

Composto da N.27 PAGINE **Allegato A)**

PIANO PER LA GESTIONE EMERGENZE PER MALATTIE INFETTIVE ASL VCO

Il controllo delle malattie ad elevata infettività e letalità e delle malattie di importazioni gravi, rappresenta una priorità per i servizi sanitari. La necessità di definire un piano generale per la gestione delle emergenze infettive riveste ancor più significato visto gli episodi, in un passato ancora recente, di allarme per potenziali attacchi di bioterrorismo e la comparsa di malattie riemergenti ed emergenti come la Sars-CoV-2.

La Direzione Sanità Pubblica della Regione Piemonte, con Deliberazione n. 10-11769 del 20/07/2009 "Piano per l'organizzazione regionale della risposta alle emergenze infettive", ha approvato un piano di programmazione regionale di risposta alle emergenze infettive, fornendo al contempo delle linee di indirizzo per i Servizi Sanitari, al fine di individuare un modello organizzativo semplice che garantisca un supporto gestionale rapido a tutti gli operatori coinvolti, attraverso schemi operativi facilmente attuabili, adeguando gli interventi sulla base dei livelli di rischio effettivo per la popolazione e delle caratteristiche delle singole patologie.

Sono state così individuate le seguenti strutture organizzative Regionali di coordinamento e raccordo per la gestione delle emergenze:

- 1. DIREZIONE SANITA' E WELFARE – SETTORE PREVENZIONE E VETERINARIA**
- 2. DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE FUNZIONALE A VALENZA REGIONALE "MALATTIE ED EMERGENZE INFETTIVE (DIRMEI)**
- 3. IL SERVIZIO SOVRAZIONALE DI EPIDEMIOLOGIA DI ALESSANDRIA.**
- 4. DIPARTIMENTO REGIONALE PER L'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE 118 DELLA REGIONE PIEMONTE**
- 5. GRUPPO LOCALE PER LE EMERGENZE INFETTIVE**

In base al livello di allarme, a seguito di segnalazioni internazionali o locali, queste strutture verranno attivate dai Referenti del Servizio di Sanità Pubblica Regionale.

In assenza di tale allarme le stesse strutture provvedono alla pianificazione preventiva delle procedure generali di intervento ed alla formazione ed aggiornamento del personale. Si tratta di gruppi formati da esperti, che operano nel campo della prevenzione delle malattie infettive o in quello delle emergenze, che saranno attivati in funzione del livello di allarme individuato e su quella base moduleranno le azioni necessarie.

Anche se l'esigenza di dotarsi di un tale piano di intervento è partita per fornire delle linee guida per la gestione delle malattie infettive a sorveglianza massima, di cui si parlerà di seguito, una tale struttura organizzativa appare valida anche per far fronte ad emergenze, per così dire, più comuni che per diffusione possono interessare più ASL o Regioni.

Va chiarito come punto di partenza che non è necessario "prevedere l'imprevedibile" in tutte le sue infinite possibilità, ma avere una risposta pronta e una procedura il più possibile standardizzata in modo adeguato nel momento di crisi. Altrettanto fondamentale è la chiarezza nelle procedure, perché si evitano errori anche gravi nei momenti di crisi.

Vengono considerate emergenze infettive a sorveglianza massima una serie di malattie inattese, non abituali per il nostro Paese, gravi in quanto ad elevato tasso di letalità, a volte ad elevato tasso di

contagiosità ed in alcuni casi senza possibilità di terapia. L'intervento immediato potrebbe scongiurare il diffondersi della malattia.

Vanno ritenute "emergenze" anche quelle intese come gestione di situazioni "urgenti" che richiedono interventi rapidi e che comunque destano un alto grado di allarme nell'opinione pubblica e nei media, anche in assenza di un grave ed immediato pericolo per la salute pubblica (es. meningite).

Il sistema di notifica del nostro Paese ha subito numerose modifiche per adattarsi al mutare delle condizioni epidemiologiche, alla comparsa delle patologie emergenti e per recepire le nuove acquisizioni scientifiche.

Dal D.M. del 1940 si è giunti all'attuale definizione del "Sistema Informativo delle Malattie Infettive e Diffusive", rappresentato dal D.M. 15 dicembre 1990 che suddivide le malattie infettive in 5 classi, per ognuna delle quali viene stabilito un preciso flusso informativo e una precisa tempistica di intervento.

I classe

Colera

Febbre gialla

Febbre ricorrente epidemica

Febbri emorragiche virali (febbre di Lassa, Marburg, Ebola)

Peste

Poliomielite

Tifo esantematico

Botulismo

Difterite

Influenza con isolamento virale

Rabbia

Tetano

Trichinosi

Malattia di Creutzfeldt – Jacob (inserita con ordinanza del Ministero della Salute del 12/2/2001)

Dengue (se si tratta di reinfezione)

II classe

Blenorragia

Brucellosi

Diarree infettive non da salmonella

Epatite virale A

Epatite virale B

Epatite virale NANB

Epatite virale non specificata

Febbre tifoide

Legionellosi

Leishmaniosi cutanea

Leishmaniosi viscerale

Leptospirosi

Listeriosi

Meningite ed encefalite acuta virale

Meningite meningococcica

Morbillo

Parotite

Pertosse

Rickettsiosi diversa da tifo esantematico

Rosolia
 Salmonellosi non tifoidee
 Scarlattina
 Sifilide
 Tularemia
 Varicella

III classe

AIDS
 Lebbra
 Malaria
 Micobatteriosi non tubercolare
 Tubercolosi
 Sindrome/infezione da rosolia congenita e l'infezione da virus della rosolia in gravidanza (inserita con Decreto Ministero della Salute del 14/10/2004)

IV classe con segnalazione della ASL solo in caso di focolai epidemici

Dermatofitosi (tigna)
 Infezioni, tossinfezioni ed infestazioni di origine animale
 Pediculosi
 Scabbia

V classe

Malattie infettive e diffusive notificate e non comprese nelle classi precedenti, zoonosi indicate nel regolamento di polizia veterinaria di cui al *decreto del Presidente della Repubblica 8 febbraio 1954, n. 320*, e non precedentemente menzionato.

Le malattie infettive a “**sorveglianza massima**” raggruppano una serie di malattie inattese che sono caratterizzate da alcuni elementi che fanno scattare, anche per la sola presenza di un caso fortemente sospetto di infezione, una urgenza per la sanità pubblica nel nostro Paese.

Le malattie infettive a sorveglianza massima, molte delle quali già individuate nel D.M. 15 dicembre 1990, comprendono:

- **Virus delle febbri emorragiche**
 - Malattia di Marburg
 - Febbre emorragica Crimea – Congo
 - Febbre emorragica di Ebola
 - Febbre di Lassa
 - Febbre emorragica d'Argentina (virus Junin)
 - Febbre emorragica di Bolivia (virus Machupo)
 - Febbre emorragica del Brasile (virus Sabia)
 - Febbre emorragica del Venezuela (virus Guanarino)
 - Febbre della valle del Rift
 - Tutte le altre febbri emorragiche
- **Botulismo**
- **Carbonchio**
- **Peste**
- **Vaiolo**
- **Tularemia**
- **Colera**
- **SARS**
- **SARS-CoV-2**

Sono malattie rare e quindi di difficile diagnosi, gravi e con elevato tasso di letalità, spesso di difficile cura nei confronti delle quali ci troviamo non di rado senza mezzi validi di prevenzione specifica.

La rapidità e la dimensione sempre crescente dei viaggi internazionali aumentano il rischio di arrivo nelle nostre Regioni di portatori sintomatici o asintomatici di malattie trasmissibili inusuali o emergenti. E' quindi possibile e verosimile che queste malattie si diffondano nel nostro territorio o che si manifestino come casi sporadici e inattesi.

L'importazione in Italia di queste malattie provocherebbe una situazione di grave emergenza sia a causa del rischio di contagio, che obbligherebbe ad attuare misure eccezionali di controllo, sia per la "percezione di rischio" da parte della popolazione e dei media, che potrebbe determinare una crisi nell'ambito della sanità pubblica.

Non va poi trascurata la possibilità che alcuni degli agenti eziologici che provocano queste malattie, siano diffusi deliberatamente e utilizzati come armi biologiche a scopo terroristico.

La Direzione di Sanità Pubblica della Regione Piemonte ha emesso nell'agosto del 2000 una Direttiva, corretta successivamente nel dicembre dello stesso anno, sul "**Sistema di Sorveglianza delle Malattie Infettive**", con la quale sono state attivate delle sorveglianze "speciali" che hanno lo scopo di acquisire informazioni specifiche su alcune malattie, comunque già inserite nelle classi indicate dal D.M. 15 dicembre 1990. Questo perché il SIMI è un sistema ben definito ma poco soggetto a modifiche, pertanto allo scopo di colmare i bisogni informativi che il sistema routinario non soddisfa, vengono istituiti dei sistemi di sorveglianza a livello nazionale o locale con obiettivi diversi (es. statistiche descrittive su agenti eziologici, fattori di rischio, efficacia terapeutica, ecc.).

I dati vengono raccolti attraverso moduli specifici da inviare agli organi preposti secondo un flusso stabilito per ciascuna sorveglianza; in alcuni casi viene richiesto, oltre al modello cartaceo, anche l'invio di materiale biologico all'ente che gestisce a livello centrale la sorveglianza. Va comunque sottolineato che le informazioni richieste nelle sorveglianze speciali **integrano** e non sostituiscono le procedure previste dal D.M. del 15 dicembre 1990.

Le principali STRATEGIE da adottare per poter affrontare il problema delle nuove malattie emergenti possono essere così sintetizzate:

- sensibilizzazione della popolazione e degli operatori sanitari
- attivazione dei sistemi di allerta
- attivazione di sistemi di sorveglianza integrati
- attivazione di sistemi di sorveglianza della farmaco resistenza
- sorveglianza delle infezioni ospedaliere e delle malattie trasmesse da alimenti
- sorveglianza delle zoonosi
- identificazione delle malattie infettive emergenti e riemergenti
- trattamento secondo i regimi raccomandati

Gli OBIETTIVI del piano sono di **prevenire, controllare o contenere la circolazione dell'infezione** e di ridurre l'impatto sanitario legato al sospetto di introduzione di una malattia infettiva o al verificarsi di casi isolati o epidemie locali. Le principali azioni, previste dal piano per la gestione delle emergenze per le malattie infettive, che ci possono permettere il loro controllo prevedono:

- identificazione precoce dei casi sospetti o accertati
- riduzione della circolazione dell'infezione attraverso l'isolamento del caso e dei contatti
- inchiesta epidemiologica con ricerca attiva della fonte di contagio e identificazione dei contatti a rischio
- attuazione degli interventi di profilassi post-esposizione (vaccinale, farmacologia, contumaciale)

- adozione di misure di contenimento dell'infezione
- sorveglianza sanitaria per l'identificazione precoce dei casi secondari

La gestione dei casi e dei focolai di malattie infettive notificati viene affidata alla SOC di Igiene e Sanità Pubblica, che si può avvalere laddove sia ritenuto necessario delle strutture, delle unità organizzative e delle risorse della Azienda.

Per garantire un sistema di sorveglianza partecipato aziendale, viene costituita una rete di referenti tecnici, coordinata dal Referente SIMI, così composta:

- Referente SIMI
- Direzione Sanitaria Ospedaliera/UPRI
- Referente attività vaccinale
- Distretto
- SOC Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
- Laboratorio dell'Ospedale
- Farmacia
- Medico specialista in malattie infettive
- RSPP
- Medico Competente
- Referente DEA
- Veterinario
- DIPSA

Il coinvolgimento di più figure professionali garantisce un coordinamento ed integrazione tra Dipartimento di Prevenzione, territorio e ospedale, fondamentale per bloccare la trasmissione e il contagio della malattia.

IL GRUPPO LOCALE EMERGENZE INFETTIVE viene attivato dal Direttore Generale della ASL VCO che, in caso di allerta o di emergenza infettiva, sulla base delle necessità specifiche del singolo evento o per la definizione di aspetti generali della gestione delle emergenze, ne assume il governo.

Il Gruppo Locale Emergenze Infettive prevede la partecipazione dei seguenti componenti:

- Direttore Generale
- Direttore Sanitario della ASL
- Direttore Amministrativo
- Direttore del Dipartimento di Prevenzione
- Direttore Sanitario dei Presidi Ospedalieri
- Direttore di Distretto
- Direttore del Dipartimento delle Patologie Mediche
- Direttore del Dipartimento delle Patologie Chirurgiche
- Direttore del Dipartimento Materno-Infantile
- Direttore del Dipartimento dei Servizi Diagnostici e Terapie di Supporto
- Direttore SISP
- Direttore DIPSA
- Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive (referente SIMI)
- Responsabile SSD Malattie Infettive
- Componenti esperti tecnici, operanti presso l'ASL, individuati in base a necessità contingenti e secondo le caratteristiche dell'evento infettivo e delle necessità epidemiologiche.

In particolare il Gruppo Locale per le Emergenze Infettive si avvale del Responsabile Aziendale della Comunicazione.

Compiti del GRUPPO LOCALE PER LE EMERGENZE INFETTIVE

- Attuare le disposizioni regionali inerenti la gestione dell'emergenza
- Predisporre e aggiornare il Piano locale per le emergenze infettive
- Predisporre e aggiornare le procedure operative di intervento per specifiche malattie
- Predisporre Piani di formazione, informazione e comunicazione
- Identificare le strutture di ricovero e cura utilizzabili
- Identificare le strutture, le responsabilità e i percorsi operativi necessari per la rapida attivazione delle misure utili
- Identificare il repertorio di materiali, farmaci, presidi e DPI necessari e predisporre l'approvvigionamento
- Monitorare l'efficacia e l'efficienza del sistema
- Coordinamento con il livello di gestione regionale
- Allertare, se necessario, le ASL confinanti
- Predisporre gli atti per una corretta informazione della popolazione

Qualora la situazione di allerta locale lo richieda, il gruppo locale per le emergenze, dovrà informare il SeREMI di Alessandria e la Direzione della Sanità Regionale, allo scopo di adottare, dove necessario, una strategia allargata (interregionale-nazionale) e rendere immediatamente disponibile una adeguata assistenza specialistica clinica, di laboratorio, epidemiologica e preventiva per far fronte a queste urgenze.

Il tipo di intervento viene regolato a seconda dei LIVELLI DI ALLARMI, a loro volta basati sulla valutazione dei differenti rischi per la popolazione; a differenti livelli di allarme corrispondono differenti azioni di prevenzione quali monitoraggio, prevenzione, controllo e contenimento della diffusione della malattia infettiva.

LIVELLO 0 (MONITORAGGIO)

Situazione epidemiologica: nessuna evidenza di eventi che comportino rischi imminenti per l'importazione o diffusione di epidemie.

Azioni: attenzione routinaria agli eventi epidemiologici locali, nazionali ed internazionali (notifiche malattie infettive, sorveglianze speciali ecc.).

Strutture attivate: riferimenti regionali per le emergenze infettive

Catena di controllo: nessuna variazione rispetto all'ordinaria catena di comando

LIVELLO 1 (MONITORAGGIO, PREVENZIONE)

Situazione epidemiologica: evidenza in altri Paesi di eventi epidemici in atto a rischio di importazione, importazione di Casi, assenza di evidenze di trasmissione locale, rischio di diffusione.

Azioni: potenziamento delle attività di sorveglianza epidemiologica, prevenzione e diagnosi di laboratorio. Predisposizione dei materiali e delle procedure relative alla prevenzione, diagnosi e cura da divulgare nelle varie fasi dell'emergenza

Strutture attivate: riferimenti regionali per le emergenze infettive – Gruppo Tecnico Regionale Emergenze Infettive

Catena di controllo: nessuna variazione rispetto all'ordinaria catena di comando

LIVELLO 2 MONITORAGGIO, PREVENZIONE, CURA, CONTROLLO

Situazione epidemiologica: evidenza a livello locale di trasmissione limitata ai Contatti di un caso importato o del caso indice.

Azioni: contenere i focolai epidemici e rallentare il più possibile la diffusione della malattia per guadagnare tempo e implementare così le contromisure opportune. Allerta dei Gruppi Locali Emergenze Infettive.

Strutture attivate: riferimenti regionali per le emergenze infettive – Gruppo Tecnico Regionale Emergenze Infettive

Catena di controllo: nessuna variazione rispetto all'ordinaria catena di comando

LIVELLO 3 MONITORAGGIO, PREVENZIONE, CONTROLLO, CONTENIMENTO

Situazione epidemiologica: diffusione dell'epidemia a livello locale non limitata ai contatti di un caso importato o del caso indice.

Azioni: massimizzare le azioni per contenere e rallentare la diffusione dell'epidemia e guadagnare tempo per attuare tutte le possibili contromisure.

Strutture attivate: riferimenti regionali per le emergenze infettive – Gruppo Tecnico Regionale Emergenze Infettive – Gruppi Locali Emergenze Infettive

Catena di controllo: la **Direzione Sanità** dà disposizioni ai **Coordinatori dei Gruppi Locali Emergenze Infettive** sulla base delle indicazioni del Gruppo Tecnico Regionale Emergenze Infettive

LIVELLO 4 LIVELLO DI EMERGENZA PANDEMICA REGIONALE

Situazione epidemiologica: presenza di emergenza epidemica a livello locale con gravi rischi di salute per la popolazione e l'organizzazione sociale.

Azioni: massimizzare le azioni per l'integrazione del settore sanitario con il livello tecnico-operativo delle altre autorità deputate a predisporre e organizzare risorse materiali e umane finalizzate a garantire l'ordine pubblico e la sicurezza del territorio.

Strutture attivate: riferimenti regionali per le emergenze infettive – Gruppo Tecnico Regionale Emergenze Infettive – Gruppi Locali Emergenze Infettive

Catena di controllo: la **Direzione Sanità** è il riferimento per le altre autorità coinvolte e governa l'organizzazione delle Aziende Sanitarie e delle Strutture di ricovero e cura della regione tramite i **Direttori Generali** della ASL competenti per l'area territoriale di riferimento.

Sub allegati:

All. A, sub 1: Riferimenti e contatti

All. A, sub 2: Procedure Emergenze Infettive Direzione Sanitaria Ospedaliera

All.A, sub 3: Procedure Emergenze Infettive Dipartimento di Prevenzione

RIFERIMENTI E CONTATTI**REGIONALI**

DIREZIONE SANITA' E WELFARE SETTORE PREVENZIONE E VETERINARIA
0114321515 mail: sanita.pubblica@regione.piemonte.it

SeREMI ASL ALESSANDRIA
3202196903 mail: seremi@aslal.it

NAZIONALI

**MINISTERO DELLA SALUTE DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE
UFFICIO V MALATTIE INFETTIVE**
0659941 - 065994 3515

**ISTITUTO SUPERIORE DELLA SANITA' CENTRO NAZIONALE DI EPIDEMIOLOGIA
SORVEGLIANZA E PREVENZIONE SALUTE REPARTO EPIDEMIOLOGIA DELLE
MALATTIE INFETTIVE**
0649901 - 0649904260

**ISTITUTO SUPERIORE DELLA SANITA' ROMA
LABORATORIO VIROLOGIA**
0649387146 – 49903215
LABORATORIO BATTERIOLOGIA
0649387113 – 4990333

PROCEDURE EMERGENZE DSO

Introduzione

Nell'ambito del programma per la prevenzione ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza, il gruppo operativo del CIO è intervenuto nell'elaborazione di un documento sulla base di uno già presente a livello aziendale (Isolamenti: assistenza a pazienti con patologie infettive) per offrire uno strumento di più facile utilizzo per tutti gli operatori sanitari delle strutture aziendali che potrebbero trovarsi ad affrontare problematiche assistenziali complesse in un contesto di emergenza infettiva con un potenziale rischio di trasmissione di patologia infettiva nonché tutte le azioni preventive per la potenziale esposizione al rischio di tipo biologico.

Il presente documento risulta essere una rivisitazione di altri documenti e raccomandazioni in tema di isolamento in ospedale applicate alle esigenze strutturali ed organizzative della nostra realtà aziendale.

Risulta importante ribadire che i sistemi di isolamento basati sulla diagnosi di malattia infettiva o rivolte solo a pazienti sintomatici risultano essere insufficienti per la tutela degli operatori e della collettività e pertanto è fondamentale considerare tutti i pazienti ricoverati e non, come potenzialmente infettivi.

Tale sistema si compone di due indirizzi fondamentali:

1. nell'assistenza di tutti i pazienti bisogna adottare le **precauzioni standard**;
2. per i pazienti con infezioni (sospette o documentate) altamente trasmissibili o sostenute da patogeni di rilevanza epidemiologica sono raccomandate **precauzioni aggiuntive** (trasmissione per via aerea, trasmissione per droplets, trasmissione per contatto).

SCOPO

Il documento ha lo scopo di stabilire/tracciare un percorso "privilegiato" all'interno del DEA/Pronto Soccorso verso le strutture di ricovero e/o aree dedicate per i pazienti sospetti e/o affetti da patologia infettiva diffusiva, al fine di limitare per quanto possibile, la diffusione /contagio con altri utenti e con il personale in fase di maxi emergenze infettive.

DEFINIZIONI:

Isolamento: Misura atta a contenere la diffusione delle infezioni, che consiste nella separazione fisica della fonte di infezione dai soggetti suscettibili. In ambiente ospedaliero l'isolamento coincide con il ricovero di un paziente fonte di infezione in locale adeguato e separato da altri pazienti con patologie diverse.

Serbatoio di infezione: soggetto (infetto o portatore) oppure ambiente in cui il microorganismo sopravvive e si moltiplica.

Fonte di infezione: luogo da cui proviene il microorganismo infettante; in alcuni casi serbatoio e fonte di infezione coincidono (v. *Staphylococcus aureus* e mucosa nasale), mentre in altri casi serbatoio e fonte di infezione sono diversi (v. salmonellosi);

- Ospite suscettibile: soggetto che venendo a contatto con un microorganismo, sviluppa la malattia infettiva. Le difese dell'ospite possono essere alterate da diverse condizioni patologiche, dall'età, da terapia antibiotica, steroidea, immunosoppressiva, radioterapia, da procedure diagnostico/terapeutiche (cateteri, endoscopia, interventi chirurgici, etc...); per cui può diventare suscettibile anche venendo a contatto con microorganismi generalmente non patogeni.
- Trasmissione: passaggio dell'agente infettivo dal serbatoio/fonte di infezione all'ospite. Le principali modalità di trasmissione delle infezioni sono:

Per contatto Diretto: contatto diretto tra fonte di infezione e ospite. Ad esempio durante attività di assistenza vi sono manovre che richiedono il contatto diretto dell'operatore con liquidi biologici del paziente (mobilitazione, igiene personale)- es. infezioni a trasmissione parenterale

Per contatto Indiretto:

- a) *attraverso veicoli:* avviene attraverso un contatto tra un ospite suscettibile e un oggetto contaminato da microorganismo (veicolo di infezione) - es. endoscopi, strumenti chirurgici, aghi, guanti
- b) *attraverso vettori:* il vettore (insetto o macroparassita in genere) è parte attiva nel trasmettere l'infezione

Attraverso droplets: il microorganismo si trasmette dalla fonte/serbatoio di infezione in particelle dette "droplets" (=goccioline) eliminate nell'atto del tossire o dello starnutire, o durante l'esecuzione di alcune procedure come l'aspirazione bronchiale o la broncoscopia, si depositano sulle mucose dell'ospite. Tale tipo di trasmissione avviene se l'ospite si trova a distanza ravvicinata rispetto alla fonte di infezione - es. N. Meningitidis, influenza.

Per via aerea. La trasmissione per via aerea implica che il microorganismo sia in grado di diffondersi nell'aria o attraverso la disseminazione di nuclei di goccioline (droplet nuclei) di dimensioni inferiori alle precedenti oppure attraverso particelle di polvere contaminate e che in tal caso possono arrivare anche a lunga distanza dalla fonte di infezione - Es.TBC, morbillo, varicella)

DEFINIZIONE E ALCUNE CARATTERISTICHE DELLA EMERGENZA INFETTIVA

Una emergenza infettiva può essere definita come un evento accidentale causato da agenti biologici (batteri, virus, tossine) che hanno la capacità di provocare malattie significative o morte nella popolazione.

Le emergenze infettive hanno alcune caratteristiche che evidenziano la complessità dell'evento:

1. intensità delle informazioni (problemi di gestione delle informazioni),
2. cambiamenti rapidi degli eventi (strategia di comunicazione, problemi organizzativi e decisionali),
3. elevato livello di expertise (formazione, multidisciplinarietà),
4. durata variabile dell'evento da giorni a mesi (problemi di risorse),
5. impraticabilità o forte limitazione di auto-soccorso da parte della popolazione (infezioni trasmissibili).

La maggior esperienza acquisita dalle nostre realtà nel corso degli ultimi anni è relativa alla influenza, alla SARS, alla TBC e alla meningite meningococcica.

Tuttavia, è importante mettere in adeguata evidenza anche altre epidemie infettive potenziali o attuali. In particolare, non va dimenticata la resistenza batterica, la cui diffusione è un problema globale, alcune malattie trasmissibili da importazione (es Chikungunya, Dengue) che possono diventare endemiche, o avviare sporadici cicli autoctoni di trasmissione come già avvenuto, nonché le febbri emorragiche di importazione (Ebola, Marburg, Lassa) che, se non prontamente riconosciute, possono avere una trasmissione interumana di difficile controllo.

I CONTESTI ORGANIZZATIVI

In linea generale, e indipendentemente dal tipo di infezione che causa una epidemia, gli obiettivi essenziali di intervento per avere un impatto sulla curva epidemica sono principalmente la previsione, l'allarme precoce, la precoce rilevazione, e le azioni tempestive di intervento.

Il dettaglio delle azioni e strategie da attuare per ciascuno degli obiettivi elencati è complesso, multidisciplinare, e condizionato dalle caratteristiche del particolare evento epidemico. E' essenziale quindi per gli operatori delle strutture avere conoscenze adeguate, non solo del contesto epidemiologico ma anche degli aspetti organizzativi e strategici di risposta alla epidemia in cui si trovano ad essere coinvolti, a seconda del livello di allerta e delle azioni che dovranno essere messe in atto per contrastare la epidemia.

Il tipo di intervento viene regolato a seconda dei livelli di allarme basati sulla valutazione dei differenti rischi per la popolazione.

A differenti livelli di allarme corrispondono azioni di monitoraggio, prevenzione, controllo e contenimento della diffusione della malattia (come da piano emergenze aziendale).

LIVELLO 0 (MONITORAGGIO)

Situazione epidemiologica: nessuna evidenza di eventi che comportino rischi imminenti per l'importazione o diffusione di epidemie.

Azioni: attenzione routinaria agli eventi epidemiologici locali, nazionali ed internazionali (notifiche malattie infettive, sorveglianze speciali ecc.).

Strutture attivate: riferimenti regionali per le emergenze infettive

Catena di controllo: nessuna variazione rispetto all'ordinaria catena di comando

LIVELLO 1 (MONITORAGGIO, PREVENZIONE)

Situazione epidemiologica: evidenza in altri Paesi di eventi epidemici in atto a rischio di importazione, importazione di Casi, assenza di evidenze di trasmissione locale, rischio di diffusione.

Azioni: potenziamento delle attività di sorveglianza epidemiologica, prevenzione e diagnosi di laboratorio. Predisposizione dei materiali e delle procedure relative alla prevenzione, diagnosi e cura da divulgare nelle varie fasi dell'emergenza

Strutture attivate: riferimenti regionali per le emergenze infettive – Gruppo Tecnico Regionale Emergenze Infettive

Catena di controllo: nessuna variazione rispetto all'ordinaria catena di comando

LIVELLO 2 MONITORAGGIO, PREVENZIONE, CURA, CONTROLLO

Situazione epidemiologica: evidenza a livello locale di trasmissione limitata ai Contatti di un caso importato o del caso indice.

Azioni: contenere i focolai epidemici e rallentare il più possibile la diffusione della malattia per guadagnare tempo e implementare così le contromisure opportune. Allerta dei Gruppi Locali Emergenze Infettive.

Strutture attivate: riferimenti regionali per le emergenze infettive – Gruppo Tecnico Regionale Emergenze Infettive

Catena di controllo: nessuna variazione rispetto all'ordinaria catena di comando

LIVELLO 3 MONITORAGGIO, PREVENZIONE, CONTROLLO, CONTENIMENTO

Situazione epidemiologica: diffusione dell'epidemia a livello locale non limitata ai contatti di un caso importato o del caso indice.

Azioni: massimizzare le azioni per contenere e rallentare la diffusione dell'epidemia e guadagnare tempo per attuare tutte le possibili contromisure.

Strutture attivate: riferimenti regionali per le emergenze infettive – Gruppo Tecnico Regionale Emergenze Infettive – Gruppi Locali Emergenze Infettive

Catena di controllo: la **Direzione Sanità** dà disposizioni ai **Coordinatori dei Gruppi Locali Emergenze Infettive** sulla base delle indicazioni del Gruppo Tecnico Regionale Emergenze Infettive

LIVELLO 4 LIVELLO DI EMERGENZA PANDEMICA REGIONALE

Situazione epidemiologica: presenza di emergenza epidemica a livello locale con gravi rischi di salute per la popolazione e l'organizzazione sociale.

Azioni: massimizzare le azioni per l'integrazione del settore sanitario con il livello tecnico-operativo delle altre autorità deputate a predisporre e organizzare risorse materiali e umane finalizzate a garantire l'ordine pubblico e la sicurezza del territorio.

Strutture attivate: riferimenti regionali per le emergenze infettive – Gruppo Tecnico Regionale Emergenze Infettive – Gruppi Locali Emergenze Infettive

Catena di controllo: la **Direzione Sanità** è il riferimento per le altre autorità coinvolte e governa l'organizzazione delle Aziende Sanitarie e delle Strutture di ricovero e cura della regione tramite i **Direttori Generali** della ASL competenti per l'area territoriale di riferimento

Operativamente, e in base alle esperienze acquisite durante le pandemie influenzali (nonché degli eventi epidemici della SARS dell'inizio anni 2000), è necessario che il personale coinvolto nel trattamento e assistenza dei casi debba essere a conoscenza di tutti gli steps di pianificazione, che sono principalmente costituiti dalla sorveglianza, prevenzione e controllo, garanzia della funzionalità dei servizi sanitari essenziali, formazione e strategie di comunicazione.

In caso di epidemia la UO di Malattie Infettive è direttamente coinvolta nella gestione dei casi, secondo quattro principali linee di attività: diagnosi, terapia, sorveglianza, prevenzione della trasmissione (nel personale sanitario e altri utenti).

Poiché la risorsa UO Malattie Infettive è disponibile solo a Verbania, vi è pertanto la necessità di un livello di pianificazione aziendale che definisca le attività e competenze nel trattamento e assistenza dei casi: quando ricoverare, chi ricoverare, dove, quale terapia, quale profilassi, quale modalità di consulenza infettivologica (nelle strutture dove non è disponibile l'infettivologo)

Nel flusso informativo degli eventi infettivi epidemici ed emergenti (livello 0 e 1), la UO di Malattie Infettive ha un ruolo chiave, punto di origine del sospetto diagnostico, della diagnosi e della notifica che mette in movimento la maggior parte delle attività di sorveglianza e prevenzione.

Nel piano di preparazione e risposta alle emergenze infettive la UO di Malattie Infettive (livello 2, 3 e 4) si pone ad un livello operativo aziendale, in diretto contatto con il gruppo operativo a risposta rapida ed eventuale unità di crisi.

In accordo con i vari documenti pubblicati dall'OMS, Ministero della Salute e Regione Piemonte definiscono le seguenti sezioni:

1. Triage per riconoscimento e individuazione paziente sospetto o affetto da patologia infettiva (criteri clinici ed epidemiologici)
2. Individuazione percorso dedicato
3. Immediata implementazione delle misure appropriate per la prevenzione e il controllo della diffusione dell'infezione
4. Raccolta dei campioni biologici per la diagnosi di laboratorio
5. Considerazioni speciali per pazienti con patologie specifiche

Triage per riconoscimento e individuazione paziente sospetto o affetto da patologia infettiva (criteri clinici ed epidemiologici)

L'infermiera che svolge funzioni di *Triage* deve obbligatoriamente, per gli utenti che si presentano in PS/DEA con sintomatologia rappresentata dai sintomi indicati come manifestazione della malattia infettiva (ad es. tosse, febbre > 38°C e/o segni e sintomi di insufficienza respiratoria), effettuare una breve indagine relativamente a:

- storia di recente viaggio (nei xxxxx giorni antecedenti l'inizio dei sintomi) in aree in cui sia stato notificato un focolaio di trasmissione di malattia infettiva yyyyy (con periodo di incubazione xxxxx).
- storia di contatto ravvicinato (inteso come coabitazione, assistenza o contatto diretto con secrezioni respiratorie e fluidi corporei), nei xxxxx giorni antecedenti l'inizio dei sintomi, con una persona alla quale sia stata diagnosticata la malattia yyyyy

- In caso di pazienti sospetti non di lingua italiana DEVE ESSERE disponibile un modulo / questionario in diverse lingue straniere.

Gli operatori del PS/DEA, qualora ravvisino le caratteristiche sopra descritte devono:

- Far entrare immediatamente l'utente in PS/DEA e metterlo in isolamento in camera dedicata (senza farlo sostare in sala di attesa e fargli indossare il dispositivo barriera più idoneo ad es. mascherina chirurgica)
- Indossare i DPI previsti per la protezione per quell'agente eziologico (ad es. facciali filtranti tipo FFP3, camice, guanti e cappello monouso)
- Mantenere un comportamento che non generi panico
- Interrompere il flusso dell'aria condizionata nella stanza di isolamento (se possibile)
- Avvertire immediatamente il medico delle Malattie Infettive per concordare la presa in carico del paziente
- Pulire e sanificare l'ambiente in cui il soggetto ha sostato

Individuazione percorso dedicato

Verbania

Percorsi che il paziente sospetto deve seguire per recarsi al Reparto Malattie Infettive:

- Paziente trasportato dal 118: l'ambulanza arriva all'ingresso della camera calda dedicata al reparto (cancello radioterapia)
- l'accompagnatore si dirige all'ascensore di servizio grande ubicato a destra rispetto all'ingresso portando il paziente al 2 piano in malattie infettive
- Paziente che arriva dal PS/DEA: il paziente dalla camera di isolamento verrà portato con ascensore atrio al 1 piano fino a raggiungere l'ascensore grande (atrio ambulatori oncologia)

In entrambi i casi il paziente e il suo accompagnatore arriveranno al piano 2 (IV ala) del reparto di malattie infettive con i dispositivi barriera e DPI indicati per il trasporto paziente in isolamento.

Domodossola

- Paziente che arriva dal PS/DEA: il paziente dalla camera di isolamento verrà portato con ambulanza presso il P.O. di Verbania e verrà adottato il percorso 118 per il ricovero in malattie infettive

Tale situazione risulta attuabile fino alla disponibilità dei posti letto deliberati (n.11)

A saturazione dei posti letto di malattie infettive:

Verbania (2 piano IV ala) + (3 piano IV ala)

Vengono identificate queste due aree dell'ospedale in quanto hanno una potenzialità non solo strutturale ma soprattutto di accesso esterno indipendente (totale 56 posti letto)

In base ai posti letto (con testa letto e gas medicali presenti) sul piano e nella IV ala:

- 11 posti letto Malattie Infettive
- attivazione di 24 p.l. (elevabili a 29) nel reparto di medicina per pazienti infetti
- attivazione di 8 pl di malattie infettive + 8pl di subintensiva al 3 piano (oncologia)

La degenza verrà gestita dagli infettivologi, dagli internisti e dai medici disponibili dell'area dipartimentale medica.

Il personale infermieristico e di assistenza verrà "reclutato" dalle UU.OO. cui l'attività verrà diminuita e/o interrotta secondo le indicazioni dell'Unità di Crisi

- individuazione dei posti di terapia intensiva per pazienti positivi presso la Rianimazione (4 pl+ 2 pl UTIC)
- restano invariati i pl per pediatria e ostetricia eventualmente definendo i percorsi pazienti positivi/pazienti negativi

I pl per pazienti non infetti e che necessitano di ricovero per le specialità mediche verranno individuati sulla disponibilità dei pl della I e II ala (area chirurgica e area specialistica nefrologia e cardiologia)

- attivazione di rianimazione per pazienti negativi in blocco operatorio (2 pl al 5 piano)

I pl di DH (area medica) al I piano della IV ala verranno implementati e dedicati anche per i pazienti oncologici (accesso indipendente rispetto alla camera calda infettivi).

Domodossola (corpo ad H)

Identificazione dell'area corpo ad H per percorso dedicato rispetto palazzina nuova (Totale 42 pl)

- Riconversione dei 20 pl di medicina presso corpo ad H (elevabili a 30) di cui 4 con possibilità di monitoraggio (semintensiva) per pazienti positivi o sospetti e isolamenti respiratorio
- Riconversione pl della week/day surgery per pazienti positivi (12 pl)
- individuazione dei posti di terapia intensiva per pazienti positivi presso la Rianimazione (6 pl)

Riconversione dei pl reparto di chirurgia/ORL - 4 piano, nuova ala di degenza – per n.20 posti letto (elevabili a 28) per degenze area medica pazienti negativi

Riconversione del reparto di Orto/uro/oculistica - 2 piano, nuova ala di degenza – per tutta l'attività di degenza chirurgica per un totale di 28 posti letto pazienti negativi

17 pl in neurologia (3 piano palazzina nuova) per Neurologia/Stroke Unit e Medicina pazienti negativi*

6 pl di cardiologia +3 UTIC (elevabili a 8+4) – I piano palazzina nuova*

- attivazione di rianimazione per pazienti negativi in blocco operatorio (2/4 pl)

La degenza verrà gestita dagli internisti e dai medici disponibili dell'area dipartimentale medica.

Il personale infermieristico e di assistenza verrà "reclutato" dalle UU.OO. cui l'attività verrà diminuita e/o interrotta

Verbania e Domodossola

I pazienti che accedono in urgenza saranno assegnati alle varie discipline di competenza clinica e saranno ricoverati in reparto "zona grigia" fino ad esito esame di screening

(da valutare eventuali esigenze di identificazione reparto Grigio prima della collocazione nelle aree dedicate pazienti positivi/negativi)

Le aree di OBI potrebbero essere individuate come "zone grigie" per alcune tipologie di ricovero, se le condizioni cliniche dei pazienti e i parametri assistenziali lo consentono

Diversamente saranno dedicate camere di degenza singole dove ricoverare temporaneamente il paziente in attesa dell'esito nelle aree specialistiche di competenza

Ad esito esame:

POSITIVO

I pazienti di competenza delle discipline di area medica verranno ricoverati nei posti letto dell'area medica positivi

I pazienti di competenza delle discipline di area chirurgica verranno ricoverati (letti di appoggio) nei posti letto dell'area medica positiva.

La scelta dell'area di ricovero sarà legata alla presenza di personale di assistenza con competenze assistenziali di area chirurgica

Salvo situazioni particolari che richiedano di identificare reparti area chirurgica POSITIVA.

NEGATIVO

I pazienti di competenza delle discipline di area medica verranno ricoverati nei posti letto di neurologia, cardiologia, nefrologia

I pazienti di competenza delle discipline di area chirurgica verranno ricoverati nei posti letto del Dipartimento Chirurgico

Importante: Il riconoscimento precoce consente l'immediata implementazione delle misure per la prevenzione e il controllo delle infezioni secondo quanto descritto nel documento aziendale.

L'immediata implementazione delle misure è fondamentale e indipendente dalla gravità del paziente, qualora il paziente fosse altamente sospetto o già accertato.

In caso il paziente all'arrivo in ospedale presenti già condizioni gravi è importante valutare il ricovero direttamente nell'area critica dedicata (camera di isolamento in Rianimazione), mettendo però in atto le misure di isolamento

Assicurarsi che tutti gli operatori sanitari che eseguono procedure sui pazienti che possano generare aerosol (per esempio l'aspirazione endotracheale, l'intubazione, la broncoscopia o la rianimazione cardiopolmonare) indossino i DPI dedicati: maschere, tuta, guanti lunghi, visiere per la protezione delle mucose oculari.

Immediata implementazione delle misure appropriate per la prevenzione e il controllo della diffusione dell'infezione

1. Adozione delle Precauzioni standard che comprendono:

- ✓ Igiene delle mani,
- ✓ Uso dei guanti,
- ✓ Uso dei dispositivi di protezione individuale (DPI)
- ✓ Adozione delle procedure di sanificazione ambientale
- ✓ Adozione per la gestione dei dispositivi medici pluriuso
- ✓ Smaltimento dei rifiuti

Precauzioni aggiuntive

Poiché in atto occorrono ulteriori informazioni circa le modalità di diffusione dell'infezione e la durata della stessa, le precauzioni aggiuntive devono continuare ed essere attuate fino a che il paziente non risulti completamente guarito e/o asintomatico e/o negativo al test che indica la sua potenziale contagiosità.

Tali precauzioni comprendono:

- L'uso dei dispositivi di protezione per il personale specifici per la prevenzione sulle modalità di trasmissione della patologia infettive (droplets, aerea, contatto, ...)
- Collocazione del paziente in camera singola
- Collocazione del paziente in camera a più letti, in alternativa alla stanza singola, per pazienti affetti dalla stessa infezione (isolamento per coorte)

- Trasporto del paziente all'esterno della camera limitato allo stretto necessario, da effettuare facendo indossare al paziente i dispositivi barriera (ad es. una mascherina chirurgica o camice monouso)

Raccolta dei campioni biologici per la diagnosi di laboratorio

Da valutare in base alla patologia infettiva che ha determinato l'emergenza

Considerazioni speciali per pazienti con patologie specifiche

I pazienti di competenza delle discipline di area chirurgica verranno ricoverati (letti di appoggio) nei posti letto dell'area medica positiva. La scelta dell'area di ricovero sarà legata alla presenza di personale di assistenza con competenze assistenziali di area chirurgica

Le urgenze di cardiologia e neurologia e nefrologia che richiedono interventi specifici (emodinamica/UTIC e Stroke Unit/dialisi) saranno gestiti nei letti dedicati nei reparti competenti adottando le procedure di isolamento e i comportamenti assistenziali previsti in caso di gestione pazienti Positivi

Restando invariati i pl per pediatria e ostetricia i percorsi pazienti positivi/pazienti negativi saranno gestiti a necessità nell'ambito della struttura di ricovero definendo le camere "grigie" in attesa di esito esame di screening

Considerazioni speciali per i servizi

(da contestualizzare in base alla tipologia della patologia infettiva e alle indicazioni dell'UdC)

Radiologia

Definizione percorsi per radiologia tradizionale e se possibile individuazione sale dedicate:

esterni: valutare i codici di priorità se previsti dai protocolli in corso di emergenza

pazienti sospetti/accertati positivi

pazienti negativi

interni:

pazienti sospetti/accertati positivi

pazienti negativi

Definizione organizzativa dei percorsi in caso di esami TAC e RMN

Ambulatori polispecialistici

Definizione percorsi (spazio-temporali)

esterni: valutare i codici di priorità se previsti dai protocolli in corso di emergenza

pazienti sospetti/accertati positivi

pazienti negativi

Attività di pre ricovero

Da definire se prosegue attività chirurgica di elezione

Fisioterapia

Definizione percorsi (spazio-temporali)

esterni: valutare i codici di priorità se previsti dai protocolli in corso di emergenza
pazienti negativi

interni:

pazienti sospetti/accertati positivi (in reparto)
pazienti negativi (in FKT).



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE SOC IGIENE E SANITA' PUBBLICA

Direttore f.f. Dott. Edoardo QUARANTA

Sede Centrale: Via IV Novembre 294 - 28882 Omegna Tel 0323 868020/23 - Fax 0323 868022 e-mail dipprev@aslvco.it

Sede Operativa Omegna Via IV Novembre 294 Tel 0323 868040 Fax 0323 868042 e-mail: sisp.om@aslvco.it

Sede Operativa Verbania Viale S. Anna 83 Tel 0323 541441-541467 Fax 0323 557347 e-mail sisp.vb@aslvco.it

Sede Operativa Domodossola Via Scapaccino 47 Tel 0324 491677 Fax 0324 491668 e-mail: sisp.do@aslvco.it

Allegato A, sub 3

PROCEDURE EMERGENZE INFETTIVE Dipartimento di Prevenzione

INTRODUZIONE

Nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione dell'ASL VCO, è attivo un Servizio di pronta disponibilità per le emergenze igienico sanitarie, garantito in maniera congiunta dai medici SISP (Servizio Igiene e Sanità Pubblica), SIAN (Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione) e TPALL. Il Servizio di pronta disponibilità si attiva per le chiamate provenienti da Strutture Ospedaliere, pubbliche e private, RSA e Strutture Assistenziali, oltre che da Organi dello Stato. Le chiamate vengono indirizzate ai centralini dei Presidi Ospedalieri di Verbania e Domodossola che contattano il medico in pronta disponibilità, che stabilisce se coinvolgere il TPALL reperibile.

Al dirigenti medici reperibili sono resi disponibili i seguenti documenti:

- Elenco con nomi e numeri telefonici dei referenti della rete di allerta ASL
- Piano ASL per la gestione delle emergenze infettive
- Procedure operative pronta disponibilità per le emergenze infettive

Il materiale per il reperibile viene periodicamente verificato e aggiornato dal gruppo dei referenti tecnici.

Le procedure servono a fornire utili strumenti per avere sotto controllo le emergenze infettive e sono elaborate in modo tale che qualunque operatore possa immediatamente comprenderne il senso e le modalità di attuazione. Diventano, peraltro, indispensabili per permettere ai Dirigenti Medici coinvolti nella pronta disponibilità del Dipartimento di Prevenzione di intervenire in quelle situazioni che possono rappresentare una emergenza di salute pubblica e quindi organizzare una risposta appropriata a tutela della salute della popolazione. Per poter assicurare un corretto flusso di informazioni nei tempi e nei modi previsti dai protocolli Regionali e Nazionali, è necessario che le notifiche delle malattie infettive ricevute dal Dirigente Medico in orario di pronta disponibilità, vengano consegnate alla SOC Igiene e Sanità Pubblica nel primo giorno lavorativo utile. Per lo stesso motivo si rende necessario, per quelle malattie infettive che lo prevedono, effettuare inchiesta epidemiologica su appositi moduli a disposizione di tutti i Medici coinvolti nella reperibilità dipartimentale.

Il presente protocollo è riferito a quelle patologie infettive che richiedono interventi con carattere di urgenza a carico del paziente o della popolazione.



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Ormea (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

LA SEGNALEZIONE E LA NOTIFICA

Per tutte le malattie infettive resta in vigore l'attuale flusso di notifica secondo il DM 15/12/1990, mentre per le malattie infettive che, per l'eccezionale percezione del rischio sono assimilabili a vere e proprie "emergenze" quali **ad esempio le meningiti, morbillo, SARS, ecc.**, il medico che sospetta o riconosce il "Caso" deve immediatamente trasmettere la segnalazione al referente SIMI o al medico reperibile del Dipartimento di Prevenzione.

Il medico che riceve la notifica deve avvisare il Direttore della SOC ISP che a sua volta informa il Direttore Sanitario della ASL, il Responsabile URP, ed in rapporto alla situazione epidemiologica, il SEREMI.

Il referente SIMI, dopo aver raccolto le informazioni necessarie per la verifica della corrispondenza della segnalazione alla definizione di "Caso", effettua la notifica immediata di caso, attraverso lo strumento informatico regionale, al Nodo Regionale del SIMI (SeREMI di Alessandria), che provvede a trasmetterlo alla Direzione Sanità Pubblica Regionale, al Ministero della Salute ed all'Istituto Superiore di Sanità.

PREVENZIONE DELLE MALATTIE TRASMESSE PER VIA AEREA

MENINGITE MENINGOCOCCICA (classe di notifica 2°)

Incubazione: varia da 2 a 10 gg, di solito 3-4 gg

Contagiosità: si prolunga fintanto che i meningococchi non sono presenti nelle secrezioni nasofaringee. In genere la somministrazione della rifampicina comporta l'eliminazione del batterio dal nasofaringe entro 24 h dalla somministrazione

Diagnosi: attraverso l'indagine batteriologica del liquido cefalo-rachidiano

Paziente: isolamento respiratorio per 24 h dall'inizio della terapia antibiotica adeguata

Trattamento contatti: chemioprophilassi (vedi schema allegato 1) ai conviventi e a tutte le persone che hanno avuto contatti stretti (persone che hanno dormito nella stessa casa, persone entrate in contatti sufficientemente intimi da aver condiviso stoviglie, spazzolini, o hanno scambiato baci con l'ammalato) con i malati nei 7 gg antecedenti l'inizio della sintomatologia. **Si interviene anche nel solo caso sospetto**

MENINGITE DA *Haemophilus influenzae* tipo b (classe di notifica 5°)

Incubazione: non nota, probabilmente breve circa 2-4 gg

Contagiosità: si interrompe dopo 24-48 h dall'inizio della terapia antibiotica

Diagnosi: è possibile solo attraverso coltura ed identificazione del microrganismo

Paziente: isolamento respiratorio per 24 h dopo l'inizio della terapia antibiotica adeguata

Trattamento contatti: chemioprophilassi con rifampicina (somministrata per via orale 1 sola volta al giorno per 4 gg alla dose di 20mg/kg, massima dose 600 mg al giorno) a tutti i contatti familiari (in tutti gli adulti) in quelle case dove sono presenti uno o più bambini (oltre il caso indice) al di sotto di 12 mesi di età o con un bambino di 1-3 anni di età che non sia stato adeguatamente vaccinato.



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Ormea (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

DIFTERITE (classe di notifica 1°, immediata entro 12 ore)

Incubazione: di solito 2-7 gg

Contagiosità: variabile, di solito permane fintanto che i bacilli virulenti non sono scomparsi dalle secrezioni e dalle lesioni. In genere tra 2 e 4 settimane

Diagnosi: viene confermata dall'esame batteriologico sui campioni prelevati dal naso, dalla gola e da ogni lesione

Paziente: isolamento stretto del pz nel caso di faringite difterica e isolamento dei contatti nel caso di difterite cutanea, finché due colture sia da tamponi nasali sia faringei (e delle lesioni cutanee nel secondo caso) ottenuti a non meno di 24 h uno dall'altro, 24 ore dopo l'interruzione della terapia antibiotica, risultino negative

Trattamento contatti: tutti i conviventi ed i contatti stretti, qualunque sia il loro stato vaccinale, devono essere strettamente sorvegliati per 7 gg, essere sottoposti a indagini colturali per *C. diphtheriae*, assumere una profilassi antibiotica con benzatina penicillina G in singola dose (600.000 UI IM per pazienti che pesano meno di 30 kg; 1.200.000 UI IM per pazienti \geq 30 kg) o con un ciclo di 7-10 gg di eritromicina per OS (40-50 mg/kg/die, massimo 2 g/die). Vaccinoprofilassi: coloro che sono già stati vaccinati ma sono trascorsi più di 5 anni devono ricevere una dose di vaccino (DTPa, DT, Tdpa o Td, in base all'età); nel caso di contatti stretti non vaccinati (che hanno ricevuto solo 3 dosi di vaccino) o di cui non si conosca lo stato vaccinale, è necessario iniziare il programma vaccinale. La vaccinoprofilassi verrà eseguita in ogni caso dalla SOC ISP nel corso degli orari ordinari di servizio in quanto non terapeutica né urgente.

Trattandosi di una 1° classe di notifica è necessaria la trasmissione immediata (entro 12 h) al SeREMI di Alessandria e al Ministero della Salute Dipartimento Ufficio V con apposito modulo del D.M. 15/12/1990.

PAROTITE EPIDEMICA (classe di notifica 2°)

Incubazione: 15-18 gg

Contagiosità: da 6-7 gg prima dell'inizio della tumefazione parotidea fino a 9 gg dopo

Diagnosi: confermata da presenza delle IgM specifiche e dall'isolamento del virus in colture

Paziente: isolamento respiratorio per 9 gg dopo l'esordio della tumefazione parotidea

Trattamento contatti: nessuno.

PERTOSSE (classe di notifica 2°)

Incubazione: da 5 a 21 gg, di solito 7-10 gg

Contagiosità: elevata nella fase catarrale e nelle prime due settimane di tosse. Il periodo di infettività è di 5 gg o meno dopo l'inizio della terapia con eritromicina

Diagnosi: il gold standard resta la ricerca colturale del bacillo nel muco nasofaringeo

Paziente: isolamento ospedaliero e precauzioni per la trasmissione aerea per 5 gg dopo l'inizio della terapia antibiotica.



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Ormea (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

Trattamento contatti: i conviventi e i contatti stretti vanno sottoposti ad un ciclo di 14 gg di eritromicina.

VARICELLA (classe di notifica 2°)

Incubazione: 2-3 settimane, di solito 14-16 gg

Contagiosità: 1-2 gg prima del rash cutaneo e per tutto il periodo esantematico fino a quando tutte le lesioni si sono trasformate in croste

Diagnosi: in genere clinica

Paziente: isolamento respiratorio e precauzioni da contatto per almeno 5 gg dopo l'insorgenza dell'esantema e per tutta la durata dell'eruzione vescicolare

Trattamento contatti: nessuno, il vaccino della varicella è efficace nel prevenire e/o modificare la gravità della malattia se utilizzato entro 3-5 gg dall'esposizione.

SINDROME ACUTA RESPIRATORIA SEVERA (SARS classe di notifica 1°)

Incubazione: in genere tra i 4 e i 10 gg

Contagiosità: non è del tutto noto. Gli studi suggeriscono che la trasmissione non avvenga prima dell'esordio dei segni clinici e che il periodo massimo di contagiosità sia inferiore ai 21 gg

Diagnosi: sierologia e RT-PCR. Le autorità sanitarie mondiali hanno dichiarato l'eziologia virale da virus SARS-Cov, che appartiene alla famiglia dei Coronavirus

Le misure di prevenzione vertono sulla precoce identificazione e isolamento dei malati

Trattamento contatti: porre i contatti ravvicinati (coabitazione, assistenza o contatto diretto con persone malate e con secrezioni respiratorie) sotto sorveglianza attiva (visitato o contattato telefonicamente ogni giorno per determinare l'eventuale comparsa di febbre o di altri segni e sintomi) per 10 gg e raccomandare loro l'isolamento volontario nella propria abitazione. **Si interviene anche nel solo caso sospetto.**

Trattandosi di una 1° classe di notifica è necessaria la trasmissione immediata (entro 12 h) al SeREMI di Alessandria, alla Direzione Sanità Pubblica della Regione Piemonte, al Ministero della Salute Dipartimento Ufficio V e all'ISS.

PATOLOGIA COVID-19

Incubazione: in genere tra i 2 e i 14 gg

Contagiosità: non è del tutto nota. Sembra che la malattia sia contagiosa 48-72 prima dell'esordio dei segni clinici e che termini con la guarigione virologica

Diagnosi: test molecolare RT-PCR su campione biologico prelevato con tampone oro-faringeo e rino-faringeo. Le autorità sanitarie mondiali hanno dichiarato l'eziologia virale da virus SARS-Cov-2, che appartiene alla famiglia dei Coronavirus

Le misure di prevenzione vertono sulla precoce identificazione e isolamento dei malati



Trattamento contatti: porre i contatti ravvicinati (coabitazione, assistenza o contatto diretto con persone malate e con secrezioni respiratorie) sotto sorveglianza attiva (visitato o contattato telefonicamente ogni giorno per determinare l'eventuale comparsa di febbre o di altri segni e sintomi) per 14 gg e raccomandare loro l'isolamento volontario nella propria abitazione. **Si interviene anche nel solo caso sospetto.**

È necessario l'inserimento immediato su piattaforma regionale.

MORBILLO (classe di notifica 2°)

Incubazione: circa 10 gg, variando dai 7 ai 18 gg. Solo di rado arriva a 19-21 gg

Contagiosità: da 1-2 gg prima dell'inizio dei sintomi (3-5 gg prima dell'esantema) fino a 4 gg dopo la comparsa dell'esantema

Diagnosi: ricerca delle IgM specifiche nel siero che rimangono dosabili per circa un mese dopo la comparsa dell'esantema. Altro metodo si basa sull'isolamento del virus da secrezioni rinofaringee, sangue o urine

Paziente: isolamento respiratorio per 4 gg dopo l'inizio dell'esantema

Trattamento contatti: **la vaccino profilassi è terapeutica, pertanto la vaccinazione è raccomandata entro 72 h dall'esposizione. Si interviene anche nel solo caso sospetto.**

Stante la contagiosità del morbillo, al fine di limitare la diffusione della malattia ed evitare l'insorgenza di focolai, è importante la raccolta puntuale e completa dei dati sul caso e i suoi contatti.

TUBERCOLOSI (classe di notifica 3°)

Incubazione: dal momento di insorgenza dell'infezione a quando sia dimostrabile una lesione primaria o una significativa positività alla tubercolina passano circa 2-12 settimane. Il rischio di malattia è più elevato nei 6 mesi dopo l'infezione e resta alto per 2 anni. Tuttavia possono passare mesi o anni fra l'infezione e la manifestazione della malattia

Contagiosità: per tutto il tempo in cui vengono espettorati bacilli tubercolari vitali. Di solito dura solo poche settimane dopo l'inizio di una terapia efficace, può essere prolungata, specie nel caso di un adulto che non segua le prescrizioni o in quello di infezione da germe resistente

Diagnosi: isolamento colturale del *M. tuberculosis*, che però richiede, per l'espettorato, un periodo lungo (2-3 mesi) per confermare la diagnosi. L'esame diretto positivo per BAAR (bacilli alcool-acido-resistenti) su materiale biologico (espettorato, lavaggio bronchiale ecc.) può rappresentare, insieme con il quadro clinico, i test alla Mantoux e/o i test immunitari (Quantiferon), un elemento sufficiente per iniziare una terapia ed intervenire sui contatti

Paziente: immediata terapia farmacologia specifica. I pz con TBC polmonare espettorato-positiva devono essere sistemati in una camera singola con ventilazione

Trattamento contatti: si definiscono contatti familiari tutti coloro che condividono col pz il bagno, la cucina o il salotto con il caso indice. Contatti con un'esposizione cumulativa di 8 ore in uno spazio ristretto equivalente ad uno spazio domestico deve essere annoverato ad un contatto domestico.



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

23

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Ormea (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

Prima di passare al controllo dei contatti è necessario avere dal laboratorio di riferimento per la ricerca del BK (laboratorio del Maggiore della Carità di Novara), almeno un esame diretto dell'espettorato positivo per la ricerca di BAAR, che permette di definire il caso contagioso. Tutti i contatti a rischio devono essere sottoposti al test alla Mantoux; se positivo, la fase successiva prevede la effettuazione di RX torace e un test immunitario (Quantiferon) per il cui risultato bisogna attendere circa 15 gg. Se anche il test immunitario risulta positivo, il contatto va indirizzato ai medici infettivologi, che gli proporranno un periodo di profilassi.

Le indagini sui contatti sono, se la situazione lo permette, programmabili e vengono eseguite, previo accordo, dai colleghi delle malattie infettive dell'Ospedale "Castelli" di Verbania, che forniscono un valido supporto nella valutazione dei singoli casi. In particolari situazioni di urgenza, legate soprattutto alla possibilità che qualcuno dei contatti possa rendersi irreperibile, si può evitare la esecuzione dei test immunitari e passare alla profilassi con il solo test alla Mantoux positivo e l'esame radiografico del torace. È pertanto fondamentale valutare la situazione e le modalità di intervento, in termini di tempo e possibilità di seguire i contatti nelle varie fasi delle indagini diagnostiche.

ROSOLIA POSTNATALE (classe di notifica 2)

Incubazione: da 14 ai 23 gg, di solito 16-18 gg

Contagiosità: da 1 settimana prima a 14 gg dopo la comparsa dell'esantema

Diagnosi: quella clinica è spesso imprecisa, per cui è importante la conferma di laboratorio che si basa sulla positività di anticorpi IgM-specifici su un campione di sangue, ottenuto a distanza di 28 gg dalla comparsa del rash

Paziente: posto in camera separata ed isolamento respiratorio per 7 gg dopo la comparsa dell'esantema

Trattamento contatti: nessuno. Nel caso in cui si tratti di donna in gravidanza, soprattutto nel primo trimestre, allertare il medico che la segue.

PREVENZIONE DELLE MALATTIE TRASMESSE DA VETTORI

SCABBIA (classe di notifica 5°)

Incubazione: da 2 a 6 settimane primo dell'esordio del prurito in persone senza una precedente esposizione. I soggetti che erano stati precedentemente infettati manifestano sintomi 1-4 gg dopo la riesposizione all'acaro

Contagiosità: fino a che gli acari e le loro uova non sono distrutte dal trattamento, generalmente dopo 1-2 cicli di terapia, intervallati da una settimana

Diagnosi: confermata dalla identificazione di uova o dell'acaro in materiale prelevato dalle papule o da cunicoli presenti sulla cute

Paziente: isolamento fino al giorno dopo il trattamento

Trattamento contatti: tutte le persone che hanno avuto contatti cute-cute con una persona infetta (comprendendo i familiari ed i partner sessuali) devono essere trattati, se possibile, simultaneamente, per prevenire reinfezioni. Le lenzuola e i vestiti a contatto con la pelle del pz nei 3 giorni precedenti l'inizio della terapia devono essere lavati in lavatrice ad alte temperature (> 60°C).



PEDICULOSI (classe di notifica 5°)

Contagiosità: fino a quando i pidocchi rimangono vivi sulla persona infestata o negli oggetti (es. sciarpa, cappelli, cuscini, lenzuola o abiti in genere)

Diagnosi: identificazione delle uova, le larve e i pidocchi ad occhio nudo o con lente di ingrandimento

Paziente: indicato isolamento da contatti fino a quando il pz non sia stato trattato con un prodotto adatto.

PREVENZIONE DELLE MALATTIE TRASMESSE DA ALIMENTI (MTA)

Se la segnalazione è relativa ad un episodio di tossinfezione alimentare, devono essere seguite le procedure operative predisposte dal referente MTA, Dr. Paolo FERRARI, e trasmesse via mail in data 20/11/2012, a tutti i Medici del Dipartimento di Prevenzione coinvolti nella pronta disponibilità. A tale riguardo si riporta la definizione di episodio:

"Episodio di MTA: osservazione, in determinate circostanze, di 2 o più casi umani della stessa patologia e/o infezione o osservazione di un numero di casi superiore a quelli attesi, correlati o probabilmente correlati ad una sorgente alimentare comune (Direttiva 2003/99/EC).

In presenza di botulismo, intossicazioni da funghi, tossine marine o sostanze chimiche, anche un solo caso viene considerato epidemico"

EPATITE A (classe di notifica 2°)

Incubazione: 15-50 gg, in media 30 gg

Contagiosità: è massima durante l'ultima metà del periodo di incubazione e continua per pochi giorni dopo l'insorgenza dell'ittero

Diagnosi: ricerca delle IgM anti-HAV che indicano infezione recente o in atto (scompaiono entro 4 mesi, tuttavia possono essere presenti per 6 mesi o più)

Paziente: le misure preventive seguono i principi da applicare per le altre malattie a trasmissione oro-fecale. Usare precauzioni enteriche per una settimana dopo l'insorgenza dei sintomi

Trattamento contatti: nessuno.

POLIOMIELITE (classe di notifica 1°)

Incubazione: da 7 a 21 gg nei casi paralitici, con variabilità da 3 a 35 gg

Contagiosità: è massima poco prima e poco dopo la comparsa dei segni clinici, quando il virus è presente nel faringe ed è escreto in grandi quantità nelle feci. I pz sono contagiosi fino a quando persiste l'escrezione fecale (il virus è escreto nelle feci per 3-6 settimane, in rari casi per più di 2 mesi)

Diagnosi: isolamento del virus da feci, secrezioni orofaringee, urine raramente liquor

Paziente: isolamento di tipo enterico per la durata del ricovero

Trattamento contatti: le misure preventive seguono i principi da applicare per le altre malattie a trasmissione oro-fecale. La vaccinazione dei contatti stretti può non contribuire al controllo immediato, anche se raccomandata, perché spesso il virus è già largamente diffuso nei suscettibili.

Trattandosi di una 1° classe di notifica è necessaria la trasmissione immediata (entro 12 h) al SeREMI di Alessandria e al Ministero della Salute Dipartimento Ufficio V con apposito modulo del D.M. 15/12/1990.



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

25

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Ormea (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

GASTROENTERITE DA SALMONELLA (classe di notifica 2°)

Incubazione: da 6 a 72 ore, generalmente 12-36

Contagiosità: per tutta la durata dell'infezione

Diagnosi: isolamento di *Salmonella* da colture di feci

Paziente: le misure preventive seguono i principi da applicare per le altre malattie a trasmissione oro-fecale. Isolamento di tipo enterico da continuare fino a quando tre coproculture, eseguite ad intervalli di 24 h e ad almeno 48 ore dopo la fine della terapia antibiotica, siano negative

Trattamento contatti: coprocultura ai contatti sintomatici.

FEBBRE TIFOIDE DA *Salmonella typhi* (classe di notifica 2°)

Incubazione: da 3 a 60 gg, di solito 7-14

Contagiosità: per tutto il tempo in cui i bacilli sono presenti negli escreti, di solito dall prima settimana fino a tutta la convalescenza

Diagnosi: le misure preventive seguono i principi da applicare per le altre malattie a trasmissione oro-fecale. Isolamento della *S. typhi* nel sangue, le urine e le feci

Paziente: isolamento di tipo enterico da continuare fino a quando tre coproculture, eseguite ad intervalli di 24 h e ad almeno 48 ore dopo la fine della terapia antibiotica, siano negative

Trattamento contatti: coprocultura ai contatti sintomatici.

COLERA (classe di notifica 1°)

Incubazione: 12-72 ore, variando da alcune ore fino a 5 gg

Contagiosità: di solito termina pochi giorni dopo la guarigione clinica. Non si considera un'infezione che si trasmette da persona a persona per via diretta

Diagnosi: isolamento del *Vibrio cholerae* nelle feci

Paziente: le misure preventive seguono i principi da applicare per le altre malattie a trasmissione oro-fecale

Trattamento contatti: sorvegliati per 2 gg dall'ultima esposizione (coloro che abbiano condiviso cibi e bevande con malati)

Trattandosi di una 1° classe di notifica è necessaria la trasmissione immediata (entro 12 h) al SeREMI di Alessandria e al Ministero della Salute Dipartimento Ufficio V con apposito modulo del D.M. 15/12/1990.

PREVENZIONE DELLE MALATTIE TRASMESSE ATTRAVERSO LIQUIDI BIOLOGICI

FEBBRE EMORRAGICA DA VIRUS EBOLA (EDV classe di notifica 1°)

Incubazione: da 2 a 21 gg

Contagiosità: il contagio avviene attraverso il contatto con il sangue, secrezioni o altri fluidi corporei di persone infette. Le persone rimangono contagiose fino a quando il sangue e le secrezioni contengono il virus, periodo considerato fino a 61 gg dall'inizio della malattia



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Ormea (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

26

Diagnosi: effettuata mediante prove di laboratorio (livello BSL-4 di sicurezza) con identificazione degli antigeni e del genoma con metodi immunoenzimatici (ELISA, RT-PCR) o con l'isolamento del virus in colture cellulari o in caviae

Paziente: isolato fino al termine della fase viremica (circa 3 settimane dall'esordio della malattia)

Trattamento contatti: monitoraggio dei conviventi e dei contatti stretti (partner sessuali, contatti sufficientemente intimi da aver condiviso stoviglie, spazzolini ecc.)

Trattandosi di una 1° classe di notifica è necessaria la trasmissione immediata (entro 12 h) al SeREMI di Alessandria e al Ministero della Salute Dipartimento Ufficio V con apposito modulo del D.M. 15/12/1990.

RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

Ministero della Salute – Direzione Generale della Prevenzione Ufficio III

Prot. n. MIN. SAN.400.3/113.3/2476 del 30/04/2003 "Sindrome Respiratoria Acuta Severa (SARS) – Follow up dei pazienti: raccolta di informazioni cliniche e laboratoristiche"

Regione Piemonte Direzione Sanità Pubblica Settore Igiene e Sanità Pubblica

Prot. n. 19977/27.001 del 17/12/2003 "Raccomandazioni per la prevenzione e il controllo della Sindrome Acuta Respiratoria Severa (SARS)"

Regione Piemonte Direzione Sanità Pubblica Settore Igiene e Sanità Pubblica

Prot. n. 8072/27.001 del 23/05/2003 "SARS: Aggiornamenti della definizione di Caso e strumenti"

Regione Piemonte Direzione Sanità Pubblica Settore Igiene e Sanità Pubblica

D.D. n. 109 del 04/03/2008 "Approvazione Raccomandazioni per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle polmoniti da Legionella"

Regione Piemonte Direzione Sanità Pubblica Settore Igiene e Sanità Pubblica

Prot. n. 2632/27.001 del 16/02/2004 "Indirizzi per le attività di controllo e prevenzione delle Legionellosi"

Ministero della Salute

Prot. n. 0019776-P del 23/08/2011 "Misure di prevenzione e controllo della Tubercolosi"

Regione Piemonte Direzione Sanità Pubblica Settore Igiene e Sanità Pubblica

D.D. n. 58 del 31/01/2012 "Approvazione indicazioni operative per l'applicazione del nuovo Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) 2010-2015 nella regione Piemonte"

PNEMoRc 2010-2015



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

27
Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

Regione Piemonte Direzione Sanità Pubblica Settore Igiene e Sanità Pubblica
Prot. n.10338/DA2000 del 17/03/2008 "Avvio dell'attività di Sorveglianza nazionale delle malattie invasive da meningococco, pneumococco ed enofilo in Italia – Protocollo istituto Superiore di Sanità – 9 gennaio 2008"

Regione Piemonte Direzione Sanità Pubblica Settore Igiene e Sanità Pubblica
Prot. 12441/DB20.17 del 26/04/2012 "Sorveglianza delle malattie invasive da meningococco, pneumococco ed enofilo – Aggiornamenti in Regione Piemonte"

D.M. 15 dicembre 1990

www.epicentro.iss.it

www.ministerosalute.it

www.iss.it

<http://www.regione.piemonte.it/sanita/sanpub/index.htm>