avere, pur in mancanza di un test specifico che possa individuare correttamente i malati e distinguerli l'uno dall'altro, un dato epidemiologico abbastanza sensato, si ricorre ad un criterio di esclusione. La definizione del caso rappresenta l'unica arma vera a disposizione; il caso viene definito, appunto, quando siamo di fronte ad una persona che, provenendo da una zona a rischio, o vivendoci — poi, definirò meglio cosa debba intendersi con l'espressione « rischio » —, presenti temperatura elevata (oltre 38 gradi centigradi), tosse, malessere generale e, poco dopo, segni di insuffi-

cienza respiratoria e, eventualmente, mal di testa. Il caso si configura in questo modo.

Quindi, tutti gli Stati vengono avvisati di dove risulta confinata la malattia, in certe aree del globo ovvero nell'Estremo oriente, in alcune province della Cina, in Vietnam, a Singapore e in Canada; tutti gli Stati, però, devono essere allertati in quanto è prevenendo l'ingresso dell'infezione che si evita il rapido propagarsi della stessa. Quindi, si devono dare suggerimenti sia agli Stati a rischio sia a tutti gli altri. Perciò, il 15 marzo, noi abbiamo cominciato a prendere i primi provvedimenti, che sono stati — come è logico, in tali casi — di filtro sulle frontiere; filtro che si è avvalso della rete di controlli presso gli aeroporti, una rete di servizi sanitari di frontiera già esistente ed operativa. Si trattava di ristrutturarla ed organizzarla meglio, allertandola sul problema. Ovviamente, ciò è stato fatto e si è cominciato dai due scali internazionali dove arrivano i voli diretti, intercontinentali, dalla Cina e da Singapore; mi riferisco a Malpensa ed a Fiumicino. Si è cominciato a rafforzare ed a mettere in allarme i servizi sanitari di questi due aeroporti e si è impartita loro la direttiva di intervistare il comandante del volo mentre era in avvicinamento, o appena fosse atterrato, per segnalare l'eventuale presenza di casi sospetti; a tale scopo, si è identificato quando dovesse ricorrere l'ipotesi « caso sospetto ». Inoltre, si è cominciato a distribuire ai passeggeri brevi promemoria nei quali si spiegavano la malattia ed i suoi sintomi. Nell'evenienza di un caso sospetto, questo sarebbe stato avviato al cosiddetto canale sanitario presso il quale vi sarebbe stato un controllo almeno visivo.

Questo è stato il primo provvedimento, evidentemente legato alla non sufficiente conoscenza della malattia, che oggi sappiamo essere di bassa contagiosità ma anche di media gravità. Assumendo, invece, che fosse di bassa contagiosità e di bassa gravità, il provvedimento in questione sarebbe stato più che sufficiente; purtroppo, con il progredire delle cono-

scenze, si è man mano preso atto che la malattia si diffondeva oltre i confini dei citati Stati ed assumeva una maggiore gravità. Ad esempio, da ultimo, si è visto che la malignità dell'affezione era diversa a seconda dell'età, risultando abbastanza grave nell'età più avanzata. Di conseguenza, anche le azioni di filtro sulle nostre frontiere si sono intensificate; si è, quindi, cominciato ad affermare che sarebbe stato necessario un modulo di sbarco, che avrebbe dovuto essere compilato. Tale documento, avrebbe consentito la rintracciabilità del passeggero una volta arrivato in Italia ed avrebbe permesso di conoscere il porto di imbarco. Inoltre, si richiedeva esplicitamente che fossero indicati per iscritto eventuali disturbi accusati dal passeggero; ciò, sempre con riferimento ai due aeroporti principali, che rivestivano un'importanza centrale.

Progredendo sia l'infezione sia le conoscenze in merito, la vigilanza è stata ulteriormente intensificata; nel frattempo, l'Europa si è mossa seguendo, tramite l'Organizzazione mondiale della sanità e tramite le sorgenti di informazione nazionali, l'evoluzione dell'infezione. Quest'ultima ha visto un contenimento del contagio in quasi tutti i paesi, tranne la Cina dove, invece, la malattia ha avuto, e continua ad avere, un ulteriore sviluppo. Quindi, si tratta di un'affezione che, se si sta riducendo, come scenario, nei paesi già citati (compresi il Vietnam ed il Canada), si sta, però, ancora sviluppando in Cina. Ovviamente, la Cina incontra difficoltà importanti, che devono essere prese in considerazione: ha un'estensione immensa e ha zone rurali ancora abbastanza primitive, dove sappiamo — o, almeno, intuiamo — sia nata l'infezione. Voi sapete che si tratta di un coronavirus, probabilmente di origine animale, che si deve, forse, proprio alla promiscuità di allevamenti esistente in quel paese tra polli, anatre e maiali. Detta promiscuità fa sì che, nel maiale, si realizzi una specie di serbatoio dove le mutazioni virali sono la regola e dove, ad esempio, avviene la mutazione del virus influenzale.

Uno di questi contenitori tipici, che ogni anno genera mutanti, è proprio il maiale. Anche il coronavirus è una variante nuova di un virus vecchio che però, in questo passaggio, sviluppa un mutante che ha caratteristiche diverse da quelle benigne del passato. Questo fatto ovviamente non è modificabile, così come è difficilmente controllabile il transito di un miliardo e 300 milioni di persone che costituiscono la popolazione cinese.

Inoltre, sappiamo che il servizio sanitario cinese, pur essendo migliorato tantissimo nel decennio trascorso, è tuttora abbastanza carente per alcuni versi, così come lo è stata l'azione di filtro sui passeggeri in uscita dalla Cina, malgrado la raccomandazione dell'OMS puntasse fortemente sul filtro in uscita per bloccare i passeggeri che si imbarcavano dalle zone a rischio verso altri paesi. Solo recentemente abbiamo avuto assicurazioni che questa lacuna è stata in parte colmata.

Di fronte a questo scenario, in Italia i casi arrivati sono relativamente pochi, meno di una decina. In mancanza di un test specifico, è difficile dire quanti di quelli segnalati e notificati come sospetti saranno veramente casi di SARS, ma probabilmente non più di 5 o 6. Sono tutti casi venuti da fuori, cioè dai paesi a rischio, e non generati all'interno, e questo fa sì che l'Italia non sia un paese a rischio perché è tale quel paese in cui la malattia è autoctona, cioè si è sviluppata per contagio avvenuto all'interno.

In questa situazione ho ritenuto importante comunicare la mia preoccupazione al Consiglio dei ministri europeo in una seduta in presenza del commissario competente Byrne e del direttore generale dell'OMS, signora Brundtland. Abbiamo fatto presente che riteniamo necessario — in vista dell'attuale situazione, ma, soprattutto, di un possibile aggravarsi di quella futura, cosa che non possiamo sapere con sicurezza — ribadire la regola generale secondo la quale è necessario sempre disegnare gli scenari, perché l'analisi dei rischi è fondamentale per preparare le strutture e l'organizzazione per fronteg-

giarli. Se nessuno ci ha pensato, è difficile che al momento si possa improvvisare un piano d'azione.

Avendo invece noi preparato un piano anti SARS, che prevede anche scenari di gravità per l'autunno — che non è possibile escludere — ritenevamo importante che, oltre al filtro in uscita, ci fosse un filtro in entrata. Ho portato due soli esempi. Pensate ad un imprenditore italiano che opera in Cina e che sta poco bene, si sente la febbre e magari accusa i sintomi di una bronchite: sicuramente non vorrà farsi ricoverare in Cina, ma desidererà ritornare a casa. Se all'aeroporto gli chiederanno se si sente bene, probabilmente egli risponderà di sì, perché è suo interesse tornare a casa e mettersi nel suo letto. È ovvio, allora, che c'è una componente legata agli interessi di chi viaggia che porterà a mentire. Questo per dire che sappiamo per certo che questi controlli, fatti da impiegati del *check-in*, dipendono anche dalle persone e dal lavoro che hanno, perché se in fila ci sono 250 passeggeri da imbarcare, chiaramente il filtro avrà un'efficacia minore rispetto a quando ce ne sono solo dieci.

Non possiamo, quindi, dipendere interamente dal filtro in uscita, ancorché importante. Ecco perché ho proposto che anche l'Europa si dotasse di un filtro in entrata. Abbiamo avuto dei casi — pochi per la verità — in cui c'è stato un transito sulla Germania (in particolare, ma non solo), che non applica filtri in entrata, in quanto ritiene, seguendo l'OMS, che tutto debba gravare sul filtro in uscita, di passeggeri che sono arrivati a Milano e a Roma senza che nessuno li controllasse.

Ho fatto questi esempi anche per segnalare che questa problematica non è una mia invenzione, essendovi casi con nomi e cognomi documentati.

Il Consiglio dei ministri ha svolto una lunghissima discussione, con una difesa veramente strana dell'esistente, che io, francamente, non ho capito fino in fondo, forse perché il fatto di difendere una posizione, in quanto così era stato scritto in precedenza, è lontano dalla mia mentalità. In conclusione, dopo un'accusa

discussione, il Consiglio dei ministri ha accettato di rivolgere una raccomandazione in cui si dice che nel futuro potrebbe essere interessante e utile adottare anche un filtro in entrata, rimandando al 2 giugno, data del prossimo Consiglio, la definitiva soluzione di questo problema.

Nel frattempo io ho comunicato che, invece, noi saremmo andati avanti; infatti, abbiamo ulteriormente rafforzato gli scali internazionali, sia applicando dotazioni di sicurezza al personale ed effettuando la misurazione della temperatura (e per questo abbiamo varato un provvedimento *ad hoc*), sia potenziando il numero dei medici (grazie anche alla collaborazione delle regioni interessate), che dal 10 maggio sono entrati in forze e investiranno non solo gli *hub* internazionali ma anche gli aeroporti ordinari. Se il transito continua e anzi si intensifica con la stagione estiva e con l'aumento del turismo, o addirittura arrivano dei *charter* in questi aeroporti, che non sono snodi internazionali, non vogliamo rischiare di avere delle complicanze.

È stato approntato da una commissione *ad hoc* del Consiglio superiore di sanità, che ha studiato e prodotto ottimi documenti, un piano nazionale anti SARS, che prevede in questa prima fase solamente misure di prevenzione, cioè di filtro, quali quelle che ho descritto, e per il futuro un piano che ipotizza uno scenario peggiore, quindi l'eventualità che in autunno si sviluppi un'infezione più grave con la concomitanza dell'arrivo delle influenze, ma non solo.

Tra l'altro, abbiamo la fortuna di poterci avvalere dell'esperienza dell'Australia, che sta andando incontro all'inverno e che quindi sarà un modello (mi dispiace per loro) per noi molto utile, perché vedremo se il binomio influenza ed eventuale SARS possa peggiorare la situazione.

Abbiamo seguito tutta questa vicenda rifacendoci non solo all'esperienza pregressa, che ovviamente è sempre preziosa, di epidemiologi e igienisti che hanno studiato queste cose prima di noi nei « sacri testi », ma anche a quella che abbiamo acquisito con la preparazione al bioterror-

rismo, perché le due situazioni sono analoghe, in quanto in entrambi i casi si ipotizzano scenari in cui agenti trasmissibili potrebbero essere artatamente disseminati nella nostra popolazione.

Anche in quel caso, come sempre nei sistemi di sanità pubblica, è importante avere contro le infezioni quella che si chiama la *preparedness*, la preparazione, quindi l'analisi dei rischi per disporre di una visione complessiva dello scenario, seguito da un sistema di allerta rapida e di notifica e dall'intervento rapido. Quest'ultima fase è parte del piano presentato ieri alle regioni (che ha ricevuto ottima accoglienza e commenti positivi), che si condensa in dieci punti essenziali per affrontare l'infezione, qualora in autunno divenisse motivo di preoccupazione.

Ci siamo basati ovviamente sulla situazione esistente, rappresentata da una rete di reparti di malattie infettive, un certo numero di camere a pressione negativa per l'isolamento e determinati modi di comportamento per far sì che le persone, prima di recarsi al pronto soccorso (dove potrebbe verificarsi lo *spread* dell'influenza), rimangano confinate a casa, ed evitino di frequentare ambienti altamente affollati, sollecitando anche le ASL a verificare che i cubi d'aria siano rispettati. Non c'è virus dove non c'è aria: è uno slogan approssimativo, ma indicativo del fatto che, se vi è ricambio d'aria, si possono ridurre i rischi. Questi dieci punti sono essenzialmente profili di igiene pubblica cui attenersi.

Ieri — come ho accennato — si è svolta una riunione con le regioni con una partecipazione notevole ed i rappresentanti regionali hanno fornito un suggerimento particolarmente importante, cioè attivare una campagna di prevenzione dell'allarme sociale, che potrebbe essere devastante. Stiamo quindi lavorando ad un piano che presenteremo alle regioni, in maniera da rendere espliciti alle persone quali siano i termini del problema e gli interventi necessari.

Si tratta di uno dei problemi più gravi, come abbiamo potuto vedere proprio in questi giorni, quando si sono verificati

episodi di sindaci che hanno chiuso le scuole o di ristoranti cinesi oggetto di paura. Le persone legano la Cina al pericolo e tutto quanto è cinese, comprese le merci (le quali ovviamente non comportano alcun rischio), viene allontanato, eliminato dalla nostra mente ancor prima che dalla nostra vita.

Un altro intervento consisterà nel raccomandare e sollecitare la popolazione anziana alla vaccinazione antinfluenzale per ridurre i rischi. Qualora, un domani, dovesse esservi un effetto sinergico dell'influenza e della SARS, la vaccinazione, prevenendo l'influenza, preverrebbe automaticamente anche il danno grave.

Vi saranno anche altre modifiche tecniche di minore importanza. La richiesta è che i tecnici regionali facciano pervenire le modifiche, in modo che entro il 30 maggio il piano sia chiuso in maniera definitiva, condiviso e soprattutto divulgato, in modo che tutti sappiano come comportarsi.

PRESIDENTE. Ringrazio il ministro per la esauriente relazione e per la documentazione consegnata alla Commissione.

Ricordo che entro le 14,30 dobbiamo concludere l'audizione; quindi invito i colleghi che desiderano intervenire a contenere i tempi dei loro interventi. Do loro la parola.

GRAZIA LABATE. Ringrazio in maniera non formale il ministro Sirchia per la relazione fornita e per il materiale consegnato, che sicuramente leggeremo con attenzione, in quanto le sue affermazioni cadono in un contesto in cui è ormai riconosciuto che l'Italia è intervenuta in maniera idonea e tempestiva.

Il gruppo dei Democratici di sinistra ha chiesto al presidente della Commissione di fissare la sua audizione, signor ministro, perché seguivamo con attenzione lo sviluppo della malattia in Europa e nel mondo e abbiamo reputato importante che il Parlamento fosse interessato da un'informazione capillare sul tema.

Ciò che lei ha riportato, signor ministro, in merito all'incontro con le regioni

costituisce un tema che penso tutti i colleghi abbiano affrontato negli ultimi mesi nei propri collegi, ascoltando le preoccupazioni dei sindaci, dei cittadini e degli stessi operatori del Servizio sanitario nazionale.

Detto ciò, le sottopongo alcune domande derivanti da alcune riflessioni sulla materia. La prima riflessione è che la vicenda SARS suona come un campanello d'allarme circa il modo in cui la prevenzione sulle grandi epidemie debba svolgersi, nell'età moderna, nei sistemi sanitari. Oggi stiamo parlando di SARS ma, come lei ha giustamente accennato nella sua relazione, siamo dinanzi a fenomeni di mutazioni di agenti virali così complicati e complessi che dobbiamo stare in allerta sia dal punto di vista della prevenzione, sia per un rilancio serio della ricerca, soprattutto nel campo legato agli agenti mutanti di tipo virale, per cercare di approfondire ricerca e sviluppo di prodotti farmacoterapeutici capaci di affrontare tali aggressioni.

Da questa riflessione deriva una richiesta che le rivolgo a nome del gruppo dei Democratici di sinistra: non è tollerabile che l'Europa, essendosi data un sistema di sorveglianza e di allerta serio per la salute animale, abbia incontrato le resistenze da lei descritte in materia di sorveglianza ed allerta tempestiva sulla salute umana. Di conseguenza, la richiesta che le rivolgo è di insistere su questo aspetto nella riunione dei ministri europei che si svolgerà il 2 giugno e, poiché essa precederà di poco l'assunzione della presidenza italiana in ambito comunitario, di portare avanti (ho letto sui giornali che lei ha condiviso le affermazioni del commissario Byrne) la creazione di un centro europeo, sul modello della CDC americana, capace di sorvegliare queste epidemie.

La seconda richiesta è che lei insista molto perché nella nuova Costituzione europea il principio della protezione della salute umana da apprestarsi con opportuni strumenti di tutela venga affrontato. Non è una richiesta di tipo ideologico, avanzata in modo enfatico; conosco, infatti, la resistenza che esiste da parte dei

paesi membri, ma credo sia molto importante che proprio l'Italia, guidando il nuovo semestre, si faccia portavoce di tale istanza.

La terza ed ultima richiesta riguarda la coerenza che si deve avere in tale vicenda; al riguardo, condivido in profondità il modo con cui, nel mio paese, si sta affrontando, con puntualità, la questione in oggetto. Però, signor ministro, credo vi sia bisogno di coerenza; altrimenti, rischieremmo di essere stati bravi in partenza per poi — come ricordava, d'altro, lei stesso — fare passi indietro coll'approssimarsi dell'autunno, quando tutto è prevedibile (ad esempio, l'incrocio di effetti combinati influenza-coronavirus). Non si tratta soltanto di allertare i cittadini, anche se condivido la campagna espressa dalle regioni e l'attivazione affinché la popolazione anziana sia sensibilizzata alla vaccinazione. Credo, però, che dobbiamo fare altro ancora prima dell'autunno; anzitutto, trovare nel Governo nel suo complesso la disponibilità perché le risorse economiche per la ricerca e lo sviluppo siano attivate. Occorrono, in questa materia, risorse economiche adeguate per la ricerca e lo sviluppo nel paese; al riguardo, le chiederei di condurre una battaglia perché le risorse per il fondo sanitario nazionale siano adeguate: destinare il 5 per cento della nostra dotazione alla prevenzione è veramente risibile; mi auguro quindi si possa arrivare al 10 per cento.

GIULIO CONTI. Signor ministro, mi complimento per il suo tempestivo intervento, operato anche a livello europeo; glielo dico molto sinceramente, si è trattato di un'ottima iniziativa.

Le esporrò le mie preoccupazioni, con alcune considerazioni molto sintetiche.

Ho visto una grande attività nei confronti degli aeroporti; devo, però, notare una certa mancanza di attenzione nei confronti dei porti e degli equipaggi che operano in tutta la nostra penisola, sia quelli mercantili sia quelli militari. Una maggiore attenzione si dovrà porre necessariamente su tale fronte, anche perché molta della marina mercantile è impe-

gnata nella importazione ed esportazione di animali. Le questioni che le pongo — alle quali mi pare abbia già risposto — concernono gli aspetti seguenti: la trasmissibilità di tale virus, che avviene non soltanto da uomo ad uomo ma anche da animale a uomo (anzi, come è stato dimostrato anche per altri tipi di virus, l'affezione parte dall'animale e si trasmette all'uomo); la mutazione del virus stesso, perché non è ancora molto chiaro se sia soltanto uno; le ultime notizie giornalistiche sulla possibilità che la Germania abbia fatto delle scoperte in base alle quali sarebbe possibile individuare il virus o, comunque, arrivare rapidamente alla produzione di un vaccino; in tale ultimo caso, poi, si pone anche la necessità di attivarsi per tempo.

Altro aspetto che ritengo molto importante è che tutti gli ospedali italiani siano preparati ed istruiti per tale tipo di intervento; intervento che sarà non più soltanto preventivo ma anche, forse, di tipo curativo. Si deve tenere presente, però, che, ad oggi, la cura non esiste; questo è il discorso di fondo, che si riferisce a quanto poc'anzi riferito. Non occorre tanto mettersi a studiare ora, sarebbe utopistico; piuttosto, si tratta di svolgere alcune considerazioni.

Lei ha parlato dell'Australia; ritengo lo abbia fatto in modo esemplificativo, per il futuro. Con il caldo, il virus perde molta della sua capacità di riproduzione, rallenta molto; con il freddo, aumenta. Ciò, almeno, per i virus influenzali che abbiamo conosciuto fino ad oggi, provenienti tutti dal mondo asiatico. Anche questo dovrebbe suggerire qualche considerazione, che però, non è il caso di svolgere ora.

Ritengo che, con il freddo, vi sarà un aumento della morbilità e, quindi, una diffusione della malattia; pertanto, occorre una grande severità nei confronti di quanti — sia, per così dire, come abusivi sia, anche, perché impegnati in un lavoro, o negli affari — viaggiano nei paesi a rischio. Costoro devono riflettere sui rischi e devono essere costretti dal Ministero stesso a prendere in seria considerazione la faccenda. In tale vicenda, non può esserci

una libertà di movimento per motivi di affari; non ritengo, peraltro, che rimanere in Cina comporti una diminuzione delle garanzie per il soggetto che eventualmente si ammali in Cina, o per il quale esiste il sospetto che si ammali colà. Infatti, l'intervento curativo, in Italia, non vi sarà o, comunque, non sarà superiore a quello fornito dagli ospedali cinesi.

Quanto alle mascherine, esse hanno una grande impatto sull'impressione della gente come tipo di prevenzione e, addirittura, come metodo curativo; ebbene, le maschere devono essere di diverso tipo. Lei sa bene che quelle che funzionano sono al carbonio, ma l'individuo resiste molto poco indossandole: quindi, nello stabilire i turni di quanti prestano assistenza ai malati, occorrerebbe prevedere una grande mobilità. Ritengo, dunque, che l'impegno dell'assistenza debba essere distribuito su una *équipe* molto numerosa di personale sanitario (assai più di oggi, sebbene, ora, si stia facendo il possibile).

Quanto, poi, ai controlli sugli ingressi e sulle uscite, ritengo che in Europa, in America, ovunque, tutti debbano accettarli; una grande attenzione deve essere prestata anche ai nostri militari che vanno nei paesi asiatici. Ad esempio, in Iraq, non si sa ancora se la malattia si sia già diffusa; (infatti, con la guerra appena terminata, ritengo impossibile si sia appurato ciò).

In Cina, la malattia, purtroppo, è ancora in grande sviluppo e si sta diffondendo sempre più. A mio avviso, le statistiche sono falsate; ricordo il caso del ministro della sanità cinese il quale prima ha dichiarato, addirittura, la fine del contagio, e poi si è visto destituito dal Governo, che lo ha sostituito. Ciò lascia intendere l'esistenza di molti aspetti e di molti poteri che ostacolano una prevenzione seria ed efficace. Quindi, il Governo italiano deve essere molto vicino al ministro della sanità perché possa agire. Vorrei esprimere anche una mia considerazione, forse di natura politica e non del tutto pertinente all'audizione in corso. Ritengo che i maggiori poteri debbano essere conferiti al Ministero e devono essere centra-

lizzati mentre le regioni debbono conformarsi a quanto stabilisce il ministro. Non è possibile, infatti, che ogni assessore alla sanità appresti un diverso intervento nella regione di sua appartenenza.

Ciò è quanto credo sia opportuno affermare ad alta voce, dandone notizia anche alla gente, come, peraltro, lei ha fatto finora. Bisogna farlo con molta sincerità e schiettezza, in quanto ognuno deve assumersi le proprie responsabilità in modo molto costruttivo.

DOMENICO DI VIRGILIO. Ringrazio il signor ministro per la tempestività, la correttezza e anche per il modo scientificamente corretto con cui ha affrontato il problema. Desta meraviglia che la sua iniziativa a livello europeo non sia stata presa al volo dagli altri paesi, che hanno sottovalutato, fino a questo momento, il problema; problema che sicuramente ha uno scenario ancora imprevedibile in quanto conosciamo ancora poco, sia circa le vie, ignote, di trasmissione sia per quanto riguarda i vettori (serbatoi forse naturali, cioè gli animali).

Non vogliamo certamente creare panico e non siamo tornati al 1917-1918, quando si diffuse la cosiddetta spagnola; tuttavia, come noi ci « attrezziamo » contro i virus, così anche questi ultimi diventano, poi, maggiormente resistenti ai nostri interventi.

Oltre alla condivisione di tutte le iniziative assunte dal ministro, mi limito a fare alcune osservazioni rapidissime. Anzitutto, bisogna persistere in questa corretta informazione data ai cittadini; ciò, proprio per anticipare le situazioni di panico che potrebbero verificarsi in autunno. Per esempio, sarebbe possibile e gioverebbe anticipare una campagna di vaccinazione antiinfluenzale? Infatti, spesso, in tali casi, quando si manifestano tosse, febbre, mialgie come l'influenza, si diffondono sentimenti di paura. Sarebbe utile anticipare al massimo, con la disponibilità di nuovi vaccini, una vaccinazione antinfluenzale di massa delle persone a rischio.

Poi, occorre fornire linee guida aggiornate ai medici di famiglia ed ospedalieri, con una *newsletter* mensile. Servono, quindi, controlli su tutte le frontiere (aria, acqua, terra) e una cooperazione internazionale più stretta. Nel prossimo incontro europeo, lei, ministro, avrà sicuramente modo di sollecitare le altre nazioni in tal senso; con il semestre italiano, come è stato già notato, avremo la possibilità di incidere più profondamente. Infine, logicamente, occorre la messa a disposizione di terapie emergenti: non, quindi, soltanto quelle antivirali note (come la ribaverina) ma anche quelle che sicuramente in questo lasso di tempo si svilupperanno.

PIERGIORGIO MASSIDDA. Sottoscrivo pienamente quanto espresso dai colleghi precedentemente e, in particolare, quanto testé affermato dall'onorevole Di Virgilio.

A nome del gruppo di Forza Italia ringrazio il ministro, alla cui azione diamo il nostro pieno sostegno. Credo si sia contraddistinto a livello europeo per la tenacia con la quale ha voluto perseguire, se mi permettete l'espressione, la verità. A mio avviso, infatti, la scelta di non allarmare la gente e di raccontare i fatti in maniera disordinata ha sortito l'effetto opposto di allarmarla di più.

Voglio soffermarmi solo su due aspetti; uno è quello commerciale. Lei ha fatto l'esempio degli operatori. Ormai con la Cina di Taiwan e con la Cina popolare abbiamo un rapporto commerciale fortissimo e strettissimo. L'unica cosa che ci spaventa è che sembra che a temperatura ambiente il virus resista molto nelle materie plastiche, perché noi importiamo soprattutto queste materie. Fortunatamente, invece, ho avvertito dalla relazione che le prove della trasmissione tramite animali non ci sono. Vorrei la conferma che ho capito bene.

Sottolineando l'esigenza di mantenere uno stretto rapporto anche con la sanità nazionale, le chiedo di proseguire in questa direzione insistendo sul centro di coordinamento, perché il ruolo dell'informazione sarà importantissimo.

Probabilmente, come lei ha avuto modo di dire, affidare certe scelte esclusivamente ai dipendenti del *check-in*, piuttosto che ad operatori sanitari, è un sistema troppo debole. Bisognerebbe essere più energici e applicare questi controlli in tempi brevissimi anche nelle città turistiche, dove di qui a poco atterreranno molti *charter* dalle zone a rischio.

Voglio sottolineare, infine, una cosa importantissima da lei detta: nell'altro emisfero, vicino all'Asia, sta arrivando l'inverno. Da giugno a luglio, soprattutto in Australia, si verificano esattamente le stesse patologie che da noi si sviluppano in autunno. Io credo che tutta l'Europa, ma in particolar modo l'Italia, debba mantenere uno stretto contatto con questi paesi, sotto certi aspetti più esposti, perché si possa applicare immediatamente un sistema di prevenzione.

GIUSEPPE CAMINITI. Ringrazio il ministro per la sua presenza qui oggi e per tutto quanto egli ha fatto in tema di gestione e di prevenzione della SARS.

Sono un anestesista rianimatore e vorrei scendere un po' nel particolare. Tenuto conto che il 10 per cento dei malati di SARS ha bisogno di assistenza respiratoria e di rianimazione, desidero sapere — essendo i nostri centri di rianimazione in Italia per la maggior parte polivalenti (ossia ricevono patologie di vario tipo, dal trauma cranico all'insufficienza respiratoria acuta, all'intossicazione) — se le regioni, sollecitate dal Ministero della salute, hanno fin da ora approntato delle zone di terapia intensiva separate dalle altre. Questo è necessario per affrontare i casi estremi e più gravi, che altrimenti non guarirebbero.

CARLA CASTELLANI. Ringrazio il ministro per la sua disponibilità e per la sua relazione, ma anche per l'impegno dimostrato nella tutela della salute di tutti i cittadini italiani.

Colgo l'occasione — non so se questa è la sede adatta — per sottoporre al ministro un problema. Nella mia città, signor ministro, nel mese di luglio si svolge una

manifestazione sportiva di pallamano alla quale partecipano circa 4-5 mila giovani, tra ragazzi e accompagnatori, con squadre che provengono dai paesi dell'est, dalla Cina e dall'America latina. Questa manifestazione dovrebbe svolgersi anche il prossimo luglio per una settimana.

Un numero consistente di cittadini si è rivolto a me perché gradisce che questa manifestazione si svolga, ma, nello stesso tempo, è preoccupato per le conseguenze di carattere sanitario, tenendo conto dei problemi della SARS. È vero che è stato detto che le squadre di giovani provenienti dai paesi a rischio quest'anno non dovrebbero partecipare. Però, le chiedo se è opportuno che questa manifestazione si svolga, così come è interesse anche del nostro territorio, e se del caso, quali possano essere le misure sanitarie di prevenzione da prendere per garantire a questi ragazzi — che vengono alloggiati nelle scuole, non bastando le strutture alberghiere, e quindi anche valutando questa promiscuità — ma anche ai nostri concittadini, il massimo della sicurezza.

FRANCESCO PAOLO LUCCHESI. In occasione dell'informativa resa in aula il 16 aprile scorso, mi dichiaravo soddisfatto delle informazioni date allora. Però concludevo dicendo che l'impegno per evitare l'allarmismo ci deve essere, ma si deve anche non sottovalutare e minimizzare questa patologia, che non sappiamo quale evoluzione avrà. Infatti, ero stato facile profeta e il Governo si è impegnato in questo mese nella risoluzione di questa problematica ed è stato protagonista in Europa. Di questo gli diamo atto.

Voglio solo sottolineare quello che ha detto l'onorevole Conti prima di me. È ovvio che i centri di malattie infettive negli ospedali italiani, oltre ai due individuati, devono essere attrezzati, perché non sappiamo come il fenomeno si svolgerà. Ho già detto questa cosa in quella sede e ora lo ripeto.

Voglio comunque dare atto al ministro del massimo impegno che sta mettendo in questa vicenda. Noi, che siamo medici, impegniamo la nostra vita in questo set-

tore e la nostra esperienza ci porta ad essere molto prudenti. Se a volte la prudenza può sembrare un eccesso, in questo caso non è mai troppa.

CESARE ERCOLE. Mi associo ai ringraziamenti dei colleghi al ministro.

Vorrei fare una considerazione di tipo politico. Innanzitutto, mi complimento con il ministro perché non avevo dubbi che dal punto di vista clinico ed epidemiologico la situazione sarebbe stata governata in modo esemplare grazie alla sua professionalità, ma ancor di più dal punto di vista politico. Su questo faccio due considerazioni. La prima sul fatto che con la circolare del 10 aprile lei ha dato una risposta certa e sicura alla nostra interpellanza riguardo alla presenza di extracomunitari e clandestini allertando le prefetture, e di questo le siamo grati.

In secondo luogo, è forse la prima volta che un ministro italiano va in Europa e fa sentire la sua voce — cari signori, questo è l'aspetto politico di maggiore importanza — con una proposta seria; mi associo a quanto detto dalla collega Labate sull'opportunità che l'Europa costruisca questo centro CDC, che lei ha proposto a livello europeo e che auspico lei porti avanti con tutta la forza. Ribadisco l'opportunità e la capacità politica del nostro ministro che ha fatto tantissimo per noi e per la nostra nazione.

Do una piccola risposta polemica all'onorevole Conti. Forse questo è uno dei tanti problemi che anche la Lega, federalista e devoluzionaria, ritiene che debba essere di competenza del ministro della salute.

PRESIDENTE. Do la parola al ministro per la replica.

GIROLAMO SIRCHIA, *Ministro della salute*. Ringrazio il presidente e tutti i colleghi che hanno posto una serie di questioni importanti e assai interessanti.

Il cosiddetto CDC europeo è stato da noi appoggiato incondizionatamente, così come da altri paesi, anzi, per onor del vero, devo dire che il primo paese che ha posto il problema è stata la Francia.

Penso che abbia buone possibilità di essere istituito, anche se gli ostruzionismi, derivanti dalla sovranità dei paesi membri, difesa in maniera ossessiva malgrado l'evidenza della necessità e l'urgenza di avere una rete ed un coordinamento, non sono indifferenti. Ovviamente rimane nell'operatività dei paesi membri e compete alla loro sovranità gestire il proprio sistema di salute pubblica; però, in assenza di coordinamento, la rete rischierebbe di essere inefficace, perché le infezioni o le nubi tossiche non hanno frontiere.

Nella situazione odierna la salute pubblica non riguarda soltanto le infezioni, ma anche altri aspetti, come il bioterrorismo, la sicurezza alimentare, quella ambientale e gli stili di vita e, se i rapporti tra gli Stati non saranno improntati al coordinamento, come avviene negli Stati Uniti, perderemmo una grande opportunità.

Per quanto riguarda le risorse, sono state usate quelle allocate per il bioterrorismo perché si ha ragione di ritenere che mentre il pericolo del bioterrorismo è decrescente, quello relativo all'infezione della SARS è in crescita.

Vorrei, comunque, ricordare che la SARS è soltanto uno dei pericoli attuali. Il Comitato di valutazione dei rischi presso il consiglio superiore della sanità effettua una « mappatura » di vari scenari, dai Balcani all'Africa. Il 1° luglio si svolgerà presso l'Istituto superiore di sanità un convegno con l'organizzazione Medici senza frontiere sulla malaria resistente al trattamento, una malattia trasportata nel nostro paese dalle zanzare con i voli aerei ed anche con i bagagli. Bisogna quindi mettere a fuoco i farmaci capaci di incidere sul plasmodio.

Il plasmodio resiste a tutti i mezzi tradizionali ad eccezione della artemisinina, farmaco estratto dalle foglie di una pianta cinese che dimostra particolare efficacia se associato ai farmaci tradizionali. La artemisinina non è disponibile se non in misura limitata e non esiste ancora un piano di diffusione della terapia. In questo convegno (sarà presente anche il professor Feachem, direttore esecutivo del Global Fund) si cercherà di capire come realiz-

zare velocemente un farmaco generico, non soggetto a « patente » e quindi accessibile anche economicamente e disponibile per tutti. Si tratta di una problematica immensa.

Stiamo conducendo uno sforzo con gli ospedali e le imprese italiane nel mondo, affinché accanto agli ospedali italiani in Africa sorgano imprese italiane che producano farmaci generici. È fondamentale per sviluppare tale attività nel continente.

Per quanto riguarda i porti, quelli in cui giungono i cargo dalla Cina e dalle zone dell'Estremo Oriente sono due, Vado Ligure e Gioia Tauro. In questi due porti è presente la sanità marittima la quale segue le regole già evidenziate, però il rischio è decisamente minore, perché chi si imbarca impiega cinque giorni per giungere a Gioia Tauro, un lasso di tempo pari alla metà del periodo massimo di incubazione.

Per i clandestini provenienti dall'Estremo Oriente, i quali sono relativamente pochi, insieme al prefetto di Roma, che ha funzioni di coordinamento, e grazie alle ASL, abbiamo organizzato il controllo vicino ai centri di accoglienza.

GIULIO CONTI. I cinesi non sono pochi.

GIROLAMO SIRCHIA, *Ministro della salute*. Indubbiamente i cinesi presenti in Italia sono molti, ma i clandestini sono pochi. Esiste una problematica propria della clandestinità cinese, ma non è questa la sede per discuterne. Abbiamo agito presso i campi di accoglienza, che rappresentano il luogo su cui possiamo incidere, ed è in atto un controllo anonimo per verificare se le attività siano realmente espletate. Il rischio spesso è che si afferma di compierle senza che ciò accada realmente.

Per quanto riguarda le mascherine, pensiamo che i modelli FFP2 siano più che sufficienti. Questi, diversamente dalle mascherine FFP3, non procurano fastidi. È stato auspicato di prendere provvedimenti più radicali, ma in questo caso si rischia di creare problemi al personale che lavora.

Da quanto è in nostra conoscenza, è inutile giungere a questi estremi: ripeto, il modello FFP2 è sufficiente.

Condivido pienamente i discorsi relativi all'informazione. Stiamo studiando i messaggi che dovranno essere istituzionalmente inviati dallo Stato e dalle regioni, ma anche da associazioni e gruppi che operano nel territorio. Il messaggio dovrà essere « capillarizzato » affinché giunga in maniera incisiva alle persone.

Dobbiamo anche stare molto attenti a non penalizzare gli scambi commerciali. Il *trade off* importante è far sì che la prevenzione dia il massimo risultato senza ostacolare gli scambi, altrimenti si rischierebbe di provocare un danno all'economia. Il nord-est italiano — ma non soltanto questa area — lavora molto con la Cina ed ha con essa importanti e fondamentali rapporti dal punto di vista economico e, perciò, deve essere salvaguardato; non possiamo rischiare di far fallire molte imprese medie e piccole che vivono su questo rapporto commerciale. Bisogna pertanto fare attenzione a salvaguardare prioritariamente la sanità pubblica, ma senza danneggiare le attività commerciali.

GIULIO CONTI. Anche le Marche rappresentano una zona di forti scambi commerciali.

GIROLAMO SIRCHIA, *Ministro della salute*. Certamente. Il discorso è valido anche che per la regione Marche.

In relazione all'arrivo nel nostro territorio di gruppi provenienti dalle zone a rischio per partecipare a manifestazioni sportive o a fiere, non è necessario, come abbiamo già visto in occasione della fiera dell'occhiale svoltasi a Milano, imporre limiti, sia perché alcune delegazioni cinesi annullano il viaggio sia perché, quelle poche che arrivano, sono evitate dalla gente.

Per quanto riguarda le competizioni sportive, i filtri all'ingresso possono verificare, così come avviene per le altre

persone, lo stato di salute dei partecipanti. Sarebbe estremamente dannoso fornire l'immagine di un paese « blindato » che rifiuta gli scambi. Si tratterebbe di un grave danno di immagine anche per la Cina, da cui sono giunti inviti alla prudenza, perché si teme una crisi epocale. Il rinnovamento in atto potrebbe essere bloccato generando pericoli immensi di « ribaltoni » politici, come avvenne in Russia dopo l'incidente di Chernobyl.

Quindi, bisogna muoversi con grande prudenza; salvaguardare la salute pubblica ma anche tutelare i diritti della gente a vivere e a commerciare.

Stiamo mettendo in atto, con le regioni, alcuni censimenti, sia per i reparti di malattie infettive, sia per i reparti di rianimazione degli ospedali; si tratta di un problema vero. Al riguardo, ignoro — ovviamente, lo sanno le regioni — come i pronto soccorsi e, in genere, i reparti di rianimazione (o, almeno, alcuni di questi) siano attrezzati; le differenze, a volte, sono grandi tra alcune regioni e le altre. Quindi, si tratterà di capire l'attuale situazione, che in questo momento, ripeto, non conosco.

PRESIDENTE. Ringrazio il ministro.

A nome della Commissione, faccio presente che siamo sempre disponibili a ricevere qualunque tipo di comunicazione dal Governo. La nostra è quasi una situazione di « convocazione permanente » per eventuali fatti gravi che dovessero insorgere, che ovviamente speriamo non si producano.

Dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 14,45.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

DOTT. VINCENZO ARISTA

*Licenziato per la stampa
il 3 giugno 2003.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

ALLEGATO



Ministero della Salute

Direzione Generale della Prevenzione
Ufficio III

SARS (SINDROME RESPIRATORIA ACUTA SEVERA)

La SARS 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'Organizzazione Mondiale della Sanità (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).

EZIOLOGIA E PATOGENESI

La collaborazione a livello internazionale tra diversi laboratori e centri clinici, coordinata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, ha identificato quale agente eziologico della SARS 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 (vedi scheda in allegato 1).

Il sequenziamento del genoma dei ceppi di *Coronavirus* associato alla SARS (SARS CoV) ha portato ad evidenziare varianti diverse del virus, cui sembrano essere associati diversi gradi di virulenza. Tale dato sarebbe indirettamente confermato dal diverso tasso di letalità riscontrato in Canada (14,9%), ad Hong Kong (11%), Hanoi (9%), Cina (4,7%); il tasso di letalità media, calcolato alla data del 3 maggio, è del 6,9%.

In generale i *Coronavirus* sono scarsamente resistenti nell'ambiente esterno, potendo essere rapidamente inattivati dagli agenti naturali di disinfezione (calore, essiccamento, luce solare) oltre che dai comuni disinfettanti chimici.

Dati più recenti, pubblicati sul sito dell'OMS, indicano che il *Coronavirus* associato alla SARS può resistere anche alcuni giorni nell'ambiente esterno, se protetto da matrici organiche, in particolare feci ed urine: nelle urine, a temperatura ambiente, il virus può sopravvivere fino a 24 ore, mentre nelle feci fino a 2 giorni; nelle feci diarroiche, in considerazione della minore acidità (pH maggiore) la sopravvivenza potrebbe arrivare a 4 giorni.

E' stata inoltre osservata una maggiore persistenza, a temperatura ambiente, del *Coronavirus* associato alla SARS su superfici di plastica, il che potrebbe giustificare la trasmissione dell'infezione non solo a seguito di contatti ravvicinati tra malati e sani, ma anche attraverso oggetti contaminati di recente, dato particolarmente importante soprattutto in ambienti sanitari. Va altresì rilevato che il Dr. Stohr dell'OMS ha anche precisato che non è noto se il virus possa comunque sopravvivere in cariche tali da potere ancora provocare infezione.

E' stata invece esclusa la possibilità della trasmissione dell'infezione ad opera di animali quali roditori o insetti, che possono al massimo avere svolto un ruolo di vettori passivi, trasportando passivamente materiale contaminato (deiezioni umane, particelle di escreato) da un posto all'altro.

Per ciò che concerne la patogenesi, l'OMS sta accumulando una significativa quantità di dati che depongono per un ruolo del sistema immunitario nella genesi delle principali manifestazioni cliniche della SARS (febbre, tosse, difficoltà respiratorie).

CARATTERISTICHE CLINICHE

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, diarrea e altri disturbi gastrointestinali; 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.

In molti pazienti è stata osservata leucopenia e linfocitopenia, oltre ad una diminuzione del numero delle piastrine; risultano inoltre alterati, in molti pazienti, alcuni valori enzimatici, quali la ALT, AST, CPK, LDH.

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. A volte, la risoluzione del focolaio infiammatorio in una area era accompagnata, dal punto visto radiologico, la comparsa di focolai infiammatori in altre aree polmonari.

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).

Sono stati recentemente segnalati, da Hong Kong, 12 casi di "ricaduta" di SARS (relapse), a distanza di due settimane dalla dimissione ospedaliera; non è dato in questo momento sapere se si è trattata di reinfezione endogena, ovvero di una nuova infezione. E' certo che casi di ricadute non sono stati osservati nei pazienti della prima ondata, in cui l'impiego di corticosteroidi è stato differito fino alla comparsa di segni di insufficienza respiratoria grave, il che potrebbe avere consentito una migliore risposta del sistema immunitario all'infezione.

La letalità media della SARS, sulla base dei dati giornalmente forniti dall'OMS, è attualmente del 6,9% , con range 4,7 – 14,9).

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 (vedi caratteristiche del *Coronavirus*).

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.

POSSIBILITA' TERAPEUTICHE

La SARS è senza dubbio una grave malattia ed il fatto che sia dovuta a un agente eziologico con caratteristiche nuove è sicuramente un fatto che richiede attenzione.

Tuttavia, sembra essere meno contagiosa dell'influenza: inoltre, le osservazioni sui casi fin ora segnalati indicano che la malattia evolve verso la guarigione nel 80-90% dei casi, anche senza terapie particolari. Nel 5-10 % dei casi la malattia assume un andamento più grave e richiede terapie di sostegno impegnative (ossigenoterapia; ventilazione assistita; rianimazione). In molti pazienti è stata osservata anche leucopenia e piastrinopenia (diminuzione del numero di globuli bianchi e delle piastrine).

L'impiego di farmaci antivirali, come ad esempio la ribavirina per via endovenosa, potrebbe essere utile; si tratta però di farmaci da usare soltanto in reparti altamente specializzati.

MISURE DI SORVEGLIANZA

Ai fini della sorveglianza internazionale della SARS l'OMS ha proposto, già dal 15 marzo 2003, le definizioni di caso sospetto e probabili, aggiornandole successivamente ma mano che si rendevano disponibili nuovi dati.

L'ultima revisione porta la data del 1° maggio ed è la seguente:

Definizioni di caso

CASO SOSPETTO:

1. una persona, che dopo il 1° novembre 2002[§], presenti una storia di:
 - febbre alta > 38° 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)