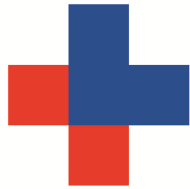


SISTEMA SANITARIO REGIONALE



**ARES**  
**118**


**PROTOCOLLO PER LA GESTIONE  
EXTRA-OSPEDALIERA DEI CASI DI  
MALATTIA DA VIRUS EBOLA**

**ARES 118**  
**AZIENDA REGIONALE EMERGENZA SANITARIA**  
DIREZIONE SANITARIA  
REV. 1 del 20.10.2014

## Sommario

GRUPPO DI LAVORO .....	3
SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE .....	3
RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI.....	3
ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI E TERMINOLOGIA .....	3
RESPONSABILITÀ .....	4
INFORMAZIONI CLINICHE ED EPIDEMIOLOGICHE.....	4
MODALITA' OPERATIVE.....	5
VALUTAZIONE INIZIALE E GESTIONE DI CASO SOSPETTO/PROBABILE/CONFERMATO DI MALATTIA DA VIRUS EBOLA DA PARTE DELLA CENTRALE OPERATIVA ARES 118.....	5
<i>GESTIONE INTERVENTO PRIMARIO</i> .....	6
TRIAGE.....	6
MEDICO DI CENTRALE OPERATIVA.....	6
EQUIPAGGIO DEL MEZZO DI SOCCORSO.....	7
FASE PREINTERVENTO.....	7
PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE .....	8
ARRIVO PRESSO STRUTTURA RICEVENTE.....	8
DECONTAMINAZIONE DEL MEZZO DI TRASPORTO.....	9
DISPOSIZIONI IN MATERIA DI COMUNICAZIONE .....	9
<i>GESTIONE TRASPORTO SECONDARIO</i> .....	10
MEDICO DI CENTRALE OPERATIVA.....	10
EQUIPAGGIO DEL MEZZO DI SOCCORSO.....	10
FASE PREINTERVENTO.....	10
PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE .....	11
ARRIVO PRESSO STRUTTURA RICEVENTE.....	12
DECONTAMINAZIONE DEL MEZZO DI TRASPORTO.....	12
DISPOSIZIONI IN MATERIA DI COMUNICAZIONE .....	12
ALLEGATO 1 - GESTIONE INTERVENTO PRIMARIO .....	14
ALLEGATO 2- CRITERI PER LA DEFINIZIONE DI CASO .....	15
ALLEGATO 3 – VALUTAZIONE RISCHIO MVE.....	17
ALLEGATO 4 - SCHEMA RIEPILOGATIVO REPARTI MALATTIE INFETTIVE .....	18
ALLEGATO 5- DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI) .....	18
ALLEGATO 6 - DECONTAMINAZIONE AMBIENTALE.....	20
ALLEGATO 7 - GESTIONE INTERVENTO SECONDARIO.....	21

Cronologia autorizzativa						REV.
Redazione		Approvato		Verifica		
Data	Nominativo del redattore	Data	Direttore Sanitario	Data	U.O. Qualità	1
20/10/2014	Dott.ssa N. Trani Dott.ssa M.A. Parafati	20/10/2014	Dott. D.A. Ientile	20/10/2014	Dott. G. Di Domenica	

	PROCEDURA OPERATIVA	PO 07
	GESTIONE EXTRA-OSPEDALIERA DEI CASI DI MALATTIA DA VIRUS EBOLA	Rev.1 del 20.10.2014 Pag. 3 a 21

## GRUPPO DI LAVORO

<b>Dr.ssa M. Parafati</b>	Direzione sanitaria	<b>Dr.ssa S. Scelsi</b>	U.O.C. Servizio Infermieristico
<b>Dr.ssa N. Trani</b>	Direzione sanitaria	<b>Dr.ssa M. Cardinale</b>	U.O.C. Maxi-emergenza

## SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura operativa, che descrive le modalità di gestione dei soccorsi di pazienti a possibile contatto con Virus Ebola, è da applicarsi in capo a tutte le C.O. dell'ARES 118 ed al personale ad esse afferente.

## RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

Nella redazione del presente documento si è fatto riferimento ai seguenti documenti:


- Protocollo Regionale “Epidemia da virus Ebola in Africa Occidentale: indicazioni per la sorveglianza ed il controllo”, di cui alla Determinazione Dirigenziale n. 614722 del 17/10/2014.
- Circolare Ministero della Salute del 16 ottobre 2006 “Febbri emorragiche e virali. Raccomandazioni ed indicazioni per il trasporto”;
- Circolare Ministero Salute del 13 agosto 2014 “Segnalazione e gestione di eventuali casi sospetti di Malattia da Virus Ebola (MVE)”;
- Circolare Ministero della Salute del 6 ottobre 2014 “Aggiornamento ed Errata Corrige nota circolare pr. 26377 del 1/10/2014 “Malattia da Virus Ebola (MVE) - Protocollo centrale per la gestione dei casi e dei contatti sul territorio nazionale”.

## ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI E TERMINOLOGIA

C.O.: Centrale operativa

D.P.I.: Dispositivi di Protezione Individuale

M.V.E.: Malattia da Virus Ebola

	PROCEDURA OPERATIVA	PO 07
	GESTIONE EXTRA-OSPEDALIERA DEI CASI DI MALATTIA DA VIRUS EBOLA	Rev.1 del 20.10.2014 Pag. 4 a 21

## RESPONSABILITÀ

La presente procedura operativa deve essere:

- Recepita e diffusa da parte dei Responsabili di C.O. e delle Posizioni Organizzative e dei Coordinatori infermieristici;
- Applicata a tutto il personale delle C.O. ed a tutto il personale operante sui mezzi di soccorso.

## INFORMAZIONI CLINICHE ED EPIDEMIOLOGICHE

La Direzione Sanitaria, in coerenza con le raccomandazioni interazionali e nazionali per la messa in opera di tutte le misure di protezione e prevenzione degli operatori sanitari e della popolazione, ed in linea con la necessità di favorire la diffusione della più corretta informazione, formula uno specifico modello organizzativo-operativo da applicarsi nell'ambito del sistema regionale di emergenza-urgenza extra-ospedaliero 118 per la gestione di tale emergenza sanitaria.


Nel rispetto delle indicazioni scientifiche disponibili, si rappresenta che il virus Ebola è sensibile ad una vasta gamma di disinfettanti per uso ospedaliero (es. ipoclorito di sodio) usati per la disinfezione delle superfici non porose. Il virus sopravvive nell'ambiente esterno anche per molte ore in presenza di materiale organico ed è inattivato da parte della luce ultravioletta e dell'essiccamento.

La **trasmissione** interumana è documentata a seguito di:

- Contatto diretto con sangue o altri liquidi biologici di persone infette (sangue, feci, urine, sperma, secrezioni della mucosa oro-congiuntivale, droplets);
- Contatto con oggetti contaminati da liquidi corporei e/o riutilizzo di aghi;

La trasmissione per via aerea non è documentata.

La probabilità di trasmissione cambia nel corso della malattia con l'evolversi delle manifestazioni cliniche: il rischio di trasmissione è basso quando è presente solo febbre in assenza di vomito e diarrea ed in assenza di manifestazioni emorragiche; il rischio è significativamente più elevato quando compaiono le manifestazioni emorragiche e rimane molto alto anche dopo la morte.

	PROCEDURA OPERATIVA	PO 07
	GESTIONE EXTRA-OSPEDALIERA DEI CASI DI MALATTIA DA VIRUS EBOLA	Rev.1 del 20.10.2014 Pag. 5 a 21

### **Il periodo di incubazione**

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

Al momento non è possibile identificare i pazienti infetti durante il periodo di incubazione (ovvero prima dell'inizio dei sintomi), neanche con i test molecolari.


La sintomatologia dopo il periodo di incubazione si caratterizza da:

- forma febbrile ad insorgenza rapida con sintomi inizialmente non specifici, malessere generale, artromialgie, cefalea, in alcuni casi dispnea, iniezione congiuntivale;
- dal 5° al 7° giorno complicata da vomito, diarrea crampi addominali, manifestazioni cutanee maculo papulose che coinvolgono tutto il corpo con enantema del palato, segni di emorragia sottocutanea, mucosa o di altri organi interni. Le manifestazioni emorragiche coinvolgono più frequentemente il tratto gastro-intestinale (con ematemesi e melena) ed i polmoni; possono essere presenti petecchie diffuse, ematuria, emorragie a carico di siti di prelievo ematico, epistassi, emorragie gengivali, sottocongiuntivali, vaginali.
- Seguono shock ed insufficienza multi-organo, segni di coinvolgimento renale ed epatico, diatesi emorragica.
- Il coinvolgimento del sistema nervoso centrale si rende evidente con parestesie, letargia, stato confusionale, irritabilità, segni d'irritazione meningea.

## **MODALITA' OPERATIVE**

### **VALUTAZIONE INIZIALE E GESTIONE DI CASO SOSPETTO/PROBABILE/CONFERMATO DI MALATTIA DA VIRUS EBOLA DA PARTE DELLA CENTRALE OPERATIVA ARES 118**

Nell'ambito delle azioni da predisporre per l'intervento in emergenza-urgenza extra-ospedaliero, si precisa che esso si articolerà diversamente a seconda che trattasi di intervento primario o di trasferimento secondario interospedaliero, e nello specifico:

	PROCEDURA OPERATIVA	PO 07
	GESTIONE EXTRA-OSPEDALIERA DEI CASI DI MALATTIA DA VIRUS EBOLA	Rev.1 del 20.10.2014 Pag. 6 a 21

## GESTIONE INTERVENTO PRIMARIO

(Allegato 1- GESTIONE INTERVENTO PRIMARIO)

### TRIAGE

L'infermiere triagista di C.O., che riceve la richiesta di intervento per:

- febbre elevata o storia di febbre nelle ultime 24 ore,

DEVE VERIFICARE:

- eventuale soggiorno nelle aree affette da MVE nei 21 giorni precedenti l'esordio della febbre (alla data della presente procedura gli stati sono: **Guinea, Liberia, Sierra Leone e le aree di Lagos e di Port Harcourt in Nigeria**) o che ha avuto **CONTATTO con CASO CONFERMATO o PROBABILE DI MVE nei 21 GIORNI PRECEDENTI.**

Solo nel caso in cui i due requisiti siano soddisfatti trasferisce la richiesta di intervento al Medico di Centrale operativa.

### MEDICO DI CENTRALE OPERATIVA

Il medico acquisisce in anamnesi le seguenti informazioni:

- se ha avuto contatti con un caso confermato o probabile di MVE nei 21 giorni precedenti;
- la presenza di ulteriore sintomatologia quale vomito, diarrea, dolore addominale, mal di testa intenso, manifestazioni emorragiche;
- le ulteriori informazioni che consentano di procedere a classificazione del caso in sospetto/probabile/confermato come da indicazioni di cui all' allegato 2- CRITERI PER LA DEFINIZIONE DI CASO e compila la scheda apposita di TRIAGE MBV di cui all'Allegato 3- SCHEDA DI VALUTAZIONE RISCHIO MVE.
- In caso di positività, e nel rispetto delle priorità, l'operatore segnala al paziente di restare al domicilio e di attendere l'invio del mezzo di soccorso.


In base alle informazioni ricevute classifica il caso in sospetto/-probabile/confermato.

Se si tratta di caso sospetto:

- o procede ad invio di mezzo di soccorso specificando la tipologia di paziente e la sintomatologia riferita (solo stato febbrile o stato febbrile associato a perdita di liquidi biologici, ecc.);
- o contatta l'ospedale territoriale dotato di reparto di Malattie infettive di riferimento (cfr. allegato 4- ELENCO DELLE STRUTTURE DI RIFERIMENTO) per comunicare l'arrivo del paziente e le relative informazioni cliniche (solo stato febbrile o stato febbrile associato a perdita di liquidi biologici, ecc.).

Se si tratta di caso probabile:

- o contatta l'INMI "Spallanzani", Hub per la patologia infettiva, avvalendosi anche della consulenza del virologo, sempre disponibile al numero 06/55172666, e

	PROCEDURA OPERATIVA	PO 07
	GESTIONE EXTRA-OSPEDALIERA DEI CASI DI MALATTIA DA VIRUS EBOLA	Rev.1 del 20.10.2014 Pag. 7 a 21

concorda le modalità operative per il trasferimento.

Al termine della missione di soccorso, il medico di C.O. dovrà dare immediata comunicazione dello stesso alla Direzione Sanitaria (in orario notturno o diurno festivo al medico pronto disponibile della Direzione Sanitaria medesima), inoltrando (mail: [dirsan@ares118.it](mailto:dirsan@ares118.it); fax: 06/5538.1486) copia della scheda di soccorso e copia della scheda di valutazione del rischio (all. 3) nonché qualunque altra informazione ritenuta utile.

#### **EQUIPAGGIO DEL MEZZO DI SOCCORSO**

L'equipaggio attivato dal medico di Centrale Operativa, riceve dallo stesso le informazioni relative alla tipologia di paziente, ovvero alla tipologia di sintomi (solo stato febbrile o stato febbrile associato a perdita di liquidi biologici).

#### **FASE PREINTERVENTO**

I Dispositivi di Protezione Individuale da adottare in capo all'equipaggio (DPI-cfr. allegato 5- DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE) e che devono essere già indossati al momento dell'arrivo sul luogo dell'intervento sanitario, sono i DPI standard per la prevenzione da contatto e da *droplets*, ovvero:

1. Camice impermeabile
2. Mascherina chirurgica idrorepellente
3. Protezione per gli occhi (occhiali a maschera EN166 [goggles] o schermo facciale)
4. Doppi Guanti (non sterili)


Nel caso in cui il paziente manifesti perdita di liquidi biologici (diarrea, vomito, sanguinamenti, ecc) tali DPI andranno integrati con:

1. Copricapo;
2. Calzari;
3. Mascherina FFP3: da utilizzarsi nel caso in cui il paziente necessiti di manovre che generino aerosol (es. somministrazione di farmaci con nebulizzazione, bronco aspirazione, intubazione, ventilazione a pressione positiva).

Si ritiene utile ribadire che è opportuno che il personale sanitario, in tutte le fasi del percorso assistenziale, anche in presenza di un caso sospetto a basso rischio, rispetti scrupolosamente le precauzioni standard per la prevenzione delle infezioni, operando in modo tale da evitare assolutamente qualsiasi contatto diretto con liquidi biologici dei pazienti. Tutti gli operatori addetti al trasporto del paziente devono eseguire la corretta igiene delle mani.

Le operazioni da effettuare per l'allestimento del mezzo sono:

- posizionare sul lettino dell'ambulanza un telo/sacco impermeabile;
- verificare a bordo la presenza di presidi monouso, eventualmente reintegrandoli (es.

	PROCEDURA OPERATIVA	PO 07
	GESTIONE EXTRA-OSPEDALIERA DEI CASI DI MALATTIA DA VIRUS EBOLA	Rev.1 del 20.10.2014 Pag. 8 a 21

lenzuola, arcelle, ecc.)

### PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE

#### Precauzioni nei confronti del paziente

1. Consegna al paziente una mascherina chirurgica, che verrà indossata autonomamente, se possibile, o aiuta il paziente al posizionamento della stessa.
2. Fornisce il gel alcolico al paziente che procederà al frizionamento delle mani 20-30 sec. e fino a completo assorbimento dell'antiseptico;
3. Informa il paziente sulle misure precauzionali messe in atto (mascherina e igiene mani), e che sarà trasferito presso il reparto di Malattie infettive di riferimento per la successiva valutazione clinico diagnostica.

Nella presa in carico del paziente se vi è la necessità di procedere a manovre di accessi venosi o arteriosi, si conferma l'utilizzo di dispositivi di sicurezza (aghi, butterfly, aghi-cannula, siringhe, etc.), secondo quanto previsto dal D. Lgs. 19/2014, a integrazione del D. Lgs. 81/08 e s.m.i., con l'uso di sistemi sottovuoto con provette di plastica (es. vacutainer). Infine utilizzare durante l'assistenza al paziente biancheria e dispositivi/presidi monouso (es: lenzuolo, arcelle, ecc.).

N.B. Nel caso in cui il paziente si rifiuti di essere condotto in ospedale, bisognerà contattare il medico di C.O., affinché ne dia immediata comunicazione al Dipartimento di Prevenzione dell'A.S.L. territorialmente competente.

### ARRIVO PRESSO STRUTTURA RICEVENTE


All'arrivo presso la Struttura ricevente, già preallertata, il paziente unitamente all'equipaggio, viene accompagnato dal personale della Struttura ricevente presso il locale individuato come isolamento, mediante percorso dedicato.

A seguito della presa in carico del paziente da parte della Struttura ricevente l'equipaggio procede a:

- rimozione di tutto il materiale monouso venuto a contatto con il paziente durante la missione: tali materiali dovranno essere posizionati in contenitori per rifiuti pericolosi a rischio infettivo messi a disposizione dalla struttura ospedaliera;
- alla rimozione dei DPI individuali, nell'ordine specificato nell'allegato 5: i DPI monouso andranno posizionati nei contenitori per rifiuti sanitari a rischio, mentre i DPI riutilizzabili, ovvero quelli per la protezione degli occhi, andranno decontaminati secondo le procedure previste nell'allegato 5, ovvero, in attesa di poterli decontaminare, dovranno essere posti in doppio sacco e contenitore dedicato.

I contenitori dei rifiuti non devono essere riaperti né riutilizzati.



	PROCEDURA OPERATIVA	PO 07
	GESTIONE EXTRA-OSPEDALIERA DEI CASI DI MALATTIA DA VIRUS EBOLA	Rev.1 del 20.10.2014 Pag. 9 a 21

### DECONTAMINAZIONE DEL MEZZO DI TRASPORTO

Al termine dell'intervento l'equipaggio dovrà provvedere alla sanificazione del mezzo. Se durante il trasporto di un caso sospetto non vi è stata 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 dello stesso.

Qualora il paziente vomiti o abbia perdita di altri liquidi biologici, il mezzo dovrà essere sottoposto a disinfezione secondo il ciclo a tre tempi (cfr. allegato 6- DECONTAMINAZIONE AMBIENTALE).


Le manovre di decontaminazione dovranno essere effettuate presso la Struttura Ospedaliera presso cui è stato accompagnato il paziente.

### DISPOSIZIONI IN MATERIA DI COMUNICAZIONE

Ogniqualvolta venga effettuato un intervento per caso sospetto/probabile/confermato, il medico di C.O. dovrà avvisare la Direzione sanitaria e procedere alla trasmissione alla medesima delle Schede di soccorso con relativa scheda di valutazione rischio MVE all.3 (mail: [dirsan@ares118.it](mailto:dirsan@ares118.it); fax: 06/5538.1486).

Si ricorda che ogni comunicazione relativa a casi di MVE, in valutazione presso qualsiasi Struttura della Regione Lazio, deve essere effettuata attenendosi al criterio di massimo riserbo per evitare inutili allarmismi, in accordo con quanto previsto dalla Circolare Ministeriale n. 26708 del 6 ottobre 2014 e dal Protocollo Regionale "Epidemia da Virus Ebola in Africa Occidentale: indicazioni per la sorveglianza ed il controllo" del 17 ottobre 2014.

Si richiama, pertanto, la responsabilità dei singoli operatori sanitari 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 la Direzione aziendale che si interfacerà con la Regione Lazio.

	PROCEDURA OPERATIVA	PO 07
	GESTIONE EXTRA-OSPEDALIERA DEI CASI DI MALATTIA DA VIRUS EBOLA	Rev.1 del 20.10.2014 Pag. 10 a 21

### GESTIONE TRASPORTO SECONDARIO

(cfr. allegato 7- GESTIONE TRASPORTO SECONDARIO)

Le richieste di trasferimento interospedaliero per paziente con sospetto/probabile malattia da Virus Ebola vengono trasferite al Medico di Centrale Operativa.

#### MEDICO DI CENTRALE OPERATIVA

Il Medico di Centrale operativa riceve dal medico della Struttura trasferente:

- l'esito dell'avvenuta consulenza dello specialista infettivologo con la valutazione del grado di rischio.

Se si tratta di caso sospetto:

- acquisisce ulteriori informazioni sulle condizioni cliniche del paziente;
- acquisisce conferma della disponibilità dell'accettazione del paziente da parte della Struttura ricevente;
- programma l'invio del mezzo, comunicando alla Struttura ricevente il presunto orario di arrivo.

Se si tratta di caso probabile:

- chiede al medico richiedente di contattare la Struttura HUB di riferimento ovvero l'INMI "Lazzaro Spallanzani" per concordare con la stessa la modalità di trasferimento.

#### EQUIPAGGIO DEL MEZZO DI SOCCORSO

L'equipaggio attivato dal medico di Centrale operativa, riceve dallo stesso le informazioni relative alla tipologia di paziente, ovvero alla tipologia di sintomi (solo stato febbrile o stato febbrile associato a perdita di liquidi biologici).


#### FASE PREINTERVENTO

I Dispositivi di Protezione Individuale da adottare in capo all'equipaggio (DPI-cfr. allegato 5- DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE), e che devono essere già indossati al momento dell'intervento sanitario, sono i DPI standard per la prevenzione da contatto e da *droplets*, ovvero:

5. Camice impermeabile
6. Mascherina chirurgica idrorepellente
7. Protezione per gli occhi (occhiali a maschera EN166 [goggles] o schermo facciale)
8. Doppi Guanti (non sterili)

Nel caso in cui il paziente manifesti perdita di liquidi biologici (diarrea, vomito, sanguinamenti, ecc) tali DPI andranno integrati con:

4. Copricapo;

	PROCEDURA OPERATIVA	PO 07
	GESTIONE EXTRA-OSPEDALIERA DEI CASI DI MALATTIA DA VIRUS EBOLA	Rev.1 del 20.10.2014 Pag. 11 a 21

5. Calzari;
6. Mascherina FFP3: da utilizzarsi nel caso in cui il paziente necessiti di manovre che generino aerosol (es. somministrazione di farmaci con nebulizzazione, bronco aspirazione, intubazione, ventilazione a pressione positiva).

Si ritiene utile ribadire che è opportuno che il personale sanitario, in tutte le fasi del percorso assistenziale, anche in presenza di un caso sospetto a basso rischio, rispetti scrupolosamente le precauzioni standard per la prevenzione delle infezioni, operando in modo tale da evitare assolutamente qualsiasi contatto diretto con liquidi biologici dei pazienti. Tutti gli operatori addetti al trasporto del paziente devono eseguire la corretta igiene delle mani.

Le operazioni da effettuare per l'allestimento del mezzo sono:


- posizionare sul lettino dell'ambulanza un telo/sacco impermeabile;
- verificare a bordo al presenza di presidi monouso, eventualmente reintegrandoli (es. lenzuola, arcelle, ecc.).

#### **PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE**

##### Precauzioni nei confronti del paziente

4. Consegna al paziente una mascherina chirurgica, che verrà indossata autonomamente, se possibile, o aiuta il paziente al posizionamento della stessa.
5. Fornisce il gel alcolico al paziente che procederà al frizionamento delle mani 20-30 sec. e fino a completo assorbimento dell'antisettico;
6. Informa il paziente sulle misure precauzionali messe in atto (mascherina e igiene mani), e che sarà trasferito presso il reparto di Malattie infettive di riferimento per la successiva valutazione clinico diagnostica.

Nella presa in carico del paziente se vi è la necessità di procedere a manovre di accessi venosi o arteriosi, si conferma l'utilizzo di dispositivi di sicurezza (aghi, butterfly, aghi-cannula, siringhe, etc.), secondo quanto previsto dal D. Lgs. 19/2014, a integrazione del D. Lgs. 81/08 e s.m.i., con l'uso di sistemi sottovuoto con provette di plastica (es. vacutainer). Infine utilizzare durante l'assistenza al paziente biancheria e dispositivi/presidi monouso (es: lenzuolo, arcelle, ecc.).

	PROCEDURA OPERATIVA	PO 07
	GESTIONE EXTRA-OSPEDALIERA DEI CASI DI MALATTIA DA VIRUS EBOLA	Rev.1 del 20.10.2014 Pag. 12 a 21

### ARRIVO PRESSO STRUTTURA RICEVENTE

All'arrivo presso la Struttura ricevente, già preallertata, il paziente unitamente all'equipaggio, viene accompagnato dal personale della Struttura ricevente presso il locale individuato come isolamento, mediante percorso dedicato.

A seguito della presa in carico del paziente da parte della Struttura ricevente l'equipaggio procede a:

- rimozione di tutto il materiale monouso venuto a contatto con il paziente durante la missione: tali materiali dovranno essere posizionati in contenitori per rifiuti pericolosi a rischio infettivo messi a disposizione dalla struttura ospedaliera;

- alla rimozione dei DPI individuali, nell'ordine specificato nell'allegato 4: i DPI monouso andranno posizionati nei contenitori per rifiuti sanitari a rischio, mentre i DPI riutilizzabili, ovvero quelli per la protezione degli occhi, andranno decontaminati secondo le procedure previste nell'allegato 5, ovvero, in attesa di poterli decontaminare, dovranno essere posti in doppio sacco e contenitore dedicato.

I contenitori dei rifiuti non devono essere riaperti né riutilizzati.

### DECONTAMINAZIONE DEL MEZZO DI TRASPORTO

Al termine dell'intervento l'equipaggio dovrà provvedere a sanificazione del mezzo. 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 dello stesso.


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 (cfr. allegato 6- DECONTAMINAZIONE AMBIENTALE).

Le manovre di decontaminazione dovranno essere effettuate presso la Struttura Ospedaliera presso cui è stato accompagnato il paziente.

### DISPOSIZIONI IN MATERIA DI COMUNICAZIONE

Ogniqualvolta venga effettuato un intervento per caso sospetto/probabile/confermato, il medico di C.O. dovrà avvisare la Direzione sanitaria e procedere alla trasmissione alla medesima delle Schede di soccorso con relativa scheda di valutazione rischio MVE all.3 (mail: [dirsan@ares118.it](mailto:dirsan@ares118.it); fax: 06/5538.1486).

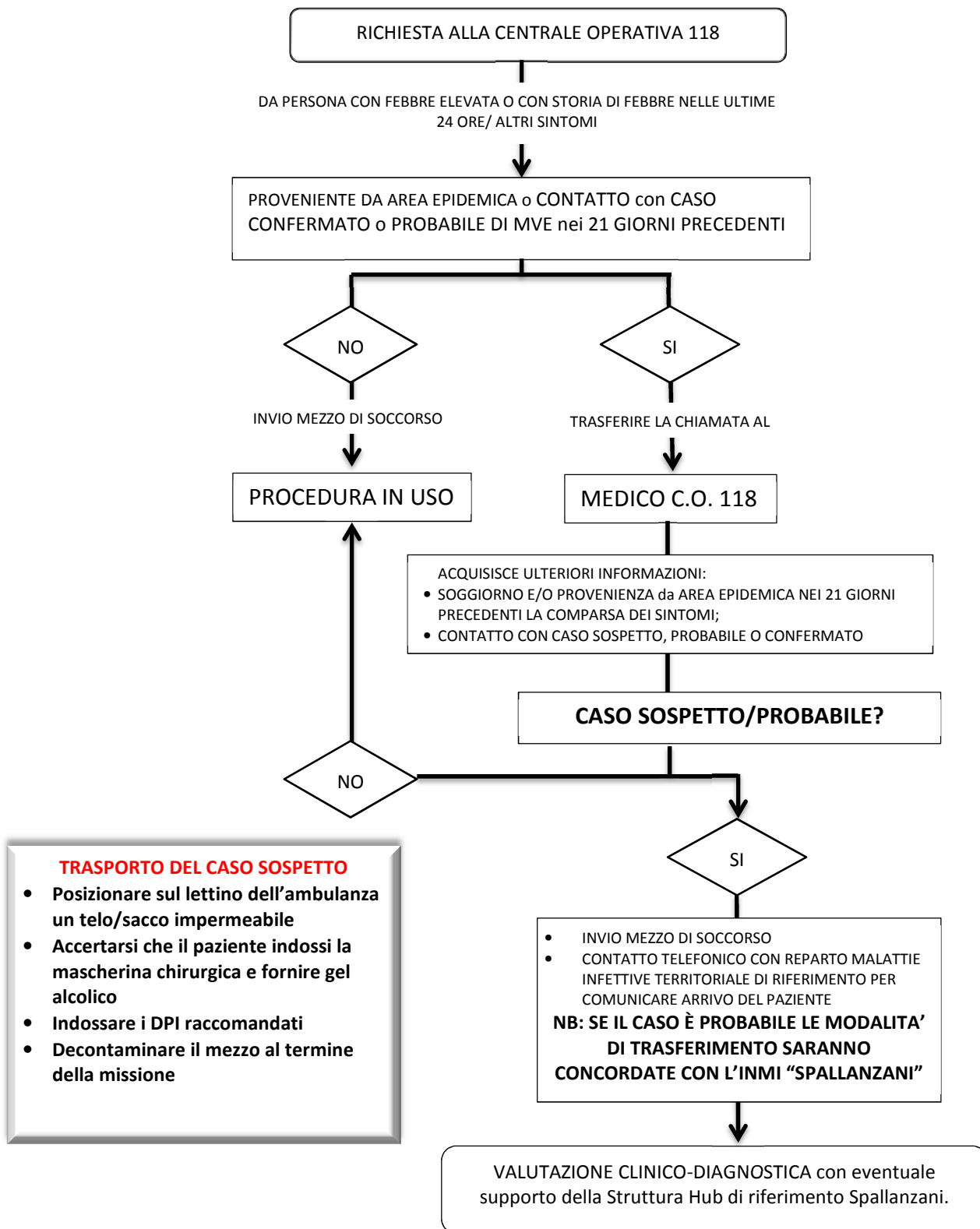
Si ricorda che ogni comunicazione relativa a casi di MVE, in valutazione presso qualsiasi Struttura della Regione Lazio, deve essere effettuata attenendosi al criterio di massimo riserbo per evitare inutili allarmismi, in accordo con quanto previsto dalla Circolare

	PROCEDURA OPERATIVA	PO 07
	GESTIONE EXTRA-OSPEDALIERA DEI CASI DI MALATTIA DA VIRUS EBOLA	Rev.1 del 20.10.2014 Pag. <b>13</b> a <b>21</b>

Ministeriale n. 26708 del 6 ottobre 2014 e dal Protocollo Regionale “Epidemia da Virus Ebola in Africa Occidentale: indicazioni per la sorveglianza ed il controllo” del 17 ottobre 2014.

Si richiama, pertanto, la responsabilità dei singoli operatori sanitari 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 se non previo accordo con la Direzione aziendale che si interfacerà con la Regione Lazio.

**ALLEGATO 1 - GESTIONE INTERVENTO PRIMARIO**



## ALLEGATO 2- CRITERI PER LA DEFINIZIONE DI CASO

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

- febbre elevata 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**

- persona deceduta improvvisamente ed inspiegabilmente.

**CRITERIO EPIDEMIOLOGICO:** Il paziente:

1) ha soggiornato in un'area affetta da MVE nei precedenti 21 giorni, ovvero, alla data della presente Guinea, Liberia, Sierra Leone, nonché le aree di Lagos e di Port Harcourt in Nigeria.

**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. Es.: 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 sieroconversione.

\* \* \* \* \*

**CLASSIFICAZIONE DEI CASI**

**PAZIENTE da VALUTARE ("CASO SOSPETTO"):**

CASO SOSPETTO A BASSO RISCHIO o S1: una persona che presenti il criterio clinico **unitamente** a quello epidemiologico (con assenza di contatti con casi probabili o confermati)

CASO SOSPETTO AD ALTO RISCHIO o S2: una persona che presenti almeno 1 sintomo tra quelli elencati (inclusa la febbre di qualsiasi grado) **unitamente al** 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



### ALLEGATO 3 – VALUTAZIONE RISCHIO MVE

Centrale Operativa di _____	Numero Progressivo di soccorso: _____
Nome _____	Cognome _____ sesso  M   F
Data di nascita <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u>	nata/o a _____
(stato _____)	
Residente a _____	indirizzo completo in Italia _____
	(eventualmente presso: _____)
N° telefono fisso _____	N° telefono fisso /cellulare _____
Familiari (conviventi) _____	tel _____

#### VALUTAZIONE CLINICA

- Febbre elevata o storia di febbre riferita nelle ultime 24 h SI  NO  TC \_\_\_\_\_
- Malessere generale                       Cefalea                       Iniezione congiuntivale
- Dolori addominali                       Vomito                       Diarrea n. \_\_\_\_ scariche
- Poliartromialgie                       Rash cutaneo                       Dispnea
- Manifestazioni emorragiche: Sede/Descrizione \_\_\_\_\_

Data comparsa sintomi: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 1° Sintomo: \_\_\_\_\_

#### VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA

(NB: periodo incubazione 2-21 gg; il rischio si configura per soggetti con almeno 1 dei 2 SEGUENTI:

- Soggiorno in AREA EPIDEMICA nei 21 giorni ANTECEDENTI alla Comparsa dei SINTOMI:  
Luogo soggiorno:     Guinea     Sierra Leone                       Liberia                       Nigeria
- ALTRO Paese a rischio: \_\_\_\_\_ Durata soggiorno \_\_\_\_\_
- Partenza dalla ZONA A RISCHIO \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_                      Rientro in ITALIA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- Avuto CONTATTO con CASO CONFERMATO o PROBABILE DI MVE nei 21 GIORNI PRECEDENTI
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

#### CLASSIFICAZIONE CASO

- Caso Escluso** (sintomi non compatibili o più di 21 giorni tra data partenza e data sintomi)
- Caso Sospetto 1 (basso rischio)** (almeno 2 sintomi + criterio epidemiologico positivo + Assenza contatti)
- Caso Sospetto 2 (alto rischio)** (1 sintomo inclusa febbre + criterio epidemiologico positivo + contatto Alto rischio)
- Caso Probabile** (almeno 2 sintomi + criterio epidemiologico positivo + contatto Alto Rischio)
- Caso Confermato** (presenza diagnosi laboratoristica)

FIRMA DEL MEDICO \_\_\_\_\_

## ALLEGATO 4 - SCHEMA RIEPILOGATIVO REPARTI MALATTIE INFETTIVE

MACROAREA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CITTA' <sup>1</sup>	CODICE OSPEDALE	RETE EMERGENZA	RETE MALATTIE INFETTIVE COD. 24
	INMI L. SPALLANZANI	RM			
4	POLICLINICO A. GEMELLI	RM	120905	DEAII	HUB
1	POLICLINICO UMBERTO I	RM	120906	DEA II	HUB
4	BELCOLLE	VT	120271	DEAI	SPOKE
1	UMBERTO I	FR	120216	DEAI	SPOKE
3	SANTA MARIA GORETTI (POLO NORD)	LT	120200	DEAI	SPOKE
4	SAN CAMILLO DE LELLIS	RI	120019	DEAI	SPOKE
3	DONO SVIZZERO (POLO LT SUD)	LT	120206	DEAI	SPOKE

Note:

L'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive “*Lazzaro Spallanzani*”, è struttura di alta specialità, non inserito nella rete dell'emergenza, è dotato di stanze di degenza a pressione negativa (convertibile in pressione positiva), di un laboratorio attivo ed autorizzato di Biosicurezza 4, cinque laboratori di livello 3 e strutture di Biocontenimento.

## ALLEGATO 5- DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI)

In tutte le attività clinico assistenziali di presa in carico del paziente, ivi incluso anche il trasporto in ambulanza, il personale sanitario dovrà indossare i seguenti DPI per assicurare la prevenzione della trasmissione da contatto e da droplets, con la sequenza indicata:

- Camice impermeabile
- Mascherina chirurgica idrorepellente
- Protezione per gli occhi (occhiali a maschera EN166 [goggles] o schermo facciale)
- Guanti (non sterili).

Qualora si effettuino delle attività clinico assistenziali con un elevato rischio di contaminazione (es. paziente con diarrea, vomito, sanguinamenti e/o in ambiente contaminato in modo significativo) è opportuno utilizzare il doppio paio di guanti, il copricapo e i calzari.

I guanti vanno cambiati quando presentano o si sospettano danneggiamenti o rotture, igienizzando sempre le mani prima di indossare un nuovo paio di guanti.

Evitare per quanto possibile qualsiasi procedura che possa generare aerosol (es.. somministrazione di farmaci con nebulizzazione, broncoscopia, bronco aspirazione, intubazione, ventilazione a pressione positiva), se necessario il personale sanitario dovrà indossare un facciale filtrante FFP3 a protezione delle vie respiratorie.

### RIMOZIONE DEI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE

I DPI vanno rimossi secondo una sequenza predefinita e in grado di ridurre il rischio di contaminazione dell'operatore. Di seguito viene riportata una possibile sequenza, in accordo anche con quanto recentemente raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità:

- Rimuovere i calzari (se presenti)
- Rimuovere i guanti arrotolandoli dal polso, avendo attenzione a non toccare la cute
- Rimuovere il camice avvolgendolo dall'interno all'esterno
- Igiene accurata delle mani
- Se si indossa un copricapo rimuoverlo procedendo dalla parte posteriore del capo
- Rimuovere la protezione per gli occhi procedendo dalla parte posteriore del capo
- Rimuovere la mascherina o il facciale filtrante procedendo dalla parte posteriore del capo utilizzando le stringhe o gli elastici di tenuta
- Igiene accurata delle mani.

I Dispositivi di protezione usa e getta vanno smaltiti negli appositi contenitori per rifiuti infetti secondo le raccomandazioni aziendali. I Dispositivi riutilizzabili (in questo caso quelli per la protezione degli occhi) vanno decontaminati secondo le procedure in essere, ovvero lasciando in immersione tali presidi in soluzione di ipoclorito 5% per almeno 10 minuti, e poi procedendo ad abbondante risciacquo sotto acqua corrente.

## ALLEGATO 6 - DECONTAMINAZIONE AMBIENTALE

Il virus Ebola è sensibile ad una vasta gamma di disinfettanti per uso ospedaliero utilizzati per la disinfezione di superfici resistenti, non-porose. Tutti i disinfettanti attivi su virus con envelope (come il virus influenzale, ad esempio) sono attivi sul virus Ebola.

Il virus è, inoltre, sensibile all'inattivazione da parte della luce ultravioletta e all'essiccamento; il virus Ebola può sopravvivere anche molte ore in presenza di materiale organico.

Il disinfettante di maggiore uso è l'ipoclorito di sodio (comune varechina, diluita all'0,5%).

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).

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 allo 0,5% (contatto di due minuti prima di pulire con pannetti monouso da smaltire nei contenitori per rifiuti a rischio infettivo);

b) versamenti più grandi:

- procedere allo spargimento di ipoclorito allo 0,5% tutto intorno alla zona interessata procedendo dall'esterno verso l'interno. Attendere 10 minuti.
- Procedere alla raccolta del materiale ed allo smaltimento dello stesso nei contenitori per rifiuti a rischio infettivo.
- Trattare l'esterno del contenitore con ipoclorito allo 0,5%
- Dopo la detersione, effettuare una disinfezione finale con una soluzione di ipoclorito 0,5%.

Per le suddette manovre dovrà indossare guanti in gomma in aggiunta ai prescritti dispositivi D.P.I.

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

**ALLEGATO 7 - GESTIONE INTERVENTO SECONDARIO**

RICHIESTA ALLA CENTRALE OPERATIVA 118 PER TRASFERIMENTO  
 PAZIENTE CON MVE DA STRUTTURA OSPEDALIERA

MEDICO C.O. 118

ACQUISISCO CONSULENZA INFETTIVOLOGO DI RIFERIMENTO

**CASO SOSPETTO**

- ACQUISISCE ULTERIORI INFORMAZIONI SULLE CONDIZIONI CLINICHE DEL PAZIENTE;
- CONFERMA DELLA DISPONIBILITÀ DELL'ACCETTAZIONE DEL PAZIENTE DA PARTE DELLA STRUTTURA RICEVENTE;
- PROGRAMMA INVIO MEZZO COMUNICANDO ALLA STRUTTURA RICEVENTE IL PRESUNTO ORARIO DI ARRIVO

VALUTAZIONE CLINICO-DIAGNOSTICA con eventuale  
 supporto della Struttura Hub di riferimento  
 Spallanzani

**CASO PROBABILE E CONFERMATO**

INDICARE ALLA STRUTTURA RICHIEDENTE DI  
 CONTATTARE DIRETTAMENTE LA STRUTTURA HUB INMI  
 LAZZARO SPALLANZANI

**TRASFERIMENTO CON MEZZO  
 ALTO BIOCONTENIMENTO**

**TRASPORTO DEL CASO SOSPETTO**

- Posizionare sul lettino dell'ambulanza un telo/sacco impermeabile
- Accertarsi che il paziente indossi la mascherina chirurgica e fornire gel alcolico
- Indossare i DPI raccomandati
- Decontaminare il mezzo al termine