

**Raccomandazioni regionali per la gestione dei casi sospetti
di Malattia da Virus Ebola**

22 agosto 2014

Considerazioni Generali

Il virus Ebola e l'epidemia in Africa occidentale

Identificato a seguito di un'epidemia verificatasi nel 1976, è stato rilevato in successive epidemie in località dell'Africa centrale. A differenza delle precedenti epidemie, l'attuale si distingue per essere avvenuta in una zona sinora esente da epidemie (l'Africa occidentale), per la durata (l'inizio sembra risalire a Dicembre 2013), per estensione territoriale (sinora 4 Paesi coinvolti) e per numero di persone coinvolte.

Il probabile serbatoio, o uno dei serbatoi, del virus in Africa centrale è il pipistrello della frutta, mentre il serbatoio in Africa occidentale non è stato ancora individuato.

Si tratta di un virus poco resistente nell'ambiente, che viene ucciso facilmente da sapone, candeggina, luce solare o asciugatura. Il lavaggio in lavatrice di indumenti contaminati da liquidi è sufficiente a distruggere il virus Ebola. Il virus Ebola sopravvive solo per breve tempo su superfici esposte alla luce solare o secche.

Informazioni costantemente aggiornate sull'andamento dell'epidemia sono consultabili sui siti

dell'OMS: (<http://www.who.int/csr/disease/ebola/en/>)

dell'ECDC: (http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/ebola_marburg_fevvers/Pages/index.aspx)

Aggiornamenti epidemiologici in italiano sono consultabili sul sito del Ministero della Salute:

http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_3_4.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=avvisi&tipo=ev entiEpidemici

La malattia - EBOLA Virus Disease (EVD)

La malattia, che si manifesta dopo un periodo di incubazione compreso tra 2 e 21 giorni (mediamente 8-10), è costituita da una forma febbrile, con sintomi inizialmente non specifici, quali dolori muscolari, cefalea e faringodinia, che si complica nella seconda settimana con vomito, segni di emorragia sottocutanea, mucosa o degli organi interni, a cui segue shock e insufficienza multi-organo. La mortalità è generalmente compresa tra il 50 e il 90%. Nell'attuale epidemia si sono osservate in zone differenti variazioni tra il 25 e il 90%.

Evoluzione clinica: L'insorgenza è in genere rapida, con febbre, cefalea, malessere generale, artromialgie, iniezione congiuntivale, che, tipicamente si accompagna a faringodinia con marcato edema dei tessuti molli del faringe, disfagia e, nei casi più gravi, dispnea. Successivamente insorgono vomito, diarrea accompagnata da crampi addominali, manifestazioni cutanee di tipo maculo-papuloso che coinvolgono tutto il corpo, associate spesso ad enantema del palato, congiuntivite, segni di coinvolgimento renale ed epatico, diatesi emorragica.

Dopo qualche giorno insorgono linfadenopatia, disidratazione, bradicardia relativa e cachessia. Possono esser presenti oliguria, edemi diffusi, pancreatite, miocardite ed orchite. Le manifestazioni emorragiche, che in genere insorgono tra il 5 ed il 7 giorno, coinvolgono più frequentemente il tratto gastrointestinale (con ematemesi e melena) e i polmoni; possono esser presenti petecchie diffuse, ematuria, emorragie a carico di siti di prelievo ematico, epistassi, emorragie gengivali, sottocongiuntivali, vaginali.

Il coinvolgimento del sistema nervoso centrale si rende evidente con parestesie, letargia, stato confusionale, irritabilità, segni di irritazione meningea.

Vie di trasmissione e livelli di rischio

Nelle zone africane a rischio l'infezione è possibile tramite il contatto stretto con secrezioni e carne di vari animali (scimpanzé, gorilla, pipistrelli della frutta, antilopi ecc).

La trasmissione da uomo a uomo si verifica tramite contatto diretto della cute non integra o delle mucose, con liquidi corporei (sangue, urine, sudore, vomito, sperma ecc.) di una persona malata o deceduta oppure con oggetti contaminati quali biancheria, vestiti, aghi, strumentario medico ecc. Non si trasmette per via aerea o tramite insetti.

L'infettività aumenta con il progredire dei sintomi e della malattia. E' quindi la possibilità di contagio ed a considerarsi praticamente inesistente per rapporti casuali con pazienti infetti senza sintomi o che presentano i primi sintomi (es. solo febbre e cefalea).

Tutti coloro che si sono infettati riferiscono invece un contatto stretto con un malato, tra cui l'assistenza ai malati o la partecipazione alla preparazione del cadavere per la sepoltura.

La scarsa efficienza della trasmissione interumana e la gravità della malattia che impedisce il contatto con molte persone rende conto della scarsa diffusibilità geografica della malattia che si era sinora osservata in zone con scarsa

mobilità delle popolazioni. I fattori che hanno determinato l'ampia diffusione e durata dell'attuale epidemia non sono ancora ben conosciuti e probabilmente riferibili anche a differenti condizioni socio-economiche e culturali delle popolazioni locali.

Rischio di infezione (da ECDC, risk assesment 1 agosto 2014)

Livello di rischio	Tipo di contatto
Rischio molto basso o non riconosciuto	Contatto casuale con un paziente febbrile, deambulante e autosufficiente. Es.: soggiornare insieme in un'area comune o in un mezzo pubblico; lavoro di receptionist.
Basso rischio	Contatto stretto (faccia a faccia) con un paziente febbrile. Esempio: visita medica, misurazione della temperatura o della pressione sanguigna
Alto rischio	Contatto stretto, "faccia a faccia", senza appropriate misure di protezione personale (inclusa la protezione degli occhi) con un paziente che sta tossendo o vomitando, o che abbia rinorrea o diarrea. Puntura con ago o esposizione di mucose al sangue, fluidi, tessuti o campioni di laboratorio appartenenti a un paziente molto malato o con positività comprovata al virus

Ulteriori informazioni e aggiornamenti sulla valutazione del rischio sono consultabili sul sito dell'ECDC (http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/ebola_marburg_fevers/Pages/index.aspx)

Il rischio per i viaggiatori

Considerato che la trasmissione del virus si verifica per contatto diretto e stretto con una persona malata, i viaggiatori nelle zone endemiche sono da considerarsi attualmente a rischio molto basso di contrarre l'infezione, a meno che non abbiano prestato assistenza a persone colpite dalla malattia.

Per tale ragione, a tutt'oggi (agosto 2014), l'OMS ribadisce che il rischio di importazione correlato ai viaggi molto basso e non giustifica misure di embargo nei confronti dei Paesi interessati, come invece attuato dai Paesi confinanti e altri Paesi africani.

Il Ministero della Salute italiano concorda con la valutazione del rischio e, a titolo prudenziale, consiglia comunque ai viaggiatori di considerare quando possibile il differimento del viaggio.

Il consiglio per chi viaggia in zone affette è quello di evitare il contatto diretto con il sangue o con liquidi corporei di un paziente o di un cadavere e con oggetti che potrebbero essere stati contaminati. Sono da evitare anche i rapporti sessuali non protetti con una persona dichiarata guarita da EVD da meno di sette settimane e il contatto con animali selvatici o il consumo della loro carne.

A chi proviene dalle zone endemiche è inoltre consigliato di contattare il proprio medico o l'ospedale per via telefonica in caso di comparsa di febbre e sintomi aspecifici quali cefalea, affaticamento ecc.

Ulteriori informazioni sul rischio per i viaggiatori sono consultabili sui siti

- OMS (<http://www.who.int/ith/updates/20140421/en/>)
- ECDC (http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/ebola_marburg_fevers/information-travellers/Pages/information-travellers.aspx) anche in italiano
- Ministero della Salute, Circolare ministeriale e Informazioni per i viaggiatori (http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=1699)

Azioni intraprese a livello nazionale

L'Italia non ha collegamenti aerei diretti con i Paesi interessati dall'epidemia, ad eccezione della Nigeria dove attualmente l'epidemia è limitata. Per tale motivo è poco probabile che persone ammalate sfuggano ai controlli alla partenza, durante il volo o negli aeroporti di transito di altri Paesi europei. Ulteriori controlli e relative procedure sono comunque attivi ai posti di frontiera aerei e marittimi italiani.

Per la ancora più remota possibilità che un paziente asintomatico giunga in Italia e sviluppi i sintomi, il Ministero ha attivato le proprie reti per le emergenze infettive e avviato la comunicazione di disposizioni tramite Circolari e informazioni ai viaggiatori

Il Ministero della Salute ha predisposto una scheda informativa sull'argomento disponibile al sito:

[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=3943&area=Malattie infettive&menu=altremalattie](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=3943&area=Malattie%20infettive&menu=altremalattie)

con anche una serie di domande e risposte più frequenti
http://www.salute.gov.it/portale/p5_1_1.jsp?lingua=italiano&id=184

Definizioni di caso.

Per la elaborazione delle raccomandazioni si è fatto riferimento alle definizioni utilizzate dal Ministero della Salute così come riportate dal documento “Febbre Emorragiche virali: raccomandazioni e indicazioni per il trasporto” e dalla Circolare Direzione Generale Prevenzione del 13/08/2014

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=813&area=Malattie%20infettive&menu=vuoto

Classificazione casi			
Soggetto asintomatico (A)			
Contatto (B)	Casuale (B1)	Stretto (B2)	Ad alto rischio (B3)
Caso sospetto (C)	A rischio basso (C1)	A rischio elevato o caso probabile (C2)	
Caso confermato (D)	Diagnosi clinica (D1)	Diagnosi laboratorio (D2)	Salma (D3)

A - Soggetti asintomatici provenienti da zona epidemica

Definizione: persone asintomatiche che hanno lasciato la zona epidemica (secondo l'OMS) da meno di 21 giorni e che riferiscono di non aver avuto alcun tipo di contatto con casi sospetti a rischio elevato o casi probabili (C2) oppure casi confermati (D1 e D2 e D3) di FEV negli ultimi 21 giorni.

B - Contatti

Si definisce "contatto" un soggetto asintomatico che sia stato esposto a caso probabile (C2) o a un caso confermato (diagnosi clinica D1 o diagnosi virologica D2 o con Salma D3) o ai suoi liquidi biologici/ tessuti negli ultimi 21 giorni. Per i contatti si identificano tre livelli di rischio.

B1 - Contatti casuali

Definizione: persone asintomatiche che hanno avuto un contatto casuale con caso probabile (C2) o un caso confermato (diagnosi clinica D1 o diagnosi virologica D2) o i suoi liquidi biologici/tessuti negli ultimi 21 giorni.

Tali contatti comprendono soggetti che hanno viaggiato nello stesso aereo o mezzo di trasporto, che hanno soggiornato nello stesso albergo. Alla stessa categoria appartiene il personale sanitario adeguatamente protetto.

B2- Contatti stretti

Definizione: persone asintomatiche che hanno avuto un contatto stretto con caso probabile (C2) o un caso confermato (diagnosi clinica D1 o diagnosi virologica D2) o i suoi liquidi biologici/ tessuti negli ultimi 21 giorni.

Tali contatti comprendono soggetti che hanno vissuto con il paziente, che lo hanno assistito durante la malattia, che hanno abbracciato il paziente, che hanno confezionato il corpo o che hanno manipolato campioni di laboratorio del paziente senza i necessari mezzi di protezione.

B3- Contatti ad alto rischio

Definizione: persone asintomatiche che hanno avuto un contatto diretto con materiali biologici/tessuti di caso probabile (C2) o un caso confermato (diagnosi clinica D1 o diagnosi virologica D2) negli ultimi 21 giorni tramite contatto delle mucose (es. bacio, rapporto sessuale, contatto congiuntivale) una puntura accidentale o altra ferita penetrante.

C - Casi sospetti

Si definisce "caso sospetto" una persona con febbre di origine non determinata, che abbia soggiornato in una zona epidemica (secondo l'OMS) nei 21 giorni precedenti la comparsa dei sintomi.

Dovrà essere condotta un'anamnesi accurata al fine di conoscere in dettaglio la zona di provenienza, il tipo di esposizione, i periodi di esposizione, la data di comparsa dei sintomi e, per quanto possibile, raccogliere informazioni sul soggetto.

Per i casi sospetti si identificano due livelli di rischio.

C 1 - Casi sospetti a rischio basso

Definizione: soggetti con febbre di origine non determinata provenienti da zone epidemiche (secondo l'OMS), che abbiano lasciato la zona da meno di 21 giorni dal momento della comparsa dei sintomi e che non abbiano avuto contatto con caso probabile (C2) o un caso confermato (diagnosi clinica D1 o diagnosi virologica D2).

C2 - Casi sospetti a rischio elevato o casi probabili

Definizione: soggetti con febbre di origine non determinata provenienti da zone epidemiche (secondo l'OMS), che abbiano lasciato la zona da meno di 21 giorni dal momento della comparsa dei sintomi e che *abbiano avuto contatto con caso probabile (C2) o un caso confermato* (diagnosi clinica D1 o diagnosi virologica D2), o soggetti appartenenti alla categoria del personale sanitario, incluso quello di laboratorio, di ospedali di zone interessate dall'epidemia.

D1 / D2 - Casi confermati

Definizione: soggetti febbrili per i quali sia stata fatta diagnosi di FEV di tipo clinico (D 1) e/o confermata dal punto di vista virologico (D2)

D3-Salva di paziente affetto da FEV

Definizione: salva di pazienti per i quali sia stata fatta diagnosi di FEV, di tipo clinico e/o di laboratorio.

Consigli di primo intervento per la gestione dei casi sospetti e contatti di caso

Nell'attuale situazione epidemiologica, è altamente improbabile, ma non impossibile, che persone infettate giungano in Italia dalle aree del focolaio epidemico e qui sviluppino i sintomi dopo il loro arrivo.

Questa evenienza improbabile rende invece probabile il verificarsi di "falsi allarmi" e richieste di consulenze e accessi ai servizi ospedalieri.

In entrambi i casi si richiede sempre una buona e tempestiva capacità di valutazione del caso, talvolta in strutture che non possiedono tutti i requisiti strutturali, organizzativi e le dotazioni adeguate per la gestione di un paziente con EVD, sospetta o accertata.

Si ritiene utile fornire indicazioni di comportamento, requisiti minimi e procedure adottabili come soluzione temporanea sufficiente a svolgere, in sicurezza per chi interviene, una prima valutazione del paziente, per escludere il sospetto di EVD ed evitare inutili emergenze oppure per confermare il sospetto e quindi attivare il sistema per l'emergenza regionale e il suo eventuale prosieguo a livello nazionale ed internazionale, e per la gestione ottimale del caso sospetto secondo le indicazioni e raccomandazioni nazionali.

Nella prima fase di valutazione viene effettuata anche la classificazione del livello di rischio dei casi sospetti e dei contatti di caso.

La corretta classificazione dei casi sospetti è molto importante perché le azioni da intraprendere differiscono molto tra i casi sospetti a basso rischio e quelli ad alto rischio.

La gestione dell'accesso del caso al Sistema Sanitario, della sua valutazione ed eventuale riconoscimento quale caso sospetto di Ebola e la conseguente attivazione del sistema di emergenza si sviluppa, nelle diverse condizioni, secondo il seguente schema:

- 1) **SCREENING/TRIAGE** da parte del primo operatore contattato dal caso (es. triagista in un Pronto Soccorso, una telefonata al Medico di medicina generale)
 - Identificazione della possibilità che il caso possa essere sospetto per EVD (comparsa di febbre entro 21 giorni dalla partenza da Paese o zona geografica interessata dall'epidemia)
- 2) **VALUTAZIONE DEL CASO DA PARTE DEL MEDICO** (es. Medico di Pronto Soccorso, Medico di Sanità Pubblica o Medico di medicina generale)
 - Eventuale conferma del sospetto e prima classificazione in caso sospetto a basso o ad alto rischio (contatto con caso vivente o deceduto di EVD).
 - Attivazione consulenza infettivologica per i casi confermati come sospetti.
- 3) **PRESA IN CARICO DEL CASO DA PARTE DEL MEDICO INFETTIVOLOGO PER TUTTI I CASI DEFINITI SOSPETTI**
 - Conferma del sospetto e della classificazione del sospetto
 - Segnalazione del caso sospetto alla Sanità Pubblica locale e al Seremi
 - Valutazione delle condizioni del paziente e eventuale predisposizione di ulteriori indagini
 - Attivazione del contatto con l'Ospedale di Riferimento Spallanzani per consulenza clinico-diagnostica e/o l'eventuale trasferimento del paziente
 - Attivazione di un contatto diretto, o tramite Direzione Sanitaria, con il Seremi per la gestione dell'interfaccia regionale con il Ministero della Salute e Spallanzani

Accesso diretto in un Pronto Soccorso

1. TRIAGE E IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI

Scopo

Identificazione nell'ambito del triage di una persona che può rientrare nella definizione generale di caso sospetto:

Valutazione

1. presenza di febbre (ed eventuali altri sintomi)
2. soggiorno in zona infetta nei 21 giorni precedenti l'inizio di sintomi

Azioni conseguenti/obiettivo

I pazienti dovranno essere posti in isolamento da contatto e respiratorio. Il paziente viene avviato alla valutazione da parte del medico

misure essenziali:

- l'identificazione di personale di assistenza dedicato e limitato (1 medico, 1-2 infermieri)
- l'assegnazione di dispositivi dedicati (termometro, saturimetro, sfigmomanometro, fonendoscopio,...)
- far indossare subito al paziente mascherina chirurgica
- dedicare al paziente stanza singola con zona filtro e con bagno
- fornire la stanza e la zona filtro di contenitori per smaltimento rifiuti RSP
- attivare un percorso protetto verso la stanza dedicata

2. VALUTAZIONE DEL CASO DA PARTE DEL MEDICO

Scopo

Conferma del sospetto e prima classificazione in caso sospetto a basso o ad alto rischio

Valutazione

- Deve essere condotta accurata anamnesi per conoscere in dettaglio:
 - zona di provenienza
 - data comparsa sintomi
 - tipo e periodo di esposizione
- **Discriminante, ai fini della classificazione del sospetto è aver avuto contatti con casi di EVD (viventi o deceduti).** Al fine della classificazione epidemiologica e clinica e per documentazione è necessaria la compilazione della scheda dedicata (**Allegato 1**).

NB. Per la conferma dei dati anamnestici, relativi in particolare al soggiorno in aree a rischio epidemico, si consiglia, ove possibile, di verificare la veridicità delle informazioni sul viaggio attraverso la visione del passaporto e la verifica delle date di ingresso in Italia.

Azioni conseguenti/obiettivo

- Se si esclude il sospetto di EVD: saranno rimosse le misure di isolamento (a meno che non sussistano dubbi sulla presenza di altre patologie trasmissibili) e il paziente sarà gestito secondo le procedure ordinarie di accesso al PS.
- Se si conferma il sospetto di EVD e il sospetto è classificato **ad alto rischio**:
Andranno proseguite le misure di isolamento e disposta la presa in carico da parte del medico infettivologo. Andrà richiesta la visita infettivologica urgente da organizzarsi nella sede in cui è ricoverato il paziente senza prevederne autonomamente trasporto in altra sede. **L'infettivologo attiva l'allerta regionale contattando il**

Seremi e il contatto lo Spallanzani per la gestione clinica del caso. Non dovranno essere previsti prelievi per esami di Laboratorio. Considerare l'adozione di misure di protezione aggiuntive per il personale sanitario (vedi successivo paragrafo specifico), con DPI specifici forniti dai servizi di infettivologia di riferimento, in attesa di trasferimento da concordare con l'Ospedale di riferimento nazionale Spallanzani.

- *Se si conferma il sospetto di EVD e il sospetto è classificato a basso rischio:* andranno proseguite le misure di isolamento e disposto, d'intesa con il servizio di infettivologia di riferimento, il ricovero in isolamento in un reparto di Malattie Infettive. Sempre d'intesa con il Servizio di Infettivologia sarà effettuata la segnalazione del caso sospetto al Seremi che informerà la Sanità Pubblica locale e regionale

Misure essenziali: Da adottare per la gestione e valutazione del caso Sospetto a Basso Rischio

In questa prima fase di valutazione si ritengono misure essenziali per il personale dedicato la stretta applicazione delle misure di isolamento da contatto/respiratorio:

- misure di barriera (guanti, occhiali/schermo facciale, sovrascarpe, camice impermeabile)
- doppio guanto in caso di prelievi ematici o alto rischio di contatto con liquidi biologici
- filtrante facciale FFP3

Terminata la valutazione, gli Operatori Sanitari devono uscire e smaltire correttamente i DPI usati nella zona filtro, procedendo alla svestizione come da procedure aziendali, a partire dai DPI teoricamente più contaminati:

nell'ordine, guanti, camice, → igiene mani con idroalcolico, → schermo facciale, filtrante, → igiene mani con idroalcolico, → sovrascarpe

ponendo attenzione a non contaminare la divisa ed effettuando accurata igiene mani al termine del processo.

Misure aggiuntive: Da adottare

- nei reparti di Malattie Infettive dopo la presa in carico da parte del servizio di infettivologia di riferimento, quando la prima valutazione (clinica e di laboratorio) non porta ad escludere la possibilità di EVD in attesa di una più precisa definizione diagnostica e/o del trasferimento presso l'Ospedale Spallanzani
- eccezionalmente, nella sede di prima valutazione, qualora si configuri direttamente un caso sospetto ad alto rischio o caso probabile (C2). In questa situazione, in attesa del trasferimento da concordare con l'Ospedale Spallanzani, i DPI specifici saranno forniti dai servizi di infettivologia di riferimento.

In questi casi le misure di protezione del personale sanitario identificato per l'assistenza ai pazienti sono:

- tuta integrale con cappuccio e calzari integrati monouso non sterili (DPI 3° Cat.)
- maschera intera a pieno facciale
- filtro respiratorio (adattabile alla maschera)
- guanti con copertura avambracci; doppi guanti in caso di prelievi ematici o alto rischio di contatto con liquidi biologici

Le procedure di svestizione dovranno seguire la medesima sequenza sopra riportata. La maschera può essere riutilizzata dopo adeguata decontaminazione/disinfezione (con, p. es., cloroderivati 1000 ppm), mentre i filtri adattabili devono essere considerati monouso e vanno smaltiti nell'apposito contenitore dopo l'uscita dalla stanza.

L'adozione di misure aggiuntive va raccomandata, in particolare, nell'assistenza a pazienti con vomito e/o diarrea non controllabili, sanguinamento attivo o estese ecchimosi.

3. PRESA IN CARICO DEL CASO DA PARTE DEL MEDICO INFETTIVOLOGO PER TUTTI I CASI DEFINITI SOSPETTI

Scopo

- Conferma del sospetto e della classificazione ad alto rischio; attivazione del sistema di allerta regionale
In concerto con lo Spallanzani
- Conferma del caso di EVD e sua cura
In concerto con il sistema regionale di emergenza
- Protezione degli operatori sanitari e della popolazione generale

Valutazione

- Conferma del sospetto ad alto rischio oppure diagnosi clinica di caso di febbre emorragica.
- Valutazione dell'opportunità di richiedere ulteriori accertamenti diagnostici per esclusione del sospetto

Azioni conseguenti/obiettivo

Se si conferma il sospetto ad alto rischio (o si effettua diagnosi clinica di caso):

Andranno proseguite le misure di isolamento, con l'eventuale adozione delle misure di protezione aggiuntive.

Dovrà essere immediatamente segnalato il sospetto e attivato il sistema di emergenza: nodo locale SIMI e nodo regionale Seremi per le azioni di sanità pubblica (ricerca e gestione dei contatti, attivazione del sistema nazionale di emergenza).

Dovrà essere valutato congiuntamente allo Spallanzani e al nodo regionale la necessità e possibilità di trasferimento del paziente verso la struttura nazionale o eventuali approfondimenti diagnostici.

Accertamenti Laboratoristici

In caso di EVD è opportuno ridurre al minimo, per l'alto rischio di contaminazione, la raccolta ed il trasporto di campioni ematici e di materiale biologico. Per la definizione di caso di EVD è necessaria allo stato attuale l'esecuzione - presso strutture adeguate - di accertamenti microbiologici ed ematochimici per la prima definizione diagnostica e per escludere/confermare il sospetto di EVD.

Accertamenti consigliati e da eseguirsi in regime di Urgenza (H 24):

- es. emocromocitometrico + formula, indici di funzionalità epatica, renale, di flogosi, elettroliti, screening emocoagulativo, LDH, CPK
- accertamenti microbiologici:
 - ricerca parassita malarico (ricerca antigeni mediante test rapido immunocromatografico); solo se positivo, eseguire colorazione su striscio a strato sottile
 - emocolture (sistemi automatizzati chiusi)

Se dopo la prima batteria di esami non fosse esclusa patologia da EVD, eventuali ulteriori prelievi ed esami - e relative misure di sicurezza e trasporto campioni - devono essere concordati con i Clinici e i Laboratoriisti dello Spallanzani.

Invio e processazione campioni ematici (solo CASI SOSPETTI a BASSO RISCHIO)

Il Laboratorio **DEVE ESSERE AVVERTITO IN ANTICIPO, PREVIO CONTATTO TELEFONICO dall'INFETTIVOLOGO che ha preso in carico il paziente**, dell'invio dei campioni biologici di **pazienti definiti come casi sospetti a basso rischio**, al fine di concordare le modalità di invio e consentire l'organizzazione per poterli processare in condizioni di massima sicurezza.

Allo stato attuale della situazione epidemiologica ed ai sensi delle raccomandazioni internazionali e nazionali (CDC, HPA, WHO, CCM), per i campioni biologici provenienti da questi pazienti, è raccomandata la stretta applicazione delle **misure di contenimento del rischio biologico** (precauzioni standard per operatori sanitari con misure aggiuntive come indicato di seguito, manipolazione dei campioni sotto cappa di biosicurezza di classe II, centrifughe con rotore di sicurezza, etc..).

Oltre alle precauzioni standard per il personale di Laboratorio sono indicate misure aggiuntive di protezione che prevedono i seguenti DPI:

- doppi guanti
- filtrante facciale FFP3
- occhiali/schermo facciale
- camice impermeabile
- sovrascarpe

La componente strumentale degli esami di Laboratorio (ematologia, biochimica, coagulazione, etc..) va eseguita in autoanalizzatori completamente automatici o in strumentazioni automatizzate a ciclo chiuso. In base alla disponibilità di apparecchiature, valutare se utilizzare macchinario dedicato.

Segnalazioni senza accesso diretto a un Pronto Soccorso

I materiali informativi predisposti dal Ministero della Salute e distribuiti negli aeroporti internazionali raccomandano ai soggetti con sintomi indicativi di infezione e di ritorno dai paesi con epidemia in atto di rivolgersi al proprio medico curante o alla ASL di residenza.

Non può escludersi, quindi, l'eventualità che casi sospetti vengano segnalati tramite i medici curanti quando ancora si trovano al proprio domicilio.

In questo caso è opportuno che le procedure di identificazione e classificazione del sospetto avvengano senza far accedere il paziente ai servizi di emergenza.

Per questo è già stato raccomandato alle ASL di fornire ai curanti istruzioni sul comportamento da tenere oltre a un punto di riferimento cui rivolgersi in caso di dubbio e per eventuali informazioni istituendo, se possibile, un numero telefonico dedicato.

Le direzioni sanitarie della ASL sono incaricate di organizzare procedure locali che assicurino che la eventuale presa in carico del paziente da parte dei servizi di infettivologia sia preceduta da una fase di triage e di valutazione da realizzarsi tramite l'uso della scheda dedicata (allegato 1) compilata a cura di personale adeguatamente istruito allo scopo di minimizzare falsi allarmi.

In ogni caso la segnalazione del sospetto ad alto e basso rischio e la attivazione del sistema regionale di emergenza è riservata ai servizi di infettivologia (previa conferma del sospetto, della classificazione del rischio e dopo l'avvenuta presa in carico del paziente). La segnalazione di caso sospetto a basso rischio dovrà essere inviata al Seremi che provvederà ad informare la Sanità Pubblica locale e regionale. I casi sospetti ad alto rischio saranno segnalati immediatamente sia al nodo locale SIMI che al SeREMI.

Appositi mezzi di protezione individuale (analoghi a quelli indicati nelle procedure di accesso al Pronto Soccorso) dovranno essere messi a disposizione per l'eventualità di dover effettuare accessi o visite domiciliari.

Misure di controllo

Vengono, di seguito, riepilogate le indicazioni relative alle misure di controllo indicate dalle raccomandazioni nazionali per la gestione e il trasporto in caso di FEV. Eventuali adattamenti conseguenti alle specifiche caratteristiche della EVD sono evidenziate nel testo tra parentesi (**).

Classificazione casi			
Soggetto asintomatico (A)			
Contatto (B)	Casuale (B1)	Stretto (B2)	Ad alto rischio (B3)
Caso sospetto (C)	A rischio basso (C1)	A rischio elevato o caso probabile (C2)	
Caso confermato (D)	Diagnosi clinica (D1)	Diagnosi laboratorio (D2)	Salma (D3)

A - Soggetti asintomatici provenienti da zona epidemica

Definizione: persone asintomatiche che hanno lasciato la zona epidemica (secondo l'OMS) da meno di 21 giorni e che riferiscono di non aver avuto alcun tipo di contatto con casi sospetti a rischio elevato o casi probabili (C2) oppure casi confermati (D1 e D2 e D3) di FEV negli ultimi 21 giorni.

Misure di controllo: non è indicata nessuna misura particolare di sorveglianza, dal momento che gli agenti delle febbri emorragiche non si trasmettono con contatti casuali.

Trasporto: nessuna indicazione/ restrizione.

Gestione dei contatti

Nell'eventualità che venga dichiarata la presenza di un caso sospetto ad elevato rischio, di un caso probabile o di un caso confermato occorrerà procedere alla identificazione e gestione dei contatti in base alle istruzioni di seguito riportate.

Le operazioni saranno coordinate dai servizi di sanità pubblica in collaborazione con le strutture sanitarie disponibili nel territorio di competenza.

Le Direzioni sanitarie delle ASL sono incaricate di verificare la disponibilità locale delle strutture per l'eventuale sorveglianza sanitaria in regime di ricovero.

Si definisce "contatto" un soggetto asintomatico che sia stato esposto a caso probabile (C2) o a un caso confermato (diagnosi clinica D1 o diagnosi virologica D2) o ai suoi liquidi biologici/ tessuti negli ultimi 21 giorni. Per i contatti si identificano tre livelli di rischio cui conseguono opportune misure di controllo.

Contatti casuali

Definizione: persone asintomatiche che hanno avuto un contatto casuale con caso probabile (C2) o un caso confermato (diagnosi clinica D1 o diagnosi virologica D2) o i suoi liquidi biologici/tessuti negli ultimi 21 giorni.

Tali contatti comprendono soggetti che hanno viaggiato nello stesso aereo o mezzo di trasporto, che hanno soggiornato nello stesso albergo. Alla stessa categoria appartiene il personale sanitario adeguatamente protetto.

Misure di controllo: non è indicata nessuna misura particolare di sorveglianza, dal momento che gli agenti delle febbri emorragiche non si trasmettono con contatti casuali.

Contatti stretti

Definizione: persone asintomatiche che hanno avuto un contatto stretto con caso probabile (C2) o un caso confermato (diagnosi clinica D1 o diagnosi virologica D2) o i suoi liquidi biologici/ tessuti negli ultimi 21 giorni.

Tali contatti comprendono soggetti che hanno vissuto con il paziente, che lo hanno assistito durante la malattia, che hanno abbracciato il paziente, che hanno confezionato il corpo o che hanno manipolato campioni di laboratorio del paziente senza i necessari mezzi di protezione.

Misure di controllo: queste persone devono essere identificate e sottoposte a sorveglianza sanitaria in regime di ricovero presso un reparto di malattie infettive. La sorveglianza deve essere proseguita per tre settimane dopo l'ultima esposizione.

Qualora compaia febbre o qualsiasi sintomo, il paziente deve essere isolato e trattato come caso sospetto di FEV (vedi punto C2 - casi sospetti a rischio elevato o casi probabili).

Contatti ad alto rischio

Definizione: persone asintomatiche che hanno avuto un contatto diretto con materiali biologici/tessuti di caso probabile (C2) o un caso confermato (diagnosi clinica D1 o diagnosi virologica D2) negli ultimi 21 giorni tramite contatto delle mucose (es. bacio, rapporto sessuale, contatto congiuntivale) una puntura accidentale o altra ferita penetrante.

Misure di controllo: queste persone devono essere identificate e sottoposte a sorveglianza sanitaria in regime di ricovero in reparto di malattie infettive. La sorveglianza deve essere proseguita per tre settimane dopo l'ultima esposizione.

Qualora compaia febbre o qualsiasi sintomo, il paziente deve essere isolato e trattato come caso sospetto di FEV (vedi punto C2 - casi sospetti a rischio elevato o casi probabili).

Gestione dei casi

C - Casi sospetti

Si definisce "caso sospetto" una persona con febbre di origine non determinata, che abbia soggiornato in una zona epidemica (secondo l'OMS) nei 21 giorni precedenti la comparsa dei sintomi.

Dovrà essere condotta un'anamnesi accurata al fine di conoscere in dettaglio la zona di provenienza, il tipo di esposizione, i periodi di esposizione, la data di comparsa dei sintomi e, per quanto possibile, raccogliere informazioni sul soggetto.

Per i casi sospetti si identificano due livelli di rischio.

C 1 - Casi sospetti a rischio basso

Definizione: soggetti con febbre di origine non determinata provenienti da zone epidemiche (secondo l'OMS), che abbiano lasciato la zona da meno di 21 giorni dal momento della comparsa dei sintomi e che non abbiano avuto contatto con caso probabile (C2) o un caso confermato (diagnosi clinica D1 o diagnosi virologica D2).

Misure di controllo: devono essere ricoverati in stanze singole di isolamento dotate di servizi igienici e con sistemi di ventilazione a pressione negativa, zone filtro a pressione negativa e filtrazione dell'aria in uscita con filtri HEPA. (**Nella identificazione della struttura di isolamento considerare la bassa probabilità di trasmissione per via respiratoria del EV)

C2 - Casi sospetti a rischio elevato o casi probabili

Definizione: soggetti con febbre di origine non determinata provenienti da zone epidemiche (secondo l'OMS), che abbiano lasciato la zona da meno di 21 giorni dal momento della comparsa dei sintomi e che abbiano avuto contatto con caso probabile (C2) o un caso confermato (diagnosi clinica D1 o diagnosi virologica D2), o soggetti appartenenti alla categoria del personale sanitario, incluso quello di laboratorio, di ospedali di zone interessate dall'epidemia.

Misure di controllo: devono essere ricoverati in stanze singole di isolamento dotate di servizi igienici e con sistemi di ventilazione a pressione negativa, zone filtro a pressione negativa e filtrazione dell'aria in uscita con filtri HEPA, provvisti di Laboratori di Biosicurezza BL3/4. (**Per questi motivi le indicazioni del Ministero della Salute prevedono la presa in carico di questi casi da parte dell'Ospedale Spallanzani di Roma)

D1 / D2 - Casi confermati

Definizione: soggetti febbrili per i quali sia stata fatta diagnosi di FEV di tipo clinico (D1) e/o confermata dal punto di vista virologico (D2)

Misure di controllo: devono essere ricoverati in strutture di isolamento con stanze di degenza a pressione negativa, zone filtro a pressione negativa rispetto ai corridoi e filtrazione dell'aria in uscita con filtri HEPA, provvisti di Laboratori di Biosicurezza BL3/4. (**Per questi motivi le indicazioni del Ministero della Salute prevedono la presa in carico di questi casi da parte dell'Ospedale Spallanzani di Roma)

D3-Salma di paziente affetto da FEV

Definizione: salma di pazienti per i quali sia stata fatta diagnosi di FEV, di tipo clinico e/o di laboratorio.

Misure di controllo: confezionamento delle salme come da Regolamento di Polizia mortuaria

ALLEGATO 1

SCHEDA DI TRIAGE PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI MALATTIA DA EBOLA VIRUS (EVD)

SEDE..... data _____ ora _____

Cognome _____ Nome _____ Data nascita _____ Luogo _____

VALUTAZIONE CLINICA

Segni e sintomi

☐ Temperatura > 38.6°C Specificare:.....

☐ Malessere generale ☐ Cefalea ☐ Faringodinia ☐ Vomito ☐ Diarrea

Numero scariche.....

☐ Poliatromialgie ☐ Dolori addominali ☐ Inappetenza ☐ Iniezione congiuntivale ☐ Singhiozzo

☐ Rash cutaneo ☐ Tosse ☐ Dispnea ☐ Dolore toracico

☐ Manifestazioni emorragiche Sede/Descrizione.....

Data di comparsa dei sintomi:

VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA

Soggiorno in: ☐ GUINEA ☐ SIERRA LEONE ☐ LIBERIA ☐ NIGERIA

☐ ALTRO PAESE CONFINANTE QUALE.....

DURATA DEL SOGGIORNO..... DATA DI PARTENZA DALLA ZONA A RISCHIO.....

DATA DI RIENTRO IN ITALIA.....

CONTATTI CON CASI DI EVD (vivi o deceduti) ☐ SI ☐ NO

CONTATTI DIRETTI E/O MANIPOLAZIONE CON ANIMALI (pipistrelli, roditori, scimmie) ☐ SI ☐ NO

PAESI DI PROVENIENZA A RISCHIO PER EVD (al 21/08/2014)

SIERRA LEONE, LIBERIA, GUINEA, NIGERIA (area di Lagos)

Il periodo di incubazione di EVD può variare da un minimo di 2 giorni ad un massimo di 21. Pertanto, il rischio si configura per soggetti che abbiano soggiornato in area epidemica non oltre i 21 giorni dalla comparsa dei sintomi.

Informazioni sulle zone interessate:

http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_3_4.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=avvisi&tipo=ev entiEpidemici

VALUTAZIONE

☐ CASO ESCLUSO

☐ CASO SOSPETTO A BASSO RISCHIO

☐ CASO SOSPETTO AD ALTO RISCHIO (CASO PROBABILE)

Firma dell'infermiere _____ Firma del medico _____

Fonti di informazioni.

Ministero della Salute:

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=813&area=Malattie%20infettive&menu=vuoto

WHO-GAR: <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/en/>

CDC: <http://www.cdc.gov/vhf/ebola/about.html>

Management of Hazard Group 4 viral haemorrhagic fevers and similar human infectious diseases of high consequence. Advisory Committee on Dangerous Pathogens. August 2014

Riferimenti telefonici SeREMI ASL AL

Segreteria: 0131 307821

Reperibilità: 320 219 6903