



Istituto Nazionale per le Malattie Infettive  
LAZZARO SPALLANZANI  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico  
Via Portuense, 292 - 00149 ROMA - C.F. E P. IVA 05080991002

DELIBERAZIONE N. 58 del 09/02 / 2016

**Struttura proponente:** Direzione Sanitaria

**OGGETTO:** Procedure operative per la gestione di casi sospetti probabili o confermati e contatti di Sindrome Respiratoria Medio Orientale da nuovo Corona Virus (Middle-east Respiratory Syndrome, MERS)

Il presente provvedimento è composto da n. 38 pagine

L'estensore: Dott. Lucilla Colasudo  
(firma) [Firma]

Data 20/01 / 2016

**Parere del Direttore Amministrativo:** dott. Guglielmo Di Balsamo

Favorevole [Firma]  Non favorevole (con motivazioni allegate al presente atto)  
(firma) \_\_\_\_\_ Data 21/2 / 2016

**Parere del Direttore Sanitario ff:** Dott. Andrea Antinori

Favorevole [Firma]  Non favorevole (con motivazioni allegate al presente atto)  
(firma) \_\_\_\_\_ Data 20/01 / 2016

**Parere del Direttore Scientifico:** dott. Giuseppe Ippolito

Favorevole [Firma]  Non favorevole (con motivazioni allegate al presente atto)  
(firma) \_\_\_\_\_ Data 26/01 / 2016

**VISTO per le Registrazioni contabili:**

(firma) [Firma] Data 28/01 / 2016

**Il Responsabile del procedimento:** Dott. Vincenzo Puro

(firma) [Firma] Data 20/01 / 2016

**Il Dirigente:** Dott. Andrea Antinori

(firma) [Firma] Data 20/01 / 2016

**Istituto Nazionale per le Malattie Infettive  
"LAZZARO SPALLANZANI"  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico  
Via Portuense, 292 - 00149 Roma**

**OGGETTO:** Procedure operative per la gestione di casi sospetti probabili o confermati e contatti di Sindrome Respiratoria Medio Orientale da nuovo Corona Virus (Middle-east Respiratory Syndrome, MERS)

Visto per la registrazione e l'autorizzazione

Registro autorizzazioni n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Budget economico: Anno

Codice conto:

Descrizione:

Budget iniziale:

Somme autorizzate:

Budget disponibile:

Presente autorizzazione:

Budget residuo:

Roma, li 26/01/2016

P.P.V.  


IL DIRETTORE della U.O.C.  
AMMINISTRAZIONE E FINANZA



**Il Direttore Sanitario Aziendale**

- VISTO** il Decreto Legislativo 30/12/1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, recante norme sul “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23/10/1992 n. 421”;
- VISTO** il Regolamento di organizzazione e funzionamento dell’Istituto adottato con deliberazione del 14 aprile 2015, n. 222;
- PREMESSO** che sono state riscontrate alcune epidemie in Arabia Saudita e in Corea del Sud di Sindrome Respiratoria Medio-Orientale (MERS: Middle East Respiratory Syndrome) causata da un nuovo Coronavirus mai isolato in precedenza.
- ACQUISITI** la verifica del Direttore del Dipartimento Clinico e l’approvazione del Direttore Sanitario Aziendale f.f.
- ACCERTATO** che l’adozione della presente procedura non comporta per l’I.N.M.I. alcun costo;
- RAVVISATA** la necessità di adottare la presente procedura dal momento che è stata riscontrata una trasmissione del suddetto virus in ambito nosocomiale e che casi – sospetti o confermati -di Mers coV possono arrivare all’I.N.M.I.
- ATTESTATO** che la proposta di provvedimento, a seguito dell’istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è legittima, utile e proficua per il servizio pubblico ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall’art. 1 della Legge 20/94 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all’art. 1, prima comma, della Legge 241/90, come modificato dalle Legge 15/2005;

**PROPONE**

per i motivi in narrativa esposti che formano parte integrante del presente provvedimento:  
di adottare la presente procedura avente ad oggetto :”Procedure operative per la gestione di casi sospetti probabili o confermati e contatti di Sindrome Respiratoria Medio Orientale da nuovo Corona Virus (Middle-east Respiratory Syndrome, MERS)”

La Direzione Sanitaria curerà tutte le attività inerenti il presente provvedimento.

**Il Direttore Sanitario Aziendale ff**  
**(Dott. Andrea Antinori )**



**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

- IN VIRTU'** dei poteri conferitigli con il Decreto del Presidente della Regione Lazio n° T00098 del 20 maggio 2015;
- VISTA** la deliberazione n. 327 del 20 maggio 2015 con la quale la dott.ssa Marta Branca si insedia quale Commissario Straordinario dell'Istituto a far data dal 19 maggio 2015 ai sensi del Decreto sopra citato;
- VISTO** - il Decreto del Ministro della Salute, d'intesa con in Presidente della Regione Lazio del 15 febbraio 2005, con il quale è stato confermato il riconoscimento del carattere scientifico dell'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani", per la disciplina di "AIDS, altre malattie infettive e ospite immunocompromesso";
- il Decreto Legislativo 30/12/1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, recante norme sul "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23/10/1992 n. 421";
- il Decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288, recante: "Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'art. 42, comma 1, della legge 16 gennaio 2003, n. 3;
- VISTA** la legge Regione Lazio 23 gennaio 2006, n. 2 recante: "Disciplina transitoria degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di diritto pubblico non trasformati in fondazioni ai sensi del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288";
- LETTA** la proposta di delibera avente ad oggetto "Procedure operative per la gestione di casi sospetti probabili o confermati e contatti di Sindrome Respiratoria Medio Orientale da nuovo Corona Virus (Middle-east Respiratory Syndrome, MERS)" presentata dal Direttore Sanitario Aziendale ;
- PRESO ATTO** che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge 20/94 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, prima comma, della Legge 241/90, come modificato dalle Legge 15/2005;
- VISTO** il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Scientifico.

**D E L I B E R A**

- di adottare la proposta di deliberazione avente ad oggetto Procedure operative per la gestione di casi sospetti probabili o confermati e contatti di Sindrome Respiratoria Medio Orientale da nuovo Corona Virus (Middle-east Respiratory Syndrome, MERS)

La presente deliberazione sarà pubblicata all'Albo dell'Istituto nei modi previsti dall'art. 31 della L.R. Lazio, n. 45/96

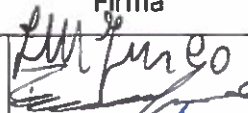







**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

(Dr.ssa Marta Branca)



**Procedure operative per la gestione di casi sospetti  
probabili o confermati e contatti di Sindrome  
Respiratoria Medio-orientale da nuovo Coronavirus  
(Middle-east Respiratory Syndrome, MERS)**

Documento  
Cod.:  
Rev. 0.0  
Data emissione  
Pagina 1 di 33

	Funzione e Nome	Firma	Data
<b>REDAZIONE</b> 23/12/2015	Francesco Fusco		29/12/2015
	Francesco Vairo		
	Eleonora Lalle		29/12/15
	Vincenzo Puro 		
<b>VERIFICA</b>	Dipartimento Clinico e di Ricerca in Malattie Infettive		30/12/15
<b>APPROVAZIONE</b>	Direttore Sanitario Aziendale 		07.12.15

Rev.	Data	Causale delle modifiche	Codifica
1	31/12/2015		

<b>Trasmesso il :</b> ..../../....	<b>Codificato il :</b> ..../../....	<b>Distribuito il :</b> ..../../....
------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------

**Procedure operative per la gestione di casi sospetti  
probabili o confermati e contatti di Sindrome  
Respiratoria Medio-orientale da nuovo Coronavirus  
(Middle-east Respiratory Syndrome, MERS)**

Documento

Cod.:

Rev. 0.0

Data emissione

Pagina 2 di 33

**Indice**

1. Premessa
2. Introduzione
  - 2.1 Brevi cenni generali sul MERS-CoV
  - 2.2 Situazione epidemiologica attuale
  - 2.3 Manifestazioni cliniche di MERS
  - 2.4 Definizioni di caso
3. Gestione del paziente presso l'INMI
  - 3.1 Triage in Accettazione
  - 3.2 Procedure per il ricovero del paziente
  - 3.3 Comportamenti durante il ricovero
  - 3.4 Aspetti di laboratorio
4. Altre procedure
  - 4.1 Modalità di disinfezione e sanificazione
  - 4.2 Modalità di trattamento e smaltimento dei rifiuti
  - 4.3 Modalità di gestione delle salme
  - 4.4 Modalità di sorveglianza sanitaria dei contatti
5. Sorveglianza sanitaria degli operatori esposti
6. Flussi informativi e disposizioni in materia di comunicazione

**Allegati:**

- Allegato 1 – Procedure per la selezione dei DPI, vestizione e svestizione
- Allegato 2 – Scheda raccolta dati MERS
- Allegato 3 – Scheda informativa per i contatti
- Allegato 4- Modello notifica di caso

**Procedure operative per la gestione di casi sospetti probabili o confermati e contatti di Sindrome Respiratoria Medio-orientale da nuovo Coronavirus (Middle-east Respiratory Syndrome, MERS)**

Documento

Cod.:

Rev. 0.0

Data emissione

Pagina 3 di 33

## 1. Premessa

Il presente documento si basa sulla situazione epidemiologica internazionale di diffusione del Middle-East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV) ad Novembre 2015. Tale situazione epidemiologica può mutare nel tempo. Gli aggiornamenti del presente documento terranno in considerazione gli eventuali mutamenti dello scenario internazionale.

La procedura tiene conto delle indicazioni emanate dal Ministero della Salute e dagli organismi internazionali (in particolare ECDC e WHO).

Per informazioni costantemente aggiornate sull'andamento dell'epidemia sono consultabili i siti dell'OMS (<http://www.who.int/emergencies/mers-cov/en/>) e dell'ECDC (<http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/coronavirus-infections/Pages/index.aspx>).

Il Ministero della salute invia periodici aggiornamenti epidemiologici.

## 2. Introduzione

### 2.1 Brevi cenni generali sulla Sindrome Respiratoria Medio-Orientale

La Sindrome Respiratoria Medio-Orientale (Middle-East Respiratory Syndrome, MERS), è una malattia respiratoria acuta causata da un nuovo Coronavirus (il MERS-CoV), mai isolato in precedenza. E' stato isolato per la prima volta nel 2012, in Arabia Saudita, da un uomo di 60 anni con sindrome respiratoria grave, che è poi deceduto. Analisi successive hanno poi identificato il MERS-CoV come responsabile di una precedente epidemia nosocomiale, avvenuta in Giordania ad inizio 2012, che causò 9 casi di malattia respiratoria di diversa entità. I Coronavirus sono una grande famiglia di virus a RNA, che possono causare malattie negli esseri umani e negli animali. Negli esseri umani causano malattie di varia gravità che vanno da lievi sindromi respiratorie o gastroenteriche, fino a sindromi respiratorie acute gravi. Un coronavirus mai comparso prima nella popolazione umana fu la causa della epidemia mondiale di SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome), che causò 8096 casi e 774 decessi nel 2003.

I camelidi presenti nelle zone maggiormente affette (cammelli e dromedari) sono stati indicati come possibili ospiti intermedi del MERS-CoV: evidenze suggeriscono la possibilità di trasmissione dai camelidi all'uomo, attraverso il contatto diretto con le secrezioni respiratorie, il contatto con le carni per la macellazione, il consumo di carne poco cotta, il consumo di latte non pastorizzato, ed il contatto con le urine (le urine vengono usate nella medicina tradizionale nella penisola Arabica).

La trasmissione da uomo ad uomo è possibile, ma appare poco efficiente in comunità (R0 da 0.35 a 0.63). Piccoli cluster sono avvenuti tra i conviventi di casi confermati.

**Procedure operative per la gestione di casi sospetti probabili o confermati e contatti di Sindrome Respiratoria Medio-orientale da nuovo Coronavirus (Middle-east Respiratory Syndrome, MERS)**

Documento

Cod.:

Rev. 0.0

Data emissione

Pagina 4 di 33

Al contrario, una efficiente e sostenuta trasmissione del MERS-CoV è stata riportata in ambito nosocomiale: sono state descritte alcune epidemie, che hanno causato anche centinaia di casi, collegate alla trasmissione in ambiente ospedaliero. In particolare, una grande epidemia è avvenuta nel 2015 a Jeddah, in Arabia Saudita, ed ha causato 255 casi con 93 decessi (letalità 36%), tra cui più del 90% acquisiti in ambito ospedaliero. Più recentemente, nel Maggio-Luglio del 2015, una epidemia con 185 casi e 36 decessi (letalità 19%) è avvenuta in Corea del Sud, dopo il ritorno di un viaggiatore dalla penisola arabica: pressoché tutte le infezioni sono state acquisite in ambiente nosocomiale. Durante tutte queste epidemie, una consistente percentuale di casi, a volte fino a più del 50%, ha interessato gli operatori sanitari coinvolti nella gestione dei pazienti, che dunque rappresentano una categoria particolarmente esposta a rischio.

Nonostante non siano note le dinamiche che rendono questa patologia maggiormente trasmissibile negli ospedali, le strutture sanitarie sono considerate a maggior rischio di trasmissione se non vengono osservate le adeguate misure di prevenzione ed il rischio di trasmissione è considerato maggiore in caso di esecuzione di procedure invasive ed in caso di intensa sintomatologia.

Similmente, non sono completamente chiarite le modalità di trasmissione: la trasmissione è certamente mediata da "droplets", altre modalità di trasmissione probabile sono il contatto diretto ed indiretto con le secrezioni ed i fluidi corporei del paziente. Resta da chiarire l'eventuale ruolo di una trasmissione attraverso aerosol infetti o una trasmissione aerea propriamente detta, che allo stato attuale delle conoscenze non può essere esclusa.

Il periodo di incubazione della patologia è dai 2 ai 15 gg. Durante l'epidemia in Corea del Sud sono stati descritti almeno due casi di trasmissione avvenuti prima dell'insorgenza dei sintomi.

### *2.2 Situazione Epidemiologica Attuale*

L'epidemia di MERS, iniziata con il primo caso identificato nel 2012, è tuttora in corso, e si manifesta con casi sporadici nei paesi della penisola arabica, piccoli cluster familiari e epidemie ospedaliere di maggiori dimensioni. Tra il 2 ed il 27 Novembre l'Arabia Saudita ha riportato 3 nuovi casi di infezione, di cui 2 deceduti. Dall'identificazione del nuovo caso nel 2012, sono stati notificati alla WHO 1621 casi confermati con 581 decessi (letalità 35.8%). Dai dati sulla distribuzione dei casi disponibili al 21 Ottobre 2015, dei 1616 casi riportati la maggioranza (1255) di questi è stata notificata dall'Arabia Saudita. Dopo l'Arabia Saudita i paesi più colpiti sono la Corea del Sud (185 casi, tutti da riferire alla epidemia del Maggio-Giugno 2015) e gli Emirati Arabi Uniti (81 casi). Un piccolo numero di altri casi sono stati riportati da altri paesi della penisola arabica (Giordania, Kuwait, Oman, Qatar e Yemen) o da paesi limitrofi (Libano, Iran). Inoltre,

**Procedure operative per la gestione di casi sospetti probabili o confermati e contatti di Sindrome Respiratoria Medio-orientale da nuovo Coronavirus (Middle-east Respiratory Syndrome, MERS)**

Documento

Cod.:

Rev. 0.0

Data emissione

Pagina 5 di 33

casi di MERS sono stati importati, attraverso i viaggi aerei, in numerosi altri paesi, tra cui un caso in l'Italia, ed in alcuni hanno causato piccoli cluster. A tutt'oggi, 26 paesi in totale hanno riportato casi di MERS.

Particolarmente significativa è stata l'epidemia in Corea del Sud. Il 4 Maggio del 2015 un viaggiatore proveniente dai paesi della penisola arabica torna in Corea del Sud, dove sviluppa una sindrome respiratoria l'11 Maggio. Prima di giungere alla diagnosi di MERS il 20 Maggio ed essere sottoposto alle necessarie misure di isolamento, il paziente visita 4 ospedali, tra cui un grande ospedale di Seoul; dove il 20 Maggio viene posta diagnosi di MERS. Da questi ospedali è partita una epidemia che ha causato 185 casi e 36 decessi. L'ultimo caso è del 2 Luglio, ma una "ricaduta", di incerta origine patogenetica, è stata descritta in un paziente ad Ottobre 2015. La fine dell'epidemia di MERS in Corea del Sud è stata dichiarata il 22 dicembre 2015.

### 2.3 Manifestazioni cliniche di MERS

Le manifestazioni cliniche della MERS sono molto variabili. Sono stati riportati casi asintomatici, o con scarsi sintomi delle vie aeree superiori (rinite, tosse, febbre), ed allo stesso tempo, durante la stessa epidemia, sono stati descritti casi di malattia grave del parenchima polmonare, con polmonite o distress respiratorio. Anche nei casi più gravi, la patologia può esordire con sintomi più lievi, tipici di una sindrome influenzale (febbre, dolori muscolari, a volte rinite). Nei casi gravi è stato descritto spesso un interessamento renale, con rapida insorgenza di insufficienza renale. Più raramente sono stati riportati casi con interessamento gastro-intestinale (diarrea, dolori addominali, vomito), o con coagulopatia da consumo.

La letalità complessiva per MERS si attesta globalmente al 30%. Dalle osservazioni condotte finora l'unica caratteristica del paziente legata ad una maggiore letalità è l'età: maggiore è l'età, più frequentemente il paziente va incontro al decesso. Al contrario, nella maggioranza dei casi la malattia sembra presentarsi con sintomi lievi nei bambini.

Gli esami di laboratorio, soprattutto all'esordio, non mostrano aspetti significativi: come per altre patologie virali, è spesso presente una linfopenia ed un aumento degli indici di flogosi. Anche il quadro radiologico non è caratteristico, e si presenta simile a quello di altre polmoniti interstiziali.

**Procedure operative per la gestione di casi sospetti probabili o confermati e contatti di Sindrome Respiratoria Medio-orientale da nuovo Coronavirus (Middle-east Respiratory Syndrome, MERS)**

Documento

Cod.:

Rev. 0.0

Data emissione

Pagina 6 di 33

**Tabella 1 - Caratteristiche cliniche della MERS**

**Sintomi e segni precoci:**

- Febbre (di differente entità);
- Intensa stanchezza, astenia
- Cefalea
- Mialgia
- Artralgie
- Faringodinia
- Tosse
- Rinite

**Sintomi e segni successivi**

- Febbre elevata
- Dispnea
- Distress respiratorio
- Contrazione della diuresi (in caso di interessamento renale)
- Shock

**Nei casi con interessamento gastro-intestinale:**

- Diarrea
- Vomito
- Dolori addominali

Allo stato non è disponibile nessuna terapia specifica per la MERS. Il supporto intensivo, il sostegno delle funzioni vitali (inclusa la dialisi nei casi con interessamento renale) è la sola modalità di gestione clinica con impatto positivo sulla prognosi del paziente.

**3. Gestione del paziente presso l'INMI**

Un caso sospetto, probabile o confermato di MERS può arrivare all'INMI attraverso varie modalità. Il paziente può essere appositamente rimpatriato dall'estero, o essere trasferito da altro ospedale o struttura sanitaria nazionale o regionale o presentarsi spontaneamente presso l'Accettazione dell'Istituto.

La gestione di questi pazienti differisce esclusivamente nelle prime fasi, mentre è completamente sovrapponibile a partire dal momento del ricovero.

**Procedure operative per la gestione di casi sospetti probabili o confermati e contatti di Sindrome Respiratoria Medio-orientale da nuovo Coronavirus (Middle-east Respiratory Syndrome, MERS)**

Documento

Cod.:

Rev. 0.0

Data emissione

Pagina 7 di 33

Le caratteristiche che definiscono un caso sospetto sono riassunte in tabella 2; nella attuale fase maggiore impronta è data al criterio epidemiologico.

Le definizioni di caso probabile o confermato, conformi alle indicazioni del Ministero della salute per la notifica di caso, sono riportate in tabella 3

**N.B.:**

L'OMS suggerisce in quali casi va considerato di praticare il test specifico per la MERS, indipendentemente dalla definizione di caso. ([http://www.who.int/csr/disease/coronavirus\\_infections/mers-investigation-cases/en/](http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/mers-investigation-cases/en/)) Deve essere testato per MERS un soggetto che

- presenti una malattia del parenchima polmonare e:
  - Risieda o abbia soggiornato in paesi con infezione nota negli uomini e/o nei cammelli/dromedari;
  - Sia parte di un cluster di malattia respiratoria acuta avvenuto negli ultimi 15 giorni;
  - Sia un operatore sanitario che ha curato, negli ultimi 15 giorni, un paziente con malattia respiratoria acuta ad eziologia ignota;
  - Presenti una modalità inconsueta, in termini di decorso della malattia, gravità, o mancata risposta alla terapia, ove una diagnosi alternativa non è stata stabilita;
- presenti una malattia respiratoria di qualsiasi gravità e:
  - Abbia avuto un contatto stretto con un caso confermato di MERS;
  - Sia stato presente, negli ultimi 15 giorni, in una struttura sanitaria dove sono stati riportati casi di MERS;
  - Abbia avuto un contatto diretto con cammelli/dromedari o prodotti derivati, nei paesi dove è nota la presenza di infezione.

**Tabella 2 - Definizione di un caso sospetto di MERS adottate all'INMI "L. Spallanzani"**

**Caso sospetto (paziente con sintomi di qualsiasi entità)**

Presenza del criterio clinico:

- Paziente con una sindrome, anche di lieve entità, compatibile con MERS (Febbre E almeno un sintomo tra tosse, faringodinia, dispnea, dolori muscolari o scheletrici, vomito, diarrea),

E

Presenza del criterio epidemiologico

- viaggio o soggiorno negli ultimi 15 giorni in paesi della Penisola Arabica o nei paesi confinanti
  - \* o comunque in paesi in cui è stata dimostrata la trasmissione autoctona del virus (p.es. Corea del sud)
- oppure
- contatto con un caso probabile o confermato. Si definisce contatto: (i) chiunque abbia prestato cura al paziente (operatore sanitario o familiare) o che abbia avuto contatti fisici con il caso; (ii) chiunque sia stato nello stesso luogo (es. abbia convissuto o abbia visitato) di un caso probabile o confermato, quando il caso era sintomatico.

**Procedure operative per la gestione di casi sospetti probabili o confermati e contatti di Sindrome Respiratoria Medio-orientale da nuovo Coronavirus (Middle-east Respiratory Syndrome, MERS)**

Documento

Cod.:

Rev. 0.0

Data emissione

Pagina 8 di 33

**Tabella 3 – Definizioni vigenti in Italia per la notifica di caso – Nota del Ministero della Salute prot. n. 0011311 del 16/05/2013**

**Un caso probabile è:**

- Una persona con sintomi di infezione acuta delle vie respiratorie, che può includere febbre ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ), tosse e malattia del parenchima polmonare (quale polmonite o sindrome da distress respiratorio acuto) basata su evidenza radiologica, clinica o istopatologia

E

senza conferma di laboratorio per MERS-CoV \*\*

E

- viaggio o soggiorno negli ultimi 15 giorni in paesi della Penisola Arabica o nei paesi confinanti\* o comunque in paesi in cui è dimostrata la trasmissione autoctona del virus oppure contatto con un caso probabile o confermato. Si definisce contatto: (i) chiunque abbia prestato cura al paziente (operatore sanitario o familiare) o che abbia avuto contatti fisici con il caso; (ii) chiunque sia stato nello stesso luogo (es. abbia convissuto o abbia visitato) di un caso probabile o confermato, quando il caso era sintomatico.

**Un caso confermato è:**

- Un paziente con conferma di laboratorio di infezione da MERS-CoV.\*\*\*

\* Si considerano come paesi appartenenti alla Penisola Arabica o confinanti: Arabia Saudita; Bahrain; Emirati Arabi Uniti; Giordania; Iran; Iraq; Oman; Qatar; Yemen.  
La lista dei paesi potrà essere aggiornata sulla base dell'evoluzione epidemiologica.

\*\* Test specifico per MERS non disponibile, o non conclusivo, o negativo su un campione non adeguato ([http://www.who.int/csr/disease/coronavirus\\_infections/case\\_definition/en/](http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/case_definition/en/))

\*\*\* Una delle seguenti: PCR positiva in un campione clinico e successiva conferma attraverso il sequenziamento virale o attraverso una altra PCR che amplifica una porzione differente del genoma; o isolamento virale; o evidenza di siero conversione per anticorpi specifici, indipendentemente dalla presentazione clinica.  
([http://www.who.int/csr/disease/coronavirus\\_infections/case\\_definition/en/](http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/case_definition/en/))

		deliberazione n° <u>58</u> del <u>09/01/2016</u>
<b>Procedure operative per la gestione di casi sospetti probabili o confermati e contatti di Sindrome Respiratoria Medio-orientale da nuovo Coronavirus (Middle-east Respiratory Syndrome, MERS)</b>		Documento
		Cod.:
		Rev. 0.0
		Data emissione
		Pagina 9 di 33

### 3.1 Procedure in caso di paziente presentatosi spontaneamente presso l'Accettazione (Triage)


Nella valutazione iniziale dei pazienti con sintomatologia respiratoria correntemente in uso in accettazione è necessario aggiungere il criterio epidemiologico di sospetto caso di MERS.

Nel caso di paziente, presentatosi spontaneamente presso l'Accettazione per qualsivoglia sintomatologia, che riferisca un soggiorno in un paese interessato da MERS nei 15 giorni precedenti la comparsa di sintomi, è necessario un approfondimento da effettuare in area protetta.

L'infermiere dovrà:

- indicare tempestivamente alla persona le modalità di accesso diretto alla area dell'Accettazione dedicata all'isolamento, seguendo il percorso esterno appositamente identificato e dedicato ed invitando a citofonare nuovamente, entrare e attendere all'ingresso davanti allo sportello;
- avvisare il Medico di Accettazione;
- aprire con il comando a distanza la porta di accesso all'area di isolamento;
- raggiungere lo sportello dell'area di isolamento e attraverso l'interfono:
  - esortare e guidare il paziente ad effettuare l'igiene delle mani e ad indossare la mascherina chirurgica e quindi smaltire i rifiuti come previsto nel poster di istruzioni affisso sulla parete;
  - acquisire dal paziente eventuali ulteriori informazioni, da comunicare al medico;
  - tranquillizzare il paziente illustrando brevemente l'iter successivo ed in particolare la necessità da parte del personale di indossare i DPI a titolo precauzionale;
  - indicare al paziente la sala di attesa dove dovrà attendere l'arrivo del medico. Salvo eccezioni dovute a necessità gli accompagnatori dovranno attendere all'esterno dell'accettazione.

Nel caso in cui la sala di attesa o la stanza di isolamento sia già occupata da altro paziente non in valutazione per MERS, quest'ultimo dovrà essere trasferito con le misure di prevenzione dovute in altra stanza, dando priorità al paziente con MERS. Evitare che i due pazienti vengano in contatto.

 <p><b>Procedure operative per la gestione di casi sospetti probabili o confermati e contatti di Sindrome Respiratoria Medio-orientale da nuovo Coronavirus (Middle-east Respiratory Syndrome, MERS)</b></p>	deliberazione n° <u>58</u> del <u>08/04/2020</u>
	Documento
	Cod.:
	Rev. 0.0
	Data emissione
Pagina 10 di 33	

Nel caso in cui il paziente entri nella sala d'attesa comune e venga successivamente identificato come caso sospetto egli verrà invitato ad uscire immediatamente ed ad accedere dall'esterno all'area di isolamento dell'accettazione. Le altre azioni restano immutate.

In caso che il sospetto venga posto dopo la valutazione medica, l'infermiere deve prendere nota della eventuale presenza e delle generalità/ numeri telefonici di altri pazienti in sala d'attesa per le opportune valutazioni sulla loro eventuale sorveglianza.

In ogni caso l'infermiere procederà inoltre a raccogliere generalità e contatti (compresi numeri telefonici) degli eventuali accompagnatori del paziente caso possibile che saranno invitati ad essere valutati dal medico di accettazione.

Il medico di accettazione, accompagnato dall'infermiere, attraverso il percorso dedicato raggiungerà la **stanza di isolamento**, procederà alla vestizione con DPI nella prestanza (vedi allegato 1), farà entrare il paziente (con maschera) nella stanza di isolamento.


Quanto prima possibile, il medico dovrà (Allegato 2):

- porre nuovamente ed in maniera più approfondita le domande volte ad identificare il caso sospetto o probabile;
- effettuare una valutazione delle condizioni cliniche anche per confermare o meno la definizione di caso

Il Medico di Accettazione, sulla base dell'approfondimento anamnestico e clinico può:

- a) escludere che il paziente sia un caso possibile;
- b) classificare il paziente come un caso possibile (vedi definizioni di caso specificate in precedenza).

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

		deliberazione n° <i>58</i> del <i>08/09/2016</i>
<b>Procedure operative per la gestione di casi sospetti probabili o confermati e contatti di Sindrome Respiratoria Medio-orientale da nuovo Coronavirus (Middle-east Respiratory Syndrome, MERS)</b>	Documento	
	Cod.:	
	Rev. 0.0	
	Data emissione	
		Pagina 11 di 33

Nei casi b) in cui il paziente venga considerato come caso possibile, il medico attuerà direttamente nella stanza di isolamento ogni trattamento ritenuto necessario solo se urgente e non differibile. Inoltre informerà il paziente sulle misure precauzionali che verranno messe in atto. L'Allegato 2 dovrà essere conservato con la cartella clinica.

In tutti i casi:

- dovranno essere applicate le procedure per la corretta rimozione dei DPI;
- occorre limitare il numero di operatori esposti, e registrarne le generalità;
- occorre limitare al minimo ogni procedura invasiva in Accettazione, a meno che non sia urgente e non differibile;
- i dispositivi dedicati alla rilevazione dei parametri vitali del paziente dovranno essere esclusivamente mono-paziente, fino a quando il sospetto di MERS non sia escluso, e comunque andranno sanificati all'interno della stanza dopo il trasferimento del paziente alla degenza, attraverso le procedure di sanificazione specifiche (vedi sezione .....

Il Medico di Accettazione deve comunque:

- dare disposizioni per effettuare in Accettazione, a parte il test specifico per MERS, solo eventuali esami diagnostici urgenti e non differibili, previa comunicazione ed accordo con il Laboratorio di Virologia, da contattare all'interno 2666, o al cellulare del dirigente di guardia, 320-4343793;
- sorvegliare, dare indicazioni e applicare le procedure per la corretta rimozione dei DPI (vedi Allegato 1);
- dare indicazioni per la sanificazione della stanza prima di un suo nuovo utilizzo da parte di un altro paziente (come da procedure aziendali, riassunte al punto 4).

### 3.2 Procedure per il ricovero presso l'INMI

3.2.1 Nel caso di paziente, presentatosi spontaneamente presso l'Accettazione, il Medico di Accettazione decide la destinazione del paziente ed informa la Direzione Sanitaria Aziendale.

Possibili destinazioni sono:

- stanza singola a pressione negativa in un reparto di degenza ordinaria (preferenzialmente presso la ex Quarta Divisione).

		deliberazione n° <u>58</u> del <u>08/04/2016</u>
<b>Procedure operative per la gestione di casi sospetti probabili o confermati e contatti di Sindrome Respiratoria Medio-orientale da nuovo Coronavirus (Middle-east Respiratory Syndrome, MERS)</b>	Documento	
	Cod.:	
	Rev. 0.0	
	Data emissione	
		Pagina 12 di 33

- la stanza di alto isolamento presente in Rianimazione (solo nel caso che il paziente richieda supporto intensivo e quindi manovre invasive che possano generare aerosol),

3.2.2 In caso di paziente definito come caso possibile o probabile o confermato di MERS, per cui viene chiesto il trasferimento all'INMI da altra struttura, prima di accettare il paziente occorre accertarsi:

- che il paziente rientri nelle definizioni di caso di MERS, attraverso contatto diretto telefonico, da parte del medico di Accettazione, con la struttura richiedente;
- che il paziente sia stabile dal punto di vista dei parametri vitali, attraverso l'analisi della documentazione inviata ed attraverso contatto diretto, da parte del Medico di Accettazione, con la struttura richiedente. A tal fine il Medico di Accettazione può avvalersi del parere del rianimatore reperibile presso l'INMI;
- che sia disponibile una stanza per l'isolamento respiratorio. Nel contempo è opportuno informare e rendere consapevole della decisione il Responsabile della Rianimazione per la possibilità che un peggioramento delle condizioni cliniche del paziente impongano un trattamento in terapia intensiva e quindi nella stanza di alto isolamento.



Una volta accettato il paziente, il Medico di Accettazione decide la stanza di destinazione del paziente, come descritto per il paziente spontaneamente presentatosi in Accettazione ed informa la Direzione Sanitaria.

In caso di paziente già annunciato (appositamente rimpatriato, o inviato da altra struttura), questi deve essere direttamente trasferito presso la stanza di destinazione, senza passare attraverso i locali dell'Accettazione.

### 3.3 Procedure per il paziente ricoverato

Una volta ricoverato il paziente, i medici che ne assumono la gestione clinica:

- Decidono, in consultazione con il virologo di turno, sempre disponibile al 2666, quali altri test diagnostici effettuare sulla base del sospetto clinico (vedi sez. 3.4), oltre al test specifico per MERS-CoV (vedi N.B.: pagina 11). La scelta dei test da effettuare in prima istanza, ovvero in attesa dei risultati dei test specifici, dovrà comprendere tutti i

	
<b>Procedure operative per la gestione di casi sospetti probabili o confermati e contatti di Sindrome Respiratoria Medio-orientale da nuovo Coronavirus (Middle-east Respiratory Syndrome, MERS)</b>	Documento
	Cod.:
	Rev. 0.0
	Data emissione
Pagina 13 di 33	

principali patogeni inclusi nella diagnostica differenziale, al fine di arrivare alla individuazione della diagnosi il più presto possibile;

- o Concordano inoltre con il virologo di turno, le modalità per il trasporto dei campioni, che deve avvenire come da indicazioni nella sezione 3.4;
- o Tutte le procedure devono essere compiute indossando i DPI così come già indicato per il paziente in valutazione presso l'Accettazione.

### 3.3.1 Comportamenti durante il ricovero.

Durante il ricovero in reparto di degenza o in rianimazione, il paziente confermato dovrà essere gestito da **personale dedicato**.

Dovranno essere seguiti i protocolli per l'isolamento da contatto, droplet e aereo.

I DPI previsti e le procedure di corretta vestizione e svestizione sono elencati nell'allegato 1.

Inoltre:

- Occorre ricordare l'aderenza scrupolosa a tutte le procedure consigliate di controllo delle infezioni, compreso il lavaggio delle mani e l'applicazione delle misure per la prevenzione degli incidenti con aghi e taglienti;
- Occorre limitare il numero degli operatori esposti, e per ogni operatore vanno registrate le generalità ed i tempi di assistenza al paziente;
- I visitatori non devono essere ammessi nelle stanze di isolamento, a meno che non siano assolutamente necessari per l'equilibrio psicologico del paziente (per esempio in caso di pazienti pediatrici);
- Le procedure invasive, ed in particolare quelle producenti aerosol, devono essere ridotte al minimo, ed effettuate dopo una attenta valutazione del rapporto tra rischi per il personale e benefici per la gestione clinica del paziente;
- Lo strumentario e le apparecchiature necessari all'assistenza e alla diagnosi devono essere dedicati. All'interno della stanza non deve essere introdotto alcun tipo di materiale destinato ad essere utilizzato al di fuori dell'unità di isolamento;

**Procedure operative per la gestione di casi sospetti probabili o confermati e contatti di Sindrome Respiratoria Medio-orientale da nuovo Coronavirus (Middle-east Respiratory Syndrome, MERS)**

Documento
Cod.:
Rev. 0.0
Data emissione
Pagina 14 di 33

- La cartella clinica non va messa nella stanza del paziente; all'interno della stanza di isolamento saranno presenti penne, fogli e diagrammi per la registrazione della temperatura e/o di altre funzioni metaboliche, ecc. che non potranno essere portati al di fuori della stessa unità di isolamento;
- Ad ogni paziente verrà consegnato un termometro individuale che successivamente, alla dimissione, verrà sanificato;
- Gli stetoscopi e gli sfigmomanometri e altri dispositivi non critici dovranno rimanere all'interno della stanza di isolamento.
- Padelle ed orinali dovranno essere monouso;
- Eventuali esami strumentali necessari devono essere eseguiti, quando possibile, nella stanza del paziente e concordati tra il responsabile della gestione clinica, sentito il coordinamento e i servizi interessati. Gli strumenti utilizzati debbono essere sanificati attraverso le procedure standard prima di essere riutilizzati (vedi sezione 4.1);
- Le superfici ambientali e lo strumentario potenzialmente contaminato devono essere disinfettati con disinfettanti approvati per uso ospedaliero, incluso l'ipoclorico di sodio allo 0,5%.

Non sono stati suggeriti, nelle linee guida internazionali, criteri e procedure dettagliate per la dimissione del paziente. L'Istituto ha deciso, sulla base delle conoscenze disponibili, di dimettere il paziente, in accordo con il responsabile della gestione clinica, solo a seguito del raggiungimento di una buona e stabile condizione clinica, e quando la presenza del virus MERS-CoV non risulti più determinabile da un campione idoneo prelevato dalla vie respiratorie superiori o, preferibilmente, inferiori.

### 3.4 Aspetti di laboratorio. Istruzioni operative per l'invio di campioni relativi alla diagnosi di infezione da MERS-CoV

Ai fini degli accertamenti relativi all'infezione di virus respiratori emergenti, compreso il MERS-CoV, si riportano le seguenti istruzioni operative per gli interni

**Prima di inviare campioni, è necessario contattare preventivamente il laboratorio.**

Per il caso sospetto il clinico comunicherà verbalmente al laboratorio le informazioni utili per l'inquadramento del caso e compilerà l'Allegato 4 solo una volta avuta la conferma di positività dal

**Procedure operative per la gestione di casi sospetti probabili o confermati e contatti di Sindrome Respiratoria Medio-orientale da nuovo Coronavirus (Middle-east Respiratory Syndrome, MERS)**

Documento
Cod.:
Rev. 0.0
Data emissione
Pagina 15 di 33

laboratorio o nell'eventualità in cui il caso passi da sospetto a probabile; copia dell'allegato sarà inviata al laboratorio.

L'accettazione del campione sul programma di laboratorio W lab verrà fatta direttamente dal personale di turno presso il laboratorio di virologia

Il Laboratorio di Virologia è attivo h24.

Il virologo di turno può essere reperito ai seguenti numeri:

- 0655170666
- 3204343793

Ulteriori recapiti utili:

Accettazione: tel 0655170674

Segreteria: 0655170690

Fax:0655170676

**3.4.1 Tipologia di campioni (tabella 4)**

Fase della malattia	Tipologia di campioni
<i>I) Inizio sintomatologia</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prelievo del tratto respiratorio inferiore o superiore (Bal, espettorato, tampone faringeo o naso-faringeo o altro**)</li> <li>- Sangue senza anticoagulanti per sierologia (1 provetta)</li> </ul>
<i>II) Fasi avanzate della malattia</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prelievo del tratto respiratorio inferiore o superiore (Bal, espettorato, tampone faringeo o naso-faringeo o altro**)</li> <li>- Sangue senza anticoagulanti per sierologia (1 provetta)</li> </ul>

\* In analogia con quanto osservato per la SARS, la sieroconversione per MERS-CoV potrebbe richiedere tempi più lunghi; l'OMS consiglia un intervallo di 21 giorni fra prelievo acuto e convalescente.

\*\*In caso di presentazione clinica prevalentemente enterica, può essere considerata l'opportunità di inviare campioni diversi da quelli respiratori, quali ad esempio feci. Tale eventualità va concordata preventivamente con il laboratorio. Inoltre si fa presente che in caso di infezione da MERS-CoV la

**Procedure operative per la gestione di casi sospetti probabili o confermati e contatti di Sindrome Respiratoria Medio-orientale da nuovo Coronavirus (Middle-east Respiratory Syndrome, MERS)**

Documento

Cod.:

Rev. 0.0

Data emissione

Pagina 16 di 33

*presenza del virus nelle secrezioni del tratto superiore può essere scarsa e fugace, quindi non rilevabile anche con le tecniche molecolari, per cui il campione di elezione è quello proveniente dal tratto respiratorio inferiore.*

### 3.4.2 Modalità di prelievo dei campioni respiratori

#### Tratto respiratorio inferiore

I prelievi del tratto respiratorio inferiore sono i **campioni di elezione** per la diagnosi di MERS-CoV. Raccogliere l'espettorato o il lavaggio broncoalveolare (BAL) utilizzando le precauzioni per la protezione da aerosol, in una provetta sterile.

#### Tratto respiratorio superiore

##### Tampone nasofaringeo (NF)/orofaringeo(OF)

Eseguire il tampone faringeo avendo cura di raccogliere una buona quantità di secrezione, utilizzando i tamponi associati agli appositi Kit di trasporto virale, o tamponi secchi (preferenzialmente in dacron) da inserire in provette con liquido di trasporto virale sterile, o, in alternativa, soluzione fisiologica, o PBS, o terreno MEM o RPMI (volume 2.5 ml). Per arricchire il campione è necessario ripetere il campionamento più di una volta, utilizzando almeno 2 differenti tamponi e stemperando comunque i tamponi in un'unica provetta. In nessun caso i tamponi vanno conservati a secco oppure introdotti nei preparati per microbiologia.

##### Liquido di lavaggio nasofaringeo

Dopo avere instillato profondamente in ciascuna narice 1-2 ml di soluzione fisiologica sterile, aspirare il liquido con una pompetta sterile e porlo in una provetta sterile.

### 3.4.3 Etichettatura dei campioni e documentazione

Su ogni singolo campione deve essere apposta un'etichetta riportante a chiare lettere il nome del paziente, la tipologia del campione (sangue, tampone faringeo, Bal, ecc.) e la data di prelievo.

**Campioni biologici da inviare:** i campioni di elezione per la diagnosi molecolare sono i campioni delle basse vie respiratorie (BAL, Broncoaspirato), alternativamente si accettano i tamponi naso-faringei o l'espettorato (anche se meno idonei).

Si richiede inoltre una provetta di sangue senza anticoagulanti per sierologia.

	
<b>Procedure operative per la gestione di casi sospetti probabili o confermati e contatti di Sindrome Respiratoria Medio-orientale da nuovo Coronavirus (Middle-east Respiratory Syndrome, MERS)</b>	Documento
	Cod.:
	Rev. 0.0
	Data emissione
	Pagina 17 di 33

**3.4.4 Esecuzione degli esami e trasmissione dei risultati**

**Esami molecolari:** sono stati allestiti dei pannelli molecolari che si basano su metodi diversi e complementari, che permettono lo screening, la conferma e la caratterizzazione molecolare del virus. I risultati saranno comunicati nel più breve tempo possibile, compatibilmente con l'esecuzione di test accessori per circostanziare la diagnosi.

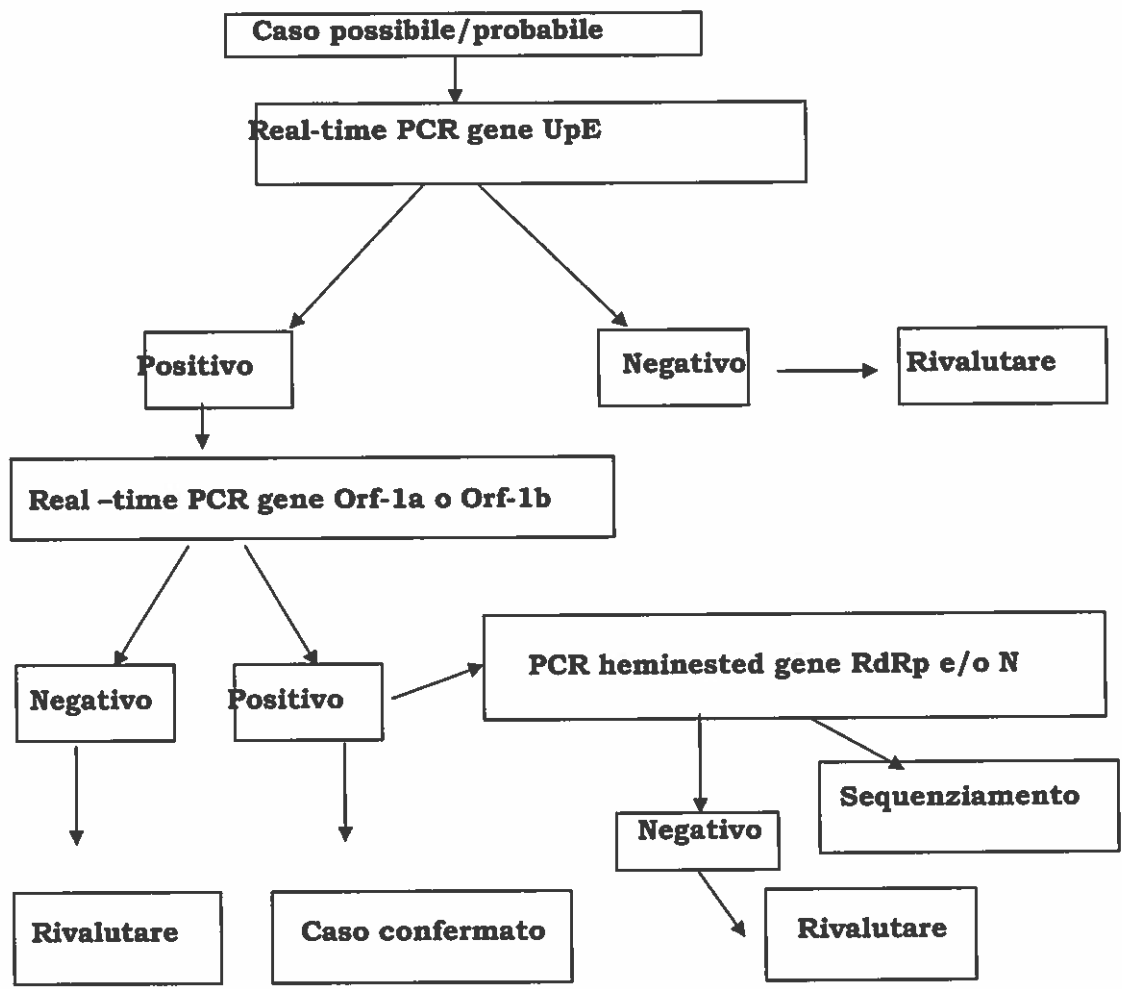
In particolare la diagnosi di infezione da MERS-CoV viene effettuata mediante test molecolari effettuati in due step, basati su amplificazione in real-time PCR di diverse regioni del genoma virale (UpE: screening, ORF-1a o ORF-1b: conferma); l'approfondimento diagnostico è basato su amplificazione e sequenziamento dei geni N e RdRp (non in urgenza).

**Esami sierologici e diagnosi differenziale:** I risultati delle indagini sierologiche e della eventuale diagnostica differenziale saranno disponibili nei tempi previsti per la diagnostica virologica standard.

**Procedure operative per la gestione di casi sospetti probabili o confermati e contatti di Sindrome Respiratoria Medio-orientale da nuovo Coronavirus (Middle-east Respiratory Syndrome, MERS)**

Documento
Cod.:
Rev. 0.0
Data emissione
Pagina 18 di 33

Algoritmo diagnostico di laboratorio e interpretazione dei risultati



\*in caso di un forte sospetto clinico/epidemiologico e in presenza di risultati discordanti consultare la Dott. Capobianchi, il Dr. Di Caro, o la Dr.ssa Lalle

**Procedure operative per la gestione di casi sospetti probabili o confermati e contatti di Sindrome Respiratoria Medio-orientale da nuovo Coronavirus (Middle-east Respiratory Syndrome, MERS)**

Documento

Cod.:

Rev. 0.0

Data emissione

Pagina 19 di 33

#### 4. Altre procedure

##### 4.1 Modalità di igiene e disinfezione

Secondo i dati attualmente disponibili, ed in accordo con le indicazioni disseminate dai principali organi di Salute Pubblica internazionale, le modalità di disinfezione e sanificazione suggerite per il MERS-CoV non differiscono da quelle utilizzate di routine in ambiente ospedaliero. Il MERS-CoV è sensibile ad una vasta gamma di disinfettanti per uso ospedaliero utilizzati per la disinfezione di superfici resistenti, non-porose. Pertanto si suggerisce una disinfezione scrupolosa delle superfici, da effettuare almeno una volta al giorno ed una disinfezione addizionale in caso di contaminazione visibile. Gli operatori che effettuano le procedure di igiene e disinfezione devono indossare gli stessi DPI consigliati per la pratica clinica, con l'aggiunta di un addizionale paio di guanti in gomma. Alla dimissione o dopo la rimozione del corpo a seguito di decesso del paziente, la stanza deve essere sottoposta a completa e dettagliata disinfezione con ipoclorito di sodio allo 0,5% o con altro prodotto approvato per uso ospedaliero.

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

Le apparecchiature di laboratorio utilizzate devono essere sanificate in accordo con quanto consigliato dalla ditta produttrice, o in accordo ai protocolli in uso all'interno dei laboratori BSL 3-4.

Vassoi, stoviglie e le posate saranno monouso (plastica o carta) per consentirne la termodistruzione.

##### 4.2 Modalità di trattamento e smaltimento dei rifiuti di pazienti con MERS

Secondo i dati attualmente disponibili, ed in accordo con le indicazioni disseminate dai principali organi di Salute Pubblica internazionale, i rifiuti prodotti durante la gestione di un paziente con MERS devono essere gestiti secondo i protocolli ospedalieri vigenti, senza misure addizionali specifiche. Similmente, la gestione degli effetti lettereschi deve avvenire in accordo ai protocolli standard.

Lo smaltimento dei rifiuti di laboratorio e le procedure di svolgimento delle attività in adeguate condizioni di biosicurezza sono incluse nella documentazione dei laboratori di biosicurezza e nelle procedure interne, che sono parte della documentazione certificata.

**Procedure operative per la gestione di casi sospetti  
probabili o confermati e contatti di Sindrome  
Respiratoria Medio-orientale da nuovo Coronavirus  
(Middle-east Respiratory Syndrome, MERS)**

Documento

Cod.:

Rev. 0.0

Data emissione

Pagina 20 di 33

#### 4.3 Modalità di gestione delle salme

In caso di decesso del paziente, in assenza di chiare evidenze su questo punto, il corpo deve essere considerato come contagioso, e come tale trattato con la massima cautela. La mobilitazione del corpo può causare fuoriuscita di aria dai polmoni, e alcune procedure durante l'autopsia possono favorire la produzione di aerosol. Pertanto, gli operatori devono continuare ad indossare i DPI consigliati, e l'autopsia è sconsigliata se non strettamente necessaria (ad esempio, per obblighi medico-legali), ed in tal caso procedure non invasive, quali ad esempio la biopsia su cadavere, devono essere privilegiate. L'Istituto comunque dispone di un procedura per la medicina necroscopica in caso di pazienti deceduti per patologie altamente contagiose, che va rigorosamente applicata.

#### 5. Modalità di sorveglianza sanitaria dei contatti

Fin dal primo contatto con il paziente, i sanitari presso l'INMI devono prendere nota di eventuali contatti, o interrogando direttamente il paziente o interrogando eventuali persone che lo accompagnano. Le generalità dei contatti (nome ed altri dati anagrafici disponibili, inclusi indirizzo e numero di telefono), raccolti anche in tempi diversi dal Medico di Accettazione, e dal Medico di Reparto, devono essere comunicati alla Direzione Sanitaria, che provvederà a far pervenire l'informazione alla ASL di residenza per l'attuazione delle eventuali misure di sorveglianza.

Il Ministero della Salute ha descritto inoltre, nella Nota prot. n. 0011311 del 16/05/2013, i criteri per la definizione dei contatti, sostanzialmente coincidenti con le definizioni suggerite dall'OMS.

**Si definisce contatto:**

- chiunque abbia prestato cura al paziente (un operatore sanitario o un familiare) o che abbia avuto contatti fisici con il caso negli ultimi 15 giorni;
- chiunque sia stato nello stesso luogo di un caso probabile o confermato (es. abbia convissuto o abbia visitato o abbia viaggiato insieme), quando il caso era sintomatico, negli ultimi 15 giorni.

Le misure nei confronti dei contatti mirano ad identificare precocemente l'eventuale insorgenza di sintomi compatibili con MERS, ed ad informare la persona sui comportamenti da tenere per evitare l'eventuale esposizione a contagio di altre persone. Occorre tenere presente che, durante l'epidemia avvenuta in Corea del Sud, sono stati identificati eventi di trasmissione avvenuti 1-2 giorni prima della comparsa dei sintomi.

**Procedure operative per la gestione di casi sospetti probabili o confermati e contatti di Sindrome Respiratoria Medio-orientale da nuovo Coronavirus (Middle-east Respiratory Syndrome, MERS)**

Documento

Cod.:

Rev. 0.0

Data emissione

Pagina 21 di 33

Per tale motivo appare opportuno identificare come contatti anche coloro che sono stati in contatto con il paziente nei 2 giorni precedenti la comparsa della sintomatologia.

Le misure nei confronti dei contatti sono riassunte in tabella 5.

**Tabella 5 – Misure per la gestione dei contatti**

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

- la specifica condizione di rischio;
- i sintomi di esordio della malattia;
- le modalità di trasmissione;
- l'opportunità di evitare farmaci che possano mascherare l'insorgenza di febbre;
- il numero di telefono da chiamare in caso di dubbi o di comparsa dei sintomi.

Vengono consigliate le seguenti misure:

- misurare la temperatura una volta al giorno per 15 giorni,
- riportare al medico di riferimento l'insorgenza di eventuali sintomi a carico dell'apparato respiratorio o gastro-intestinale;
- in caso di insorgenza di sintomi, interrompere le proprie attività, indossare una mascherina chirurgica e recarsi presso l'Accettazione dell'INMI previo accordo telefonico, o presso altra struttura di riferimento, sempre dopo opportuno contatto telefonico.

In caso di contatti asintomatici, non è indicato di praticare il test specifico per MERS. Invece, anche dopo i 15 giorni del periodo di incubazione, l'OMS suggerisce di effettuare, previo consenso informato, studi di siero prevalenza tra i contatti anche se asintomatici, al fine di comprendere al meglio le modalità di trasmissione e di espressione clinica di questa patologia

**6 - Sorveglianza sanitaria degli operatori esposti**

**6.1 – Premesse e campo di applicazione**

L'incubazione della MERS è di 2-15 giorni. Sono stati riportati rari casi in cui il soggetto si è dimostrato contagioso anche 2 giorni prima l'insorgenza della patologia. Le misure di isolamento si sono dimostrate efficaci nell'interrompere la catena di trasmissione.

Il seguente protocollo si applica a tutti i seguenti operatori:

**Procedure operative per la gestione di casi sospetti probabili o confermati e contatti di Sindrome Respiratoria Medio-orientale da nuovo Coronavirus (Middle-east Respiratory Syndrome, MERS)**

Documento

Cod.:

Rev. 0.0

Data emissione

Pagina 22 di 33

- 1) gli operatori che sono direttamente coinvolti nell'assistenza a casi probabili o confermati di MERS;
- 2) i laboratoristi che manipolano materiali contenenti o potenzialmente contaminati con virus MERS-CoV a scopo diagnostico e/o di ricerca.

**6.2 - Principi generali e definizioni**

- Tutti gli operatori devono essere informati sulle raccomandazioni contenute nelle procedure operative per la gestione di casi di MERS vigenti in Istituto;
- La sorveglianza deve essere protratta fino a 15 giorni dall'ultima esposizione;
- Ai fini della sorveglianza sanitaria degli operatori esposti, la febbre viene definita come temperatura corporea (TC) > 37°C;
- Le assenze connesse alle situazioni previste dal presente protocollo saranno certificate dal Medico Competente; non è necessario il certificato del Medico di Medicina Generale;
- Ai sensi della Nota del Ministero della Salute prot. n. 0011311 del 16/05/2013, i criteri per la definizione dei contatti comprendono chiunque abbia prestato cura al paziente negli ultimi 15 giorni. Pertanto tutti gli operatori sanitari rientrano nella definizione di contatto. Ai fini di una migliore gestione degli operatori, in questa procedura si classificano i contatti in 3 fasce di rischio:
  - Contatti a basso rischio: chiunque abbia prestato assistenza al caso o abbia manipolato campioni biologici, dotato degli DPI indicati, e senza che si verificassero incidenti o episodi discordanti con le procedure indicate;
  - Contatti a medio rischio: chiunque abbia prestato assistenza al caso o abbia manipolato campioni biologici, non dotato degli DPI indicati (DPI di livello inferiore, o rottura o danneggiamento di DPI), oppure in caso di incidenti o episodi di mancato rispetto delle procedure indicate, *senza esposizione diretta ai materiali biologici del paziente* (secrezioni respiratorie, altro);
  - Contatti ad alto rischio: chiunque abbia prestato assistenza al caso o abbia manipolato campioni biologici, e si sia verificata *esposizione diretta di cute o mucose a materiali biologici del paziente*, ad esempio a secrezioni respiratorie, feci, urine, sangue, vomito; punture o altre ferite penetranti con materiale

**Procedure operative per la gestione di casi sospetti probabili o confermati e contatti di Sindrome Respiratoria Medio-orientale da nuovo Coronavirus (Middle-east Respiratory Syndrome, MERS)**

Documento

Cod.:

Rev. 0.0

Data emissione

Pagina 23 di 33

potenzialmente contaminato, manipolazione o ricomposizione della salma senza adeguata protezione.

### 6.3 – Misure da adottare

Le misure nei confronti del personale esposto mirano ad identificare precocemente l'eventuale insorgenza di sintomi compatibili con MERS e ad informare la persona sui comportamenti da tenere per evitare l'eventuale trasmissione ad altre persone. Le azioni comprendono:

- Tutti gli operatori ( esclusi i laboratoristi) che entrano in contatto con il paziente, o con i campioni diagnostici, o con i materiali potenzialmente contaminati, devono registrare data ed orario, nome, ed eventuali note nel registro conservato nei locali esterni alla stanza di isolamento. Tale lista deve essere inviata in Direzione Sanitaria alla dimissione del paziente e conservata presso il Servizio di Sorveglianza Sanitaria;
- Tutti gli operatori devono ricevere adeguate informazioni riguardo i seguenti punti:
  - i sintomi di esordio della malattia;
  - le modalità di trasmissione;
  - l'opportunità di evitare farmaci che possano mascherare l'insorgenza di febbre;
  - le modalità di comunicazione in caso di dubbi o di comparsa dei sintomi.
- Per i contatti a basso rischio, l'operatore deve essere considerato a rischio di infezione nullo e può rimanere in servizio, adottando le seguenti precauzioni:
  - deve controllare la temperatura una volta al giorno per i 15 giorni successivi all'ultima esposizione;
  - in caso di comparsa di febbre o di altri sintomi riconducibili a MERS deve segnalarlo tempestivamente per via telefonica al Medico di Accettazione concordando le modalità di presentazione presso l'Accettazione; se in servizio, abbandona il posto di lavoro.
- Per i contatti a medio ed ad alto rischio, ritenuti peraltro molto improbabili considerato i protocolli vigenti, le misure di protezione disponibili, e la preparazione degli operatori, l'operatore deve mettere in atto le seguenti misure:
  - L'operatore deve abbandonare immediatamente, se possibile, l'attività in corso;
  - Nel caso di puntura accidentale da ago, altra puntura, lacerazione, abrasione causata da tagliente o oggetto potenzialmente contaminato, contaminazione congiuntivale e procedere come previsto nell'Allegato 4;

**Procedure operative per la gestione di casi sospetti probabili o confermati e contatti di Sindrome Respiratoria Medio-orientale da nuovo Coronavirus (Middle-east Respiratory Syndrome, MERS)**

Documento

Cod.:

Rev. 0.0

Data emissione

Pagina 24 di 33

- Deve segnalare tempestivamente al Medico di Accettazione l'avvenuta esposizione;
- Il Medico di Accettazione valuta la modalità di esposizione, registra l'accaduto e compila ove necessario la denuncia di infortunio INAIL e dispone l'interruzione o la sospensione dalla attività lavorativa, ed eventualmente la quarantena domiciliare per i 15 giorni successivi;
- In caso di quarantena domiciliare l'operatore deve misurare la TC ogni 24 ore e valutare la comparsa di altri sintomi per informarne immediatamente il Medico di Accettazione;
- La sorveglianza viene interrotta dopo 15 giorni dall'ultima esposizione.
- In caso di operatore divenuto sintomatico durante i 15 giorni di sorveglianza:
  - La presenza di febbre e/o altri sintomi compatibili con MERS nei 15 giorni successivi all'ultima esposizione comporta l'immediato allontanamento o astensione dal lavoro;
  - Se l'insorgenza dei sintomi è riscontrata al di fuori dell'Istituto, l'operatore non deve recarsi al lavoro né presentarsi direttamente in Istituto, ma deve darne comunicazione telefonica al Medico di Accettazione, che adotterà le misure necessarie,
  - Se i sintomi iniziano durante il lavoro all'interno dell'Istituto, la persona deve:
    - indossare immediatamente una mascherina di tipo chirurgico, e praticare igiene delle mani;
    - dare immediata comunicazione telefonica dell'accaduto al Medico di Accettazione e lasciare il posto di lavoro recandosi presso l'area di isolamento della accettazione;
    - essere sottoposto ad anamnesi e visita medica dal Medico di Accettazione presso la stanza di isolamento dell'Accettazione secondo le procedure e con i Dispositivi di Protezione Individuali raccomandati;
    - se l'operatore rientra nella definizione di "caso probabile", si applicano le misure previste per la gestione dei casi di MERS, vigenti in Istituto;
    - se il Medico di Accettazione esclude che l'operatore rientri nella definizione di caso sospetto, l'operatore sarà gestito come necessario e sarà continuata la sorveglianza, secondo le modalità correlate al rischio precedentemente valutato, fino ai 15 giorni dall'ultima esposizione;
    - l'operatore deve essere costantemente informato delle misure da adottare.

**Procedure operative per la gestione di casi sospetti probabili o confermati e contatti di Sindrome Respiratoria Medio-orientale da nuovo Coronavirus (Middle-east Respiratory Syndrome, MERS)**

Documento
Cod.:
Rev. 0.0
Data emissione
Pagina 25 di 33

**7. Flussi informativi e modalità di comunicazione**

Il caso sospetto deve essere segnalato dal medico al più presto (non oltre le 12 ore) tramite l'invio del modello MIBase alla Direzione Sanitaria dell'INMI che ne darà comunicazione alla ASL di diagnosi (RMD), che provvederà ad avvisare il Servizio Regionale per la Sorveglianza delle Malattie Infettive (SERESMI). Nel caso in cui il sospetto venga posto durante periodo di chiusura della Direzione Sanitaria, il medico provvederà all'invio dello stesso MIBASE alla ASL RM D di competenza ed a contattare il reperibile della ASL tramite il centralino dell'Ospedale Grassi di Ostia

Appena disponibili gli esami di laboratorio:

- Se il caso viene escluso andrà effettuata una breve comunicazione scritta di **non conferma** indicando gli esami effettuati, la relativa data e risultato. alla Direzione Sanitaria dell'INMI che ne darà comunicazione alla ASL di diagnosi (RMD), che a sua volta provvederà ad avvisare il Servizio Regionale per la Sorveglianza delle Malattie Infettive (SERESMI),
- se il caso viene classificato come confermato o come probabile il medico compila, entro 24 ore, la scheda per la notifica delle forme gravi e complicate e dei decessi da virus respiratori (Allegato 4) e la invia alla Direzione Sanitaria dell'INMI che ne darà comunicazione alla ASL di diagnosi (RMD), che a sua volta provvederà ad avvisare il Servizio Regionale per la Sorveglianza delle Malattie Infettive (SERESMI), e la ASL di residenza del paziente per eventuale ricerca di contatti.
- Nel caso in cui il caso venga classificato durante periodo di chiusura della Direzione Sanitaria, il medico provvederà all'invio la scheda per la notifica delle forme gravi e complicate e dei decessi da virus respiratori (Allegato 4) alla ASL RM D di competenza ed a contattare il reperibile della ASL tramite il centralino dell'Ospedale Grassi di Ostia che provvederà ad avvisare il Servizio Regionale per la Sorveglianza delle Malattie Infettive (SERESMI), e la ASL di residenza del paziente per eventuale ricerca di contatti.

Secondo quanto stabilito dal Regolamento Sanitario Internazionale, devono essere segnalati tutti i casi probabili e/o confermati di infezione da nuovo coronavirus entro 24 ore dalla rilevazione. La definizione di caso per la segnalazione e la scheda di segnalazione è contenuta nella Nota del Ministero della Salute n.0011311 del 16 maggio 2013 "Infezione da nuovo coronavirus".

<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=0&codLeg=46037&parte=1%20&serie=>

**Procedure operative per la gestione di casi sospetti  
probabili o confermati e contatti di Sindrome  
Respiratoria Medio-orientale da nuovo Coronavirus  
(Middle-east Respiratory Syndrome, MERS)**

Documento

Cod.:

Rev. 0.0

Data emissione

Pagina 26 di 33

I casi probabili o confermati verranno inoltrati dal SEREMI al Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione, Ufficio V – Malattie Infettive ed al Centro Nazionale di Epidemiologia, Reparto epidemiologia malattie infettive dell'ISS - secondo le modalità indicate nella Circolare del 9 gennaio 2013 per il Monitoraggio dell'andamento delle forme gravi e complicate di influenza stagionale (la cui scheda è stata aggiornata ed è disponibile in allegato a questa procedura – Allegato 4) tramite la registrazione sul sito web <https://www.iss.it/Site/FLUFF100/login.aspx>, oppure tramite trasmissione della scheda a [malinf@sanita.it](mailto:malinf@sanita.it).

**Procedure operative per la gestione di casi sospetti  
probabili o confermati e contatti di Sindrome  
Respiratoria Medio-orientale da nuovo Coronavirus  
(Middle-east Respiratory Syndrome, MERS)**

Documento

Cod.:

Rev. 0.0

Data emissione

Pagina 27 di 33

**Allegato 1. Procedure di vestizione e svestizione**

**Dispositivi di Protezione Individuale (DPI)**

- Doppio paio di guanti,
- camice monouso idrorepellente,
- goggles o schermo facciale,
- maschera FFP3.

**PROCEDURA DI VESTIZIONE**

**Rispettare la sequenza indicata di fronte ad uno specchio e sotto l'osservazione e con l'aiuto di un secondo operatore addestrato:**

1. Togliere ogni monile e oggetto personale. PRATICARE L'IGIENE DELLE MANI con acqua e sapone o soluzione alcolica,
2. Controllare l'integrità dei dispositivi; non utilizzare dispositivi non integri
3. Indossare un paio di guanti,
4. Indossare sopra la divisa il camice monouso,
5. Indossare la maschera FFP3,
6. Indossare i goggles o lo schermo facciale
7. Secondo paio di guanti

**PROCEDURA DI SVESTIZIONE**

**Regole comportamentali**

- Evitare qualsiasi contatto tra i DPI potenzialmente contaminati e il viso, le mucose o la cute.
- I DPI monouso vanno smaltiti nell'apposito ROT nell'area di svestizione.
- Decontaminare i DPI riutilizzabili (goggles).

**Rispettare la sequenza indicata davanti allo specchio o se possibile sotto l'osservazione di un secondo operatore addestrato, che indossa guanti e maschera FFP3, esterno alla zona filtro, a distanza di almeno 1,5 metri dall'operatore potenzialmente contaminato:**

1. Rimuovere il camice monouso e smaltirlo nel ROT,
2. Rimuovere il primo paio di guanti e smaltirli nel ROT,
3. Rimuovere i goggles (o lo schermo facciale) maneggiandoli dalla parte posteriore (nel caso di goggles, inserirli nel contenitore con ipoclorito allo 0,5% presente nella zona filtro, nel caso di schermo facciale, smaltirlo nel ROT),
4. Rimuovere i guanti e smaltirli nel ROT,
5. Praticare l'igiene delle mani con soluzioni alcolica o con acqua e sapone,
6. Indossare un nuovo paio di guanti,
7. Rimuovere la maschera FFP3 maneggiandola dalla parte posteriore e smaltirla nel ROT,
8. Rimuovere i guanti
9. Praticare l'igiene delle mani con soluzioni alcolica o con acqua e sapone.



**Procedure operative per la gestione di casi sospetti probabili o confermati e contatti di Sindrome Respiratoria Medio-orientale da nuovo Coronavirus (Middle-east Respiratory Syndrome, MERS)**

Documento

Cod.:

Rev. 0.0

Data emissione

Pagina 29 di 33

**Allegato 3. Esposizione accidentale dell'operatore sanitario nella gestione di un caso di MERS**

**DEFINIZIONE DI ESPOSIZIONE:**

- contatto ravvicinato viso a viso (inferiore ad un metro), senza indossare gli adeguati DPI,.
- puntura accidentale da ago,
- altra puntura, lacerazione, abrasione causata da tagliente o oggetto potenzialmente contaminato,
- contatto non protetto con il corpo o i fluidi corporei del paziente o altro materiale potenzialmente contaminato,

**AZIONI:**

**A. puntura accidentale da ago, altra puntura, lacerazione, abrasione causata da tagliente o oggetto potenzialmente contaminato:**

Interrompere la procedura, se possibile, lasciare la stanza e nella zona togliere immediatamente il paio di guanti da entrambi le mani.

Lavare le mani con acqua corrente e sapone e sciacquare per 30 secondi.

Favorire l'uscita di sangue dalla lesione senza traumatizzare la parte.

Procedere analogamente se la lesione ha interessato altra parte del corpo.

Indossare un nuovo paio di guanti.

Procedere alla svestizione rispettando scrupolosamente la sequenza prevista.

**B. Contatto non protetto con il corpo o i fluidi corporei del paziente o altro materiale potenzialmente contaminato:**

*N.B.: Tale evenienza non dovrebbe verificarsi se gli operatori che prestano assistenza indossano i Dispositivi di Protezione Individuale come previsto*

**Contaminazione mucosa (congiuntiva, bocca o naso):**

Interrompere la procedura, se possibile, lasciare la stanza e nella zona filtro sciacquare immediatamente la mucosa interessata con acqua corrente o soluzione fisiologica.

**Contaminazione cutanea:**

Interrompere la procedura, se possibile, lasciare la stanza e nella zona filtro decontaminare la cute contaminata con acqua corrente e sapone.

Procedere alla svestizione rispettando scrupolosamente la sequenza prevista.

**SEGNALA IMMEDIATAMENTE LA TUA ESPOSIZIONE AL MEDICO DI ACCETTAZIONE PER IL SUCCESSIVO FOLLOW-UP.**

**Procedure operative per la gestione di casi sospetti probabili o confermati e contatti di Sindrome Respiratoria Medio-orientale da nuovo Coronavirus (Middle-east Respiratory Syndrome, MERS)**

Documento  
Cod.:  
Rev. 0.0  
Data emissione  
Pagina 30 di 33

**Allegato 4 Modello notifica di caso**

Allegato a note circolari: "Infezione da virus influenzale A(H7N9) nell'uomo"/ "Infezione da nuovo Coronavirus" - maggio 2013



Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute



Ministero della Salute  
Dipartimento di Prevenzione e Promozione della Salute  
Ufficio CS ed. COPIREX  
Lazio - Roma - Tel. 06 49901111 - Fax 06 49901112

**SCHEDA PER LA NOTIFICA DELLE FORME GRAVI E COMPLICATE E DEI DECESSI DA VIRUS RESPIRATORI**

Stagione 2012 - 2013

[COMPILARE IN STAMPATELLO IN MODO LEGGIBILE]

**Dettagli di chi compila la scheda**

Data segnalazione: |\_\_|/|\_\_|/|\_\_|

Regione \_\_\_\_\_

ASL notifica \_\_\_\_\_

Dati compilatore

Nome: \_\_\_\_\_

Cognome: \_\_\_\_\_

telefono fisso: \_\_\_\_\_

telefono cellulare: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

**Anagrafica paziente**

Iniziale NOME |\_\_|\_| Iniziale COGNOME |\_\_|\_| Sesso [M] [F]

Data di nascita |\_\_|/|\_\_|/|\_\_| se data nascita non disponibile, specificare età {\_\_|} anni compiuti o età {\_\_|} mesi

Comune di residenza \_\_\_\_\_

Se femmina <50 aa di età, è in stato di gravidanza? [\_\_] sì [\_\_] no [\_\_] non noto se sì, mese di gestazione {\_\_|}

Vaccinato per influenza stagionale 2012-2013 [\_\_] sì [\_\_] no [\_\_] non noto

Vaccinato per influenza stagionale 2011-2012 [\_\_] sì [\_\_] no [\_\_] non noto

**Informazioni cliniche**

Data insorgenza primi sintomi |\_\_|/|\_\_|/|\_\_|

Ricovero ospedaliero: [\_\_] sì [\_\_] no [\_\_] non noto Se sì, data ricovero |\_\_|/|\_\_|/|\_\_|

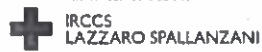
Se sì, nome dell'Ospedale: \_\_\_\_\_

Reparto: terapia intensiva//rianimazione(UTI) [\_\_] Intubato [\_\_] ECMO [\_\_]  
DEA/EAS [\_\_]  
Terapia sub intensiva [\_\_]  
Cardiochirurgia [\_\_]  
Malattie infettive [\_\_]  
Altro [\_\_] \_\_\_\_\_ (specificare)

Terapia Antivirale (Oseltamivir-Tamiflu/Zanamivir-Relenza): [\_\_] sì [\_\_] no [\_\_] non noto

Se sì, data inizio terapia |\_\_|/|\_\_|/|\_\_| durata {\_\_|} (giorni)

deliberazione n° 58 del 09/07/16



**Procedure operative per la gestione di casi sospetti  
probabili o confermati e contatti di Sindrome  
Respiratoria Medio-orientale da nuovo Coronavirus  
(Middle-east Respiratory Syndrome, MERS)**

Documento

Cod.:

Rev. 0.0

Data emissione

Pagina 31 di 33

**Procedure operative per la gestione di casi sospetti probabili o confermati e contatti di Sindrome Respiratoria Medio-orientale da nuovo Coronavirus (Middle-east Respiratory Syndrome, MERS)**

Documento  
Cod.:  
Rev. 0.0  
Data emissione  
Pagina 32 di 33

Allegato a note circolari: "Infezione da virus influenzale A(H7N9) nell'uomo" / "Infezione da nuovo Coronavirus" - maggio 2013

Presenza di patologie croniche?  sì  no  non noto  
se sì quali?

Tumore	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non noto
Diabete	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non noto
Malattie cardiovascolari	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non noto
Deficit immunitari	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non noto
Malattie respiratorie	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non noto
Malattie renali	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non noto
Malattie metaboliche	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non noto
Obesità BMI tra 30 e 40	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non noto
Obesità BMI>40	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non noto
altro	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> non noto

se altro, specificare: \_\_\_\_\_

Data del prelievo per conferma: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Confermato per: A(H1N1)v:  sì  no      A(H7N9):  sì  no  
 A(H1N1):  sì  no      nuovo Coronavirus:  sì  no  
 A(H3N2):  sì  no  
 B:  sì  no

Data di conferma: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Invio del campione al Laboratorio del Centro Nazionale Influenza presso ISS:  sì  no

Se presenza complicanze, specificare:

Data complicanza: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Eseguita radiografia:  sì  no  non noto

Polmonite:  
 Polmonite influenzale primaria  sì  no  non noto  
 Polmonite batterica secondaria  sì  no  non noto  
 Polmonite mista  sì  no  non noto  
 Grave Insufficienza respiratoria acuta (SARI) (vedi definizione allegata)  
 Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) (vedi definizione allegata)  
 Altro: \_\_\_\_\_

**Link epidemiologico**

Negli ultimi 15 giorni, prima dell'insorgenza dei sintomi, il caso si è recato in un Paese dove siano stati confermati casi di influenza da virus A/H7N9?  sì  no  non noto

Se sì, dove \_\_\_\_\_ data del ritorno presso domicilio abituale: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Negli ultimi 15 giorni, prima dell'insorgenza dei sintomi, il caso si è recato in un Paese dove siano stati confermati casi di influenza da nuovo coronavirus?  sì  no  non noto

Se sì, dove \_\_\_\_\_ data del ritorno presso domicilio abituale: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

[se si è recato in più luoghi, specificare]

dove \_\_\_\_\_ data del ritorno presso domicilio abituale: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 dove \_\_\_\_\_ data del ritorno presso domicilio abituale: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Negli ultimi 15 giorni, prima dell'insorgenza dei sintomi, il caso è stato a contatto con un caso probabile o confermato di influenza da virus A/H7N9?  sì  no  non noto

Se sì, specificare dove: \_\_\_\_\_ data esposizione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Negli ultimi 15 giorni, prima dell'insorgenza dei sintomi, il caso è stato a contatto con un caso probabile o confermato di influenza da nuovo coronavirus?  sì  no  non noto

Se sì, specificare dove: \_\_\_\_\_ data esposizione: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Procedure operative per la gestione di casi sospetti probabili o confermati e contatti di Sindrome Respiratoria Medio-orientale da nuovo Coronavirus (Middle-east Respiratory Syndrome, MERS)**

Documento  
Cod.:  
Rev. 0.0  
Data emissione  
Pagina 33 di 33

Allegato a note circolari: "Infezione da virus influenzale A(H7N9) nell'uomo"/ "Infezione da nuovo Coronavirus" – maggio 2013

[se esposto a caso probabile o confermato specificare in più luoghi, specificare]

dove \_\_\_\_\_ data esposizione: |\_\_|/|\_\_|/|\_\_\_\_|  
dove \_\_\_\_\_ data esposizione: |\_\_|/|\_\_|/|\_\_\_\_|

**Follow-up**

Esito: Guarigione: |\_\_| Data: |\_\_|/|\_\_|/|\_\_\_\_|  
Decesso: |\_\_| Data: |\_\_|/|\_\_|/|\_\_\_\_|

Se decesso, certificato di morte: sì |\_\_| no |\_\_|

Se sì, specificare:

- causa iniziale: \_\_\_\_\_
- causa intermedia: \_\_\_\_\_
- causa terminale: \_\_\_\_\_
- altri stati morbosi rilevanti che hanno contribuito al decesso: \_\_\_\_\_

**Definizione di SARI:** tutti i casi di sindrome simil-influenzale (vedi Protocollo operativo INFLUNET [www.iss.it/ifu](http://www.iss.it/ifu)) e difficoltà respiratoria che richiedono un ricovero ospedaliero in UTI.

**Definizione di ARDS:** sindrome infiammatoria polmonare, caratterizzata da lesioni alveolari diffuse ed aumento della permeabilità dei capillari polmonari, con incremento dell'acqua polmonare extracapillare, definito come edema polmonare non cardiaco. Clinicamente l'ARDS è caratterizzata da una dispnea grave, tachipnea e cianosi, nonostante la somministrazione di ossigeno, riduzione della "compliance" polmonare ed infiltrati polmonari bilaterali diffusi a tutti i segmenti.

Secondo l' *American European Consensus Conference* la diagnosi di ARDS può essere posta qualora siano presenti i seguenti criteri:

- insorgenza acuta della malattia;
- indice di ossigenazione PaO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub> inferiore a 200 mmHg, indipendentemente dal valore PEEP (Positive End Expiratory Pressure);
- infiltrati bilaterali alla radiografia toracica in proiezione antero-posteriore;
- pressione di chiusura dei capillari polmonari (PCWP) inferiore a 18 mmHg, escludendo un'origine cardiaca dell'edema polmonare.

**DELIBERAZIONE** n. 58 del 08/02/2016

Affissione all'Albo dell'Istituto  
(art. 31, L.R. Lazio n. 45/96)  
dal 10/02/2016 al 26/02/2016

*Trasmissione:*

- Giunta Regionale del Lazio: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
- Sez. Reg. della Corte dei Conti (L. n.311/2004, art. 1, comma 11): \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
- Ministero della Salute: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Il Direttore della UOC Affari Generali  
(dott. ssa Anna Maria Bianchi)  
