

RETE REGIONALE MALATTIE INFETTIVE

DCA 540/2015

Coordinamento Operativo INMI Spallanzani

AGGIORNAMENTO 2024

Sindrome Infettiva che necessita di Alto Isolamento

SOMMARIO

INTRODUZIONE	3
OBIETTIVI.....	6
CAMPO DI APPLICAZIONE	7
PROTOCOLLI DA SVILUPPARE	7
DEFINIZIONE DI CASO INDIVIDUAZIONE SOSPETTO HCID.....	8
TRIAGE QUESTIONARIO.....	9
COLLEGAMENTO CON PIATTAFORME DIGITALI PER L'AGGIORNAMENTO PERIODICO SU EVENTUALI EPIDEMIE O STATI D'ALLERTA.....	10
ISTRUZIONI E DISPONIBILITA' DI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALI.....	11
PERCORSI E STANZE PRE-IDENTIFICATE PER IL TRASFERIMENTO E LA SISTEMAZIONE DEI PAZIENTI.....	13
PROTOCOLLI DI LABORATORIO	15
GUIDA ALLA GESTIONE CLINICA DI PAZIENTI STABILI E PAZIENTI CRITICI.....	17
SCHEMA RIASSUNTIVO.....	15
BIBLIOGRAFIA.....	18

INTRODUZIONE

L'esperienza della pandemia COVID-19 ha dimostrato come la gestione dei casi di malattie infettive contagiose e la preparazione per la prevenzione e il controllo delle infezioni siano fondamentali per rispondere rapidamente ed efficacemente alle epidemie, compresi singoli casi di patologia ad elevata trasmissibilità o addirittura in caso di infezione da un agente sconosciuto. In tutti i casi per contrastare questo genere di eventi, in Italia, sono stati sviluppati piani per rafforzare la preparazione e la capacità di risposta epidemica. Tali piani vengono sviluppati a livello centrale dal Ministero della Salute con il coinvolgimento di altre istituzioni ed esperti nazionali, e approvati dalla Conferenza delle Regioni e quindi declinati in piani e circolari regionali.

Attualmente sono in atto alcuni piani nazionali, di seguito il link, in risposta ad eventi pandemici ed in vigore al momento della scrittura di tale documento:

<https://www.salute.gov.it/portale/influenza/dettaglioContenutiInfluenza.jsp?lingua=italiano&id=722&area=influenza&menu=vuoto>

https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=2947&lingua=italiano

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2843_allegato.pdf

Gli eventi di carattere naturale o voluttuaria considerate minacce biologiche hanno il potenziale di sovvertire la sicurezza sanitaria globale. Attacchi terroristici come l'11 settembre e la circolazione delle lettere di Antrace negli Stati Uniti dagli inizi del 2001, hanno aumentato le preoccupazioni su possibili attacchi terroristici con agenti biologici. In aggiunta la globalizzazione, il cambiamento climatico e l'utilizzo massivo degli allevamenti intensivi, stanno attualmente favorendo la comparsa e la diffusione di malattie emergenti e riemergenti anche in aree non endemiche con conseguente rischio di circolazione autoctona ed impatto crescente sulla sanità pubblica e sul Sistema Sanitario Nazionale (SSN).

Le malattie infettive, lungi dall'essere sconfitte definitivamente continuano a richiedere l'attenzione delle autorità sanitarie pubbliche e necessitano l'elaborazione di approccio standardizzato e omogeneo per gestire in maniera precoce ed efficace qualsiasi microrganismo con potenziale epidemico e garantire pertanto un adeguato contenimento della diffusione di tali patologie nel contesto sanitario e di comunità.

Questo documento si basa sulla situazione epidemiologica internazionale al ottobre 2024. Tale situazione epidemiologica può cambiare rapidamente. Gli aggiornamenti di questo

documento terranno conto di eventuali cambiamenti nello scenario internazionale.

Tra i molteplici modi in cui un microrganismo può essere trasmesso tra gli esseri umani (ad esempio oro-fecale, aerea, parenterale), la via respiratoria pone le maggiori preoccupazioni in termini di rischio pandemico (1). Ci sono diversi elementi che, d'accordo con il John Hopkins Center for Health Security (2), caratterizzano i patogeni con potenziale pandemico ed elevato rischio biologico globale. Questi includono un'efficiente trasmissibilità interumana, un significativo tasso di mortalità, l'assenza o la ridotta disponibilità di contromisure mediche (CMM) efficaci, una popolazione immunologicamente suscettibile, fattori che facilitano l'evasione della risposta immunitaria, e la modalità di trasmissione respiratoria. Il motivo principale per cui la trasmissione respiratoria presenta il maggior rischio di pandemia è che le misure di sanità pubblica standard potrebbero non interrompere facilmente la trasmissione. Infatti, la trasmissione respiratoria può verificarsi con la tosse (nella trasmissione per *droplets*) o semplicemente respirando (nella trasmissione per aerosol), rendendo il contenimento della diffusione molto impegnativo. Inoltre, l'eventuale capacità di trasmettere durante i periodi di incubazione e/o il verificarsi di malattie lievi può ulteriormente aumentare la diffusione. Infatti, nelle eventualità menzionate, la quantità di individui potenzialmente esposti aumenta in relazione alla mancanza di consapevolezza del rischio dell'infezione che ne deriva e alla prosecuzione delle attività della vita quotidiana (3-4).

Tali agenti (batteri, virus, parassiti) vengono definiti ad elevato impatto sociale (*HCID, high consequence infectious diseases*) e sono considerati tali perché:

- a) causano una malattia infettiva acuta;
- b) sono associati a elevata morbilità e mortalità;
- c) non si hanno a disposizione trattamenti farmacologici efficaci (per la terapia o profilassi);
- d) la diagnosi non è immediata e spesso di difficile esecuzione;
- e) sono altamente trasmissibili nella comunità e nelle strutture di assistenza sanitaria;
- f) richiedono un rilevante impegno in termini di collettività e sanità pubblica per una adeguata gestione della malattia e contenimento dell'infezione.

Le HCID sono ulteriormente suddivise in gruppi da contatto e per via aerea (Tab. 1):

- le HCID da contatto si diffondono solitamente per contatto diretto con un paziente infetto o con fluidi, tessuti e altri materiali infetti, o per contatto indiretto con materiali e fomite contaminati;
- le HCID trasmesse per via aerea si diffondono attraverso le goccioline respiratorie o la trasmissione di aerosol, in aggiunta alle vie di trasmissione per contatto.

L'elenco delle HCID secondo la classificazione del Public Health England (PHE) e National Health System (NHS) England sulle HCID e dell'ECDC (4).

Tabella 1. Classificazione delle HCID da contatto e per via aerea PHE e ECDC (4)

HCID da contatto	HCID per via aerea
Febbre emorragica dell'Argentina (Junin virus)	Virus delle Ande (hantavirus)
Febbre emorragica della Bolivia (Machupo virus)	Influenza Aviaria A H7N9 and H5N1*
Febbre emorragica Congo-Crimea (CCHF)	Influenza Aviaria A H5N6 and H7N7*
Malattia da Virus Ebola (EVD)	Middle East respiratory syndrome (MERS)
Febbre di Lassa (LF)	Virus del Vaiolo delle Scimmie/Mpox (monkeypox) (Clade I)**
Febbre emorragica da virus Lujo	Infezione da Nipah virus
Malattia di Marburg (MVD)	Peste polmonare (Yersinia pestis)
Febbre emorragica fatale con trombocitopenia da flebovirus (SFTS)	Sindrome respiratoria acuta severa (SARS)***

*Finora non è stata descritta la trasmissione da uomo a uomo per l'influenza aviaria A(H5N6). La trasmissione da uomo a uomo è stata descritta per l'influenza aviaria A(H5N1), anche se non è stata evidente fino a quando non sono stati segnalati più di 30 casi umani. Sia l'A(H5N6) che l'A(H5N1) causano spesso gravi malattie e decessi. Pertanto, l'A(H5N6) è stato incluso nell'elenco dell'HCID trasmessa per via aerea nonostante non soddisfi tutti i criteri dell'HCID.

** In base alla nuova nomenclatura dell'OMS, il virus del Vaiolo delle Scimmie è composto da 2 cladi: Clade I (ex clade del bacino del Congo (Africa centrale) e Clade II (ex clade dell'Africa occidentale). Il clade II è costituito dai sottocladi Clade IIa e Clade IIb, con quest'ultimo che si riferisce principalmente al gruppo di varianti circolanti nell'epidemia globale del 2022.

***Non sono stati segnalati casi dal 2004, ma la SARS rimane una malattia soggetta a notifica ai sensi del Regolamento sanitario internazionale (2005), per cui è stata inclusa qui.

In funzione della “pericolosità”, i patogeni in grado di rappresentare una minaccia biologica vengono divisi, secondo la classificazione elaborata dall'OMS, in 4 gruppi di rischio individuale e/o collettivo (della comunità), come riportato in Tabella 2.

Tabella 2. Classificazione dei microrganismi patogeni per gruppo di rischio World Health Organization (WHO) (2004) Laboratory Biosafety Manual. 3rd Edition, World Health Organization, Geneva (5)

GRUPPO DI RISCHIO	DEFINIZIONE
Gruppo 1	Microrganismi che presentano poche probabilità di causare malattie. (rischio individuale e comunitario nullo o basso)
Gruppo 2	Microrganismi che possono causare malattie nell'uomo o negli animali ma con bassa probabilità di propagarsi nella comunità. Sono disponibili misure profilattiche o terapeutiche efficaci. (rischio individuale moderato e comunitario basso)
Gruppo 3	Microrganismi che possono causare gravi malattie nell'uomo o negli animali ma che normalmente non si trasmettono da un individuo infetto all'altro. Sono disponibili trattamenti efficaci e misure preventive. (rischio individuale elevato e comunitario basso/moderato)
Gruppo 4	Microrganismi che possono causare gravi malattie nell'uomo o negli animali e che possono essere facilmente trasmessi direttamente o indirettamente da un individuo all'altro. Solitamente non disponibili trattamenti efficaci e misure preventive. (rischio individuale e comunitario elevato)

Le HCID, comprese le febbri emorragiche virali (VHF), sono rare in Europa. Quando si verificano, i casi tendono a essere sporadici e sono tipicamente associati a viaggi recenti in un'area in cui l'infezione è nota come endemica o in cui è in corso un'epidemia. Tuttavia la connettività del mondo moderno fa sì che una persona affetta da HCID possa comparire in qualsiasi città dell'Europa o dei paesi limitrofi, anche prima dell'inizio dei sintomi veri e propri. Pertanto, tutte le strutture sanitarie di tutti gli Stati e Regioni devono essere predisposti ed avere capacità di preparazione e di risposta a tali eventi (6).

Il contenuto si basa su riferimenti alla letteratura/risorse attuali, come quelle disponibili sui siti web, e tiene conto delle linee guida emanate da diversi organismi internazionali (in particolare ECDC, CDC e OMS) e dai ministeri della Sanità in Europa.

OBIETTIVI

Scopo di tale documento è quello di elaborare degli algoritmi standardizzati e dei percorsi diagnostici per raggiungere una diagnosi precoce e contenere infezioni secondarie.

I pazienti con HCID sospetta o confermata al primo contatto con una struttura sanitaria infatti rappresentano un rischio significativo per gli operatori sanitari.

Ciò richiede processi specifici per le strutture sanitarie per garantire l'identificazione precoce e l'isolamento dei pazienti infetti e l'uso di pratiche efficaci di controllo delle infezioni per prevenire la trasmissione della malattia ad altri pazienti, visitatori o professionisti mentre il paziente è in fase di valutazione.

L'approccio sindromico, che si concentra sul quadro clinico piuttosto che sulla malattia, garantisce un migliore algoritmo diagnostico per la migliore gestione e prevenzione delle infezioni da HCID.

Tale approccio è facilmente applicabile a diverse situazioni e consente il riconoscimento precoce delle minacce biologiche tanto naturali quanto intenzionali, al fine di fornire appropriata assistenza in attesa del trasferimento presso il centro di riferimento più vicino (preferibilmente entro 24 ore), per ulteriori valutazioni e trattamenti.

Dopo l'individuazione immediata di segni e sintomi, l'adozione di dispositivi di protezione individuale e la comunicazione dell'eventuale presenza di HCID garantiscono un adeguato controllo dell'HCID limitandone la possibile diffusione della stessa.

CAMPO DI APPLICAZIONE

In tutti i casi in cui il paziente sospetto HCID si reca spontaneamente o attraverso mezzo 118 presso la struttura sanitaria per comparsa di sintomi. Tali strutture devono essere in grado di individuare precocemente il sospetto HCID e adottare tutte le precauzioni che il caso necessita.

PROTOCOLLI DA SVILUPPARE

I principali protocolli da adottare dagli operatori sanitari dovrebbero includere:

- specifica definizione del caso per individuazione del sospetto HCID;
- collegamenti con piattaforme digitali per aggiornamento periodico;
- istruzioni e disponibilità di DPI (dispositivi di protezione individuale);
- percorsi e stanze pre-identificati per il trasferimento e la sistemazione dei pazienti;
- protocolli di laboratorio;
- protocolli di notifica di malattia;
- guida alla gestione clinica, di pazienti stabili e pazienti critici;
- protocollo di trasferimento sicuro;
- disponibilità del personale;
- protocollo per lo smaltimento dei rifiuti, la pulizia e la disinfezione;
- protocollo in caso di esposizione del personale sanitario.

Nel documento verranno specificatamente analizzati tutti gli aspetti, per ciò che attiene il protocollo di notifica, di trasferimento sicuro, la disponibilità del personale, il protocollo per

lo smaltimento dei rifiuti, la pulizia e la disinfezione e il protocollo in caso di esposizione del personale sanitario si rimanda all'allegato procedura ospedaliera 19/ 2019 per la gestione di casi sospetti, probabili o confermati, e contatti di malattia da Virus Ebola (EVD).

DEFINIZIONE DI CASO INDIVIDUAZIONE SOSPETTO HCID

L'individuazione di un sospetto HCID può essere possibile solo se coesiste un elevato sospetto diagnostico, pertanto il primo approccio per la diagnosi è identificare precocemente il potenziale paziente con HCID. Generalmente, ma non sicuramente, le minacce biologiche non sono presenti all'interno del territorio italiano, pertanto di grande ausilio sarebbe individuare i potenziali HCID cercando eventuali link epidemiologici e/o presenza di viaggio.

Facciamo attenzione all'insolito, all'inaspettato e al caso che "semplicemente non torna".

La raccolta dell'anamnesi deve essere adeguata: lavoro, viaggi all'estero (paesi e aree visitate, con date, ambiente rurale o urbano, standard di alloggio, vaccinazioni precedenti al viaggio, uso di farmaci antimalarici, rapporti sessuali non protetti, eventi insoliti come il morso di un animale o la puntura di un insetto), contatti con malati (qualcuno ha avuto sintomi simili?), hobby, attività ricreative, contatto con animali domestici o altri animali, ingestione di cibo e qualsiasi cosa pensi possa aver causato la loro malattia.

Di seguito sono state elaborate delle domande mandatorie da effettuare dal personale di triage per segnalare sin dall'inizio possibili HCID o febbri sospette di rientro da paesi tropicali.

QUESTIONARIO TRIAGE

1 Hai viaggiato o vissuto negli ultimi 21 giorni in aree tropicali/estero?

SI NO DOVE: _____

2 Hai misurato la temperatura corporea (TC)?

SI NO Valore: _____

3 Hai avuto diarrea, mal di testa, dolori muscolari/articolari, debolezza, vomito?*

SI NO ALTRO: _____

4 Hai/hai avuto tosse o sintomi respiratori?

SI NO ALTRO: _____

5 Ti sei recato presso ospedali? Sei stato ricoverato?

SI NO SI NO

6 Hai avuto contatti con persone malate?

SI NO

7 Hai viaggiato in paesi dove ci sono state delle epidemie recenti/Hai avuto notizie a riguardo?

8 Da quanti giorni hai lasciato il paese? _____

9 Hai fatto scali con aerei, navi?

SI NO DOVE: _____

Le definizioni di caso possono variare a seconda dell'agente patogeno e della situazione epidemiologica (ad es. focolai in corso, ecc.) al momento dell'insorgenza. Le definizioni dei casi per ciascuna malattia infettiva coperta dalla sorveglianza dell'UE sono pubblicate nella Gazzetta ufficiale dell'Unione europea (decisione di esecuzione (UE) 2018/945 della Commissione) e sono disponibili all'indirizzo: <https://www.ecdc.europa.eu/en/all-topics/eu-case-definitions>.

COLLEGAMENTO CON PIATTAFORME DIGITALI PER L'AGGIORNAMENTO PERIODICO SU EVENTUALI EPIDEMIE O STATI D'ALLERTA

La consultazione di piattaforme digitali di facile utilizzo (disponibili sul web) aggiornate in tempo reale su eventuali focolai o cluster in tutto il mondo, consente una rapida conoscenza e pertanto adeguata preparazione sulla possibile evenienza di un HCID da parte di operatori sanitari più o meno esperti in ambito di sanità pubblica e malattie infettive. Mappe mondiali aggiornate e di facile visualizzazione e comprensione offrono la possibilità ad ogni operatore sanitario di consultare tali informazioni e metterle in pratica adottando misure di controllo sui sospetti HCID e raggiungendo una diagnosi precoce.

E' disponibile una sintesi settimanale di tutte le informazioni raccolte attraverso le attività di intelligence epidemica dell'ECDC sulle malattie trasmissibili che destano preoccupazione nell'UE. Tale documento fornisce inoltre aggiornamenti sulla situazione globale e sui cambiamenti nell'epidemiologia delle malattie trasmissibili che possono interessare l'Europa: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-and-data/monitoring/weekly-threats-reports>

Altri siti aggiornati su epidemie in corso in tutto il mondo sono i seguenti:

<https://www.cdc.gov/outbreaks/>

<https://www.who.int/europe/emergencies/disease-outbreak-news>

<https://www.gov.uk/guidance/high-consequence-infectious-disease-country-specific-risk>

<https://wwwnc.cdc.gov/travel/destinations/list>

<https://www.cidrap.umn.edu/>

<https://promedmail.org/>

ISTRUZIONI E DISPONIBILITA' DI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALI

Le Airborn-HCID (A-HCID) comprendono le malattie in cui l'agente patogeno causale è noto che si trasmette, o è altamente probabile che si trasmetta, tra gli esseri umani attraverso l'esposizione a secrezioni respiratorie, comprese goccioline, nuclei di goccioline o aerosol - emessi da esseri umani infetti. Il termine "aereo" si riferisce alle misure specifiche e standardizzate di prevenzione e controllo delle infezioni (IPC) utilizzate per le malattie a trasmissione respiratoria, tali precauzioni possono essere superiori a quelle richieste nello specifico caso. Infatti alcune HCID vengono generalmente trasmesse attraverso l'esposizione a particelle respiratorie infette aerosolizzate, mentre altre A-HCID possono essere trasmesse più comunemente dal contatto fisico diretto in alcune epidemie, come il virus del vaiolo delle scimmie (mpox) che viene trasmesso per contatto diretto durante i rapporti sessuali.

L'approccio uniforme sull'utilizzo di DPI per tutti gli A-HCID potrebbe sovrastimare alcune situazioni in cui si sospetta un A-HCID e successivamente si raggiunge una diagnosi alternativa. Tuttavia tale cautela assicura un'elevata protezione da parte del personale sanitario in caso di esposizione a tali patogeni ed un approccio unico è facile da comprendere e da adottare nelle differenti situazioni e nelle differenti strutture sanitarie.

Pertanto in questo documento definiremo i DPI adatti per le A-HCID come DPI Patogeno Speciale STANDARD (Fig. 1), che per semplificazione sono le misure di precauzione adottate nelle prime fasi della pandemia COVID19 quando SARSCOV2 veniva considerato un HCID per la facile diffusibilità, per la morbilità e per la mancanza di trattamenti e vaccini efficaci contro la malattia.

Fig. 1 DPI PER PATOGENO SPECIALE STANDARD

Camice resistente ai liquidi che si estende almeno fino a metà polpaccio/Guanti in nitrile se possibile con polsino esteso - 2 paia/Scudo per il viso/Considerare scarpette e copricapo.



Al contrario le Contact-HCID (C-HCID) sono principalmente le febbri emorragiche virali (VHF), in cui è nota la trasmissione da uomo a uomo. Tra queste: la febbre di Lassa (LF), la malattia da virus Ebola (EVD), la malattia da virus Marburg (MVD) la febbre emorragica del Congo e della Crimea (CCHF), così come altre VHF che possono essere meno conosciute ma che presentano comunque una diffusione da uomo a uomo. Esistono altre VHF che possono causare malattie gravi e mortali, ma non è stata riportata una trasmissione interumana, come la Dengue, la febbre gialla e la febbre della Rift Valley; tali malattie non sono considerate come C-HCF.

La trasmissione da uomo a uomo delle C-HCID avviene per esposizione a sangue, tessuti corporei o fluidi corporei infetti e non ci sono prove che si sia mai verificata una trasmissione “naturale” di C-HCID attraverso l'inalazione di secrezioni respiratorie infette di una persona malata. Tuttavia, le misure di prevenzione per il controllo delle infezioni per i casi confermati di C-HCID includono precauzioni per via aerea oltre a quelle per contatto. Tale approccio è giustificato dal fatto che alcune procedure mediche potrebbero comportare l'aerosolizzazione o l'emissione di particelle infettive. La tolleranza al rischio deve considerarsi molto bassa quando si cerca di evitare potenziali esposizioni del personale sanitario a HCID che presentavo tassi di morbilità e letalità elevati.

Pertanto in questo documento definiremo i DPI adatti per le C-HCID come DPI per VHF, EVD (Fig. 2).

Fig. 2 DPI PER VHF/EVD

FFP3 testato o equivalente/respiratore più alto/guanti in nitrile con polsino esteso -2 paia/Tuta tipo Tyvek completa/Stivali/cappuccio chirurgico o mantellina/Occhiale tipo goggles/ grembiule impermeabile deve essere aggiunto per i pazienti con perdite di liquidi corporei significative/rischio di esposizione



Questi dispositivi sono intesi a gestire nelle prime ore un C-HCID senza la necessità di effettuare procedure rianimatorie. In caso sia necessario che il paziente necessiti di cure ad elevata intensità l'utilizzo del PAPR (sistemi di respirazione a ventilazione assistita) è consigliabile da parte di personale altamente selezionato e formato (7-8).

Questi materiali devono essere immediatamente disponibili e il personale deve essere in grado di indossarli rapidamente. Il magazzino di ogni struttura sanitaria deve fornire una quantità sufficiente di DPI per almeno 12-24 ore di assistenza.

L'inventario deve essere monitorato costantemente per garantirne la disponibilità. In assenza di un sospetto HCID o epidemia in corso, è opportuno tenere le scorte accessibili ma chiuse a chiave per evitare un uso alternativo e l'esaurimento delle scorte.

Le strutture sanitarie devono garantire che sia disponibile uno spazio adeguato per la vestizione e la rimozione dei DPI e che vengano utilizzate delle check-list di controllo sulla vestizione e svestizione associata a osservatori addestrati quando si indossano e si rimuovono livelli di DPI superiori a quelli abituali, ad esempio in caso di sospetta VHF (Fig. 2).

PERCORSI E STANZE PRE-IDENTIFICATE PER IL TRASFERIMENTO E LA SISTEMAZIONE DEI PAZIENTI

L'obiettivo di una adeguata gestione dell'HCID sarebbe quello di una rapida identificazione, pronto isolamento e rapida segnalazione alle autorità competenti (identifica-isola-informa). Durante il triage (questionario Triage), non appena individuiamo un sospetto HCID, dobbiamo adottare tutte le procedure del caso, *in primis* consigliando al paziente di indossare una mascherina chirurgica, di lavarsi se possibile le mani o usare gel sanificante e successivamente disporre il paziente in una stanza isolata.

Ogni ospedale dovrebbe disporre di percorsi pre-identificati, stanze di isolamento dedicate e protocolli disponibili per il trasferimento sicuro del caso sospetto a un ospedale di riferimento previo accordo telefonico.

Ogni struttura sanitaria dovrebbe essere dotata di un isolamento spaziale designato per i pazienti sospetti di HCID, preferibilmente con una stanza di isolamento a pressione negativa che includa un bagno privato, con una procedura chiara su come smaltire i rifiuti. Fuori la porta della stanza dovrà essere affissa, soprattutto in caso di strutture sanitarie affollate, un segnale che indichi che all'interno vi è un isolamento per il quale è necessario l'utilizzo di DPI da parte del personale sanitario prima che esso entri.

Devono essere previste aree per la vestizione e la dimissione, preferibilmente in una stanza adiacente o in un'anticamera con sufficiente spazio protetto. Questo protocollo si basa sulla presentazione clinica del paziente e sulla storia del viaggio. Per semplificare il percorso migliore da seguire, di seguito il percorso febbre da adottare (Fig. 3) e tre diversi protocolli di

screening (Figura 4).

Fig.3 Algoritmo febbre e percorsi di isolamento

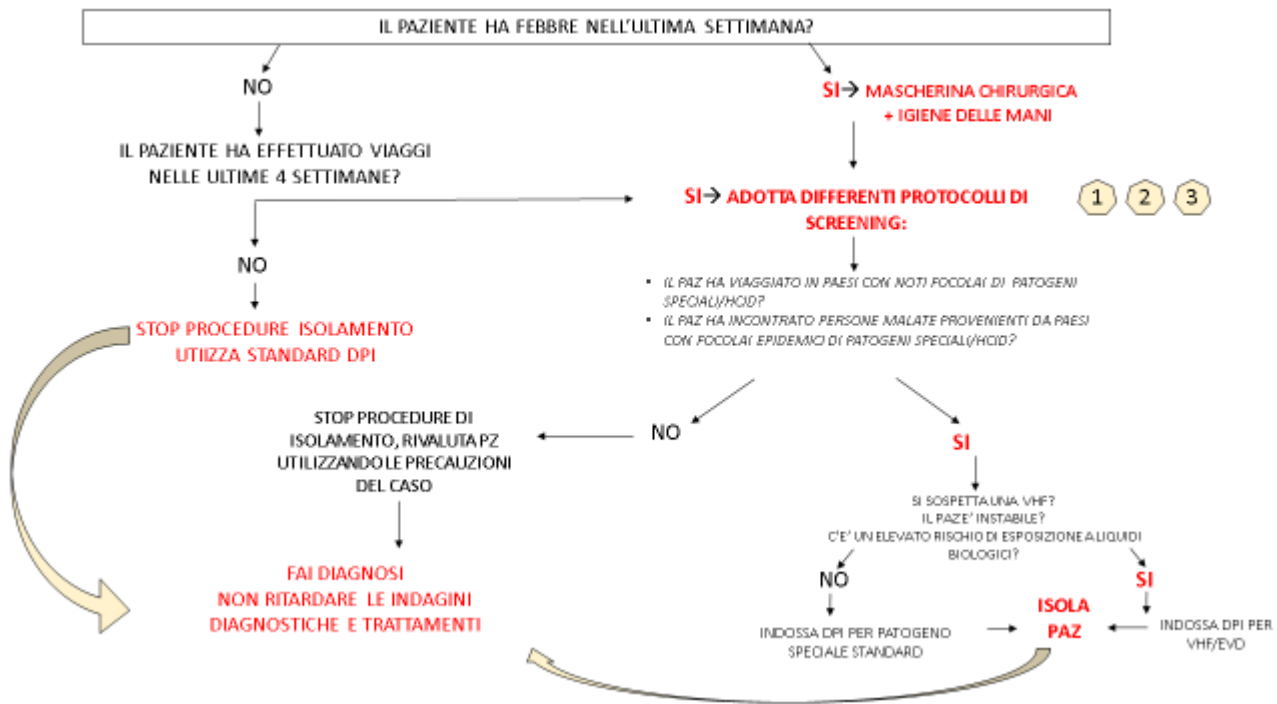
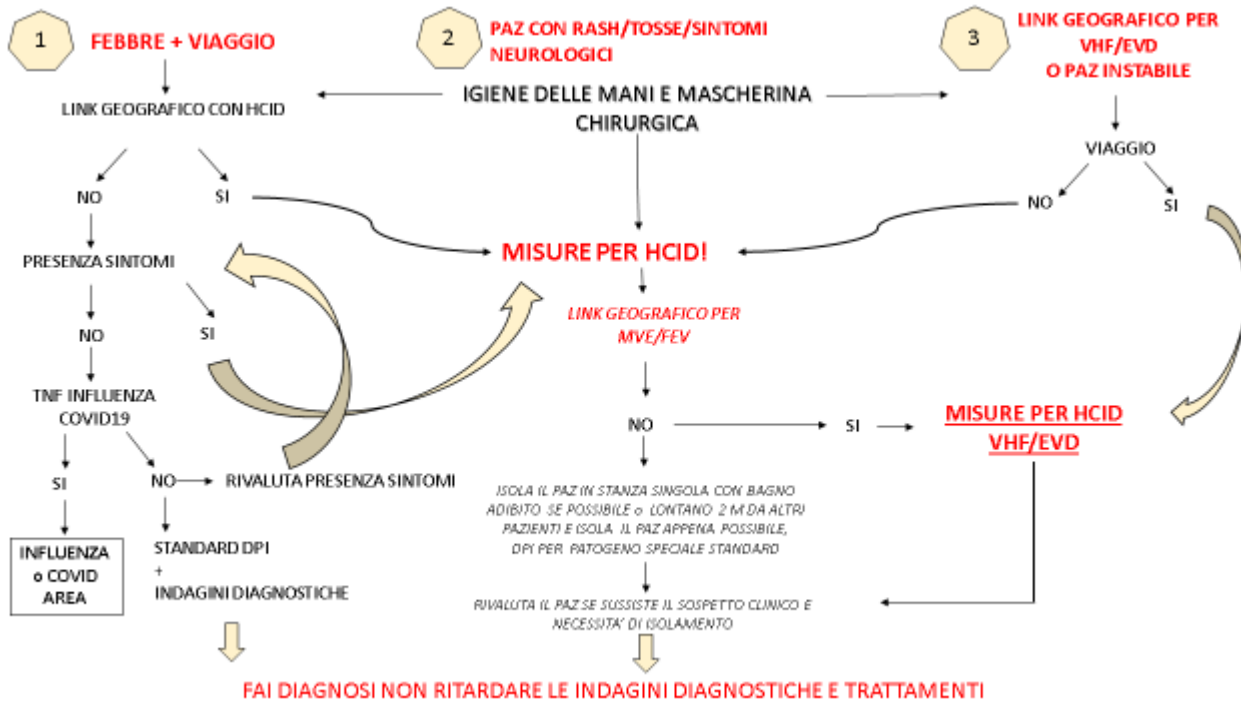
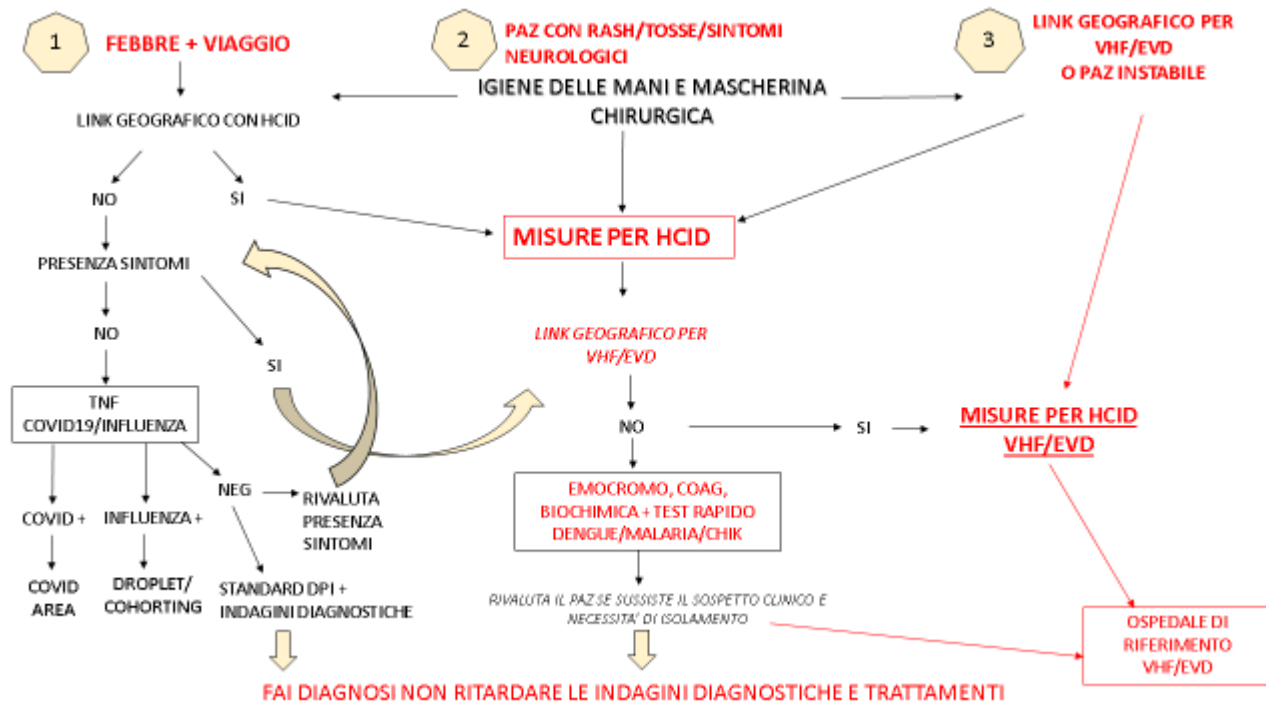


Fig. 4 Percorsi di isolamento in base alle sindromi



PROTOCOLLI DI LABORATORIO

Fig. 5 Percorsi diagnostici in base alle sindromi



GUIDA ALLA GESTIONE CLINICA DI PAZIENTI STABILI E PAZIENTI CRITICI

Il medico di Pronto Soccorso o di qualunque presidio sanitario deve essere a conoscenza in caso di sospetto HCID del percorso più rapido ed efficace per la conferma diagnostica e per l'eventuale trasferimento presso il centro di riferimento. Pertanto di seguito la figura n°6 mostra quali sono i percorsi da fare e quali numeri consultare per l'esecuzione di test diagnostici o per il trasferimento diretto del paziente presso l'IRCCS INMI L. Spallanzani.

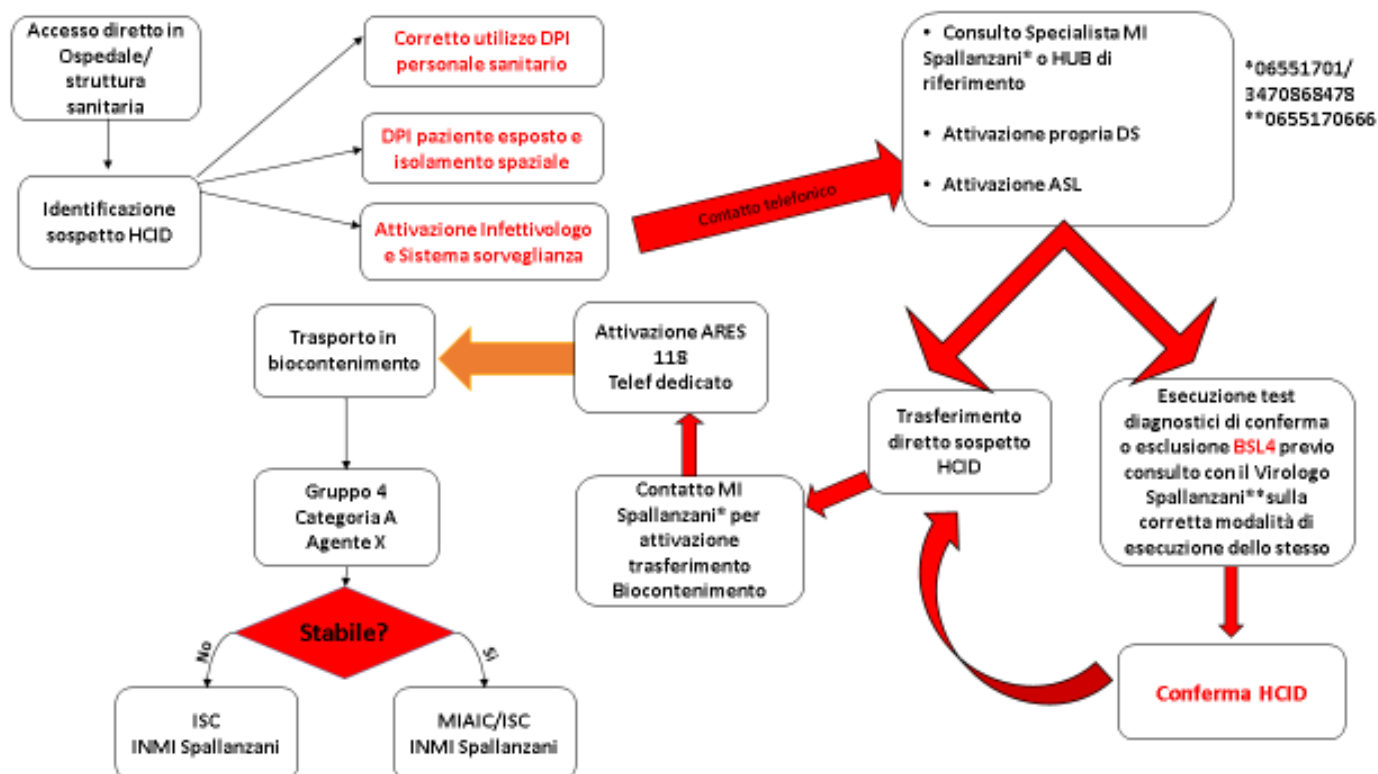
Per ciò che attiene la gestione clinica del paziente affetto da HCID si rimanda all'allegato della procedura ospedaliera 19/ 2019 per la gestione di casi sospetti, probabili o confermati, e contatti di malattia da Virus Ebola (EVD) di seguito riportata.

https://www.inmi.it/wp-content/uploads/2025/01/Procedure_operative_gestione_casi_ebola_rev5_2019.pdf

Fig. 6 Diagramma di flusso percorso sulla gestione clinica e trasferimento HCID

Numero di telefono Specialista h 24 Malattie Infettive INMI SPALLANZANI 3470868478 o in alternativa Centralino INMI 06551701 chiedendo di parlare con il medico di Accettazione.

Numero di telefono Virologo h 24 INMI SPALLANZANI 0655170666.



Legenda

DS: Direzione Sanitaria; ISC: innovation smart center (INMI Spallanzani); MIAIC: Malattie Infettive Alta Intensità di Cura (INMI Spallanzani)

SCHMA RIASSUNTIVO:

Nel caso del paziente pediatrico, essendo la febbre persistente il sintomo causa di maggiore accesso in ospedale (soprattutto nei periodi stagionali), si raccomanda, nei periodi di grande afflusso di pazienti e/o movimenti di popolazioni, di formare gli operatori del triage in merito alle HCID.

Nel caso del paziente adulto, al contrario, l'individuazione di un sospetto HCID può essere possibile solo se coesiste un elevato sospetto diagnostico. Si raccomanda anche in questo contesto una continua formazione degli operatori di triage.

Pertanto, nel caso di sospetto HCID, la procedura di accettazione del paziente prevede:

- 1) la somministrazione del questionario TRIAGE (pagina 9);
- 2) la consultazione dei link indicati a pagina 10;
- 3) l'utilizzo dei corretti DPI a seconda del patogeno sospettato e successivo isolamento precauzionale (vedi figura 3 e 4);
- 4) il contatto con il Medico di Guardia INMI Spallanzani ai numeri: 06551701/3470868478, per la gestione del caso sospetto.
- 5) la comunicazione alla propria DS nei casi sospetti di HCID anche prima dell'eventuale conferma diagnostica;
- 6) l'esecuzione del prelievo diagnostico previo contatto con il Medico di Guardia INMI Spallanzani ai numeri: 06551701/3470868478 e il Virologo dell'INMI Spallanzani al numero: 0655170666 per la corretta esecuzione e invio del campione.
- 7) l'eventuale trasferimento presso INMI in biocontenimento previa attivazione delle Rete INMI-Ares 118 previo la comunicazione alla propria DS nei casi sospetti di HCID anche prima dell'eventuale conferma diagnostica;
- 8) l'accompagnamento del tutore/genitore del paziente pediatrico all'interno del veicolo di biocontenimento.

Bibliografia

1. Johns Hopkins Center for Health Security. Preparedness for a High-Impact Respiratory Pathogen Pandemic [Internet]. 2019. Disponibile su: <https://centerforhealthsecurity.org/sites/default/files/2023-02/190918-gmpbreport-respiratorypathogen.pdf>
2. John Hopkins center for health security. The Characteristics of pandemic pathogens [Internet]. 2022. Disponibile su: <https://centerforhealthsecurity.org/sites/default/files/2022-12/180510-pandemic-pathogens-report.pdf>
3. Public Health England (PHE). High consequence infectious diseases (HCID) [updated 13 May 2019] [cited 15 August 2019]. Available from: <https://www.gov.uk/guidance/high-consequence-infectious-diseases-hcid>.
4. Health emergency preparedness for imported cases of high-consequence infectious diseases. Operational checklist for country preparedness planning in the EU/EEA countries www.ecdc.europa.eu
5. World Health Organization. Laboratory biosafety manual, 3rd edition [Internet]. 2004 [citato 25 settembre 2024]. Disponibile su: <https://www.who.int/publications/i/item/9241546506>
6. Work Package 10 – Deliverable 10.3. Application of a “syndrome based” approach for prompt and early clinical management of High Consequence Infectious Disease. Laura Scorzolini¹, Emanuele Nicastrì¹, Marta Mora Rillo², Arne Broch Brantsæter³, Timo Wolf⁴, Philippe Brouqui⁵, Jake Dunning⁶ Francesco Vairo¹ Joint Action 848096 / SHARP JA/European Union’s Health Programme (2014-2020)
7. Personal protective equipment in the context of filovirus disease outbreak response WHO; WHO/EVD/Guidance/PPE/14.1; https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/137410/WHO_EVD_Guidance_PPE_14.1_eng.pdf?sequence=1
8. Personal protective equipment for preventing highly infectious diseases due to exposure to contaminated body fluids in healthcare staff. Verbeek JH, Rajamaki B, Ijaz S, Sauni R, Toomey E, Blackwood B, Tikka C, Ruotsalainen JH, Kilinc Balci FS. Cochrane Database Syst Rev. 2020 Apr 15;4(4):CD011621. doi: 10.1002/14651858.CD011621.pub4.

