

2019-nCov
Indicazioni operative
per la gestione nelle strutture sanitarie per acuti

Versione 1
aggiornamento 06-02-2020

a cura del GLICA

*Gruppo di lavoro regionale per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle Infezioni
Correlate all'Assistenza*

SOMMARIO

Destinazione e uso del presente documento.....	1
Il rischio conosciuto.....	2
La definizioni di caso e di contatto di caso.....	3
Misure di prevenzione e controllo.....	5
Pronto Soccorso: triage.....	6
Visita e trasferimento in isolamento del paziente con sospetta infezione da nCov.....	7
Paziente sospetto acceduto autonomamente al pronto soccorso.....	8
Paziente sospetto in altra area sanitaria.....	8
Paziente con sintomi atipici o lievi.....	9
Misure per la sorveglianza dei casi e dei contatti.....	10
Paziente sospetto in isolamento presso il reparto di Malattie Infettive.....	10
Pulizia dell'ambiente in cui ha soggiornato il paziente.....	11
Pulizia di effetti personali o utilizzati dal paziente.....	12
Smaltimento dei rifiuti.....	12
Riferimenti bibliografici.....	12
Allegato 1: Scheda per la notifica di casi da virus respiratori.....	13

Destinazione e uso del presente documento

Questo documento è rivolto alle strutture di ricovero per acuti e individua le linee di intervento e prime indicazioni operative per la gestione dello screening e delle misure di prevenzione e controllo nei confronti dei casi di infezione da nCov (sospetti probabili in osservazione oppure confermati) che si dovessero presentare nelle strutture di ricovero per acuti.

Le indicazioni fornite sono riferite all'attuale situazione epidemiologica che evidenzia al momento una presenza solo sporadica di casi importati e una assenza di circolazione del virus tra la popolazione regionale e nazionale.

Al momento le misure di prevenzione e controllo nelle strutture di ricovero devono quindi essere prioritariamente indirizzate a:

- Identificare tempestivamente casi sospetti in persone che nei 14 giorni precedenti i sintomi sono rientrate da zone nelle quali è presente la diffusione
- Identificare i contatti di caso sospetto probabile o accertato per l'attivazione delle misure di sorveglianza sanitaria
- Assicurare – quando necessario e indicato - una attenta e adeguata applicazione delle misure di prevenzione e controllo specifiche nei confronti della diffusione del nCOV
- Rafforzare l'applicazione delle usuali misure di prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza

Il documento rappresenta quindi uno strumento per rendere tempestiva e coordinata l'informazione e la realizzazione delle azioni specifiche necessarie.

Come tale sarà quindi suscettibile di aggiornamenti e integrazioni basate su nuove conoscenze epidemiologiche, cliniche e microbiologiche e su nuove indicazioni regionali, nazionali ed internazionali.

Al fine di mantenere il focus sull'attuale emergenza informa sulle misure e precauzioni necessarie senza ripercorrere i dettagli di quanto già conosciuto ed applicato ordinariamente nelle attività di controllo e prevenzione del rischio infettivo.

Le fonti utilizzate sono le Circolari Ministeriali e i documenti WHO e, per quanto applicabile, sull'esperienza della gestione della emergenza SARS 2003. Le sintetiche e ancora incomplete informazioni sulle modalità e rischio di diffusione sono tratte dalle informazioni fornite da WHO, CCDC (CDC cinese) e ECDC

Il rischio conosciuto

Allo stato attuale non sono ancora del tutto conosciute o confermate le informazioni sulla virulenza, la patogenicità, la trasmissibilità del virus 2019-nCoV, nonché la fonte iniziale di infezione e il reservoir.

La stima attuale del periodo di incubazione è oggi di 14 giorni

Le autorità cinesi hanno stimato un tasso di riproduzione (R0) di 1,4-2,5; una trasmissibilità simile alla SARS (R0 = 2-3) e superiore a MERS (R0 = 0,7).

Al 05-02-2020 i casi confermati sono 24.630 la quasi totalità in Cina (24.405). In Cina i casi gravi sono 3219 e i decessi 492. I casi sospetti segnalati in Cina alla stessa data sono 23.260.

La mortalità tra i casi confermati risulta il 2,02%, mentre il rapporto tra decessi e casi gravi più decessi è il 13,3%.

Allo stato attuale risultano segnalati 17 casi in operatori sanitari; la trasmissione tra gli operatori sanitari in occasione dei focolai di MERS e nella epidemia della SARS risultava alta e un elemento critico per la diffusione.

ECDC valuta che, basandosi sulle evidenze fornite dalle epidemie SARS e MERS, il rischio di infezione associata all'assistenza di un caso confermato è basso se sono adottate le misure di controllo delle infezioni nei confronti dello staff e dei visitatori. E' considerato invece alto per i sanitari coinvolti in procedure che generano aerosol senza l'utilizzazione di appropriati dispositivi di protezione individuale.

Il WHO consiglia quindi l'adozione delle misure di protezione da trasmissione per via aerea in occasione di procedure che possono produrre aerosol. ECDC, invece indica che è preferibile un approccio più cautelativo, con il ricovero dei pazienti in stanze di isolamento a pressione negativa e utilizzazione di filtranti facciali FFP2 o FFP3.

Le misure che si sono dimostrate più efficaci per il controllo della diffusione del virus SARS-Cov sono:

- Identificare tempestivamente i casi sospetti di malattia attraverso l'educazione e informazione di persone provenienti da paesi a rischio
- La sorveglianza dei casi e dei contatti;
- Ridurre i contatti tra casi e persone sane attraverso l'isolamento tempestivo dei casi sospetti o probabili e la quarantena domiciliare volontaria dei contatti di casi sospetti o probabili;
- Ridurre il rischio di trasmissione in ambienti sanitari tramite attente procedure di triage e di gestione dei casi sospetti al momento dell'accesso ai servizi sanitari.
- Ridurre il rischio di trasmissione attraverso l'adozione di misure di controllo delle infezioni sia in ambito ospedaliero che domiciliare, durante l'assistenza a casi.

La definizioni di caso e di contatto di caso

L'individuazione tempestiva e corretta delle persone esposte permette una diagnosi precoce e la prevenzione della diffusione della malattia. La sottovalutazione o sopravvalutazione dell'esposizione e della raccolta dei dati per la rintracciabilità dei contatti, talvolta dettata dalla situazione di emergenza clinica, ha mostrato in esperienze pregresse successive difficoltà nel controllo della diffusione della malattia.

DEFINIZIONE DI CASO

Caso sospetto

A. Una persona con Infezione respiratoria acuta grave – SARI - (febbre, tosse e che ha richiesto il ricovero in ospedale), **E** senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica¹ **E** almeno una delle seguenti condizioni:

- storia di viaggi o residenza in aree a rischio della Cina², nei 14 giorni precedenti l'insorgenza della sintomatologia; **oppure**
- il paziente è un operatore sanitario che ha lavorato in un ambiente dove si stanno curando pazienti con infezioni respiratorie acute gravi ad eziologia sconosciuta.

B. Una persona con malattia respiratoria acuta **E** almeno una delle seguenti condizioni:

- contatto stretto (3) con un caso probabile o confermato di infezione da nCoV nei 14 giorni precedenti l'insorgenza della sintomatologia; **oppure**
- ha visitato o ha lavorato in un mercato di animali vivi a Wuhan, provincia di Hubei, Cina, nei 14 giorni precedenti l'insorgenza della sintomatologia; **oppure**
- ha lavorato o frequentato una struttura sanitaria nei 14 giorni precedenti l'insorgenza della sintomatologia dove sono stati ricoverati pazienti con infezioni nosocomiali da 2019-nCov;

Caso probabile

Un caso sospetto il cui risultato del test per 2019-nCoV è dubbio utilizzando protocolli specifici di Real Time PCR per 2019-nCoV o è positivo utilizzando un test pan-coronavirus.

Caso confermato

Una persona con conferma di laboratorio effettuata presso il laboratorio di riferimento dell'Istituto Superiore di Sanità per infezione da 2019-nCoV, indipendentemente dai segni e dai sintomi clinici.

I medici dovrebbero prestare attenzione anche alla possibilità di **presentazioni atipiche** in pazienti immunocompromessi. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>

[da Circolare ministeriale del 27-01-2020 "Polmonite da nuovo coronavirus (2019 – nCoV) in Cina" (aggiornamento circolare del 22-01-2020)]

Criteri di esclusione.

In condizioni di assenza di epidemia locale, il sospetto non è giustificato se manca la verifica di una esposizione concreta (es visita recente di un Paese in cui vi è diffusione o il contatto con un malato).

A meno di indicazioni differenti, un caso dovrebbe essere escluso se una diagnosi alternativa può spiegare pienamente la malattia.

PER CONTATTO STRETTO SI INTENDE

- Esposizione dovuta ad assistenza sanitaria, compresa assistenza diretta a pazienti affetti da nCoV, lavorare con operatori sanitari infettati da nCoV, visitare pazienti o permanere nello stesso ambiente di un paziente con nCoV.
- Lavorare a stretto contatto o condividere la stessa classe con un paziente con nCoV.
- Viaggiare con un paziente con nCoV, con qualsiasi mezzo di trasporto. - Vivere nella stessa casa di un paziente con nCoV.

Il collegamento epidemiologico può essere avvenuto entro un periodo di 14 giorni prima o dopo la manifestazione della malattia nel caso in esame

Da Indicazioni operative per la gestione e la sorveglianza dei casi sospetti di infezione da nuovo coronavirus (2019 – n CoV). Regione Piemonte. Aggiornamento del 30 gennaio 2020

A questa classificazione è utile aggiungere il concetto operativo di “**Persona Sotto Osservazione**”, utilizzato anche nella precedente emergenza SARS per la definizione e la corretta gestione delle persone con presenza di criteri epidemiologici, ma con criteri clinici atipici o non sufficienti per la classificazione di caso sospetto [vedi anche nota alla definizione di caso].

Le Persone Sotto Osservazione (PSO) durante l’epidemia di SARS erano così definite:

“persone che rispondono ai criteri epidemiologici di caso, ma hanno manifestazioni cliniche atipiche che, essendo state contatti stretti di un caso sospetto o probabile, oppure avendo effettuato un viaggio in una regione a trasmissione recente presentino, nei 10 giorni successivi

una sintomatologia febbrile, anche se non correlata da sintomi respiratori rispondenti alla definizione di caso di SARS.

Definizione di Persona Sotto Osservazione (PSO)

persone che sono state un contatto stretto di un caso sospetto o probabile oppure hanno effettuato un viaggio in una regione dove si è verificata trasmissione recente della malattia,

E

non hanno tutti i sintomi previsti per rientrare nella definizione di caso ovvero presentano febbre (superiore a 38 °C) e uno o più dei seguenti sintomi: malessere generale, mialgie, cefalea senza una causa conosciuta di malattia.

E

non è presente alcuna malattia che possa spiegare la sintomatologia.”

(SARS, raccomandazioni per la prevenzione e il controllo, documento inter-regionale per il controllo delle malattie infettive e delle vaccinazioni, 2003)

Misure di prevenzione e controllo

Gli operatori sanitari devono essere informati dei reali e attuali rischi e incoraggiati ad avere un alto livello di sospetto clinico. Devono essere inoltre resi consapevoli del loro ruolo nella corretta informazione nei confronti dei pazienti e della popolazione

Deve essere rafforzata la promozione delle misure di igiene respiratoria ed galateo della tosse tra i frequentatori, i pazienti e gli operatori delle strutture sanitarie e indicata l'utilizzazione di mascherine chirurgiche in presenza di tosse e sintomi respiratori

Deve essere rafforzata l'applicazione delle precauzioni standard per tutti i pazienti

Deve essere rafforzata la corretta pratica dell'igiene delle mani da parte di tutti gli operatori, rafforzando nel contempo la consapevolezza della sua importanza.

Nelle sale d'aspetto dovrà essere affisso il materiale informativo ed essere disponibile, nelle sale d'aspetto e nei reparti, un numero adeguato di mascherine chirurgiche.

PRONTO SOCCORSO: TRIAGE

1. Assicurare un **rapido accesso del paziente al triage clinico** al Pronto Soccorso, per una precoce identificazione dei casi sospetti o da porre in osservazione
2. Il triage clinico deve includere un sistema di valutazione per tutti gli accessi che consenta il tempestivo riconoscimento dei pazienti con criteri per sospetta infezione da nCoV e la loro separazione dagli altri pazienti
 - Deve essere tempestivamente valutata la presenza di sintomi respiratori e indagata la presenza del criterio epidemiologico (vedi definizioni di caso).
 - L'operatore addetto al triage (se l'intervista è svolta in assenza di barriere e a uno-due metri dalla persona dovrà indossare in via precauzionale la mascherina chirurgica)
 - Rilevazione al Triage di una **persona senza sintomi che riferisce un soggiorno nella provincia di Hubei negli ultimi 14 giorni** (evento raro)
 - ✓ segnalare tempestivamente il nominativo e i riferimenti al SISP che provvederà a effettuare un approfondimento dell'indagine epidemiologica e a disporre l'isolamento fiduciario fino al termine del potenziale periodo di incubazione;
 - Rilevazione al Triage di una **persona senza sintomi che riferisce il rientro da province della Cina a rischio** (<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus2019/situation-reports/>)
 - ✓ dare indicazioni sulla misurazione della temperatura corporea quotidiana
 - ✓ fornire alla persona il numero telefonico del SISP e indicare di contattare il SISP e il medico curante qualora si rilevi febbre e/o sintomi respiratori.
 - **La rilevazione della presenza dei criteri epidemiologici e clinici di sospetto richiede l'attivazione immediata delle misure di isolamento**
 - ✓ Il paziente dovrà essere subito condotto in un'area separata dagli altri pazienti per la visita e l'eventuale conferma del sospetto da parte del medico,
 - ✓ Al paziente dovrà essere fatta indossare la mascherina chirurgica
 - ✓ L'operatore/operatori che conducono il paziente dovrà indossare la mascherina chirurgica e accompagnare il paziente in un'area separata dagli altri pazienti
 - ✓ Lo spostamento del paziente dovrà essere eseguito utilizzando possibilmente un percorso protetto, individuato come in occasione dell'emergenza della SARS e successivamente per la pandemia da influenza H1N1.

VISITA E TRASFERIMENTO IN ISOLAMENTO DEL PAZIENTE CON SOSPETTA INFEZIONE DA nCOV

I casi sospetti di nCoV vanno visitati in un'area separata dagli altri pazienti e ospedalizzati in isolamento in un reparto di malattie infettive, possibilmente in una stanza singola, facendo loro indossare una mascherina chirurgica, se riescono a tollerarla.

Il numero di operatori sanitari, di familiari e di visitatori ad un caso sospetto deve essere ridotto, e deve essere registrato.

Il personale sanitario che accudisce tali casi dovrebbe, ove possibile, essere dedicato esclusivamente a questi pazienti per ridurre il rischio di trasmissione. [da Circolare ministeriale del 22-01-2020 "Polmonite da nuovo coronavirus (2019 – nCoV) in Cina"]

- 1. Al paziente dovrà essere fatta indossare mascherina chirurgica**
- 2. Il personale sanitario** che assiste il paziente deve essere **dedicato**
- 3. Il medico provvederà a confermare o disconfermare il sospetto emerso al triage**
- 4. Il personale sanitario che assiste il paziente dovrà adottare, oltre a quelle standard, le precauzioni da contatto e per via aerea.** In particolare, dovrà utilizzare: visiera protettiva o occhiali di protezione a maschera, filtrante facciale FFP2 o FFP3 (se disponibile, utilizzare i modelli a valvola), camice monouso impermeabile a maniche lunghe non sterile, e guanti in vinile o nitrile monouso.
In occasione di procedure che possono produrre aerosol la mascherina deve essere di tipo FFP3 (se disponibile, utilizzare i modelli a valvola) e dovranno anche essere indossate sovrascarpe monouso.
- 5. Gli strumenti utilizzati dovranno essere monouso, dedicati o portatili (es. per Raggi X)**
- 6. Il medico che intercetta il caso che corrisponde alla definizione di sospetto o probabile o confermato dovrà allertare immediatamente** la Direzione Sanitaria/UPRI che a sua volta dà immediata comunicazione al SISP
- 7. Il medico che intercetta il caso compila tempestivamente la scheda di segnalazione** (vedi allegato) con i dati disponibili e la invia alla Direzione sanitaria/UPRI che integrerà con gli ulteriori dati e invierà immediatamente al SISP

PAZIENTE SOSPETTO ACCEDUTO AUTONOMAMENTE AL PRONTO SOCCORSO

1. **Registrare e ridurre il numero degli operatori** che hanno contatto con il caso sospetto
2. **Registrare e ridurre il numero dei familiari/accompagnatori** che hanno contatto con il caso sospetto

3. **Il paziente riconosciuto come sospetto dovrà essere trasferito in stanza di isolamento** presso il reparto di malattie infettive
 - o Il trasferimento del paziente dovrà essere eseguito utilizzando un percorso protetto, individuato come in occasione dell'emergenza della SARS e successivamente per la pandemia da influenza H1N1.
 - o Ove le condizioni logistiche non permettono tutto o in parte un percorso protetto è necessaria l'individuazione di pratiche e procedure che realizzino l'isolamento funzionale del paziente durante lo spostamento.
 - o Quando disponibile, il paziente dovrà essere ricoverato precauzionalmente in una stanza a pressione negativa.
 - o Se non disponibile deve essere individuata una stanza singola di isolamento adeguatamente ventilata. [In generale si considera adeguata una stanza con una ventilazione naturale di 60 L/s per paziente].
 - o Ove non sia presente nell'ospedale il reparto di Malattie Infettive il paziente sarà trasferito al reparto di Malattie Infettive di altro ospedale quando il caso sarà confermato, salvo differenti accordi con l'infettivologo e l'ospedale di destinazione.

PAZIENTE SOSPETTO IN ALTRA AREA SANITARIA

1. Il paziente individuato come sospetto dovrà essere **subito condotto in un'area separata dagli altri pazienti per l'eventuale conferma** del sospetto da parte del medico, temporaneamente in attesa del trasferimento
 - o Lo spostamento del paziente dovrà essere eseguito utilizzando un percorso protetto, individuato come in occasione dell'emergenza della SARS e successivamente per la pandemia da influenza H1N1.
 - o Ove le condizioni logistiche non permettono tutto o in parte un percorso protetto è necessaria l'individuazione di pratiche e procedure che realizzino l'isolamento funzionale del paziente durante lo spostamento.

2. Il paziente sospetto dovrà essere trasferito in stanza di isolamento presso il reparto di malattie infettive

- Il trasferimento del paziente dovrà essere eseguito utilizzando un percorso protetto
- Ove le condizioni logistiche non permettono tutto o in parte un percorso protetto è necessaria l'individuazione di pratiche e procedure che realizzino l'isolamento funzionale del paziente durante lo spostamento.
- Quando disponibile, il paziente dovrà essere ricoverato precauzionalmente in una stanza a pressione negativa.
- Se non disponibile deve essere individuata una stanza singola di isolamento adeguatamente ventilata. [In generale si considera adeguata una stanza con una ventilazione naturale di 60 L/s per paziente].
- Ove non sia presente nell'ospedale il reparto di Malattie Infettive il paziente sarà trasferito al reparto di Malattie Infettive di altro ospedale quando il caso sarà confermato, salvo differenti accordi con l'infettivologo e l'ospedale di destinazione

PAZIENTE CON SINTOMI ATIPICI O LIEVI

Caso sintomatico per cui non è indicato il ricovero

Tenuto conto delle ancora limitate conoscenze sulle modalità di trasmissione della malattia da nuovo coronavirus (2019-CoV), l'OMS raccomanda che i casi sospetti siano isolati e monitorati in ambiente ospedaliero. Questo sia per garantire la sicurezza e la qualità dell'assistenza al paziente (in caso di peggioramento dei sintomi dei pazienti) sia a tutela della salute pubblica.

Si possono però verificare casi in cui (es. presenza di sintomi lievi) non sia indicato il ricovero e si disponga l'isolamento domiciliare fiduciario. Questa decisione richiede un attento giudizio da parte dell'infettivologo e del medico di sanità pubblica relativamente alla manifestazione dei sintomi e alla presenza di patologie concomitanti e alle condizioni di sicurezza del domicilio del paziente. [Regione Piemonte. Indicazioni operative per la gestione e la sorveglianza dei casi sospetti di infezione da nuovo coronavirus (2019 – n CoV). Versione 30 gennaio 2020]

In presenza di criteri epidemiologici e sintomi atipici oppure lievi che non rendano necessario il ricovero ma richiedono un periodo di osservazione

- ✓ Richiedere consulenza infettivologica
- ✓ Contattare il SISP

La valutazione dell'infettivologo e del medico di sanità pubblica permetterà di verificare la presenza delle condizioni cliniche, epidemiologiche, logistiche e gestionali necessarie per l'attivazione dell'isolamento domiciliare fiduciario e la conduzione in sicurezza della sorveglianza sanitaria attiva.

MISURE PER LA SORVEGLIANZA DEI CASI E DEI CONTATTI

Sulla base delle informazioni raccolte dal personale sanitario ospedaliero, il SISP dell'ASL di competenza in collaborazione con il medico che ha effettuato la segnalazione e la Direzione Sanitari/Unità per il Rischio Infettivo svolge tempestivamente l'indagine epidemiologica per identificare i contatti del caso e attivare le misure di sorveglianza sanitaria.

Come declinato operativamente negli altri paragrafi, è importante comunicare e raccogliere immediatamente le informazioni utili alle attività di sorveglianza, in particolare:

- Allertare immediatamente la Direzione Sanitaria/Rischio Infettivo
- Raccogliere elenco e recapiti degli operatori sanitari e visitatori venuti in contatto stretto con il caso sospetto
- Raccogliere e registrare i dati previsti dalla scheda di segnalazione e inviarla immediatamente alla Direzione Sanitaria/UPRI

PAZIENTE SOSPETTO IN ISOLAMENTO PRESSO IL REPARTO DI MALATTIE INFETTIVE

Per motivi precauzionali, si raccomanda che il personale sanitario, oltre ad adottare le precauzioni standard, applichi le precauzioni per prevenire la trasmissione per via aerea e per contatto.

In particolare, dovrebbe indossare: mascherina e protezione facciale, camice impermeabile a maniche lunghe non sterile e guanti. Qualora siano necessarie procedure che possono generare aerosol, la mascherina dovrebbe essere di tipo FFP2.

Dovrebbero essere utilizzati strumenti mono-uso e strumentazioni portatili (es. raggi X) per evitare di muovere il paziente. Se è necessario trasportare il paziente fuori dalla stanza di isolamento, usare percorsi predeterminati per minimizzare la possibile esposizione di personale sanitario, altri pazienti e visitatori. [da Circolare ministeriale del 22-01-2020 "Polmonite da nuovo coronavirus (2019 – nCoV) in Cina"]

1. Registrare e ridurre il numero degli operatori che hanno contatto con il caso sospetto
2. Registrare e ridurre il numero dei familiari/accompagnatori che hanno contatto con il caso sospetto
3. Il **personale sanitario** che assiste il paziente deve essere **dedicato**

4. Il personale sanitario che assiste il paziente dovrà adottare, oltre a quelle standard, le **precauzioni da contatto e per via aerea**. In particolare, dovrà utilizzare: visiera protettiva o occhiali di protezione a maschera, filtrante facciale FFP2 o FFP3 (se disponibile, utilizzare i modelli a valvola) camice monouso impermeabile a maniche lunghe non sterile, e guanti in vinile o nitrile monouso.

In occasione di procedure che possono produrre aerosol la mascherina deve essere di tipo FFP3 (se disponibile, utilizzare i modelli a valvola) e dovranno essere ulteriormente indossati sovrascarpe monouso.

5. Gli **strumenti utilizzati dovranno essere monouso, dedicati o portatili** (es. per Raggi X)

PULIZIA DELL'AMBIENTE IN CUI HA SOGGIORNATO IL PAZIENTE

La pulizia è importante per ridurre il livello di contaminazione dell'aria e delle superfici e per minimizzare il rischio di trasmissione per contatto indiretto con superfici contaminate.

1. Il personale che interviene nelle pulizie dell'ambiente in cui in cui ha soggiornato il paziente dovrà essere registrato
2. Tutto il personale addetto alle pulizie ambientali deve osservare con attenzione le procedure previste per la pulizia e l'uso dei DPI

Si sottolinea che le stanze che ospitano pazienti con malattia trasmessa da goccioline devono essere pulite e disinfettate giornalmente.

In particolare, bisogna pulire e disinfettare le superfici orizzontali (ad esempio tavolo passante sul letto), le superfici toccate frequentemente dal paziente (telefono, letto) e i servizi igienici.

Per facilitare la pulizia, l'area intorno al paziente deve essere lasciata libera da oggetti.

Alla dimissione del paziente la pulizia e disinfezione terminale, quando non indicato altrimenti, deve includere:

- le superfici indicate sopra
- le superfici toccate frequentemente (interruttori della luce, maniglie delle porte, ecc.)
- tutte le superfici (orizzontali e verticali) macroscopicamente sporche
- l'attrezzatura utilizzata per il paziente (letto, comodino, tavola, sedia a rotelle, comoda, ecc.)
- la sostituzione del materasso, del cuscino e tutta la biancheria del letto da sottoporre al processo di detersione/disinfezione di routine.

Non è necessario:

- disinfettare di routine pareti, finestre o altre superfici verticali se non visibilmente sporche;

Le attrezzature utilizzate per la pulizia devono essere risciacquate e pulite e lasciate asciugare. Le teste dei mop riutilizzabili ed i panni utilizzati per la pulizia devono essere trattati in accordo con le pratiche correntemente in uso.

PULIZIA DI EFFETTI PERSONALI O UTILIZZATI DAL PAZIENTE

A meno di ulteriori indicazioni, per la decontaminazione degli effetti lettereci sono sufficienti le pratiche utilizzate di routine. Le lenzuola devono essere trasportate in sacchi della lavanderia, chiusi e resistenti alla rottura.

Le stoviglie possono essere decontaminate mediante lavaggio in acqua calda e detergente, risciacquo ed asciugatura.

SMALTIMENTO DEI RIFIUTI

I rifiuti vanno trattati e smaltiti come rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo.

Riferimenti bibliografici

- Ministero della Salute. Circolare del 27-01-2020 *“Polmonite da nuovo coronavirus (2019 – nCoV) in Cina”*
- Ministero della Salute. Circolare del 27-01-2020 *“Polmonite da nuovo coronavirus (2019 – nCoV) in Cina”*
- Regione Piemonte. *Indicazioni operative per la gestione e la sorveglianza dei casi sospetti di infezione da nuovo coronavirus (2019 – nCoV)*. Versione 30 gennaio 2020
- *Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. Interim guidance*. 25 January 2020. WHO/2019-nCoV/IPC/v2020.2
- *Clinical management of severe acute respiratoryinfection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected. Interim guidance*. 28 January 2020. WHO/nCoV/Clinical/2020.2
- *Infection preventionand control of epidemic-and pandemic- prone acute respiratory infections in health care*. Guideline WHO/2014
- ECDC *“Infection prevention and control for the care of patients with 2019-nCov in healthcare settings”* ECDC Technical report. February 2020
- ECDC. *“Outbreak of acute respiratory syndrome associated with a novel coronavirus, China: first local transmission in the EU/EEA – third update”*. Rapid Risk Assessment. 31 January 2020
- *La sindrome acuta respiratoria severa – SARS. Raccomandazioni per la prevenzione e il controllo*. Coordinamento interregionale per il controllo delle malattie infettive e le vaccinazioni. Ottobre 2003

Allegato 1: Scheda per la notifica di casi da virus respiratori



SCHEDA PER LA NOTIFICA DI CASI DA VIRUS RESPIRATORI
Stagione 2019-2020

STRUTTURE DI RICOVERO

La

*scheda dovrà essere compilata dal medico che rileva il caso e
inviata immediatamente alla Direzione Sanitaria/UPRI, che integra e aggiorna i dati e invia al SISP.
Il SISP trasmette la scheda e comunica al SeREMI*

Dati della segnalazione

Data di segnalazione: |_____|

Regione: |_____| Asl: |_____|

|_____|

Dati di chi compila la scheda

Nome: |_____| Cognome: |_____|

Telefono: |_____| Cellulare: |_____| E-mail: |_____|

|_____|

Informazioni Generali del Paziente

Nome: |_____| Cognome: |_____| Sesso: M|__| F|__|

Data di nascita: |_____| se data nascita non disponibile, specificare età in anni compiuti: |__|__| o in mesi: |__|

|__|

Comune _____ di _____ residenza: _____

In stato di gravidanza? Sì|__| No|__| Non noto|__| se sì, mese di gestazione |__|

Informazioni sullo Stato Vaccinale

Il paziente è stato vaccinato per influenza nella corrente stagione: Sì|__| No|__| Non noto|__|

se sì, **Nome commerciale del vaccino:** | _____ | **Data** **della** **vaccinazione:** |
_____ |

Informazioni Cliniche del Paziente

Data insorgenza primi sintomi: |_____|

Data ricovero: |_____| Nome Ospedale: |_____|

Reparto: Terapia intensiva/rianimazione (UTI) |__| Intubato |__| ECMO |__|

DEA/EAS |__|

Terapia sub intensiva |__|

Cardiochirurgia |__|

Malattie Infettive |__|

Altro, specificare |__| _____

Terapia Antivirale: Si|__| No|__| Non noto|__|

se sì, Oseltamivir |__| Zanamivir |__| Peramivir |__| Data inizio terapia: |_____| Durata: |__| (giorni)

Presenza di patologie croniche: Si|__| No|__| Non noto|__| *se sì quali?*

Tumore Si|__| No|__| Non noto|__|

Diabete Si|__| No|__| Non noto|__|

Malattie cardiovascolari Si|__| No|__| Non noto|__|

Deficit immunitari Si|__| No|__| Non noto|__|

Malattie respiratorie Si|__| No|__| Non noto|__|

Malattie renali Si|__| No|__| Non noto|__|

Malattie metaboliche Si|__| No|__| Non noto|__|

Obesità BMI tra 30 e 40 Si|__| No|__| Non noto|__|

Obesità BMI>40 Si|__| No|__| Non noto|__|

Altro, _____ specificare:

Dati di Laboratorio

Data prelievo del campione: |_____| Diagnosi per: |__| A(H1N1)pdm09

|__| A(H3N2)

|__| A/non sotto-tipizzabile come A(H1N1)pdm09 o A(H3N2)

|__| A/Altro sottotipo |_____|

|__| B

|__| nuovo coronavirus (2019 – nCoV)

Data diagnosi del laboratorio: |_____|

Invio del campione al Laboratorio NIC presso ISS: Si|__| No|__| se sì, Data di invio: |
_____|

Se presenza complicanze, specificare: |
_____|

Data complicanza: |_____| Eseguita radiografia: Si|__| No|__| Non noto|__|

Polmonite: Si|__| No|__| Non noto|__|

Polmonite influenzale primaria: Si|__| No|__| Non noto|__|

Polmonite batterica secondaria: Si|__| No|__| Non noto|__|

Polmonite mista: Si|__| No|__| Non noto|__|

Grave insufficienza respiratoria acuta (SARI) ¹: Si|__| No|__| Non noto|__|

Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) ²: Si|__| No|__| Non noto|__|

Altro, specificare: Si|__| No|__| Non noto|__|

Link epidemiologico

Negli ultimi 15 giorni, prima dell'insorgenza dei sintomi, il caso si è recato in un Paese dove siano stati confermati casi di polmonite da **nuovo coronavirus**? Si|__| No|__| Non noto|__| Se sì,

dove _____ data di arrivo : |__||__||_____| data di partenza : |__||__||_____|
_____|

1 Definizione di caso di SARI: un paziente ospedalizzato di qualsiasi età anni con:

- almeno un segno o sintomo respiratorio (tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie) presenti al momento del ricovero o nelle 48 ore successive all'ammissione in ospedale e
- almeno un segno o sintomo sistemico (febbre o febbre, cefalea, mialgia, malessere generalizzato) o deterioramento delle condizioni generali (astenia, perdita di peso, anoressia o confusione e vertigini).

La data di inizio sintomi (o l'aggravamento delle condizioni di base, se croniche) non deve superare i 7 giorni precedenti l'ammissione in ospedale.

2 Definizione di ARDS: paziente ospedalizzato di qualsiasi età anni con:

sindrome infiammatoria polmonare, caratterizzata da lesioni alveolari diffuse ed aumento della permeabilità dei capillari polmonari, con incremento dell'acqua polmonare extracapillare, definito come edema polmonare non cardiaco, che richieda un ricovero ospedaliero in UTI e/ o il ricorso alla terapia in ECMO in cui sia stata confermata, attraverso specifici test di laboratorio, la presenza di un tipo/sottotipo di virus influenzale.

Clinicamente l'ARDS è caratterizzata da una dispnea grave, tachipnea e cianosi, nonostante la somministrazione di ossigeno, riduzione della "compliance" polmonare ed infiltrati polmonari bilaterali diffusi a tutti i segmenti. Secondo l'American European Consensus Conference la diagnosi di ARDS può essere posta qualora siano presenti i seguenti criteri:

- insorgenza acuta della malattia;
- indice di ossigenazione PaO₂/FiO₂ inferiore a 200 mmHg, indipendentemente dal valore PEEP (Positive End Expiratory Pressure);
- infiltrati bilaterali alla radiografia toracica in proiezione antero-posteriore;
- pressione di chiusura dei capillari polmonari (PCWP) inferiore a 18 mmHg, escludendo un'origine cardiaca dell'edema polmonare.

dove _____ data di arrivo : |__||__||_____| data di partenza : |__||__||_____|

dove _____ data di arrivo : |__||__||_____| data di partenza : |__||__||_____|

data di arrivo in Italia: |__|/|__|/|_____|

Negli ultimi 15 giorni, prima dell'insorgenza dei sintomi, il caso è stato a contatto con una persona affetta da polmonite da **nuovo coronavirus**? Sì|__| No|__| Non noto|__|

Se _____ sì, _____ specificare _____ dove: _____

data esposizione: |__|/|__|/|_____|

Esito e Follow-up

Esito: Guarigione |__| **Data:** |_____|

Decesso |__| **Data:** |_____|

Presenza esiti |__| Specificare _____

Si sottolinea l'importanza di effettuare, al momento del ricovero, i test di laboratorio per l'identificazione dei virus influenzali, inclusa la sottotipizzazione per A(H1N1)pdm09 e A(H3N2), per tutti i pazienti con SARI e con ARDS (secondo le definizioni sopra riportate).

Per i casi con conferma di laboratorio per influenza si raccomanda di far pervenire il campione biologico al Centro Nazionale Influenza (NIC) presso L'ISS, previa comunicazione tramite flulab@iss.it, se da soggetti con età <65 anni e non aventi patologie croniche favorevoli le complicanze. In caso di virus di tipo A non sottotipizzabile come A(H1N1)pdm09 o A(H3N2) e appartenente ad altro sottotipo (es. H5, H7, H9, H1N1v, H3N2v) e in caso di 2019-nCoV, si raccomanda di contattare tempestivamente e far pervenire al NIC il campione biologico.