

# “Malattia da virus Ebola”

## Procedura regionale

Versione 07.11.2014

Regione del Veneto

Area Sanità e Sociale

Sezione Attuazione Programmazione Sanitaria

Settore Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica

## INDICE

1. Caratteristiche generali	Pag. 3
2. Cronologia degli eventi	5
3. Epidemiologia	8
4. Criteri per la definizione di caso	13
5. La protezione dell'operatore sanitario e dell'utente dal rischio da agenti biologici (MVE)	16
Procedure per il sistema SUEM 118	
Procedure per il Pronto Soccorso	
6. Presa in carico dalle U.O. Malattie Infettive	27
7. Posti letto in isolamento disponibili alle U.O. Malattie Infettive	32
8. Gestione dei contatti sul territorio	33
9. Modalità di invio dei campioni al Laboratorio di riferimento Nazionale "L. Spallanzani" e al Laboratorio di riferimento Regionale	38
10. Trasporto dei campioni tramite corriere PHSE	42
11. Trasporto del caso confermato	45
12. Informazioni alla popolazione	47
13. Piano porti e aeroporti	53
14. Prevenzione rischio di trasmissione di Virus Ebola tramite trapianto di organi, tessuti, cellule	64
15. Prevenzione rischio di trasmissione di virus Ebola tramite donazioni di sangue ed emocomponenti	65
16. Scheda contatti	66
17. Istituti penitenziari	67
 Bibliografia	 68
 ALLEGATI	 69

## 1. CARATTERISTICHE GENERALI

La malattia di Ebola (Ebolavirus Disease - EVD) è stata identificata per la prima volta nel 1976 nelle province equatoriali occidentali del Sudan e a 800 Km di distanza nello Zaire (ora Repubblica Democratica del Congo).

Il genere Ebola è uno dei 3 membri della famiglia dei filoviridae e comprende 5 specie distinte:

1. Bundibugyo ebolavirus (BDBV)
2. Zaire ebolavirus (EBOV)
3. Reston ebolavirus (RESTV)
4. Sudan ebolavirus (SUDV)
5. Taï Forest ebolavirus (TAFV).

Ciascun virione ha una forma allungata o a "6" e presenta un diametro di 80 nm e lunghezza di 970 nm; contiene un singolo filamento di RNA di tipo negativo.

Il virus penetra attraverso le mucose, soluzioni di continuo della cute o per via parenterale e può infettare molti tipi cellulari, incluso monociti, macrofagi, cellule dendritiche, endoteliali, fibroblasti, epatociti, della corteccia surrenale e cellule epiteliali.

Il virus migra dal sito iniziale di infezione fino ai linfonodi regionali e successivamente a livello epatico, splenico e dei surreni.

Anche se non infettati dal virus Ebola, i linfociti subiscono apoptosi con conseguente diminuzione della conta linfocitaria. La necrosi epatocellulare che si verifica è associata a disregolazione dei fattori di coagulazione e successiva coagulopatia; la necrosi surrenalica che può insorgere è associata ad ipotensione e alterata sintesi di steroidi. Sembra che il Virus Ebola inneschi un rilascio di citochine pro-infiammatorie con conseguente emorragia e alterazione della coagulazione che causa un'insufficienza multi-organo e shock.

I dati di laboratorio mostrano di solito linfopenia, grave trombocitopenia ed aumento delle transaminasi. Talvolta può essere riscontrato un'iperamilasemia, innalzamento della creatininemia e dell'azotemia nella fase dell'insufficienza renale.

Il serbatoio naturale dell'Ebolavirus rimane sconosciuto, anche se in Africa, le infezioni da Ebola sono correlate ad un contatto con gorilla, scimmie e porcospini morti o uccisi nelle foreste pluviali.

Il virus Ebola, sono classificati come livello di biosicurezza 4 (BSL-4; gruppo di rischio 4) e richiedono speciali misure di contenimento e barriere di protezione, in particolare per gli operatori sanitari.

### Manifestazioni cliniche

Clinicamente, si tratta di una malattia acuta grave, caratterizzata da comparsa improvvisa di febbre elevata, astenia intensa, dolori articolari e muscolari, inappetenza e mal di stomaco, mal di testa, mal di gola. Questi primi sintomi possono essere seguiti da vomito, diarrea, esantema cutaneo diffuso, iniezione congiuntivale, singhiozzo, tosse, dolore al petto, difficoltà respiratorie o di deglutizione.

I fenomeni emorragici, sia cutanei che viscerali, possono comparire in genere al sesto-settimo giorno, soprattutto a carico del tratto gastrointestinale (ematemesi e melena) e dei polmoni. Si accompagnano a petecchie, epistassi, ematuria, emorragie sottocongiuntivali e gengivali, meno-metrorragie.

**L'infezione da malattia da virus Ebola può essere confermata solo attraverso test virologici.**

La letalità è compresa tra il 50 e il 90%, nell'epidemia in corso è di poco superiore al 50%.

### Periodo di incubazione

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

Al momento non è possibile identificare i pazienti infetti durante il periodo di incubazione, neanche con i test molecolari.

## Trasmissione inter-umana

### Inizio e durata della contagiosità

Durante il periodo di incubazione le persone non sono considerate a rischio di trasmettere l'infezione. Anche se 24 ore prima della comparsa dei sintomi è già rilevabile viremia, **il paziente diventa contagioso tramite secrezioni quando comincia a manifestare sintomi, e si mantiene contagioso fino a quando il virus è rilevabile nel sangue.** Per questo motivo, per evitare di infettare chiunque altro nella comunità, i pazienti infetti devono essere attentamente monitorati e sottoposti a test virologici prima della dimissione, per garantire che il virus non sia più rilevabile in circolo.

L'eliminazione del virus tramite allattamento e per via sessuale può proseguire anche dopo la guarigione clinica. In particolare, la permanenza del virus nello sperma può verificarsi fino a 7 settimane dopo la guarigione e, in casi eccezionali anche oltre (fino a 12 settimane).

### Modalità di trasmissione

Le informazioni scientifiche disponibili, desunte dalle pregresse epidemie di Ebola, evidenziano come il virus Ebola si trasmetta attraverso:

- il contatto diretto (per via percutanea o mucosale con sangue o altri liquidi/materiali biologici (saliva, feci, vomito, sperma);
- il contatto indiretto (per via percutanea o mucosale) con oggetti contaminati con sangue o altri liquidi biologici (ad esempio aghi).

Sebbene non vi sia alcuna evidenza di trasmissione del virus per via aerea, si raccomanda l'adozione di precauzioni da droplets per la possibile presenza di virus nella saliva.

**La probabilità di trasmissione del virus cambia nel corso della malattia con l'evolversi delle manifestazioni cliniche.** All'inizio, quando è presente solo febbre in assenza di vomito o diarrea o di manifestazioni emorragiche, il rischio di trasmissione è basso; nelle fasi tardive, quanto compaiono manifestazioni emorragiche, il rischio è significativamente più elevato, e rimane molto elevato anche dopo la morte. Per questo motivo le precauzioni di isolamento raccomandate sono incrementate in relazione alla fase del percorso assistenziale, in ragione della valutazione del rischio (cioè probabilità che il paziente sia stato effettivamente esposto ad un malato di Ebola, stadio e decorso clinico della malattia).

## 2. CRONOLOGIA DEGLI EVENTI (ECDC Seventh update 17 October 2014)

**22 marzo 2014:** il Ministro della Salute della Guinea notifica all'OMS la rapida evoluzione dell'epidemia da virus Ebola (EVD). Il primo caso è stato segnalato nel dicembre 2013. L'epidemia è causata da "Zaire Ebola" virus collegato ma distinto dai virus isolati da precedenti epidemie in Africa, e chiaramente diverso dal Taï Forest ebola virus isolato in Costa d'Avorio nel periodo 1994-1995. Il primo caso è stata riportata nella capitale Conakry del sud-est Guinea.

**maggio 2014:** primi casi riportati dalla Sierra Leone e Liberia dove si presume la malattia sia stata diffusa attraverso il movimento di persone infette oltre frontiera.

**fine luglio 2014:** un caso sintomatico viaggia via aerea a Lagos, Nigeria, dove infetta un certo numero di operatori sanitari e contatti aeroportuali prima che la malattia venga riconosciuta essere EVD.

**8 agosto 2014:** l'OMS ha dichiarato l'epidemia un evento di salute pubblica di rilievo internazionale (PHEIC) e il 22 settembre ha confermato che l'epidemia di ebola in Africa occidentale del 2014 costituisce una emergenza di salute pubblica di rilievo internazionale.

**29 agosto 2014:** il Ministro della Salute del Senegal riporta un caso confermato importato di EVD in un giovane uomo di 21 anni nativo della Guinea.

**18 settembre 2014:** il Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite riconosce l'epidemia di Ebola come una "minaccia alla pace e alla sicurezza internazionale" e unanimemente adotta una risoluzione sull'istituzione di una ampia iniziativa che concentra le attività di tutte le agenzie rilevanti delle Nazioni Unite per affrontare la crisi.

**23 settembre 2014:** uno studio pubblicato da un gruppo di risposta all'Ebola dell'OMS ha previsto più di 20.000 casi entro l'inizio di novembre 2014 (5740 in Guinea, 9890 in Liberia e 5.000 in Sierra Leone). Lo stesso studio ha stimato un raddoppiamento dell'epidemia in termini di tempo in 15.7 giorni per la Guinea, in 23.6 giorni in Liberia e 30.2 giorni in Sierra Leone.

**30 settembre 2014:** Il Centro di Prevenzione e Controllo delle Malattie (CDC) di Atlanta ha annunciato il primo caso importato di Ebola negli Stati Uniti correlato all'attuale epidemia in Africa Occidentale.

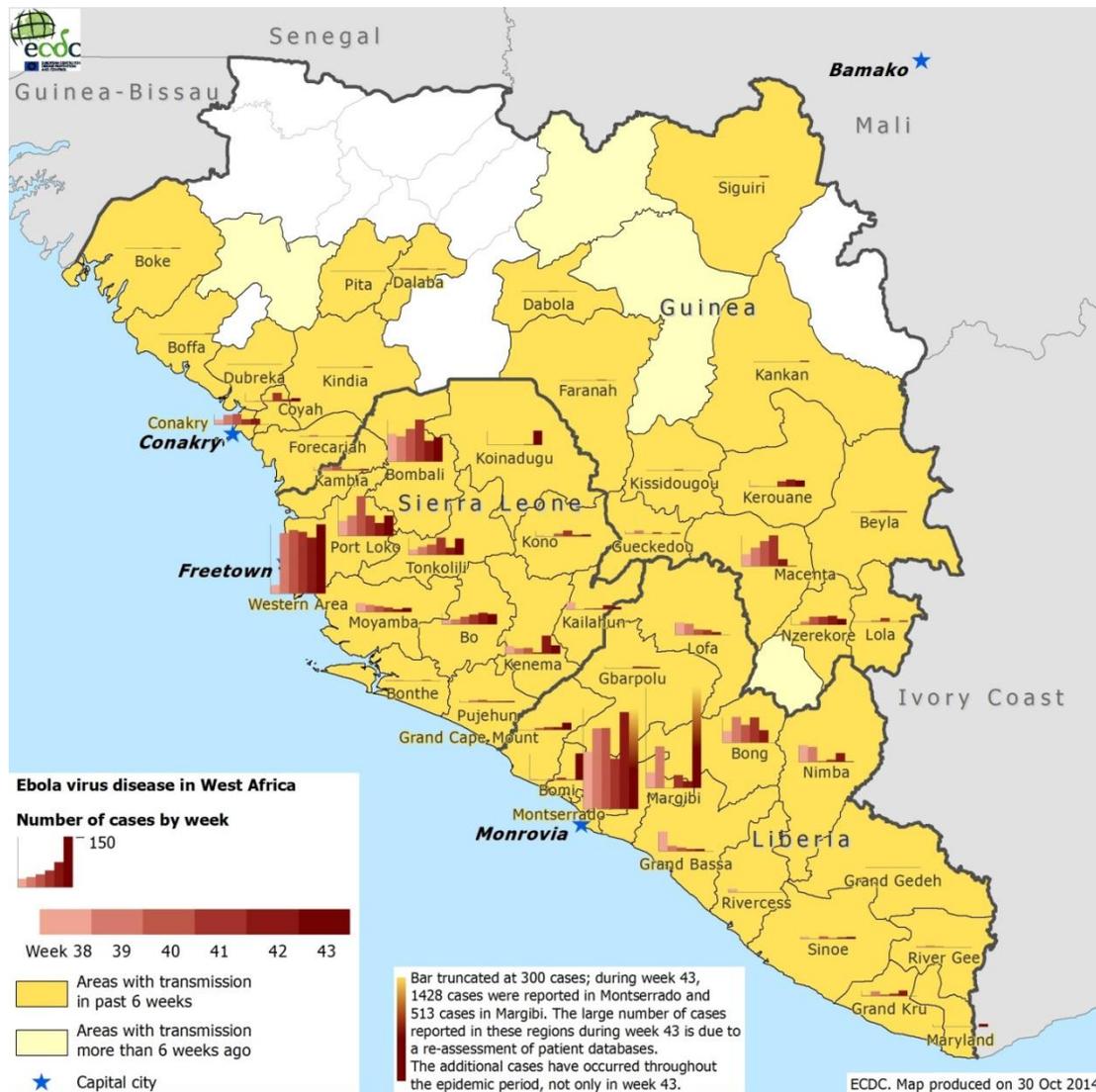
**3 ottobre 2014:** in Senegal, tutti i contatti del caso importato di EVD hanno completato il periodo di follow-up di 21 giorni. Nessuna trasmissione locale di EVD è stata riportata in Senegal.

**6 ottobre 2014:** Le autorità spagnole riportano un caso confermato di malattia da virus Ebola in un operatore sanitario coinvolto nell'assistenza del secondo paziente spagnolo con ebola rimpatriato in Spagna.

**10 ottobre 2014:** Un operatore sanitario è stato ricoverato al Texas Health Presbyterian Hospital, aveva prestato assistenza ad un paziente ospedalizzato positivo per Ebola.

**14 ottobre 2014:** Un secondo operatore sanitario è stato ricoverato al Texas Health Presbyterian Hospital che ha prestato assistenza ad un paziente positivo ospedalizzato per Ebola.

**Figure 1. Distribution of cases of EVD by week of reporting in Guinea, Sierra Leone and Liberia (as of week 44/2014)**



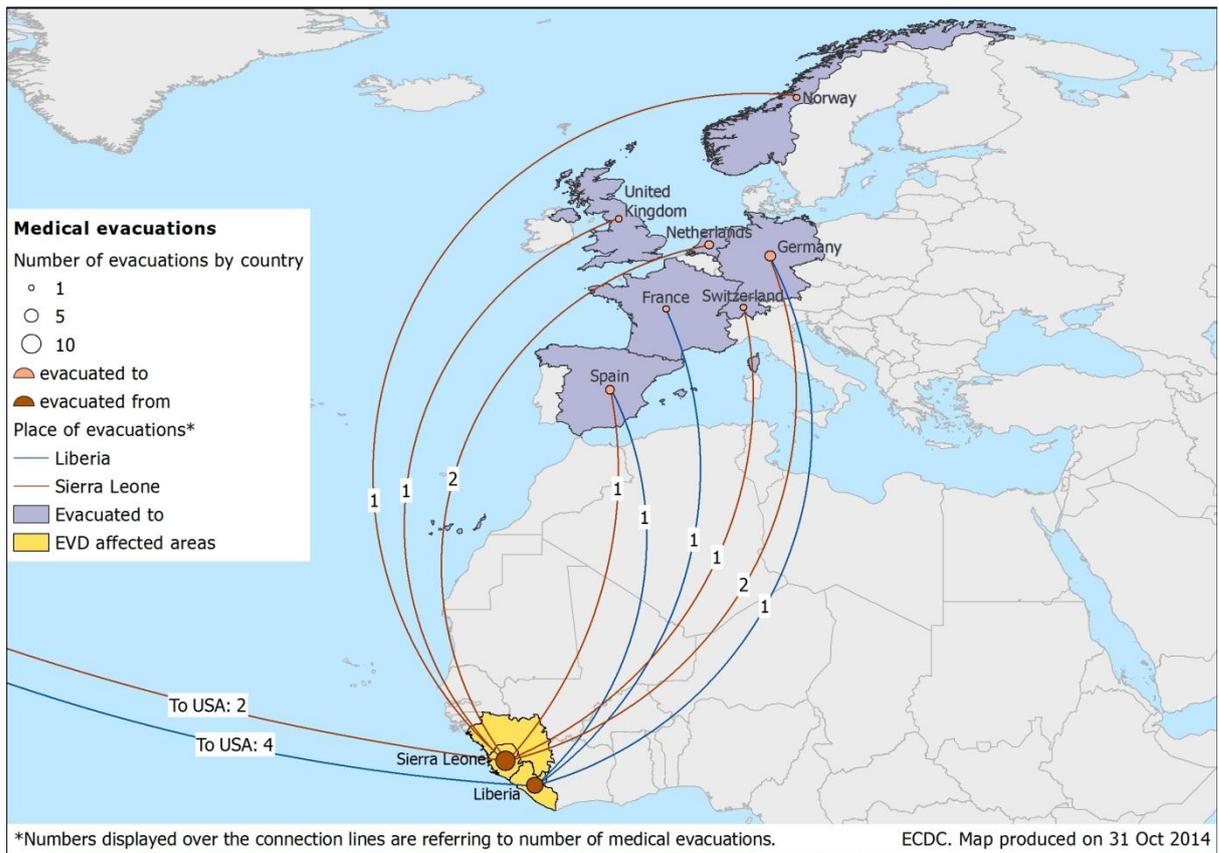
**Table 1. Number of Ebola cases and deaths in healthcare workers (HCW) in West Africa**

As of 27 October 2014, WHO reported 551 healthcare workers infected with EVD of whom 272 died. Table 1 details the distribution of cases and deaths among healthcare workers in the affected countries

Country	Healthcare worker cases (% of reported cases)	Healthcare worker deaths (% of reported deaths)
Guinea	80 (4.2)	43 (4.3)
Liberia	299 (4.8)	123 (5.1)
Sierra Leone	127 (2.4)	101 (6.7)
Nigeria	11 (55.0)	5 (62.5)
Spain	1 (100)	0
United States of America	3 (75.0)	0
Total	521 (3.8)	272 (5.5)

Source: data are based on official information reported by Ministries of Health [15]

**Figure 1. Medical evacuation from EVD-affected countries, as of 31 October**



### 3. EPIDEMIOLOGIA

#### STORIA DELLA MALATTIA

Nel 1967 a Marburg, in Germania, del personale di laboratorio che lavorava con scimmie importate dall'Uganda si ammalò e morì. Il virus identificato come causa di questa malattia, è stato chiamato Marburg come la città dove si è verificato l'avvenimento.

Nel 1976 diverse persone sono morte in Sud-Sudan e nella confinante regione a nord dello Zaire (l'attuale Repubblica Democratica del Congo), vicino al fiume Ebola. Il virus responsabile è stato identificato e chiamato Ebola per la vicinanza al fiume.

Dalla scoperta dei due virus, diversi focolai di Ebola e Marburg sono stati riconosciuti in tutto il bacino del Congo in Africa centrale: Gabon, Repubblica Democratica del Congo, Repubblica del Congo-Brazzaville, Sud-Sudan, Uganda e Angola. A volte ci sono stati solo pochi casi isolati; le epidemie più grandi possono verificarsi dopo l'amplificazione in strutture sanitarie e possono diffondersi rapidamente.

#### Agenti infettanti

Il virus Ebola e il virus Marburg insieme formano la famiglia di Filoviridae. I filovirus sono virus a RNA filiformi che causano febbre emorragica.

I filovirus causano gravi malattie negli esseri umani e in primati non umani (gorilla, scimpanzé e scimmie) con un tasso di mortalità estremamente elevato nell'uomo che oscilla dal 25 al 90% a seconda del sottotipo e della disponibilità di cure mediche. Sintomi emorragici si verificano in circa il 30-50% dei casi umani descritti.

Fino ad oggi sono stati identificati un sottotipo di virus Marburg e 5 sottotipi di virus Ebola, di cui il più recente è stato visto in un focolaio in Uganda occidentale nel 2007-2008.

**Tabella 1. Sottotipi di Filovirus febbre emorragica (FHF)**

SOTTOTIPO	CARATTERISTICHE
Virus di Marburg	Identificato nel 1967 in Germania. Tasso di mortalità 25-90%
Ebola Zaire (EBO-Z)	identificato nel 1976 nell'ex Zaire Sottotipo con il tasso di mortalità più elevato, 70-90% per l'uomo
Ebola Sudan (EBO-S)	Identificato nel 1976 in Sud Sudan. Caso tasso di mortalità del 50-70% per l'uomo
Ebola Reston (EBO-R)	Identificato nel 1989 a Reston (USA) in un laboratorio con scimmie importate dalle Filippine. Pochi esseri umani si sono infettati, ma non hanno sviluppato i sintomi.
Ebola Costa d'Avorio (EBO-IC)	Identificato nel 1994 in Costa d'Avorio, ha causato 2 infezioni umana sintomatiche non letali, ma ha avuto un alto tasso di mortalità tra scimpanzé all'interno di un parco naturale
Ebola Uganda (EBO-U)	identificato nel 2007 in Uganda. Caso tasso di mortalità $\pm$ 25% per l'uomo.

Quattro sottotipi di Ebola virus (Zaire, Sudan, Costa d'Avorio e Uganda) e il Marburg virus causano malattia in esseri umani, e i sottotipi Zaire e Costa d'Avorio di Ebola e il virus Marburg sono anche noti per causare malattia nei primati non umani. Un sottotipo di Ebola (Reston) provoca la malattia nei primati non umani, ma finora negli esseri umani ha indotto solo malattia asintomatica.

Il serbatoio naturale dei virus Ebola e Marburg rimane sconosciuto.

Le dinamiche di trasmissione e la natura spesso rapidamente fatale della malattia indica che gli esseri umani e i primati non umani non sono suscettibili di essere il serbatoio naturale. Tracce di infezione da filovirus sono state trovate in alcune specie di pipistrello in Africa tropicale. Una volta che il primo essere umano viene infettato (il cosiddetto caso indice), può verificarsi la trasmissione interumana.

**Tabella 2. Epidemie di Ebola**

ANNO	PAESE	SOTTOTIPO	CASI	DECESSI	MORTALITA'
1976	Sudan	Ebo-S	284	151	53%
1976	Zaire (DRC)	Ebo-Z	318	280	88%
1977	Zaire (DRC)	Ebo-Z	1	1	100%
1979	Sudan	Ebo-S	34	22	65%
1994	Gabon	Ebo-Z	52	31	60%
1994	Costa d'Avorio	Ebo-IC	1	0	0%
1995	Liberia	Ebo-IC	1	0	0%
1995	DRC	Ebo-Z	315	250	81%
1996 (gen-apr)	Gabon	Ebo-Z	37	21	57%
1996/1997 (lug-gen)	Gabon	Ebo-Z	60	45	74%
1996	Sud Africa	Ebo-Z	1	1	100%
2000/2001	Uganda	Ebo-S	425	224	53%
2001/2002 (ott-mar)	Gabon	Ebo-Z	65	53	82%
2001/2002 (ott-mar)	Congo-Brazaville	Ebo-Z	59	44	75%
2002/2003 (dic-apr)	Congo-Brazaville	Ebo-Z	143	128	89%
2003 (nov-dic)	Congo-Brazaville	Ebo-Z	35	29	83%
2004 (mag-ago)	Sudan	Ebo-S	17	7	41%
2005 (mag-giu)	Congo-Brazaville	Ebo-Z	12	9	75%
2007 (lug-ott)	DRC	Ebo-Z	223	179	80%
2007/2008 (nov-gen)	Uganda	Ebo-U	149	37	± 25%
		TOTALE	2232	1503	

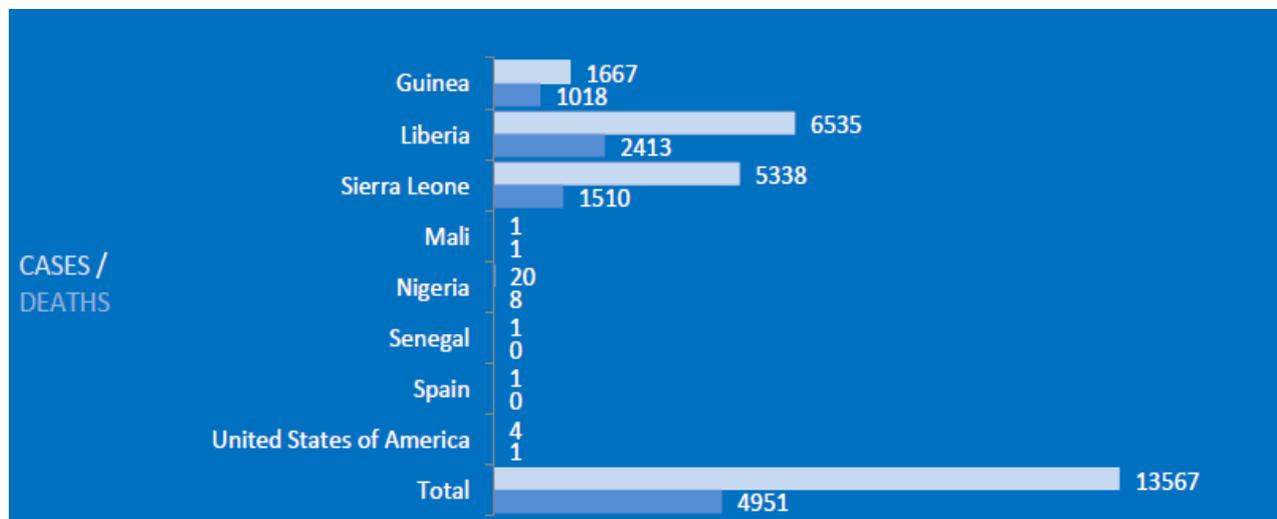
## L'ATTUALE EPIDEMIA

Da dicembre 2013 è iniziato un focolaio di malattia da virus Ebola in Africa occidentale, ed è il primo mai visto in questa zona. Inizialmente tre paesi, Guinea Conakry, Sierra Leone e Liberia, hanno riferito casi confermati in laboratorio mediante PCR.

I primi casi sono stati segnalati nella zona boschiva della Guinea sud-orientale, in Guéckédou, vicino al confine con la Liberia e la Sierra Leone, ma si sono poi verificati casi anche a Conakry, la capitale della Guinea.

## MALATTIA DA VIRUS EBOLA: AGGIORNAMENTO PUBBLICATO DALL'OMS IL 31 OTTOBRE 2014

- 13.567 casi di malattia da virus Ebola dall'inizio dell'epidemia in 8 Paesi interessati, con 4591 decessi
- Trasmissione intensa in Guinea, Liberia e Sierra Leone
- Tutti gli 83 contatti dell'operatrice sanitaria ammalata in Spagna hanno concluso il follow-up



Al 29 ottobre l'OMS riporta un totale di 13.567 tra casi confermati, probabili o sospetti di malattia da virus Ebola (EVD) in sei Paesi (Guinea, Liberia, Sierra Leone, Mali, Spagna e Stati Uniti d'America) e in 2 precedentemente affetti (Nigeria e Senegal). Sono stati riportati 4951 decessi.

Secondo la classificazione dell'OMS i Paesi coinvolti vengono divisi in 2 categorie: quelli ad intensa e diffusa trasmissione (Guinea, Liberia, Sierra Leone) e quelli che hanno avuto solo un caso iniziale o solo trasmissione localizzata (Mali, Nigeria, Senegal, Spagna e Stati Uniti d'America). Nella Repubblica Democratica del Congo è in corso un'altra epidemia, non correlata a quella dell'Africa occidentale.

### PAESI A TRASMISSIONE INTENSA E DIFFUSA

Un totale di 13 540 tra casi confermati, probabili e sospetti di EVD e 4941 decessi sono stati segnalati fino al 29 Ottobre 2014 dai Ministeri della Salute di Guinea e Sierra Leone, e il 25 ottobre dal Ministero della Salute della Liberia (tabella 1). Tutti i distretti in Liberia e Sierra Leone hanno ora segnalato almeno un caso di EVD dall'inizio del focolaio (figura 1). Degli otto distretti della Guinea e Liberia che condividono un confine con la Costa d'Avorio, solo uno in Guinea non ha ancora segnalato un caso confermato o probabile di EVD.

Un totale di 523 operatori sanitari sono stati infettati da EVD fino alla fine del 29 ottobre: 82 in Guinea; 299 in Liberia; 11 in Nigeria; 127 in Sierra Leone; uno in Spagna; e tre negli Stati Uniti d'America (due sono stati infettati negli Stati Uniti e uno in Guinea). Di questi 269 sono deceduti a causa della malattia.

**Tabella 1: Casi confermati, probabili e sospetti in Guinea, Liberia, e Sierra Leone**

Country	Case definition	Cumulative Cases	Deaths
Guinea	Confirmed	1409	*
	Probable	204	*
	Suspected	54	*
	<b>All</b>	<b>1667</b>	<b>1018</b>
Liberia	Confirmed	2515	*
	Probable	1540	*
	Suspected	2480	*
	<b>All</b>	<b>6535</b>	<b>2413</b>
Sierra Leone	Confirmed	3778	*
	Probable	322	*
	Suspected	1238	*
	<b>All</b>	<b>5338</b>	<b>1510</b>
<b>Total</b>		<b>13 540</b>	<b>4941</b>

#### PAESI CON UN CASO INIZIALE O CON TRASMISSIONE LOCALIZZATA

Cinque paesi (Mali, Nigeria, Senegal, Spagna, e Stati Uniti d'America) ora hanno riportato uno o più casi importati da uno dei paesi africani interessati dal focolaio.

In Nigeria, ci sono stati 20 casi e otto morti; in Senegal c'è stato un caso, guarito. A seguito di una risposta efficace in entrambi i paesi, i focolai di EVD sono stati dichiarati spenti in Senegal il 17 ottobre e in Nigeria il 19 ottobre 2014.

Il 23 ottobre, il Mali ha registrato il suo primo caso confermato di EVD (tabella 2). Si tratta di una bambina di 2 anni che ha viaggiato dalla Guinea con la nonna in Mali. La paziente è morta il 24 ottobre. Tre casi sospetti sono stati identificati e la diagnosi non è stata confermata. Ad oggi, 85 contatti sono stati identificati e sono in corso di follow-up.

In Spagna, l'unica paziente, che è stata infettata a Madrid, è guarita e risultata negativa per EVD il 19 ottobre. Un secondo test negativo è stato ottenuto il 21 ottobre. La Spagna potrà quindi essere dichiarata libera da Ebola 42 giorni dopo la data del secondo test negativo della paziente, se non verranno segnalati nuovi casi. Tutti gli 83 contatti di questa paziente hanno completato il periodo di follow-up di 21 giorni.

Ci sono stati quattro casi di cui un decesso negli Stati Uniti d'America. Il caso più recente è un medico operatore umanitario volontario in Guinea che è tornato a New York il 17 ottobre. Il paziente era asintomatico all'arrivo, ma ha riportato una febbre il 23 ottobre, ed è risultato positivo per EVD. Il paziente è attualmente in isolamento presso il Bellevue Hospital di New York, uno degli otto ospedali dello Stato di New York che sono stati designati per il trattamento di pazienti con EVD. Altri due operatori sanitari sono stati contagiati dopo avere accudito un paziente con EVD presso l'ospedale Presbyterian Texas di Dallas. Attualmente sono già stati dimessi dopo il secondo test negativo. Di 176 possibili contatti, 99 sono ancora sotto monitoraggio e 77 hanno completato 21 giorni di follow-up.

**Tabella 2: Casi e decessi di malattia da virus Ebola in Mali, Spagna e Stati Uniti**

Country	Case definition	Cases	Deaths
<b>Mali</b>	Confirmed	1	1
	Probable	0	0
	Suspected	0	0
	<b>All</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Spain</b>	Confirmed	1	0
	Probable	0	0
	Suspected	0	0
	<b>All</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>United States of America</b>	Confirmed	4	1
	Probable	0	0
	Suspected	0	0
	<b>All</b>	<b>4*</b>	<b>1</b>
<b>Total</b>		<b>6</b>	<b>2</b>

## 4. 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 multi-organo

oppure

- una persona deceduta improvvisamente ed inspiegabilmente.

**CRITERIO EPIDEMIOLOGICO:** Il paziente

- 1) ha soggiornato in un'area affetta da MVE ([www.ecdc.europa.eu](http://www.ecdc.europa.eu)) nei precedenti 21 giorni

**Oppure**

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

### **Stratificazione del criterio epidemiologico in base al 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.

## **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

**Scheda di Segnalazione**  
**MALATTIA DA VIRUS EBOLA**

**Medico segnalatore** \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Ospedale \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Informazioni relative al paziente**

**Cognome e Nome** \_\_\_\_\_ **Data di nascita** |\_\_| |\_\_| |\_\_| **Sesso:** M  F

Domicilio abituale: \_\_\_\_\_  
Via/piazza, numero civico \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Recapito telefonico del paziente o di un familiare \_\_\_\_\_

**Informazioni clinico/epidemiologiche**

Eventuale permanenza all'estero nei 21 giorni precedenti l'inizio della sintomatologia

1. \_\_\_\_\_  
Nazione/area visitata \_\_\_\_\_ data d'inizio permanenza \_\_\_\_\_ data fine \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_  
Nazione/area visitata \_\_\_\_\_ data d'inizio permanenza \_\_\_\_\_ data fine \_\_\_\_\_

Altre informazioni rilevanti (es: soggiorno in aree rurali, attività svolta, etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DATA DI INIZIO SINTOMATOLOGIA** |\_\_| |\_\_| |\_\_| (gg/mm/aa)

**Sintomatologia clinica**

<input type="checkbox"/> Febbre $\geq 38$		<input type="checkbox"/> Astenia		<input type="checkbox"/> Mal di gola
<input type="checkbox"/> Artralgie		<input type="checkbox"/> Mialgia		<input type="checkbox"/> Dolore retro-orbitale
<input type="checkbox"/> Rash cutaneo		<input type="checkbox"/> Cefalea		<input type="checkbox"/> Escara
<input type="checkbox"/> Sintomi respiratori		<input type="checkbox"/> Meningo-encefalite		<input type="checkbox"/> Endocardite
<input type="checkbox"/> Sintomi emorragici		<input type="checkbox"/> trombocitopenia		<input type="checkbox"/> Linfopenia

Descrizione dell'attuale stato del paziente, altri dati clinici rilevanti

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il Medico

## 5. LA PROTEZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO E DELL'UTENTE DAL RISCHIO DA AGENTI BIOLOGICI (MALATTIA DA VIRUS EBOLA)

Il Virus Ebola, tra gli agenti etiologici delle febbri emorragiche, è altamente trasmissibile attraverso il contatto diretto con sangue infetto, secrezioni, tessuti o fluidi provenienti da persone infette.

La maggior parte delle infezioni umane per il personale sanitario, deriva da contatto con materiale biologico, durante le attività di assistenza. Il potenziale di contagiosità del virus Ebola lo classifica, come livello di biosicurezza 4 e richiede speciali misure di contenimento.

### Agenti biologici di livello di biosicurezza 4

- possono provocare malattie gravi e costituire un serio rischio per i lavoratori;
- possono presentare un elevato rischio di propagazione nella comunità;
- non sono di norma disponibili efficaci misure profilattiche o terapeutiche.

Le misure per la sicurezza previste per gli operatori sanitari, si inseriscono negli obblighi di cui al DL 81/08.

E' responsabilità del Datore di Lavoro (D. Lgs 81/08 - art. 77 e art. 78):

- scegliere DPI idonei ed adeguati al rischio da prevenire;
- assicurare efficienza, manutenzione, riparazione e sostituzione DPI;
- provvedere affinché il lavoratore riceva informazioni preliminari sui rischi dai quali un DPI lo protegge, istruzioni comprensibili sull'utilizzo e, se necessario, uno specifico addestramento circa l'uso corretto e l'utilizzo pratico (obbligatorio per DPI di III categoria D. Lgs. 475/92).

**DPI** = qualsiasi attrezzatura destinata ad essere indossata e tenuta dal lavoratore allo scopo di proteggerlo contro uno o più rischi suscettibili di minacciarne la sicurezza o la salute durante il lavoro (D. Lgs. 81/08, Art. 74)

I DPI devono essere:

- impiegati quando i rischi non sono evitabili o sufficientemente ridotti da misure tecniche di prevenzione, da mezzi di protezione collettiva, da misure, metodi o procedimenti di riorganizzazione del lavoro (D. Lgs. 81/08, Art. 75);
- adeguati ai rischi da prevenire, alle condizioni esistenti sul luogo di lavoro, tenere conto delle esigenze ergonomiche o di salute del lavoratore, adattabili all'utilizzatore (D. Lgs. 81/08, Art. 76 DPI).

### I lavoratori devono:

- seguire il programma di formazione e addestramento
- utilizzare correttamente i DPI
- averne cura
- non apportarvi modifiche
- segnalare difetti o inconvenienti

### Obbligo di addestramento all'uso dei DPI

Normativa: Ministero del lavoro e della previdenza Sociale Decreto 2 maggio 2001

L'utilizzatore di un apparecchio di protezione delle vie respiratorie deve ricevere un corso di addestramento obbligatorio costituito da:

- una parte teorica
- una parte pratica: come indossare il DPI  
prova di tenuta

La formazione e il suo aggiornamento devono essere affidati a persone competenti. E' da considerare persona competente una persona che, a tal fine, abbia a sua volta ricevuto una speciale formazione e che, ad intervalli opportuni, segua un corso di aggiornamento.

### **Obblighi del datore di lavoro - D.LGS 81/08 Art.77**

Il Datore di Lavoro assicura una formazione adeguata e se necessario, uno specifico addestramento per l'uso corretto e pratico dei DPI.

Va effettuato uno **specifico addestramento** per evitare errori

L'addestramento deve **prevedere prove specifiche** (per i DPI delle vie respiratorie prove di tenuta Fit-test)

La formazione e l'addestramento non vanno completamente delegate dal Datore di Lavoro ai Dirigenti e ai Preposti. L'attività è particolarmente delicata/cruciale che necessita dell'intervento specifico delle figure della prevenzione aziendali (RSSP e medico Competente)

Varie possibilità di scelta da parte del Datore di lavoro:

- gestione da parte di Dirigenti e preposti con supervisione/tutoraggio di RSPP e MC
- gestione diretta di RSPP e MC.

### **I DPI per MALATTIA DA VIRUS EBOLA (MVE)**

**Devono essere indossati prima del contatto con il paziente**

#### **PROTEZIONE DEL CORPO**

Guanti

Indumenti protettivi (camice impermeabile)

#### **PROTEZIONE DEL VISO E DEGLI OCCHI**

Schermo facciale

Occhiali a maschera avvolgente (EN 166)

#### **PROTEZIONE VIE RESPIRATORIE**

Maschera chirurgica idrorepellente

- Se manovre ad elevato rischio di contaminazione: aggiungere doppio paio guanti, copricapo e calzari
- Se manovre che producono aerosol: FFP2 (FFP3 in casi probabili e confermati)
- Possibili alternative (per casi probabili e confermati), in base a VdR: tute intere e idrorepellenti, maschere facciali o i PAPR (Powered Air Purifying Respirator)

### **Gestione dei DPI per malattia da virus Ebola**

Ciascun Datore di Lavoro deve provvedere affinché nella propria Azienda Sanitaria:

- i DPI individuati siano realmente disponibili (presenti a Magazzino)
- gli operatori sanitari abbiano indicazioni chiare ed inequivocabili sui DPI da utilizzare e secondo quali modalità di utilizzo
- siano definite caratteristiche DPI anche al fine dell'approvvigionamento
- i Dirigenti e Preposti conoscano le modalità di approvvigionamento, effettuino un monitoraggio della disponibilità dei DPI individuati nelle U.O. "critiche", conservino correttamente i DPI.

L'efficacia protettiva associata all'utilizzo dei DPI è fortemente condizionata da:

- fornitura regolare
- adeguata formazione del personale:
  - uso del DPI appropriato in relazione all'attività
  - corrette modalità nell'indossare il DPI (quando, dove, come)
  - corrette modalità nel togliere il DPI (quando, dove, come)
  - comportamenti appropriati

**La procedura sicura per evitare errori stabilisce che i DPI vanno:**

- indossati prima di entrare nella stanza del paziente
- tolti prima di uscire dalla stanza del paziente (nella zona filtro) e riposti in un sacchetto o contenitore a perdere da smaltire con i rifiuti infetti ospedalieri
- prevedere sempre una ZONA FILTRO se non è presente assicurarsi che né l'ambiente al di fuori della stanza/zona di isolamento né altre persone possano essere contaminate.

**Sequenza per la rimozione sicura dei DPI:**

La rimozione dei DPI è l'operazione più critica: rimozione e smaltimento corretti impediscono la contaminazione di vestiti e/o delle mani dell'operatore

Le mani sono la parte più a rischio di trasmissione dell'infezione ne consegue che misura indispensabile è il lavaggio delle mani (con acqua e sapone o in alternativa soluzioni idroalcoliche).

1. rimuovere i calzari
2. rimuovere il primo paio di guanti arrotolandoli dal polso, senza contaminare i guanti sottostanti
3. rimuovere il camice slegandolo nella parte posteriore partendo dal collo e le spalle toccando solo la parte interna facendo attenzione a piegarlo con all'interno la parte esterna (la parte frontale del camice e delle maniche sono potenzialmente contaminate), nella rimozione del camice vengono automaticamente tolti anche i guanti
4. igiene accurata delle mani (con acqua e sapone o in alternativa soluzioni idroalcoliche)
5. indossare un nuovo paio di guanti
6. rimuovere il copricapo procedendo dalla parte posteriore del capo
7. rimuovere la visiera procedendo dalla parte posteriore capo
8. rimuovere il facciale filtrante facendo attenzione a toccare solo le stringhe e non la superficie esterna (la parte esterna dell'FFP è potenzialmente contaminata)
9. rimuovere i guanti
10. igiene accurata delle mani (con acqua e sapone o in alternativa soluzioni idroalcoliche)

Schema di sintesi all'uso dei DPI a seconda delle condizioni del paziente:

<b><u>PAZIENTE</u></b> • <b>SOSPETTO</b> • <b>PROBABILE</b> <b>condizioni cliniche stabili</b>	<b><u>PAZIENTE</u></b> • <b>CONFERMATO</b> <b>condizioni cliniche stabili</b>	<b><u>PAZIENTE</u></b> • <b>SOSPETTO</b> • <b>PROBABILE</b> • <b>CONFERMATO</b>
<b>con BASSO RISCHIO CONTAMINAZIONE AMBIENTALE</b> <i>(NO vomito, diarrea, manifestazioni emorragiche)</i>	<b>con BASSO RISCHIO CONTAMINAZIONE AMBIENTALE</b> <i>(NO vomito, diarrea, manifestazioni emorragiche)</i>	<b>con ALTO RISCHIO CONTAMINAZIONE AMBIENTALE</b> <i>(CON vomito, diarrea, manifestazioni emorragiche)</i>
<b>CAMICE IDROREPELENTE</b> <i>(inserti idrorepellenti anteriori e per avambracci)</i>	<b>CAMICE IDROREPELENTE</b> <i>(inserti idrorepellenti anteriori e per avambracci)</i>	<b>TUTA PROTEZIONE TIPO 3B</b> <i>(EN 14126:2003) (idonea per agenti biologici gruppo 4 )</i>
<b>DOPPI GUANTI IN NITRILE CON POLSINO ALTO</b>	<b>DOPPI GUANTI IN NITRILE CON POLSINO ALTO</b>	<b>DOPPI GUANTI IN NITRILE CON POLSINO ALTO</b>
<b>OCCHIALI A TENUTA</b>		
<b>MASCHERA FFP2/FFP3</b>	<b>PIENO FACCIALE CON P3 PAPR</b>	<b>PIENO FACCIALE CON P3 PAPR</b>
<b>COPRICAPO</b>	<b>COPRICAPO</b>	
	<b>CALZARI</b>	<b>CALZARI</b>

Dopo il trasferimento del paziente il locale deve essere disinfettato secondo le procedure aziendali in uso; il personale che effettua la disinfezione deve indossare i necessari DPI

**L'utilizzo dei DPI (modalità e tipologia) sono specificati nei paragrafi che seguono.**

### **Modalità di gestione delle salme**

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 devono essere privilegiate procedure non invasive quali ad esempio la biopsia su cadavere.

Vanno rigorosamente applicate le procedure per la medicina necroscopica previste in caso di pazienti deceduti per patologie altamente contagiose.

## PROCEDURE PER IL SISTEMA SUEM 118

Le seguenti indicazioni operative sono state predisposte in riferimento al quadro epidemiologico attuale e saranno riviste sulla base della sua evoluzione. Non rappresentano pertanto un riferimento esaustivo per la gestione dell'EVD.

Si evidenzia che nell'attuale situazione epidemiologica non è presente un rischio elevato di diffusione dell'EVD nella comunità e che pertanto non è al momento raccomandata la modifica delle procedure operative generali per la presa in carico dei pazienti da parte del sistema 118.

### Adempimenti preliminari

La **direzione della Centrale Operativa del SUEM 118** deve provvedere a:

- elaborare una procedura specifica per la gestione della chiamata da parte di pazienti rientrati dalle zone epidemiche per EVD
- elaborare una procedura di intervento da applicarsi da tutti i mezzi dell'area vasta di riferimento in presenza di un possibile caso sospetto di EVD
- limitare al minimo le basi ambulanze i cui mezzi saranno utilizzati per interventi in favore di possibili casi sospetti di EVD; in particolare, se possibile, identificare una sola base per la provincia e, comunque, non più di una base per ciascuna Azienda
- nella/e base/i identificata/e, identificare un'ambulanza, diversa da quelle destinate agli interventi di emergenza, per il trasporto dei casi sospetti di EVD
- verificare che nelle basi identificate le Aziende dell'area di riferimento abbiano provveduto a dotare le ambulanze dei DPI previsti dalla procedura e ad adottare procedure idonee per la disinfezione dei mezzi
- diffondere a tutte le Aziende le procedure applicabili, raccomandando che le stesse siano portate a conoscenza di tutti gli operatori del sistema coinvolti nella gestione di possibili casi sospetti di EVD
- formare i propri operatori alle procedure di impiego e di corretta rimozione dei DPI
- mantenere costantemente aggiornato l'elenco delle zone epidemiche

La fornitura dei DPI e la formazione del personale dei mezzi delle Aziende che non sono sede di C.O. del SUEM 118 compete ad ogni singola Azienda. Nel caso in cui le ambulanze destinate al trasporto dei casi sospetti appartengano a soggetti esterni, l'Azienda competente per territorio deve provvedere alla fornitura dei DPI ed accertarsi che venga effettuato l'addestramento del personale interessato.

Il trasporto di casi sospetti di EVD deve essere effettuato con un'ambulanza in cui è presente personale sanitario; devono essere evitati l'impiego di ambulanze con soli operatori tecnici o volontari ed il contatto diretto tra questi ultimi ed i pazienti.

## Procedure di Centrale Operativa

In caso di chiamata di paziente che riferisce di **essere rientrato da zone epidemiche per EVD da meno di 21 giorni** l'operatore deve indagare la presenza dei seguenti sintomi:

- Febbre
- Mialgie
- Vomito
- Diarrea
- Dolore addominale
- Emorragie spontanee

Il soggetto deve essere considerato un **caso sospetto** se è presente **UNA** delle seguenti condizioni:

- Sono presenti **FEBBRE > 38,5°** ed **almeno UNO degli altri sintomi**
- E' presente **solo UNO** dei sintomi **associato** ad **UNA di queste condizioni**:
  - Ha avuto contatti con sangue o fluidi corporei di pazienti malati di EVD
  - Ha avuto contatti con cadaveri di pazienti deceduti per EVD o ha partecipato a riti funebri
  - Ha avuto contatti con pipistrelli, ratti o animali selvatici o con selvaggina
  - Ha avuto rapporti sessuali con paziente che è stato affetto da EVD
  - Ha lavorato in un ospedale che assisteva malati di EVD
  - Ha convissuto con un soggetto ammalato di EVD

In presenza di caso sospetto l'operatore della C.O. deve:

- Raccomandare al paziente di attendere a casa e di restare isolato da altre persone
- Informare il medico coordinatore di turno
- Inviare il mezzo della/e base/i identificata/e per questa tipologia di intervento
- Informare il personale dell'ambulanza inviata della presenza di un caso sospetto
- Comunicare al personale dell'ambulanza tutte le informazioni relative al paziente, ed in particolare se lo stesso presenta episodi ripetuti di vomito e/o diarrea profusa
- Allertare il reparto di Malattie Infettive
- Allertare il SISP

Salvo il caso in cui non si configurino situazioni cliniche che richiedano un immediato intervento di soccorso, per il trasporto dovrà essere evitato, se possibile, l'impiego dell'ambulanza di emergenza.

## Procedure per l'equipaggio dell'ambulanza

Se la Centrale Operativa segnala un caso sospetto di EVD l'equipaggio deve seguire le istruzioni seguenti.

### Prima di partire:

- utilizzare l'ambulanza dedicata
- accertarsi di avere a bordo i DPI necessari (vedi sezione DPI) ed un contenitore per il materiale infetto
- rimuovere biancheria e coperte dalla barella
- utilizzare sulla barella lenzuola monouso e metalline; se la biancheria non è impermeabile posizionare sopra il materassino della barella un telo impermeabile
- rimuovere dall'abitacolo tutte le attrezzature non necessarie che non siano alloggiate in un vano chiuso
- chiudere tutte le armadiature dell'ambulanza
- chiudere il divisorio tra cabina di guida e vano sanitario
- 

### Arrivati sul posto:

- indossare i DPI previsti
- verificare se sono effettivamente presenti i criteri per la definizione di caso sospetto
- in caso di dubbio chiedere immediatamente istruzioni al medico della C.O. SUEM 118
- se la definizione di caso sospetto non è confermata agire con le procedure ordinarie
- se è confermata la definizione di caso sospetto:
  - continuare ad operare con i DPI previsti
  - far indossare al paziente una mascherina chirurgica, se le condizioni cliniche lo consentono
  - non compiere alcuna manovra terapeutica non necessaria ai fini del supporto delle funzioni vitali
  - in particolare, non posizionare un accesso venoso se non indispensabile ai fini del supporto delle funzioni vitali
  - se il paziente richiede un trattamento farmacologico utilizzare sempre la somministrazione orale se possibile
  - se il paziente richiede assistenza ventilatoria utilizzare la ventilazione in maschera e se necessario un presidio extraglottico; se è indicata l'intubazione oro tracheale posticiparla all'arrivo in ospedale, se possibile
  - se sono necessarie procedure invasive durante il trasporto (accesso venoso, intubazione, aspirazione, RCP) queste devono essere eseguite esclusivamente dopo aver fermato il mezzo.

### Indicazione all'uso dei DPI:

Quando la C.O. comunica la possibile presenza di un caso sospetto ed in tutti i casi nei quali l'equipaggio rilevi autonomamente le condizioni che identificano un caso sospetto devono essere indossati i seguenti DPI.

- a. pazienti che NON presentano episodi di **vomito e/o diarrea profusa**
  - copricapo in TNT
  - mascherina chirurgica a tre strati con visiera in policarbonato con protezioni laterali
  - doppi guanti in nitrile con polsino alto
  - camice chirurgico rinforzato impermeabile almeno su braccia e parte anteriore

Tutto il materiale deve essere monouso.

Qualora sia **INDISPENSABILE** effettuare l'intubazione oro-tracheale l'operatore deve indossare:

- filtrante facciale P2 (N95)
- visiera in policarbonato/occhiali
- grembiule impermeabile

b. pazienti che **presentano** episodi di **vomito** e/o **diarrea profusa** o comunque in caso di dispersione di liquidi biologici:

- tuta con cappuccio e calzari a protezione biologica (UNI/EN 14126)
- filtrante facciale FFP2 (N95)
- visiera
- doppi guanti in nitrile con polsino alto

### Trasporto

Tutti i casi sospetti devono accedere direttamente al reparto di Malattie Infettive competente per territorio senza transito per il Pronto Soccorso oppure direttamente alle strutture dell'Hub provinciale di riferimento specificamente individuate dalle procedure dell'ospedale.

Il trasporto al Pronto Soccorso è ammesso solo per i pazienti che richiedono assistenza intensiva, esclusivamente nei casi in cui, per motivi logistici, la stessa non possa essere garantita nei locali dell'U.O. di Malattie Infettive o nelle strutture identificate dalle procedure aziendali, e solo nel caso in cui il Pronto Soccorso disponga di un locale isolato destinato allo scopo.

### All'arrivo a destinazione

Il personale che prende in carico il paziente deve avere indossato i DPI; il personale dell'ambulanza deve limitarsi alla mobilitazione della barella evitando il contatto con maniglie, pulsanti, interruttori e suppellettili dell'ospedale

### Dopo il trasporto

Dopo aver consegnato il paziente al reparto di destinazione il personale sanitario dell'ambulanza deve rimuovere i DPI solo dopo l'arrivo in sede, in un'area appositamente identificata. La rimozione deve essere effettuata nel rispetto delle corrette procedure ed i DPI devono essere gettati in un contenitore per materiale infetto che deve essere immediatamente chiuso.

Il personale proveniente da basi esterne deve effettuare la rimozione dei DPI e la disinfezione del mezzo presso la base ambulanze ove ha sede il reparto di destinazione del paziente.

## **Procedura per la disinfezione delle ambulanze**

il personale che effettua la disinfezione deve indossare i DPI, eliminare tutta la biancheria utilizzata, anche se non monouso.

Se **NON** sono presenti residui di materia organica (sangue, vomito, feci):

- utilizzare Sodio dicloroisocianurato (Bionil) 2 cp in 5 litri d'acqua (1.000 ppm Cl) o in alternativa Clorossidante elettrolitico 2,8% di cloro attivo (Antisapril) diluito al 5% (50 ml più acqua sino ad un litro).
- Spruzzare tutte le superfici (barella, pavimento e pareti dell'ambulanza, sedili, elettromedicali)
- lasciar agire per 30 minuti

Se residui di materia organica (sangue, vomito, feci) contaminano una superficie **NON** estesa:

- utilizzare Sodio dicloroisocianurato (Bionil) 8 cp in 1 litro d'acqua (20.000 ppm Cl), coprite la superficie contaminata, lasciar agire per 30 minuti

- Rimuovere il materiale utilizzando teli monouso e lavare con detergente, spruzzare la superficie Sodio dicloroisocianurato (Bionil) 2 cp in 5 litri d'acqua (1.000 ppm Cl)
- lasciar agire per 30 minuti

Se residui di materia organica (sangue, vomito, feci) contaminano una superficie estesa:

- coprire tutta la superficie contaminata con granuli di Sodio dicloroisocianurato (Bionil), lasciare agire fino a solidificazione (5 minuti)
- rimuovere il materiale utilizzando teli monouso e lavare con detergente spruzzare la superficie Sodio dicloroisocianurato (Bionil) 2 cp in 5 litri d'acqua (1.000 ppm Cl)
- lasciar agire per 30 minuti
- sigillare tutti i rifiuti ed il materiale utilizzato per la pulizia e la disinfezione in un contenitore per rifiuti infetti
- rimuovere i DPI rispettando l'apposita procedura

## PROCEDURE PER IL PRONTO SOCCORSO

Le presenti indicazioni operative sono state predisposte in riferimento al quadro epidemiologico attuale e saranno riviste sulla base della sua evoluzione. Non rappresentano pertanto un riferimento esaustivo per la gestione dell'EVD.

Si evidenzia che nell'attuale situazione epidemiologica non è presente un rischio elevato di diffusione dell'EVD nella comunità e che pertanto non è al momento raccomandata la modifica delle procedure operative generali per la presa in carico dei pazienti da parte del Pronto Soccorso.

### Adempimenti preliminari

La direzione del Pronto Soccorso deve provvedere a:

- Identificare un locale destinato all'isolamento temporaneo dei casi sospetti
- elaborare una procedura specifica per l'identificazione dei casi sospetti al triage
- elaborare una procedura di gestione dei casi sospetti che includa tutte le possibili variabili in ordine a differenze di attività di triage o di modalità di gestione e trasferimento dei casi sospetti
- se il trasporto interospedaliero non è svolto dalla C.O. del SUEM, se possibile identificare un'ambulanza, diversa da quelle destinate agli interventi di emergenza, per il trasporto dei casi sospetti di EVD all'U.O. di Malattie Infettive
- assicurare la disponibilità dei DPI previsti dalla procedura
- assicurarsi che tutti gli operatori siano a conoscenza delle procedure applicabili
- predisporre una procedura per lo smaltimento del materiale potenzialmente infetto
- formare o aggiornare gli operatori alle procedure di impiego e di corretta rimozione dei DPI
- mantenere costantemente aggiornato l'elenco delle zone epidemiche
- esporre all'ingresso del PS, al triage e nei locali d'attesa un avviso che informi i pazienti che sono rientrati da zone epidemiche di fornire immediatamente al triage tale informazione

### Procedure di triage

Nel caso in cui un paziente riferisca di essere rientrato da zone epidemiche per EVD da meno di 21 giorni l'operatore deve indagare la presenza dei seguenti sintomi:

- Febbre
- Mialgie
- Vomito
- Diarrea
- Dolore addominale
- Emorragie spontanee

Il soggetto deve essere considerato un **caso sospetto** se è presente **UNA** delle seguenti condizioni:

- Sono presenti **FEBBRE > 38,5°** e **almeno UNO degli altri sintomi**
- E' presente **solo UNO** dei sintomi **associato ad UNA di queste condizioni**:
  - Ha avuto contatti con sangue o fluidi corporei di pazienti malati di EVD
  - Ha avuto contatti con cadaveri di pazienti deceduti per EVD o ha partecipato a riti funebri
  - Ha avuto contatti con pipistrelli, ratti o animali selvatici o con selvaggina
  - Ha avuto rapporti sessuali con paziente che è stato affetto da EVD
  - Ha lavorato in un ospedale che assisteva malati di EVD
  - Ha convissuto con un soggetto ammalato di EVD

In presenza di caso sospetto l'operatore del triage deve:

- Far indossare al paziente una mascherina chirurgica, se tollerata
- Far accedere il paziente al locale isolato identificato dalle procedure
- Chiudere le porte del locale
- Informare immediatamente il medico di guardia

### **Procedure per il personale di assistenza**

Nel locale isolato deve accedere esclusivamente il personale strettamente necessario al trattamento del paziente e solo dopo aver indossato i DPI previsti.

Se è confermata la definizione di caso sospetto:

- continuare ad operare con i DPI previsti
- all'interno del locale utilizzare solo materiale monouso in particolare usare sulla barella lenzuola monouso e metalline; se la biancheria non è impermeabile posizionare sopra il materassino della barella un telo impermeabile
- introdurre nel locale solo i materiali e le apparecchiature indispensabili per la gestione del paziente
- contattare l'U.O. di Malattie Infettive di riferimento
- non compiere alcuna manovra terapeutica non necessaria ai fini del supporto delle funzioni vitali
- in particolare, non posizionare un accesso venoso se non indispensabile ai fini del supporto delle funzioni vitali
- non effettuare il prelievo di campioni ematici
- se il paziente richiede un trattamento farmacologico utilizzare sempre la somministrazione orale se possibile

## 6. PRESA IN CARICO DALLE U.O. MALATTIE INFETTIVE

### Flusso del paziente

Per i casi sospetti/probabili, individuati da MMG e PLS, deve essere previsto un **accesso diretto all'U.O.C. Malattie Infettive**.

Il paziente adulto o pediatrico "stabile", recatosi direttamente al Pronto Soccorso o Pronto Soccorso pediatrico, dopo tempestiva identificazione quale caso sospetto, sarà trasferito direttamente in Malattie Infettive, attraverso un percorso con caratteristica di "fast track".

### Sede di ricovero del caso sospetto di MVE

Il ricovero si rende necessario per garantire la sicurezza del paziente e della collettività.

Il personale di reparto e il personale addetto al trasporto va sempre allertato telefonicamente prima del ricovero.

I medici specialisti che hanno in cura il paziente, sulla base dei dati anamnestici, classificano il paziente quale caso sospetto o probabile di MVE. Inoltre possono avvalersi della consultazione con gli infettivologi dell'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" di Roma e dell'Azienda Ospedaliera "Luigi Sacco" di Milano, per un confronto sull'orientamento della diagnosi e l'eventuale gestione del paziente.

#### **Paziente adulto:** Sede di ricovero

- U.O.C. Malattie Infettive.

Deve essere garantita la disponibilità di una stanza di degenza, con bagno interno. Qualora questa venisse occupata da un possibile caso, in attesa di ricevere la risposta degli esami diagnostici necessari ad escludere la MVE, si manterrà libera un'ulteriore stanza.

Il paziente che si presenta direttamente al Pronto Soccorso, deve essere dotato di sovracamice e mascherina chirurgica e gel alcolico e sarà trasportato (con trasporto a cura dei servizi aziendali) tempestivamente all'U.O.C. Malattie Infettive, per il ricovero presso la stanza di degenza dedicata, senza sostare in altri spazi intermedi.

#### **Paziente adulto critico:** Sede di ricovero

- U.O.C. Anestesia e Rianimazione.

#### **Paziente pediatrico:** Sede di ricovero

- U.O.C. Pediatria.

La gestione del paziente sarà in capo a personale medico ed infermieristico dell'area pediatrica.

Il paziente che si presenta direttamente al Pronto Soccorso Pediatrico verrà dotato di sovracamice e mascherina chirurgica e verrà trasportato nella stanza dell'U.O.C. Malattie Infettive. Se l'anamnesi patologica dell'adulto che accompagna il paziente pediatrico risultasse ugualmente compatibile con la definizione di caso sospetto di malattia da virus Ebola, questi sarà ricoverato presso l'U.O.C. Malattie Infettive, assieme al caso pediatrico.

#### **Paziente pediatrico critico:** Sede di ricovero

- U.O.C. Anestesia e Rianimazione.

La gestione del paziente sarà in capo a personale medico ed infermieristico della Terapia Intensiva pediatrica.

Il triage e il trasporto del paziente saranno organizzati presso il Pronto Soccorso ed il Pronto Soccorso pediatrico secondo procedure interne che tengano conto di:

- clinica del paziente (secondo i criteri clinici sopra identificati);
- efficace comunicazione tra operatore e paziente (se necessario avvalersi del servizio di mediazione culturale);
- necessità di ridurre il rischio di contaminazione ambientale e di contaminazione di dispositivi/attrezzature/superfici;
- necessità di garantire efficace protezione degli operatori;
- necessità di prevenire la trasmissione ad altri visitatori/utenti.

### **Sede di ricovero del caso confermato di MVE**

Per casi confermati adulti, sia per pazienti di area non critica che per pazienti che necessitano di ricovero in Terapia Intensiva: dopo stabilizzazione, il medico curante deve prendere accordi con l'Istituto Nazionale Malattie Infettive "L.Spallanzani" – Roma, o con l'Ospedale "L. Sacco" – Milano, per concordare il trasferimento in modalità protetta.

Per casi confermati pediatrici prendere accordi con l'Ospedale L. SACCO – Milano.

L'organizzazione del trasporto protetto e il relativo mezzo (ambulanza di alto contenimento) sono a carico della struttura ricevente. Seguire quanto descritto al Capitolo 11

### **Segnalazione di casi sospetti/probabili e accertati di MVE**

Il medico che gestisce il caso sospetto o probabile di MVE, dovrà segnalarlo tempestivamente alla Direzione Medica Ospedaliera e aggiornare circa la successiva evoluzione della situazione.

Inoltre invierà a mezzo fax e mezzo e-mail segnalazione di Malattia Infettiva Virus Ebola (Allegato 1)

a:

- **Settore Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica della Regione Veneto**  
e.mail: sanitapubblica@regione.veneto.it, fax 041.2791355
- **GORR Regionale (Gruppo Operativo a Risposta Rapida)**  
348.3921333, [francesca.russo@regione.veneto.it](mailto:francesca.russo@regione.veneto.it)  
329.2605308, [barbara.pellizzari@regione.veneto.it](mailto:barbara.pellizzari@regione.veneto.it)
- **Ministero della Salute - Ufficio V - Malattie Infettive e Profilassi Internazionali**  
e.mail: malinf@sanita.it

### **Precauzioni da utilizzare per la gestione del caso sospetto/probabile/confermato MVE**

In tutte le fasi dell'assistenza (accettazione, trasferimento, degenza, esecuzione indagini strumentali, ecc.) e da parte di **tutte le persone** (personale sanitario, familiari, ecc) che entrano in contatto con il paziente definito come caso sospetto/probabile o accertato devono essere adottate **scrupolosamente** le:

**precauzioni da Contatto e precauzioni da goccioline (droplets)**, ovviamente da aggiungersi alle **precauzioni Standard** (operare in modo da evitare assolutamente qualsiasi contatto diretto con i liquidi biologici del paziente: eseguire igiene delle mani e utilizzo di DPI quando si eseguono manovre che possono comportare il contatto con liquidi biologici, gestione in sicurezza di aghi e taglienti, eseguire la corretta decontaminazione ambientale e la decontaminazione delle attrezzature tra un paziente e l'altro).

- Il paziente deve essere posto in stanza singola dotata di servizi igienici; la **porta** della stanza deve rimanere **chiusa**, limitando al minimo il numero di operatori che hanno accesso alla stanza.

- Tutte le persone non strettamente necessarie allo svolgimento dell'attività non devono essere ammesse al contatto con casi identificati come sospetti/probabili/accertati di MVE.
- Il personale della ditta di ristorazione non deve entrare in stanza.
- Per ogni paziente dovrà essere istituito un **registro** compilato da tutte le persone che vengono a contatto con il paziente durante la degenza, da compilare prima dell'ingresso nella stanza di isolamento.

## Igiene delle mani

L'igiene delle mani **assieme al corretto uso dei DPI è la principale misura di prevenzione**. L'igiene delle mani **deve essere effettuata** durante le attività clinico assistenziali secondo le raccomandazioni aziendali ed in particolare:

- prima di indossare i DPI ed entrare nelle aree di isolamento
- prima di qualsiasi procedura pulita/asettica sul paziente
- dopo ogni attività potenzialmente a rischio di esposizione con liquidi biologici e secrezioni o sangue del caso sospetto o confermato
- dopo aver toccato apparati, superfici o oggetti nelle vicinanze del paziente
- dopo aver rimosso i DPI al momento di lasciare le stanze di assistenza

L'igiene delle mani deve essere eseguita nelle stanze di isolamento ogni volta che si presenti una delle evenienze indicate precedentemente, procedendo ogni volta alla sostituzione dei guanti.

Per l'igiene delle mani utilizzare la **frizione con soluzione alcolica oppure il lavaggio con acqua e sapone**.

Eseguire sempre il lavaggio con acqua e sapone se le mani sono macroscopicamente sporche.

## Dispositivi di protezione individuale (DPI) da utilizzare

In considerazione dell'attuale scenario epidemiologico, per il quale si prevede un numero limitato di casi sospetti, ed in considerazione della gravità della malattia, si è valutato opportuno applicare il criterio di **massima precauzione**, equiparando i DPI da impiegare nella gestione dei casi sospetti a quelli da impiegare per i casi probabili.

In tutte le attività clinico assistenziali di presa in carico iniziale se il paziente necessita di assistenza indifferibile, durante il trasporto in ambulanza, durante il ricovero, il personale sanitario dovrà indossare i seguenti DPI per assicurare la prevenzione della trasmissione da contatto e da droplets, con la sequenza indicata:

- Due paia di guanti in nitrile
- Facciali filtranti FFP3
- Protezione per gli occhi (visiera)
- Tuta intera, impermeabile
- Manicotti impermeabili
- Grembiule impermeabile
- Calzari

I guanti vanno cambiati quando presentano o si sospettano danneggiamenti o rotture.

**Igienizzare sempre le mani prima di indossare un nuovo paio di guanti.**

Evitare per quanto possibile qualsiasi **procedura che possa generare aerosol**.

Le maschere pieno facciali o i PAPR (Powered Air Purifying Respirator) rappresentano, specialmente per l'assistenza di casi probabili o confermati, possibili alternative da utilizzare, sulla base della valutazione del rischio, per la protezione delle mucose del volto e delle vie aeree.

### **Rimozione dei Dispositivi di Protezione Individuale (vedi pag. 18)**

Le esperienze pregresse in sanità pubblica, collegate ad eventi epidemici, hanno messo in evidenza come uno dei fattori critici per il controllo della esposizione del personale sanitario sia la corretta gestione dei Dispositivi di Protezione Individuali, ed in particolare la loro corretta rimozione.

I DPI vanno indossati prima di entrare nella stanza di isolamento e rimossi prima di uscire dalla stanza del paziente.

I DPI vanno rimossi secondo una sequenza predefinita e in grado di ridurre il rischio di contaminazione dell'operatore.

Prima di iniziare la rimozione dei DPI e in tutte le fasi della svestizione verificare la presenza di contaminazione visibile di liquidi biologici, tagli o strappi e, se presenti, procedere alla decontaminazione con una garza imbevuta di una soluzione di ipoclorito di sodio alla concentrazione pari a 10.000 ppm (400 ml di ipoclorito di sodio portati a 1 litro di acqua).

I Dispositivi di protezione monouso vanno smaltiti negli appositi contenitori per rifiuti infetti secondo le raccomandazioni aziendali.

### **Procedure invasive**

Per eseguire accessi venosi a scopo diagnostico o terapeutico utilizzare i dispositivi di sicurezza secondo il D.Lgs 19/2014; prestare la massima attenzione per evitare punture e ferite accidentali, da parte di tutti gli operatori sanitari coinvolti. Privilegiare l'uso di sistemi sottovuoto con provette di plastica (es. vacutainer).

### **Dispositivi medici e materiali per l'assistenza**

Nell'assistenza è preferibile utilizzare attrezzature dedicate, che dovranno essere decontaminate (in presenza di materiale organico), deterse e disinfettate prima dell'uso su un successivo paziente.

Utilizzare preferibilmente dispositivi medici monouso; in alternativa, predisporre l'uso personalizzato (da conservare all'interno della stanza) garantendo la sterilizzazione (se non è applicabile la sterilizzazione, secondo le indicazioni d'uso del dispositivo, effettuare la disinfezione (vedi paragrafo disinfezione dispositivi medici/dispositivi di protezione individuale riutilizzabili) alla dimissione del paziente.

Utilizzare biancheria e materiale monouso da smaltire come rifiuti a rischio infettivo.

Richiedere al Servizio Alberghieri il vassoio monouso per la ristorazione da eliminare nel contenitore per i rifiuti a rischio infettivo.

### **Disinfezione dispositivi medici**

Prima di riutilizzare un dispositivo medico verificare la presenza di sangue o altro materiali o liquido biologico, e se presente, procedere alla decontaminazione prima della detersione e successivamente alla disinfezione (se non è necessaria la sterilizzazione) secondo quanto di seguito riportato.

Per la decontaminazione utilizzare con soluzione di ipoclorito di sodio a 10.000 ppm di cloro disponibile (contatto di due minuti), risciacquare e procedere alla detersione con detergente enzimatico diluito all'1,5% (tempo di contatto 10 minuti) e successivamente, dopo risciacquo, immergere il dispositivo in una soluzione di ipoclorito di sodio alla concentrazione pari a 1000 ppm (tempo di contatto almeno 10 minuti), rimuovere il dispositivo dalla soluzione e asciugarlo con un panno e riporlo in un luogo asciutto al riparo dalla polvere.

Se il dispositivo non è sporco di sangue o altri liquidi biologici immergerlo in una soluzione di ipoclorito di sodio pari a 1.000 ppm per almeno 10 minuti.

### **Modalità e frequenza pulizie di superfici e attrezzature**

Il coordinatore o un suo delegato informa il personale della Ditta delle pulizie della presenza di un paziente sospetto o probabile (apporre sulla porta della stanza di degenza i cartelli "Precauzioni da contatto e precauzioni da goccioline").

Fare indossare i DPI agli operatori prima di entrare nella stanza.

Dovrà essere assicurata la pulizia e la disinfezione della stanza di degenza focalizzando l'attenzione sulle superfici più toccate (es. sponde del letto, comodini, carrozzina, carrelli, maniglie delle porte, dei rubinetti, ecc.) e sulle attrezzature nelle immediate vicinanze del paziente, utilizzando una soluzione di ipoclorito di sodio ad una concentrazione pari a 1000 ppm (40 ml di ipoclorito di sodio portati a 1000 ml di acqua).

Pulire la stanza di isolamento del malato per ultima, al termine del percorso di pulizia, con materiale (ad es: panni monouso, ) ad uso esclusivo.

Il personale della ditta delle pulizie dovrà essere adeguatamente formato ed addestrato alla corretta applicazione della procedura. Le indicazioni della presente procedura sono state comunicate formalmente dalla Direzione Medica Ospedaliera ai responsabili delle ditte delle pulizie presenti in Azienda.

Alla dimissione del malato si dovrà procedere ad una accurata detersione e disinfezione dell'unità di degenza attraverso richiesta, da parte del Coordinatore, di intervento di risanamento straordinario della stanza e del bagno, da richiedere alla ditta delle pulizie con buono giallo.

Utilizzare le indicazioni sopraindicate anche al di fuori della stanza del paziente, per esempio, dove il paziente ha eseguito procedure indispensabili non effettuabili all'interno della stanza di degenza.

Qualora il paziente vomiti, tossisca o abbia perdita di altri liquidi biologici 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), come indicato nella tabella sottostante. 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:

a) piccole macchie di sangue o di piccole perdite: prima della detersione procedere alla decontaminazione con soluzione di ipoclorito di sodio a 1000 ppm di cloro disponibile (contatto di due minuti prima di pulire con pannetti monouso da smaltire nei contenitori per rifiuti a rischio infettivo);

b) versamenti più grandi: prima della detersione procedere alla decontaminazione con soluzione di ipoclorito di sodio (10.000 ppm di cloro disponibile) asportando il materiale con panno monouso, da smaltire nei contenitori per rifiuti a rischio infettivo.

Dopo la detersione, effettuare una disinfezione finale con una soluzione di ipoclorito 1000 ppm.

E' opportuno disporre di soluzione di ipoclorito 1000 ppm preparata quotidianamente.

### **Smaltimento dei rifiuti**

Tutto il materiale monouso venuto a contatto con il paziente deve essere imballato tal quale nell'area di produzione del rifiuto come rifiuto a rischio infettivo: sacco in plastica o contenitore per rifiuti taglienti e pungenti, chiuso all'interno di un contenitore rigido a tenuta di liquidi. Tale contenitore esterno dedicato potrà essere portato fuori dalla stanza solo previa chiusura e decontaminazione esterna con cloro derivati utilizzando una soluzione di ipoclorito di sodio ad una concentrazione pari a 1000 ppm (40 ml portati a 1000 ml di acqua).

Tutto il materiale biologico eliminato dal paziente (es. feci e urine) può essere smaltito attraverso il sistema fognario ospedaliero.

I contenitori dei rifiuti non devono essere riaperti né riutilizzati.

## 7. POSTI LETTO IN ISOLAMENTO DISPONIBILI U.O. MALATTIE INFETTIVE

Numero posti letto in isolamento			
	U.O. Malattie infettive	Pediatria	Rianimazione
Venezia	3 SGP 5 All'Angelo	sì	1
Padova	14	si	1
Vicenza	3	Viene allestita in caso di necessità c/o Mal.Inf.	
Treviso	3	sì	1
Belluno	1		
Rovigo	1		
Verona	22	sì	1
Negrar	1	sì	1

## 8. GESTIONE CONTATTI SUL TERRITORIO

Il Dipartimento di Prevenzione, in collaborazione con il medico che ha effettuato la segnalazione, effettua tempestivamente l'indagine epidemiologica e identifica i contatti del caso.

Le misure nei confronti dei contatti mirano a:

- identificare precocemente l'eventuale insorgenza di sintomi compatibili con MVE;
- informare la persona sui comportamenti da tenere per evitare l'eventuale esposizione a contagio di altre persone.

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.

### CRITERI PER LA DEFINIZIONE DI CONTATTO

Per i contatti si identificano due livelli di rischio:

#### **BASSO RISCHIO:**

Definizione: **Contatto casuale** con un paziente febbrile, deambulante e autosufficiente. Esempio: soggiornare insieme in un'area comune o in un mezzo pubblico; lavoro di receptionist

Tali contatti comprendono soggetti che hanno viaggiato nello stesso aereo o mezzo di trasporto, che hanno soggiornato nello stesso albergo.

#### **ALTO RISCHIO:**

Definizione: **Stretto contatto** 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.

#### **OPERATORI SANITARI CON ESPOSIZIONE OCCUPAZIONALE:**

Il contatto degli operatori sanitari (inclusi gli operatori di laboratorio) con pazienti EVD che avviene usando appropriati dispositivi di protezione individuale è considerato essere a basso rischio di esposizione. Tuttavia, data la natura continua dell'esposizione degli operatori nell'assistenza ai pazienti, tale esposizione dovrebbe essere trattata come ad alto rischio.

## Misure di controllo dei contatti

### ✓ Contatto casuale

non è indicata nessuna misura particolare di sorveglianza, dal momento che gli agenti delle febbri emorragiche non si trasmettono con contatti casuali. Secondo le indicazioni dell'ECDC è consigliato l'automonitoraggio dei sintomi, inclusa la febbre di qualsiasi grado, per 21 giorni dall'ultima esposizione.

### ✓ Contatto stretto a basso rischio

Isolamento domiciliare fiduciario a carico del SISP

Modalità:

- fino a 21 gg. dall'ultimo contatto con il caso probabile;
- evitare i rapporti sessuali e gli scambi affettivi
- rilevazione della temperatura 2 volte al giorno (mattino, primo pomeriggio ed anche se si ha la sensazione di un rialzo febbrile); **chiamare il contatto in orari stabiliti**
- se comparsa di uno dei seguenti sintomi, rimanere in casa e telefonare al 118
  - febbre
  - mal di testa intenso
  - vomito, diarrea, dolore addominale
  - manifestazioni emorragiche di vario tipo.

## Interruzione dell'isolamento prima dei 21gg. dall'ultimo contatto con il caso probabile

- esito **negativo** dell'accertamento diagnostico sul caso probabile
- conferma **positiva** dell'accertamento diagnostico sul caso probabile – **caso confermato** - per passaggio all'isolamento ospedaliero. **Attivazione da parte del Sisp del 118.**
- comparsa anche di uno solo dei sintomi per passaggio all'isolamento ospedaliero (caso probabile)..

## Azioni del personale Sisp

- individuazione dei contatti da sottoporre ad isolamento
- informazione all'utente sui 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;
  - le modalità di isolamento e sui comportamenti da adottare
- attuare il monitoraggio attivo dell'isolamento dei contatti stretti dei casi probabili
- comunicare al 118 i nominativi dei soggetti in isolamento
- gestire con il 118 eventuali ricoveri in isolamento a M.I.
- informare il MMG/PLS dell'isolamento di propri assistiti; se trattasi di lavoratori dipendenti la certificazione di malattia dovrà riportare la seguente motivazione "*misura di profilassi (SE)*"
- informare l'INPS dei lavoratori sottoposti ad isolamento per evitare l'effettuazione di visite fiscali.
- Supportare con i Servi Sociali eventuali necessità legate alla condizione di isolamento.

### Si ricorda inoltre, di:

- **Caso sospetto/probabile:** allertare prontamente il GORR regionale (Gruppo Operativo a Risposta Rapida)
- **Invio scheda di segnalazione** al Settore Promozione e sviluppo e Igiene e Sanità Pubblica **Fax 0412791355.**

### ✓ Contatto stretto ad alto rischio

Isolamento ospedaliero c/o Malattie Infettive



## SCHEDA INDAGINE EPIDEMIOLOGICA

(integrativa della scheda di segnalazione)

Data compilazione --/--/----

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ data nascita \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cel. \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Medico curante \_\_\_\_\_

### Criteria epidemiologico

Paese da cui arriva \_\_\_\_\_ 1)località \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

2)località \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

3)località \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

data dell'arrivo in Italia \_\_\_\_\_ motivo della presenza nel paese \_\_\_\_\_

ambienti/collettività frequentati \_\_\_\_\_

### Tipo di esposizione/contatto (indicare anche il n° della località in cui c'è stata l'esposizione)

contatto con sangue o altri fluidi corporei di un paziente infetto o sospetto di essere infettato da virus Ebola \_\_\_\_\_

contatto diretto con una persona deceduta, nella zona a rischio \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

manipolazione e consumo di selvaggina, cruda o cotta, nella zona a rischio \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

rapporti sessuali con un caso confermato di Ebola nelle 10 settimane dopo l'inizio dei sintomi  
\_\_\_\_\_

contatto diretto con pipistrelli, roditori, primati non umani e altri animali selvatici nella zona a rischio o provenienti dalla zona di pericolo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

operatore sanitario e non in ospedale che ha ricoverato pazienti infetti da Ebola  
\_\_\_\_\_

Non caso     Caso sospetto     Caso probabile

Firma del rilevatore \_\_\_\_\_

## SCHEDA di VALUTAZIONE DEL PAZIENTE

Data   /  /  

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Cel./tel. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Medico segnalante \_\_\_\_\_

*Barrare le condizioni rilevate*

<input type="checkbox"/> <b>Febbre &gt;38°C oppure storia di</b> febbre nelle precedenti 24 ore <input type="checkbox"/> <b>Proveniente da <u>zone</u></b> in cui è presente l'epidemia di Ebola <input type="radio"/> Sierra Leone (intero paese) <input type="radio"/> Liberia (intero paese) <input type="radio"/> Guinea (intero paese) <input type="radio"/> Nigeria (zone con presenza di casi) <input type="radio"/> Repubblica Democratica del Congo (zone con presenza di casi) <input type="radio"/> _____  <input type="checkbox"/> <b>Sono trascorsi meno di 21 giorni da quando ha lasciato il paese</b>	<p>Se sono rilevate tutte e <b>3</b> queste condizioni</p> <p><b>CASO SOSPETTO</b></p> <input type="checkbox"/>
<b>+ anche una sola delle seguenti condizioni se rilevabili con sufficiente attendibilità</b>	
<input type="checkbox"/> contatto con sangue o altri fluidi corporei di un paziente infetto o sospetto di essere infettato da virus Ebola <input type="checkbox"/> contatto diretto con una persona deceduta, nella zona a rischio <input type="checkbox"/> manipolazione e consumo di selvaggina, cruda o cotta, nella zona a rischio <input type="checkbox"/> rapporti sessuali con un caso confermato di Ebola nelle 10 settimane dopo l'inizio dei sintomi <input type="checkbox"/> lavoro in laboratorio con campioni contaminati da un ceppo virus Ebola <input type="checkbox"/> contatto diretto con pipistrelli, roditori, primati non umani e altri animali selvatici nella zona a rischio o provenienti dalla zona di pericolo <input type="checkbox"/> operatore sanitario e non in ospedale che ha ricoverato pazienti infetti da Ebola	<p><b>CASO PROBABILE</b></p> <input type="checkbox"/>

## 9. MODALITA' DI INVIO DEI CAMPIONI AL LABORATORIO DI RIFERIMENTO NAZIONALE "L. Spallanzani" E AL LABORATORIO DI RIFERIMENTO REGIONALE

E' stato individuato e comunicato al Ministero della Salute il laboratorio regionale di riferimento con livello di biosicurezza BLS3 dell'Azienda Ospedaliera di Padova. I campioni dovranno essere inviati al laboratorio di riferimento regionale e **contemporaneamente** dovranno essere inviati in ogni caso all'INMI "L.Spallanzani".

Saranno considerati casi confermati esclusivamente i casi confermati dal Laboratorio Nazionale di Riferimento dell'INMI "L.Spallanzani".

I risultati dei test di laboratorio non devono essere comunicati all'esterno fino alla conferma nazionale degli stessi ed all'invio della notifica da parte del Ministero della Salute alle Organizzazioni internazionali (Commissione Europea, ECDC, OMS). Da parte dei laboratori regionali/nazionali di riferimento dovrà essere garantita, comunque, la comunicazione dei risultati dei test preliminari e di conferma alla struttura di ricovero, alla Regione/PP.AA., al Ministero della Salute.

I test per i virus di gruppo di rischio 4 non sono disponibili per pazienti ambulatoriali e vanno richiesti solo dalle U.O. Malattie infettive.

Il laboratorio di Virologia Diagnostica d'infezione da virus emergenti- INMI "L.Spallanzani" I.R.C.C.S. – Roma è in funzione h24 e i recapiti telefonici sono: **0655170666** oppure **3204343793**

Le attività diagnostiche per i virus emergenti vanno PREVENTIVAMENTE concordati con il personale dirigente del Laboratorio che fornisce supporto per:

- la scelta del percorso diagnostico più idoneo;
- la tipologia dei campioni (sangue, siero, plasma, liquor, feci, urine, biopsie, secrezioni/tampone respiratorio. etc);
- le modalità di raccolta e di invio dei campioni stessi, incluso il confezionamento, nel rispetto della normativa vigente sul trasporto dei campioni a rischio biologico;
- la scelta delle condizioni di trasporto, inclusa la necessità di temperatura controllata (TA, a +4°C, in ghiaccio secco);
- l'identificazione delle informazioni cliniche opportune per l'inquadramento diagnostico differenziale.

I campioni biologici, correlati con l'apposita scheda (allegato 2a) vanno inviati al seguente indirizzo:

### **Laboratorio di Virologia**

Padiglione Baglivi  
Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "L. Spallanzani" IRCCS  
Via Portuense 292  
00149 Roma

I referenti per le attività sui patogeni emergenti sono:

Maria R. Capobianchi ([maria.capobianchi@inmi.it](mailto:maria.capobianchi@inmi.it))

Antonino Di Caro ([antonino.dicaro@inmi.it](mailto:antonino.dicaro@inmi.it))

## FLUSSO INFORMATIVO ESITI CAMPIONI BIOLOGICI DELL'INMI

Il medico che ha in cura il paziente deve inviare tempestivamente i risultati del test eseguiti presso il laboratorio di riferimento nazionale a:

- ⤴ Direzione Medica Ospedaliera
- ⤴ U.O.C. Laboratorio di Microbiologia e Virologia dell'Azienda Ospedaliera di Padova

Tale condivisione permetterà di ottimizzare la gestione dei campioni, soprattutto in caso di negatività per Ebola, limitando al massimo l'utilizzo di procedure superflue ed il connesso impiego di risorse.

### In caso di positività

Acquisire disponibilità al ricovero e trasporto da parte degli Istituti di riferimento (Direzioni Sanitarie):  
Ospedale L. SACCO – Milano, Centralino 02.39041;  
Istituto Nazionale Malattie Infettive "L. SPALLANZANI" – Roma, Centralino 06.551701  
(Seguire il flusso del Capitolo 12)

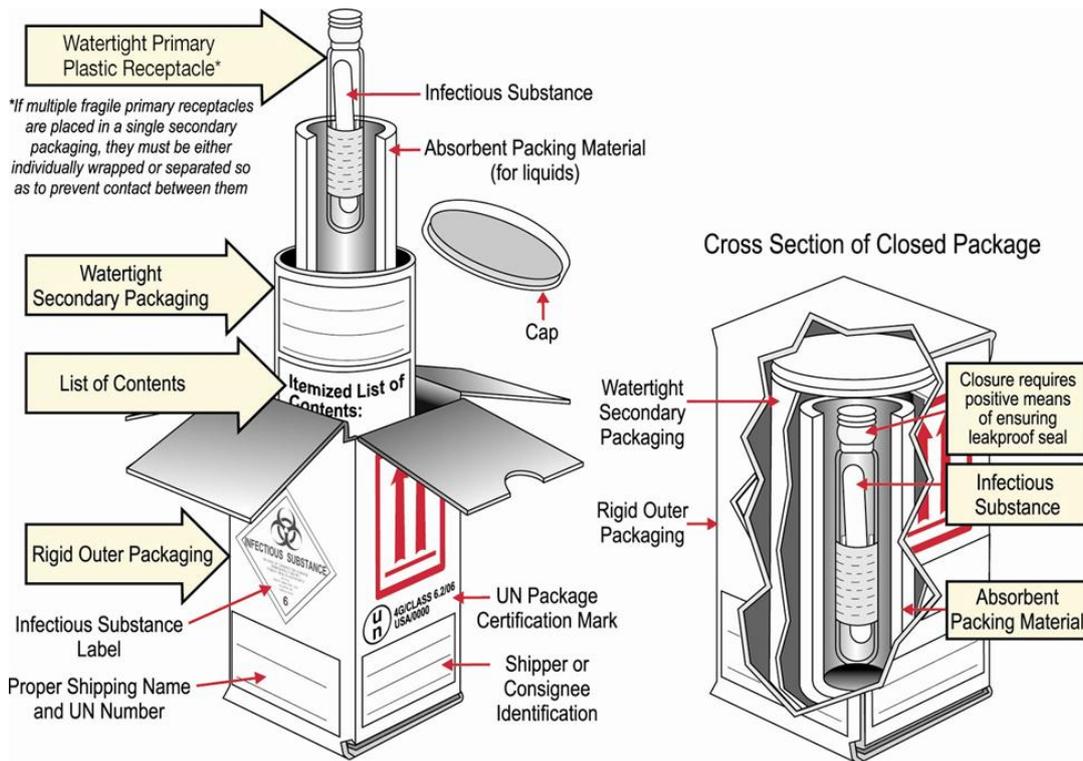
## MODALITA' DI INVIO DEI CAMPIONI AL LABORATORIO DI RIFERIMENTO REGIONALE

I **casì sospetti** e i **casì probabili di MVE** possono essere indagati in urgenza, nei laboratori ospedalieri dove è ricoverato il paziente se il laboratorio è certificato BLS3 per le indagini richieste dall'infettivologo tenendo presente la necessità di limitare al minimo gli esami richiesti. Nel contempo i campioni vanno inviati al Laboratorio di riferimento regionale dell'Azienda ospedaliera di Padova e al Laboratorio di riferimento Nazionale dell'INMI "L.Spallanzani".

Per il **test di malattia da virus Ebola** il medico del Reparto di Malattie Infettive che ha in cura un caso sospetto di MVE telefona al **reperibile per l'emergenza MVE** dell'UOC Microbiologia e Virologia per comunicare l'invio di campioni per l'esecuzione del test in urgenza.

Il medico inoltre:

- compila in tutte le sue parti la "Scheda di raccolta dati per la diagnosi di laboratorio in caso di sospetta infezione da virus Ebola" specificando se il paziente ha eseguito profilassi anti-malaria.
- invia N = 2 provette di sangue in EDTA (provette da emocromo) non centrifugate; N = 1 provetta di sangue senza anticoagulante; N = 1 set di flaconi da emocoltura.
- I campioni sono inseriti in un *triple package* idoneo al trasporto di agenti infettivi di classe A, come indicato in figura 1
- consegna presso **l'Istituto di Microbiologia, Via Gabelli, 63 – 35121 Padova (PD)**



**Figura 1. Schema di confezionamento di campioni biologici in triplo pacco.**

Il *triple package* deve essere inviato all'Istituto di Microbiologia e Virologia, Via A. Gabelli 63, 35121 Padova mediante mezzo autorizzato e consegnato al reperibile per l'emergenza MVE dell'UOC Microbiologia e Virologia che esegue il check-in dei campioni e stampa le etichette.

Il reperibile per l'emergenza MVE entra in laboratorio BLS3 accompagnato da un secondo reperibile che lo assiste all'esterno.



**INMI "L. SPALLANZANI" I.R.C.C.S.**  
Via Portuense, 292 - 00149 Roma

## LABORATORIO DI VIROLOGIA

ALLEGATO 2a

## DIAGNOSTICA D'INFEZIONE DA VIRUS EMERGENTI

Tel 06 55170666 / 692 / 685 / 434

email [maria.capobianchi@inmi.it](mailto:maria.capobianchi@inmi.it)  
[antonino.dicaro@inmi.it](mailto:antonino.dicaro@inmi.it)  
[conchetta.castillett@inmi.it](mailto:conchetta.castillett@inmi.it)  
[fabrizio.carletti@inmi.it](mailto:fabrizio.carletti@inmi.it)

### MODULO DATI PAZIENTE

Medico richiedente \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Fax. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Ospedale \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

#### Informazioni relative al paziente

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita |\_\_|\_|\_| Sesso: M Ž F Ž

Domicilio abituale: \_\_\_\_\_  
Via/piazza, numero civico \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Recapito telefonico del paziente o di un familiare \_\_\_\_\_

#### Tipologia del campione inviato

- Sangue senza anticoagulante     Sangue con anticoagulante     Liquor     Urine     Feci  
 Biopsia.....     Tampone.....     Tampone.....     Altro .....     Altro.....

#### Informazioni clinico/epidemiologiche

Eventuale permanenza all'estero nei 21 giorni precedenti l'inizio della sintomatologia

1. \_\_\_\_\_  
Nazione/area visitata \_\_\_\_\_ data d'inizio permanenza \_\_\_\_\_ data fine \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
Nazione/area visitata \_\_\_\_\_ data d'inizio permanenza \_\_\_\_\_ data fine \_\_\_\_\_

Altre informazioni rilevanti (es: soggiorno in aree rurali, attività svolta, etc.)

\_\_\_\_\_

**DATA DI INIZIO SINTOMATOLOGIA** |\_\_|\_|\_| (gg/mm/aa)

#### **Sintomatologia clinica**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Febbre $\geq$ 38,5  | <input type="checkbox"/> Astenia            | <input type="checkbox"/> Mal di gola           |
| <input type="checkbox"/> Artralgie           | <input type="checkbox"/> Mialgia            | <input type="checkbox"/> Dolore retro-orbitale |
| <input type="checkbox"/> Rash cutaneo        | <input type="checkbox"/> Cefalea            | <input type="checkbox"/> Escara                |
| <input type="checkbox"/> Sintomi respiratori | <input type="checkbox"/> Meningo-encefalite | <input type="checkbox"/> Endocardite           |
| <input type="checkbox"/> Sintomi emorragici  | <input type="checkbox"/> trombocitopenia    | <input type="checkbox"/> Linfopenia            |

Descrizione dell'attuale stato del paziente, altri dati clinici rilevanti

\_\_\_\_\_

**Vaccinazioni** (l'interpretazione di alcuni risultati potrebbe essere difficoltosa non avendo notizie sulla storia vaccinale del paziente)

- Febbre Gialla     Encefalite giapponese  
 TBEV     Altro.....

Il Medico richiedente

## **10. TRASPORTO DEI CAMPIONI TRAMITE CORRIERE PHSE**

### **1. DATI GENERALI NORMATIVA E PROTOCOLLO GENERALE SPALLANZANI**

Tenendo presente le misure precauzionali previste nei protocolli interni di PHSE che riprendono sostanzialmente le normative IATA.

Tenendo presente la necessità sempre di avere informazione completa preventiva in caso di richiesta ritiro del rischio infettività/pericolosità dei campioni, per poterci attrezzare all'emergenza (vista la diversità dei virus e il loro grado di rischio) seguono dettagli sul protocollo:

- Consegne presso lo SPALLANZANI di Roma, Istituto attrezzato per effettuare analisi di laboratorio
- I campioni devono essere conservati e trasportati a temperatura +2/+8°C
- I campioni vanno consegnati in Laboratorio presso lo Spallanzani entro 24 ore dal prelievo

In ottemperanza alle normative sul trasporto per infetti (BIOLOGICI CAT A), nel rispetto delle normative internazionali (per UN2814, infetti per umani, PI620), il personale di PHSE è formato e pronto alla emergenza e le nostre sedi fornite di materiale di imballaggio e materiale di sicurezza per i nostri addetti.

Fornitura prevista al momento del ritiro a cura del Personale PHSE, - Contenitore in plastica rigida con tappo a vite

- Cartone esterno per infetti omologato
- Ulteriore contenitore isotermico esterno con materiale refrigerante per il mantenimento della temperatura richiesta

Resta pertanto escluso imballo primario (provette debitamente chiuse)

Il personale PHSE non maneggia le provette mai, è obbligo del mittente al momento del ritiro inserire all'interno del contenitore provvisto dal corriere i campioni e di richiudere il cilindro, suggeriamo di preparare già per precauzione le provette in un sacchetto per poterle inserire agevolmente e velocemente nel contenitore e poi nell'ulteriore cartone per infetti.

### **2. OTTEMPERANZE AMMINISTRATIVE PER ATTIVAZIONE SERVIZIO:**

Per poter rispondere alle vostre eventuali emergenze però dobbiamo provvedere all'apertura anagrafica cliente, questo per avere già account aperto in caso di richieste.

L'apertura anagrafica cliente non comporta alcun obbligo e alcun vincolo di collaborazione, ma risulta necessaria per collaborare, per i servizi ordinari, risulta essenziale per quelli straordinari preventivi.

Sarà necessario ricevere buoni di ordine da citare in fattura entro e non oltre il mese in cui la spedizione viene effettuata per evitare slittamenti nei pagamenti delle fatture o mancata citazione dei riferimenti corretti nelle fatture connesse a questi trasporti.

(MODULO APERTURA ANAGRAFICA A DISPOSIZIONE)

### **3. MODALITA' DI RICHIESTA RITIRO:**

Il centro appena avesse necessità di attivare il servizio, quindi a qualunque ora, deve attivarsi per inviare una email a PHSE. Non è possibile ricevere chiamate, perché la comunicazione deve essere completa e contenere tutti i dettagli necessari per agire in modo efficace.

Indirizzi a cui inviare email: [operations.it@phse.com](mailto:operations.it@phse.com); [cs.it@phse.com](mailto:cs.it@phse.com) – l'invio email è importante, questo allerta velocemente tutti i coinvolti.

Nel testo della comunicazione vanno indicati:

- nome cliente richiedente (ospedale, istituto, eccetera)
- indirizzo mittente completo, luogo di ritiro, dipartimento, nome contatto, numeri telefonici, data e fascia oraria ritiro richiesta (esempio ore 9.00-12.00)
- ora del prelievo effettuato sul paziente sospetto
- contenuto spedizione e temperatura richiesta (numero provette e loro capienza, es. 5 provette da 5ml) conferma destinazione SPALLANZANI / campioni sospetti EBOLA
- note eventuali e contatto Spallanzani cui indirizzare i campioni

È fatto obbligo al momento della prenotazione via email di informare i nostri operatori della natura dei campioni per poter comunque attuare eventuali ulteriori misure di sicurezza e di prevenzione che sono d'obbligo per ciascun materiale infetto basandosi sui livelli di infettività e di contagio.

#### **4. DISPONIBILITA' SERVIZIO:**

Il servizio è disponibile in maniera ordinaria dal lunedì al venerdì in giornata.

Con costi da valutare a seconda della tratta ma comunque si tratta sempre di servizi dedicati diretti.

Pertanto tutte le richieste che ci consentano di effettuare i servizi nei giorni sopra indicati avranno un costo singolo per spedizione, ma non comportano una reperibilità ore notturne, festivi e weekend.

#### **Esempi di orari e richieste:**

Qualora la emergenza si verificasse alle ore 20.00 (dal lunedì al giovedì) la email deve essere comunque inviata subito, per consentire al nostro personale di organizzarsi per l'indomani mattina per un ritiro in urgenza con consegna tale da rispettare le 24 ore dall'ora del prelievo.

Quindi il servizio è disponibile a patto siamo avvisati via email e siamo messi in condizione di agire negli orari lavorativi.

#### **Soluzione festivi e weekend:**

La Regione Veneto ha stipulato un accordo con il corriere PHSE e si farà carico dei costi relativi alla reperibilità dei festivi e weekend.

#### **5. CONTATTI PHSE**

Contatti email:

[operations.it@phse.com](mailto:operations.it@phse.com)

[cs.it@phse.com](mailto:cs.it@phse.com)

Contatti telefonici da usare NON per le richieste ritiro che NON saranno accettate via telefono:

+39 0331 1539430 (dalle 8 alle 19 dal lunedì al venerdì)

Eventuali contatti per reperibilità da fornire in seguito ad accordi.



PHSE srl POI\_GS001

**MODULO: RICHIESTA DI APERTURA ANAGRAFICA NUOVO CLIENTE**

Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

P. Iva \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ R.I. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Indirizzo Internet \_\_\_\_\_

Persona da contattare \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Banca:

Abi: \_\_\_\_\_ Descrizione Banca: \_\_\_\_\_

Cab: \_\_\_\_\_ Descrizione Sportello: \_\_\_\_\_

Iban: \_\_\_\_\_

**Destinazione fattura (se diversa)**

Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail di invio fattura tramite PEC \_\_\_\_\_

Selezionare la Categoria di appartenenza (o più Categorie) :

Farmaceutica  Pubblica Amministrazione  CRO  Ente

Industria (settore) \_\_\_\_\_

Privato  Altro (specificare) \_\_\_\_\_

*Il trattamento dei dati è regolato nel rispetto del D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003*

**N.B.: da inviare VIA FAX A 081/8738518 o VIA E-MAIL A [accounting.it@phse.com](mailto:accounting.it@phse.com)**

Seguirà ns. Riscontro

PHSE

Firma Cliente

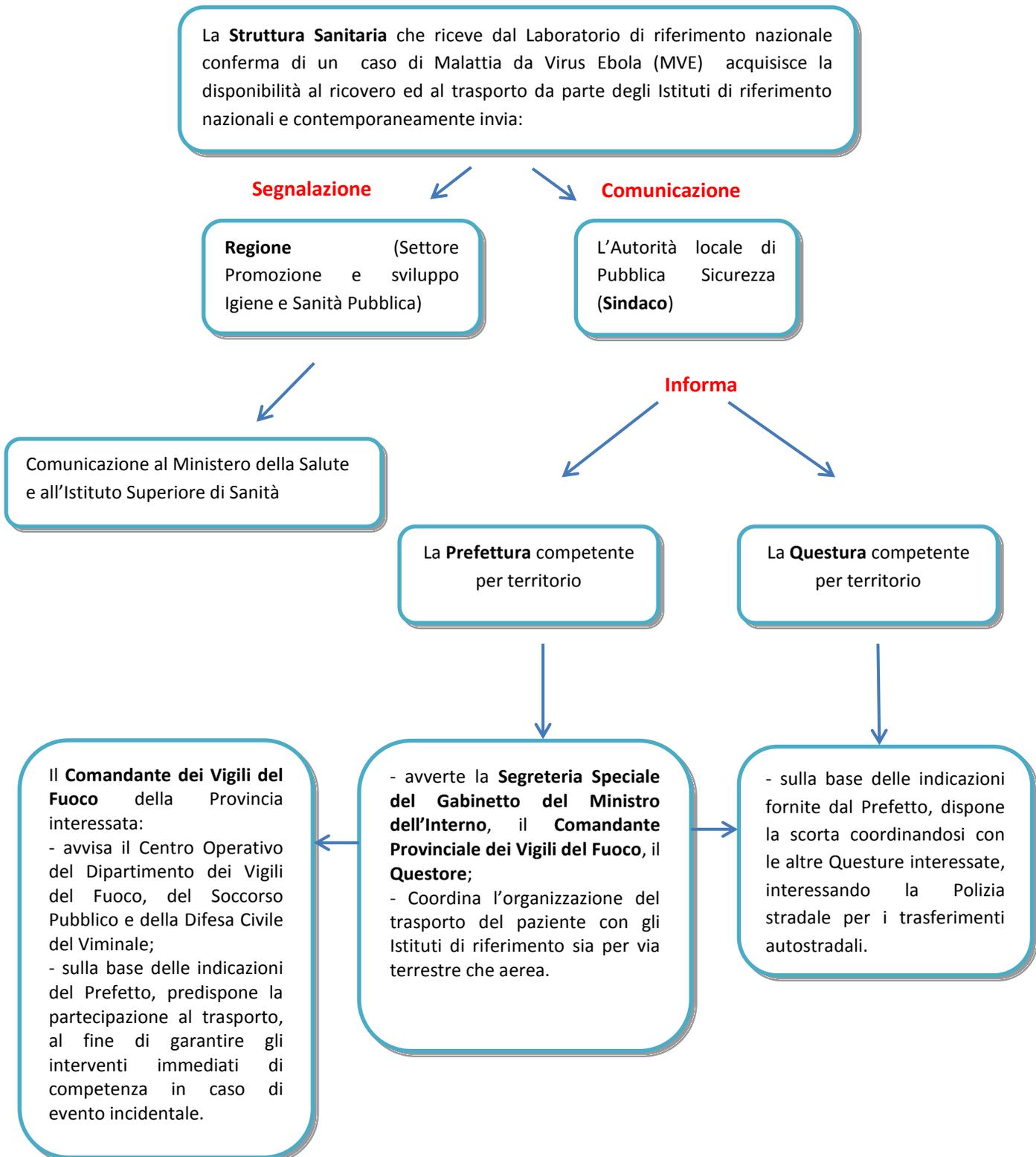
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 11. TRASPORTO DEL CASO CONFERMATO

Decreto Ministeriale del 23.11.2010 “Procedure nazionale di per il trasporto di pazienti in alto biocontenimento”

Allegato 1. Diagramma di flusso



## **Competenze degli altri organismi:**

### **Il Gabinetto del Ministero dell'Interno – Segreteria Speciale:**

- è costantemente informato della situazione dal centro Situazioni del Dipartimento della Pubblica Sicurezza e dal Centro Operativo del Dipartimento dei Vigili del fuoco, del Soccorso Pubblico e della Difesa Civile del Viminale;
- informa il Ministero degli Esteri-Unità di Crisi, se il paziente è un cittadino straniero;
- informa il Dipartimento della Protezione Civile.

### **La Presidenza del Consiglio dei Ministri – Ufficio Voli di Stato, lo Stato Maggiore dell'aeronautica, Sala Situazioni:**

- scambiano le informazioni necessarie al Trasporto aereo del Paziente;
- l'Ufficio Voli di Stato della Presidenza del Consiglio dei Ministri o l'Aeronautica Militare III Reparto Sala Situazioni è responsabile della decisione di effettuare il volo;
- i sanitari delle due strutture di partenza e destinazione sono responsabili per la decisione sanitaria di effettuare il trasporto in alto biocontenimento.

### **Gli ospedali di riferimento:**

- operano in collegamento con la Prefettura competente per territorio e con il Ministero della Salute;
- forniscono mezzi e personale per il trasporto terrestre e aereo;
- collaborano con lo staff medico dell'Aeronautica Militare per il trasbordo del paziente.

### **Le Prefetture dove insistono gli ospedali di destinazione:**

- valutano la situazione, assumono le decisioni e, nel caso di trasporto aereo, ne coordinano l'organizzazione con la Questura e il Comando Provinciale dei Vigili del Fuoco; avvisano il Sindaco e prendono contatto con il Direttore dell'Aeroporto di destinazione.
- il Prefetto si mantiene in costante contatto con il gabinetto del Ministero dell'Interno – Segreteria Speciale e con l'Ospedale di destinazione.

## 12. INFORMAZIONE ALLA POPOLAZIONE

### Domande e risposte più frequenti sulla malattia da virus Ebola

#### Che cos'è la malattia da virus Ebola?

La malattia da virus Ebola (EVD), precedentemente nota come febbre emorragica da virus Ebola, è una malattia grave, spesso fatale, con un tasso di mortalità fino al 90 %. La malattia colpisce gli uomini e i primati (scimmie, gorilla, scimpanzé).

L'Ebola è apparsa la prima volta nel 1976 in due focolai contemporanei: in un villaggio nei pressi del fiume Ebola nella Repubblica Democratica del Congo, e in una zona remota del Sudan.

L'origine del virus non è nota, ma i pipistrelli della frutta (Pteropodidae), sulla base delle evidenze disponibili, sono considerati i probabili ospiti del virus Ebola.

#### Come si infettano le persone?

L'Ebola si trasmette nella popolazione umana attraverso lo stretto contatto con sangue, secrezioni, tessuti, organi o fluidi corporei di animali infetti. In Africa, l'infezione è avvenuta attraverso la manipolazione degli scimpanzé, gorilla, pipistrelli della frutta, scimmie, antilopi di foresta e isticri infetti trovati malati o morti o catturati nella foresta pluviale. Nelle zone a rischio (foresta pluviale dell'Africa Sub-sahariana) è importante ridurre il contatto con gli animali ad alto rischio, quali pipistrelli della frutta, scimmie e primati, non raccogliere animali morti trovati nelle foreste o manipolare la loro carne cruda.

Una volta che una persona sia entrata in contatto con un animale infetto da virus Ebola e abbia contratto l'infezione, questa può diffondersi all'interno della comunità da persona a persona. L'infezione avviene per contatto diretto (attraverso ferite della pelle o mucose) con il sangue o altri fluidi corporei o secrezioni (feci, urine, saliva, sperma) di persone infette. L'infezione può verificarsi anche in caso di ferite della pelle o delle mucose di una persona sana che entra in contatto con oggetti contaminati da fluidi infetti di un paziente con Ebola, quali vestiti e biancheria da letto sporchi dei fluidi infetti o aghi usati.

Gli operatori sanitari sono stati spesso i più esposti al virus durante la cura dei pazienti con Ebola. Questo accade perché, in particolare nelle prime fasi di un'epidemia, non indossano dispositivi di protezione individuale (ad esempio i guanti) quando assistono i pazienti. Gli operatori sanitari di tutti i livelli del sistema sanitario - ospedali, cliniche e centri sanitari - delle aree a rischio dovrebbero essere informati, prima possibile, sulla natura della malattia, sulle modalità di trasmissione e seguire rigorosamente le precauzioni raccomandate per prevenire l'infezione.

Possono svolgere un ruolo nella trasmissione di Ebola anche le cerimonie funebri in cui le persone hanno contatti diretti con il corpo del defunto. Le persone decedute per Ebola, infatti, devono essere maneggiate con indumenti protettivi e guanti ed essere sepolte immediatamente.

Le persone sono contagiose fino a quando il sangue e le secrezioni contengono il virus. Per questo motivo, per evitare di infettare chiunque altro nella comunità, i pazienti infetti devono essere attentamente monitorati dai medici e sottoposti a test di laboratorio, per garantire che il virus non sia più in circolo, prima del loro ritorno a casa. Gli uomini, guariti dalla malattia, possono ancora trasmettere il virus a partner attraverso lo sperma, per un massimo di sette settimane dopo la guarigione. Per questo motivo è importante per gli uomini evitare rapporti sessuali per almeno sette settimane dopo la guarigione oppure indossare il preservativo nei rapporti sessuali durante le sette settimane dopo la guarigione.

#### Chi è più a rischio ?

Durante un'epidemia le persone a più alto rischio di infezione sono:

- operatori sanitari
- familiari o altre persone a stretto contatto con persone infette
- persone che hanno contatto diretto con i corpi dei defunti, nelle cerimonie funebri
- cacciatori nella foresta pluviale che entrano in contatto con animali trovati morti nella foresta.

Sono necessarie altre ricerche per capire se alcuni gruppi, come le persone immunocompromesse o persone con altre patologie di base, siano più suscettibili di altri a contrarre l'infezione.

L'esposizione al virus può essere controllata attraverso l'uso di misure protettive in strutture sanitarie e ospedali, nei raduni di comunità e nelle abitazioni.

### **Come non si trasmette il rischio di infezione da virus Ebola?**

Anche per chi abita o ha viaggiato nelle zone colpite il rischio di infezione da virus Ebola è estremamente basso a meno che vi sia stata esposizione diretta ai liquidi corporei di una persona o di un animale contagiato, vivo o morto.

Un contatto casuale in luoghi pubblici con persone che non mostrano segni di malattia non trasmette Ebola. Non si può contrarre la malattia maneggiando denaro o prodotti alimentari o nuotando in piscina. Le zanzare non trasmettono il virus Ebola.

### **Quanto è resistente il virus EBOLA?**

Il virus Ebola 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.

### **Quali sono i segni e sintomi tipici di infezione?**

Comparsa improvvisa di febbre, intensa debolezza, dolori muscolari, mal di testa e mal di gola sono i segni e sintomi tipici, seguiti da vomito, diarrea, esantema, insufficienza renale ed epatica e, in alcuni casi, emorragia sia interna che esterna.

Gli esami di laboratorio includono globuli bianchi e piastrine bassi ed aumento degli enzimi epatici.

Il periodo di incubazione o l'intervallo di tempo dall'infezione alla comparsa dei sintomi è tra i 2 e i 21 giorni. Il paziente diventa contagioso quando comincia a manifestare sintomi, non è contagioso durante il periodo di incubazione.

L'infezione da malattia da virus Ebola può essere confermata solo attraverso test di laboratorio.

### **Quando si dovrebbe cercare assistenza sanitaria?**

Se una persona si trova in aree dove è noto ci sia la malattia da virus Ebola o ha avuto contatti con un caso confermato in laboratorio o un soggetto con quadro clinico fortemente sospetto di malattia da virus Ebola e comincia a presentare sintomi della malattia dovrebbe immediatamente richiedere assistenza sanitaria.

Eventuali casi sospetti devono essere segnalati dal centro medico all'unità sanitaria più vicina senza indugio. Cure mediche immediate sono essenziali per aumentare il tasso di sopravvivenza dalla malattia. Le cure mediche sono importanti anche per controllare la diffusione della malattia ed avviare immediatamente le procedure di controllo dell'infezione.

### **Qual è il trattamento?**

I pazienti gravemente malati necessitano di terapia intensiva, sono spesso disidratati e hanno bisogno di liquidi per via endovenosa o di reidratazione orale con soluzioni contenenti elettroliti. Attualmente non esiste un trattamento specifico per curare la malattia.

Alcuni pazienti con terapie mediche appropriate guariscono.

Per aiutare a controllare l'ulteriore diffusione del virus, i casi sospetti o confermati devono essere isolati dagli altri pazienti e trattati da operatori sanitari che attuino rigorose precauzioni per il controllo delle infezioni.

### **L'infezione può essere prevenuta?**

Attualmente non esiste un vaccino autorizzato per la malattia da virus Ebola. Diversi vaccini sono in fase di sperimentazione, ma nessuno è disponibile per uso clinico in questo momento.

Per ridurre il numero dei casi e i decessi è fondamentale accrescere la consapevolezza dei fattori di rischio e adottare le misure di prevenzione.

### **Modalità per prevenire l'infezione da virus Ebola**

Mentre i casi iniziali di malattia da virus Ebola sono stati contratti manipolando animali o carcasse infetti, i casi secondari si sono verificati attraverso il contatto diretto con i fluidi corporei di una persona malata, durante la cura dei casi a rischio o durante pratiche di sepoltura non sicure. **Nel corso di questa ultima epidemia in Africa occidentale, la maggior parte dei casi di malattia si è diffusa attraverso la trasmissione da persona a persona.** Diverse misure possono essere adottate per prevenire l'infezione, limitare o interrompere la trasmissione:

- Comprendere la natura della malattia, come si trasmette e come evitare che si diffonda ulteriormente
- Ridurre il contatto con animali infetti ad alto rischio (quali pipistrelli della frutta, scimmie e primati) nelle aree di foresta pluviale colpite
- Cuocere accuratamente i prodotti di origine animale (sangue e carne) prima di mangiarli
- Indossare guanti e utilizzare dispositivi di protezione individuale, durante la cura di persone malate
- Lavare regolarmente le mani dopo aver visitato i pazienti in ospedale o dopo essersi presi cura di qualcuno a casa.
- Seppellire immediatamente le persone decedute per Ebola, manipolando le salme con dispositivi di protezione.

### **Come proteggere gli operatori sanitari dal rischio elevato nella cura dei pazienti malati?**

Gli operatori sanitari che trattano pazienti con malattia sospetta o confermata sono a più alto rischio di infezione rispetto agli altri gruppi.

In aggiunta alle precauzioni standard di assistenza sanitaria gli operatori devono:

- applicare rigorosamente le misure raccomandate per il controllo delle infezioni ed evitare l'esposizione a sangue infetto, fluidi o ambienti o oggetti contaminati, come la biancheria sporca dei liquidi biologici di un paziente o gli aghi usati
- utilizzare dispositivi di protezione individuale come camici monouso, guanti, maschere e occhiali o visiere
- non riutilizzare i dispositivi di protezione o indumenti a meno che non siano stati correttamente disinfettati
- cambiare i guanti dopo ogni operazione di assistenza ad un caso sospetto/confermato di Ebola
- effettuare procedure invasive che possono esporre medici, infermieri ed altri all'infezione nel rispetto di rigorose condizioni di sicurezza
- tenere separati i pazienti infetti dagli altri pazienti e dalle persone sane.

### **Ci sono cibi che possono prevenire o curare l'infezione?**

No, queste voci sono infondate.

L'OMS raccomanda vivamente alle persone di ricercare nei confronti della malattia da virus Ebola consigli preventivi credibili rilasciati dalle autorità di sanità pubblica.

Poiché non vi è alcun farmaco specifico contro l'Ebola, il miglior trattamento è il supporto intensivo fornito in ospedale da operatori sanitari che attuino severe procedure di controllo delle infezioni. L'infezione può essere controllata attraverso le misure di protezione raccomandate.

### **Cosa fa l'OMS per proteggere la salute pubblica durante le epidemie?**

L'OMS fornisce consulenza tecnica ai Paesi e alle comunità per la preparazione e la risposta alle epidemie di Ebola.

Le azioni includono:

- sorveglianza delle malattie e condivisione delle informazioni tra i Paesi sui focolai epidemici
- assistenza tecnica per studiare e contenere le minacce per la salute quando si presentano - come l'assistenza sul posto, per identificare le persone malate e tracciare modelli di malattia
- consigli su scelte di prevenzione e di trattamento
- invio di esperti e distribuzione di materiale sanitario (come dispositivi di protezione individuale per gli operatori sanitari), quando richiesti dal Paese

- comunicazioni per aumentare la consapevolezza della natura della malattia e le misure sanitarie di protezione per controllare la trasmissione del virus
- attivazione di reti di esperti, a livello continentale e globale, per fornire assistenza, se richiesta, e mitigare i potenziali effetti sulla salute, nonché informazioni su modalità di viaggi e commerci.

### **Perché, durante un'epidemia, il numero di casi segnalati può variare?**

Durante un'epidemia di Ebola, le autorità sanitarie pubbliche del Paese colpito riportano i numeri di casi di malattia e dei decessi. Le cifre possono cambiare ogni giorno. Il numero di casi riflette sia i casi sospetti che i casi di Ebola confermati in laboratorio. A volte il numero di casi sospetti e confermati sono riportati insieme mentre a volte sono riportati separatamente. Per questo numeri possono oscillare tra casi sospetti, casi confermati, casi successivamente esclusi dagli esami di laboratorio.

È generalmente più utile, per valutare la situazione della salute pubblica e determinare la risposta appropriata, analizzare l'andamento dei casi nel corso del tempo, anche alla luce delle informazioni aggiuntive che man mano si acquisiscono.

### **È sicuro viaggiare durante un'epidemia? Cosa consiglia l'OMS?**

Nel corso di un focolaio, l'OMS esamina regolarmente la situazione sanitaria pubblica e raccomanda restrizioni di viaggio o rotte commerciali, se necessario. Al momento, tali misure non sono raccomandate.

Il rischio di infezione per i viaggiatori è molto basso in quanto la trasmissione da persona a persona avviene per contatto diretto con i fluidi corporei o secrezioni di un paziente infetto.

I consigli dell'OMS sui viaggi in generale:

- I viaggiatori dovrebbero evitare ogni contatto con pazienti infetti
- Gli operatori sanitari che viaggiano verso aree colpite dovrebbero seguire rigorosamente le indicazioni sul controllo delle infezioni raccomandate dall'OMS
- Chiunque abbia soggiornato in aree dove i casi sono stati recentemente segnalati dovrebbe essere consapevole dei sintomi dell'infezione e consultare un medico al primo segno di malattia
- I medici che si occupano di viaggiatori di ritorno dalle zone colpite, con sintomi compatibili sono invitati a considerare la possibilità di malattia da virus Ebola

I consigli dell'OMS ai viaggiatori nell'attuale situazione dell'epidemia di Ebola in Africa, dichiarata Emergenza di sanità pubblica di rilievo internazionale, sono riassunti nei **pieghevoli** diffusi dal Ministero della Salute l'8 agosto 2014.

Al riguardo, il Ministero della Salute, anche se l'OMS continua a non prevedere alcuna restrizione di viaggi e movimenti internazionali verso le aree affette e da queste, ritiene opportuno consigliare ai cittadini italiani il differimento di viaggi non urgenti e indispensabili verso i Paesi interessati da epidemie di EVD.

E' bene sapere, inoltre, che l'OMS raccomanda alle autorità dei Paesi africani colpiti dall'epidemia **screening in uscita** dei viaggiatori internazionali in aeroporti, porti e principali attraversamenti terrestri, per individuare malattie febbrili non spiegate compatibili con infezione da Ebola. Lo screening viene fatto mediante la somministrazione di un questionario e la misurazione della temperatura. In caso di febbre, se la valutazione del rischio che la febbre possa essere causata da EVD è affermativo, il viaggio viene impedito. Al momento, non sono invece raccomandati screening in ingresso in quei Paesi.

### **Cosa consiglia l'ECDC sui viaggi verso paesi come la Guinea e la Liberia, dove è attivo il focolaio Ebola?**

Consigli del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC)

#### **Consigli ai viaggiatori in arrivo in Guinea o Liberia**

Il rischio di esposizione al virus Ebola è estremamente basso. Le seguenti misure preventive dovrebbero eliminare il rischio di contagio:

- evitate 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
- evitate la vicinanza di animali selvatici e non consumate selvaggina
- evitate i rapporti sessuali non protetti.

### **Consigli ai viaggiatori che provengono da Guinea o Liberia**

Il rischio che siate stati esposti al virus Ebola è estremamente basso. Tuttavia:

se nel giro di alcune settimane dopo il soggiorno in una zona tropicale compaiono febbre, spossatezza immotivata, diarrea o altri sintomi gravi:

- chiedete subito assistenza medica e indicate i luoghi visitati, in quanto il vostro stato può dipendere da un'infezione, quale la malaria, che impone accertamenti e cure urgenti

Se siete stati esposti direttamente a liquidi corporei provenienti da una persona o un animale contagiato, vivo o morto, compresi i contatti sessuali non protetti con pazienti guariti:

- chiedete subito assistenza medica e indicate i luoghi visitati
- contattate la struttura medica per telefono prima di recarvi, per consentire al personale medico di utilizzare gli opportuni dispositivi di protezione al vostro arrivo.

### **Qual è la situazione in Italia e quali misure sono state prese?**

Per le misure messe in atto da mesi e rafforzate nell'ultimo periodo, il nostro Paese è attrezzato per valutare e individuare ogni eventuale rischio di importazione della malattia da virus Ebola e contenerne la diffusione.

Negli ultimi due mesi sono stati segnalati casi sospetti di MVE da diverse regioni, in base ai criteri indicati da OMS ed ECDC, quali l'insorgenza di alcuni sintomi e la provenienza geografica da aree affette. Tutti questi casi sono poi risultati negativi ai test di laboratorio per virus Ebola.

In tutti i casi segnalati, sospetti di Ebola, sono state attivate tutte le procedure previste dalle circolari emanate da questo Ministero, in linea con le indicazioni internazionali e recepite a livello regionale, tra le quali l'invio di campioni biologici all'INMI Spallanzani di Roma per le prescritte analisi di laboratorio.

La segnalazione di casi sospetti di Malattia da virus Ebola, sulla base di criteri epidemiologici e clinici, testimonia l'efficienza del sistema di sorveglianza delle malattie infettive nel nostro Paese.

Le su citate procedure mirano alla tutela, oltre che del personale sanitario che pratica l'assistenza diretta al paziente, della collettività e alla migliore gestione clinica del caso, con criteri di sicurezza ambientale, nonché alla sorveglianza di eventuali contatti.

Il Ministero della Salute italiano ha dato per tempo, e continua ad aggiornare in tempo reale, disposizioni per il rafforzamento delle misure di sorveglianza nei punti di ingresso internazionali (porti e aeroporti presidiati dagli Uffici di Sanità Marittima, Aerea e di Frontiera – USMAF) e sono state date indicazioni affinché il rilascio della libera pratica sanitaria alle navi che nei 21 giorni precedenti abbiano toccato uno dei porti dei Paesi colpiti avvenga solo dopo verifica, da parte dell'USMAF, della situazione sanitaria a bordo. Per ciò che concerne gli aeromobili è stata richiamata la necessità della immediata segnalazione di casi sospetti a bordo per consentire il dirottamento dell'aereo su uno degli aeroporti sanitari italiani designati ai sensi del Regolamento Sanitario Internazionale 2005.

Pur in presenza di un rischio remoto di importazione dell'infezione, va in proposito ricordato che l'Italia, a differenza di altri Paesi Europei, non ha collegamenti aerei diretti con i Paesi affetti e che altri paesi europei stanno implementando misure di sorveglianza negli aeroporti.

Riguardo le condizioni degli immigrati irregolari provenienti dalle coste africane via mare, la durata di questi viaggi fa sì che persone che si fossero eventualmente imbarcate mentre la malattia era in incubazione manifesterebbero i sintomi durante la navigazione e sarebbero, a prescindere dalla provenienza, valutati per lo stato sanitario prima dello sbarco, come sta avvenendo attraverso l'operazione Mare Nostrum.

Consulta **note e circolari** nella sezione malattie infettive ([www.salute.gov.it/ebola](http://www.salute.gov.it/ebola)).

### **Quali sono i Paesi colpiti dall'epidemia di Malattia da virus Ebola?**

Le comunicazioni fornite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) informano che i Paesi dell'Africa occidentale affetti dall'epidemia di Malattia da virus Ebola (EVD) sono al 25 ottobre 2014:

#### **Trasmissione diffusa e intensa**

- Guinea (Conakry)
- Liberia
- Sierra Leone

### **Caso/casi iniziali e trasmissione localizzata**

- Spagna
- Stati Uniti d'America
- Mali

Il 17 ottobre l'Oms dichiara il Senegal "Paese libero da Ebola". Perché un Paese possa essere dichiarato "libero" dall'Oms, devono essere trascorsi 42 giorni in cui tutte le persone entrate in contatto con il portatore iniziale o con qualcuno a lui vicino, non hanno sviluppato la malattia. Questo intervallo temporale equivale al doppio del periodo di incubazione del virus dell'Ebola.

Il 20 ottobre anche la Nigeria è stata dichiarata dall'OMS "Paese libero da Ebola".

Al 25 ottobre 2014 sono stati notificati 10.120 casi (confermati, probabili e sospetti) di malattia da virus Ebola in 8 paesi (Guinea, Liberia, Sierra Leone, Nigeria, Senegal, Spagna, Mali e Stati Uniti d'America) e 4.914 decessi (vedi report OMS 25 ottobre 2014).

Si ricorda che l'8 agosto il Direttore Generale dell'OMS ha dichiarato, sulla base del parere fornito dal Comitato di Emergenza del Regolamento Sanitario Internazionale appositamente convocato, che l'epidemia di Malattia da virus Ebola (EVD) in corso in Africa Occidentale costituisce una emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale (Public Health Emergency of International Concern - PHEIC) e rappresenta un rischio per la sanità pubblica di altri Stati che potrebbero essere interessati dalla diffusione internazionale della malattia. E ha diffuso una serie di raccomandazioni agli stati membri.

Segui i comunicati sulla situazione internazionale in Eventi epidemici all'estero.

Consulta in sito (in inglese) dell'OMS.

### **Dove posso trovare gli aggiornamenti sulla situazione internazionale, in quali Paesi ci sono focolai, il numero dei casi?**

Tutti gli aggiornamenti sulla situazione internazionale sono presenti nella sezione "Avvisi di sicurezza – Eventi epidemici all'estero".

### **Sono stati registrati casi di malattia da virus Ebola in Italia?**

No. Tutti i casi sospetti sul territorio italiano sono risultati negativi agli esami.

### **Quali sono le procedure nazionali per gestire un caso di Ebola da parte degli operatori sanitari?**

Il Ministero della Salute ha diffuso il 1 ottobre agli operatori sanitari la circolare con il Protocollo centrale per la gestione dei casi e dei contatti sul territorio nazionale (poi aggiornata il 6 ottobre) che indica le procedure per la gestione dei casi sospetti, probabili e confermati di malattia da virus Ebola.

Il protocollo illustra la classificazione dei casi, la valutazione iniziale, la presa in carico dei casi sospetti e l'eventuale trasporto ai centri di riferimento in grado di gestire il paziente e sottoporlo ad esami di laboratorio. L'obiettivo delle indicazioni è 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 e ai visitatori.

Definisce inoltre la gestione dei casi confermati, le misure da adottare nei confronti dei contatti e per la riduzione del rischio di trasmissione.

Consulta la documentazione in [www.salute.gov.it/ebola](http://www.salute.gov.it/ebola)

## 13.PIANO PORTI E AEREOPORTI

### PROTOCOLLO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE SANITARIE PRESSO L' AEROPORTO DI VENEZIA.

#### Premessa

Tutti gli aeromobili con provenienza extraeuropea possono atterrare negli aeroporti autorizzati ( la cui lista è disponibile sul sito AIP Italia) sulla base del preavviso inviato dall'Enac al Ministero della Salute.

L'aeroporto Marco Polo di Venezia è stato designato dal Ministero della Salute come aeroporto autorizzato ( v. nota del Min. della Salute -Dipartimento della Sanità pubblica e dell'Innovazione Direzione Generale della Prevenzione- n° 942 del 11/01/2013).

I voli in arrivo allo scalo di Venezia, provenienti da Paesi o zone endemiche per malattie infettive coincidenti per la presente applicazione alle aree di sviluppo endemico della malaria, se non vi sono segnalazioni da parte del Comandante di casi di malattia infettiva a bordo, sono regolamentati dalla IOL (istruzione operativa interna dell'Usmaf di Trieste) allegata al presente protocollo ( v. all. 1).

A seguito dell'insorgere, in determinati Paesi, di un evento che possa rappresentare un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale, l'autorizzazione dei succitati voli sugli aeroporti autorizzati (non sanitari), può essere revocata dall'Enac (circolare Enac Eal 10/A p. 5). In tutti i casi in cui vi sia un rischio di diffusione di malattie trasmissibili da particolari aree geografiche, il Ministero della Salute – Direzione Generale della Prevenzione- può chiedere l'implementazione di misure di sanità pubblica e/o il dirottamento del traffico aereo su aeroporti designati come sanitari ( v. circ.Enac Eal 10/A p.5.1).

#### Introduzione

Il presente documento costituisce un protocollo d'intesa tra Usmaf di Trieste, ENAC ,ENAV, SAVE Società di gestione dell'Aeroporto di Venezia e l'Azienda sanitaria competente territorialmente ed è stato condiviso con la Prefettura di Venezia e la Polizia di Stato. Viene realizzato al fine di conoscere ed affrontare in modo tempestivo le segnalazioni di casi di malattia infettiva che possano rappresentare un rischio per la salute pubblica ed è strutturato tenendo conto della carenza di un presidio fisso di personale dell'Usmaf presso lo scalo di Venezia. Interessa i voli in arrivo nello scalo di Venezia provenienti da Paesi extraeuropei, nel caso in cui, nonostante quanto previsto in premessa, venga comunicata la presenza a bordo di un caso, anche solo sospetto, di malattia infettiva tra i passeggeri o i membri dell'equipaggio e non si sia contestualmente provveduto al dirottamento dell'aereo su aeroporti sanitari. Si applica inoltre nel caso di segnalazione di malattia infettiva occorsa durante un volo comunitario e in occasione di altre emergenze sanitarie che richiedano di garantire flussi informativi celeri e dettagliati ed una risposta sanitaria rapida e precisa (ad esempio passeggeri provenienti da altri Paesi, anche comunitari, da sottoporre a sorveglianza sanitaria attiva in seguito a disposizioni del Min. della Salute).

#### Procedura

Considerato quanto riportato nella parte introduttiva circa l'obbligo che tutti i voli provenienti da zone endemiche che possono richiedere azioni di prevenzione immediate siano dirottati su aeroporti presidiati durante l'intera giornata da personale del Ministero della Salute (aeroporti sanitari: Roma Ciampino, Roma Fiumicino, Milano Linate, Milano Malpensa), tuttavia nel caso avvenga, presso l'aeroporto di Venezia, un atterraggio di aeromobile, sia di provenienza europea che extraeuropea, anche già autorizzato, o in atterraggio di emergenza, con passeggeri e/o membri dell'equipaggio a bordo che presentano sintomi riconducibili ad una malattia infettiva ( vedi allegato 2):

- il Comandante deve con celerità allertare la Torre di Controllo (ENAV)
- ENAV provvede ad avvisare tramite il Coordinamento di Scalo il Responsabile di Scalo SAVE
- Il Responsabile di scalo deve, con immediatezza, dare comunicazione dell'accaduto all'Usmaf di Trieste, sede di Venezia; informa altresì ENAC, SSA, Polizia di Stato; Vettore, Società di Handling.

- non appena ne viene in possesso e comunque prima dello sbarco dei passeggeri deve inoltrare via fax o mail all'Usmaf la Dichiarazione Generale di aeromobile - parte sanitaria - completa delle informazioni relative al numero delle persone malate, alla loro sistemazione all'interno del velivolo, alla sintomatologia ed all'ora di insorgenza dei sintomi.
- Il vettore deve mantenere a disposizione dell'Usmaf l'elenco dei passeggeri e dei membri dell'equipaggio con tutti i riferimenti (indirizzi e numeri telefonici) necessari per poter comunicare rapidamente con gli stessi.
- Il medico dell'Usmaf, contattato in orario d'ufficio dal personale del gestore aeroportuale o rintracciato telefonicamente dal personale tecnico reperibile dell'Usmaf nei giorni festivi e prefestivi, valuta la necessità e la possibilità di intervento in loco.
- Il medico dell'Usmaf, coordinatore e responsabile della gestione dell'emergenza, interviene presso la sede aeroportuale o, in caso di impossibilità ad intervenire in tempi utili, delega a svolgere le azioni di prevenzione il personale medico del Servizio Sanitario Aeroportuale (SSA), comunicando la decisione di delega al Responsabile di Scalo SAVE.
- Il medico dell'Usmaf e/o il personale medico del SSA intervengono, dopo aver indossato tutti i dispositivi di sicurezza e prima dello sbarco dei passeggeri, a bordo dell'aeromobile per sottoporre ad accertamenti clinico-anamnestici il caso, i contatti ed il personale di bordo.
- Il personale sanitario intervenuto a bordo dell'aeromobile raccoglie tutte le informazioni utili, conclude il primo approccio diagnostico e pianifica, condividendole con il personale dell'Ufficio di Sanità Marittima ed Aerea se non presente, le azioni successive.
- Il medico intervenuto potrà autorizzare lo sbarco regolare dei passeggeri e delle merci oppure comunicherà la necessità di utilizzare, per esigenze di profilassi internazionale, i locali del canale sanitario, comunicandone l'attivazione al Responsabile di Scalo.
- lo stesso medico darà infine disposizioni al Responsabile di Scalo sulle modalità di sbarco dei passeggeri, affinché questo avvenga senza rischi per l'utenza e per gli operatori aeroportuali.

In presenza di casi di malattia infettiva anche solo sospetta, di ordinanze o di altre disposizioni comunicate da Autorità sanitarie nazionali o internazionali, il medico dell'Usmaf e/o il medico delegato aeroportuale potranno trattenere i passeggeri e l'equipaggio nei locali filtro dell'aeroporto (canale sanitario) per procedere alla valutazione clinico/epidemiologica degli stessi. Nel caso che la sorveglianza sanitaria attiva sia prevista anche in un momento successivo allo sbarco, il medico dell'Usmaf darà comunicazione al medico del Dipartimento di Prevenzione delle Asl territorialmente competenti per la gestione dei contatti del caso. La gestione dei contatti, qualora avvenga in collaborazione con il personale dei Dipartimenti di Prevenzione, deve prevedere l'aggiornamento continuativo della situazione sanitaria mediante l'invio di informazioni all'Usmaf di TS-U.T. Venezia. I flussi informativi devono essere garantiti anche in occasione di un ricovero immediato del caso presso una struttura ospedaliera.

Le azioni di prevenzione da realizzarsi a seguito di particolari disposizioni del Ministero della Salute (disposizioni restrittive per il transito di passeggeri, altre disposizioni relative a passeggeri provenienti da Paesi soggetti ad ordinanze internazionali, ecc) sono coordinate dall'Usmaf, che potrà avere la collaborazione, secondo quanto previsto da accordi intercorsi tra i vari Enti, del personale dell'Azienda Sanitaria Aulss 12 Veneziana e del Punto di Primo Soccorso aeroportuale (SSA).

#### **Esiti dell'intervento del medico a bordo e attivazione del canale sanitario**

- Qualora il medico intervenuto a bordo riscontri la conferma del "caso di malattia infettiva" (medico dell'Usmaf o medico del SSA, delegato nell'occasione dal medico dell'Usmaf), comunica immediatamente la conferma al Comandante dell'aeromobile, al Responsabile di Scalo ed alla Centrale Operativa del 118 nel caso di necessità di trasferimento del soggetto al presidio ospedaliero e informa il Responsabile di Scalo sull'eventuale attivazione del canale sanitario.

- In quest'ultimo caso dà le informazioni necessarie al Responsabile di Scalo affinché, successivamente, quest'ultimo possa dare disposizioni sullo sbarco dei possibili contatti e sull'invio degli stessi presso il canale sanitario ove saranno registrati, intervistati per la raccolta dell'anamnesi e visitati per individuare e valutare la sintomatologia eventualmente presente.
- Il medico dell'Usmaf (in collaborazione con il medico del SSA, se delegato ad intervenire) presa visione della General Declaration redatta dal Comandante e acquisita la Locator Card dei contatti, sulla base dei primi accertamenti effettuati, comunicherà al Responsabile di Scalo le eventuali azioni di prevenzione da intraprendere e darà disposizioni sulla fruizione dei percorsi d'uscita dall'aerostazione.

### **Gestione del passeggero affetto da malattia infettiva sbarcato nell'aeroporto e sottoposto a ricovero ospedaliero**

Il passeggero che necessita di ricovero ospedaliero sarà trasferito dal personale del 118 che interviene, su segnalazione del medico Usmaf o del medico del SSA delegato, sottobordo o presso il canale sanitario. Il personale del 118 dell'Azienda sanitaria Ulss 12 provvederà che il trasferimento avvenga attraverso percorsi facilitati (già previsti dal Gestore aeroportuale), senza rischi per l'utenza e per gli operatori aeroportuali.

N.B. in casi particolari (ad esempio in presenza di un caso sospetto o probabile di malattie gravi, ad elevata trasmissibilità e di rilevanza internazionale come le febbri emorragiche) è possibile l'intervento immediato del 118 a bordo dell'aeromobile, con l'attuazione delle procedure previste da protocolli nazionali e/o regionali vigenti relativi alla malattia infettiva sospettata.

### **Gestione del passeggero affetto da malattia infettiva, sbarcato nell'aeroporto e non sottoposto a ricovero ospedaliero.**

Nel caso di passeggeri o membri di equipaggio di aeromobili già sbarcati e riconosciuti solo in tempi successivi affetti da malattia infettiva (e che soggiornano presso abitazioni private o strutture ricettive), il medico che ha ricevuto la notifica di malattia infettiva, deve dare immediata comunicazione all'Usmaf. Il personale medico dell'Usmaf deve acquisire dalla Società di gestione aeroportuale e/o dalle Compagnie di volo la lista dei passeggeri e dare immediata comunicazione al personale sanitario del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria territorialmente competente per garantire la rapida realizzazione delle successive azioni di prevenzione.

### **Altre azioni previste nel caso di conferma di malattia infettiva**

Una volta sbarcati i passeggeri ed i membri dell'equipaggio, qualora l'Usmaf ne ravveda la necessità, il gestore e/o il vettore, a seconda dei contratti esistenti, dovranno procedere alla bonifica dell'aeromobile, delle merci e, se necessario, dei bagagli trasportati, che pertanto potranno essere messi a disposizione dei passeggeri solo dopo il completamento di queste operazioni.

Il medico dell'Usmaf con la collaborazione del medico del SSA, se intervenuto, coordinerà la procedura di fine emergenza. Inoltre i medici dell'Usmaf e del SSA provvederanno, rispettivamente per il proprio personale, al reintegro dei DPI usati e ad inoltrare al medico competente dello scalo la comunicazione sull'eventuale esposizione a rischio di operatori aeroportuali (personale pulizie di bordo, conducenti di bus, personale di assistenza ai passeggeri, ecc... I DPI usati dovranno essere raccolti in apposito contenitore per rifiuti speciali a rischio infettivo e smaltiti con le modalità previste dalla normativa vigente.

Il medico dell'Usmaf invierà, infine, un primo rapporto sull'evento, sufficientemente dettagliato, all'Ufficio III della Direzione Generale della Prevenzione del Ministero della Salute.

## **Azioni e Responsabilità**

### Comandante dell'aeromobile

Ogni volta che lo ritenga necessario, sulla base dei documenti sanitari di imbarco, sulla scorta di indicazioni sanitarie ottenute da un medico, ovvero nel sospetto motivato (anche con l'utilizzo del questionario allegato) che a bordo vi sia un malato infetto o ritenuto tale, deve attivare la procedura che il vettore prevede in questi casi (ad esempio isolare per quanto possibile il soggetto sospetto e fargli indossare la mascherina, avvisare prontamente l'aeroporto di destinazione, dare disposizione affinché il personale di bordo e gli eventuali contatti indossino la mascherina ecc...).

### Responsabile di Scalo SAVE

Dopo essere stato informato della presenza a bordo di un caso, anche solo sospetto, di malattia infettiva deve:

- collaborare con la Autorità competenti (Enac, Enav) affinché, se proveniente da zone cosiddette endemiche, il volo sia destinato ad un aeroporto sanitario
- provvedere a far parcheggiare il velivolo nella zona prospiciente i locali filtro dell'Usmaf; in caso di non disponibilità di parcheggi prospicienti il canale sanitario darà disposizioni all'handler per il trasporto con bus, indicando le modalità comunicate dal medico.
- allertare l'Autorità sanitaria come da procedura e fornire tutte le informazioni utili.
- fornire istruzioni al Comandante del velivolo, tramite ENAV Torre di Controllo, se ancora in volo, o tramite la Società di handling, se già atterrato, di attendere l'arrivo del personale sanitario prima di autorizzare l'entrata nell'aereo degli operatori aeroportuali, lo sbarco dei passeggeri e le operazioni di carico-scarico
- fornire adeguate istruzioni al proprio personale, a quello del vettore e delle Società di handling al fine di impedire l'avvicinamento all'aeromobile e l'accesso a bordo prima che il personale sanitario abbia effettuato le verifiche e le valutazioni necessarie e fornito le conseguenti istruzioni operative. Tutte le altre operazioni (allontanamento passeggeri, scarico bagagli e merci..) dovranno essere condivise e coordinate con il medico, dell'Usmaf e/o del SSA, se delegato.
- dare disposizioni per l'attivazione del canale sanitario, se richiesto dal medico;
- allertare le forze dell'ordine aeroportuali (Polizia di Stato) affinché si rechino sul luogo per eventuale intervento di ordine pubblico;

### Personale sanitario

Il Dirigente medico dell'Usmaf interviene direttamente o delega il medico del SSA nel caso di impossibilità ad intervenire in tempi utili, mettendo a conoscenza il gestore dell'attivazione della procedura di delega. Il personale medico dell'Usmaf o del SSA svolgono le attività di competenza descritte in questo documento nei paragrafi precedenti.

### Dirigente medico dell'Usmaf di Trieste, U.T. di Venezia

Il medico dell'Usmaf, dopo essere stato informato dell'arrivo di un velivolo con presenza a bordo di un caso di sospetta malattia infettiva, deve:

- acquisire tutti i possibili elementi di dettaglio del caso (es. provenienza, data di insorgenza dei sintomi, contatti, etc).
- nel caso di intervento presso la sede aeroportuale, deve indossare i DPI (mascherine, tute monouso, occhiali ecc.); se impossibilitato ad intervenire, delega il medico del SSA a svolgere le azioni di prevenzione immediate.
- successivamente deve condividere le altre azioni di prevenzione con l'Ufficio di Coordinamento degli Usmaf del Ministero della Salute e con le Aulss competenti territorialmente
- deve richiedere alla Compagnia aerea o alla Società di handling di riferimento per il tramite del Responsabile di Scalo SAVE gli elenchi dei passeggeri e la compilazione della Passenger Locator Card nonché tutti gli altri dati che possono essere utili per la gestione dell'emergenza

- invia un rapporto preliminare all'Ufficio III della Direzione Generale per la Prevenzione del Ministero della Salute.
- verifica la correttezza della procedura e cura, con la collaborazione della Società di gestione aeroportuale e del personale dell'Azienda Sanitaria, i flussi informativi.
- coordina la procedura di fine emergenza, con particolare riguardo alle azioni di disinfezione/ disinfestazione dei locali e mezzi di trasporto, al reintegro dei DPI usati e alle comunicazioni al medico competente per l'eventuale esposizione a rischio di operatori aeroportuali ( personale pulizie di bordo, conducenti di bus, personale di assistenza ai passeggeri...).

#### ENAC

Dà le necessarie disposizioni ad Enav-TWR e al Responsabile di scalo SAVE per eventuali dirottamenti su aeroporti sanitari

#### **Disposizioni, Protocolli Nazionali e Regionali**

La procedura contenuta in questo documento può essere modificata o integrata in tutte le sue parti dall'entrata in vigore o dalla comunicazione agli interessati (Usmaf di Trieste, ENAC, Gestore aeroportuale, Personale sanitario del SSA) di disposizioni, protocolli, linee-guida sulla prevenzione delle malattie infettive emanate dal Ministero della Salute o dalla Regione Veneto. Ogni modifica o integrazione sarà oggetto di condivisione e approvazione da parte di coloro che intervengono nella procedura stessa.

#### **NUMERI UTILI IN OCCASIONE DELL'EMERGENZA**

- **Prefettura di Venezia:** 041-2703411
- **Ufficio di Sanità Marittima:** tel. 06-59944836; 06-59949320; reperibili segnalati mensilmente a SAVE
- **Responsabile di Scalo:** 041-2606420
- **SSA (Servizio sanitario aeroportuale):** 041-2606333; 041-2605385

## **PROTOCOLLO DI GESTIONE DELLE EMERGENZE SANITARIE PRESSO L' AEROPORTO DI VERONA**

### **Premessa**

Tutti gli aeromobili con provenienza extraeuropea possono atterrare negli aeroporti autorizzati (la cui lista è disponibile sul sito AIP Italia), sulla base del preavviso inviato dall'Enac al Ministero della Salute.

A seguito dell'insorgere, in determinati Paesi, di un evento che possa rappresentare un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale, l'autorizzazione dei succitati voli su aeroporti non sanitari, può essere revocata dall'Enac (circolare Enac Eal 10/A p. 5).

Gli aeromobili provenienti sia da zone cosiddette endemiche per malattie tropicali (genericamente coincidenti con quelle a rischio malarico), sia da Paesi indenni da malattie endemiche, che segnalano la presenza a bordo di un caso anche solo sospetto di malattia infettiva (che può causare il rischio di diffusione di malattie trasmissibili o comunque un'emergenza di sanità pubblica), devono atterrare in un aeroporto sanitario così come definito dal Regolamento Sanitario internazionale e dalla circolare Enac EAL 10A del 21/09/2012.

Scopo del presente protocollo è quello di disciplinare le attività connesse alla gestione di atterraggi presso l'aeroporto di Verona con casi sospetti di patologia infettiva tra i passeggeri o l'equipaggio qualora, per diverse circostanze, non sia stato possibile provvedere alla deviazione del volo su un aeroporto sanitario.

### **Campo di applicazione**

Il presente documento costituisce un protocollo d'intesa tra l'USMAF di Trieste (Ufficio di Sanità Marittima, Aerea e di Frontiera), la Società di gestione dell'Aeroporto di Verona, la Soc. AZALEA (Primo Soccorso Aeroportuale) ed il Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda sanitaria competente territorialmente e si applica ai voli in arrivo nello scalo di Verona, nel caso in cui il Comandante di un aeromobile comunichi la presenza a bordo di un caso, anche solo sospetto, di malattia infettiva oppure in occasione di altre emergenze sanitarie che comportino la realizzazione di azioni di prevenzione e che richiedano di garantire flussi informativi celeri e dettagliati ed una rapida risposta sanitaria.

### **Responsabilità**

La responsabilità generale del corretto funzionamento del presente piano è dell'Ufficio di Sanità Marittima, Aerea e di Frontiera (USMAF), per il tramite del Medico di Sanità Aerea (dirigente medico dell'USMAF di Trieste), quale ufficiale sanitario governativo, coordinatore nella gestione dell'emergenza. Il medico dell'USMAF per le diverse fasi operative e per le diverse funzioni richieste si può avvalere della collaborazione di:

- Medico del primo soccorso aeroportuale (e relativo personale sanitario), a cui può essere delegata l'operatività e l'applicazione del piano in caso di impossibilità alla gestione diretta dell'emergenza in tempi adeguati (vedi paragrafo successivo sul sistema delle deleghe)
- Caposcalo di servizio del gestore in turno, per il sistema di comunicazione con: Ente ATS, aeromobile (comandante).
- Polaria e Agenzia delle Dogane aeroportuale per il servizio di assistenza e supporto alle operazioni doganali e di polizia di frontiera e per eventuali necessità di mantenimento dell'ordine pubblico nell'area dove avvengono le operazioni di assistenza sanitaria e prevenzione (eventuali passeggeri o personale che non intenda seguire le disposizioni dell'autorità sanitaria).

## **Procedura**

Considerato quanto riportato in premessa circa l'opportunità che tutti i voli, che possono richiedere azioni di prevenzione immediate siano dirottati su aeroporti presidiati durante l'intera giornata da personale del Ministero della Salute (aeroporti sanitari), nel caso avvenga presso l'aeroporto di Verona l'atterraggio di aeromobile o, debba atterrare per stato di necessità (sia di provenienza europea che extraeuropea), con passeggeri e/o membri dell'equipaggio a bordo, che presentano sintomi riconducibili ad una malattia infettiva (vedi allegato 1 per l'individuazione del caso di malattia infettiva), si procederà come segue:

Il comandante dell'aeromobile deve con celerità allertare l'Ente ATS, il capo scalo di servizio del gestore che, a sua volta deve, con immediatezza, darne comunicazione al dirigente medico dell'USMAF di Trieste (dir. medico della sede di Verona o di Venezia) con le modalità riportate in seguito, alla Polaria e all'Enac.

Contestualmente e comunque prima dello sbarco dei passeggeri, il capo scalo di servizio deve richiedere al comandante la Dichiarazione Generale di aeromobile - parte sanitaria- (General Declaration) completa delle informazioni relative al numero delle persone malate ed alla loro sistemazione all'interno del velivolo; deve inoltre richiedere e mantenere a disposizione dell'USMAF l'elenco dei passeggeri e dei membri dell'equipaggio.

## **Azioni e Responsabilità**

### COMANDANTE

Il comandante dell'aeromobile ogni volta che lo ritenga necessario, sulla base dei documenti sanitari di imbarco, sulla scorta di indicazioni sanitarie ottenute in volo ovvero nel sospetto motivato (anche con l'utilizzo del questionario allegato), che a bordo vi sia un malato infetto o ritenuto tale, deve:

- isolare per quanto possibile il soggetto sospetto e fargli indossare la mascherina;
- avvisare prontamente l'aeroporto di destinazione in modo che le autorità sanitarie locali siano avvertite tempestivamente dell'arrivo di un caso sospetto di malattia infettiva diffusibile;
- dedicare, se possibile, una toilette a bordo ad esclusivo uso del passeggero malato;
- dare disposizioni affinché il personale di bordo e gli eventuali contatti indossino la mascherina;
- disporre che già durante il volo siano rilevati i dati identificativi di tutte le persone a bordo ed i riferimenti telefonici e abitativi;
- sensibilizzare l'equipaggio per il controllo di eventuali reazioni di panico da parte dei passeggeri.

### CAPO SCALO DI SERVIZIO DEL GESTORE

Dopo essere stato informato dall'Ente ATS, su segnalazione del Comandante, della presenza a bordo di sospetto caso di malattia infettiva deve:

- provvedere a far parcheggiare il velivolo nella zona Linea Stand 60;
- allertare le autorità sanitarie come da procedura e fornire loro tutte le informazioni utili;
- permettere al solo personale sanitario di avvicinarsi ed entrare nell'aeromobile; tutte le altre operazioni (allontanamento passeggeri, scarico bagagli e merci) dovranno essere concordate con il medico dell'USMAF o con il medico del P.S. aeroportuale (qualora delegato dal primo), secondo quanto previsto dal presente protocollo d'intesa;
- allertare le forze dell'ordine aeroportuali affinché si rechino sul luogo per presidiare l'area e impedire gli accessi se non espressamente autorizzati dal dirigente medico dell'USMAF o delegato e per eventuali interventi di ordine pubblico che si rendessero necessari.

- informare sul divieto di entrare nel velivolo se non dopo che sia stato rilasciato il nulla osta da parte del personale sanitario intervenuto;

#### PERSONALE SANITARIO

Il dirigente medico dell'USMAF, coordinatore e responsabile della gestione dell'emergenza, interviene direttamente o tramite delega al medico del P.S.A. in caso di impossibilità ad intervenire in tempi utili, comunicando la procedura di delega al caposcalo di servizio del gestore.

#### **OPERATIVITA'**

##### AEREO IN PIAZZOLA DI SOSTA

- Nessuno sale a bordo.
- Nessuno scende se NON autorizzato dal medico USMAF o suo delegato
- All'interno dell'aeromobile, salvo casi particolari, mantiene in funzione il sistema di condizionamento dell'aria.

##### INTERVENTO A BORDO DEL PERSONALE SANITARIO

Il medico dell'USMAF (o il medico del P.S.A. delegato), unitamente al personale sanitario coinvolto nelle operazioni di soccorso:

- indossa i DPI e li fa indossare ai passeggeri possibili contatti e al personale di bordo;
- sale a bordo dell'aeromobile assieme al personale sanitario aeroportuale ed effettua un'attenta valutazione anamnestica ed obiettiva del caso "sospetto" al fine di verificare se sussistano le condizioni per la definizione e/o conferma di "caso di malattia infettiva";
- in situazione di conferma del caso comunica l'effettivo stato di emergenza a:
  - comandante aeromobile che segnala ai passeggeri la necessità di ulteriori controlli sanitari
  - caposcalo di servizio che comunica, a sua volta, lo stato di allerta e l'eventuale attivazione del canale sanitario a tutto il personale che deve intervenire (ad es.: polaria, dogane, operatori di servizi vari, ecc.)
  - Centrale Operativa del 118 – Verona Emergenza

Qualora il medico a bordo risulti essere il medico del P.S.A., delegato nell'occasione dal medico dell'USMAF, questi comunica immediatamente per via telefonica la conferma del "caso di malattia infettiva" e concorda con il medico dell'USMAF l'eventuale attivazione del canale sanitario e/o il destino del paziente .

**L'attivazione del canale sanitario avviene esclusivamente ad opera del medico dell'USMAF, sulla base delle informazioni, linee guida e aggiornamenti delle situazioni epidemiologiche segnalate nelle zone geografiche di provenienza dell'aeromobile e/o del paziente (eventuale scalo effettuato in altri aeroporti italiani o europei), ricevute dalla Direzione Generale della Prevenzione Ufficio 03 del Ministero della Salute, anche tramite il servizio SOAR (Servizio Osservazioni Analisi e Risposta).**

Il medico a bordo dell'aeromobile, direttamente o con l'ausilio di altro personale sanitario intervenuto, non appena possibile raccoglie e/o completa la raccolta delle seguenti informazioni:

- dati identificativi del veicolo;
- punto esatto di sosta in aeroporto;
- numero dei membri dell'equipaggio;
- numero e nazionalità dei passeggeri (se necessario);
- tutte le informazioni relative alla sosta (provenienza e destinazione con relativi orari);
- numero telefonico o altro recapito per il contatto con la compagnia aerea;
- azioni immediate intraprese;
- eventuali necessità di supporto.

Qualora il medico a bordo risulti essere il medico del P.S.A., tali informazioni dovranno essere trasmesse direttamente al medico dell'USMAF, che a sua volta predisporrà il primo rapporto da inviare all'Ufficio 03 della Direzione Generale per la Prevenzione del Ministero della Salute.

#### ATTIVAZIONE CANALE SANITARIO

- Prestata l'assistenza primaria al paziente (caso indice), successivamente dovranno essere sbarcati tutti i possibili contatti (in alcuni casi tutti i passeggeri) e inviati presso il canale sanitario del Ministero della Salute (ambulatori aeroportuali dell'USMAF), ove verranno registrati, intervistati per la raccolta dell'anamnesi e visitati per individuare e valutare la sintomatologia eventualmente presente. La visita potrà essere richiesta da chiunque dei passeggeri a bordo, previa comunicazione al comandante dell'aeromobile.
- Il medico dell'USMAF (in collaborazione con il medico del P.S.A. se delegato ad intervenire), presa visione della General Declaration redatta dal Comandante e sulla base dei primi accertamenti effettuati a bordo, darà disposizioni sulle modalità di sbarco dei passeggeri, individuerà quelli che sono destinati ad ulteriori accertamenti sanitari (presso gli ambulatori dell'USMAF) ed acquisirà l'elenco dei passeggeri da tenere agli atti.
- Presso gli ambulatori dell'USMAF, a seguito della valutazione clinico-anamnestica effettuata sui passeggeri interessati, il personale medico dell'USMAF o il medico da questi delegato comunicherà al capo scalo di servizio le eventuali azioni di prevenzione da intraprendere e le condizioni relative alla fruizione dei percorsi d'uscita dall'aerostazione dei passeggeri ospitati presso il canale sanitario. Inoltre il personale sanitario provvederà a raccogliere le informazioni sul domicilio/residenza dei passeggeri identificati come contatti o comunque che possono beneficiare di azioni di prevenzione in tempi successivi.
- Una volta sbarcati i passeggeri ed i membri d'equipaggio, si dovrà procedere alla bonifica dell'aeromobile, delle merci ed eventualmente dei bagagli trasportati, che pertanto potranno essere messi a disposizione dei passeggeri solo dopo il completamento delle operazioni di bonifica.
- Il medico USMAF coordinerà la procedura di fine emergenza, con particolare riguardo alle azioni di disinfezione/disinfestazione dei locali e dei mezzi di trasporto, al reintegro dei DPI usati e alle comunicazioni al medico competente per l'eventuale esposizione a rischio di operatori aeroportuali (personale pulizie di bordo, conducenti di bus, personale di assistenza ai passeggeri, ecc.). I DPI usati dovranno essere raccolti in apposito contenitore per rifiuti speciali a rischio infettivo e smaltiti secondo quanto previsto dalla normativa vigente.
- Il medico dell'USMAF, a completamento dell'intervento effettuato, invierà un primo rapporto dettagliato all'Ufficio 03 della Direzione Generale per la Prevenzione del Ministero della Salute.
- Ai contatti, qualora esistano motivati e comprovati elementi di ordine clinico-epidemiologico, potranno essere applicate misure restrittive della libertà di movimento (isolamento domiciliare con eventuale sorveglianza sanitaria attiva), o eventuali misure terapeutiche e preventive in base

alla classificazione della patologia sospettata (circolare Ministero della Salute n. 4 del 13 marzo 1998).

- Nel caso siano previste ulteriori azioni di prevenzione e/o una sorveglianza attiva del caso o dei contatti, il medico dell'USMAF deve dare comunicazione al personale sanitario del Dipartimento di prevenzione delle ASL territorialmente competenti. I flussi informativi devono essere garantiti anche in occasione di un ricovero immediato del caso presso una struttura ospedaliera.

### **Sistema delle deleghe**

Su un aeromobile in arrivo o in transito, alcune funzioni relative agli adempimenti di cui al presente documento e alle procedure previste dal Regolamento Sanitario Internazionale nonché alla Circolare ENAC EAL - 10A del 21.09.2012, possono essere in tutto o in parte delegate dall'USMAF o, in circostanze straordinarie, dall'Ufficio Centrale di Coordinamento degli USMAF, al Servizio Sanitario Aeroportuale in virtù di appositi protocolli operativi o di piani aeroportuali relativi alla gestione delle emergenze sanitarie (**OGGETTO DELLE DELEGHE**). Le deleghe conferite nonché i citati accordi di collaborazione, devono risultare da apposito atto. La delega dovrà specificare i limiti operativi del servizio sanitario aeroportuale e può essere revocata in qualsiasi momento.

In tutte le altre circostanze il Medico ed il personale sanitario del Primo Soccorso Aeroportuale garantiranno unicamente le funzioni assistenziali nei confronti dei passeggeri dell'Aeromobile bisognose di assistenza urgente. (**Ministero della Salute – Direzione Generale della Prevenzione Ufficio 03. Indicazioni per gli interventi del personale sanitario USMAF a bordo di aeromobili per motivi di sanità pubblica e in applicazione del Regolamento Sanitario Internazionale. 1. Flussi Informativi Ed. 02.10.2012**)

**Modulo ad uso del Comandante o del Personale dello scalo per l'individuazione di un caso sospetto di malattia infettiva**

- il passeggero è cosciente?
- the passenger is conscious?

\_\_\_\_\_

- il passeggero ha febbre
- the passenger has a fever?

\_\_\_\_\_

- il passeggero è visibilmente debole o prostrato?
- the passenger is visibly weak or prostrate?

\_\_\_\_\_

- il passeggero ha tosse o affanno persistente?
- the passenger has cough or wheezing persistent?

\_\_\_\_\_

- il passeggero ha tumefazioni linfoghiandolari?
- the passenger has lymph node swelling?

\_\_\_\_\_

- il passeggero ha colorito giallo della pelle o degli occhi?
- the passenger has yellowing of the skin or eyes?

\_\_\_\_\_

- il passeggero ha sanguinamenti inusuali o strani?
- the passenger has unusual bleeding or strange?

\_\_\_\_\_

- il passeggero ha presentato vomito?
- the passenger has presented vomiting?

\_\_\_\_\_

- il passeggero ha avuto diarrea?
- the passenger has had diarrhea?

\_\_\_\_\_

- il passeggero ha avuto convulsioni?
- the passenger has had seizures?

\_\_\_\_\_

- il passeggero ha eruzioni o eritema cutanei recenti?
- the passenger has rashes or skin erythema recent?

\_\_\_\_\_

- il passeggero ha paralisi?
- the passenger has paralisys?

\_\_\_\_\_

In caso di più risposte positive ai quesiti precedenti o anche nel caso di segnalazione di paziente con febbre e provenienza da area endemica, ricordare la necessità di acquisire l'elenco dei passeggeri e dei membri dell'equipaggio (nomi, numero di posto, funzione a bordo).

## **14. PREVENZIONE RISCHIO DI TRASMISSIONE DI VIRUS EBOLA ATTRAVERSO IL TRAPIANTO DI ORGANI, TESSUTI E CELLULE**

Il Centro Regionale Trapianti con nota Prot. n. 218/CRT/14 del 10.10.2014 informa che con effetto immediato sono esclusi dalla donazione di organi, tessuti e cellule, tutti i potenziali donatori residenti o che abbiano soggiornato nei due mesi precedenti la donazione in Guinea, Liberia, Sierra Leone e alcune aree della Nigeria, anche in assenza di sintomatologia specifica.

Raccomanda inoltre di verificare regolarmente il sito dell'ECDC dove è presente l'elenco aggiornato e dettagliato dei paesi colpiti.

Paesi/zone a rischio: l'attuale epidemia di ebola è strettamente monitorata dal centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC), che pubblica aggiornamenti epidemiologici regolari.

L'elenco dei paesi attualmente colpiti può essere trovato sul sito dell'ECDC

([http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/ebola\\_marburg\\_fevers/EVDcasedefinition/Pages/Ebola-affected-areas.aspx](http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/ebola_marburg_fevers/EVDcasedefinition/Pages/Ebola-affected-areas.aspx)).

## 15. PREVENZIONE RISCHIO DI TRASMISSIONE DI VIRUS EBOLA TRAMITE DONAZIONI DI SANGUE ED EMOCOMPONENTI

Il Centro Nazionale Sangue con nota prot.1886 del 13.10.2014 trasmette le seguenti informazioni:

- i viaggiatori e/o residenti di ritorno da aree colpite da EVD devono essere sospesi temporaneamente dalla donazione di sangue intero, emocomponenti in aferesi e cellule staminali emopoietiche (CSE) **per 60 giorni dal giorno di partenza dall'area interessata;**
- gli individui sottoposti a monitoraggio a seguito di contatto con pazienti affetti da EVD o di altra esposizione al virus Ebola devono essere parimenti esclusi dalla donazione di sangue, emocomponenti in aferesi e CSE **per 60 giorni dall'inizio del periodo di osservazione.**

Le indicazioni sopra riportate sono passibili di successivo aggiornamento, in relazione all'evoluzione del quadro epidemiologico e/o ad ulteriori indicazioni/raccomandazioni degli Organismi nazionali ed internazionali preposti alla tutela della salute pubblica.

La mappa aggiornata dei paesi attualmente interessati dall'epidemia è reperibile sul sito dell'ECDC, all'indirizzo riportato di seguito:

[http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/ebola\\_marburg\\_fevers/EVDcasedefinition/Pages/Ebola-affected-areas.aspx](http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/ebola_marburg_fevers/EVDcasedefinition/Pages/Ebola-affected-areas.aspx).

## 16. SCHEDE CONTATTI

Ente	Telefono	e-mail	
Ministero della Salute	0659943270	malinf@sanita.it	
Istituto Superiore di sanità	06 49901	outbreak@iss.it	
INMI "L. Spallanzani" ROMA	06 551701 06 55170201		
Ospedale L. Sacco MILANO	02 39041		
U.O. Microbiologia PD	049-8218830	microbiologia.virologia@sanita.padova.it	
U.O. Malattie Infettive PADOVA	049-8213715	annamaria.cattelan@sanita.padova.it	
U.O. Malattie Infettive VERONA	045-8128243	ercole.concia@univr.it	
U.O. Malattie Infettive TREVISO	0422-322050	pscotton@ulss.tv.it	
U.O. Malattie Infettive ROVIGO	0425-393063	malinf@azisanrovigo.it	
U.O. Malattie Infettive VICENZA	0444-753348	gp.pellizzer@ulss6.vicenza.it	
U.O. Malattie Infettive BELLUNO	0437-516258	ermenegildo.francavilla@ulss.belluno.it	
U.O. Malattie Infettive VENEZIA	041-9657920	enzoraise@libero.it	
U.O. Malattie Infettive NEGRAR	045-6013326	zeno.bisoffi@sacrocuore.it	
GORR REGIONALE	348.3921333 <a href="mailto:francesca.russo@regione.veneto.it">francesca.russo@regione.veneto.it</a> 329.2605308 <a href="mailto:barbara.pellizzari@regione.veneto.it">barbara.pellizzari@regione.veneto.it</a> 336 280412 <a href="mailto:vittorio.selle@ulss12.ve.it">vittorio.selle@ulss12.ve.it</a> 335 8764389 <a href="mailto:lorena.gottardello@sanita.padova.it">lorena.gottardello@sanita.padova.it</a> 333.8639225 <a href="mailto:esterchermaz@ulss7.it">esterchermaz@ulss7.it</a> 338.4728838 <a href="mailto:mforoni@ulss22.ven.it">mforoni@ulss22.ven.it</a>		
Punto di contatto Prefetture	Belluno	0437/952499	
	Treviso	0422/592411	
	Venezia	041/2703411 pec: <a href="mailto:protcivile.prefve@pec.interno.it">protcivile.prefve@pec.interno.it</a>	
	Verona	045/8673411	
	Padova	049/833511	
	Rovigo	0425 428511	
	Vicenza	0444/338615-338411	

## 17. ISTITUTI PENITENZIARI

### Il rischio potenziale per il Sistema Penitenziario Italiano:

L'epidemia da virus Ebola, seppur apparentemente lontana dall'Italia, protetta da un attento sistema di sorveglianza, potrebbe interessare anche un sistema chiuso e particolarmente a rischio come quello penitenziario.

In particolar modo responsabili potrebbero essere narcotrafficienti di ovuli (i cosiddetti "muli") che, provenienti da paesi in cui è diffusa l'epidemia per via indiretta (tramite scali in altri paesi), o per via diretta da paesi contigui in cui si sono spostati arrivati nei nostri aeroporti ed identificati sono arrestati immediatamente. Questo percorso potrebbe essere notevolmente più breve del periodo di incubazione della malattia.

Un caso solo di infezione da Ebola in una comunità chiusa e ristretta come quella del carcere potrebbe avere conseguenze drammatiche a livello epidemico e coinvolgerebbe tutte le figure presenti (detenuti, personale sanitario, personale di polizia penitenziaria)

Si raccomanda che:

A) Il referente della sanità penitenziaria e il responsabile del Dispensario funzionale dell'azienda Ulss sede di ogni Istituto penitenziario condivide con la direzione dell'istituto un protocollo operativo locale:

- che sia contestualizzato alla situazione specifica di ciascun Istituto penitenziario e che contenga la precisa individuazione di luoghi idonei, percorsi e responsabilità; che sia una sufficiente scorta dedicata di dpi (dispositivi di protezione individuale), almeno per la gestione di 2-3 eventuali casi;
- che siano previsti per tutti gli operatori penitenziari, incontri formativi sul protocollo, comprensivi di simulazione pratica, in special modo riguardo alla vestizione/svestizione dei DPI.

B) Tutti i medici operanti in istituti penitenziari, in particolare quelli che si occupano delle visite di primo ingresso:

- richiedano nel corso della visita il tempo di permanenza in Italia prima dell'arresto, identificando coloro che vi sono giunti da meno di 21 giorni;
- richiedano il percorso geografico effettuato prima dell'arresto;
- identifichino se il detenuto "nuovo giunto" provenga da uno dei paesi africani interessati dall'epidemia: Guinea, Liberia, Sierra Leone.
- conoscano nel dettaglio il motivo del reato per cui il nuovo giunto entra in carcere (rischio elevato se corriere della droga).
- Per la classificazione del caso fare riferimento al paragrafo 4
- In caso di sospetto (provenienza sospetta + sintomi clinici evidenti) il medico penitenziario che lo osserva dovrà:
  - attivare immediatamente il protocollo regionale
  - isolare il paziente sospetto in una stanza separata in attesa del 118.

## **RIFERIMENTI NORMATIVI**

- Decreto Legislativo n. 475 del 04/12/1992 Attuazione della direttiva 89/686/CEE del Consiglio del 21 dicembre 1989, in materia di ravvicinamento delle legislazioni degli Stati Membri relative ai dispositivi di protezione individuale
- Decreto Legislativo n. 10 del 02/01/1997 Attuazione delle direttive 93/68/CEE, 93/95/CEE e 96/58/CE, relative ai dispositivi di protezione individuale
- Decreto Legislativo n. 81 del 09.04.2008 Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n.123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro
- Istruzione Operativa 13 "Prontuario dei dispositivi di protezione individuale" S. S. I. di Prevenzione e Protezione
- Circ. Min. Sanità prot. n. 400.2/113/2/74/2808 del 11/05/1995 "Febbri emorragiche virali( Ebola, Marburg, Lassa). Linee guida per la prevenzione ed il controllo"
- Circ. Min. Sanità prot. n. 100/673/01/4266 del 26/05/1995 "Aggiornamento linee guida per la gestione dei soggetti con sospetta febbre emorragica da virus Ebola"
- Circ. Min. Salute prot. n. 24349 del 16/10/2006 "Febbri emorragiche virali. Raccomandazioni ed indicazioni per il trasporto."
- Circolare del Ministero Salute "Misure di profilassi per esigenze di sanità pubblica (1998)
- Decreto interministeriale 23.11.2010 Procedura nazionale relativa al trasporto di paziente in alto biocontenimento
- Regione Veneto "Protocollo Regionale Malattia da Virus Ebola" versione del 01.09.14
- Ministero della Salute "Malattia da virus Ebola (MVE) – Protocollo centrale per la gestione dei casi e dei contatti sul territorio nazionale" versione del 01.10.2014
- "Aggiornamento ed errata corrige nota Circolare ministeriale Prot.26377 del 1.10.2014 – malattia da Virus Ebola (MVE) – protocollo centrale per la gestione dei casi contratti sul territorio nazionale"
- 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 "L. Spallanzani"

## **BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA**

- Heymann. Manuale per il Controllo delle malattie trasmissibili. 18 Edizione. DEA Editrice
- Ministero della Salute  
[http://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_1\\_1\\_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=1547](http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=1547)
- ECDC: <http://ecdc.europa.eu/en/Pages/home.aspx>
- OMS: <http://www.who.int/csr/don/en/>
- Promed: <http://www.promedmail.org/>
- <http://www.regione.veneto.it/web/sanita/igiene-e-sanita-pubblica>

## **Ringraziamenti:**

Si ringraziano per la collaborazione alla stesura del presente documento:

U.O. Malattie Infettive, Servizi di Igiene e Sanità Pubblica delle Aziende ULSS, RSSPP, Medici Competenti, CREU, USMAF, Laboratorio di Riferimento Regionale U.O. Microbiologia e Virologia dell'Azienda Ospedaliera di Padova, Servizio Tutela Salute Mentale, PHSE.

## ALLEGATI

**Scheda di Segnalazione**  
**MALATTIA DA VIRUS EBOLA**

**Medico segnalatore** \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Ospedale \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Informazioni relative al paziente**

**Cognome e Nome** \_\_\_\_\_ **Data di nascita** |\_\_| |\_\_| |\_\_| **Sesso:** M  F

Domicilio abituale: \_\_\_\_\_  
Via/piazza, numero civico
Comune
Provincia

Recapito telefonico del paziente o di un familiare \_\_\_\_\_

**Informazioni clinico/epidemiologiche**

Eventuale permanenza all'estero nei 21 giorni precedenti l'inizio della sintomatologia

1. \_\_\_\_\_  
Nazione/area visitata
data d'inizio permanenza
data fine
2. \_\_\_\_\_  
Nazione/area visitata
data d'inizio permanenza
data fine

Altre informazioni rilevanti (es: soggiorno in aree rurali, attività svolta, etc.)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**DATA DI INIZIO SINTOMATOLOGIA** |\_\_| |\_\_| |\_\_| (gg/mm/aa)

**Sintomatologia clinica**

<input type="checkbox"/> Febbre $\geq$ 38		<input type="checkbox"/> Astenia		<input type="checkbox"/> Mal di gola
<input type="checkbox"/> Artralgie		<input type="checkbox"/> Mialgia		<input type="checkbox"/> Dolore retro-orbitale
<input type="checkbox"/> Rash cutaneo		<input type="checkbox"/> Cefalea		<input type="checkbox"/> Escara
<input type="checkbox"/> Sintomi respiratori		<input type="checkbox"/> Meningo-encefalite		<input type="checkbox"/> Endocardite
<input type="checkbox"/> Sintomi emorragici		<input type="checkbox"/> trombocitopenia		<input type="checkbox"/> Linfopenia

Descrizione dell'attuale stato del paziente, altri dati clinici rilevanti

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Il Medico



## SCHEDA INDAGINE EPIDEMIOLOGICA

*(integrativa della scheda di segnalazione)*

Data compilazione --/--/----

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ data nascita \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cel. \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Medico curante \_\_\_\_\_

Critério epidemiologico

Paese da cui arriva \_\_\_\_\_ 1)località \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

2)località \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

3)località \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

data dell'arrivo in Italia \_\_\_\_\_ motivo della presenza nel paese \_\_\_\_\_

ambienti/collettività frequentati \_\_\_\_\_

Tipo di esposizione/contatto (indicare anche il n° della località in cui c'è stata l'esposizione)

- contatto con sangue o altri fluidi corporei di un paziente infetto o sospetto di essere infettato da virus Ebola \_\_\_\_\_
- contatto diretto con una persona deceduta, nella zona a rischio \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- manipolazione e consumo di selvaggina, cruda o cotta, nella zona a rischio \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- rapporti sessuali con un caso confermato di Ebola nelle 10 settimane dopo l'inizio dei sintomi \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- contatto diretto con pipistrelli, roditori, primati non umani e altri animali selvatici nella zona a rischio o provenienti dalla zona di pericolo \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- operatore sanitario e non in ospedale che ha ricoverato pazienti infetti da Ebola \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Non caso     Caso sospetto     Caso probabile

Firma del rilevatore \_\_\_\_\_

## SCHEMA di VALUTAZIONE DEL PAZIENTE

Data \_\_/\_\_/\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Cel./tel. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Medico segnalante \_\_\_\_\_

*Barrare le condizioni rilevate*

<input type="checkbox"/> <b>Febbre &gt;38°C oppure storia di</b> febbre nelle precedenti 24 ore <input type="checkbox"/> <b>Proveniente da <u>zone</u></b> in cui è presente l'epidemia di Ebola <input type="radio"/> Sierra Leone (intero paese) <input type="radio"/> Liberia (intero paese) <input type="radio"/> Guinea (intero paese) <input type="radio"/> Nigeria (zone con presenza di casi) <input type="radio"/> Repubblica Democratica del Congo (zone con presenza di casi) <input type="radio"/> _____ <input type="checkbox"/> <b>Sono trascorsi meno di 21 giorni da quando ha lasciato il paese</b>	<p>Se sono rilevate tutte e <b>3</b> queste condizioni</p> <p><b>CASO SOSPETTO</b></p> <input type="checkbox"/>
<b>+ anche una sola delle seguenti condizioni se rilevabili con sufficiente attendibilità</b>	
<input type="checkbox"/> contatto con sangue o altri fluidi corporei di un paziente infetto o sospetto di essere infettato da virus Ebola <input type="checkbox"/> contatto diretto con una persona deceduta, nella zona a rischio <input type="checkbox"/> manipolazione e consumo di selvaggina, cruda o cotta, nella zona a rischio <input type="checkbox"/> rapporti sessuali con un caso confermato di Ebola nelle 10 settimane dopo l'inizio dei sintomi <input type="checkbox"/> lavoro in laboratorio con campioni contaminati da un ceppo virus Ebola <input type="checkbox"/> contatto diretto con pipistrelli, roditori, primati non umani e altri animali selvatici nella zona a rischio o provenienti dalla zona di pericolo <input type="checkbox"/> operatore sanitario e non in ospedale che ha ricoverato pazienti infetti da Ebola	<p><b>CASO PROBABILE</b></p> <input type="checkbox"/>



**INMI "L. SPALLANZANI" I.R.C.C.S.**  
Via Portuense, 292 - 00149 Roma

**LABORATORIO DI VIROLOGIA**

**DIAGNOSTICA D'INFEZIONE DA VIRUS EMERGENTI**

Tel 06 55170666 / 692 / 685 / 434

email [maria.capobianchi@inmi.it](mailto:maria.capobianchi@inmi.it)  
[antonino.dicaro@inmi.it](mailto:antonino.dicaro@inmi.it)  
[conchetta.castilletti@inmi.it](mailto:conchetta.castilletti@inmi.it)  
[fabrizio.carletti@inmi.it](mailto:fabrizio.carletti@inmi.it)

**ALLEGATO 5**

**MODULO DATI PAZIENTE**

Medico richiedente \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Fax. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
Ospedale \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**Informazioni relative al paziente**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita |\_\_|\_|\_\_|\_| Sesso: M Ž F Ž

Domicilio abituale: \_\_\_\_\_  
Via/piazza, numero civico \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Recapito telefonico del paziente o di un familiare \_\_\_\_\_

**Tipologia del campione inviato**

- Sangue senza anticoagulante     Sangue con anticoagulante     Liquor     Urine     Feci
- Biopsia.....     Tampone.....     Tampone.....     Altro .....     Altro.....

**Informazioni clinico/epidemiologiche**

Eventuale permanenza all'estero nei 21 giorni precedenti l'inizio della sintomatologia

1. \_\_\_\_\_  
Nazione/area visitata \_\_\_\_\_ data d'inizio permanenza \_\_\_\_\_ data fine \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_  
Nazione/area visitata \_\_\_\_\_ data d'inizio permanenza \_\_\_\_\_ data fine \_\_\_\_\_

Altre informazioni rilevanti (es: soggiorno in aree rurali, attività svolta, etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DATA DI INIZIO SINTOMATOLOGIA** |\_\_|\_|\_\_|\_| (gg/mm/aa)

**Sintomatologia clinica**

- Febbre ≥ 38,5     Astenia     Mal di gola
- Artralgie     Mialgia     Dolore retro-orbitale
- Rash cutaneo     Cefalea     Escara
- Sintomi respiratori     Meningo-encefalite     Endocardite
- Sintomi emorragici     trombocitopenia     Linfopenia

Descrizione dell'attuale stato del paziente, altri dati clinici rilevanti

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Vaccinazioni** (l'interpretazione di alcuni risultati potrebbe essere difficoltosa non avendo notizie sulla storia vaccinale del paziente)

- Febbre Gialla     Encefalite giapponese
- TBEV     Altro.....

Il Medico richiedente



PHSE srl POI\_GS001

**MODULO: RICHIESTA DI APERTURA ANAGRAFICA NUOVO CLIENTE**

Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

P. Iva \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ R.I. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Indirizzo Internet \_\_\_\_\_

Persona da contattare \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Banca:

Abi: \_\_\_\_\_ Descrizione Banca: \_\_\_\_\_

Cab: \_\_\_\_\_ Descrizione Sportello: \_\_\_\_\_

Iban: \_\_\_\_\_

**Destinazione fattura (se diversa)**

Ragione Sociale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail di invio fattura tramite PEC \_\_\_\_\_

Selezionare la Categoria di appartenenza (o più Categorie) :

Farmaceutica  Pubblica Amministrazione  CRO  Ente

Industria (settore) \_\_\_\_\_

Privato  Altro (specificare) \_\_\_\_\_

*Il trattamento dei dati è regolato nel rispetto del D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003*

**N.B.: da inviare VIA FAX A 081/8738518 o VIA E-MAIL A [accounting.it@phse.com](mailto:accounting.it@phse.com)**

Seguirà ns. Riscontro

PHSE \_\_\_\_\_

Firma Cliente \_\_\_\_\_