

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS Roma	Procedure operative per la gestione di casi sospetti, probabili o confermati e contatti di malattia da virus Ebola (MVE) in Africa Occidentale	Unità di Crisi MVE Revisione 2/2014 14/10/2014 Pagina 1 di 41
--	---	---

**Procedure operative per la gestione di casi sospetti, probabili o
confermati e contatti di malattia da virus Ebola (MVE) in Africa
Occidentale**

Unità di Crisi MVE

**Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”
Roma**

Revisione 2/2014 del 16/10/2014

Il presente documento di Procedure Operative (Revisione n.2), che sostituisce tutte le disposizioni in precedenza emanate, è stato redatto ed approvato in attuazione della disposizione del Commissario Straordinario (prot. DG n. 53 del 10/10/2014) con la quale è stata attivata l’Unità di Crisi per le problematiche generali legate alla malattia da Virus Ebola.

Il presente documento è basato sulla attuale situazione epidemiologica al 15 ottobre 2014 e verrà aggiornato in relazione all’evolversi delle conoscenze scientifiche e dell’evoluzione dell’epidemia.

<p>Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS Roma</p>	<p>Procedure operative per la gestione di casi sospetti, probabili o confermati e contatti di malattia da virus Ebola (MVE) in Africa Occidentale</p>	<p>Unità di Crisi MVE Revisione 2/2014 14/10/2014 Pagina 2 di 41</p>
---	--	---

Sommario

1. Premessa
2. Introduzione
 - 2.1 Brevi cenni generali sul virus Ebola
 - 2.2 Situazione epidemiologica attuale
 - 2.3 Attuali conoscenze sulla epidemia di MVE in corso in Africa Occidentale
 - 2.4 Definizioni di caso
3. Gestione del paziente presso l'INMI
 - 3.1 Triage in Accettazione
 - 3.2 Procedure per il ricovero del paziente
 - 3.3 Comportamenti durante il ricovero
 - 3.4 Aspetti di laboratorio
4. Altre procedure
 - 4.1 Modalità di disinfezione e sanificazione
 - 4.2 Modalità di trattamento e smaltimento dei rifiuti
 - 4.3 Modalità di gestione delle salme
 - 4.4 Modalità di sorveglianza sanitaria dei contatti e degli operatori

Allegati:

- Allegato 1 – Procedure per la selezione dei DPI, vestizione e svestizione
- Allegato 2 – Scheda di valutazione per il “caso sospetto” in Accettazione
- Allegato 3 – Algoritmo diagnostico
- Allegato 4 – Scheda paziente da allegare ai test diagnostici
- Allegato 5 – Scheda informativa per i contatti

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS Roma	Procedure operative per la gestione di casi sospetti, probabili o confermati e contatti di malattia da virus Ebola (MVE) in Africa Occidentale	Unità di Crisi MVE Revisione 2/2014 14/10/2014 Pagina 3 di 41
--	---	---

1. Premessa

Il presente documento si basa sulla situazione epidemiologica internazionale di diffusione del Virus Ebola al 14 ottobre 2014. Tale situazione epidemiologica può mutare nel tempo. Gli aggiornamenti del presente documento terranno in considerazione gli eventuali mutamenti dello scenario internazionale.

La procedura è stata redatta dal gruppo di lavoro dell'Unità di crisi per la gestione di casi di Malattia da Virus Ebola (MVE) dell'Istituto, ognuno per le sue competenze, e tiene conto delle indicazioni emanate dal Ministero della Salute e dagli organismi internazionali (in particolare ECDC e WHO).

Per informazioni costantemente aggiornate sull'andamento dell'epidemia sono consultabili i siti dell'OMS (<http://www.who.int/csr/disease/ebola/en/>), e dell'ECDC (http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/ebola_marburg_fever/ 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=eventiEpidemici)

2. Introduzione

2.1 Brevi cenni generali sul virus Ebola

La malattia da Virus Ebola (MVE), precedentemente conosciuta come febbre emorragica virale da Ebola virus, è una malattia grave, spesso fatale, causata da un Filovirus. Se ne conoscono 5 specie, di cui 4 patogene per l'uomo. I virus Ebola sono classificati come agenti che necessitano, per la loro manipolazione in laboratorio, di un livello di biosicurezza 4 (BSL-4; gruppo di rischio 4). Il primo di questo gruppo di virus fu scoperto nel 1976 nella Repubblica Democratica del Congo (allora chiamata Zaire), da allora più di 20 epidemie si sono verificate principalmente in aree remote dell'Africa centrale, causando da poche decine ad alcune centinaia di casi, con letalità fino al 90%.

Il serbatoio dell'infezione è rappresentato con ogni probabilità da alcune specie di pipistrelli. Occasionalmente, l'infezione viene trasmessa ad un ospite secondario (l'uomo e altri animali), che sviluppa la patologia. L'uomo contrae solitamente la malattia attraverso il contatto (caccia, macellazione, consumo alimentare) con carni di animali infetti (più frequentemente scimmie),

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS Roma	Procedure operative per la gestione di casi sospetti, probabili o confermati e contatti di malattia da virus Ebola (MVE) in Africa Occidentale	Unità di Crisi MVE Revisione 2/2014 14/10/2014 Pagina 4 di 41
--	---	---

o, più raramente, attraverso il contatto diretto con i pipistrelli portatori. Una volta contratta, la MVE si trasmette direttamente da uomo a uomo.

Il periodo di incubazione è mediamente di 8-10 giorni con un range di 2-21 giorni.

La MVE è altamente trasmissibile attraverso il contatto diretto con sangue infetto, secrezioni, tessuti, organi o altri fluidi corporei incluse le secrezioni salivari (droplet) di persone infette, vive o morte. Finora non è mai stata documentata trasmissione del virus per via aerea. Il rischio di trasmissione del virus da persona a persona è più alto durante le fasi avanzate della malattia, che sono caratterizzate da vomito, diarrea, shock, e spesso emorragia. Una revisione della letteratura indica un basso rischio di trasmissione nella prima fase della malattia (intorno ai primi sette giorni). La trasmissione della infezione finora non è mai stata riportata durante il periodo di incubazione (cioè, prima che il paziente diventi sintomatico) così come non è stata riportata alcuna trasmissione senza un contatto diretto o indiretto con oggetti contaminati.

Le strutture sanitarie sono considerate ad alto rischio di trasmissione se non vengono osservate le adeguate misure di prevenzione. Infatti, il rischio di trasmissione agli operatori sanitari è correlato con il livello di adesione alle misure di prevenzione comunemente previste (precauzioni standard e modalità di trasmissione) o specifiche per l'assistenza ai pazienti con MVE, alla tipologia delle cure prestate e allo stadio clinico della malattia. Il rischio di trasmissione è considerato maggiore in caso di esecuzione di procedure invasive, per un paziente che manifesti diarrea vomito o sanguinamenti, o in caso di intensa sintomatologia.

2.2 Situazione Epidemiologica Attuale

Dal Dicembre 2013 la più estesa epidemia di MVE mai registrata si sta verificando nell'Africa Occidentale, in Guinea, Liberia, Sierra Leone, e in parte anche in Nigeria. Al 6 Ottobre 2014, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) riporta più di 7000 casi, tra cui circa 3800 decessi. In particolare sono stati registrati più di 380 casi tra gli operatori sanitari.

Al momento della stesura di questa procedura, l'epidemia è in rapida espansione in Liberia, continua a causare nuovi casi in Guinea e Sierra Leone, mentre sembra definitivamente contenuta in Nigeria, dove l'isolamento dell'ultimo caso confermato risale al 8 settembre 2014, cioè 38 gg. alla data del 16 ottobre 2014. Di conseguenza la Nigeria verrà rimossa dalla lista dei paesi colpiti il 20 ottobre 2014, ovvero sia trascorso due volte il periodo di incubazione.

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS Roma	Procedure operative per la gestione di casi sospetti, probabili o confermati e contatti di malattia da virus Ebola (MVE) in Africa Occidentale	Unità di Crisi MVE Revisione 2/2014 14/10/2014 Pagina 5 di 41
--	---	---

Alcune decine di pazienti, sia africani che provenienti da paesi occidentali, sono stati trasferiti in strutture di isolamento negli Stati Uniti e nei paesi europei. Inoltre un paziente di origine liberiana, deceduto dopo alcuni giorni, ha rappresentato il primo caso di Ebola diagnosticato direttamente negli Stati Uniti, mentre tre casi secondari nel personale sanitario sono stati registrati in Spagna e Stati Uniti.

Parallelamente, un'epidemia di MVE, non correlata con quella in corso in Africa occidentale, è stata confermata il 26 Agosto nella Repubblica Democratica del Congo.

2.3 Manifestazioni cliniche di MVE

La MVE in genere esordisce con una sindrome simil-influenzale (febbre e profonda astenia), spesso accompagnata da artralgie, mialgie, cefalea, anoressia e, talora, singhiozzo. Questa sintomatologia è spesso seguita da sintomi gastrointestinali (nausea, vomito e diarrea). Talora i pazienti lamentano disfagia. I sintomi tipici sono riassunti nella tabella 1.

Tabella 1 - Caratteristiche cliniche della MVE

Caratteristiche precoci:

- Intensa stanchezza, astenia
- Comparsa improvvisa di febbre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$ ascellare)
- Cefalea
- Mialgia
- Artralgie
- Singhiozzo
- Congiuntivite
- Nausea ed anoressia
- Mal di gola e disfagia
- Dolore addominale
- Diarrea (sanguinolenta o meno)

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS Roma	Procedure operative per la gestione di casi sospetti, probabili o confermati e contatti di malattia da virus Ebola (MVE) in Africa Occidentale	Unità di Crisi MVE Revisione 2/2014 14/10/2014 Pagina 6 di 41
--	---	---

Caratteristiche tardive:

- Confusione ed irritabilità
- Crisi convulsive
- Dolore toracico
- Diarrea (acquosa o sanguinolenta)
- Vomito (talora emorragico)
- Rash cutaneo
- Sanguinamento interno o esterno
- Aborto nelle gravide
- Distress respiratorio
- Shock

Caratteristiche delle emorragie:

- Stillicidio da punti di prelievo
- Epistassi
- Ecchimosi, petecchie
- Ematemesi
- Emottisi
- Emorragia gengivale
- Emorragia congiuntivale
- Sanguinamento vaginale non spiegabile
- Ematuria

La gravità della malattia può dipendere da vari fattori: (i) Presenza di co-morbidità; (ii) Risposta immune dell'individuo; (iii) Modalità e durata di esposizione; (iv) Dose infettante; (v) Stadio della malattia (fase iniziale o avanzata). I fenomeni emorragici sono in genere tardivi; talora si verificano emorragie interne. Nella fase tardiva la febbre può essere assente, ovvero si può avere un periodo di apiressia seguito da ripresa febbrile (andamento bifasico). I pazienti con MVE possono presentarsi in stato di shock a causa di intensa emorragia (evidente o interna) o per la insorgenza di una sepsi. Una intensa disidratazione è spesso frequente nei

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS Roma	Procedure operative per la gestione di casi sospetti, probabili o confermati e contatti di malattia da virus Ebola (MVE) in Africa Occidentale	Unità di Crisi MVE Revisione 2/2014 14/10/2014 Pagina 7 di 41
--	---	---

pazienti con MVE. Il supporto intensivo è la sola modalità di gestione clinica con impatto positivo sulla prognosi del paziente.

2.4 Definizioni di caso

Il Ministero della Salute ha approntato le definizioni di caso da utilizzare in ambito nazionale (tabella 2). Queste definizioni di caso sono state emanate nella circolare del 6 ottobre (<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=0&codLeg=50184&parte=1%20&serie=>). Come per ogni altra definizione di caso, queste possono cambiare, anche sostanzialmente, al mutare della situazione epidemiologica nazionale ed internazionale.

Tabella 2 – Definizioni di caso vigenti in Italia – Circolare n° 0026708 dello 06/10/2014

CRITERI PER LA DEFINIZIONE DI CASO

CRITERIO CLINICO: Il paziente presenta (o ha presentato prima del decesso)

- febbre [$>38,6^{\circ}\text{C}$] o storia di febbre nelle ultime 24 ore

E

almeno uno dei seguenti sintomi:

- mal di testa intenso
- vomito, diarrea, dolore addominale
- manifestazioni emorragiche di vario tipo non spiegabili
- insufficienza multiorgano

oppure

- una persona deceduta improvvisamente ed inspiegabilmente.

CRITERIO EPIDEMIOLOGICO: Il paziente

1) ha soggiornato in un'area affetta da MVE nei precedenti 21 giorni

oppure

2) ha avuto contatto con un caso confermato o probabile di MVE nei precedenti 21 giorni.

Alla data della presente, sono considerate aree affette i seguenti Paesi: Guinea, Liberia,

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS Roma	Procedure operative per la gestione di casi sospetti, probabili o confermati e contatti di malattia da virus Ebola (MVE) in Africa Occidentale	Unità di Crisi MVE Revisione 2/2014 14/10/2014 Pagina 8 di 41
--	---	---

Sierra Leone.

STRATIFICAZIONE DEL CRITERIO EPIDEMIOLOGICO PER RISCHIO DI ESPOSIZIONE

BASSO RISCHIO:

- Contatto casuale con un paziente febbrile, autonomo, in grado di deambulare. Esempi: condividere una sala di attesa o un mezzo pubblico di trasporto; lavorare in una reception.

ALTO RISCHIO: UNO DEI SEGUENTI

- Contatto faccia a faccia (ad esempio, a meno di 1 metro di distanza) senza indossare appropriati dispositivi di protezione individuale (inclusi quelli per la protezione oculare) con un caso probabile o confermato che presenti tosse, vomito, emorragia, o diarrea. Contatto sessuale non protetto con una persona precedentemente ammalata, fino a tre mesi dopo la guarigione;
- Contatto diretto con qualunque materiale contaminato da fluidi corporei di un caso probabile o confermato;
- Esposizione della cute (ad esempio, per puntura accidentale) o delle mucose a sangue, altri liquidi biologici, campioni di tessuto o di laboratorio di un caso probabile o confermato;
- Partecipazione a riti funerari con esposizione diretta alla salma nelle aree geografiche (o proveniente dalle aree geografiche) affette, senza appropriati dispositivi di protezione individuale;
- Contatto diretto con pipistrelli, roditori, primati, vivi o morti, nelle zone (o proveniente dalle zone) affette o con carne di animali selvatici (“bushmeat”).

CRITERIO DI LABORATORIO:

La positività ad uno dei seguenti:

- Individuazione di acido nucleico del virus Ebola in un campione clinico e conferma mediante sequenziamento o un secondo test su una diversa regione del genoma;
- Isolamento del virus Ebola da un campione clinico;
- Evidenza di sierconversione.

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS Roma	Procedure operative per la gestione di casi sospetti, probabili o confermati e contatti di malattia da virus Ebola (MVE) in Africa Occidentale	Unità di Crisi MVE Revisione 2/2014 14/10/2014 Pagina 9 di 41
--	---	---

CLASSIFICAZIONE DEI CASI

PAZIENTE da VALUTARE (“CASO SOSPETTO”)

Una persona che presenti il criterio clinico E quello epidemiologico

oppure

che presenti almeno 1 sintomo tra quelli elencati (inclusa la febbre di qualsiasi grado) E il criterio epidemiologico con alto rischio di esposizione.

CASO PROBABILE

Una persona che presenti il criterio clinico E quello epidemiologico con alto rischio di esposizione

CASO CONFERMATO

Un caso confermato in laboratorio

La definizione di caso sospetto adottata è volutamente molto sensibile, allo scopo di identificare tutti i potenziali casi di MVE. L’obiettivo è, infatti, quello di ridurre al minimo il rischio di trasmissione del virus Ebola durante l’assistenza di pazienti con malattia sospetta, in corso di accertamento, ad altri pazienti, agli operatori, ai visitatori.

3. Gestione del paziente presso l’INMI

Un caso sospetto, probabile o confermato di MVE può arrivare all’INMI attraverso varie modalità. Il paziente può essere appositamente rimpatriato dall’estero, o essere trasferito da altro ospedale o struttura sanitaria nazionale o regionale o, con minor probabilità, presentarsi spontaneamente presso l’Accettazione dell’ Istituto. La gestione di questi pazienti differisce esclusivamente nelle prime fasi, mentre è completamente sovrapponibile a partire dal momento del ricovero.

3.1 Procedure in caso di paziente presentatosi spontaneamente presso l’Accettazione (Triage)

L’infermiere, fin dal primo contatto via citofono, dovrà valutare se il paziente ricade nella definizione di “caso sospetto” ponendo domande specifiche per valutare se presenti uno dei

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS Roma	Procedure operative per la gestione di casi sospetti, probabili o confermati e contatti di malattia da virus Ebola (MVE) in Africa Occidentale	Unità di Crisi MVE Revisione 2/2014 14/10/2014 Pagina 10 di 41
--	---	--

sintomi come elencati nel criterio clinico e se abbia visitato una zona affetta da MVE entro i 21 giorni precedenti la comparsa dei sintomi.

Nel caso in cui il paziente venga considerato come “caso sospetto”, l’infermiere dovrà:

- tempestivamente indicare alla persona le modalità di accesso diretto all’area dedicata all’isolamento in accettazione, attraverso il percorso esterno appositamente identificato e dedicato;
- raccomandare al paziente di:
 - effettuare l’igiene delle mani (soluzione idroalcolica monouso/monopaziente presente nell’ingresso area di isolamento),
 - indossare la mascherina chirurgica ed un paio di guanti, che egli troverà nella stessa area,
 - attendere il personale di assistenza nella sala di attesa e di non uscire fuori di essa;
- chiamare prontamente il Medico di Accettazione.

Successivamente, l’infermiere, dotato di guanti, procederà alla scrupolosa sanificazione del citofono con panno imbevuto di ipoclorito di sodio.

Nel caso in cui la sala di attesa o stanza di isolamento sia già occupata da altro paziente non in valutazione per MVE, questo dovrà essere trasferito con le misure di prevenzione dovute in altra stanza dando priorità al paziente con MVE. Evitare che i due pazienti vengano in contatto.

Nel caso in cui il paziente entri nella sala d’attesa e venga successivamente identificato come “caso sospetto”, egli verrà invitato ad uscire immediatamente ed ad accedere dall’esterno all’area di isolamento dell’accettazione. Le altre azioni restano immutate.

L’infermiere deve inoltre prendere nota della eventuale presenza e delle generalità/ numeri telefonici di altri pazienti in sala d’attesa per le opportune valutazioni sulla loro eventuale sorveglianza. In caso di contaminazione ambientale con le secrezioni del paziente, va predisposta una temporanea chiusura della sala di attesa, con spostamento dei pazienti in altro ambiente (anche all’esterno se possibile), e si procederà alla sanificazione ambientale con le modalità descritte nella sezione 4.1.

L’infermiere procederà inoltre a raccogliere generalità e contatti (compresi numeri telefonici) degli accompagnatori che saranno invitati ad essere valutati dal medico di accettazione.

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS Roma	Procedure operative per la gestione di casi sospetti, probabili o confermati e contatti di malattia da virus Ebola (MVE) in Africa Occidentale	Unità di Crisi MVE Revisione 2/2014 14/10/2014 Pagina 11 di 41
--	---	--

Il Medico di Accettazione, accompagnato dall'infermiere, attraverso il percorso dedicato raggiungerà la stanza di isolamento dove procederanno alla vestizione con DPI (vedi allegato 1), farà entrare il paziente (con maschera e guanti) nella stanza di isolamento, effettuerà una valutazione di gravità delle condizioni cliniche, confermando o meno la definizione di caso (allegato 2). Il medico attuerà direttamente nella stanza di isolamento ogni trattamento ritenuto necessario se urgente e non differibile. Inoltre informerà il paziente sulle misure precauzionali che verranno messe in atto.

In tutti i casi:

- dovranno essere applicate le procedure per la corretta rimozione dei DPI;
- occorre limitare il numero di operatori esposti, e registrarne le generalità;
- occorre limitare al minimo ogni procedura invasiva in Accettazione, a meno che non sia urgente e non differibile;
- i dispositivi dedicati alla rilevazione dei parametri vitali del paziente dovranno essere esclusivamente monopaziente, fino a quando il sospetto di MVE non sia escluso e comunque andranno sanificati all'interno della stanza dopo il trasferimento del paziente alla degenza, attraverso le procedure di sanificazione specifiche (vedi sezione 4.1).

Il Medico di Accettazione, sulla base dell'approfondimento anamnestico (Allegato 2) può:

- a) escludere che il paziente sia un caso sospetto;
- b) classificare il paziente come un caso sospetto "a basso rischio" (vedi definizioni di caso specificate in precedenza);
- c) classificare il paziente come un caso sospetto "ad alto rischio" (o caso probabile, vedi definizioni di caso specificate in precedenza).

Nel caso a), il Medico di Accettazione può sospendere l'isolamento (se non ne sussiste la necessità per altre cause), e proseguire la gestione del paziente attraverso le procedure del caso.

Nei casi b) e c) (paziente sospetto a basso o alto rischio), secondo le indicazioni della Circolare Ministeriale del 1 ottobre 2014, il paziente dovrebbe essere ricoverato presso un reparto di degenza di Malattie Infettive. Nel caso specifico presso l'INMI, il Medico di Accettazione informa il Coordinatore della Unità di Crisi circa la presenza di un caso sospetto.

Il Coordinatore, in accordo con i componenti della Unità di crisi e con la Direzione Sanitaria, decide la destinazione del paziente. Possibili destinazioni sono la stanza di alto isolamento

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS Roma	Procedure operative per la gestione di casi sospetti, probabili o confermati e contatti di malattia da virus Ebola (MVE) in Africa Occidentale	Unità di Crisi MVE Revisione 2/2014 14/10/2014 Pagina 12 di 41
--	---	--

presente in Rianimazione, o una delle stanze di isolamento presso il reparto di post-acuzie. Queste stanze saranno utilizzate prioritariamente, mentre il ricovero presso una stanza singola in un reparto di degenza ordinaria, potrà avvenire solo in presenza di un aumento del numero di ricoveri di casi sospetti per MVE. In ogni caso, il ricovero di questi pazienti in reparto di degenza è disposto dal Coordinamento dell'Unità di crisi che darà dettagliate indicazioni in merito.

Il Coordinatore della Unità di Crisi, una volta allertato circa la presenza di un caso sospetto, deve prontamente:

- chiamare tramite centralino la responsabile del SAI per attivare la task force infermieristica e dei trasporti;
- far chiamare dal centralino i due medici di turno della task force;
- decidere, sulla base della valutazione del medico di Accettazione, la struttura di degenza dove destinare il paziente (in prima istanza, stanza di alto isolamento in Rianimazione),
- disporre le modalità di trasporto del paziente,
- In caso di non disponibilità della stanza di alto isolamento presso la Rianimazione, può essere disposto il ricovero del paziente presso una stanza di isolamento del reparto di Post-acuzie.

In tutti i casi (paziente sospetto a basso o alto rischio), il Medico di Accettazione deve comunque:

- dare disposizioni per effettuare in Accettazione solo eventuali esami diagnostici urgenti e non differibili, previa comunicazione ed accordo con il Laboratorio di Virologia, da contattare all'interno 2666, o al cellulare del dirigente di guardia, 320-4343793, secondo le indicazioni contenute nella sezione 3.4;
- sorvegliare, dare indicazioni e applicare le procedure per la corretta rimozione dei DPI (vedi Allegato 1);
- dare indicazioni per la sanificazione della stanza prima di un suo nuovo utilizzo da parte di un altro paziente (sanificazione straordinaria degli ambienti come previsto dalle precauzioni da contatto, secondo i protocolli vigenti e come meglio descritto nel paragrafo 4.1);

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS Roma	Procedure operative per la gestione di casi sospetti, probabili o confermati e contatti di malattia da virus Ebola (MVE) in Africa Occidentale	Unità di Crisi MVE Revisione 2/2014 14/10/2014 Pagina 13 di 41
--	---	--

- prendere nota, se possibile, delle generalità delle persone che hanno accompagnato il paziente, incluso nome, indirizzo e numero di telefono (vedi sezione 4.4).

In tutti i casi, la Direzione Sanitaria procede alla comunicazione del caso sospetto al Ministero della Salute secondo le indicazioni al link:
<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf;jsessionid=V0WhepMifvbPd67UEXOr+Q...sgc4-prd-sal?anno=0&codLeg=49678&parte=1%20&serie=>

3.2 Procedure per il ricovero del paziente (criteri e percorsi)

Le procedure per il ricovero del paziente sono sovrapponibili sia nel caso di paziente presentatosi spontaneamente in Accettazione, sia nel caso di paziente trasferito da altre strutture. In caso di paziente già annunciato (appositamente rimpatriato, o inviato da altra struttura), questi deve essere direttamente trasferito presso la stanza di destinazione, senza passare attraverso i locali dell'Accettazione.

In caso di paziente sospetto, o di paziente confermato, sia che si presenti spontaneamente presso l'Accettazione, o che venga trasferito da altra struttura, questi deve essere sempre preso in carico dai membri della task force. Le possibili destinazioni e le modalità di trasporto, da concordare con il Coordinatore della Unità di Crisi, sono:

- o la stanza di alto isolamento presente in Rianimazione, nel qual caso l'accesso alla stanza deve avvenire attraverso la rampa esterna, ed il paziente deve essere trasportato, sulla base di una valutazione del rischio, o per via ordinaria (facendo eventualmente indossare mascherina chirurgica e guanti) o in una delle barelle di bio-contenimento in dotazione dell'INMI, accompagnato in entrambi i casi dai membri della task force dotati degli opportuni DPI, come già elencati per l'Accettazione del paziente;
- o una delle stanze di isolamento presenti in Post-acuzie, nel qual caso l'accesso avviene attraverso il percorso dedicato con ingresso dai sotterranei ed attraverso l'ascensore dedicato. Anche in questo caso il paziente può essere trasportato attraverso le procedure ordinarie (facendo eventualmente indossare anche al paziente mascherina chirurgica e guanti), o nella barella di bio-contenimento in dotazione presso la Croce Rossa Internazionale (CRI), comunque accompagnato dai

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS Roma	Procedure operative per la gestione di casi sospetti, probabili o confermati e contatti di malattia da virus Ebola (MVE) in Africa Occidentale	Unità di Crisi MVE Revisione 2/2014 14/10/2014 Pagina 14 di 41
--	---	--

membri della task force dotati degli opportuni DPI. A tal fine, ogni qualvolta la stanza di alto isolamento ubicata presso il Reparto di Rianimazione venga occupata con un caso sospetto per MVE, la Direzione Sanitaria si attiverà per ottenere la messa a disposizione e l'immediato trasferimento presso l'INMI della barella di bio-contenimento in dotazione alla CRI;

Una volta ricoverato il paziente, il Coordinatore della Unità di Crisi:

- Decide, in consultazione con il virologo di turno, sempre disponibile al 2666, quali test diagnostici effettuare sulla base del sospetto clinico (vedi sez. 3.4), oltre al il test specifico per virus Ebola. La scelta dei test da effettuare in prima istanza, ovvero in attesa dei risultati dei test specifici, deve essere limitata ai test essenziali e non differibili.
- Concorda inoltre con il virologo di turno, le modalità per il trasporto dei campioni, che deve avvenire come da indicazioni nella sezione 3.4;
- Tutte le procedure devono essere compiute indossando i DPI così come già indicato per il paziente in valutazione presso l'Accettazione.

Il test per virus Ebola deve essere effettuato solo in caso di paziente sospetto (sia a basso che ad alto rischio), e attuato seguendo le modalità concordate con il laboratorio di Virologia e descritte nella sezione 3.4. Preliminarmente va precisato che:

- In caso di test positivo, confermato secondo l'algoritmo riportato nell'allegato 3 (indipendentemente dal livello di rischio), il paziente diventa un caso confermato, e tutte le procedure devono essere immediatamente adattate a tale condizione fin dalla prima comunicazione di test. Il paziente confermato, se ricoverato presso i reparti di degenza ordinaria, deve essere preso in carico dalla Unità di Crisi e trasferito presso la stanza di alto isolamento presente in Rianimazione o in una delle stanze di isolamento presente nel reparto di Post-Acuzie, attraverso le modalità già descritte;
- In caso di test negativo, se la sintomatologia è insorta da meno di 48 ore, o se vi è la persistenza di sintomi suggestivi di MVE in assenza di altra causa, si consiglia di mantenere le precauzioni in corso fino alla ripetizione del test, con modi e tempi decisi dal responsabile della gestione clinica dell'Unità di crisi in accordo con la Virologia;

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS Roma	Procedure operative per la gestione di casi sospetti, probabili o confermati e contatti di malattia da virus Ebola (MVE) in Africa Occidentale	Unità di Crisi MVE Revisione 2/2014 14/10/2014 Pagina 15 di 41
--	---	--

- In caso di test negativo, se la sintomatologia è insorta da più di 48 ore e non sussistono le condizioni descritte al punto precedente, si considera il paziente definitivamente negativo per MVE. In questo caso la gestione successiva segue le normali procedure di gestione (inclusa l'applicazione delle procedure di isolamento se ritenute indicate).

3.3 Comportamenti durante il ricovero.

Durante il ricovero, il paziente (sospetto ad alto rischio o confermato) dovrà essere gestito dalla Unità di Crisi dell'Istituto. Il Coordinatore della Unità di Crisi acquisirà dal SAI e dalla Direzione Sanitaria la turnazione e le disponibilità dei membri della task force. Nel caso in cui il responsabile della gestione clinica riterrà opportuna una gestione intensivistica del paziente, concorderà con il responsabile della Rianimazione le modalità di gestione clinica del paziente.

Non sono stati suggeriti, nelle linee guida internazionali, criteri e procedure dettagliate per la dimissione del paziente. L'Istituto ha deciso, sulla base delle conoscenze disponibili e dell'esperienza direttamente maturata nei paesi colpiti da MVE di dimettere il paziente, in accordo con il Coordinatore della Unità di Crisi e del responsabile della gestione clinica, solo a seguito del raggiungimento di una buona e stabile condizione clinica, e quando la viremia per virus Ebola non risulti più determinabile in almeno 2 determinazioni distanziate da 24 ore. Inoltre bisogna ricordare al paziente che sono stati dimostrati casi di trasmissione dell'infezione attraverso i rapporti sessuali fino a 10 settimane dopo la guarigione, e di conseguenza va consigliato l'uso del preservativo fino a 3 mesi dopo la guarigione. Dopo la dimissione è sconsigliato l'allattamento.

Si raccomanda che l'assistenza al paziente in isolamento venga effettuata sempre da almeno due operatori contemporaneamente. I DPI previsti e le procedure di corretta vestizione e svestizione sono elencati nell'allegato 1.

Inoltre:

- Occorre ricordare l'aderenza scrupolosa a tutte le procedure consigliate di controllo delle infezioni, compreso il lavaggio delle mani e l'applicazione delle misure per la prevenzione degli incidenti con aghi e taglienti;

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS Roma	Procedure operative per la gestione di casi sospetti, probabili o confermati e contatti di malattia da virus Ebola (MVE) in Africa Occidentale	Unità di Crisi MVE Revisione 2/2014 14/10/2014 Pagina 16 di 41
--	---	--

- Occorre limitare il numero degli operatori esposti, e per ogni operatore vanno registrate le generalità ed i tempi di assistenza al paziente;
- I visitatori non devono essere ammessi nelle stanze di isolamento;
- Non è consigliata l'introduzione di oggetti personali del paziente nella stanza di isolamento, incluso cellulare e laptop. Il paziente dovrà essere messo a conoscenza che ogni oggetto personale eventualmente introdotto verrà distrutto nel processo di disinfezione qualora il paziente risultasse positivo per MVE;
- Le procedure invasive, e quelle producenti aerosol, devono essere ridotte al minimo, ed effettuate dopo una attenta valutazione del rapporto tra rischi per il personale e benefici per la gestione clinica del paziente;
- Lo strumentario e le apparecchiature necessari all'assistenza e alla diagnosi devono essere dedicati. All'interno della stanza non deve essere introdotto alcun tipo di materiale destinato ad essere utilizzato al di fuori dell'unità di isolamento;
- La cartella clinica non va messa nella stanza del paziente; all'interno della stanza di isolamento saranno presenti penne, fogli e diagrammi per la registrazione della temperatura e/o di altre funzioni metaboliche, ecc. che non potranno essere portati al di fuori della stessa unità di isolamento;
- Ad ogni paziente verrà consegnato un termometro individuale che successivamente, alla dimissione, in caso di positività per MVE, verrà distrutto;
- Gli stetoscopi e gli sfigmomanometri e altri dispositivi non critici dovranno rimanere all'interno della stanza di isolamento.
- Padelle ed orinali dovranno essere monouso;
- Eventuali esami strumentali necessari devono essere eseguiti, quando possibile, nella stanza del paziente e concordati tra il responsabile della gestione clinica, sentito il coordinamento, e i servizi interessati. Gli strumenti utilizzati, prima di essere riutilizzati, debbono essere sanificati attraverso procedure specifiche (vedi sezione 4.1);
- Per gli esami radiografici le cassette radiografiche da utilizzare all'interno delle stanze di degenza debbono essere ricoperte da tripla busta di plastica sigillata prima dell'ingresso nella stanza di isolamento. Dopo l'uso, la prima busta andrà rimossa nella stanza del paziente, la seconda nella zona filtro e la terza all'esterno. In caso di

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS Roma	Procedure operative per la gestione di casi sospetti, probabili o confermati e contatti di malattia da virus Ebola (MVE) in Africa Occidentale	Unità di Crisi MVE Revisione 2/2014 14/10/2014 Pagina 17 di 41
--	---	--

contaminazione della busta esterna è necessario procedere nella stanza del paziente alla decontaminazione di essa con panno imbevuto di ipoclorito di sodio allo 0,5%;

- Le superfici ambientali e lo strumentario potenzialmente contaminato devono essere disinfettati con soluzione di ipoclorito di sodio allo 0,5%;

3.4 Aspetti di laboratorio.

Le attività diagnostiche per MVE vanno limitate al minimo indispensabile, per ridurre il rischio associato alle procedure invasive nell'effettuazione dei prelievi ed alla manipolazione dei campioni in laboratorio.

Le indagini di laboratorio sono centralizzate presso il Laboratorio di Virologia, che adotta le adeguate misure di biocontenimento in base alla valutazione del rischio effettuato in sede di valutazione clinico-epidemiologica. Il pannello degli esami disponibili è riportato nella sezione 3.4.1.

Il trasporto dei campioni biologici deve essere effettuato con flusso dedicato, attenendosi scrupolosamente alla regola del triplo imballo: tutte le provette di sangue e di urine, raccolte nel contenitore primario ermetico e infrangibile, andranno inserite separatamente in secondo contenitore ermetico e infrangibile (ad esempio in un provettone da 50ml) contenente carta o altro materiale assorbente. Sarà cura del laboratorio di virologia fornire ai reparti i contenitori secondari/provettoni.

Dovrebbero essere evitati i contenitori primari le cui dimensioni non permettono l'inserimento nel contenitore secondario (provettone da 50 ml). Se indispensabili, essi saranno inseriti in una prima busta *transbag* contenente materiale assorbente ed il tutto sarà inserito in una seconda busta *transbag* (*l'insieme delle due buste costituisce, in alternativa al provettone, il contenitore secondario*). I contenitori primari e secondari così confezionati saranno trasportati utilizzando i normali box rigidi per il trasporto interno dei campioni diagnostici. I box da trasporto utilizzati per i casi e i sospetti di MVE devono essere separati da quelli usati per gli altri prelievi della diagnostica routinaria.

Le indagini da effettuare riguardano **l'inquadramento ematochimico, la diagnosi differenziale e la diagnosi eziologica specifica.**

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS Roma	Procedure operative per la gestione di casi sospetti, probabili o confermati e contatti di malattia da virus Ebola (MVE) in Africa Occidentale	Unità di Crisi MVE Revisione 2/2014 14/10/2014 Pagina 18 di 41
--	---	--

Prima di inviare campioni, è necessario prendere contatti con il personale dirigente del Laboratorio di Virologia, che fornisce supporto per:

- la scelta del percorso diagnostico più idoneo;
- la tipologia dei campioni (sangue, siero, plasma, liquor, feci, urine, biopsie, secrezioni/tampone mucosale, etc);
- le modalità di raccolta e di invio dei campioni stessi;
- l'identificazione delle informazioni cliniche opportune per l'inquadramento diagnostico differenziale.

Il laboratorio di Virologia è in funzione h24. Il virologo di turno può essere reperito ai seguenti numeri:

- 0655170666
- 3204343793

Ulteriori recapiti utili:

Accettazione: tel 0655170674; fax 0655170676

Segreteria: fax 065594555

3.4.1 Esami ematochimici

I prelievi vanno ridotti al minimo indispensabile, limitandoli al controllo dei principali parametri ematochimici. Gli esami verranno eseguiti, in condizioni di biosicurezza adeguate, sulla piattaforma POCT (Reflotron) disponibile presso il Laboratorio di Virologia. Il presidio di laboratorio attivo h24 effettua i test ematochimici subito dopo l'arrivo del campione.

L'elenco degli esami eseguibili su tale piattaforma è il seguente:

- glucosio,
- urea,
- creatinina,
- GPT,
- emoglobina,
- potassio
- amilasi pancreatica
- bilirubina.

<p>Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS Roma</p>	<p>Procedure operative per la gestione di casi sospetti, probabili o confermati e contatti di malattia da virus Ebola (MVE) in Africa Occidentale</p>	<p>Unità di Crisi MVE Revisione 2/2014 14/10/2014 Pagina 19 di 41</p>
---	--	--

Per la tipologia di campioni da inviare fare riferimento alla **tabella 4**.

3.4.2 Diagnosi differenziale con altre patologie

In caso di sospetta MVE la principale patologia da prendere in considerazione nel processo di diagnosi differenziale, è la malaria. Il presidio di laboratorio attivo h24 effettua il test rapido su campione di sangue con anticoagulante, subito dopo l'arrivo del campione in laboratorio. Il campione deve essere inviato contestualmente al campione per la ricerca del genoma del virus Ebola. Per confermare il risultato del test rapido, successivamente viene eseguita, presso il Laboratorio di Microbiologia, la ricerca del parassita malarico con parassitemia mediante goccia spessa e l'eventuale rilevazione ed identificazione di specie mediante test molecolari (questi test non sono al momento eseguibili in urgenza). Infatti, un risultato negativo per la ricerca del parassita malarico non esclude la presenza del parassita; se sussistono forti sospetti che il paziente abbia la malaria, è possibile ricorrere ai test molecolari, più sensibili. L'esecuzione dei test molecolari e della goccia spessa va concordata con il laboratorio di Virologia che provvederà all'inattivazione dell'infettività del campione di sangue prima della consegna dello stesso alla Microbiologia.

In base alla storia di viaggi del paziente, nella diagnosi differenziale può essere considerata anche la Dengue. Anche in questo caso, sul sangue con anticoagulanti viene eseguito il test rapido, che rileva sia l'antigene che gli anticorpi IgG ed IgM. In caso di positività, o per ulteriore approfondimento, vengono successivamente eseguiti i test molecolari.

Per la tipologia di campioni da inviare fare riferimento alla **tabella 4**. **In ogni caso va preventivamente concordato con il laboratorio l'invio di eventuali ulteriori campioni utili alla diagnosi differenziale o all'inquadramento clinico (ad esempio liquor in caso di sospetta meningite o sangue per emocolture in caso di sospetta sepsi).**

3.4.3 Diagnosi specifica (ricerca del genoma del virus Ebola)

I test per i virus di gruppo di rischio 4 non sono disponibili per pazienti ambulatoriali.

I test specifici per la diagnosi di MVE vengono eseguiti secondo l'algoritmo riportato nell'**Allegato 3**.

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS Roma	Procedure operative per la gestione di casi sospetti, probabili o confermati e contatti di malattia da virus Ebola (MVE) in Africa Occidentale	Unità di Crisi MVE Revisione 2/2014 14/10/2014 Pagina 20 di 41
--	---	--

Si rammenta che fino ad oggi non si è a conoscenza di test in grado di identificare il virus durante il periodo di incubazione (ovvero in assenza di almeno 1 sintomo). I risultati relativi alla ricerca del genoma virus Ebola mediante il primo test di screening saranno disponibili, in linea di massima, entro 6 ore dal'arrivo dei campioni in laboratorio; essi saranno comunicati in via preliminare telefonicamente al medico richiedente; i risultati negativi saranno refertati immediatamente; in caso di positività, il referto sarà rilasciato solo dopo l'esecuzione dei test di conferma e/o approfondimento (vedi algoritmo, **allegato 3**).

Resta inteso che, per il paziente ritenuto inizialmente sospetto, e nel quale il test per Ebola, ripetuto una o due volte a seconda della distanza dalla insorgenza della sintomatologia, sia risultato negativo, ed in assenza di altri motivi per ritenere il caso ancora sospetto (per esempio non risposta alla terapia della eziologia alternativa identificata, o sintomi fortemente suggestivi di Ebola) le analisi di laboratorio vengono eseguite secondo le prassi vigenti per tutti i pazienti.

Tabella 4		
Tipologia di campioni per gli <u>esami ematochimici</u>		
Fase della malattia	Tipologia di campioni	Tipologia di contenitore
<i>Qualsiasi</i>	- Sangue con EDTA	- Provetta sterile infrangibile con EDTA
Tipologia di campioni per la <u>diagnostica differenziale</u> (Malaria e, ove opportuno, Dengue ed alti agenti eziologici)		
Fase della malattia	Tipologia di campioni	Tipologia di contenitore
<i>Fase acuta sintomatica (Entro i primi 2-7 giorni dall'esordio)</i>	- Sangue con EDTA In aggiunta, in base alla valutazione congiunta, possono essere inviati campioni biologici aggiuntivi	- Provetta sterile infrangibile con EDTA; - Da concordare con il Laboratorio
Tipologia di campioni per la <u>diagnosi specifica di MVE</u>		

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS Roma	Procedure operative per la gestione di casi sospetti, probabili o confermati e contatti di malattia da virus Ebola (MVE) in Africa Occidentale	Unità di Crisi MVE Revisione 2/2014 14/10/2014 Pagina 21 di 41
--	---	--

Fase della malattia	Tipologia di campioni	Tipologia di contenitore
<i>Fase acuta sintomatica</i> <i>(Entro i primi 2-7 giorni dall'esordio)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Sangue con EDTA per RT-PCR - Sangue senza anticoagulanti per sierologia <p>In aggiunta, in base alla valutazione congiunta, possono essere utili campioni biologici aggiuntivi, quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Urine - Tamponi mucosali - Altro 	<ul style="list-style-type: none"> - Provetta sterile infrangibile con EDTA; - Provetta sterile infrangibile; - Contenitore infrangibile sterile. - Tampone floccato in terreno di trasporto virale in flacone infrangibile. - Da concordare con il Laboratorio
<i>Fase convalescente</i> <i>(risoluzione della sintomatologia, e comunque non prima di 15 giorni dall'inizio della sintomatologia)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Sangue con EDTA - Sangue senza anticoagulanti per sierologia, o siero già separato <p>In aggiunta, in base alla valutazione congiunta, possono essere utili campioni biologici aggiuntivi, quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Urine - Tamponi mucosali 	<ul style="list-style-type: none"> - Provetta sterile infrangibile con EDTA, - Provetta sterile infrangibile - Contenitore infrangibile sterile - Tampone floccato in terreno di trasporto virale

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS Roma	Procedure operative per la gestione di casi sospetti, probabili o confermati e contatti di malattia da virus Ebola (MVE) in Africa Occidentale	Unità di Crisi MVE Revisione 2/2014 14/10/2014 Pagina 22 di 41
--	---	--

	- Altro	in flacone infrangibile - Da concordare con il Laboratorio
--	---------	--

Si raccomanda l'adozione di adeguate misure di protezione da parte degli operatori che effettuano i prelievi ed il confezionamento dei campioni, come indicato in altre sezioni di questa procedura.

Tutte le procedure adottate nei laboratori, incluso l'uso dei DPI, lo smaltimento dei reflui e dei residui di laboratorio, sono aggiornate in tempo reale, dettagliatamente descritte e disponibili per la consultazione nella cartella condivisa relativa alla certificazione, accessibile da tutti gli operatori dei laboratori.

I campioni biologici, corredati dell'apposita scheda in **Allegato 4** vanno inviati al Laboratorio nel più breve tempo possibile seguendo le procedure di seguito riportate, a cura del reparto che richiede l'esame.

4. Altre procedure

4.1 Modalità di disinfezione e sanificazione

Il virus Ebola è sensibile ad una vasta gamma di disinfettanti per uso ospedaliero utilizzati per la disinfezione di superfici resistenti, non-porose.

Il disinfettante di maggior uso è la comune varecchina (ipoclorito di sodio), ed una dotazione di ipoclorito va fornita e rinnovata in ogni stanza dove è presente un paziente con infezione da MVE sospetta o confermata. Le preparazioni di ipoclorito maggiormente usate sono la diluizione allo 0,5%, per la disinfezione di superfici, DPI, strumenti e dispositivi, e la diluizione allo 0,05% per l'igiene delle mani. Per la preparazione dell'ipoclorito allo 0,5% è necessario fare una diluizione 1:10 della varecchina (ipoclorito di sodio) (1 parte di varecchina in 9 parti di acqua). Similmente, per la preparazione dell'ipoclorito di sodio allo 0,05% occorre fare una diluizione 1:100 (1 parte di ipoclorito in 99 parti di acqua).

Durante il ricovero del paziente, le superfici ambientali devono essere decontaminate giornalmente e scrupolosamente; si consiglia di utilizzare ipoclorito di sodio in soluzione allo 0,5% e DPI appropriati.

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS Roma	Procedure operative per la gestione di casi sospetti, probabili o confermati e contatti di malattia da virus Ebola (MVE) in Africa Occidentale	Unità di Crisi MVE Revisione 2/2014 14/10/2014 Pagina 23 di 41
--	---	--

Alla dimissione o dopo la rimozione del corpo a seguito di decesso del paziente, la stanza deve essere sottoposta a completa e dettagliata disinfezione con ipoclorito di sodio allo 0,5%. La fumigazione con formaldeide è considerata il metodo di scelta per la disinfezione ambientale. In alternativa alla fumigazione, tutte le superfici potenzialmente contaminate, incluse le apparecchiature ed i dispositivi usati per l'assistenza al paziente, devono essere disinfettati con soluzioni di ipoclorito di sodio allo 0,5% o di fenolo allo 0,5%.

In caso di estesa contaminazione ambientale con fluidi del paziente, l'area interessata dovrà essere sottoposta a disinfezione secondo il ciclo a tre tempi (1- Disinfezione/decontaminazione dei fluidi, 2- pulizia/detersione, 3- disinfezione delle superfici e dei materiali venuti a contatto con i fluidi). Per la decontaminazione di spandimenti di sangue e altri liquidi biologici è da preferire un disinfettante a base di cloro prima di procedere alla detersione:

- piccole macchie di sangue o di piccole perdite: prima della detersione procedere alla decontaminazione con soluzione di ipoclorito 0,5% (contatto di due minuti) prima di pulire con pannetti monouso da smaltire in contenitore rigido per percolanti con all'interno doppia busta impermeabile e trattato all'esterno con ipoclorito allo 05%;
- versamenti più grandi:
 - o procedere allo spargimento di ipoclorito in granuli o di ipoclorito allo 0,5% tutto intorno alla zona interessata dall'esterno verso l'interno,
 - o attendere 10 minuti,
 - o raccogliere il materiale ed eliminarlo in contenitore rigido per percolanti con all'interno doppia busta impermeabile,
 - o trattare l'esterno del contenitore rigido con ipoclorito allo 0,5%,
 - o dopo la detersione, effettuare una disinfezione finale con una soluzione di ipoclorito 0,5%.

Per l'esecuzione di tutte le suddette manovre l'operatore dovrà indossare guanti in gomma in aggiunta ai DPI elencati nell'allegato 1.

Si raccomanda di non spruzzare i disinfettanti direttamente sopra gli spandimenti per evitare la formazione di aerosol.

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS Roma	Procedure operative per la gestione di casi sospetti, probabili o confermati e contatti di malattia da virus Ebola (MVE) in Africa Occidentale	Unità di Crisi MVE Revisione 2/2014 14/10/2014 Pagina 24 di 41
--	---	--

Le apparecchiature di laboratorio utilizzate devono essere sanificate in accordo con quanto consigliato dalla ditta produttrice, o in accordo ai protocolli in uso all'interno dei laboratori BSL 3-4.

Vassoi, stoviglie e le posate saranno monouso (plastica o carta) per consentirne la termodistruzione.

4.2 Modalità di trattamento e smaltimento dei rifiuti di pazienti con MVE

I rifiuti solidi devono essere posti in doppio sacco di plastica chiusi all'interno di un contenitore rigido per percolanti disinfettato esternamente con ipoclorito allo 0,5%, ed avviati all'incenerimento.

Similmente, gli effetti lettereci da smaltire saranno posti in doppio sacco di plastica chiusi all'interno di un contenitore rigido per percolanti disinfettato esternamente con ipoclorito allo 0,5%, e avviati all'incenerimento.

Gli aghi e oggetti taglienti verranno raccolti in apposito recipiente, ermeticamente chiuso e disinfettato esternamente, ed avviati ad incenerimento avvolti in doppio sacco di plastica chiuso all'interno di un contenitore rigido per percolanti disinfettato esternamente con ipoclorito allo 0,5%.

In caso di ricovero presso la stanza di alto isolamento presso la rianimazione, padelle ed orinali monouso devono essere usati per la raccolta di urine e feci, ed immediatamente posizionati (direttamente dal paziente, se deambulante) in un contenitore rigido per percolanti con all'interno doppia busta impermeabile e disinfettante (ipoclorito allo 0,5%). Il contenitore va chiuso, disinfettato esternamente con ipoclorito allo 0,5% ed avviato all'incenerimento.

Lo smaltimento dei rifiuti di laboratorio e le procedure di svolgimento delle attività in adeguate condizioni di biosicurezza sono incluse nella documentazione dei laboratori di biosicurezza e nelle procedure interne, che sono parte della documentazione certificata.

4.3 Modalità di gestione delle salme

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS Roma	Procedure operative per la gestione di casi sospetti, probabili o confermati e contatti di malattia da virus Ebola (MVE) in Africa Occidentale	Unità di Crisi MVE Revisione 2/2014 14/10/2014 Pagina 25 di 41
--	---	--

In caso di decesso del paziente, il corpo deve essere considerato come contagioso, e come tale trattato con la massima cautela. Gli operatori devono continuare ad indossare i DPI consigliati, ed applicare tutte le procedure di prevenzione consigliate. L'autopsia è fortemente sconsigliata se non strettamente necessaria (ad esempio, per obblighi medico-legali), ed in tal caso procedure non invasive, quali ad esempio la biopsia su cadavere, devono essere privilegiate. L'Istituto comunque dispone di un procedura per la medicina necroscopica in caso di pazienti deceduti per patologie altamente contagiose, che va rigorosamente applicata.

4.4 Modalità di sorveglianza sanitaria dei contatti e degli operatori

4.4.1 Gestione dei contatti

Fin dal primo contatto con il paziente sospetto, i sanitari presso l'INMI devono prendere nota di eventuali contatti, o interrogando direttamente il paziente o interrogando eventuali persone che lo accompagnano. Le generalità dei contatti (nome ed altri dati anagrafici disponibili, inclusi indirizzo e numero di telefono), raccolti anche in tempi diversi dal Medico di Accettazione, dal Medico di Reparto o da componenti della Unità di Crisi, e devono essere comunicati alla Direzione Sanitaria, che provvederà a far pervenire l'informazione al Ministero della Salute ed alla ASL di residenza per l'attuazione delle misure di sorveglianza (come da indicazione della Circolare Ministeriale). Un registro dei contatti, con le generalità, deve essere presente in Accettazione.

Il Ministero della Salute ha descritto, nella circolare n° 0026377 del 1 Ottobre 2014, i criteri per la definizione e la gestione dei contatti. Questi sono riportati nella tabella 5.

Tabella 5 – Criteri per la definizione dei contatti – Dalla Circolare del Ministero della Salute n° 0026708 dello 06/10/2014

Si definisce “contatto” una persona asintomatica che sia stata esposta, negli ultimi 21 giorni, a un caso probabile o confermato o ai suoi liquidi biologici/tessuti nel periodo successivo alla comparsa dei sintomi.
--

Per i contatti si identificano tre livelli di rischio:

- a) Contatti a basso rischio (“contatti casuali” ai sensi della Circolare Ministero della Salute 16/10/2006): Persone che hanno condiviso spazi confinati (come aver viaggiato con lo stesso mezzo di trasporto, avere soggiornato nello stesso albergo, ecc) con il

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS Roma	Procedure operative per la gestione di casi sospetti, probabili o confermati e contatti di malattia da virus Ebola (MVE) in Africa Occidentale	Unità di Crisi MVE Revisione 2/2014 14/10/2014 Pagina 26 di 41
--	---	--

caso, senza contatto diretto con sangue o materiali biologici. A questa categoria appartiene il personale sanitario che ha gestito un caso adeguatamente protetto o ha manipolato campioni biologici con le adeguate protezioni;

b) Contatti a rischio intermedio (“contatti stretti”): Si considerano contatti a medio rischio i conviventi; coloro che hanno assistito un caso probabile o confermato, o lo hanno toccato senza venire a contatto visibile con fluidi corporei, o ne hanno toccato gli abiti, o hanno manipolato campioni biologici, senza le dovute protezioni;

c) Contatti a rischio elevato (“contatti stretti ad alto rischio”): Coloro che hanno avuto esposizione diretta di cute (anche integra) o mucose a materiali biologici del paziente, ad esempio a sangue, vomito, secrezioni respiratorie, feci, urine; contatto viso a viso, rapporto sessuale, punture o altre ferite penetranti con materiale potenzialmente contaminato, manipolazione o ricomposizione della salma senza adeguata protezione.

Le misure nei confronti dei contatti mirano ad identificare precocemente l’eventuale insorgenza di sintomi compatibili con MVE, ed ad informare la persona sui comportamenti da tenere per evitare l’eventuale esposizione a contagio di altre persone.

Le misure nei confronti dei contatti sono riassunte in tabella 6.

Tabella 6 – Misure per la gestione dei contatti – Dalla Circolare del Ministero della Salute Circolare n° 0026708 dello 06/10/2014

A tutti i contatti devono essere fornite adeguate informazioni riguardo ai seguenti punti:

- la specifica condizione di rischio;
- i sintomi di esordio della malattia;
- le modalità di trasmissione, mettendo in evidenza la necessità di evitare assolutamente il contatto diretto o indiretto di altre persone con il sangue, ad esempio tramite l’uso in comune di strumenti per l’igiene personale o il soccorso per piccole ferite;
- l’opportunità di evitare farmaci che possano mascherare l’insorgenza di febbre;
- il numero di telefono da chiamare in caso di dubbi o di comparsa dei sintomi (Per i contatti in quarantena domiciliare la sorveglianza è a carico del Dipartimento di Prevenzione).

Inoltre, vengono consigliate le seguenti misure aggiuntive:

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS Roma	Procedure operative per la gestione di casi sospetti, probabili o confermati e contatti di malattia da virus Ebola (MVE) in Africa Occidentale	Unità di Crisi MVE Revisione 2/2014 14/10/2014 Pagina 27 di 41
--	---	--

a) Contatti a basso rischio: nessuna misura aggiuntiva.

b) Contatti a rischio intermedio:

- quarantena, possibilmente domiciliare. Per opportunità di monitoraggio, il paziente non deve uscire anche se asintomatico; è compito del Servizio Sanitario e dei Servizi Sociali valutare particolari necessità garantendo il supporto necessario;
- automisurazione (se possibile) della temperatura ogni 12 ore;
- sorveglianza sanitaria attiva telefonica da parte degli operatori del Dipartimento di Prevenzione per monitorare temperatura ed eventuale insorgenza di altri sintomi;
- se compare febbre $>38^{\circ}\text{C}$ o altri sintomi, come da definizione di caso, entro il periodo di quarantena, il contatto viene riclassificato come “caso sospetto” e devono essere messe in atto le relative misure.

La quarantena domiciliare può essere considerata realizzabile anche in presenza di più persone contemporaneamente (ad es. un nucleo familiare), tenuto conto del basso rischio di contagiosità nelle prime fasi della malattia. I componenti adulti del nucleo familiare dovranno essere istruiti su iniziali misure più restrittive di isolamento a livello domiciliare, da adottare in caso di comparsa di sintomi in uno o più di loro. In tal caso essi dovranno darne immediata comunicazione telefonica al Dipartimento di Prevenzione, che si attiverà per il loro trasporto ed trattamento presso la struttura di riferimento.

Per i contatti in quarantena domiciliare la sorveglianza è a carico del Dipartimento di Prevenzione.

c) Contatti a rischio elevato:

- **quarantena in regime di ricovero ospedaliero, nella struttura infettivologica di riferimento individuata dalla organizzazione regionale;**
- sorveglianza sanitaria con misurazione della temperatura ogni 12 ore
- in caso insorga febbre o qualsiasi sintomo, il paziente dovrà essere isolato secondo le precauzioni raccomandate per i casi sospetti/probabili.

La quarantena e la sorveglianza sanitaria adottate per i contatti a rischio intermedio o elevato vengono interrotte dopo 21 giorni dall'ultima esposizione a rischio, o anticipatamente se si tratta di un contatto di caso sospetto che venga declassato a “non caso”, a seguito di esclusione dell'infezione da Ebola mediante test di laboratorio.

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS Roma	Procedure operative per la gestione di casi sospetti, probabili o confermati e contatti di malattia da virus Ebola (MVE) in Africa Occidentale	Unità di Crisi MVE Revisione 2/2014 14/10/2014 Pagina 28 di 41
--	---	--

Per la gestione dei contatti, occorre comunque ricordare che a tutt'oggi nessun soggetto asintomatico ha trasmesso la patologia durante il periodo di incubazione. In caso di ricovero di tali pazienti presso l'INMI, per un principio precauzionale, si consigliano le seguenti misure:

- Il soggetto asintomatico è ricoverato in stanza singola utilizzando le precauzioni standard (camice monouso, guanti, mascherina chirurgica, se necessaria, e soprattutto igiene delle mani) in un reparto identificato su indicazione del Coordinatore della Unità di Crisi in consultazione con la Unità di Crisi;
- Un unico operatore sanitario per turno si dedica alle cure del contatto.
- Il contatto è sottoposto a sorveglianza sanitaria con la auto rilevazione della temperatura almeno 2 volte al dì e comunque prima che il personale entri nella stanza del contatto. La temperatura viene misurata con termometro dedicato e viene comunicata al personale sanitario. Il personale sanitario controlla la temperatura immediatamente dopo l'ingresso nella stanza.
- I prelievi vanno effettuati indossando i dispositivi di protezione individuale (guanti, mascherina facciale e occhiali) in accordo alle precauzioni standard suindicate e seguendo le misure di prevenzione delle ferite con ago.
- Il personale sanitario prima di entrare nella stanza chiede al citofono la temperatura al contatto: 1. se apiretico è consentito l'ingresso nella stanza; 2. se febbrile ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) il personale soprassiede all'ingresso nella stanza del contatto che sta presentando i primi sintomi febbrili e chiama il medico di reparto o di guardia che avviserà il responsabile della gestione clinica e il coordinatore dell'Unità di crisi. Il paziente diventa dunque un caso sospetto e va di conseguenza gestito con le procedure già descritte per questi casi.

4.4.2 Gestione degli operatori sanitari esposti

Tutti gli operatori che entrano in contatto con il paziente (sia esso sospetto o confermato), o con i campioni diagnostici, o con i materiali potenzialmente contaminati, devono registrare data ed orario, nome, domicilio, contatto telefonico, mansione ed eventuali note nel registro conservato nei locali esterni alla stanza di isolamento. Devono essere inoltre istruiti a comunicare

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS Roma	Procedure operative per la gestione di casi sospetti, probabili o confermati e contatti di malattia da virus Ebola (MVE) in Africa Occidentale	Unità di Crisi MVE Revisione 2/2014 14/10/2014 Pagina 29 di 41
--	---	--

qualunque esposizione non protetta o inosservanza/variazione delle procedure raccomandate. Tutti gli operatori che hanno avuto contatto con il paziente dotati degli appropriati DPI sono considerati contatti a basso rischio, e pertanto nessuna misura aggiuntiva è prevista a parte un supplemento informativo circa le modalità di trasmissione, le modalità con cui comunicare l'eventuale comparsa di sintomi.

Per gli operatori sanitari che hanno avuto esposizioni tali da classificarli come contatti a rischio intermedio o elevati, vanno applicate le relative misure. L'operatore deve essere prontamente allontanato dal lavoro, e posto in isolamento domiciliare od ospedaliero, a seconda del livello di esposizione. In caso di isolamento domiciliare, deve essere data indicazione affinché, alla eventuale comparsa della sintomatologia, l'operatore contatti il Medico di Accettazione via telefono tramite centralino (e non di presentarsi spontaneamente presso l'Accettazione), in modo da organizzare un trasporto in condizioni di adeguato bio-contenimento.

In caso di esposizione accidentale a rischio per via percutanea, mucosa o cutanea valgono le indicazioni di primo intervento già emanate per le esposizioni a rischio di trasmissione di patogeni ematici (HIV, HBV e HCV).

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS Roma	Procedure operative per la gestione di casi sospetti, probabili o confermati e contatti di malattia da virus Ebola (MVE) in Africa Occidentale	Unità di Crisi MVE Revisione 2/2014 14/10/2014 Pagina 30 di 41
--	---	--

ALLEGATO 1. PROCEDURE DI VESTIZIONE E SVESTIZIONE

1. Regole comportamentali durante la vestizione con i Dispositivi di Protezione Individuale (DPI):

- Togliere ogni monile ed oggetti personali
- Rispettare la sequenza indicata sotto l'osservazione di un secondo operatore addestrato e di fronte a uno specchio
- Controllare l'integrità dei dispositivi; non utilizzare dispositivi non integri
- Effettuare l'igiene delle mani prima di indossare guanti nuovi

2. Regole comportamentali durante la svestizione e la rimozione dei DPI:

- Rispettare la sequenza indicata davanti a uno specchio ed, eventualmente, servendosi anche dell'aiuto di un operatore al di fuori dell'area di svestizione
- Evitare qualsiasi contatto tra i DPI potenzialmente contaminati e il viso, le mucose o la cute
- I DPI monouso vanno smaltiti nell'apposito ROT nell'area di svestizione
- Decontaminare i DPI riutilizzabili (stivali, goggles, pieno facciale, PAPR) secondo la procedura.

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS Roma	Procedure operative per la gestione di casi sospetti, probabili o confermati e contatti di malattia da virus Ebola (MVE) in Africa Occidentale	Unità di Crisi MVE Revisione 2/2014 14/10/2014 Pagina 31 di 41
--	---	--

Dispositivi di Protezione Individuale (DPI)

- copriscarpe monouso OPPURE stivali
- tuta completa idrorepellente monouso (tipo Tyvek)
- maschera FFP3
- mantellina monouso dotata di maschera chirurgica idrorepellente
- goggles
- grembiule impermeabile
- doppio paio di guanti chirurgici.

Procedura di vestizione ed uso DPI

Rispettare la sequenza indicata e sotto l'osservazione e l'aiuto di un secondo operatore addestrato:

1. Togliere ogni monile e oggetto personale. PRATICARE L'IGIENE DELLE MANI con acqua e sapone o soluzione alcolica
2. Indossare i copriscarpe sopra scarpe chiuse impermeabili e resistenti alle punture OPPURE stivali
3. Indossare un paio di guanti
4. Indossare sopra la divisa la tuta completa chiudendola ermeticamente e fissando le stringhe;
5. fissare gli anelli della tuta a pollice e mignolo
6. Indossare la maschera FFP3
7. Indossare la mantellina dotata di maschera chirurgica
8. Indossare il grembiule impermeabile sopra la tuta e la mantellina
9. Indossare i goggles sopra la mantellina
10. Indossare secondo paio di guanti

Procedura di svestizione e rimozione DPI

Rispettare la sequenza indicata con l'aiuto di un secondo operatore addestrato, che indossa camice impermeabile, guanti, FFP3 e goggles, esterno alla zona filtro, a distanza di almeno 1,5 metri dall'operatore potenzialmente contaminato:

1. L'operatore esterno, nell'area pulita, spruzza anteriormente e posteriormente l'operatore che indossa DPI con soluzione di ipoclorito allo 0,5%, anche sulle mani guantate *
2. Rimuovere il primo paio di guanti, afferrandoli dal bordo esterno vicino al polso, evitando di toccare la zona esterna; smaltirli nei ROT.
3. Spruzzare le mani guantate con soluzione di ipoclorito allo 0,5% *
4. Rimuovere il grembiule impermeabile: smaltirlo nel ROT.
5. Spruzzare le mani guantate con soluzione di ipoclorito allo 0,5% *
6. Rimuovere i goggles afferrandoli dalla zona meno potenzialmente contaminata (cioè la posteriore) e immergerli per tre volte nel secchio con ipoclorito allo 0,5%; poi appenderli e lasciarli nella zona di svestizione;
7. Spruzzare le mani guantate con soluzione di ipoclorito allo 0,5% *

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS Roma	Procedure operative per la gestione di casi sospetti, probabili o confermati e contatti di malattia da virus Ebola (MVE) in Africa Occidentale	Unità di Crisi MVE Revisione 2/2014 14/10/2014 Pagina 32 di 41
--	---	--

8. Rimuovere la mantellina, afferrandola dall'alto e smaltirla nei ROT
9. Spruzzare le mani guantate con soluzione di ipoclorito allo 0,5% *
10. Sciolte le stringhe, rimuovere la tuta, dopo l'apertura della cerniera, evitando di toccare la superficie esterna con le mani guantate. Liberarsi dell'indumento sul quale l'operatore esterno spruzzerà ipoclorito allo 0,5%, subito dopo la tuta verrà riposta dall'operatore sanitario che se l'è tolta nel ROT.
11. Spruzzare le mani guantate con soluzione di ipoclorito allo 0,5% *
12. Rimuovere la maschera FFP3 prendendola dalla zona meno contaminata e smaltirla nel ROT
13. Spruzzare le mani guantate con soluzione di ipoclorito allo 0,5% *
14. Rimuovere l'ultimo paio di guanti e smaltirli nei ROT
15. Lavare le mani con soluzione di ipoclorito di sodio allo 0,05% (facendosi spruzzare dall'operatore esterno)
16. L'operatore esterno deve spruzzare i copriscarpe o gli stivali, prima anteriormente, poi posteriormente e poi sulle soles con soluzione di ipoclorito allo 0,5%. A questo punto l'operatore sanitario passa nella zona pulita.
17. Nella zona pulita, indossa un paio di guanti e rimuove i copriscarpe che vanno lasciati in terra nella zona sporca (l'operatore successivo provvederà a smaltirli nel ROT); se ha gli stivali provvederà a rimuoverli e depositarli in un apposito contenitore sito nella zona pulita.
18. Rimuovere i guanti e pratica igiene delle mani con soluzione idroalcolica.

*** Manovra ad opera del secondo operatore**

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS Roma	Procedure operative per la gestione di casi sospetti, probabili o confermati e contatti di malattia da virus Ebola (MVE) in Africa Occidentale	Unità di Crisi MVE Revisione 2/2014 14/10/2014 Pagina 33 di 41
--	---	--

Allegato 2 - Scheda di valutazione per il “caso sospetto” in Accettazione



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive
Lazzaro Spallanzani
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
Via Portuense, 292 - 00149 Roma

Scheda raccolta dati

Nome _____ Cognome _____ sesso |M| |F|
Data di nascita nata/o a _____ (stato _____)
Residente a _____ indirizzo completo in Italia _____
_____ (eventualmente presso: _____)
N° telefono fisso _____ N° telefono fisso /cellulare _____
Familiari (conviventi) _____ tel _____

1. Ultimo viaggio in Africa: dal al

2. Zone visitate: _____

3. Mezzo utilizzato per il rientro: _____ Via: _____

4. Vaccinazioni pregresse: febbre gialla epatite A epatite B meningite meningococcica
Febbre tifoide altro _____

5. Nel soggiorno in Africa ha eseguito **profilassi antimalarica**? |sì| |no|

Se sì, con quale farmaco _____ dal al

6. Ha avuto contatti con caso probabile o confermato di MVE |sì| |no|

Se sì, descrivere quando, dal al , e il tipo di contatto _____

- contatto con paziente autonomo in grado deambulare
 - sala attesa aeroporto
 - albergo (operatore turistico)

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS Roma	Procedure operative per la gestione di casi sospetti, probabili o confermati e contatti di malattia da virus Ebola (MVE) in Africa Occidentale	Unità di Crisi MVE Revisione 2/2014 14/10/2014 Pagina 34 di 41
--	---	--

su un mezzo di trasporto pubblico

- contatto con caso gravemente ammalato e/o deceduto

contatto ristretto (entro 1 metro) senza utilizzo di dispositivi di protezione individuali

- partecipazione a rito funerario di paziente con esposizione diretta alla salma nell'area affetta da MEV (o proveniente da essa)
- contatto diretto con carne di animali selvatici ("bushmeat") o pipistrelli, roditori, primati, vivi o morti, nell'area affetta (o proveniente da essa)

7. Ha avuto esposizioni a rischio? [NO] [SI] se SI descrivere:

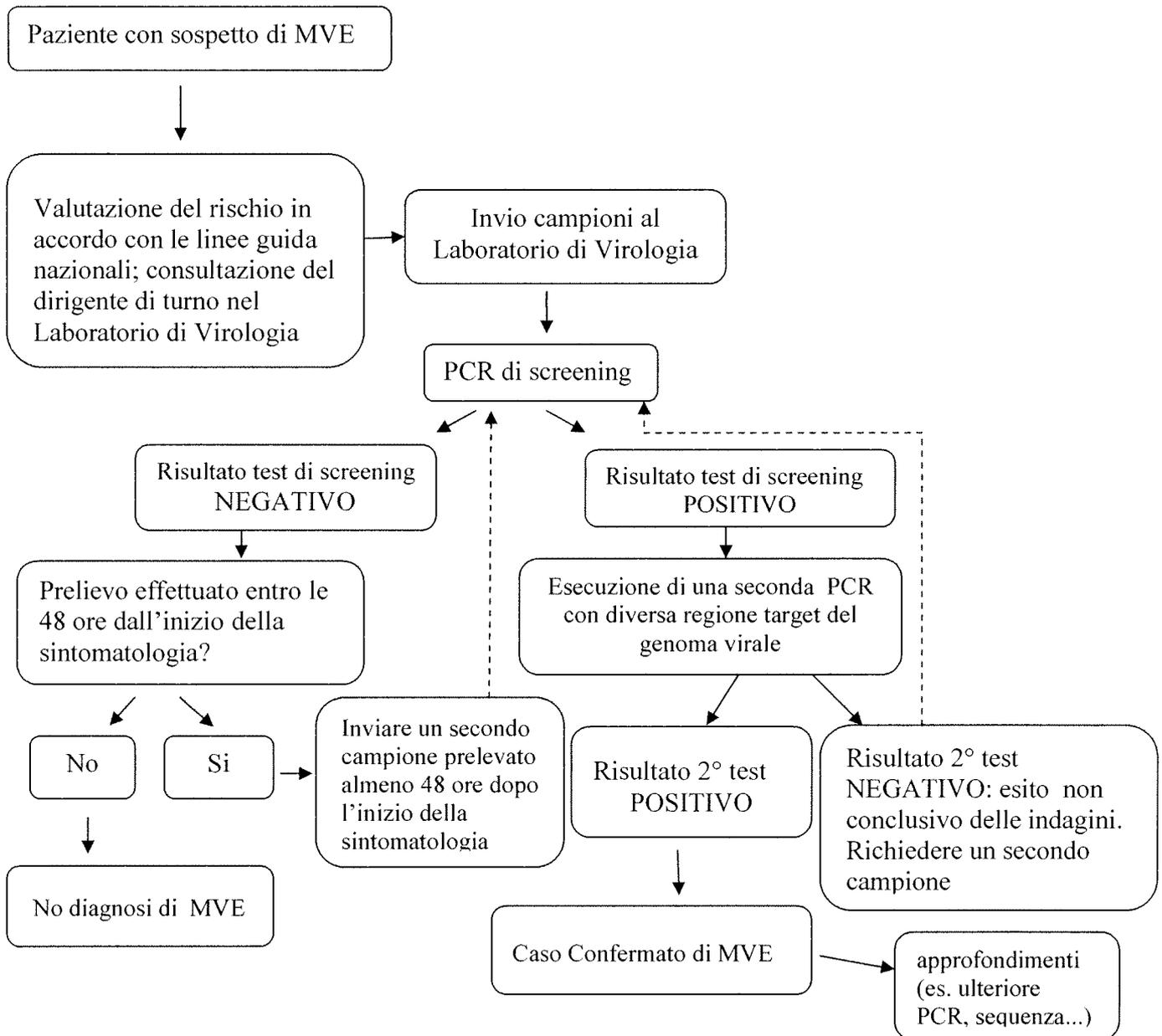
- Contatto diretto con materiale contaminato da fluidi corporei (sangue, vomito, feci, espettorato, ...) di un caso probabile o confermato di MEV
- Lesione percutanea o esposizione mucosa a fluidi corporei, tessuti o campioni di laboratorio di un caso probabile o confermato
- Rapporto sessuale non protetto con un caso probabile o confermato fino a tre mesi dalla guarigione
- Altro specificare _____

8. Sintomatologia:

- | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|----------------|--|----------------------|--------------------------|
| • Febbre | <input type="checkbox"/> | durata gg. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | < 1 giorno | <input type="checkbox"/> |
| • Vomito | <input type="checkbox"/> | insorto da gg. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | < 1 giorno | <input type="checkbox"/> |
| • Diarrea | <input type="checkbox"/> | insorto da gg. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | < 1 giorno | <input type="checkbox"/> |
| • Astenia | <input type="checkbox"/> | insorto da gg. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | < 1 giorno | <input type="checkbox"/> |
| • Mialgie | <input type="checkbox"/> | insorto da gg. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | < 1 giorno | <input type="checkbox"/> |
| • Artralgie | <input type="checkbox"/> | insorto da gg. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | < 1 giorno | <input type="checkbox"/> |
| • Singhiozzo | <input type="checkbox"/> | insorto da gg. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | < 1 giorno | <input type="checkbox"/> |
| • Congiuntivite | <input type="checkbox"/> | insorto da gg. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | < 1 giorno | <input type="checkbox"/> |
| • Nausea | <input type="checkbox"/> | insorto da gg. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | < 1 giorno | <input type="checkbox"/> |
| • Faringodinia e disfagia | <input type="checkbox"/> | insorto da gg. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | < 1 giorno | <input type="checkbox"/> |
| • Dolore addominale | <input type="checkbox"/> | insorto da gg. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | < 1 giorno | <input type="checkbox"/> |

Allegato 3

Algoritmo diagnostico per sospetta MVE



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS Roma	Procedure operative per la gestione di casi sospetti, probabili o confermati e contatti di malattia da virus Ebola (MVE) in Africa Occidentale	Unità di Crisi MVE Revisione 2/2014 14/10/2014 Pagina 37 di 41
--	---	--

Allegato 4. Scheda di raccolta dati per la diagnosi di Laboratorio in caso di sospetta MEV



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani"
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
 Via Portuense, 292 - 00149 Roma

Data _____ N. Accettazione (Lab Vir) _____ (A cura del Laboratorio)
 Operatore che ha ricevuto il campione _____ (A cura del Laboratorio)

COGNOME e NOME _____

SESSO: Maschio Femmina DATA DI NASCITA ____/____/____

RESIDENZA _____

Domicilio abituale _____

Recapito telefonico del paziente o di un familiare (facoltativo) _____

DATA INIZIO SINTOMATOLOGIA ____/____/____

<input type="checkbox"/> Segnalazione di caso sospetto inviata al Ministero della Salute secondo la Circolare del 13/08/2014	
<input type="checkbox"/> Permanenza all'estero nei 21 giorni precedenti l'inizio dei sintomi Se sì, specificare _____	
<input type="checkbox"/> Contatto con casi accertati o sospetti di Ebola Se sì, specificare _____	
Segni e sintomi <input type="checkbox"/> Febbre >38,5°C <input type="checkbox"/> Segni emorragici <input type="checkbox"/> Trombocitopenia <input type="checkbox"/> Segni e sintomi di shock <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Rash cutaneo <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	
Campioni inviati <input type="checkbox"/> Sangue/EDTA per Ebola <input type="checkbox"/> Sangue/EDTA per test ematochimici <input type="checkbox"/> Sangue/EDTA per malaria <input type="checkbox"/> Sangue EDTA per Dengue <input type="checkbox"/> Siero <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Tampone (specificare) _____ <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	

Data di compilazione ____/____/____

Il medico richiedente

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS Roma	Procedure operative per la gestione di casi sospetti, probabili o confermati e contatti di malattia da virus Ebola (MVE) in Africa Occidentale	Unità di Crisi MVE Revisione 2/2014 14/10/2014 Pagina 38 di 41
--	---	--

Allegato 5 – Scheda informativa per i contatti



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani” Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Via Portuense, 292 - 00149 Roma

Scheda informativa per i contatti a pazienti con Malattia da Virus Ebola (MVE) sospetta o confermata

Gentile Signora/Signore,

Lei ha riferito un contatto con un paziente con Malattia da Virus Ebola sospetta o confermata. Per tale motivo le viene chiesto di intraprendere alcune azioni e di seguire alcune raccomandazioni. Le misure nei Suoi confronti sono volte a tutelare la Sua salute, ed ad informarla sui comportamenti da tenere per evitare l'esposizione di altre persone al contagio, e sono contenute nella Circolare n° 0026377 emessa l'1 Ottobre 2014 dal Ministero della Salute.

Resta inteso che, nel caso Lei sia venuta/o a contatto con un caso sospetto, tutte le azioni richieste possono essere sospese qualora il caso non venisse confermato.

Il Medico dell'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “L. Spallanzani” è tenuto a fornirLe adeguate informazioni riguardo la Sua specifica condizione e grado di rischio, e riguardo i sintomi di esordio e le modalità di trasmissione della malattia. In tutti i casi Le raccomandiamo, per i prossimi 21 giorni, di:

- evitare assolutamente il contatto diretto o indiretto di altre persone con il sangue, ad esempio tramite uso in comune di strumenti per l'igiene personale (forbicine, taglierini, spazzolino da denti, ecc.) o il soccorso per piccole ferite;
- evitare farmaci (per esempio la Tachipirina) che possano mascherare l'insorgenza di febbre.

In base alle notizie epidemiologiche raccolte riguardo il contatto con il caso di malattia da virus Ebola e in base alle informazioni aggiuntive che lei ci ha fornito, lei viene classificato come di seguito contrassegnato:

Contatto a basso rischio: Persone che hanno condiviso spazi confinati (come aver viaggiato con lo stesso mezzo di trasporto, avere soggiornato nello stesso albergo, ecc) con il caso, senza contatto diretto con sangue o materiali biologici.

Misura di sorveglianza disposta : nessuna misura aggiuntiva.

Contatto “stretto” (convivente; o persona che ha assistito un caso probabile o confermato, o lo hanno toccato senza venire a contatto visibile con fluidi corporei, o ne ha toccato gli abiti, o ha manipolato campioni biologici, senza le dovute protezioni).

Misura disposta : Quarantena, possibilmente domiciliare

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS Roma	Procedure operative per la gestione di casi sospetti, probabili o confermati e contatti di malattia da virus Ebola (MVE) in Africa Occidentale	Unità di Crisi MVE Revisione 2/2014 14/10/2014 Pagina 40 di 41
--	---	--

- Lingua/e correttamente parlate e comprese dal contatto:
- Altri familiari e conviventi (nome, cognome, grado di parentela):

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani IRCCS Roma	Procedure operative per la gestione di casi sospetti, probabili o confermati e contatti di malattia da virus Ebola (MVE) in Africa Occidentale	Unità di Crisi MVE Revisione 2/2014 14/10/2014 Pagina 41 di 41
--	---	--