

# GAZZETTA UFFICIALE



## DELLA REGIONE SICILIANA

PARTE PRIMA

Palermo - Venerdì, 31 ottobre 2014

SI PUBBLICA DI REGOLA IL VENERDI'

Sped. in a.p., comma 20/c, art. 2,  
l. n. 662/96 - Filiale di Palermo

DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE: VIA CALTANISSETTA 2-E, 90141 PALERMO  
INFORMAZIONI TEL. 091/7074930-928-804 - ABBONAMENTI TEL. 091/7074925-931-932 - INSERZIONI TEL. 091/7074936-940 - FAX 091/7074927  
POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC) gazzetta.ufficiale@certmail.regione.sicilia.it

La Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana (Parte prima per intero e i contenuti più rilevanti degli altri due fascicoli per estratto) è consultabile presso il sito Internet: <http://gurs.regione.sicilia.it> accessibile anche dal sito ufficiale della Regione [www.regione.sicilia.it](http://www.regione.sicilia.it)

### S O M M A R I O

#### LEGGI E DECRETI PRESIDENZIALI

DECRETO PRESIDENZIALE 22 ottobre 2014.

Revoca degli incarichi attribuiti agli Assessori preposti ai rami dell'Amministrazione regionale e assunzione temporanea delle relative funzioni da parte del Presidente della Regione . . . . . pag. 3

#### DECRETI ASSESSORIALI

##### Assessorato dell'agricoltura, dello sviluppo rurale e della pesca mediterranea

DECRETO 13 ottobre 2014.

Graduatoria definitiva delle istanze ammissibili a finanziamento, di quelle non ammissibili e di quelle non ricevibili, inerenti alla prima sottofase di cui al bando riservato all'Amministrazione regionale - PAC, terza fase - linea d'intervento B6 . . . . . pag. 5

DECRETO 22 ottobre 2014.

Modifiche al calendario venatorio 2014/2015 . . . . . pag. 10

##### Assessorato delle attività produttive

DECRETO 22 settembre 2014.

Scioglimento per atto d'autorità della cooperativa Rinascita di Pedara, con sede in Pedara, e nomina del commissario liquidatore . . . . . pag. 10

DECRETO 30 settembre 2014.

Liquidazione coatta amministrativa della cooperativa Centro Dimagrimento Estetico Burgio, con sede in Caltanissetta, e nomina del commissario liquidatore . . . . . pag. 11

DECRETO 1 ottobre 2014.

Liquidazione coatta amministrativa della cooperativa Arcobaleno 87, con sede in Catania, e nomina del commissario liquidatore . . . . . pag. 12

DECRETO 1 ottobre 2014.

Liquidazione coatta amministrativa della cooperativa edilizia Primavera, con sede in Palermo, e nomina del commissario liquidatore . . . . . pag. 12

##### Assessorato delle autonomie locali e della funzione pubblica

DECRETO 1 ottobre 2014.

Impegno e pagamento di somma in favore del comune di Lipari per la prosecuzione del progetto obiettivo lavoratori ex Pumex di cui all'art. 4, comma 10, della legge regionale 12 maggio 2010, n. 11 . . . . . pag. 13

DECRETO 14 ottobre 2014.

Autorizzazione della consultazione referendaria sul progetto di variazione della denominazione del comune di Sciacca, da "Sciacca" in "Sciacca Terme" . . . . . pag. 14

##### Assessorato della salute

DECRETO 8 ottobre 2014.

Riqualificazione in operatore socio sanitario . . . . . pag. 14

DECRETO 15 ottobre 2014.

Sospensione temporanea dell'efficacia del decreto n. 1359/2014 e ripristino del decreto 8 gennaio 2014, concernente approvazione dell'Accordo per la distribuzione per conto dei farmaci inclusi nel PHT . . . . . pag. 29

nei relativi anni di attività, con le modalità previste nei singoli decreti di attivazione delle relative campagne vaccinali.

#### Referenti aziendali

In ciascuna A.S.P. dovrà essere identificato dal direttore del Servizio di epidemiologia un referente provinciale con il compito di curare i rapporti con i MMG e i PLS.

Per tale attività il personale incaricato riceverà le seguenti indennità:

- € 500 per la provincia di Catania, Messina e Palermo;
- € 400 per la provincia di Agrigento, Caltanissetta, Enna, Ragusa, Siracusa e Trapani.

Tali somme saranno corrisposte dal Dipartimento di prevenzione e graveranno sul proprio centro di costo.

#### Modalità di adesione al programma

Tutti i MMG ed i PLS, dovranno aderire alla campagna di vaccinazione antinfluenzale 2014-2015, come previsto nell'ACN di medicina generale e sancito nella sentenza del TAR Lazio, n. 8123 del 6 settembre 2013, pertanto, coloro che non sono nelle condizioni di somministrare direttamente le vaccinazioni, devono incentivare la vaccinazione dei propri assistiti aventi diritto e trasmettere al Servizio di epidemiologia, di riferimento, un prospetto contenente il numero degli assistiti con età superiore o pari a 64 anni compiuti ed il numero dei soggetti a rischio, inoltre, devono inviare al Dipartimento di prevenzione dell'ASP di appartenenza, che successivamente trasmetterà il dato aggregato al servizio 1 DASOE - Igiene pubblica, una dettagliata relazione sulle motivazioni dell'impedimento alla somministrazione del vaccino.

I MMG ed i PLS, che partecipano attivamente al programma di vaccinazione dovranno comunicare la propria adesione al Servizio di epidemiologia entro il 27 ottobre 2014, unitamente ad un prospetto riepilogativo del numero degli assistiti con età superiore o pari a 64 anni compiuti e al numero dei soggetti a rischio e ad una dichiarazione in cui attestino di possedere i requisiti previsti nella circolare assessoriale n. 1002/99 (rispetto catena del freddo, attrezzature ambulatorio etc.) e si impegnino a restituire, entro il 20 gennaio 2014, il vaccino non utilizzato, in tempo utile, al fine di consentire l'utilizzo da parte dei servizi di epidemiologia.

Le dosi non riconsegnate nei tempi previsti, saranno addebitate ai MMG ed ai PLS, che ne cureranno anche lo smaltimento.

Le modalità di ritiro dei vaccini da parte dei MMG e dei PLS e di riconsegna delle dosi non utilizzate (sempre nel rispetto della catena del freddo) saranno concordate con i servizi di epidemiologia. La prima fornitura sarà, ordinariamente, di circa il 70% delle dosi di vaccino antinfluenzale necessarie al singolo medico per il raggiungimento dell'obiettivo di copertura minimo, anche sulla base del dato storico; Per quanto attiene il vaccino anti-pneumococcico si ritiene utile, nel pieno rispetto della citata circolare assessoriale, garantire la fornitura di un numero di dosi di vaccino pari al 30%, da calcolare sulla base delle dosi di vaccino antinfluenzale consegnato per la stessa popolazione target, le successive forniture potranno essere ritirate dai MMG e PLS, previa dichiarazione di completo utilizzo delle fiale già ritirate e con il prospetto di riepilogo, per singolo vaccino, delle categorie, distinte per fascia di età, dei soggetti sottoposti a vaccinazione.

Al fine di fornire i dati di copertura vaccinale provvisori, al 31 dicembre 2014, richiesti dal Ministero della salute per il 31 gennaio 2015, i MMG ed i PLS, aderenti al programma vaccinale, devono produrre, in duplice copia, entro e non oltre il 10 gennaio 2015, al Distretto di appartenenza, Unità operativa medicina di base la seguente modulistica:

A) - elenco nominativo delle vaccinazioni praticate separate per i soggetti con età superiore o pari a 64 anni compiuti e per i soggetti a rischio con età <64 anni compiuti.

B) - il modello riepilogativo delle vaccinazioni praticate per singolo vaccino e per fascia di età così come previsto dalla circolare ministeriale del 10 settembre 2014.

Il distretto provvederà, d'ufficio, a trasmettere la seconda copia prodotta dai MMG e dai PLS (elenco nominativo delle vaccinazioni praticate e del modello riepilogativo delle vaccinazioni somministrate per singolo vaccino e per fascia di età) al Dipartimento di prevenzione, Servizio di epidemiologia, entro 5 giorni dalla ricezione.

Al fine di fornire le informazioni statistiche sull'andamento della campagna vaccinale richiesta dal Ministero della salute, in forma definitiva, per il 15 aprile 2015, si raccomanda che, entro il 7 febbraio 2015, i MMG ed i PLS, aderenti al programma, consegnino la seguente modulistica, in duplice copia, al Distretto di appartenenza, Unità operativa medicina di base:

A) - elenco nominativo delle vaccinazioni praticate separate per i soggetti con età superiore o pari a 64 anni compiuti e per i soggetti a rischio con età <64 anni compiuti, da utilizzarsi per il pagamento

delle prestazioni PPIP e come rendiconto per il Dipartimento di prevenzione delle vaccinazioni praticate;

B) - il modello riepilogativo delle vaccinazioni praticate per singolo vaccino e per fascia di età così come previsto dalla circolare ministeriale del 10 settembre 2014.

Il distretto provvederà, d'ufficio, a trasmettere la seconda copia prodotta dai MMG e dai PLS (elenco nominativo delle vaccinazioni praticate e del modello riepilogativo delle vaccinazioni somministrate per singolo vaccino e per fascia di età) al Dipartimento di prevenzione, Servizio di epidemiologia, entro 5 giorni dalla ricezione.

Il pagamento delle prestazioni vaccinali eseguite dai MMG e dai PLS sarà effettuato secondo le modalità previste per le altre prestazioni di particolare impegno professionale (PPIP o prestazioni aggiuntive) dall'accordo integrativo regionale, rispettivamente, del 2010 e del 2011.

Il termine ultimo per la consegna della documentazione richiesta, da parte dei MMG e dai PLS, è il 7 febbraio 2015. Oltre tale data, non sarà possibile provvedere al pagamento delle somme previste.

Si fa carico, inoltre, ai direttori generali delle AA.SS.PP. di rendicontare al Servizio 1 DASOE, in forma distinta, il numero complessivo delle vaccinazioni eseguite dai MMG e PLS, con le relative spettanze liquidate, e quelle eseguite direttamente dal personale operante presso i centri vaccinali.

I MMG ed i PLS dovranno impegnarsi a promuovere l'adesione alla campagna vaccinale attraverso il reclutamento dei propri assistiti candidati alla vaccinazione sia individualmente che con l'utilizzo di tutti i mezzi di propaganda.

Nei centri di vaccinazione delle AA.SS.PP. dovrà essere esposto l'elenco dei MMG e dei PLS partecipanti al programma vaccinale.

Tutti i centri vaccinali delle AA.SS.PP. sono facilmente individuabili nel sito, appositamente voluto dall'Assessorato regionale della salute, [www.costruiredisalute.it](http://www.costruiredisalute.it) (seguendo il percorso: dove fare una visita o un esame - cerca tipologia struttura - centri di vaccinazione).

Nei casi in cui le vaccinazioni vengano praticate autonomamente dai pazienti, se documentate, verranno considerate, esclusivamente, a valere sul raggiungimento della percentuale di copertura fissata, nella circolare ministeriale del 10 settembre 2014, nel 75% dei soggetti aventi diritto.

Pertanto i MMG ed i PLS dovranno, altresì, registrare i dati, relativi ai suddetti casi di vaccinazione, da computare ai soli fini statistici per il raggiungimento dell'obiettivo vaccinale.

**(2014.43.2473)102**

DECRETO 17 ottobre 2014.

**Adozione del Piano "Malattia da virus Ebola Implementazione della sorveglianza e case management".**

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge n. 833/78 e sue integrazioni e modificazioni;

Visto il decreto legislativo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni;

Visto il decreto legislativo n. 229/93 e successive modifiche ed integrazioni;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, recante "Definizione dei livelli essenziali di assistenza";

Vista la legge regionale 16 dicembre 2008, n. 19, Norme per la riorganizzazione dei dipartimenti regionali. Ordinamento del Governo e dell'Amministrazione regionale;

Vista la legge regionale n. 5 del 14 aprile 2009, recante norme per il riordino del S.S.R.;

Visto il D.P. Reg. n. 282/Serv.a-S.G. del 18 luglio 2011, relativo all'approvazione del Piano della salute 2011-2013;

Visto il D.P. Reg. n. 131 del 29 aprile 2009 e s.m.i., relativo alla riorganizzazione delle strutture intermedie dei Dipartimenti dell'Assessorato della salute;

Vista la circolare del Ministero della salute prot. n. 400.3/26/1189 del 13 marzo 1998, Misure di profilassi per esigenze di sanità pubblica - provvedimenti da adottare

nei confronti dei soggetti affetti da alcune malattie infettive e nei confronti di loro conviventi o contatti;

Visto il documento del Ministero della salute - Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie: "Febbri emorragiche virali (FEV) raccomandazioni e indicazioni per il trasporto, prot. n. DGPREV 24346-P -16 ottobre 2006;

Visto il decreto del Ministero degli interni, di concerto con il Ministero degli affari esteri, il Ministero della difesa e il Ministero della salute del 23 novembre 2010 - Procedure nazionali per il trasporto di pazienti in alto biocontenimento di pazienti con patologie ad elevata contagiosità e mortalità;

Vista la circolare del Ministero della salute, malattia virus Ebola in Africa occidentale. Misure di sorveglianza ai punti di ingresso internazionali in Italia, prot. n. 0009771-4 aprile 2014-DGPRES-COD\_UO-P;

Vista la circolare del Ministero della salute, malattia virus Ebola in Africa occidentale. Aggiornamento 8 agosto 2014 - Misure di sorveglianza di profilassi internazionale - raccomandazione per i viaggiatori, prot. n. 00022309-8 agosto 2014-DGPRES-COD\_UO-P;

Vista la circolare del Ministero della salute, segnalazione e gestione di eventuali casi sospetti di malattia virus Ebola, prot. n. 0022841-13 agosto 2014-DGPRECOD\_UO-P;

Vista la circolare del Ministero della salute, malattia virus Ebola - protocollo centrale per la gestione dei casi e dei contatti sul territorio nazionale, prot. n. 0026377-1 ottobre 2014-DGPRES-COD\_UO-P;

Vista la circolare del Ministero della salute, aggiornamento ed errata corrige nota circolare pr. 26377 dell'1 ottobre 2014 "Malattia virus Ebola - protocollo centrale per la gestione dei casi e dei contatti sul territorio nazionale", prot. n. 0026708-6 ottobre 2014-DGPRES-COD\_UO-P;

Ritenuto di dovere predisporre un piano atto a prevedere tutte le misure utili a garantire una corretta gestione dei casi sospetti di malattia da virus Ebola, una adeguata formazione di tutto il personale deputato all'assistenza, al fine di adottare le migliori pratiche per limitare l'esposizione del personale sanitario e mappare i presidi sanitari più idonei alla gestione dei casi sospetti;

Ritenuto, pertanto, necessario di dover adottare, su tutto il territorio regionale, il Piano "Malattia da virus Ebola Implementazione della sorveglianza e *case management*" allegato al presente decreto;

Decreta:

Art. 1

Per i motivi di cui in premessa, che si intendono integralmente richiamati, è adottato l'allegato Piano "Malattia da virus Ebola Implementazione della sorveglianza e *case management*" in tutto il territorio della Regione siciliana.

Art. 2

Il presente decreto verrà trasmesso alla *Gazzetta Ufficiale* per la pubblicazione, entrando in vigore il giorno della pubblicazione, e sarà pubblicato, altresì, nel sito istituzionale di questo Assessorato della salute e delle Aziende sanitarie provinciali.

Palermo, 17 ottobre 2014.

BORSELLINO

N.B. - Gli allegati 1 e 2 del Piano sono consultabili nel sito istituzionale dell'Assessorato della salute, nella sezione decreti, di seguito riportato: [https://pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR\\_PORTALE/PIR-LaStrutturaRegionale/PIR\\_AssessoratoSalute/PIR\\_DipartimentoOsservatorioEpidemiologico](https://pti.regione.sicilia.it/portal/page/portal/PIR_PORTALE/PIR-LaStrutturaRegionale/PIR_AssessoratoSalute/PIR_DipartimentoOsservatorioEpidemiologico).

COPIA TRATTA DAL SITO UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA  
NON VALIDA PER LA CANCELLAZIONE

## **Malattia da VIRUS EBOLA** **Implementazione di sorveglianza e case management**

### **1. PREMESSA**

La malattia da virus Ebola (*Ebola Virus Disease*, EVD) è una febbre emorragica grave e spesso fatale per l'uomo ed i primati.

Il virus Ebola è stato identificato per la prima volta nel 1976, in occasione di due differenti focolai epidemici, correlati dal punto di vista temporale, in Sudan e nella Repubblica Democratica del Congo (ex-Zaire). Entrambi furono caratterizzati da un elevato tasso di letalità (50% e 90% rispettivamente).

Da allora, diversi focolai epidemici caratterizzati da dimensioni e tasso di letalità variabile sono stati segnalati in diverse aree del continente africano.

Ebola è un virus a RNA, appartenente alla famiglia dei Filoviridae, genere Filovirus. Sono state identificate cinque diverse sottospecie di virus: Zaire (EBOV), Sudan (SUDV), Ivory Coast/TaiForest ebolavirus (TAFV), Bundibugyo (BDBV) e Reston (RESTV). I primi quattro sono patogeni per l'uomo e hanno provocato epidemie in Africa. La sottospecie Reston, invece, isolata per la prima volta in Virginia (U.S.A.), è responsabile di malattia nei primati, mentre nell'uomo provoca una forma asintomatica.

I pipistrelli della frutta della Famiglia dei Pteropodidae sono considerati gli ospiti naturali del virus Ebola.

#### **1.1 Trasmissione**

L'infezione si trasmette per contagio interumano attraverso il contatto con sangue, secrezioni o altri fluidi biologici, tessuti e organi di pazienti infettati viventi o deceduti. La trasmissione all'interno della comunità avviene attraverso contatto diretto di sangue e liquidi biologici con mucose o soluzione di continuo cutanea o contatto indiretto mediato da oggetti contaminati.

Il paziente è contagioso durante il periodo sintomatico; il rischio di trasmissione è basso durante la fase prodromica (circa 7 giorni dall'esordio) e aumenta nelle fasi successive della malattia.

La trasmissione per via sessuale può verificarsi fino a 12 settimane dopo la guarigione; infatti la permanenza del virus nello sperma è particolarmente prolungata.

Il contagio è più frequente tra familiari e conviventi, per l'elevata probabilità di contatti. In Africa, le cerimonie di sepoltura e il diretto contatto con il cadavere hanno probabilmente avuto un ruolo non trascurabile nella diffusione della malattia.

Durante i focolai epidemici si sono verificati numerosi casi in seguito a trasmissione correlata all'assistenza sanitaria, in regime di ricovero o ambulatoriale. L'utilizzo di adeguati dispositivi di protezione individuale per prestare cure ai pazienti e per maneggiare il materiale biologico è essenziale per evitare il contagio. La manipolazione di aghi o taglienti contaminati ha un particolare rilievo per il rischio professionale degli operatori sanitari.

#### **1.2 Clinica**

L'infezione ha un esordio improvviso e un decorso acuto e non è descritto lo stato di portatore.

L'incubazione può andare dai 2 ai 21 giorni (in media 5-7 giorni), a cui fanno seguito manifestazioni cliniche come febbre, astenia profonda, cefalea, artralgie e mialgie. Tale sintomatologia può essere seguita da iniezione congiuntivale, faringite, vomito e diarrea, insufficienza renale ed epatica e, a volte, esantema maculo-papuloso. I fenomeni emorragici, sia cutanei che viscerali, compaiono in genere al sesto-settimo giorno. Si tratta di sanguinamenti prevalentemente a carico del tratto gastrointestinale (ematemesi e melena) e dell'apparato respiratorio. Inoltre possono comparire petecchie, epistassi, ematuria, emorragie sotto congiuntivali e gengivali, menometrorragie. Non sono chiari quali meccanismi individuali consentano il superamento della malattia, anche se nei soggetti deceduti è descritta una risposta immunitaria sufficiente al momento del decesso.

#### **1.3 Diagnosi**

La diagnosi clinica è difficile nei primissimi giorni, a causa dell'aspecificità dei sintomi iniziali. Gli esami emato-chimici di laboratorio mostrano una iniziale linfopenia, a cui si aggiungono neutrofilia e piastrinopenia grave. Si può osservare un aumento degli enzimi epatici.

La diagnosi differenziale si pone sia con altre febbri emorragiche, come la febbre di Lassa e la febbre di Marburg, sia con altre patologie infettive con manifestazioni emorragiche come malaria, febbre tifoide, peste, borreliosi, melioidosi, tripanosomiasi africana, sepsi meningococcica e alcune infezioni trasmesse da artropodi.

### **2. RAZIONALE**

Da dicembre 2013 è in corso la prima epidemia documentata di malattia da virus Ebola (EVD) in Africa occidentale.

I primi casi segnalati di EVD si sono verificati nel febbraio 2014 nella regione boschiva della Guinea sud-orientale vicino al confine con la Liberia e la Sierra Leone. L'eziologia è stata confermata il 22 marzo 2014. In seguito, l'epidemia si è estesa e ad oggi sono stati segnalati casi sospetti e/o confermati di EVD in Guinea, Liberia, Sierra Leone e Nigeria. Al 20 agosto i casi sospetti e confermati sono 2.473, i decessi sono 1.350 e i casi confermati in laboratorio sono 1.460.

Il 26 agosto il Ministero della salute della Repubblica Democratica del Congo ha notificato un focolaio di virus Ebola nella provincia Equateur; tra il 28 luglio e il 18 agosto 2014, sono stati identificati un totale di 24 casi sospetti di febbre emorragica, inclusi 13 decessi. I campioni sono stati inviati in laboratorio a Kinshasa e Gabon per la conferma e l'identificazione del ceppo.

Il caso indice e gli 80 contatti non hanno storie di viaggi nei paesi affetti da EVD nell'Africa nord occidentale o storie di contatti con soggetti provenienti da aree infette, si ritiene che l'epidemia nella RD Congo sia non correlata a quella attualmente in corso in Africa occidentale.

Il 30 agosto il Ministero della salute ha comunicato che l'OMS sta trattando il primo caso di Ebola in Senegal.

Nell'attuale quadro epidemiologico, la probabilità di casi importati nel nostro Paese è stata definita bassa dal Ministero della salute; è, tuttavia, necessario prevedere un centro di Coordinamento della Rete Infettivologica Regionale e le misure volte all'implementazione di sorveglianza e al *case management*. Il presente documento costituisce lo strumento operativo per la gestione dei casi, dei casi sospetti e per la corretta informazione e formazione del personale adibito all'accoglienza ed all'assistenza degli eventuali casi, i cui contenuti sono stati condivisi dai Servizi dei Dipartimenti dell'Assessorato regionale della salute (DASOE: Servizio 1 Igiene pubblica, Servizio 3 Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, Servizio 5 Qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti e Servizio 7 Osservatorio epidemiologico; DPS: Servizio 2 Personale convenzionato con il SSN, Servizio 4 Programmazione ospedaliera, Servizio 5 economico finanziario, Servizio 6 Programmazione dell'emergenza, Servizio 8 Programmazione territoriale ed integrazione socio-sanitaria, Servizio 10 Isole Minori), dalle Direzioni sanitarie delle AA.SS.PP e delle Aziende ospedaliere ed in particolare le direzioni delle UU.OO.CC. di malattie infettive e dei laboratori di infettivologia, le direzioni dei Dipartimenti di prevenzione e dei Servizi di epidemiologia e profilassi, nonché dalla direzione del SUES 118 e della direzione della Protezione civile regionale ed elaborato sulla base di quanto concordato in occasione dell'incontro tenutosi in data 9 ottobre 2014 e successivamente integrato con i contributi forniti dalle strutture coinvolte.

Nelle fasi iniziali, il Centro di coordinamento della Rete infettivologica regionale sarà composto da tutti i dirigenti dei servizi dipartimentali dall'Assessorato regionale della salute, interessati a vario titolo alla problematica, nonché dai dirigenti presenti all'incontro del 9 ottobre 2014, a rappresentanza delle Aziende e dei Servizi di appartenenza, successivamente il gruppo di lavoro potrà essere integrato con altre figure professionali utili al raggiungimento dei principali obiettivi di seguito riportati:

- Classificazione dei casi e dei casi sospetti
- Misure di controllo da adottare per ogni singolo caso
- *Case management*
- Individuazione e corretto utilizzo dei dispositivi di protezione individuale
- Corrette procedure per il prelievo ematico e modalità di gestione ed invio al laboratorio di riferimento
- Modalità di confezionamento dei campioni da inviare al Centro di coordinamento nazionale
- Formazione del personale medico, infermieristico e di supporto (OSA, inservienti, etc.), ed in particolare il personale operante presso le Aree di emergenza di tutti i nosocomi dell'Isola, ed in particolare gli infermieri addetti al "Triage", del personale del SUES 118, della Protezione civile e dei MMG e dei PLS
- Dotazione, nei nosocomi con reparti di malattie infettive, di particolari strumenti per gli accertamenti ematochimici e di diagnostica differenziale a letto del paziente
- Istituzione di un database
- Flusso informativo e di notifica dei casi C1 e C2
- Procedure da attuare per il trasferimento del paziente presso il Centro di riferimento nazionale.

### 3. CLASSIFICAZIONE DEI CONTATTI E DEI CASI SOSPETTI

Un'accurata valutazione del rischio e classificazione dei contatti e dei casi sospetti è essenziale per approntare un'efficace e pronta gestione dei casi e, contemporaneamente, per garantire la massima protezione per il personale sanitario coinvolto nella sorveglianza e nella *case management*.

Si riporta di seguito la tabella che sinotticamente definisce i casi in relazione al quadro clinico ed al link epidemiologico e specifica le relative misure di controllo.

	Quadro clinico	Link Epidemiologico	Misure di controllo
Soggetti asintomatici provenienti da zona epidemica <b>(A)</b>	Asintomatico	Soggiorno in Guinea, Liberia, Sierra Leone e Nigeria nei 21 gg. precedenti (aggiornamento al 19/8/2014). E NON contatto noto con caso sospetto o confermato	<b>(1)</b>
Contatto casuale <b>(B1)</b>	Asintomatico	Contatto casuale con caso probabile o confermato nei 21 gg precedenti. • Viaggio sullo stesso mezzo di trasporto. • Soggiorno nello stesso albergo. • Operatore sanitario adeguatamente protetto (*)	<b>(2)</b>
Contatti stretti <b>(B2)</b> o ad alto rischio <b>(B3)</b>	Asintomatico	Contatto stretto o mediante mucose con caso probabile o confermato nei 21 gg precedenti. Contatto diretto con materiale contaminato. Contatto diretto con animale malato (pipistrelli, topi, scimmie, ecc.), carcasse. • Convivenza • Assistenza durante la malattia senza adeguata protezione • Abbraccio (no stretta di mano) • Ricomposizione della salma • Manipolazione campione biologico senza adeguate protezioni • Bacio • Rapporto sessuale • Contatto congiuntivale • Puntura accidentale o ferita penetrante	<b>(3)</b>
Caso sospetto a rischio basso <b>(C1)</b>	Febbre >38°C o storia di febbre >38°C se in terapia con antipiretici (**)	Soggiorno in Guinea, Liberia, Sierra Leone e Nigeria nei 21 gg precedenti (aggiornamento 19/8/2014) E NON contatto noto con caso sospetto o confermato	<b>(4)</b>
Caso sospetto a rischio elevato <b>(C2)</b>	Febbre >38°C o storia di febbre >38°C se in terapia con antipiretici (**)	Soggiorno in Guinea, Liberia, Sierra Leone e Nigeria nei 21 gg precedenti (aggiornamento 19/8/2014) E contatto con caso sospetto o confermato Operatore sanitario in ospedali in Guinea, Liberia, Sierra Leone e Nigeria	<b>(5)</b>
Caso confermato <b>(D1, D2, D3)</b>	Diagnosi clinica (diagnosi per esclusione) o virologica di EVD		<b>(5)</b>

Note: (\*) se operatori sanitari, il flusso informativo deve prevedere il coinvolgimento della UO Medicina del lavoro competente.

(\*\*) il quadro clinico può comprendere: astenia profonda, cefalea, artralgie, mialgie, iniezione congiuntivale, faringite, vomito e diarrea, segni e sintomi di insufficienza renale ed epatica, rash maculopapuloso, ematemesi, melena, petecchie, epistassi, ematuria, emorragie sottocongiuntivali e gengivali, meno-metrorragie.

#### 3.1 Per le singole tipologie di paziente individuato, si riportano di seguito, le specifiche misure di controllo da mettere in atto:

##### Misure di controllo (1)

Invio a domicilio, previo *counselling* in particolare sui segni/sintomi cui prestare attenzione nei 21 giorni successivi al rientro.

##### Ed inoltre

- Segnalazione dei soggetti da parte del medico consultato (MMG, 118, PS,) all'ASP (Dipartimento di prevenzione - Servizio di epidemiologia e profilassi) di competenza ed al Centro di coordinamento della Rete infettivologica regionale via email (si veda paragrafo 15).
- Il database comprenderà: classificazione di caso (A) informazioni anagrafiche (nome e cognome, data nascita, sesso), recapiti (domicilio, recapito tel.) e link epidemiologico.
- Report settimanale al Servizio 1 Igiene pubblica DASOE.

*Misure di controllo (2)*

Invio a domicilio, previo *counselling* in particolare sui segni/sintomi cui prestare attenzione nei 21 giorni successivi all'esposizione.

*Ed inoltre*

- Segnalazione dei soggetti da parte del medico consultato all'ASP (Dipartimento di prevenzione - Servizio di epidemiologia e profilassi) di competenza ed al Centro di coordinamento della Rete infettivologica regionale via email (si veda paragrafo 15).
- Il database comprenderà: classificazione di caso (B1) informazioni anagrafiche (nome e cognome, data nascita, sesso), recapiti (domicilio, recapito tel.) e link epidemiologico.
- Report settimanale al Servizio 1 Igiene pubblica DASOE.
- Sorveglianza da parte della ASP di competenza.

*Misure di controllo (3)*

Sorveglianza sanitaria sotto il controllo del personale delle U.O.C. di Malattie infettive di competenza territoriale per 21 gg. successivi all'esposizione.

Al fine di limitare il numero di persone esposte al possibile caso di malattia sostenuto dal virus Ebola, si ritiene indispensabile indicare una gestione dei casi sospetti e dei contatti che miri a concentrare geograficamente detti casi e contatti, per ottimizzarne la gestione e ridurre i rischi.

Coerentemente con tale principio, vengono individuati di seguito i Presidi Ospedalieri con reparti di malattie infettive che risultano dotati di posti letto in isolamento e/o ad alto isolamento e con la possibilità di effettuare la manipolazione dei liquidi corporei sotto cappa con bio sicurezza BSL3.

La Direzione del SUES 118 dovrà individuare e adeguatamente formare il personale che verrà chiamato a gestire il trasporto dei casi sospetti, che dovranno eseguire solo le manovre strettamente indispensabili, come peraltro stessa indicazione deve essere fornita a tutto il personale addetto al pronto soccorso.

La manipolazione dei liquidi corporei deve essere limitata all'esecuzione delle determinazioni dei parametri vitali, effettuati con kit monouso o strumenti portatili, da utilizzare a letto del paziente o con apparecchiature dedicate.

Si riportano di seguito le Aziende, con reparti di malattie infettive e con disponibilità, ad oggi, di posti letto in isolamento e/o alto isolamento e laboratori di virologia dotati di cappa a BSL3 e i relativi contatti:

## PALERMO:

**Azienda universitaria policlinico "Paolo Giaccone" Palermo**

Via del Vespro, 129 90127 PALERMO

Malattie Infettive: P.L. Ordinari n. 16; P.L. D.H. n. 0

Prof.ssa Licina Titone - Tel. 0916554348 - 0916553946 -0916554433

Disponibilità: 2 Posti isolamento a pressione negativa, Cappa BSL3

**Ospedale "Cervello"**

U.O. Malattie Infettive: P.L. Ordinari n. 16; P.L. D.H. n. 2

Dott. Enzo Massimo Farinella - Tel. 091 6802596 - 091 6802040 - fax 091 6802427

malattie.infettive@villasofia.it

Disponibilità: 5 Posti isolamento a pressione negativa, Cappa BSL2; BSC2

**ISMETT**

P.L. Ordinari n. 2 in ambiente a pressione negativa, P.L. DH n. 0, Cappa BSL3;

Direttore: Ugo Palazzo; Recapiti: Tel: 091-2192111; e-mail: mail@ismett.edu;

## CATANIA:

**1) Azienda ospedaliera di rilievo nazionale "Garibaldi" di Nesima**

Via Palermo, 636 - 95122 Catania - Nesima

Centralino: 095 7591111

Disponibilità: 4 Posti isolamento a pressione negativa e Cappa BSL3;

c/o: Clinica di malattie infettive

Direttore: Prof. Bruno Cacopardo. Cell. 392 8020504

Direttore Sanitario di Presidio: Dott. Giuseppe Giammanco Cell. 3351209248, Telefono reparto: 095 7598651

**2) Azienda ospedaliera - universitaria "Policlinico V. Emanuele" presidi Ferrarotto e S. Bambino (Università accorpata ad Azienda Ospedaliera)**

Via Santa Sofia 78 - 95123 Catania

Disponibilità: 4 Posti isolamento a pressione negativa e Cappa BSL3;

c/o: Presidio ospedaliero Ferrarotto Alessi Reparto di Malattie infettive, Padiglione E-12; H18; H19 - Piano terra

Via S. Citelli 19 - Catania, Centralino: 095 7431111

Direttore del Reparto: Dott. Carmelo Iacobello - Tel. 095 7435220

Direttore Sanitario del Presidio: Dott. Maurilio Danzi Cell. 337226678

## MESSINA

**Azienda ospedaliera - Universitaria policlinico "G. Martino"**

Via Consolare Valeria n. 1 - 98125 Messina, P.L. Ordinari n. 6, P.L. DH n. 1

Disponibilità: 1 Posto isolamento a pressione negativa c/o: UOC di Pneumologia - Padiglione H - Primo piano e laboratorio BLS3 non certificato;

Direttore della UOC di Pneumologia: Prof. Giuseppe Girbino - Tel. 090 2212000

Direttore della UOC di Malattie Infettive: Prof. Antonio Cascio - Tel. 090 2212033, 090 2213680, Cell. 338 9912198

ed inoltre

- Segnalazione dei soggetti da parte dell'U.O.C. Malattie infettive all'ASP (Dipartimento di prevenzione - Servizio di epidemiologia e profilassi) di competenza ed al Centro di coordinamento della Rete infettivologica regionale via email (si veda paragrafo 15).
- Il database comprenderà: classificazione di caso (B2 oppure B3) informazioni anagrafiche (nome e cognome, data nascita, sesso), recapiti (domicilio, recapito tel.) e link epidemiologico.
- Report settimanale al Servizio 1 Igiene pubblica DASOE.
- Per il soggetto B2/B3 che rifiuti il ricovero presso U.O.C. di Malattie infettive, è prevista la segnalazione alla ASP (Dipartimento di prevenzione - Servizio di epidemiologia e profilassi) di competenza per sorveglianza e misure del caso.
- Qualora l'elevata numerosità di soggetti B2/B3 superi la capacità di gestione delle UU.OO. di malattie infettive, saranno attivati canali sanitari sovra regionali.

*Misure di controllo (4)*

Ricovero in isolamento in regime di BSL3 (U.O.C. Malattie infettive).

In atto non sono operative sul territorio regionale U.O.C. di Malattie infettive e laboratori con livelli di bio sicurezza BSL3. Pertanto, fino a quando non saranno realizzati i lavori di adeguamento di almeno una U.O.C. di Malattie infettive ed un Laboratorio di virologia con livello di bio sicurezza BSL3, i pazienti devono essere ricoverati in isolamento in regime di BSL3, in ospedali provvisti di laboratorio BSL4, ed i campioni dei liquidi biologici devono essere inviati al laboratorio di riferimento nazionale presso INMI IRCCS L. Spallanzani previo contatto telefonico (si veda paragrafo 15).

*ed inoltre*

- Segnalazione dei soggetti da parte dell'U.O.C. Malattie infettive all'ASP (Dipartimento di prevenzione - Servizio di epidemiologia e profilassi) di competenza ed al Centro di coordinamento della Rete infettivologica regionale via email (si veda paragrafo 15).
- Il database comprenderà: classificazione di caso (C1 oppure C2) informazioni anagrafiche (nome e cognome, data nascita, sesso), recapiti (domicilio, recapito tel.) e link epidemiologico.
- Report settimanale al Servizio 1 Igiene pubblica DASOE.

*Misure di controllo (5)*

- Ricovero in isolamento in regime di BSL3, in ospedali provvisti di laboratorio BSL4 (INMI IRCCS L. Spallanzani), previo contatto (si vedano paragrafi 15 e 16).
- In attesa del trasferimento del paziente, ricovero in isolamento in camere di degenza a pressione negativa e dotate di area filtro (UO Malattie infettive) nell'ospedale di afferenza.
- Comunicazione alla Prefettura e pianificazione del trasporto previo contatto con INMI IRCCS L. Spallanzani (si vedano paragrafi 15 e 16).
- Segnalazione dei soggetti da parte dell'U.O.C. Malattie infettive all'ASP (Dipartimento di Prevenzione - Servizio di epidemiologia e profilassi) di competenza ed al Centro di coordinamento della Rete infettivologica regionale via email (si veda paragrafo 15).
- Il database comprenderà: classificazione di caso (da C2 a D3) informazioni anagrafiche (nome e cognome, data nascita, sesso), recapiti (domicilio, recapito tel.) e link epidemiologico.
- Report settimanale al Servizio 1 Igiene pubblica DASOE.

**4. CASE MANAGEMENT**

Si riporta di seguito la tabella in cui sono sintetizzate le domande da porre nel corso del *triage* e le azioni da intraprendere.

Domanda 1: Ha la febbre >38°C o storia di febbre >38°C nelle ultime 24 ore (in trattamento con antipiretici)?				
Domanda 2: È stato in Guinea, Sierra Leone, Liberia e Nigeria nelle ultime 3 settimane?				
NO	NO	Nessuna azione		
SI	NO	Nessuna azione		
NO	SI	Ha avuto contatto noto con caso probabile o confermato nei 21 gg precedenti? In che circostanza e per quanto tempo ha avuto il contatto?	NO	- A domicilio - Segnalazione e database
			SI, Casuale	- A domicilio - Sorveglianza da parte dell'ASL di competenza - Segnalazione e database
			SI, Stretto o ad alto rischio	- Sorv. Sanit. in UO Mal. Inf. (in caso di rifiuto: Sorv. Sanit. ASL) - Segnalazione e database
SI	SI	Ha avuto contatto con caso probabile o confermato nei 21 gg precedenti	NO	- Ricovero in UO Mal. Inf. (BSL3) - Invio del campione biol. al lab. dell'INMI IRCCS L. Spallanzani - Segnalazione e database
SI	SI		SI	- Organizzare Ricovero in isolamento (BSL3) in ospedali provvisti di lab. BSL4 (INMI IRCCS L. Spallanzani) - Segnalazione e database

**5. DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE PER L'OPERATORE SANITARIO E PER IL PAZIENTE**

Si riportano di seguito i DPI da impiegare in relazione alla classificazione del caso

Classificazione del caso	DPI per Operatore Sanitario	DPI per Soggetto/Paziente
B1 al momento del primo contatto	guanti, schermo facciale, sovracamice impermeabile	
B2-B3	guanti, schermo facciale, sovracamice impermeabile	
C1-C2 D1-D2-D3	doppi guanti, schermo facciale, mascherina facciale filtrante di classe FFP3, tuta tyvek, sovrascarpe impermeabile	mascherina chirurgica

**5.1 Di seguito sono riportate le procedure di vestizione e svestizione per gli operatori sanitari che assistono il paziente:**

a) prima di entrare nella stanza del paziente, il personale:

*Nella zona filtro:*

Al di sopra della divisa di lavoro, dovrà indossare adeguatamente i seguenti DPI:

1. tuta completa con giunture termosaldate (in tyvek o materiale con caratteristiche di impermeabilità analoghe, conformi alla norma EN 14126:2003 per la protezione da agenti infettivi: devono possedere una marcatura CE per la protezione da agenti biologici, ai sensi del D.Lgs n. 475/92 e/o della Direttiva n. 686/89 CE, essere classificati in III categoria ed avere la conformità alla EN 14126);
2. sovrascarpe monouso impermeabile in tyvek;

3. un doppio paio di guanti monouso certificati per il rischio biologico;
4. (subito prima dell'ingresso nella stanza) schermo protettivo che copra l'intera superficie del volto (schermo facciale) respiratore facciale filtrante di classe FFP3sl.

b) Al momento di lasciare la stanza del paziente. il personale:

- nella stanza del paziente rimuoverà il primo paio di guanti eliminandoli nell'apposito contenitore;
  - nella zona filtro provvederà a svestire con accortezza i DPI seguendo la procedura di seguito descritta, ricordando che il materiale monouso dovrà essere inserito in un doppio sacco/contenitore di plastica per essere avviato a termodistruzione;
1. indossare un nuovo paio di guanti monouso;
  2. togliere il cappuccio della tuta;
  3. togliere la visiera, e immergerla in contenitore con materiale disinfettante (Ipoclorito 5%);
  4. sfilare la tuta facendo attenzione a non toccare le parti interne;
  5. gettare la tuta nel contenitore per rifiuti speciali da mandare all'inceneritore;
  6. togliere i soprascarpe e metterli nel contenitore per rifiuti speciali da mandare all'inceneritore;
  7. togliere la maschera facciale filtrante (FFP3sl);
  8. togliere i guanti monouso interni;
  9. lavare le mani con soluzione alcolica.

## 6. PERSONALE

L'assistenza ai soggetti in isolamento sarà affidata a personale istruito e addestrato sulle tecniche dell'isolamento necessarie sull'utilizzo dei DPI e sulla necessità di un rispetto scrupoloso delle norme di comportamento.

Non possono prestare attività nell'area di isolamento o assistenza diretta al paziente, né manipolare apparecchiature usate per la cura del paziente o campioni biologici del paziente gli operatori che sono portatori di lesioni essudative o dermatiti secernenti.

Il personale non dovrà prestare contemporaneamente servizio in altri reparti.

Il personale non deve fumare, mangiare o bere nell'area di isolamento.

Non sono necessarie misure contumaciali per il personale di assistenza se vengono seguite tutte le precauzioni di cui alle presenti raccomandazioni.

Il personale di assistenza e il personale di laboratorio che ha esaminato campioni biologici debbono essere sottoposti a sorveglianza sanitaria.

## 7. PROCEDURE PER IL PRELIEVO EMATICO E MODALITÀ DI INVIO AL LABORATORIO DI RIFERIMENTO

La ricerca di accessi vascolari per prelievi o per l'esecuzione di terapie endovenose deve essere eseguita con la massima attenzione. Deve essere evitato qualunque impiego di materiale pungente o tagliente se non strettamente indispensabile per la pratica sanitaria; devono essere scrupolosamente osservate le procedure previste dalle Precauzioni Standard per aghi e taglienti.

È indispensabile usare sistemi di prelievo a vuoto monouso con provette di plastica.

Sulla base dell'avvenuto addestramento del personale, devono essere utilizzati dispositivi dotati di meccanismi di sicurezza per la protezione dalle punture accidentali.

Gli aghi e i taglienti debbono essere posti negli appositi contenitori rigidi e a tenuta di liquido, unitamente al supporto senza ulteriori manipolazioni.

Procedure e DPI raccomandati per la raccolta del campione: utilizzare le stesse procedure previste per le attività assistenziali.

### 7.1 Confezionamento del campione da inviare a INMI IRCCS L. Spallanzani.

La procedura prevede l'utilizzo di un sistema a tre involucri (Figura 1):

*Recipiente primario:* esso contiene il campione o la sostanza infetta. Può trattarsi di provette, tubi, ampolle, in ogni caso deve essere di materiale impermeabile, a tenuta stagna, con chiusura ermetica, etichettato ed avvolto in materiale assorbente non particolato, quale carta bibula o cotone idrofilo presente in quantità sufficiente ad assorbire tutto il liquido fuoriuscito in caso di rottura del recipiente.

*Recipiente secondario:* è un contenitore di materiale resistente, impermeabile, a tenuta stagna, adatto a contenere e proteggere il recipiente primario; esso può contenere anche più recipienti primari purché adeguatamente collocati e singolarmente avvolti in materiale assorbente.

All'esterno del secondo recipiente devono essere applicate le schede riportanti i dati identificativi e descrittivi del contenuto ed i dati riguardanti il destinatario e lo speditore.

*Recipiente esterno:* è il contenitore più esterno in cui collocare il recipiente secondario; per evitare danneggiamenti causati da fattori esterni quali agenti fisici o acqua. Il contenitore esterno può essere di cartone rigido, plastica, legno o altri materiali resistenti ad urti ed intemperie.

Il volume totale del materiale da spedire non può essere superiore a 500 ml e, nel caso dovesse superare i 50 ml, occorre aggiungere tra il recipiente secondario ed il recipiente esterno, una ulteriore quantità di materiale assorbente.

### 7.2 Spedizione

La spedizione dei campioni deve avvenire in confezioni conformi con le norme UN, classe 6.2 e corrispondenti alle istruzioni IATA PI 602, consultabili nel sito <http://www.iata.org>.

L'imballaggio esterno deve portare il marchio specifico UN di confezionamento e l'etichetta internazionale per le sostanze infettive; le dimensioni minime di marchio ed etichetta devono essere di 100x100 mm, fatta eccezione per i pacchi più piccoli, per i quali le dimensioni dell'etichetta sono di 50x50 mm. Inoltre deve essere presente la scheda UN che rechi le seguenti informazioni:

- Nome, indirizzo, numero di telefono del ricevente;
- Nome, indirizzo, numero di telefono dello speditore;
- Nome UN (sostanza infettiva per l'uomo o per gli animali) seguito dal nome scientifico;
- Numero UN della sostanza (UN 2814 = umana; UN 2900 = animale);
- Temperatura di conservazione della sostanza.

Il trasporto di materiale infettivo richiede, inoltre, una serie di ulteriori documenti che devono essere forniti dal corriere ed applicati sul contenitore esterno. Essi comprendono:

- La dichiarazione di merce pericolosa da parte del corriere;
- La lista di imballaggio che includa l'indirizzo del destinatario, il numero di confezioni, la descrizione del contenuto, il peso, il valore (indicare che si tratta di prodotti senza valore commerciale poiché forniti a titolo gratuito);
- Ricevuta aerea, se il trasporto avviene per via aerea;
- Ricevuta di spedizione relativa ad altre modalità di trasporto, ove applicabile;
- Un permesso di import ed export, se richiesto.

Se il contenuto totale del materiale infettivo da spedire supera il volume di 50 ml, dev'essere indicato il corretto orientamento del pacco in modo che l'apertura dei recipienti primari e secondari sia posizionata verso l'alto, tramite l'affissione di due etichette di orientamento poste su due lati opposti del pacco.

Le procedure sopra descritte si applicano a tutte le possibili modalità di spedizione (postale aerea, terrestre su strada, terrestre ferroviaria, navale).

Invio del campione previo contatto con il laboratorio di virologia del INMI IRCCS L. Spallanzani (si veda paragrafo 15).



## 8. RACCOMANDAZIONE PER I TEST DI LABORATORIO IN LOCO

Si raccomanda di ridurre al minimo gli esami chimico-clinici e di seguire le Procedure Standard sopra riportate (Paragrafo 8: Procedure per il prelievo ematico e modalità di invio al laboratorio di riferimento).

Gli operatori sanitari che raccolgono e manipolano il campione devono seguire le Procedure Standard previste per i campioni biologici potenzialmente contaminati.

I DPI raccomandati durante l'esecuzione di test routinari comprendono, quindi: schermo facciale o occhiali protettivi, maschera (opportuno FFP3sl) che copra naso e bocca, doppio paio di guanti, sovracamice impermeabile. Per procedure che possano determinare spargimento di materiale, è previsto l'utilizzo di una cappa certificata di bio sicurezza 2 (cappa Biohazard - certificata per rischio biologico) (<http://www.cdc.gov/vhf/ebola/hcp/interim-guidance-specimen-collectionsubmission-patients-suspected-infection-ebola.html>).

## 9. DISINFEZIONE

Sono attivi nei confronti del virus Ebola i disinfettanti indicati per virus privi di envelope lipidico (norovirus, rotavirus, adenovirus, poliovirus).

Tutti gli oggetti con cui il paziente ha avuto contatto devono essere disinfettati con soluzione di ipoclorito di sodio allo 0,5-1% previa detersione.

La disinfezione terminale della stanza di degenza può essere effettuata con soluzione di ipoclorito di sodio allo 0,5-1% o fumigazione con acido paracetico.

Tutta la biancheria a contatto con il paziente dovrebbe essere monouso o comunque sistemata in contenitori chiusi ed inviata all'inceneritore per il rischio biologico.

È fondamentale, inoltre, che le deiezioni dei pazienti siano rigorosamente raccolte in contenitori monouso ed inviate quindi all'inceneritore.

## 10. FLUSSO INFORMATIVO E DI NOTIFICA DEI CASI C1-C2

I medici dei reparti che gestiscono i casi sospetti di EVD, sono tenuti a segnalarli immediatamente al Ministero della salute, all'indirizzo e-mail [malinf@sanita.it](mailto:malinf@sanita.it) (riportando: iniziali paziente, sesso, età, nazionalità, giorni dall'arrivo in Italia, paese dal quale è arrivato, sintomi e quadro clinico, eventuali patologie pregresse conosciute, dati esami clinici già disponibili al momento della segnalazione, nominativo e numero di telefono del medico cui sarà possibile rivolgersi per ulteriori contatti) e ai competenti Dipartimenti/Direzioni/Servizi, per il controllo delle malattie infettive, delle Aziende sanitarie provinciali e dell'Assessorato alla Sanità delle Regione.

Si ricorda che i casi di Febbre Emorragica sono oggetto di notifica obbligatoria in Classe 1, secondo il DM 15/12/1990.

## 11. FORMAZIONE DEL PERSONALE

Tutto il Personale delle Aziende sanitarie che può venire a contatto con casi sospetti di malattia sostenuta dal Virus Ebola deve essere adeguatamente formato ed addestrato, anche con simulazioni periodiche, sulle specificità della malattia e sull'uso corretto dei presidi individuali di protezione e sottoposti a sorveglianza sanitaria.

Le Aziende Territoriali dovranno provvedere, con l'ausilio di specialisti in malattie infettive, alla formazione del personale medico, infermieristico e di supporto, impegnato presso i Poliambulatori Aziendali a cui possono ricorrere i potenziali pazienti ed inoltre dovranno informare e formare, adeguatamente i MMG ed i PLS sulle modalità di approccio e gestione di casi sospetti.

Le Aziende ospedaliere e i direttori sanitari dei Presidi ospedalieri aziendali, dovranno informare e formare tutto il personale dipendente ed, in particolare gli addetti alle Aree di Emergenza, ai reparti di malattie infettive ed ai laboratori diagnostici, con interventi di simulazione sul rigido protocollo dell'utilizzo degli specifici presidi individuali di protezione e sulle modalità di approccio al paziente, potenzialmente contagioso e sulla gestione di tutti i liquidi biologici e tutti i materiali potenzialmente contaminati (sangue, urine, feci, vestiario, effetti lettercci, ecc.).

La direzione del SUES 118 e la direzione della Protezione civile regionale, provvederanno a formare il personale individuato alla gestione ed al trasporto di eventuali pazienti e/o materiali potenzialmente contaminati.

Tali corsi di formazione dovranno essere pianificati dalle Aziende coinvolte, mediante la produzione di un piano attuativo delle direttive contenute nel presente documento e trasmesso, entro dieci giorni dalla data di adozione, al Centro regionale di coordinamento della Rete infettivologica.

## 12. PRESIDII DI PROTEZIONE INDIVIDUALE

Al fine di garantire una omogenea protezione di tutti gli operatori esposti o potenzialmente esposti, tutte le Aziende, coinvolte nella gestione di eventuali pazienti e/o materiali potenzialmente contaminati, operanti sul territorio regionale, dovranno provvedere all'acquisto di tutti i necessari e specifici "Dispositivi di Protezione Individuali" e di tutto quanto necessario all'invio di campioni biologici ai Laboratori di riferimento nazionale BSL4.

## 13. DOTAZIONE DI KIT PER LA DIAGNOSI PRECOCE, DIAGNOSI DIFFERENZIALE E STRUMENTI PORTATILI PER LA DETERMINAZIONE ANALITICA DI ALCUNI PARAMETRI VITALI:

Le Aziende ospedaliere ed i Presidi ospedalieri aziendali con reparti di malattie infettive ed in particolare quelle Aziende individuate per la gestione delle "Misure di Controllo 3", al fine di limitare al massimo l'esposizione del personale al materiale biologico, dovranno essere dotate, nelle Aree di emergenza e nelle sale di isolamento, di appositi sistemi monouso per la diagnosi precoce di malattia e per la diagnostica differenziale di patologie, come la malaria ed altre malattie infettive, nonché di strumenti portatili atti ad effettuare la determinazione di parametri vitali, che dovranno essere limitati all'essenziale, al letto del paziente, al fine di limitare l'eventuale contaminazione di altri ambienti e/o attrezzature.

## 14. ISTITUZIONE DI UN DATABASE

Presso l'Osservatorio Epidemiologico del DASOE, verrà predisposto un apposito database, dove confluiranno tutti i dati dei casi sospetti e degli eventuali casi confermati.

## 15. CONTATTI

- Centro di Coordinamento della Rete Infettivologica Regionale, e-mail: [dirigentegen.sanita@regione.sicilia.it](mailto:dirigentegen.sanita@regione.sicilia.it); [dirigentegenerale.salute@regione.sicilia.it](mailto:dirigentegenerale.salute@regione.sicilia.it);

### ASSESSORATO REGIONALE DELLA SALUTE:

- Dipartimento Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico (DASOE), e-mail: [dirigentegen.sanita@regione.sicilia.it](mailto:dirigentegen.sanita@regione.sicilia.it);
- Servizio 1 DASOE Igiene Pubblica, e-mail: [mario.palermo@regione.sicilia.it](mailto:mario.palermo@regione.sicilia.it); tel. 091- 7079301;
- Servizio 3 DASOE Tutela della Salute e Sicurezza nei luoghi di Lavoro: e-mail: [Iditta@regione.sicilia.it](mailto:Iditta@regione.sicilia.it), tel. 091-7079281;
- Servizio 5 DASOE Qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti, e-mail: [giuseppe.murolo@regione.sicilia.it](mailto:giuseppe.murolo@regione.sicilia.it); tel. 091-7079328;
- Servizio 7 DASOE Osservatorio Epidemiologico, e-mail: [salvatore.scondotto@regione.sicilia.it](mailto:salvatore.scondotto@regione.sicilia.it), tel. 091-7079283;
- Dipartimento di Pianificazione Strategica (DPS), e-mail: [dirigentegenerale.salute@regione.sicilia.it](mailto:dirigentegenerale.salute@regione.sicilia.it);
- Servizio 2 DPS Personale Convenzionato con il SSN, e-mail: [a.distefano@regione.sicilia.it](mailto:a.distefano@regione.sicilia.it); tel. 091-7075841;

- Servizio 5 Economico finanziario, e-mail: pschifauo@regione.sicilia.it; tel. 091-7075804;
- Servizio 4 DPS Programmazione Ospedaliera, e-mail: rosalia.mure@regione.sicilia.it; tel. 091-7075801;
- Servizio 6 DPS Programmazione dell'Emergenza, e-mail: fpalagonia@regione.sicilia.it; tel. 091-7075671;
- Servizio 8 DPS Programmazione Territoriale ed Integrazione Socio-Sanitaria, e-mail: francescopaolo.laplaca@regione.sicilia.it; tel. 091-7075761;
- Servizio 10 - Isole Minori, e-mail: slio@regione.sicilia.it; tel. 091- 7075588.

**CENTRALI OPERATIVE SUES 118:**

- C.O. SUES 118 PALERMO-TRAPANI: direttore dott. Gaetano Marchese, Numero verde 800633865, e-mail: centrale118patp@gmail.com;
- C.O. SUES 118 CALTANISSETTA-ENNA-AGRIGENTO: direttore dott. Elio Barnabà; Numero verde 800632808, e-mail: centra le118@asp.cl.it;
- C.O. SUES 118 CATANIA-RAGUSA-SIRACUSA: direttore dott.ssa Isabella Bartoli; Numero verde 800533223; e-mail: coordinamen to@118catania-ragusa-siracusa.it;
- C.O. SUES 118 MESSINA: direttore dott. Bernardo Alagna; Numero verde 800732631; e-mail: centrale118messina@tiscali.it.

**UFFICI TERRITORIALI DI GOVERNO:**

- Prefettura di Agrigento, tel. 0922/483111; e-mail: prefettura.agrigento@interno.it; PEC: protocollo.prefag@pec.interno.it;
- Prefettura di Caltanissetta, tel. 0934/79111; e-mail: prefettura.caltanissetta@interno.it; PEC: protocollo.prefcl@pec.interno.it;
- Prefettura di Catania, tel. 095/257111; e-mail: prefettura.catania@interno.it; PEC: protocollo.prefct@pec.interno.it;
- Prefettura di Enna, tel. 0935/522111; e-mail: prefettura.enna@interno.it; PEC: protocollo.prefen@pec.interno.it;
- Prefettura di Messina, tel. 090/3661; e-mail: prefettura.messina@interno.it; PEC: protocollo.prefme@pec.interno.it;
- Prefettura di Palermo, tel. 091/338111; e-mail: prefettura.palermo@interno.it; PEC: protocollo.prefpa@pec.interno.it;
- Prefettura di Ragusa, tel. 0932/673111; e-mail: prefettura.ragusa@interno.it; PEC: protocollo.prefrg@pec.interno.it;
- Prefettura di Siracusa, tel. 0931/729111; e-mail: prefettura.siracusa@interno.it; PEC: protocollo.prefsr@pec.interno.it;
- Prefettura di Trapani, tel. 0923/598111; e-mail: prefettura.trapani@interno.it; PEC: protocollo.preftp@pec.interno.it

**USMAF:**

- USMAF Palermo, dott. Mauro Dionisio, e-mail: USMA.Palermo@sanita.it; PEC: usmafpa@postacert.sanita.it; tel. 06-59944719;
- USMAF Unità Territoriale di Agrigento, e-mail: USMA.Agrigento@sanita.it; tel. 06-59944760;
- USMAF Unità Territoriale Trapani, e-mail: USMA.Trapani@sanita.it; PEC: usmaf-pauttp@postacert.sanita.it; tel. 06-59944755;
- USMAF Catania, dott. Mario Germagnoli, e-mail: USMA.Catania@sanita.it; PEC: umaf-ct@postacert.sanita.it; tel. 06-59944784;
- USMAF Unità Territoriale di Messina, e-mail: USMA.Messina@sanita.it; PEC: usmaf-ctutme@postacert.sanita.it; tel. 06-59944811;
- USMAF Unità Territoriale di Siracusa: e-mail: USMA.Siracusa@sanita.it; PEC: usmaf-ctutsi@postacert.sanita.it; tel. 06-59944785;
- USMAF Unità Territoriale di Augusta (SR): e-mail: USMA.Augusta@sanita.it; Pec: usmaf-ctutau@postacert.sanita.it; tel. 06-59944761;

**PROTEZIONE CIVILE REGIONALE**

- Direzione Protezione civile regionale, direttore ing. Calogero Foti, tel. Sala operativa regionale: 800.458787;

**ISTITUTO DI RIFERIMENTO L. SPALLANZANI**

- INMI IRCCS L. Spallanzani, tel. 06 551701;
- INMI IRCCS L. Spallanzani, laboratorio virologia, direttore: dott.ssa Maria Rosaria Capobianchi; tel. 06 55170434/690/674; Fax: 06-55170676; e-mail: segreviro@inmi.it;

**AZIENDE SANITARIE PROVINCIALI:**

- ASP di Agrigento: Dipartimento di prevenzione, direttore dott.ssa Donatella Todaro, Tel. 0922-407126, e-mail: dp.direttore@aspag.it; Servizio di epidemiologia e profilassi, direttore dott. Gaetano Geraci, tel. 0922-407173, e-mail: dp.epidemiologia@aspag.it;
- ASP di Caltanissetta, Dipartimento di prevenzione, direttore dott. Antonio Bonura, tel. 0934-506217, e-mail: dip.prevenzione@asp.cl.it; Servizio di epidemiologia e profilassi, direttore dott. Francesco Iacono, tel. 0934-506220, e-mail: spemp@asp.cl.it, francescoiacono08@gmail.com;
- ASP di Catania, Servizio di epidemiologia e profilassi, direttore dott. Mario Cuccia, tel. 095-7178069 - 2540110, e-mail: mario.cuccia@aspct.it;
- ASP di Enna, Servizio di epidemiologia e profilassi, direttore dott. Salvatore Madonia, tel. 0935-520875, e-mail: siav@asp.enna.it;
- ASP di Messina, Dipartimento di prevenzione, direttore dott. Giovanni Puglisi, tel. 0903652416/3356924372, e-mail: giovanni.puglisi@asp.messina.it; Servizio di epidemiologia e profilassi, direttore dott. Fernanda Marano, tel. 0903654159/3393374575, e-mail: igiene@asp.messina.it;
- ASP di Palermo, Dipartimento di prevenzione, direttore dott.ssa Loredana Curcurù, tel. 091-6254323, e-mail: dipprevenzione@asp.palermo.org; Servizio di epidemiologia e profilassi, direttore dott. Nicolò Casuccio, tel. 091-6257399, e-mail: epidemiologia@asp.palermo.org;
- ASP di Ragusa, Dipartimento di prevenzione, direttore dott. Francesco Blamgiardi, Tel. 0932-234674, e-mail: f.bliangiardi@asp.rg.it; Servizio di epidemiologia e profilassi, direttore dott. Giuseppe Ferrera, tel. 0932-234671, e-mail: servizio.epidemiologia@asp.rg.it;
- ASP di Siracusa, Servizio di epidemiologia e profilassi, direttore dott.ssa Lia Contrino, tel. 0931-484055, e-mail: semp@asp.sr.it;
- ASP di Trapani, Dipartimento di prevenzione, direttore dott. Francesco Di Gregorio, tel. 0923-543022, e-mail: francesco.digregorio@pec.asptrapani.it; Servizio di epidemiologia e profilassi, direttore dott. Gaspare Canzoneri, tel. 0923-543224, e-mail: epid@asptrapani.it;

**16. AZIENDE OSPEDALIERE CON REPARTI DI MALATTIE INFETTIVE E CON DISPONIBILITÀ DI POSTI LETTO IN ISOLAMENTO ED IN LOCALI A PRESSIONE NEGATIVA:****CALTANISSETTA**

- OSPEDALE SANT'ELIA  
U.O. Malattie infettive direttore dott. Salvo - Tel. 093 4559547 - 0934559549  
Disponibilità: 2 posti isolamento a pressione negativa

**CATANIA**

- AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE "GARIBALDI" DI NESIMA  
Via Palermo, 636 - 95122 CATANIA - NESIMA  
Centralino: 095 7591111  
Disponibilità: 4 posti isolamento a pressione negativa c/o:  
CLINICA DI MALATTIE INFETTIVE  
Direttore: prof. Bruno Cacopardo. Cell. 392 8020504  
Direttore sanitario di presidio: dott. Beppe Giammanco Cell: 3351209248, Telefono reparto: 095 7598651

- AZIENDA OSPEDALIERA - UNIVERSITARIA "POLICLINICO V. EMANUELE" PRESIDI FERRAROTTO e S. BAMBINO (Università accorpata ad Azienda ospedaliera)  
Via Santa Sofia 78 - 95123 CATANIA  
Disponibilità: 4 posti isolamento a pressione negativa c/o:  
PRESIDIO OSPEDALIERO FERRAROTTO ALESSI - Reparto di malattie infettive  
Padiglione E-12; H18; H19 - Piano terra  
Via S. Citelli 19 - CATANIA, Centralino: 095 7431111  
Direttore del reparto: dott. Carmelo Iacobello - tel. 095 7435220  
Direttore sanitario del presidio: dott. Maurilio Danzi cell. 337 226678
- AZIENDA OSPEDALIERA PER L'EMERGENZA "CANNIZZARO" (REGIONE SICILIA)  
Via Messina 829 - 95126 CATANIA  
Tel. 095 726.11.11 Fax 095 726.23.79  
Disponibilità: 3 posti isolamento senza camere a pressione negativa c/o  
Divisione di malattie infettive, direttore f.f. dott. Giovanni Mannino tel. 095 7263499  
Direttore sanitario dott.ssa Anna Maria Longhitano cell. 338 4600872  
Medico di guardia: 095 7263499

**ENNA**

- P.O. Umberto 1°: U.O. Mal. infettive: P.L. 13 ordinari (di cui 5 stanze pari a 9 posti letto con isolamento respiratorio a pressione negativa, utilizzabili in caso di alto isolamento come stanze singole pari a 5 posti letto a pressione negativa), direttore dr. Luigi Guarneri, tel. osp. 0935516052, fax 0935516061, mail istituzionale: malattieinfettive.umberto@asp.enna.it, mail personale luiguarneri1@libero.it, cell. 3356612482

**MESSINA**

- AZIENDA OSPEDALIERA - UNIVERSITARIA POLICLINICO "G. MARTINO"  
UOC di malattie infettive: direttore prof. Antonio Cascio - tel. 090 2212033, 090 221 3680, cell. 338 9912198: P.L. Ordinari n. 6, P.L. DH n. 1;  
UOC di Pneumologia: direttore prof. Giuseppe Girbino - tel. 0902212000  
Disponibilità: 1 posti isolamento a pressione negativa c/o: UOC di Pneumologia - Padiglione H - Primo piano

**PALERMO**

- AZIENDA UNIVERSITARIA POLICLINICO "PAOLO GIACCONE" PALERMO  
Via del Vespro, 129 90127 PALERMO  
Malattie infettive direttore prof.ssa Titone - tel. 091 6554348 - 091 6553946 - 091 6554433  
Disponibilità: 2 posti isolamento a pressione negativa
- OSPEDALE "CERVELLO"  
U.O. Malattie infettive: P.L. Ordinari n. 16; P.L. D.H. n. 2  
Dott. Enzo Massimo Farinella - tel. 091 6802596 - 091 6802040 - fax 091 6802427  
malattie\_infettive@villasofia.it  
Disponibilità: 5 posti isolamento a pressione negativa, Cappa BSL2; BSC2
- ISMETT: P.L. Ordinari n. 2 in ambiente a pressione negativa, P.L. DH n. 0;  
Direttore: Ugo Palazzo; recapiti: tel. 091-2192111; e-mail: mail@ismett.edu;

**RAGUSA**

- P.O. Civile  
P.zza Caduti di Nassirya n. 1 - 97100 RAGUSA  
Centralino: 0932 600111  
Disponibilità: 1 posti isolamento a pressione negativa c/o:  
Divisione di malattie infettive
- P.O. Maggiore di Modica via Aldo Moro - 97015 MODICA  
Centralino: 0932 448111  
Disponibilità: 4 posti isolamento a pressione negativa c/o:  
Divisione di malattie infettive  
Direttore dott. Antonio Davì, cell. 334 3030303, mail: davi.an@tiscali.it  
Telefono reparto: 0932 448370

**SIRACUSA**

- P.O. Umberto 1°  
Via Testaferrata n. 1 - 96100 SIRACUSA  
Centralino: 0931 724107-06  
Disponibilità: 2 posti isolamento a pressione negativa c/o:  
Divisione di malattie infettive  
Direttore dott. G. Scifo

**TRAPANI**

- CASTELVETRANO (TP): OSPEDALE VITTORIO EMANUELE II  
Via Marinella - 91022 CASTELVETRANO (TP)  
Tel. 0924.930111 Fax: 0924.930326  
Direttore: dott. F. Milazzo - tel. 0924930230 - Fax 0924 930326  
e-mail: direzione\_sanitaria.castelvetro@asltrapani.it  
Reparto di rianimazione: 1 posto letto a pressione negativa per infettivi

**16.1 Aziende ospedaliere con reparti di malattie infettive senza posti letto in isolamento:****CATANIA**

- P.O. Gravina e S. Pietro Caltagirone: P.L. Ordinari n. 12;  
Tel. 093339111

**MESSINA**

- P.O. Nuovo Cutroni Zoddà Barcellona: Barcellona P.G.; P.L. Ordinari n. 12; P.L. in D.H. n. 2;  
Direttore dott. Salvatore Bruno tel. 0909751570/72 - 3391892453
- AOOR Papardo - Piemonte: P.L. Ordinari n. 16; P.L. in D.H. n. 3;  
U.O.C. di malattie infettive, direttore dott. Giovanni Passalacqua, tel. 090.3991; 090-3996056;

**PALERMO**

- ARNAS CIVICO: P.L. Ordinari n. 7, DH n. 2, direttore: dott. Salvatore Amato; recapiti: tel. 091-6664178, e-mail .....
- P.O. G. Di Cristina (Pediatrico): P.L. Ordinari n. 28, P.L. DH n. 2, direttore: dott.ssa Piera Dones; recapiti: tel. 091-6666018; e-mail: malattie.infettive@ospedalecivicopa.org.

**RAGUSA**

- Ospedale Civile Maria Paternò Arezzo: P.L. Ordinari n. 18; P.L. in D.H. n. 2; tel. 0932-600111

**TRAPANI**

- P.O. S. ANTONIO ABBATE: PL Ordinari n. 0, P.L. D.H. n. 6  
Direttore dott. Vincenzo Portelli, telefono: 0923-809223, cell. 3386113831 e-mail: vportel@tin.it

**17. PROCEDURA DA ATTUARE PER IL TRASFERIMENTO DEL PAZIENTE, PRESSO INMI IRCCS L. SPALLANZANI**

La procedura da attuare per il trasferimento del paziente, presso INMI IRCCS L. Spallanzani, è indicata nel decreto del Ministero dell'Interno del 23 novembre 2010 "Procedure nazionali per il trasporto di pazienti in alto bio contenimento", integrato al presente documento come allegato 2.

**18. SIGLE**

- EVD Malattia da Virus Ebola
- EBOV Ebola Virus Zaire
- SUDV Ebola Virus Sudan
- TAFV Ebola Virus Ivory Coast
- BDBV Ebola Virus Bundibugyo
- RESTV Ebola Virus Reston
- BSL3 Bio Safety Level 3
- BSL4 Bio Safety Level 4
- DPI Dispositivi di Protezione Individuale
- FFP3sl Facciali filtranti tipo 3 solido-liquido

**19. BIBLIOGRAFIA, WEBSITE, NORMATIVA DI RIFERIMENTO**

- Centre for Disease Control. [www.cdc.gov/vhf/ebola](http://www.cdc.gov/vhf/ebola).
- Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie, Ministero della Salute.
- Febbri emorragiche virali (Fev): raccomandazioni e indicazioni per il trasporto. 2010.
- Epicentro. Febbre Emorragica Ebola. [www.Epicentro.iss.it](http://www.Epicentro.iss.it).
- European Centre for Disease Prevention and Control. Outbreak of Ebola virus disease in West Africa. Rapid Risk Assessment. Stockholm, 2014.
- Ministero della salute. Raccomandazioni per la sicurezza del trasporto di materiali infettivi e di campioni diagnostici. Circolare dell'8 maggio 2003.
- Ministero della salute. Segnalazione e gestione di eventuali casi sospetti di Malattia da Virus Ebola (MVE). Circolare del 20 agosto 2014.
- Ministero della salute. Malattia da Virus Ebola (MVE): Protocollo Centrale per la Gestione dei Casi e dei Contatti sul territorio Nazionale. Circolare 1 ottobre 2014.
- Ministero della salute. Aggiornamento ed Errata Corrige nota circolare prot. n. 26377 dell'1 ottobre 2014 "Malattia da Virus Ebola (MVE): Protocollo Centrale per la Gestione dei Casi e dei Contatti sul territorio Nazionale". Circolare 6 ottobre 2014.
- Ministero dell'Interno decreto del 23 novembre 2010 "Procedure nazionali per il trasporto di pazienti in alto biocontenimento".
- World Health Organization. [www.who.int/csr/disease/ebola/en](http://www.who.int/csr/disease/ebola/en)

**20. ALLEGATI**

Fanno parte integrante del presente documento i seguenti allegati:

**20.1 Allegato 1:**










- Ministero della Salute. Aggiornamento ed Errata Corrige nota circolare prot. n. 26377 dell'1 ottobre 2014 "Malattia da Virus Ebola (MVE): Protocollo Centrale per la Gestione dei Casi e dei Contatti sul territorio Nazionale". (Circolare Ministeriale - 6 ottobre 2014).

**20.2 Allegato 2:**

- Ministero dell'Interno decreto del 23 novembre 2010 "Procedure nazionali per il trasporto di pazienti in alto biocontenimento".

**20.3 Allegato 3:**

- Principali precauzioni da considerare nell'assistenza ai pazienti con sospetta malattia da Ebola (Circolare Ministeriale - 1 ottobre 2014)

	Cosa	Quando
	<p><b>Igiene delle mani</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Eseguire l'igiene delle mani con frizione alcolica o lavaggio con acqua e sapone nell'assistenza di <b>tutti</b> i pazienti: prima del contatto con il paziente, prima dell'esecuzione di una manovra sterile (in questo caso frizione alcolica o lavaggio antisettico), dopo il contatto con liquidi biologici, dopo il contatto con le superfici ambientali, dopo il contatto con il paziente.</li> </ul> <p><b>NB.</b> L'uso dei guanti non è sostitutivo dell'igiene delle mani, che deve sempre essere effettuata.</p>	<p>Per <b>tutti</b> i pazienti con sospetto di Ebola</p>
	<p><b>Ambiente e attrezzature</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nell'assistenza a pazienti con sospetta Ebola, è preferibile utilizzare attrezzature/dispositivi monouso o, se non possibile, dedicate. Tutte le attrezzature utilizzate su un paziente devono essere comunque ricondizionate prima dell'utilizzo su un successivo paziente (vedi dettagli nel testo).</li> <li>Le superfici ambientali devono essere decontaminate almeno una volta al giorno e in tutti i casi di effettiva necessità.</li> </ul> <p>Nell'assistenza a pazienti con Ebola utilizzare disinfettanti attivi su virus (ipocloriti). In caso di spandimento di liquidi biologici adottare le procedure indicate di seguito nel testo.</p>	<p>Per <b>tutti</b> i pazienti con sospetto di Ebola</p>
	<p><b>Prevenzione degli incidenti da aghi e taglienti</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Utilizzare dispositivi di sicurezza per il prelievo di sangue</li> <li>Utilizzare sistemi a vuoto con provette infrangibili (Vacutainer)</li> <li>Eliminare i taglienti in modo sicuro negli appositi contenitori secondo le procedure aziendali</li> </ul>	<p>Per <b>tutti</b> i pazienti con sospetto di Ebola</p>
	<p><b>Camice impermeabile</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indossare un camice impermeabile con maniche lunghe se: <ul style="list-style-type: none"> <li>è possibile la contaminazione di cute e del camice paziente nell'assistenza a un paziente con sospetta Ebola non ancora in isolamento (valutazione iniziale di un paziente che necessita di assistenza non differibile, trasporto del paziente)</li> <li>prima di entrare nella stanza di un paziente con sospetto di Ebola in isolamento ospedaliero in un reparto di Malattie infettive</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presenza in carico iniziale se il paziente necessita di assistenza indifferibile</li> <li>Durante il trasporto in ambulanza</li> <li>Durante il ricovero in MI</li> </ul>
	<p><b>Guanti</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indossare i guanti se: <ul style="list-style-type: none"> <li>si anticipa un possibile contatto con secrezioni, escrezioni, cute lesa, mucose o superfici contaminate nell'assistenza a un paziente con sospetta Ebola non ancora in isolamento (valutazione iniziale di un paziente che necessita di assistenza non differibile, trasporto del paziente)</li> <li>prima di entrare nella stanza di un paziente con sospetto di Ebola in isolamento ospedaliero in un reparto di Malattie Infettive</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presenza in carico iniziale se il paziente necessita di assistenza indifferibile</li> <li>Durante il trasporto in ambulanza</li> <li>Durante il ricovero in MI</li> </ul>
	<p><b>Maschera e protezione degli occhi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indossare la mascherina chirurgica idrorepellente e protezione degli occhi (schermo facciale o occhiali EN 166) se: <ul style="list-style-type: none"> <li>si anticipa un possibile contatto con secrezioni, escrezioni, cute lesa, mucose o superfici contaminate nell'assistenza a un paziente con sospetta Ebola non ancora in isolamento (valutazione iniziale di un paziente che necessita di assistenza non differibile, trasporto del paziente)</li> <li>prima di entrare nella stanza di un paziente con sospetto di Ebola in isolamento ospedaliero in un reparto di Malattie Infettive</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presenza in carico iniziale se il paziente necessita di assistenza indifferibile</li> <li>Durante il trasporto in ambulanza</li> <li>Durante il ricovero in MI</li> </ul>
	<p><b>Facciale Filtrante FFP2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indossare in modo corretto il facciale filtrante FFP2 se: <ul style="list-style-type: none"> <li>si effettuano delle manovre che inducono la formazione di aerosol (es. somministrazione di farmaci con nebulizzazione, broncoscopia, bronco aspirazione, intubazione, ventilazione a pressione positiva) o il paziente presenta manifestazioni cliniche potenzialmente a rischio di generare aerosol (es. tosse).</li> </ul> </li> </ul> <p><b>NB.</b> Il Facciale Filtrante FFP2 non può essere indossato da chi ha la barba.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nell'assistenza di pazienti con sospetto di Ebola quando si effettuano manovre che inducono la formazione di aerosol</li> </ul>
	<p><b>Trasporto del paziente</b></p> <p>Far indossare al paziente una mascherina chirurgica durante il trasporto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Per <b>tutti</b> i pazienti con sospetto di Ebola</li> </ul>
	<p><b>Stanza singola</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Collocare il paziente in una stanza singola con la porta chiusa, con servizio dedicato</li> <li>Ridurre il numero di persone che hanno accesso alla stanza di isolamento</li> <li>Verificare che prima di entrare eseguano l'igiene delle mani, indossino i DPI raccomandati e che all'uscita rimuovano i DPI in modo corretto e eseguano l'igiene delle mani</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presenza in carico iniziale se il paziente necessita di assistenza indifferibile</li> <li>In attesa del trasporto</li> <li>Durante il ricovero in MI</li> </ul>

## 20.4 Allegato 4:

## Diagnosi differenziale della febbre in un viaggiatore al rientro

Adattato da: CDC. Health Information for International Travel - the 2014 Yellow Book. Chapter 5: Post-Travel Evaluation. Fever in Returned Travelers. Mary Elizabeth Wilson.

La febbre che insorge in un viaggiatore al rientro può costituire il segno di una grave malattia. Inizialmente la valutazione deve focalizzarsi sull'identificazione di infezioni progressive, trattabili o contagiose.

I segni che richiedono intervento urgente sono: emorragia, alterazioni neurologiche, distress respiratorio acuto. Anche se la prima valutazione risulta negativa, occorre riesaminare il paziente in quanto la comparsa di segni e sintomi può orientare il processo diagnostico.

La febbre deve essere ulteriormente indagata in quanto può indicare una malattia rilevante per la sanità pubblica, se accompagnata da qualsiasi dei seguenti segni o sintomi:

- Rash cutaneo
- Dispnea
- Respiro corto
- Tosse persistente
- Alterazione dello stato di coscienza
- Emorragie spontanee, incluse quelle sottocutanee
- Diarrea
- Vomito
- Ittero
- Paralisi a recente insorgenza.

## Cause comuni di febbre, per area geografica

MALATTIA	PERIODO DI INCUBAZIONE (RANGE)	DISTRIBUZIONE
<b>Incubazione &lt;14 giorni</b>		
Chikungunya	2-4 giorni (1-14 giorni)	Tropici, subtropici (emisfero orientale)
Dengue	4-8 giorni (3-14 giorni)	Tropici, subtropici
Encefaliti da Arbovirus (Encefalite giapponese, Encefalite da zecche, West Nile virus, altro)	3-14 giorni (1-20 giorni)	Specifici agenti variabili per regione
Febbre tifoide	7-18 giorni (3-60 giorni)	Specialmente nel subcontinente indiano
Salmonellosi, shigellosi, yersiniosi, campilobatteriosi	1-7 giorni	Diffusa
Infezione da MERS Cov	2-14 giorni	Penisola arabica
Infezione acuta da HIV	10-28 giorni (10 giorni to 6 settimane)	In tutto il mondo
Influenza	1-3 giorni	In tutto il mondo, può essere acquisita anche in viaggio
Legionellosi	5-6 giorni (2-10 giorni)	Diffusa
Leptosirosi	7-12 giorni (2-26 giorni)	Diffusa, più comune nelle aree tropicali
Malaria, Plasmodium falciparum	6-30 giorni (quasi sempre entro 3 mesi dal viaggio, occasionalmente oltre)	Tropici, subtropici
Malaria, P. vivax	8 giorni - 12 mesi (occasionalmente più lungo)	Diffusa, più comune nelle aree tropicali e subtropicali
Febbre esantematica da rickettsie	Pochi giorni a 2-3 settimane	Le specie patogene variano per regione
Malattia da virus Ebola	8-10 giorni (2-21 giorni)	Africa centro-occidentale
<b>Incubazione 14 giorni - 6 settimane</b>		
Encefaliti da Arbovirus; febbre tifoide; infezioni acute da HIV; leptosirosi; malaria	Vedi sopra i periodi di incubazione per le malattie rilevanti	Vedi sopra la distribuzione per le malattie rilevanti
Ascesso amebico epatico	Settimane a mesi	Più comune nei Paesi in via di sviluppo
Epatite A	28-30 giorni (15-50 giorni)	Più comune nei Paesi in via di sviluppo
Epatite E	26-42 giorni (2-9 settimane)	Diffusa
Schistosomiasi acuta (sindrome di Katayama)	4-8 settimane	Più comune nell'Africa sub-Sahariana
<b>Incubazione &gt;6 settimane</b>		
Ascesso amebico epatico, epatite E, malaria, Schistosomiasi acuta	Vedi sopra i periodi di incubazione per le malattie rilevanti	Vedi sopra la distribuzione per le malattie rilevanti
Epatite B	90 giorni (60-150 giorni)	Diffusa
Leishmaniosi viscerale	2-10 mesi (10 giorni - anni)	Asia, Africa, America Latina, Europa meridionale, Medio Oriente
Tubercolosi	Primaria, settimane; Riattivazione, anni	Distribuzione globale, incidenza e livelli di resistenza variabili

## Segni clinici comuni e infezioni associate

SEGNII CLINICI COMUNI	INFEZIONI DA CONSIDERARE DOPO UN VIAGGIO AI TROPICI
Febbre e rash	Dengue, chikungunya, rickettsiosi, febbre tifoide (le lesioni cutanee possono essere rare o assenti), infezione acuta da HIV, morbillo
Febbre e dolore addominale	Febbre tifoide, ascesso amebico epatico
Febbre e diarrea	Salmonellosi, shigellosi, yersiniosi, campilobatteriosi

Febbre indifferenziata e conta WBC normale o bassa	Dengue, malaria, rickettsiosi, febbre tifoide, chikungunya
Febbre ed emorragia	Febbre emorragica virale (dengue e altre), meningococcemia, leptospirosi, rickettsiosi
Febbre ed eosinofilia	Schistosomiasi acuta, reazione da ipersensibilità a farmaci, fascioliasi e altre parassitosi (rare)
Febbre e infiltrati polmonari	Comuni patogeni batterici evirali, legionellosi, MERS-Cov, schistosomiasi acuta, febbre Q, leptospirosi
Febbre e stato mentale alterato	Malaria cerebrale, meningoencefalite batterica o virale, trypanosomiasi africana, tifo fluviale giapponese
Sindrome mononucleosica	Epstein-Barr virus, cytomegalovirus, toxoplasmosi, acute HIV
Febbre persistente >2 settimane	Malaria, enteric fever, Epstein-Barr virus, cytomegalovirus, toxoplasmosi, infezione acuta da HIV, schistosomiasi acuta, brucellosi, tubercolosi, febbre Q, leishmaniasi viscerale (rara)
Febbre con esordio >6 settimane dopo il viaggio	Malaria da Plasmodium vivax or ovale, epatite virale acuta (B, C, o E), tubercolosi, ascesso amebico epatico

Figura 1

