

PROTOCOLLO REGIONALE
MALATTIA DA VIRUS EBOLA

Versione del 01.09.2014

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). Attualmente i Paesi interessati dall'epidemia sono Guinea, Liberia, Nigeria, Sierra Leone.¹

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 correlati ad un contatto con gorilla, scimmie e porcospini morti o uccisi nelle foreste pluviali.

I 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.

Sono altamente trasmissibili attraverso il contatto diretto con sangue infetto, secrezioni, tessuti, organi o altri fluidi corporei di persone infette, vive o morte. La maggior parte delle infezioni umane derivano infatti dal contatto con i fluidi corporei o secrezioni provenienti da soggetti in particolare in ambito ospedaliero associate a procedure mediche poco sicure.

¹ Informazioni costantemente aggiornate sull'andamento dell'epidemia sono consultabili sui siti dell'OMS: (<http://www.who.int/csr/disease/ebola/en/>) dell'ECDC:(http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/ebola_marburg_fevvers/Pages/index.aspx) Aggiornamenti epidemiologici in italiano sono consultabili sul sito del Ministero della Salute: http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_3_4.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=avvisi&tipo=ventiEpidemici

Finora non è mai stata documentata trasmissione del virus per via aerea.

Il periodo di incubazione solitamente è di 4-10 giorni, ma può variare da 2 a 21. La mortalità per Zaire Ebolavirus è stimata tra il 50 e il 90%.

L'insorgenza di malattia da virus Ebola è improvvisa e i sintomi iniziali includono malattia simil - influenzale, febbre, mialgia, astenia, cefalea e faringodinia.

Successivamente insorgono sintomi e manifestazioni cliniche in diversi organi. I sintomi possono essere di tipo gastrointestinale (vomito, diarrea, anoressia e dolore addominale), neurologico (cefalea, confusione), vascolare (arrossamento congiuntivale/faringeo), cutaneo (rash maculo-papulare) e respiratorio (tosse, dolore toracico, dispnea). Dopo la prima settimana di malattia, più della metà dei pazienti può presentare manifestazioni emorragiche: diarrea sanguinolenta, epistassi, ematemesi, petecchie, ecchimosi. Alcuni pazienti sviluppano emorragie interne ed esterne abbondanti e coagulazione intravascolare disseminata. I pazienti nella fase finale della malattia muoiono per insufficienza multi-organo.

Il rischio di trasmissione da persona a persona del virus è più alto durante le ultime fasi della malattia, che sono caratterizzati da vomito, diarrea, shock, e spesso emorragia. Una revisione della letteratura indica un basso rischio di trasmissione nella prima fase della malattia (intorno ai primi sette giorni). L'infezione non è stata riportata in persone il cui contatto con un paziente infetto si è verificato solo durante il periodo di incubazione (cioè, prima che il paziente diventi febbrile) così come non è stata riportata alcuna trasmissione senza un contatto diretto. Nell'epidemia da virus Ebola in Uganda nel 2000, il più importante fattore di rischio è stato il contatto diretto con i fluidi corporei durante l'assistenza dei malati.

Considerata l'aspecificità iniziale della sintomatologia (comune ad altre infezioni virali) è **essenziale un'anamnesi accurata** al fine di conoscere in dettaglio la zona di provenienza, il tipo di esposizione, il tipo di contatto, la data di comparsa dei sintomi. Tuttavia dobbiamo considerare che la causa della febbre in persone che hanno viaggiato in aree dove insiste l'attuale epidemia di Ebola è più probabile che sia una malattia infettiva diversa (ad esempio la malaria), pertanto la valutazione e il trattamento di altre infezioni potenzialmente gravi non dovrebbero essere ritardati.

ANALISI DEL RISCHIO NELLA POPOLAZIONE GENERALE DI INTRODUZIONE E TRASMISSIONE DI EBOLAVIRUS NELL'UNIONE EUROPEA

Situazione analizzata	Analisi del rischio
Rischio che un turista si infetti durante un viaggio in un Paese affetto e sviluppi la patologia una volta rientrato in EU.	Il rischio è considerato estremamente basso , anche nel caso in cui il viaggio avvenga in località in cui si sono verificati i casi primari. Il contatto diretto con organi e secrezioni biologiche di soggetti/animali infetti (vivi o morti) è considerato improbabile per un turista medio.
Rischio che un viaggiatore si infetti durante una visita ad amici e familiari nei Paesi affetti.	Il rischio è considerato basso a meno che non vi sia un contatto diretto con organi e secrezioni biologiche di soggetti/ animali infetti (vivi o morti). In questo caso, la ricerca attiva dei contatti dovrebbe consentire l'identificazione dell'esposizione e prevenire l'ulteriore diffusione dell'infezione.
Rischi per cittadini europei residenti in Paesi affetti	Il rischio è considerato molto basso , tranne nel caso di un contatto diretto con organi e secrezioni biologiche di soggetti/ animali infetti (vivi o morti). Esiste un rischio di trasmissione in caso di rapporti sessuali non protetti con un paziente EVD in fase di convalescenza.
Rischio per gli operatori sanitari in Paesi affetti	Esiste un rischio specifico per gli operatori sanitari e volontari che operino presso servizi sanitari nei paesi affetti, in particolare se coinvolti nell'assistenza a pazienti affetti da EVD. L'applicazione delle precauzioni raccomandate dovrebbe efficacemente prevenire la trasmissione.
Campioni inviati a laboratori EU	Esiste un rischio teorico in caso di mancata applicazione dei regolamenti e delle precauzioni previste per il trasporto di campioni possibilmente infetti.

Tratto da: *Rapid Risk Assessment* "Outbreak of Ebola virus disease in West Africa" . European Centre for Disease Prevention and Control (Ecdc), agosto 2014

LIVELLO DI RISCHIO DI TRASMISSIONE DEL VIRUS EBOLA SECONDO IL TIPO DI CONTATTO CON PAZIENTE INFETTO²

Livello di rischio	Tipo di contatto
Rischio molto basso o non riconosciuto	Contatto casuale con un paziente febbrile, deambulante e autosufficiente. Esempio: soggiornare insieme in un'area comune o in un mezzo pubblico; lavoro di receptionist.
Rischio basso	Stretto contatto faccia a faccia con un paziente febbrile. Esempio: visita medica, misurazione della temperatura o della pressione sanguigna
Rischio alto	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.

Fonte: European Centre for Disease Prevention and Control (Ecdc), Third update 1 August 2014

Azioni intraprese a livello nazionale

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

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

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

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

con anche una serie di domande e risposte più frequenti

http://www.salute.gov.it/portale/p5_1_1.jsp?lingua=italiano&id=184

² Ulteriori informazioni e aggiornamenti sulla valutazione del rischio sono consultabili sul sito dell'ECDC (http://www.ecdc.europa.eu/en/healthtopics/ebola_marburg_fevers/Pages/index.aspx)

DEFINIZIONE DI CASO MALATTIA DA VIRUS EBOLA (EVD)

CASO SOSPETTO

Qualsiasi persona con febbre $>38^{\circ}\text{C}$ o storia di febbre nelle precedenti 24 ore **E** proveniente da zone epidemiche per EVD che abbiano lasciato la zona da meno di 21 giorni dal momento della comparsa dei sintomi

CASO PROBABILE

Qualsiasi persona con febbre $>38^{\circ}\text{C}$ o storia di febbre nelle precedenti 24 ore proveniente da zone epidemiche per EVD che abbiano lasciato la zona da meno di 21 giorni dal momento della comparsa dei sintomi in cui si verifichi **anche** una delle seguenti condizioni:

- 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
- lavoro in laboratorio con campioni contaminati da un ceppo di virus Ebola
- contatto diretto con i pipistrelli, roditori, primati non umani e altri animali selvatici nella zona a rischio o provenienti dalla zona di pericolo
- operatore sanitario e non in un ospedale che ha ricoverato pazienti infetti da Ebola
- manifestazione di grave forma clinica compatibile con febbre emorragica virale di Ebola senza nessuna possibile valutazione dell'esposizione al rischio.

CASO CONFERMATO

Un caso confermato è definito come qualsiasi persona che soddisfi i criteri clinici e almeno uno dei due seguenti criteri di laboratorio per infezione da virus Ebola.

- Isolamento del virus specifico da un campione clinico;
- Identificazione dell'acido nucleico del virus specifico in un campione clinico e genotipizzazione.

SALMA DI PAZIENTE AFFETTO DA EVD

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

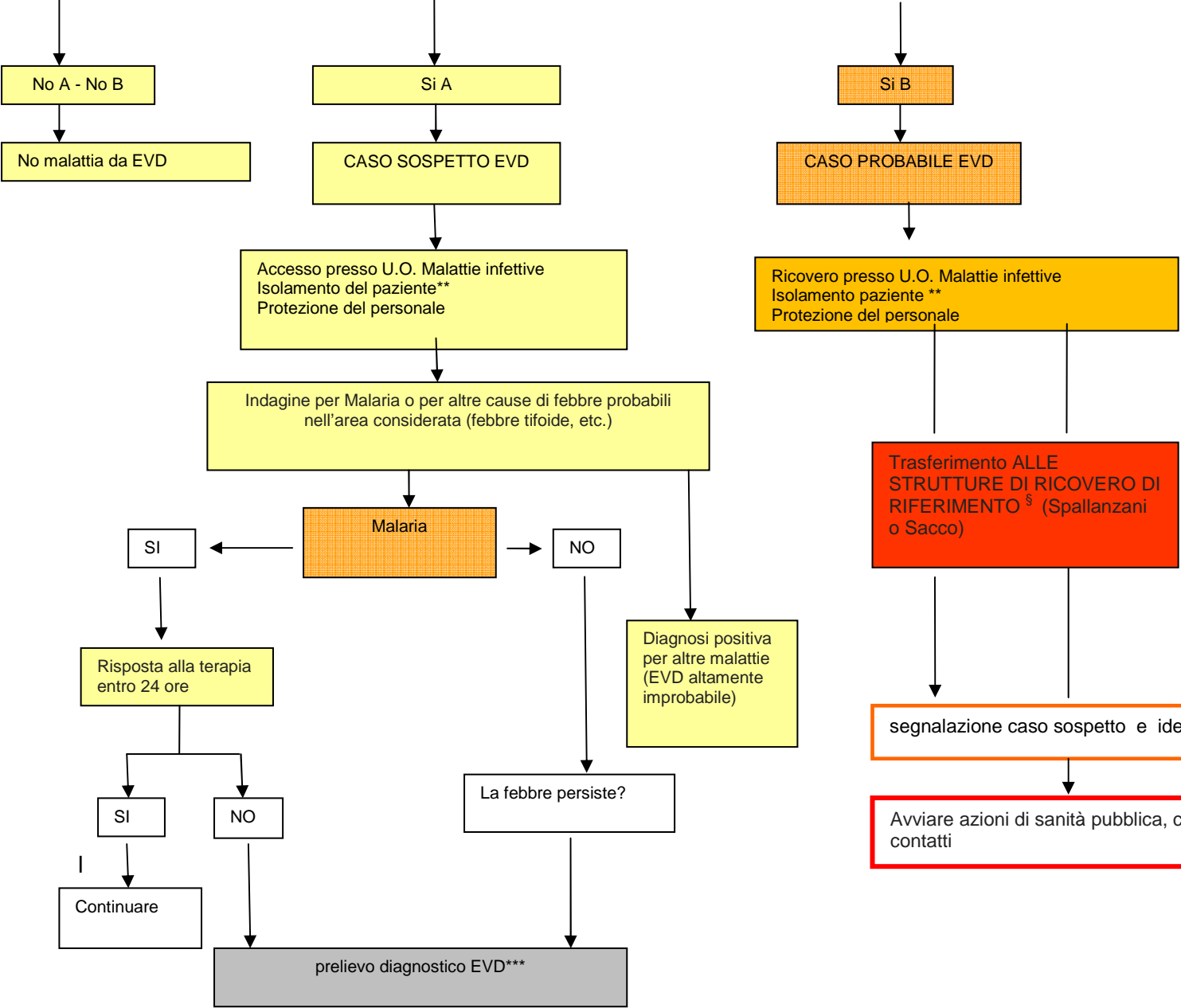
ALGORITMO CASO SOSPETTO/PROBABILE DI MALATTIA DA VIRUS EBOLA (EVD)

A) Il paziente ha la febbre [$> 38^{\circ}\text{C}$] o storia di febbre nelle precedenti 24 ore ed è tornato da (o è attualmente residente in) una zona epidemica EVD entro 21 giorni?
O
 B) Il paziente ha la febbre [$> 38^{\circ}\text{C}$] o storia di febbre nelle precedenti 24 ore, proviene da zona epidemica **E** ha curato / venuto a contatto con fluidi corporei di / maneggiato campioni clinici (sangue, urina, feci, tessuti, colture di laboratorio) da un soggetto vivo o morto o animale conosciuto o fortemente sospettato di avere un EVD?

Nessun rischio/molto basso:
 precauzioni universali (igiene delle mani, uso di guanti, camici monouso)

Personale a rischio: precauzioni universali +, uso maschera chirurgica e visiera: Se procedure a rischio per schizzi di sangue, materiale biologico o aerosol usare maschera e protezioni specifiche per gli occhi

Personale ad alto rischio: tuta completa, maschera visiera, maschera e protezioni specifiche per gli occhi



*Eventuale trasporto con ambulanza: nella fase iniziale della malattia le precauzioni universali sono generalmente sufficienti.

** Una camera a pressione negativa non è necessaria durante le prime fasi della malattia, ma deve essere considerata al momento del ricovero per evitare la necessità di successivo trasferimento del paziente

*** la diagnosi va eseguita solo presso centri di elevata specializzazione, dotati di laboratori idonei alla manipolazione di agenti di classe 4. In Italia l'unico laboratorio autorizzato è quello dell'Istituto Nazionale Malattie Infettive "L.Spallanzani" di Roma.

I TEST PER I VIRUS DI GRUPPO DI RISCHIO 4 NON SONO DISPONIBILI PER PAZIENTI AMBULATORIALI, VANNO RICHIESTI SOLO DALLE U.O. MALATTIE INFETTIVE.

§ il trasferimento deve avvenire secondo le modalità previste dal Decreto interministeriale 23 novembre 2010.

CONSIGLI DI PRIMO INTERVENTO PER LA GESTIONE DEI CASI SOSPETTI/PROBABILI E CONTATTI DI CASO.

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

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

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

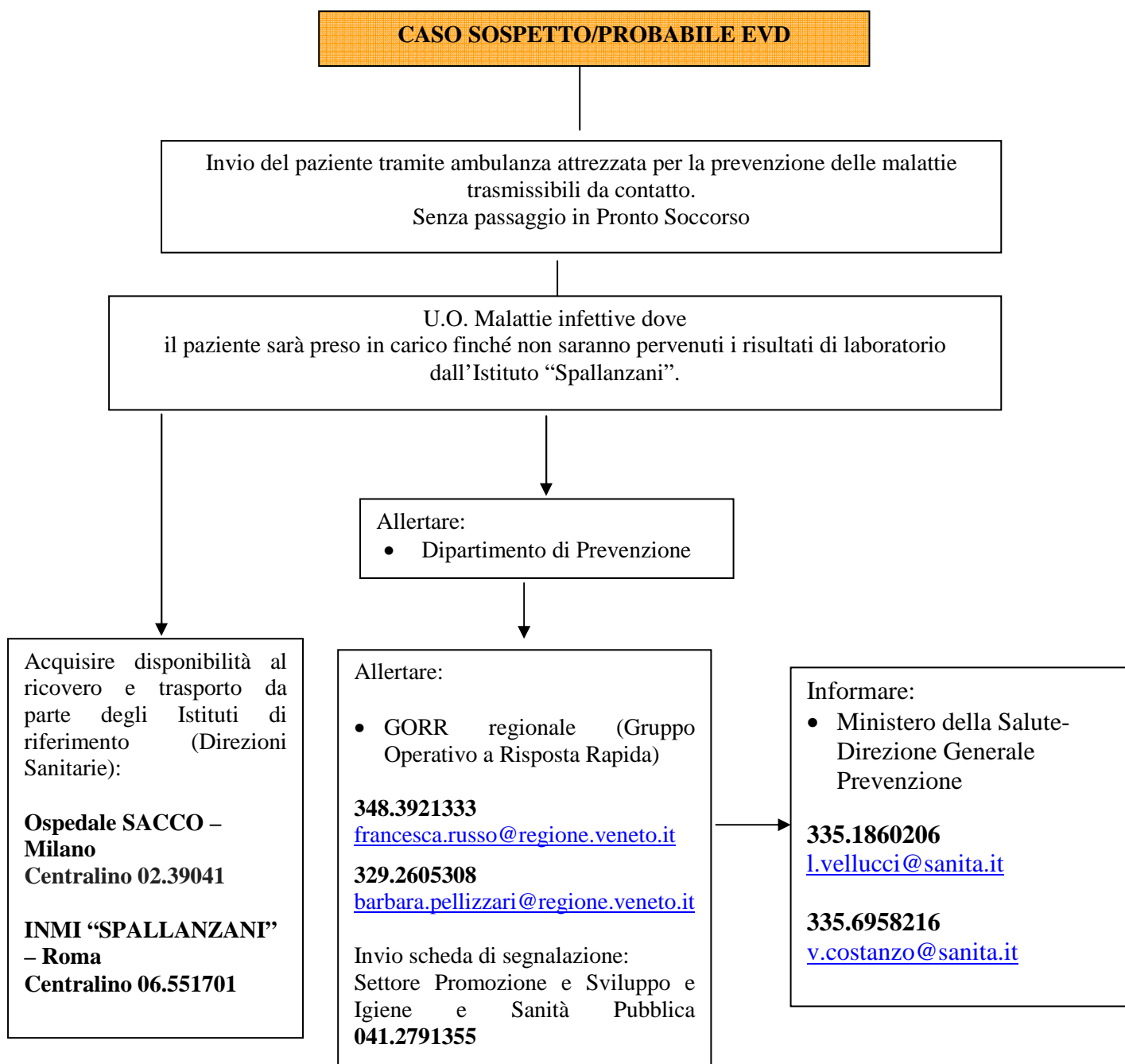
Si ritiene utile fornire indicazioni di comportamento, requisiti minimi e procedure adottabili come soluzione temporanea sufficiente a svolgere, in sicurezza per chi interviene, una prima valutazione del paziente, per escludere il sospetto di EVD ed evitare inutili emergenze oppure per confermare il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

La corretta classificazione dei casi sospetti è molto importante perché le azioni da intraprendere differiscono molto tra il caso sospetto e il probabile.

La gestione dell'accesso del caso al Sistema Sanitario, della sua valutazione ed eventuale riconoscimento quale caso sospetto/probabile di Ebola e la conseguente attivazione del sistema di emergenza si sviluppa, nelle diverse condizioni, secondo il seguente schema (**Allegato 1**):

ALLEGATO 1

PROCEDURA PER TRASPORTO CASO SOSPETTO/PROBABILE DI MALATTIA DA VIRUS EBOLA (EVD) (Decreto interministeriale - 23 novembre 2010)



SCREENING/TRIAGE da parte del primo operatore contattato dal caso (es. triagista in un Pronto Soccorso, una telefonata al Medico di medicina generale ed identificazione della possibilità che il caso possa essere sospetto per EVD (comparsa di febbre entro 21 giorni dalla partenza da Paese o zona geografica interessata dall'epidemia)

VALUTAZIONE DEL CASO DA PARTE DEL MEDICO (es. Medico di Pronto Soccorso, Medico di Sanità Pubblica o Medico di medicina generale). Prima valutazione se caso sospetto o probabile (contatto con caso vivente o deceduto di EVD). Attiva la consulenza infettivologica.

PRESA IN CARICO DEL CASO DA PARTE DEL MEDICO INFETTIVOLOGO PER TUTTI I CASI DEFINITI SOSPETTI/PROBABILI. Il medico infettivologo conferma il caso sospetto/probabile ed esegue una valutazione delle condizioni del paziente ed eventuale predisposizione di ulteriori indagini. Attiva un contatto con l'Ospedale di Riferimento Spallanzani per consulenza clinico-diagnostica e/o l'eventuale trasferimento del paziente o del campione. Segnala il caso sospetto/probabile al Dipartimento di Prevenzione che attiva il GORR regionale e tramite il SISP invia la scheda di segnalazione al Settore Promozione e Sviluppo e Igiene e Sanità Pubblica (041.2791355).

SEGNALAZIONE DA PARTE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE SENZA ACCESSO DIRETTO DEL SOGGETTO AD UN PRONTO SOCCORSO

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

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

In questo caso è opportuno che le procedure di identificazione e classificazione del sospetto avvengano senza far accedere il paziente ai servizi di emergenza. Il medico deve informare il paziente di indossare una mascherina chirurgica e di isolarsi in una stanza con la porta chiusa.

Le direzioni sanitarie delle ASL sono incaricate di organizzare procedure locali che assicurino la presa in carico del paziente da parte dei U.O. di Malattie Infettive.

CAMPIONI BIOLOGICI

La diagnosi va eseguita solo presso centri di elevata specializzazione, dotati di laboratori idonei alla manipolazione di agenti di classe 4.

In Italia l'unico laboratorio di livello 4 autorizzato è quello dell'Istituto Nazionale Malattie Infettive "L.Spallanzani" di Roma

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.

Se necessario, il personale fornisce assistenza anche per il raccordo con corrieri specializzati*.

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)

Antonino Di Caro (antonino.dicaro@inmi.it)

TRASPORTO

Per il trasporto del materiale il Laboratorio di virologia dello Spallanzani ha indicato il **corriere PHSE** che fornisce anche l'imballo per la spedizione UN2814 per sostanze infettive di categoria A

Il corriere PHSE ha una sede Padova, il trasporto avviene in giornata

Numeri di telefono:

centralino 0331/1539430 chiedendo di Giovanna Montella o Margherita Monticelli

cell. aziendale 320/9186481 - 320/9186475

cellulare del responsabile nazionale Francesco Mattei 348/5937608



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
antonino.dicaro@inmi.it
concetta.castilletti@inmi.it
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 F

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

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

GESTIONE DEI CONTATTI

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

Le operazioni saranno coordinate dal Dipartimento di Prevenzione-SISP in collaborazione con le strutture sanitarie disponibili nel territorio di competenza.

Si definisce "contatto" un soggetto asintomatico che sia stato esposto a caso probabile o a un caso confermato o ai suoi liquidi biologici/ tessuti negli ultimi 21 giorni. Per i contatti si identificano tre livelli di rischio cui conseguono opportune misure di controllo (ALLEGATO 3):

Contatti casuali

Definizione: persone asintomatiche che hanno avuto un contatto casuale con caso probabile o un caso confermato o i suoi liquidi biologici/tessuti negli ultimi 21 giorni.

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

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

Contatti stretti

Definizione: persone asintomatiche che hanno avuto un contatto stretto con caso probabile o un caso confermato o i suoi liquidi biologici/ tessuti negli ultimi 21 giorni.

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

Misure di controllo: queste persone devono essere identificate e sottoposte a sorveglianza sanitaria stretta di isolamento. La sorveglianza deve essere proseguita per tre settimane dopo l'ultima esposizione.

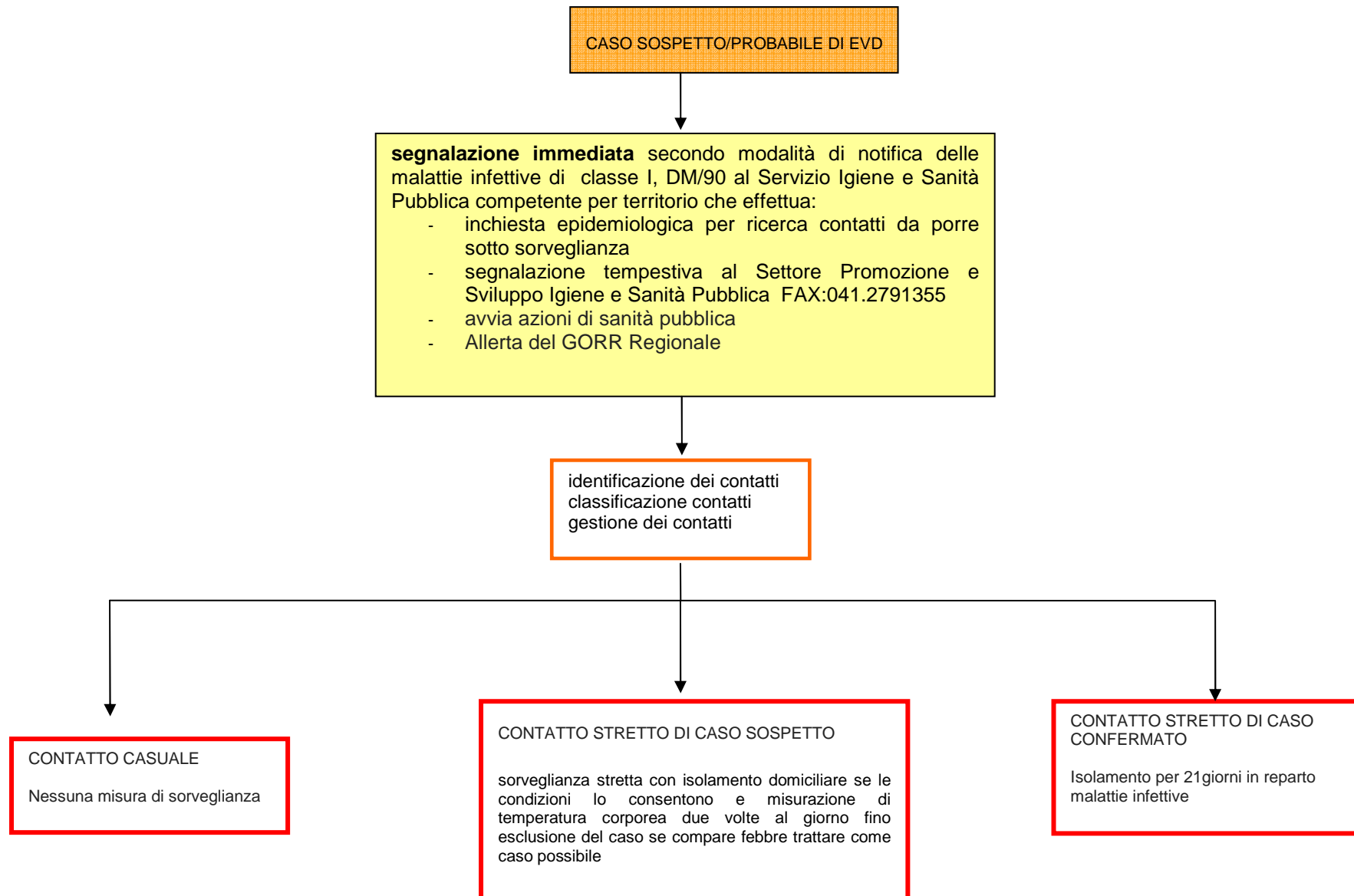
Qualora compaia febbre o qualsiasi sintomo, il paziente deve essere isolato e trattato come caso probabile di EVD.

Contatti ad alto rischio

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

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

Qualora compaia febbre o qualsiasi sintomo, il paziente deve essere isolato e trattato come caso probabile di EVD.



**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. _____ data d'inizio permanenza _____ data fine _____
Nazione/area visitata

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

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

Inviare al Dipartimento di Prevenzione ULSS competente per territorio e da questa trasmissione immediata alla Regione:

DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
SETTORE PROMOZIONE E SVILUPPO IGIENE E SANITA' PUBBLICA

FAX: 041.2791355

NORMATIVA RIFERIMENTO NAZIONALE FEBBRI EMORRAGICHE VIRALI

1. 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”
2. 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”
3. Circ. Min. Salute prot. n. 24349 del 16/10/2006 “Febbri emorragiche virali. Raccomandazioni ed indicazioni per il trasporto.”
4. Circolare del Ministero Salute “Misure di profilassi per esigenze di sanità pubblica (1998)
5. Decreto interministeriale 23.11.2010 Procedura nazionale relativa al trasporto di paziente in alto biocontenimento

Sitografia e bibliografia

- Ministero della Salute
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>
- Heymann. Manuale per il Controllo delle malattie trasmissibili. 18 Edizione. DEA Editrice