

**Epidemia da virus Ebola in Africa Occidentale:
indicazioni per la sorveglianza e il controllo**

Protocollo regionale

Sommario

1. *Premessa*
2. *Valutazione iniziale e gestione di casi S/P/C di MVE*
 - 2.1 *Criteri organizzativi*
 - 2.2 *Presenza in carico del caso sospetto*
 - 2.3 *Procedure per il ricovero (criteri, percorsi)*
 - 2.4 *Procedure per il trasporto dei pazienti*
 - 2.5 *Aspetti di laboratorio*
3. *Altre procedure*
 - 3.1 *Modalità di disinfezione e sanificazione*
 - 3.2 *Modalità di trattamento e smaltimento dei rifiuti*
 - 3.3 *Modalità di gestione delle salme*
 - 3.4 *Modalità di sorveglianza sanitaria dei contatti*
4. *Gestione degli operatori sanitari esposti*
5. *Disposizioni in materia di comunicazioni*

Allegati:

Allegato 1 – Scheda di valutazione per il “caso sospetto” in Accettazione

Allegato 2 – Scheda paziente da allegare ai test diagnostici

1. Premessa

La presente procedura regionale è redatta in base alle indicazioni ricevute del Ministero della Salute finalizzate alla attuazione di un protocollo centrale per la gestione dei casi sospetti/probabili/confermati (S/P/C) di MVE, nonché dei contatti. Al tal fine, vengono definite le modalità operative e le procedure attuative per la gestione quanto più possibile centralizzata di eventuali casi sospetti, probabili, confermati di Malattia da virus Ebola (MVE), prevedendo prioritariamente il coinvolgimento dell'INMI "Lazzaro Spallanzani", quale centro nazionale e regionale di riferimento, nonché l'utilizzo della rete dei Reparti di Malattie infettive della Regione.

Il presente documento si basa sulla situazione epidemiologica internazionale di diffusione del Virus Ebola al 15 Ottobre 2014. Tale situazione epidemiologica può mutare nel tempo.

Per informazioni costantemente aggiornate sull'andamento dell'epidemia sono consultabili i sotto indicati siti:

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

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

Aggiornamenti epidemiologici in italiano sono consultabili sul sito del Ministero della Salute (http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_3_4.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=avvisi&tipo=eventiEpidemici).

Per i dettagli e gli aggiornamenti circa la situazione attuale, si rimanda alla Circolare Ministeriale n°0026708 del 6 Ottobre 2014. Per completezza e facilità di comprensione del presente documento si riporta comunque la Definizione di Caso in tabella 1.

Tabella 1 – Definizioni di caso vigenti in Italia – Circolare n° 0026708 del 6 Ottobre 2014

CRITERI PER LA DEFINIZIONE DI CASO

- **CRITERIO CLINICO:** Il paziente presenta (o ha presentato prima del decesso)
 - febbre [$>38,6^{\circ}\text{C}$] o storia di febbre nelle ultime 24 ore

E

almeno uno dei seguenti sintomi:

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

oppure

- una persona deceduta improvvisamente ed inspiegabilmente.

- **CRITERIO EPIDEMIOLOGICO:** Il paziente

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

oppure

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

Alla data della presente, sono considerate aree affette i seguenti Paesi: Guinea, Liberia, Sierra Leone, nonché le aree di Lagos e di Port Harcourt in Nigeria. Si ricorda che inoltre è in corso una epidemia, causata da una specie diversa di virus Ebola, in Repubblica Democratica del Congo. La Nigeria, dove il virus è stato introdotto nel mese di luglio dalla Liberia, ha registrato, complessivamente, 20 casi e 8 decessi, tutti correlati al caso indice importato. Il focolaio, che non può definirsi autoctono, ha registrato l'ultimo caso l'8 settembre 2014; da tale data, devono trascorrere 42 giorni, come previsto dall'OMS, per escludere il Paese dalle aree affette.

STRATIFICAZIONE DEL CRITERIO EPIDEMIOLOGICO PER RISCHIO DI ESPOSIZIONE

BASSO RISCHIO:

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

ALTO RISCHIO: UNO DEI SEGUENTI

- Contatto faccia a faccia (ad esempio, a meno di 1 metro di distanza) senza indossare appropriati dispositivi di protezione individuale (inclusi quelli per la protezione oculare) con un caso probabile o confermato che presenti tosse, vomito, emorragia, o diarrea. Contatto sessuale non protetto con una persona precedentemente ammalata, fino a tre mesi dopo la guarigione;
- Contatto diretto con qualunque materiale contaminato da fluidi corporei di un caso probabile o confermato;
- Esposizione della cute (ad esempio, per puntura accidentale) o delle mucose a sangue, altri liquidi biologici, campioni di

tessuto o di laboratorio di un caso probabile o confermato;

- Partecipazione a riti funerari con esposizione diretta alla salma nelle aree geografiche (o proveniente dalle aree geografiche) affette, senza appropriati dispositivi di protezione individuale;
- Contatto diretto con pipistrelli, roditori, primati, vivi o morti, nelle zone (o proveniente dalle zone) affette o con carne di animali selvatici (“bushmeat”).

CRITERIO DI LABORATORIO:

La positività ad uno dei seguenti:

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

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

2. Valutazione iniziale e gestione di casi S/P/C di MVE nella Regione Lazio

Si riportano di seguito indicazioni utili a ridurre al minimo, nelle strutture sanitarie della Regione, il rischio di trasmissione del virus Ebola ad altri pazienti, agli operatori, ai visitatori durante l’assistenza a eventuali casi con malattia sospetta.

Il personale sanitario, operante a qualsiasi livello del SSR, al primo contatto con un paziente che presenta febbre o storia di febbre nelle ultime 24 ore e che potrebbe rispondere alla definizione di caso, deve attentamente verificare in anamnesi l’eventuale soggiorno nelle aree affette da MVE nei 21 giorni precedenti l’esordio della febbre o di altre condizioni previste nel criterio epidemiologico, in modo da individuare tempestivamente i casi sospetti da sottoporre ad approfondimento diagnostico ed inviarli al reparto di Malattie Infettive di riferimento.

2.1 Criteri organizzativi

Per una corretta gestione e presa in carico dei pazienti in valutazione per sospetta MVE, viene perseguita una integrazione organizzativa tra i Servizi di PS/DEA degli Ospedali della Regione Lazio e i Reparti di Malattie Infettive. A tal fine vengono emanate le seguenti indicazioni a carattere organizzativo.

La rete dei reparti di Malattie Infettive

I reparti di Malattie Infettive dei PO di Latina, Frosinone, Viterbo e Rieti sono identificate come le strutture di riferimento per le esigenze infettivologiche dei PS/DEA degli Ospedali presenti nel rispettivo territorio provinciale.

I reparti di Malattie infettive del Policlinico Universitario Umberto I, del Policlinico Universitario A. Gemelli, dell’INMI Spallanzani costituiscono le strutture di riferimento per le esigenze infettivologiche dei PS/DEA degli Ospedali e Aziende Ospedaliere presenti nel territorio di Roma e provincia, identificando i seguenti bacini di utenza:

- le ASL RMA, RMG e A.O. San Giovanni Addolorata afferiscono al P.U. Umberto I;

- le ASL RMB, RMC, RMD, RMH e il P.U. Tor Vergata e l'A.O. San Camillo-Forlanini afferiscono all'INMI Spallanzani;
- le ASL RME, RMF, la A.O. Sant'Andrea afferiscono al P.U. Gemelli.

L'INMI "Lazzaro Spallanzani" è la struttura di riferimento nazionale per la gestione centralizzata dei casi, così come indicato dal Ministero della Salute.

2.2 Presa in carico del caso sospetto nel PS/DEA

L'arrivo in PS/DEA può avvenire secondo due distinte modalità:

- in maniera autonoma, in questo caso valgono tutte le indicazioni di seguito riportate;
- mediante l'ARES 118. In questo caso la procedura l'ARES prevede che il medico della C.O. territorialmente competente allerti preventivamente la struttura ospedaliera, fornendo altresì tutte le informazioni cliniche in suo possesso, in modo che all'arrivo dell'ambulanza il malato possa "saltare" la fase del triage ospedaliero ed essere condotto subito nella zona di isolamento dove possa essere subito preso in carico dal personale del pronto soccorso. All'equipaggio dell'ambulanza dovrà essere consentito di svestirsi ed eliminare in sicurezza i DPI utilizzati. Dovrà altresì essere garantita la possibilità di eliminare in sicurezza eventuali dispositivi o altro materiale monouso utilizzato per l'assistenza del malato.

Questi passaggi sono ben specificati nella procedura adottata e pubblicata dall'ARES 118 sul proprio sito istituzionale (www.ares118.it)

Precauzioni da adottare al momento della valutazione iniziale del paziente.

A. Se il paziente presenta solo febbre e non vi sono emergenze cliniche che richiedano un intervento, egli deve essere invitato a sostare in un ambiente separato da altri eventuali soggetti in attesa. Utilizzare, ove presente, il percorso e la stanza di isolamento che dovrebbero essere già state identificate in precedenza nei DEA come da indicazioni ricevute in occasione dell'emergenza SARS e ribadito per la pandemia da influenza H1N1. Come misura precauzionale il paziente viene dotato di mascherina chirurgica e l'operatore effettua il colloquio mantenendosi ad una distanza di almeno un metro, evitando di toccare il paziente.

Per l'intervento a questo livello, non è necessaria l'adozione di dispositivi di protezione individuale (DPI). In caso sia necessario entrare a contatto con il paziente, vanno adottate le precauzioni standard, da contatto e da droplets. Si raccomanda, in ogni caso, di eseguire l'igiene delle mani al termine del colloquio.

B. Se il paziente presenta febbre+diarrea, sanguinamento, vomito o tosse, deve essere invitato a sostare in un ambiente separato da altri eventuali soggetti in attesa, ove raccogliere l'anamnesi, adottando le precauzioni standard, da contatto, da droplets e, nel caso che venga posto sospetto di altre patologie trasmissibili per via aerea, si consiglia di adottare anche le precauzioni per la trasmissione aerea.

Qualora il paziente abbia necessità di prestazioni clinico-assistenziali ritenute indispensabili, queste devono essere disposte solo dopo consultazione e in accordo con lo specialista infettivologo del Reparto di Malattie Infettive di riferimento. In ogni caso tali prestazioni devono essere effettuate avendo cura di limitare al minimo il numero degli operatori di assistenza.

Durante l'assistenza al paziente prediligere sempre l'utilizzo di biancheria e dispositivi/presidi monouso (es: lenzuolo, arcelle, ecc.) da smaltire successivamente come rifiuti a rischio infettivo.

- Modalità operative di Triage

Si raccomanda che i locali destinati alle operazioni di triage siano dotati di idonee barriere protettive (impianto citofonico, sportello front-office, separatori, etc...) che possano permettere all'operatore addetto di instaurare il primo contatto con il paziente in assoluta sicurezza.

È opportuno, inoltre, formare in modo adeguato il personale sanitario addetto al triage.

L'infermiere, fin dal primo contatto, deve verificare se la persona presenti uno dei sintomi come elencati nel criterio clinico, e se abbia visitato una zona affetta da MVE entro 21 giorni precedenti la comparsa dei sintomi, ed in caso positivo deve attivare la procedura atta a identificare il caso sospetto. A tal fine devono essere poste domande specifiche circa la presenza del criterio epidemiologico a tutti i pazienti che riferiscono sintomi suggestivi, fin dal primo contatto.

La Direzione Sanitaria procede giornalmente alla trasmissione via e-mail (all'indirizzo malattieinfettive@regione.lazio.it) di tutte le schede di valutazione compilate, anche per i casi in cui la procedura effettuata ha portato ad escludere l'esistenza di fattori di rischio o di criteri per l'inquadramento come caso sospetto.

- Presa in carico del caso sospetto

Il Medico di Accettazione, PS/DEA, dopo aver consultato il medico infettivologo della struttura di riferimento, sulla base dell'approfondimento anamnestico (Allegato 1) deve classificare il paziente come di seguito riportato:

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

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

Nei casi b) e c) procede come di seguito indicato

Caso b) – caso sospetto

Il medico di Accettazione deve:

- nel caso di un Presidio Ospedaliero dove non è presente una struttura di Malattie infettive, disporre il trasporto del paziente alla struttura di Malattie Infettive di riferimento, previa consultazione della stessa;
- nel caso si tratti di una struttura accettante in cui è presente un Reparto di Malattie Infettive di riferimento, procedere a:
 - ricoverare il caso, applicando le precauzioni per trasmissione da contatto, droplets ed eventualmente aerea, incluso l'uso di DPI che devono essere rimossi seguendo una procedura da concordare sulla base dei DPI utilizzati;
 - informare la Direzione Sanitaria della struttura di primo contatto circa la presenza di un caso sospetto a basso rischio.

Per il corretto uso dei DPI si rimanda alle procedure presentate nel corso per gli specialisti dei reparti di Malattie Infettive pubblicate sul sito dell'INMI Spallanzani:

<http://www.inmi.it/formazione/CORSO%20EBOLA%20MEDICI%20M.I.%208.10.14/Dott.%20Puro%20MVE%20ID%208%20ott%202014.pdf>

La Direzione Sanitaria, quando individua il caso sospetto procede alla comunicazione al Ministero della Salute secondo le indicazioni presenti sul sito :

[http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf;jsessionid=V0WhepMifvbPd67UEXOr+Q...sgc4-prd-sal?anno=0&codLeg=49678&parte=1%20&serie=.](http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf;jsessionid=V0WhepMifvbPd67UEXOr+Q...sgc4-prd-sal?anno=0&codLeg=49678&parte=1%20&serie=)

Inoltre, la stessa Direzione Sanitaria informa la Regione Lazio via e-mail al seguente indirizzo:

malattieinfettive@regione.lazio.it

Caso c) – caso sospetto ad alto rischio

Il Medico di Accettazione deve:

- astenersi da altri interventi sul paziente, a meno che non siano urgenti e non differibili;
- disporre il trasporto presso l'INMI "Lazzaro Spallanzani" dopo avere concordato con lo stesso Istituto le modalità;
- allertare la Direzione Sanitaria della struttura circa la presenza di un caso sospetto al alto rischio;
- procedere alla comunicazione del caso al Ministero della Salute e alla Regione Lazio con le stesse modalità indicate nel caso precedente.

In entrambi i casi (paziente sospetto o alto rischio), si raccomanda :

- effettuare solo eventuali esami diagnostici urgenti e non differibili;
- applicare le procedure per la corretta rimozione dei DPI;
- procedere alla sanificazione della stanza prima di un suo nuovo utilizzo da parte di un altro paziente (sanificazione straordinaria degli ambienti come previsto dalle precauzioni da contatto, secondo i protocolli vigenti);
- prendere nota, se possibile, delle generalità delle persone che hanno accompagnato il paziente, incluso nome, indirizzo e numero di telefono.

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

Caso sospetto a basso rischio:

Preso in carico

- L'infettivologo effettua una prima valutazione, volta ad escludere o confermare il sospetto di malattia da virus Ebola avvalendosi anche della consultazione con il virologo dell'INMI "Lazzaro Spallanzani", sempre disponibile, al numero 06/55172666, per un confronto sulla diagnosi, l'eventuale gestione del paziente, il prelievo e successivo invio di campioni biologici. L'infettivologo segnala al Dipartimento di Sanità Pubblica della ASL territorialmente competente la presa in carico del caso e la successiva evoluzione della situazione.
- Contestualmente all'invio dei campioni al Centro nazionale di riferimento per la conferma diagnostica di MVE, dovrà essere trasmessa la segnalazione del caso al Ministero della Salute, Ufficio V – Malattie Infettive e Profilassi Internazionale, secondo le modalità previste nella Circolare Prot. n. 22841 del 13/08/2014 e alla Regione Lazio con le modalità indicate in precedenza.

Precauzioni di isolamento

- Il paziente deve essere posto in stanza di isolamento dotata di servizi igienici; la porta della stanza deve rimanere chiusa.

- Se il paziente risulta positivo al test della malaria, è comunque opportuno verificare la risposta alla terapia, mantenendo le precauzioni di isolamento, fino all'esclusione della diagnosi di Ebola.
- Occorre limitare al minimo il numero di operatori che hanno accesso alla stanza.
- Prima di entrare nella stanza, tutti gli operatori devono adottare le precauzioni standard da contatto e da *droplets* ed eventualmente per via area.
- Privilegiare l'utilizzo di biancheria e materiale monouso da smaltire come rifiuti a rischio infettivo.
- 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; diversamente predisporre l'uso personalizzato, garantendo ove possibile la sterilizzazione, in alternativa applicare la disinfezione di alto livello o la disinfezione di basso livello a seconda si tratti di dispositivi/strumenti critici, semicritici o non critici.
- Decontaminare le superfici ambientali secondo le indicazioni riportate di seguito.
- Lo smaltimento dei rifiuti andrà effettuato seguendo le indicazioni di seguito riportate.
- Qualora il paziente sia in gravi condizioni cliniche che richiedono assistenza intensiva e non sia trasportabile ai centri di riferimento nazionali, o non vi sia disponibilità presso gli stessi, deve essere trasferito in Terapia Intensiva dotata di stanza singola.
- Qualora il caso venga confermato, e le condizioni del paziente lo consentano, deve esserne previsto il trasferimento presso l'INMI "Lazzaro Spallanzani" applicando le indicazioni sul trasporto in alto biocontenimento definite con Decreto interministeriale del 23 novembre 2010.

Caso di paziente sospetto ad alto rischio, o caso confermato.

Il paziente dovrà essere trasferito presso l'INMI "Lazzaro Spallanzani", concordando le modalità operative. Il protocollo ARES prevede che il 118 intervenga esclusivamente nei trasporti secondari di casi sospetti.

2.4 Trasporto dei casi sospetti/probabili/confermati al Reparto di Malattie Infettive di riferimento e/o all'NMI "Lazzaro Spallanzani"

Il trasporto di pazienti sospetti, come da procedura di ARES 118, da ospedali senza reparto di malattie infettive a nosocomi che lo posseggono è in carico ad ARES così come l'eventuale trasporto in casi particolari tra gli ospedali con malattie infettive.

Nell'evenienza di casi probabili o confermati, il trasporto, in accordo con la procedura ARES è di competenza dell' l'INMI "Lazzaro Spallanzani", in quanto dotato di due ambulanze ad alto biocontenimento a loro volta contenenti ciascuna un modulo di trasporto ad alto isolamento.

Nel caso in cui non ci sia disponibilità dell'ambulanza o del modulo di trasporto ad alto isolamento l'ARES supporterà l'INMI "Lazzaro Spallanzani", ove richiesto, anche su tale tipologia di trasporti.

Precauzioni nei confronti del paziente

- Prima di far salire il paziente in ambulanza, accertarsi che abbia indossato la mascherina chirurgica;
- Sistemare un telo impermeabile sulla barella prima della sistemazione del paziente sulla stessa.

Igiene delle mani e DPI

- Tutti gli operatori addetti al trasporto del paziente devono eseguire la corretta igiene delle mani.
- I DPI raccomandati sono quelli per la prevenzione della trasmissione da contatto e da *droplets*.
- Durante l'assistenza al paziente prediligere sempre l'utilizzo di biancheria e dispositivi/presidi monouso (es: lenzuolo, arcelle, ecc.) da smaltire successivamente come rifiuti a rischio infettivo.

Decontaminazione del mezzo di trasporto

- Se durante il trasporto di un caso sospetto non vi è perdita di liquidi biologici (vomito, diarrea, sanguinamento) da parte del paziente, procedere alla pulizia e disinfezione secondo le normali procedure operative. Il tempo impiegato per le procedure di pulizia e disinfezione del mezzo è sufficiente anche per assicurare l'aerazione di questo.
- Qualora il paziente vomiti, tossisca o abbia perdita di altri liquidi biologici, il mezzo dovrà essere sottoposto a disinfezione secondo il ciclo a tre tempi. In tale evenienza, nel caso in cui presso la postazione in cui è di stanza il mezzo non sia presente una piazzola per la sua sanificazione, l'INMI "Lazzaro Spallanzani" metterà a disposizione la piazzola all'uopo predisposta e verrà utilizzato un percorso dedicato.

2.5 Aspetti di laboratorio.

Indicazioni generali

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

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

Per quanto riguarda l'inquadramento ematochimico e la diagnosi differenziale, le indagini possono essere effettuate presso la struttura che ha in osservazione il caso sospetto. I campioni dei pazienti sospettati di MVE, sulla base delle definizioni di caso fornite, dovrebbero essere trattati in condizioni di biosicurezza adeguate, secondo una strategia di stratificazione dei rischi, che tenga conto non solo dell'esistenza, ma della entità del link epidemiologico (provenienza da zone dove l'epidemia ha un'alta diffusione, aver frequentato strutture ospedaliere o aver avuto contatti diretti con persone infette, etc.), della gravità della sintomatologia e dell'eventuale mancato miglioramento dei sintomi a seguito dei trattamenti terapeutici (es. persistenza della febbre nonostante il trattamento antimalarico in pazienti con parassitemia). Questa valutazione deve essere comunicata dal medico che ha in carico il paziente al laboratorio al quale vengono inviati i campioni, affinché il laboratorio possa adottare le adeguate misure di biosicurezza.

Le indagini specifiche per il virus Ebola sono centralizzate presso il Laboratorio di Virologia dell'Istituto Spallanzani, individuato come Centro Nazionale di Riferimento per la diagnosi di Febbri Emorragiche Virali (FEV).

Prima di inviare campioni, è necessario contattare il laboratorio.

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

- 0655170666
- 3204343793

Ulteriori recapiti utili:

Accettazione: telefono 0655170674; fax 0655170676.

Segreteria: fax 065594555

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

- la scelta del percorso diagnostico più idoneo;
- le modalità di raccolta e di invio dei campioni stessi;
- l'identificazione delle informazioni cliniche opportune per l'inquadramento diagnostico differenziale.

Esami ematochimici

I prelievi vanno ridotti al minimo indispensabile, limitandoli al controllo dei principali parametri ematochimici. Ove possibile, vanno preferiti sistemi *point of care test* (POCT), che possono essere utilizzati o nella stanza del paziente o in laboratorio.

Se i POCT sono utilizzati nella stanza del paziente, gli operatori devono indossare i dispositivi di protezione individuale da contatto e da droplet; se eseguiti in laboratorio, i test rapidi vanno eseguiti sotto cappa biohazard II (BSCII), adottando tutte le misure per evitare l'esposizione a schizzi ed aerosol. Le provette vanno aperte sempre sotto cappa, e le centrifughe devono essere dotate di cestelli chiusi, che a loro volta vanno aperti sotto cappa BSCII.

In mancanza di POCT, gli esami ematochimici possono essere eseguiti in sistemi chiusi, eventualmente capaci anche di forare automaticamente i tappi per ridurre al minimo l'esposizione degli operatori. Dopo l'uso, gli strumenti vanno sottoposti a disinfezione secondo le procedure suggerite dalla ditta produttrice.

In caso di impossibilità ad eseguire i principali test ematochimici indifferibili, i campioni possono essere inviati al Laboratorio di Virologia dello Spallanzani. L'elenco degli esami eseguibili sul sistema POCT adottato è il seguente:

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

Per la tipologia di campioni da inviare fare riferimento alla **tabella 1 – Tipologia di campioni.**

Diagnosi differenziale

In caso di sospetta MVE la principale patologia da prendere in considerazione nel processo di diagnosi differenziale è la malaria. In base alla storia di viaggi del paziente, nella diagnosi differenziale può essere considerata anche la Dengue ed altre infezioni, quali ad esempio le epatiti virali, inclusa l'epatite E.

Anche in questo caso, è consigliato l'utilizzo di POCT per malaria, secondo le modalità di esecuzione consigliate al punto precedente. In caso di positività, sarà necessario confermare i risultati con altri test (es. goccia spessa). In caso di forte probabilità che si tratti di caso di MVE, prima di effettuare il test di conferma per la malaria l'infettività eventualmente associata alla presenza di virus Ebola può essere abbattuta mediante esposizione di una aliquota di campione a triton X-100 allo 0.1% per un'ora a temperatura ambiente.

Nell'impossibilità di eseguire in loco il test per la ricerca del parassita malarico, i campioni possono essere inviati al Laboratorio di Virologia dello Spallanzani. Il campione deve essere inviato contestualmente al campione per la ricerca del genoma del virus Ebola. Il presidio di laboratorio attivo h24 effettua il test rapido su campione di sangue con anticoagulante, subito dopo l'arrivo del campione in laboratorio. Per confermare il risultato del test rapido, successivamente verrà eseguita la ricerca del parassita malarico mediante goccia spessa.

Un risultato negativo per la ricerca del parassita malarico non esclude la presenza del parassita.

Per la tipologia di campioni da inviare fare riferimento alla **tabella 1 – Tipologia di campioni**.

Diagnosi specifica (ricerca del genoma del virus Ebola)

Prima di inviare campioni, è necessario contattare il laboratorio di Virologia dell'INMI.

Il virologo di turno nel Laboratorio di Virologia dell'INMI Spallanzani effettuerà con il richiedente la valutazione congiunta preliminare sulle modalità di prelievo e invio dei campioni.

Si ricorda che per tutti i casi sospetti per i quali viene richiesta la diagnosi e/o conferma il richiedente dovrà effettuare la segnalazione al Ministero della Salute (e-mail malinf@sanita.it) secondo le indicazioni del Ministero della Salute (Circolare del 13/08/2014)

(<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf;jsessionid=V0WhepMifvbPd67UEXOr+Q...sgc4-prd-sal?anno=0&codLeg=49678&parte=1%20&serie=>).

Analoga segnalazione andrà fatta alla Regione Lazio come riportato in precedenza.

In caso di mancata segnalazione di “caso sospetto”, il Laboratorio di Virologia dell'INMI non potrà accettare il campione per l'esecuzione dei test per la diagnosi di MVE.

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

I risultati relativi alla ricerca del genoma virus Ebola mediante il primo test di screening saranno disponibili dal Laboratorio di Virologia dell'INMI, in linea di massima e salvo imprevisti, entro 6 ore dal'arrivo dei campioni in laboratorio, e saranno comunicati in via preliminare telefonicamente al medico richiedente; i risultati negativi saranno refertati immediatamente; in caso di positività, il referto sarà rilasciato solo dopo l'esecuzione dei test di conferma e/o approfondimento (vedi algoritmo **allegato**).

1. Tipologia di campioni

Tipologia di campioni per gli <u>esami ematochimici</u>		
Fase della malattia	Tipologia di campioni	Tipologia di contenitore
<i>Qualsiasi</i>	- Sangue con EDTA	- Provetta sterile infrangibile con EDTA
Tipologia di campioni per la <u>diagnostica differenziale</u> (Malaria e, ove opportuno, Dengue ed alti agenti eziologici)		
Fase della malattia	Tipologia di campioni	Tipologia di contenitore
<i>Fase acuta sintomatica (Entro i primi 2-7 giorni dall'esordio)</i>	- Sangue con EDTA In aggiunta, in base alla valutazione congiunta, possono essere inviati altri campioni biologici	- Provetta sterile infrangibile con EDTA; - Da concordare con il Laboratorio
Tipologia di campioni per la <u>diagnosi specifica di MVE</u>		
Fase della malattia	Tipologia di campioni	Tipologia di contenitore
<i>Fase acuta sintomatica (Entro i primi 2-7 giorni dall'esordio)</i>	- Sangue con EDTA per RT-PCR - Sangue senza anticoagulanti per sierologia In aggiunta, in base alla valutazione congiunta, possono essere utili campioni biologici aggiuntivi, quali: - Urine - Tamponi mucosali - Altro	- Provetta sterile infrangibile con EDTA; - Provetta sterile infrangibile; - Contenitore infrangibile sterile. - Tampone floccato in terreno di trasporto virale in flacone infrangibile. - Da concordare con il Laboratorio
<i>Fase convalescente (risoluzione della sintomatologia, e comunque non prima di 15 giorni dall'inizio della sintomatologia)</i>	- Sangue con EDTA - Sangue senza anticoagulanti per sierologia, o siero già separato In aggiunta, in base alla valutazione congiunta, possono essere utili campioni biologici aggiuntivi, quali: - Urine - Tamponi mucosali - Altro	- Provetta sterile infrangibile con EDTA, - Provetta sterile infrangibile - Contenitore infrangibile sterile - Tampone floccato in terreno di trasporto virale in flacone infrangibile - Da concordare con il Laboratorio

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

I campioni biologici, corredati dell'apposita **scheda**, vanno inviati al Laboratorio di Virologia dell'INMI a cura del richiedente.

I campioni vanno mantenuti refrigerati (+4-8°C) prima dell'invio. Il trasporto al Laboratorio deve essere effettuato entro il più breve tempo possibile, preferibilmente entro le 24 ore e a temperatura di refrigerazione. Per tempi di consegna più prolungati, vanno presi accordi con il laboratorio per stabilire le modalità più opportune di preparazione e conservazione dei campioni.

2. Etichettatura dei campioni e documentazione

I prelievi devono essere accompagnati dalla scheda dati, riportata in calce alle presenti istruzioni, compilata in tutte le sue parti. La scheda dati deve essere inserita in una busta esterna, **evitando tassativamente di inserirla all'interno della confezione**

Su ogni singolo campione deve essere apposta un'etichetta riportante a chiare lettere il nome del paziente, la tipologia del campione (sangue, urine, altro) e la data di prelievo. Le informazioni riportate sulle provette **devono essere coerenti** con quelle inserite nella scheda dati.

3. Confezione e trasporto

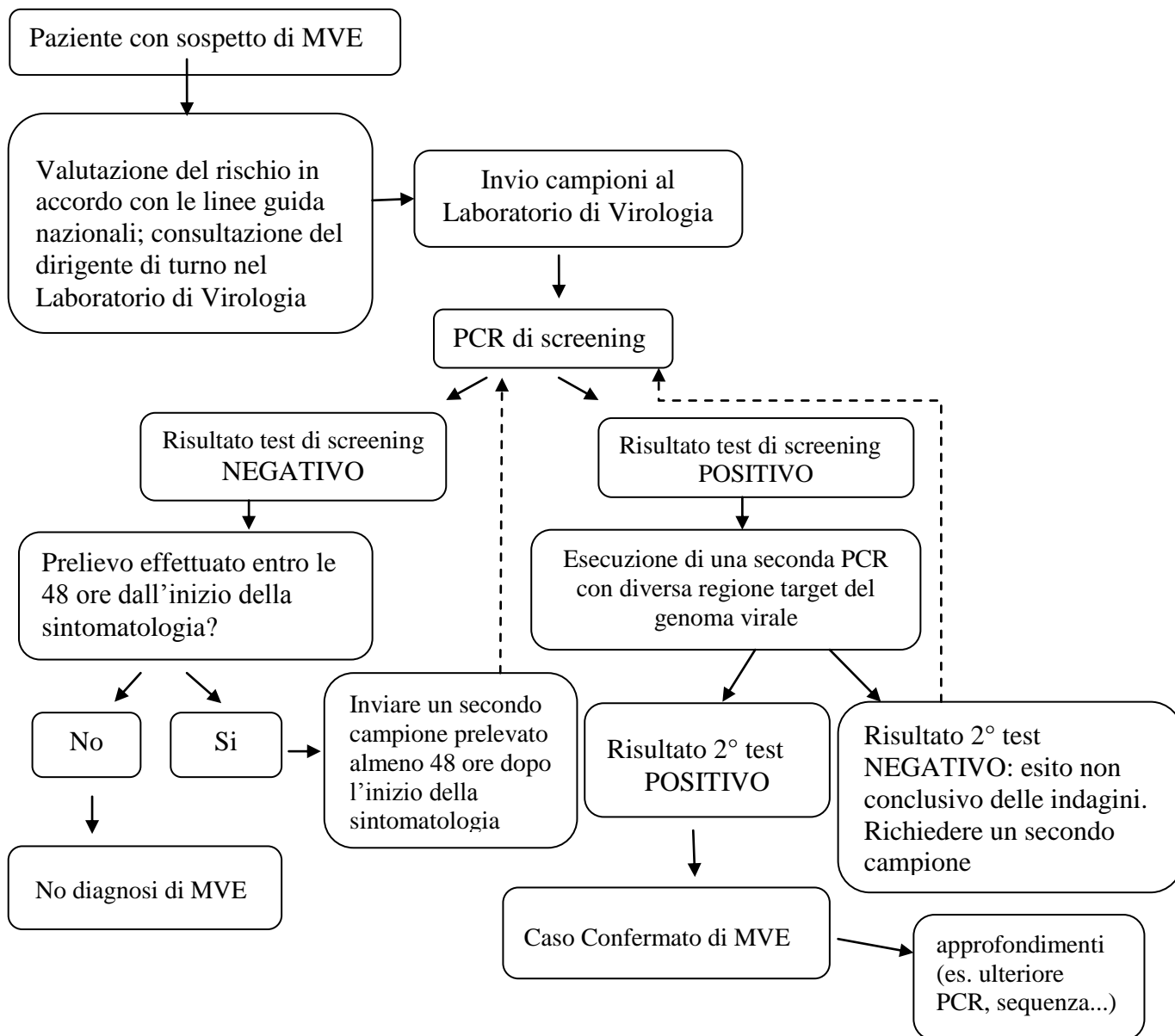
Il trasporto dei campioni al laboratorio va eseguito secondo le correnti raccomandazioni per il trasporto di campioni a rischio biologico (riferimento: D.lgs. n° 81/2008 Titolo X (art. 272, comma 2, lettera m); Circolare Ministeriale n° 3/2003 "Raccomandazioni per la sicurezza del trasporto di materiali infettivi e di campioni diagnostici"; Circolare Ministeriale n° 16/1994 "Spedizione di materiali biologici deperibili e/o potenzialmente infetti"), seguendo il principio del triplo involucri. La spedizione va comunque concordata con il Laboratorio. Si raccomanda ancora di lasciare la scheda **fuori dalla confezione**.

4. Consegna dei campioni

L'indirizzo cui inviare i campioni è:

**Laboratorio di Virologia Padiglione Baglivi,
Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "L. Spallanzani"
Ingresso carrabile: via Giacomo Folchi, 6 A - 00149 Roma**

Algoritmo diagnostico per sospetta MVE



3. Altre procedure

3.1 Modalità di disinfezione e sanificazione

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

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

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

Alla dimissione del paziente affetto da MVE o dopo la rimozione del corpo a seguito di decesso del paziente, la stanza deve essere sottoposta a completa e scrupolosa disinfezione con ipoclorito di sodio allo 0,5%. La fumigazione con formaldeide è considerata il metodo di scelta per la disinfezione ambientale, adottando le precauzioni del caso e tenendo in considerazione i rischi e le limitazioni riportate nella circolare 57/83 del Ministero della Sanità. La fumigazione non sostituisce la necessità di utilizzo di idonei dispositivi nelle successive fasi di pulizia.

In alternativa alla fumigazione, tutte le superfici potenzialmente contaminate, incluse le apparecchiature ed i dispositivi usati per l'assistenza al paziente, devono essere disinfettati con soluzioni di ipoclorito di sodio allo 0,5% o di fenolo allo 0,5%.

In caso di estesa contaminazione ambientale con fluidi del paziente, l'area interessata dovrà essere sottoposta a disinfezione secondo il ciclo a tre tempi (1- disinfezione/decontaminazione dei fluidi, 2- pulizia/detersione, 3- disinfezione delle superfici e dei materiali venuti a contatto con i fluidi).

Per la decontaminazione di spandimenti di sangue e altri liquidi biologici è da preferire un disinfettante a base di cloro prima di procedere alla detersione:

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

Per l'esecuzione di tutte le suddette manovre l'operatore dovrà indossare guanti in gomma in aggiunta ai prescritti DPI.

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

Le apparecchiature di laboratorio utilizzate devono essere sanificate in accordo con quanto consigliato dalla ditta produttrice, o in accordo ai protocolli in uso all'interno dei laboratori BSL3-4. Vassoi, stoviglie e le posate saranno monouso (plastica o carta) per consentirne la termodistruzione.

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

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

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

Gli aghi e taglienti verranno raccolti in appositi contenitori per taglienti e pungenti, che una volta riempiti debbono essere ermeticamente chiusi e disinfettato esternamente, ed avviati ad incenerimento, dopo averli inseriti all'interno di un contenitore rigido per percolanti di cui al primo capoverso del paragrafo.

3.3 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 e deve essere previsto l'utilizzo di sacchi impermeabili entro cui contenere la salma.

In particolare, al fine di poter deporre subito la salma nella bara e procedere alla chiusura della stessa è necessario procedere all'accertamento strumentale della realtà della morte mediante ECG continuo per 20 minuti, in modo da eliminare il tempo di osservazione della salma, dalle 15 alle 30 ore.

I DPI debbono essere scrupolosamente utilizzati anche per il personale della camera mortuaria durante la gestione della salma.

L'autopsia è fortemente sconsigliata se non strettamente necessaria (ad esempio, per obblighi medico-legali), ed in tal caso procedure non invasive, quali ad esempio la biopsia su cadavere, devono essere privilegiate ed i campioni debbono essere processati esclusivamente dall'INMI.

Eventuali autopsie per pazienti altamente contagiosi debbano essere eseguite solo ed esclusivamente presso l'INMI, concordando preventivamente le modalità di trasporto della salma, in quanto l'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" dispone di strutture e adeguate procedure per la medicina necroscopica in caso di pazienti deceduti per patologie altamente contagiose.

3.4 Modalità di sorveglianza sanitaria dei contatti e degli operatori

Gestione dei contatti

Le misure di sorveglianza disposte nei confronti dei contatti devono essere finalizzate a identificare precocemente l'eventuale insorgenza di sintomi compatibili con MVE. A tal fine, la persona identificata come contatto deve essere informata sui comportamenti da tenere per evitare l'eventuale esposizione a contagio di altre persone.

Nelle tabelle 5 e 6 sono riportati i criteri per la definizione di contatto e indicate le relative misure di sorveglianza così come descritto nella circolare del Ministero della Salute n° 0026377 del 1 Ottobre 2014 .

Tabella 5 – Criteri per la definizione dei contatti – Dalla Circolare del Ministero della Salute n° 0026377 del 1 Ottobre 2014

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

Per i contatti si identificano tre livelli di rischio:

- a) **Contatti a basso rischio** (“contatti casuali” ai sensi della Circolare Ministero della Salute 16/10/2006): Persone che hanno condiviso spazi confinati (come aver viaggiato con lo stesso mezzo di trasporto, avere soggiornato nello stesso albergo, ecc) con il caso, senza contatto diretto con sangue o materiali biologici. A questa categoria appartiene il personale sanitario che ha gestito un caso adeguatamente protetto o ha manipolato campioni biologici con le adeguate protezioni;
- b) **Contatti a rischio intermedio** (“contatti stretti”): Si considerano contatti a medio rischio i conviventi; coloro che hanno assistito un caso probabile o confermato, o lo hanno toccato senza venire a contatto visibile con fluidi corporei, o ne hanno toccato gli abiti, o hanno manipolato campioni biologici, senza le dovute protezioni;
- c) **Contatti a rischio elevato** (“contatti stretti ad alto rischio”): Coloro che hanno avuto esposizione diretta di cute (anche integra) o mucose a materiali biologici del paziente, ad esempio a sangue, vomito, secrezioni respiratorie, feci, urine; contatto viso a viso, rapporto sessuale, punture o altre ferite penetranti con materiale potenzialmente contaminato, manipolazione o ricomposizione della salma senza adeguata protezione.

Tabella 6 – Misure per la gestione dei contatti – Dalla Circolare del Ministero della Salute n° 0026377 del 1 Ottobre 2014

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

- la specifica condizione di rischio;
- i sintomi di esordio della malattia;
- le modalità di trasmissione, mettendo in evidenza la necessità di evitare assolutamente il contatto diretto o indiretto di altre persone con il sangue, ad esempio tramite l'uso in comune di strumenti per l'igiene personale o il soccorso per piccole ferite;
- l'opportunità di evitare farmaci che possano mascherare l'insorgenza di febbre.

Inoltre, vengono consigliate le seguenti misure aggiuntive:

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

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

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

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

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

I Dipartimenti di prevenzione delle Aziende Sanitarie sono incaricate di attuare le misure di quarantena e sorveglianza sanitaria dei contatti disposte al domicilio. Pertanto, le strutture sanitarie della Regione (PS/DEA, Reparti di Malattie Infettive), che si trovano ad avere in valutazione casi sospetti/probabili o confermati di MVE, sono tenute a trasmettere le generalità dei contatti (nome

ed altri dati anagrafici disponibili, inclusi indirizzo e numero di telefono) al Dipartimento di Prevenzione della ASL competente per territorio per l'attuazione delle misure di sorveglianza (come da indicazione della Circolare Ministeriale).

Le Direzioni Sanitarie, a tal fine, sono invitate a tenere un registro dei contatti identificati presso la propria struttura e ad emanare disposizioni affinché i sanitari, fin dal primo contatto con il paziente sospetto, provvedano a prendere nota di eventuali contatti.

I reparti di Malattie Infettive della Regione sono tenuti ad attuare la quarantena e la sorveglianza sanitaria per i contatti a rischio alto, ricoverando il paziente in isolamento.

I contatti per cui si è disposto l'isolamento domiciliare devono essere informati sui comportamenti da tenere durante l'isolamento, e sulle azioni di intraprendere in caso di insorgenza di sintomi, inclusi i numeri da contattare (Dipartimento di Prevenzione e Reparto di Malattie Infettive di riferimento). All'uopo può essere utile come modello il foglio notizie predisposto nella procedura interna per i contatti presso l'INMI, e disponibile sul sito istituzionale. Le procedure operative adottate dall'INMI Spallanzani per la gestione di casi sospetti, probabili o confermati e contatti di malattia da virus Ebola (MVE) in Africa occidentale, sono pubblicate sul sito istituzionale dell'Istituto (www.inmi.it)

4. Gestione degli operatori sanitari esposti

Tutti gli operatori che entrano in contatto con il paziente (sia esso sospetto o confermato), o con i campioni diagnostici, o con i materiali potenzialmente contaminati, devono registrare data ed orario, nome, domicilio, contatto telefonico, mansione ed eventuali note nel registro conservato nei locali esterni alla stanza di isolamento. Devono essere inoltre istruiti a comunicare qualunque esposizione non protetta o inosservanza/variazione delle procedure raccomandate. Tutti gli operatori che hanno avuto contatto con il paziente dotati degli appropriati DPI sono considerati contatti a basso rischio, e pertanto nessuna misura aggiuntiva è prevista a parte un supplemento informativo circa le modalità di trasmissione, le modalità con cui comunicare l'eventuale comparsa di sintomi.

Gli operatori sanitari che hanno avuto esposizioni tali da classificarli come contatti a rischio intermedio o elevati, debbono immediatamente darne comunicazione alla direzione sanitaria della struttura di appartenenza e contattare il Medico di Accettazione dell'Istituto Nazionale per le Malattie infettive Lazzaro Spallanzani, via telefono tramite centralino (senza presentarsi spontaneamente presso l'Accettazione) al fine di ottenere le istruzioni per la gestione successiva.

5. Disposizioni in materia di comunicazione

Si ricorda che ogni comunicazione relativa a casi di MVE in valutazione presso qualsiasi struttura della Regione Lazio deve essere effettuata in accordo con quanto previsto dalla Circolare Ministeriale n° 0026708 del 6 Ottobre 2014 e dalla presente disposizione, attenendosi al criterio di massimo riserbo, per evitare inutili allarmismi.

Si richiama la responsabilità delle Direzioni Sanitarie delle strutture coinvolte e dei singoli operatori sanitari che si trovano ad operare su questi pazienti, affinché si adoperino per evitare inutili esposizioni mediatiche e comunicazioni all'esterno circa la presenza e lo stato di salute di pazienti sospetti, se non previo accordo con il Ministero e con la Regione Lazio (Cabina di Regia SSR Dr. Alessio D'Amato)

Allegato 1 - Scheda di valutazione per il “caso sospetto” in Accettazione

Scheda raccolta dati soggetti in PS per problemi associati a MVE

Nome _____ Cognome _____ sesso [M] [F]

Data di nascita [][]/[][]/[][][][] nata/o a _____ (stato _____)

Residente a _____ indirizzo completo in Italia _____
(eventualmente presso: _____)

N° telefono fisso _____ N° telefono fisso /cellulare _____

Familiari (conviventi) _____ tel _____

1. Ultimo viaggio in Africa: dal [][]/[][]/[][][][] al [][]/[][]/[][][][]

2. Zone visitate: _____

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

4. Vaccinazioni pregresse: febbre gialla [] epatite A [] epatite B [] meningite meningococcica []

Febbre tifoide [] altro [] _____

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

Se sì, con quale farmaco _____ dal [][]/[][]/[][][][] al [][]/[][]/[][][][]

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

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

- contatto con paziente autonomo in grado deambulare
sala attesa aeroporto []
albergo (operatore turistico) []
su un mezzo di trasporto pubblico []
 - contatto con caso gravemente ammalato e/o deceduto
contatto ristretto (entro 1 metro) senza utilizzo di dispositivi di protezione individuali []
 - partecipazione a rito funerario di paziente con esposizione diretta alla salma nell'area affetta da MVE (o proveniente da essa) []
 - contatto diretto con carne di animali selvatici (“bushmeat”) o pipistrelli, roditori, primati, vivi o morti, nell'area affetta (o proveniente da essa) []
7. Ha avuto esposizioni a rischio? |NO| |SI| se SI descrivere:
- Contatto diretto con materiale contaminato da fluidi corporei (sangue, vomito, feci, espettorato,) di un caso probabile o confermato di MVE []
 - Lesione percutanea o esposizione mucosa a fluidi corporei, tessuti o campioni di laboratorio di un caso probabile o confermato []
 - Rapporto sessuale non protetto con un caso probabile o confermato fino a tre mesi dalla guarigione []
 - Altro [] specificare _____

8. Sintomatologia:

- | | | | |
|---|-----|----------------|-----------------------|
| • Febbre | [] | durata gg. | [][] < 1 giorno [] |
| • Vomito | [] | insorto da gg. | [][] < 1 giorno [] |
| • Diarrea | [] | insorto da gg. | [][] < 1 giorno [] |
| • Astenia | [] | insorto da gg. | [][] < 1 giorno [] |
| • Mialgie | [] | insorto da gg. | [][] < 1 giorno [] |
| • Artralgie | [] | insorto da gg. | [][] < 1 giorno [] |
| • Singhiozzo | [] | insorto da gg. | [][] < 1 giorno [] |
| • Congiuntivite | [] | insorto da gg. | [][] < 1 giorno [] |
| • Nausea | [] | insorto da gg. | [][] < 1 giorno [] |
| • Faringodinia e disfagia | [] | insorto da gg. | [][] < 1 giorno [] |
| • Dolore addominale | [] | insorto da gg. | [][] < 1 giorno [] |
| • Diarrea (con presenza di sangue o meno) | [] | insorto da gg. | [][] < 1 giorno [] |
| • Enterorragia | [] | insorto da gg. | [][] < 1 giorno [] |

Allegato 2 – Form da inviare in Laboratorio



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani”

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Via Portuense, 292 - 00149 Roma

Scheda di raccolta dati per la diagnosi di Laboratorio in caso di sospetta MVE

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

COGNOME e NOME _____

SESSO: Maschio Femmina DATA DI NASCITA ___/___/_____

RESIDENZA _____

Domicilio abituale _____

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

DATA INIZIO SINTOMATOLOGIA ___/___/_____

Segnalazione di caso sospetto inviata al Ministero della Salute secondo la Circolare del 13/08/2014	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Permanenza all'estero nei 21 giorni precedenti l'inizio dei sintomi Se si, specificare _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Contatto con casi accertati o sospetti di Ebola Se si, specificare _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Segni e sintomi Febbre >38,5°C Segni emorragici Trombocitopenia Segni e sintomi di shock Diarrea Rasch cutaneo Altro (specificare) _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Campioni inviati Sangue/EDTA per Ebola Sangue/EDTA per test ematochimici Sangue/EDTA per malaria Sangue EDTA per Dengue Siero Urine Tampone (specificare) _____ Altro (Specificare) _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Data di compilazione ___/___/_____

Il medico richiedente