



FRONTESPIZIO PROTOCOLLO GENERALE

AOO: AOU_FE
REGISTRO: Protocollo generale
NUMERO: 0001728
DATA: 23/01/2020
OGGETTO: Piano di Difesa Nazionale (Settore Sanitario) - Aggiornamento Novembre 2019

CLASSIFICAZIONI:

DOCUMENTI:

File	Hash
PG0001728_2020_Pec id_771330.eml.eml:	2D11DFCAFA6E78F9452A2D95D7F5358A849043767391DA87C E821037403B6281
PG0001728_2020_pianodifesanazionale.pdf.pdf:	EAE46B9A24B0B4631A0EBA3F0041EDF74C5CA28098BF64E37 17FC79B52256B14
PG0001728_2020_trasmissionenotafascicoloprot521.pdf.pdf:	C2D34D50714AD6E6F11A9B8D24E1D22B704249069FE66B623 1A5B8179A2F2889
PG0001728_2020_segnaatura_da_utente.xml.xml:	378812FD22240CA6396802A21F1B45F150B112D5BD1FF5F47B BA2B82B6AE3383
PG0001728_2020_Pec id_771330_testo.txt.txt:	B9A10404AD53330A735C369FB38A9E379BC3D00BF0B7903568 1EE64EB260263A



L'originale del presente documento e' conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.
Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.



Prefettura di Ferrara — Ufficio territoriale del Governo

Area V

Protezione Civile, difesa civile e coordinamento del soccorso pubblico

Fascicolo n. 521/2020

Ferrara, data del protocollo

Alla Provincia di
FERRARA
provincia.ferrara@cert.provincia.fe.it

Ai Comuni della Provincia
LORO SEDI

Alla Questura di
FERRARA
gab.quest.fe@pecps.poliziadistato.it

Al Comando Provinciale dei Carabinieri di
FERRARA
provfecdo@carabinieri.it
tfe24860@pec.carabinieri.it

Al Comando Provinciale dei
Vigili del Fuoco di
FERRARA
comando.ferrara@vigilfuoco.it
com.ferrara@cert.vigilfuoco.it

All'Azienda U.S.L. di
FERRARA
affariistituzionali@pec.ausl.fe.it
dirgen@ausl.fe.it

All'Azienda Ospedaliero - Universitaria S. Anna di
FERRARA
protocollo@pec.ospfe.it
direzionemedica@ospfe.it



Prefettura di Ferrara — Ufficio territoriale del Governo

Area V

Protezione Civile, difesa civile e coordinamento del soccorso pubblico

Oggetto: Piano di Difesa Nazionale (Settore Sanitario) – Aggiornamento Novembre 2019.

Si trasmette, in allegato, il Piano di Difesa Nazionale (settore sanitario) con gli aggiornamenti a novembre 2019.

Si richiama la necessità che vengano rispettate le cautele concernenti la trattazione dei dati personali in un'ottica di coordinamento delle varie tematiche riguardanti la Difesa Civile.

Si ringrazia per la collaborazione.

Il Dirigente Area V^a
(Martorano)

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del d. lgs. 7 marzo 2005, n. 82.

La riproduzione su supporto cartaceo del presente documento costituisce copia dell'originale informatico firmato digitalmente, conforme alle vigenti regole tecniche, e conservato agli atti.

clm

Pec id_771330.eml.

Anteprima non disponibile.

Probabilmente il file non è convertibile in pdf ed è necessario quindi scaricarlo.

Ai fini di una eventuale pubblicazione sull'Albo On Line: questo file non sarà pubblicato e sarà mostrato questo messaggio al cittadino.



DOCUMENTO NON CLASSIFICATO CONTROLLATO
a cura del **MINISTERO DELLA SALUTE**

ALLEGATO A

**ELENCO DELLE SCHEDE
DEI PRINCIPALI POSSIBILI AGGRESSIVI
BIOLOGICI**

BATTERI	Pag.	A-2
CARBONCHIO (BACILLUS ANTHRACIS)		A-2
PESTE (YERSINIA PESTIS).....		A-6
VIRUS		A-9
VAIOLO (VARIOLA MAJOR)		A-9
FEBBRI EMORRAGICHE		A 12
CRIMEA-CONGO		
EBOLA		
MARBURG		
LASSA		
JUNIN		
MACHUPO		
GUANARITO		
SABIA		
FEBBRE GIALLA		
ENCEFALITI DA VIRUS		A-15
ENCEFALITE EQUINA VENEZUELANA		
ENCEFALITE EQUINA OCCIDENTALE		
ENCEFALITE EQUINA ORIENTALE		
NIPHA		
VIRUS ZIKA		A-18
MERS CoV – NUOVO CORONAVIRUS		A-19
TOSSINE		A-22
BOTULISMO (CLOSTRIDIUM BOTULINUM).....		A-22
CONSIDERAZIONI GENERALI		A-24

DOCUMENTO NON CLASSIFICATO CONTROLLATO
a cura del **MINISTERO DELLA SALUTE**

BATTERI

CARBONCHIO (BACILLUS ANTHRACIS)

Categorizzazione dell'agente biologico	Bacillus anthracis
Definizione	<i>Bacillus anthracis</i> è un bacillo gram positivo, aerobio, capsulato, sporigeno, estremamente resistente in forma sporigena all'azione di disinfettanti chimici e fisici. La germinazione avviene a temperatura corporea
Distribuzione geografica e andamento epidemiologico	Endemico in regioni agricole di tutto il mondo in quanto comune negli animali, soprattutto erbivori sia domestici che selvatici, in Paesi del Sud e Centro America, Europa Meridionale e Orientale, Asia e Africa.
Serbatoio o sorgente	Ubiquitario. Il sangue di animali infetti, proveniente dalle emorragie che precedono la morte, contiene, la forma vegetativa che sporula a contatto con l'aria. Le spore possono rimanere vitali nel terreno contaminato per molti anni.
Vie di trasmissione	<ul style="list-style-type: none">• via aerea• via cutanea• via digerente• via parenterale (in soggetti che utilizzano droghe per via endovenosa)
Fonti di contagio	<ul style="list-style-type: none">• Aria, terriccio, materiali di diversa natura contaminati da spore;• animali infetti e loro prodotti;• il contagio interumano è eccezionale; la trasmissione è semidiretta ed avviene per contatto con materiali biologici infetti.
Resistenza nell'ambiente	Le spore sono resistenti all'azione dei raggi ultravioletti e, se presenti nel terreno possono rimanere vitali per decenni; nell'acqua contaminata possono resistere a lungo così come in quella pura; le spore sono distrutte in 4-6 giorni alla temperatura di 72-77°C, in 3 ore mediante riscaldamento a secco a 120-140°C e in 45 minuti in autoclave a 121°C (purché non protette da materiale organico). Le forme vegetative sono termolabili e sensibili all'azione dei comuni disinfettanti; vengono distrutte in 10-15 minuti mediante riscaldamento a 55-58°C; sono inattivate da esposizione a raggi ultravioletti in 6-7 ore.
Mezzi di possibile diffusione	<ul style="list-style-type: none">• per disseminazione ad opera di velivoli (compresi i droni) di grandi quantità di spore, con formazione di aerosol incolore, inodore e assolutamente invisibile;• per impregnazione di materiali ed oggetti di uso comune e di diversa natura (es. carta da lettera, pacchi, stoffe, pellami, etc.) sotto forma di leggera polverina;• manipolazione di pelli (in Africa anche per la costruzione di tamburi);• accertata diffusione attraverso spedizioni postali (22 casi negli USA);• segnalata casistica tra tossicodipendenti per contaminazione di droghe;• tramite esplosione.
Periodo di incubazione	Da poche ore a 7 giorni; la maggior parte di casi si verifica entro 48 ore dall'esposizione anche se sono stati osservati casi a distanza di settimane.
Periodo di contagiosità	È considerata una malattia non contagiosa. La trasmissione da persona a persona è molto rara. Gli oggetti e il suolo contaminati dalle spore possono rimanere infettanti per decenni.
Carica microbica minima	8.000-50.000 spore
Indice di letalità	La letalità è varia a seconda delle forme ed oscilla, nei casi non trattati, dal 5 al 90%.

DOCUMENTO NON CLASSIFICATO CONTROLLATO
a cura del **MINISTERO DELLA SALUTE**

Caratteristiche cliniche	<p>Le manifestazioni cliniche dipendono dalla via di ingresso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • carbonchio cutaneo: è la forma più comune e meno grave. Provoca una lesione cutanea che, nel giro di 2-6 giorni passa dallo stato di papula a quello di escara necrotica; • carbonchio da inalazione: è considerata la forma più letale. Caratterizzata da breve periodo prodromico di tipo similinfluenzale seguito da dispnea ed ipossia con segni radiologici di slargamento dell'ombra mediastinica; • carbonchio gastrointestinale: generalmente raro, può causare epidemie per ingestione di alimenti infetti. Caratterizzato da dolori addominali e diarrea profusa, a volte sanguinolenta, seguiti da febbre e segni di setticemia; • carbonchio orofaringeo, lesioni del cavo oro-faringeo, accompagnati da linfadenopatia cervicale, edema del collo, febbre. • Tutte le manifestazioni sopra descritte possono complicarsi con quadro di meningite emorragica o di meningoencefalite a seguito della localizzazione del bacillo nel sistema nervoso centrale per via ematica.
Diagnostica	<ul style="list-style-type: none"> • Identificazione del <i>B. anthracis</i> capsulato su striscio di sangue o altri fluidi biologici mediante esame batterioscopico secondo M Fadyean; • isolamento di <i>B. anthracis</i> da campioni biologici (es: sangue, lesioni cutanee, escreato e tessuti); • incremento del titolo anticorpale rilevato a distanza di almeno due settimane, determinato mediante metodica ELISA; • ricerca dell'antigene PA con immunocromatografia di Burans; • metodiche molecolari possono essere utilizzate per conferma diagnostica.
Diagnosi differenziale	<p>All'esordio diagnosi differenziale con le comuni sindromi influenzali. La meningoencefalite può essere la prima manifestazione, in particolare come complicanza di un evento da attacco intenzionale in seguito ad inalazione. La meningite è la più frequente complicanza in caso di infezione sistemica causata dal <i>B. anthracis</i>.</p> <p>Semplice screening da tenere in considerazione per identificare o escludere rapidamente il quadro di meningite: 1) cefalea intensa ;2) stato mentale alterato; 3) segni meningei (es. segno di Kernig, rigidità nucale, fotofobia, meningismo ecc); 4) altri segni neurologici (es convulsioni, astenia arti inferiori, papilledema).</p>
Notifica	Notifica obbligatoria all'autorità sanitaria locale, secondo le modalità della classe 5 DM 15 dicembre 1990.
Provvedimenti nei confronti del malato	<p>Precauzioni per il drenaggio e le secrezioni per tutta la durata della malattia nel caso di forma cutanea ed inalatoria.</p> <p>Disinfezione continua delle secrezioni, dei fluidi biologici e dei materiali contaminati.</p> <p>Disinfezione terminale. Non è richiesto l'isolamento.</p>
Provvedimenti nei confronti degli esposti o dei contatti	<p>Sorveglianza sanitaria.</p> <p>In caso di sicura inalazione di spore può essere effettuata chemiopprofilassi con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ciprofloxacina 500 mg per os 2 volte al giorno (ogni 12 ore) per 60 giorni; • Doxiciclina 100 mg per os 2 volte al giorno (ogni 12 ore) per 60 giorni.
Provvedimenti nei confronti del personale di assistenza	<p>Uso di dispositivi di protezione individuale a seconda delle mansioni.</p> <p>Precauzioni standard</p> <p>Precauzioni da contatto (solo se secrezioni copiose)</p>

DOCUMENTO NON CLASSIFICATO CONTROLLATO
a cura del **MINISTERO DELLA SALUTE**

Terapia	<p>La terapia si avvale dell'impiego di antibiotici, efficaci se il trattamento viene iniziato tempestivamente (anche prima della comparsa dei sintomi nel caso di soggetti sicuramente esposti).</p> <p>Carbonchio cutaneo non complicato: ciprofloxacina 500 mg o doxicilina 100 mg 1 somministrazione ogni 12 ore per 7-10 gg (60 gg se sospetto rilascio intenzionale), levofloxacina 750mg ogni 24 ore o moxifloxacina 400 mg ogni 24ore (entrambe non indicate in gravidanza) oppure clindamicina 600 mg ogni 8 ore oppure in alternativa nei ceppi suscettibili alla penicillina: amoxicillina 1 g ogni 8 ore o penicillina VK 500mg ogni 6 ore. Il trattamento sterilizza la lesione cutanea entro 24 ore anche se non altera il successivo evolversi della stessa.</p> <p><u>Per le donne in gravidanza o in allattamento:</u> ciprofloxacina 500 mg ogni 12 ore in alternativa clindamicina 600mg ogni 8 ore oppure doxicilina 100mg ogni 12 ore</p> <p><u>Bambini tra 1 mese e 17 anni:</u> ciprofloxacina 30mg/kg al giorno diviso ogni 12 ore, non eccedendo la dose totale di 500mg per dose oppure doxicilina se peso minore di 45kg: 4,4mg/kg al giorno diviso in 2 dosi non superando la dose massima di 100mg per dose; se peso maggiore di 45 kg 100mg ogni 12 ore; in alternativa clindamicina 30mg/kg al giorno, ogni 8 ore, non superando 600mg per dose; amoxicillina 75mg/kg per giorno, diviso in 3 dosi, non superando 1g/dose oppure penicillina VK da 50 a 70 mg/kg per giorno, da dividere ogni 6-8 ore non superando la dose di 500mg la dose. La terapia va protratta per 60 giorni in caso di sospetto per bioterrorismo, 7/10 per infezioni acquisite naturalmente.</p> <p>Carbonchio da inalazione, carbonchio orofaringeo e carbonchio gastrointestinale (senza meningite): Ciprofloxacina 400 mg 2 volte al di per via endovenosa, in associazione con clindamicina 900 mg ogni 8 ore oppure ciprofloxacina 400 mg ogni 12 ore con associato linezolid 600 mg ogni 12 ore</p> <p><u>Per i bambini con antrace sistemico, in cui è esclusa la meningite:</u> ciprofloxacina 30 mg / kg al giorno suddivisa ogni 8 ore (non superiore a 400 mg / dose) o, per i ceppi sensibili alla penicillina (MIC <0,125 mcg / mL), penicillina G 400.000 unità / kg al giorno suddivisa ogni 4 ore (non superare i 4 milioni di unità / dose) PLUS Clindamicina 40 mg / kg al giorno suddivisa ogni 8 ore (non superiore a 900 mg / dose) Il protocollo di cura prevede la somministrazione per 60 giorni. Trattamento di supporto: al bisogno intubazione, tracheotomia, supporto ventilatorio, sostegno cardiovascolare.</p> <p>Carbonchio sistemico con meningite: Ciprofloxacina - Negli adulti: 400 mg per via endovenosa (EV) ogni 8 ore; nei bambini: 30 mg / kg al giorno suddivisi ogni 8 ore, non superiori a 400 mg per dose PLUS Meropenem - Negli adulti: 2 g EV ogni 8 ore; nei bambini: 120 mg / kg al giorno suddivisi ogni 8 ore, non superiori a 2 g per dose PLUS Linezolid - Negli adulti: 600 mg di EV ogni 12 ore; nei bambini di età <12 anni: 30 mg / kg al giorno suddivisi ogni 8 ore, non superiori a 600 mg per dose; nei bambini di età ≥ 12 anni: 30 mg / kg al giorno suddivisi ogni 12 ore, non superiori a 600 mg / dose.</p> <p>Tutti i pazienti che vengono inclusi nei criteri di Profilassi Post-esposizione (PEP) dovrebbero anche ricevere tre dosi di vaccino (AVA) per via sottocutanea da somministrare al tempo zero, e da ripetere dopo 2 e 4 settimane.</p> <p>a) Le antitossine devono essere aggiunte agli antibiotici in casi di pazienti con sospetta malattia sistemica. Le antitossine possono essere le immunoglobuline umane per antrace (anthrasil –AIGIV) o gli anticorpi monoclonali raxibacumab (ABthrax), obiltoximab (ANTHIM). Tali antitossine attualmente non sono disponibili in Italia.</p> <p>b) La meningite da antrace deve essere trattata con tre antibiotici in combinazione, uno dei quali sia la clindamicina, ed il trattamento deve essere proseguito per 60 gg.</p> <p style="text-align: center;">A-5</p>
---------	--

DOCUMENTO NON CLASSIFICATO CONTROLLATO
a cura del **MINISTERO DELLA SALUTE**

	<p>c) La PEP per antrace da inalazione negli adulti consiste in ciprofloxacina o doxiciclina come antibiotici di I scelta per un periodo di 60 gg con associato il vaccino. Tutti i pazienti che vengono inclusi nei criteri di PEP dovrebbero anche ricevere tre dosi di vaccino (AVA) per via sottocutanea da somministrare al tempo zero, e ripetere dopo 2 e 4 settimane.</p> <p>Per la profilassi pre-esposizione (PREP) sono consigliate 5 dosi di AVA per la popolazione ad alto rischio di contrarre la malattia.</p>
<p>Trasporto dei campioni biologici</p>	<p>I campioni devono essere confezionati secondo il sistema a 3 involucri:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. il flacone contenente il materiale infetto o potenzialmente infetto, di materiale resistente, con etichetta impermeabile, deve essere avvolto in materiale assorbente; 2. il contenitore secondario deve contenere il flacone; deve essere di materiale impermeabile e a tenuta stagna; 3. l'involucro esterno, contenente il contenitore secondario, deve essere adatto al trasporto ed in grado di proteggere il materiale da eventuali danneggiamenti; deve contenere, inoltre, i dati identificativi del campione.
<p>Metodi di controllo</p>	<p>Vaccinazione.</p> <p>In Italia non è disponibile vaccino contro l'antrace.</p> <p>Negli Stati Uniti è disponibile dal 1970 un vaccino acellulare per uso umano, impiegato per il personale militare, ma non per uso civile (Michigan Dpt of Public Health, Division of Bio Products, Lansing, Michigan).</p> <p>Altri Paesi produttori di vaccino sono: Regno Unito, Repubblica Popolare Cinese, Federazione Russa.</p> <p>In generale, il ciclo vaccinale prevede almeno 3 (max 5) dosi a intervalli di circa 3 settimane con dosi booster a cadenza annuale.</p>
<p>Mezzi di bonifica e smaltimento dei materiali contaminati</p>	<p>I materiali contaminati dovrebbero essere inceneriti in inceneritore a postbruciatore a 1600°C o autoclavati a temperature di 121°C per 45 minuti oppure immersi in soluzione di formaldeide al 4% (formalina al 10%) per più di 12 ore, come alternativa, assicurando la completa penetrazione della soluzione; nel caso di disinfezione continua al letto del malato può essere impiegata una soluzione di ipoclorito al 10% di cloro disponibile (100 ppm).</p> <p>Le superfici contaminate (stalle, stanze, veicoli) vanno decontaminate con procedura a 3 stadi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. disinfezione preliminare: formaldeide al 10% (formalina circa 30%) oppure glutaraldeide al 4% (pH 8-8,5) in ragione di 1-1,5 litro/mq, per un tempo di esposizione di 2 ore; 2. pulizia: lavaggio e strofinamento con abbondante acqua calda e asciugatura delle superfici; evitare l'uso di apparecchi pulitori a pressione per la possibile formazione di aerosol infetti; 3. disinfezione finale: formaldeide al 10% (formalina circa 30%) oppure glutaraldeide al 4% (pH 8-8,5) oppure perossido di idrogeno al 3% oppure acido peracetico al 1%, in ragione di 0,4 litri/ mq, per un tempo di esposizione di 2 ore (perossido e acido peracetico sono da evitare se presente sangue).

DOCUMENTO NON CLASSIFICATO CONTROLLATO
a cura del **MINISTERO DELLA SALUTE**

PESTE (YERSINIA PESTIS)

Categorizzazione dell'agente biologico	<i>Yersinia pestis</i> – (Famiglia <i>Enterobacteriaceae</i>)
Agente	<i>Yersinia pestis</i> , germe gram negativo, non sporigeno, aerobio, facoltativamente anaerobio, sensibile all'azione dei comuni disinfettanti chimici e fisici. Esistono tre biovars fenotipicamente distinti. Il battere contiene un plasmide produttore di tossina responsabile dell'elevata letalità
Distribuzione geografica e andamento epidemiologico	Ubiquitario. Alcuni paesi africani ed asiatici sono più colpiti. Nel 2017 segnalato importante focolaio epidemico in Madagascar
Serbatoio o sorgente	In natura il ciclo di infezione viene mantenuto dai roditori (scoiattoli, conigli, lepri, topi e ratti) che fungono da serbatoio dell'infezione, dalle pulci che hanno il ruolo di vettori. Alcune specie di roditori e di mammiferi possono agire da ospiti moltiplicatori, sviluppano una forma grave e mortale, rendendo più veloce la trasmissione. È possibile il coinvolgimento di animali domestici. Il <i>Rattus rattus</i> è spesso implicato come intermediario fra infezione selvatica e umana.
Vie di trasmissione	<ul style="list-style-type: none"> • via aerea nel caso di forme polmonari; • via cutanea diretto con materiali, inclusi fluidi e tessuti, contaminati; • via cutanea indiretto tramite puntura di vettori infetti.
Fonti di contagio	<ul style="list-style-type: none"> • forma bubbonica: puntura di pulci infette; • forma polmonare: inalazione di aerosol contenenti secrezioni di persone malate; • forma setticemica: primaria o come complicazione di forme bubbonica o polmonare.
Resistenza nell'ambiente	Il bacillo della peste resiste poco all'essiccamento, a temperature superiori a 30°C ed inferiori a 5°C, all'azione dei raggi ultravioletti; può resistere per diversi anni in caso di congelamento.
Mezzi di possibile diffusione	<ul style="list-style-type: none"> • per disseminazione di bacilli pestosi mediante aerosol; • per contaminazione di materiali ed oggetti di uso comune - trasmissione indiretta); • per introduzione di vettori e serbatoi infetti.
Periodo di incubazione	Da 1 a 7 giorni (può essere leggermente più lungo nei vaccinati); nella peste polmonare primaria è più breve (2-4 giorni). Nel caso di impiego di <i>Y. pestis</i> come arma biologica, disseminata per mezzo di aerosol, i primi casi di peste polmonare potrebbero comparire entro 2 giorni.
Periodo di contagiosità	La trasmissione da persona a persona avviene, nel caso di peste polmonare, tramite aerosol ed è favorita dagli ambienti affollati; la peste bubbonica solitamente non si trasmette da persona a persona ma è trasmessa dalla puntura di pulci (vettori della malattia); le pulci rimangono infette per mesi in condizioni favorevoli. Tuttavia, le persone affette da peste polmonare sono più infettanti nelle ultime ore precedenti la morte e possono dare luogo ad epidemie.
Carica microbica minima	100-500 organismi.
Indice di letalità	<ul style="list-style-type: none"> • 100% - peste polmonare (personale non trattato); • 50% - peste bubbonica (personale non trattato).
Caratteristiche cliniche	<ul style="list-style-type: none"> • Peste bubbonica: linfoadenite dolente dei linfonodi tributari del distretto interessato dalla puntura, accompagnata da sintomi generali quali febbre elevata, prostrazione, alterazione del sensorio, disturbi intestinali, tachicardia, ipotensione. • Peste polmonare: broncopneumite a focolai disseminati; la sintomatologia è

A-7

DOCUMENTO NON CLASSIFICATO CONTROLLATO
a cura del **MINISTERO DELLA SALUTE**

DOCUMENTO NON CLASSIFICATO CONTROLLATO
a cura del **MINISTERO DELLA SALUTE**

	<p>caratterizzata da febbre elevata, polipnea, cianosi, dolori toracici, tosse con escreato sieroematico altamente contagioso quando aerodisperso, insufficienza respiratoria; coesistono segni di grave compromissione generale; può essere primitiva o secondaria a peste bubbonica; sintomi gastrointestinali, nausea, vomito, dolori addominali, diarrea, complicanze: insufficienza respiratoria e shock settico, meningite</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peste setticemica: quadro estremamente grave con ipertermia, stato settico che può evolvere in shock settico; coinvolgimento multisistemico, coagulazione intravascolare disseminata (CID), sindrome emorragica grave, con lesioni cutanee (ecchimosi, petecchie, porpora...) epatosplenomegalia, turbe psichiche; complicanze: meningite e polmonite (peste polmonare secondaria).
Diagnostica	Esame diretto di materiale biologico: isolamento in coltura; diagnosi sierologia; metodi molecolari.
Notifica	Immediata. Classe prima DM 15 12 1990
Provvedimenti nei confronti del malato	<ul style="list-style-type: none"> • isolamento ospedaliero stretto in stanza singola con precauzioni standard e da droplet per 48 ore dall'inizio di adeguata terapia antibiotica; precauzioni per drenaggi e secrezioni disinfezione continua di escreti e fluidi biologici e di tutti i materiali che sono stati a contatto con il paziente, inclusi strumenti e materiale di laboratorio, con utilizzazione di soluzioni di ipoclorito di al 10% oppure di fenolo allo 0,5%, oppure di ammonio quaternario, oppure di formalina, oppure trattamento in autoclave, oppure termodistruzione; • disinfezione terminale con soluzioni di ipoclorito o di fenolo e con formaldeide; le superfici dure vanno spruzzate con disinfettante (ammonio quaternario, fenolo, formalina, cloro) da lasciare agire per almeno 4 ore prima del lavaggio con acqua; disinfezione gassosa con formalina o con ossido di etilene per 6 ore; • disinfezione di abiti, effetti personali e bagagli del paziente
Trasporto ed evacuazione dei pazienti	<p>Il trasporto dei pazienti dovrà essere preferibilmente effettuato per mezzo di barelle-isolatori pressurizzate, dotate di filtri HEPA (High Efficiency Particulate Air). In caso di mancanza di tali dispositivi di trasporto, le parti del veicolo o dell'aeromobile maggiormente esposte a contatto con il paziente ed i suoi escreti, dovranno essere rivestite di fogli di plastica, al fine di facilitare le successive operazioni di pulizia e disinfezione.</p> <p>Dopo il trasporto, i mezzi utilizzati dovranno essere puliti, mediante sfregamento con soluzione di ipoclorito, o preferibilmente, con soluzioni di fenolo, risciacquandole dopo un contatto di almeno 30 minuti; si procederà successivamente a disinfezione gassosa con vapori di formaldeide.</p> <p>La disinfezione con formaldeide è altamente sconsigliata nel caso di aeromobili, per il rischio di reazioni chimiche con la strumentazione di bordo.</p>
Provvedimenti nei confronti degli esposti o dei contatti	<p>Ricerca ed identificazione di possibili contatti e fonti di infezione. stretta sorveglianza degli esposti e dei contatti dei casi clinici per almeno 7 giorni: misurazione di temperatura due volte al giorno, isolamento immediato al primo sintomo sospetto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • chemioprolifassi <ul style="list-style-type: none"> -adulti: ciprofloxacina (500 mg x 2 die), doxiciclina (100 mgx2 die); tetraciclina (15-30 mg /Kg/die) o sulfamidici (40 mg/Kg/die) in 4 dosi giornaliere per una settimana; -bambini: doxiciclina (età>8 aa) e peso <45kg: 2,2 mg/kg/x2 PO (dose max giornaliera 200mg); peso > 45kg stesso dosaggio adulti; ciprofloxacina 20mg/kg/x2 (dose max giornaliera 1 g). -donne in gravidanza: ciprofloxacina 500mg x 2 die PO (classe C); doxiciclina 100mg x 2 die PO (classe D). • coloro che rifiutano la profilassi dovrebbero essere tenuti in isolamento rigoroso e attentamente sorvegliati, per osservare l'eventuale comparsa di sintomi

DOCUMENTO NON CLASSIFICATO CONTROLLATO
a cura del **MINISTERO DELLA SALUTE**

	<p>sospetti;</p> <ul style="list-style-type: none"> • in caso di epidemie, in cui la trasmissione dell'infezione sia sostenuta da pulci, i contatti di soggetti con peste bubbonica, oltre che ricevere profilassi, devono essere disinfestati con idonei insetticidi (permetrina, DDT, malathion).
Provedimenti nei confronti del personale di assistenza	<p>Mezzi di protezione: utilizzazione, in tutte le fasi dell'assistenza al malato, compresa l'esecuzione degli esami di laboratorio, di indumenti e mezzi di protezione individuale (maschere, guanti, occhiali, soprascarpe), possibilmente monouso.</p> <p>Procedure per la rimozione degli indumenti protettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nell'anticamera della zona contaminata sciacquare le mani ancora guantate con soluzione di ipoclorito di Na; • rimuovere il camice, il copricapo, le soprascarpe e riporli in un sacco di plastica; la casacca o la tuta, il primo paio di guanti (eventualmente) e le soprascarpe, andranno rimossi ciascuno con unico movimento, ripiegandoli dall'interno verso l'esterno; • indossare quindi un paio di guanti puliti e riporre gli indumenti protettivi nel sacco di plastica; • togliere l'eventuale respiratore, tamponarlo con una spugna o un panno imbevuto in una soluzione di ipoclorito di Na e riporlo nel proprio contenitore; • rimuovere il secondo paio di guanti e metterli nel sacco insieme agli altri indumenti, e sigillarlo; • lavare le mani, spostarsi verso l'area pulita dell'anticamera e porre il sacco di plastica in un altro sacco (tecnica doppio sacco), sulla cui etichetta andrà indicata la destinazione (autoclave, inceneritore, laboratorio).
Terapia	<p>Antibiotica: efficace se iniziata entro 24 ore dalla comparsa di sintomi; Al bisogno intubazione, tracheotomia, supporto ventilatorio, sostegno cardiovascolare.</p> <p>Gli aminoglicosidici sono gli agenti preferiti per il trattamento della peste, seguiti dalla doxiciclina e dalle tetracicline come alternative, l'utilizzo dei fluorochinolonici deve essere riservato a quei pazienti che non possono utilizzare gli aminoglicosidi o gli altri agenti indicati.</p> <p>Adulti: Streptomicina 1gr x 2 IM ogni 12 ore; Gentamicina 5mg/kg 1 volta die IM o EV o 2 mg/kg dose da carico seguito da 1,7mg /kg ogni 8 ore IM o EV; Levofloxacin 500 mg 1 volta die EV, PO; o 750 mg 1 volta die se indicato clinicamente; Ciprofloxacina 400mg ogni 8- 12 ore EV; o 500-750 mg ogni 12 ore PO; Doxiciclina 100 mg x 2 ogni 12 ore o 200 mg in monosomministrazione EV o PO. Moxifloxacin 400 mg die EV o PO; Cloramfenicolo 25mg/kg ogni 6 ore.</p> <p>Durata ottimale 7-14 gg.</p> <p>Bambini:</p> <p>Streptomicina 15 mg/kg ogni 12 ore (max 2 gr die) IM; Gentamicina 2.5 mg/kg/dose ogni 8 ore IM o EV. Levofloxacin 8mg/kg/dose ogni 12 ore (max 250 mg per dose) EV o PO; Ciprofloxacina 15mg/kg/dose ogni 12 ore (max 400mg/dose) EV; oppure 20 mg/kg/dose ogni 12 ore (max 500 mg /dose) PO; Doxiciclina con peso < 45 kg: 2.2 mg/kg ogni 12 ore PO o EV (max 100mg/dose); se peso > 45 kg stessa dose degli adulti. Cloramfenicolo (per bambini di età > 2 aa) 25 mg/kg ogni 6 ore (massima dose giornaliera 4 g) EV.</p> <p>Tutti gli antibiotici raccomandati hanno delle controindicazioni per l'uso nei bambini e nelle donne in gravidanza, tuttavia il loro utilizzo è giustificato in condizioni di pericolo di vita.</p>
Trasporto dei campioni biologici	<p>I campioni devono essere confezionati secondo il sistema a 3 involucri: il flacone contenente il materiale infetto o potenzialmente infetto, di materiale resistente, con etichetta impermeabile, deve essere avvolto in materiale assorbente; il contenitore secondario deve contenere il flacone; deve essere di materiale impermeabile e a tenuta stagna; l'involucro esterno, contenente il contenitore secondario, deve essere adatto al trasporto ed in grado di proteggere il materiale da eventuali danneggiamenti; deve contenere, inoltre, i dati identificativi del campione.</p>

DOCUMENTO NON CLASSIFICATO CONTROLLATO
a cura del **MINISTERO DELLA SALUTE**

Metodi di controllo	Vaccinazione. In Italia non è disponibile vaccino antipestoso; il vaccino antigenico F1 richiede tre dosi più booster annuali, è conferisce protezione soltanto nei confronti della forma bubbonica, ma non della polmonare.
Mezzi di bonifica e smaltimento dei materiali contaminati	I materiali contaminati da secrezioni e fluidi biologici di persone infette vanno inceneriti o autoclavati a temperature di 120°C; è possibile impiegare soluzioni di ipoclorito al 10% di cloro disponibile (100.000 ppm) o disinfettanti a base di ammonio quaternario, oppure altre soluzioni disinfettanti: formaldeide al 4% (formalina al 10%) oppure glutaraldeide al 4% (pH 8-8,5). <ul style="list-style-type: none"> • Disinfestazione con insetticidi specifici ed efficaci nei confronti delle pulci in tutte le zone in cui possono essere presenti roditori; • Derattizzazione; • Bollitura; • Calore secco a 54°C per 15 minuti ed esposizione alla luce solare da 3 a 5 ore.
Siti di produzione e di stoccaggio noti	DATI A CURA DEL MINISTERO DELLA SALUTE "E INTELLIGENCE"
Possibilità di reperimento e di cultura	DATI A CURA DEL MINISTERO DELLA SALUTE "E INTELLIGENCE"

VIRUS

VAIOLO (VARIOLA MAJOR)

Categorizzazione dell'agente biologico	Variola virus (genere <i>Orthopoxvirus</i> della famiglia <i>Poxviridae</i>)
Agente	<ul style="list-style-type: none"> • Il virus del vaiolo umano è un DNA-virus, patogeno soltanto per l'uomo, altamente diffusibile. Due forme cliniche umane: Variola major (più grave) e variola minor • Esistono alcuni virus del vaiolo zoonosici, diversi dal virus del vaiolo umano, anch'essi appartenenti alla famiglia dei Poxvirus, genere <i>Orthopoxvirus</i> (virus del vaiolo della scimmia, virus del vaiolo bovino e virus vaccino)
Distribuzione geografica e andamento epidemiologico	Prima dell'eradicazione della malattia (dichiarazione OMS nel 1980), era responsabile di altissima morbosità e mortalità con tasso di attacco tra popolazioni non vaccinate di circa il 50%.
Vie di trasmissione	La trasmissione interumana del virus avviene principalmente per via aerea e per contatto diretto con materiali contaminati di recente, (es indumenti, biancheria) o lesioni cutanee o mucose di persone con vaiolo conclamato o in fase pre-eruttiva.
Fonti di contagio	Il contagio interumano avviene mediante contatti stretti con secrezioni respiratorie o con lesioni cutanee o mucose di persone con vaiolo conclamato o in fase immediatamente pre-eruttiva: <ul style="list-style-type: none"> • trasmissione semidiretta mediante materiali contaminati da poco tempo; • anche se il virus rimane relativamente stabile nel materiale crostoso, studi condotti durante le attività di eradicazione della malattia sembrerebbero smentire la possibilità di infezione attraverso tale fonte, se non a distanza di breve tempo.
Resistenza nell'ambiente	<ul style="list-style-type: none"> • il virus del vaiolo è stabile se liofilizzato, congelato, o semplicemente conservato in glicerina;

DOCUMENTO NON CLASSIFICATO CONTROLLATO
a cura del **MINISTERO DELLA SALUTE**

	<ul style="list-style-type: none"> • nelle croste il virus del vaiolo è stabile, potendo persistere per 3 settimane a 35°C; • con umidità relativa del 65%; a 26°C resiste per 8 settimane e per 12 settimane in ambiente molto secco (umidità relativa < 10%); • viene inattivato dal calore a 55° C per 30 minuti; • poiché il virus vaccinico esposto ai raggi ultravioletti viene inattivato in 24 ore (se non protetto da materiale organico), si ritiene che Variola major si comporti nello stesso modo.
Mezzi di possibile diffusione	<ul style="list-style-type: none"> • per disseminazione di virus ad opera di velivoli, anche droni, con formazione di aerosol incolore, inodore e assolutamente invisibile; • per contaminazione di materiali ed oggetti di uso comune e di diversa natura (es. carta, stoffe, pellami, oggetti di uso comune, ecc- trasmissione indiretta)
Periodo di incubazione	Da 7 a 19 giorni, solitamente 10-14 giorni; comunemente 10-12 giorni per la comparsa dei primi sintomi, poi altri 2-4 giorni per la comparsa dell'eruzione.
Periodo di contagiosità	Il paziente è contagioso dalla comparsa delle prime lesioni alla caduta di tutte le croste (circa 3 settimane); la contagiosità è massima nella prima settimana di malattia a causa dell'elevata concentrazione di virus nella saliva.
Carica microbica minima	Si presume bassa (Smallpox 10-100 organismi).
Indice di letalità	<ul style="list-style-type: none"> • personale non vaccinato: 20 – 40% (vaiolo major); • vaiolo minor: < 1%; • variante emorragica: 100%.
Caratteristiche cliniche	All'esordio sintomi aspecifici di tipo simil-influenzale: febbre, malessere generale, prostrazione, dolori ossei ed articolari, cui subentra, nel giro di 2-4 giorni un'eruzione che riguarda mucose e cute, con progressione in stadi successivi di macule, papule, pustole, croste e con possibilità di ondate successive. Nelle zone a loro tempo endemico venivano descritte forme di vaiolo maligno e di vaiolo emorragico, così come forme di vaiolo attenuato "senza esantema".
Diagnostica	<p>Isolamento del virus vaioloso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dimostrazione degli antigeni virali in essudati o materiali crostosi mediante fissazione del complemento, immunofluorescenza, immunoprecipitazione, PCR; • test sierologici per la determinazione di anticorpi specifici: <p>Gli esami di laboratorio vanno eseguiti in strutture dotate di sistemi di alto isolamento (livello di sicurezza BSL 4).</p>
Notifica	Obbligatoria l'immediata comunicazione telefonica alle autorità sanitarie locali e statali. Si deve inoltre contattare il CDC
Provvedimenti nei confronti del malato	<p>alto isolamento in strutture dotate di pressione negativa utilizzando contemporaneamente precauzioni standard, da contatto, droplet e respiratorie. Precauzioni per drenaggi e secrezioni.</p> <ul style="list-style-type: none"> • disinfezione continua di escreti e fluidi biologici e di tutti i materiali che sono stati a contatto con il paziente, inclusi strumenti e materiale di laboratorio, con utilizzazione di soluzioni di ipoclorito di al 10°/0 oppure di fenolo allo 0,5%a, oppure di ammonio quaternario, oppure di formalina, oppure trattamento in autoclave, oppure termodistruzione; • disinfezione terminale con soluzioni di ipoclorito o di fenolo e con formaldeide; le superfici dure vanno spruzzate con disinfettante (ammonio quaternario, fenolo, formalina, cloro) da lasciare agire per almeno 4 ore prima del lavaggio con acqua; disinfezione gassosa con formalina o con ossido di etilene per 6 ore.
Trasporto ed evacuazione dei	Il trasporto dei pazienti dovrà essere preferibilmente effettuato per

DOCUMENTO NON CLASSIFICATO CONTROLLATO
a cura del **MINISTERO DELLA SALUTE**

pazienti	<p>mezzo di barelle-isolatori pressurizzate, dotate di filtri HEPA (High Efficiency Particulate Air). In caso di mancanza di tali dispositivi di trasporto, le parti del veicolo o dell'aeromobile maggiormente esposte a contatto con il paziente ed i suoi escreti, dovranno essere rivestite di fogli di plastica, al fine di facilitare le successive operazioni di pulizia e disinfezione.</p> <p>Dopo il trasporto, i mezzi utilizzati dovranno essere puliti, mediante sfregamento con soluzione di ipoclorito o, preferibilmente, con soluzioni di fenolo, risciacquandole dopo un contatto di almeno 30 minuti; si procederà successivamente a disinfezione gassosa con vapori di formaldeide. La disinfezione con formaldeide è altamente sconsigliata nel caso di aeromobili, per il rischio di reazioni chimiche con la strumentazione di bordo.</p>
Provvedimenti nei confronti degli esposti o dei contatti	<p>Ricerca ed identificazione di possibili contatti e fonti di infezione e stretta sorveglianza degli esposti e dei contatti dei casi clinici per almeno 17 giorni (dopo l'ultimo contatto con casi accertati) tramite misurazione di temperatura due volte al giorno e isolamento immediato al primo sintomo sospetto. E' possibile eseguire la profilassi vaccinale pre e post-esposizione.</p>
Provvedimenti nei confronti del personale di assistenza	<p>Mezzi di protezione: utilizzazione, in tutte le fasi dell'assistenza al malato, compresa l'esecuzione degli esami di laboratorio, di indumenti e mezzi di protezione individuale (maschere, doppio paio di guanti, occhiali, soprascarpe), possibilmente monouso Procedure per la rimozione degli indumenti protettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nell'anticamera della zona contaminata sciacquare le mani ancora guantate con soluzione di ipoclorito di Na; • rimuovere il camice, il copricapo, le soprascarpe e riporli in un sacco di plastica; la casacca o la tuta, il primo paio di guanti e le soprascarpe, andranno rimossi ciascuno con unico movimento, ripiegandoli dall'interno verso l'esterno; • indossare quindi un paio di guanti puliti e riporre gli indumenti protettivi nel sacco di plastica; • togliere l'eventuale respiratore, tamponarlo con una spugna o un panno imbevuto in una soluzione di ipoclorito di Na e riporlo nel proprio contenitore; • rimuovere il secondo paio di guanti e metterli nel sacco insieme agli altri indumenti, e sigillarlo; • lavare le mani, spostarsi verso l'area pulita dell'anticamera e porre il sacco di plastica in un altro sacco (tecnica doppio sacco), sulla cui etichetta andrà indicata la destinazione (autoclave, inceneritore, laboratorio).
Terapia	<p>Antibiotica: efficace se iniziata entro 24 ore dalla comparsa di sintomi; da continuarsi per 10-14 giorni, mediante streptomicina, oppure CAF, oppure gentamicina o doxiciclina, o ciprofloxacina.</p> <p>L'eradicazione della malattia naturale rende di fatto impossibile la produzione di immunoglobuline iperimmune.</p> <p>Al bisogno intubazione, tracheotomia, supporto ventilatorio, sostegno cardiovascolare.</p>
Trasporto dei campioni biologici	<p>I campioni devono essere confezionati secondo il sistema a 3 involucri:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. il flacone contenente il materiale infetto o potenzialmente infetto, di materiale resistente, con etichetta impermeabile, deve essere avvolto in materiale assorbente; 2. il contenitore secondario deve contenere il flacone; deve essere di materiale impermeabile e a tenuta stagna; 3. l'involucro esterno, contenente il contenitore secondario, deve essere adatto al trasporto ed in grado di proteggere il materiale

DOCUMENTO NON CLASSIFICATO CONTROLLATO
a cura del **MINISTERO DELLA SALUTE**

	da eventuali danneggiamenti; deve contenere, inoltre, i dati identificativi del campione.
Metodi di controllo	Vaccinazione. Prima del contatto con il virus il vaccino può proteggere dal contrarre il vaiolo. Il vaccino deve essere somministrato se possibile entro 3 giorni dall'esposizione al virus, indipendentemente dallo stato vaccinale pre-esistente. La vaccinazione antivaiolosa è stata sospesa in Italia nel 1977 e definitivamente abrogata con una legge del 1981. Il vaccino antivaioloso attualmente non viene prodotto in Italia. Il ministero della salute ne detiene una scorta.
Mezzi di bonifica e smaltimento dei materiali contaminati	I materiali contaminati da secrezioni e fluidi biologici di persone infette vanno inceneriti o autoclavati a temperature di 120°C; è possibile impiegare soluzioni di ipoclorito al 10% di cloro disponibile (100.000 ppm) o disinfettanti a base di ammonio quaternario, oppure altre soluzioni disinfettanti: formaldeide al 4% (formalina al 10%) oppure glutaraldeide al 4% (pH 8-8,5).
Siti di produzione e di stoccaggio noti	1. <i>CDC, Atlanta, Georgia, USA;</i> 2. <i>Centro di Ricerca di Virologia e Biotecnologia, Koltsovo, Novosibirsk, Federazione Russa.</i>

FEBBRI EMORRAGICHE

Categorizzazione dell'agente biologico	Virus delle Febbri Emorragiche
Agente	Virus delle famiglie: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Filoviridae</i> genere <i>Ebolavirus</i> e <i>Marburgvirus</i> (virus delle febbri emorragiche di Ebola e Marburg); • <i>Arenaviridae</i> (virus delle febbri emorragiche Lassa, Junin, Machupo, Guanarito, Sabia, Chapare, Lujo); • <i>Bunyaviridae</i> genere <i>Nairovirus</i> (virus delle febbri emorragiche Congo-Crimea); • <i>Flaviviridae</i> genere <i>Flavivirus</i> (virus della Febbre gialla);
Distribuzione geografica e andamento epidemiologico	<ul style="list-style-type: none"> • Ebola e Marburg: Centro Africa e Africa Sub-Sahariana (Sudan, Repubblica Democratica del Congo, Repubblica del Congo, Gabon, Uganda, Zimbabwe, Costa d'Avorio, Sierra Leone, Liberia, Guinea, Nigeria); • Lassa (Africa Occidentale, Nigeria), Junin (Argentina, Repubblica Democratica di Congo), Machupo (Bolivia), Guanarito (Venezuela), Sabia (Brasile), Chapare (Bolivia), Lujo (Sud Africa); • Congo-Crimea: endemica in tutta l'Africa, Balcani, Medio-Oriente e Asia; • Febbre gialla: molti paesi dell'Africa centrale e Sub-sahariana e del Sud America;
Serbatoio o sorgente	<ul style="list-style-type: none"> • Lepri, uccelli, roditori selvatici e mammiferi domestici ospitanti zecche (<i>Hyalomma spp.</i>): Congo-Crimea, Lassa, Junin, Machupo, Guanarito, Sabia; • Zanzare: Febbre gialla; • Scimmie: Ebola, Marburg • Pipistrelli della frutta (<i>Pteropodidae</i>): Ebola
Vie di trasmissione	<ul style="list-style-type: none"> • Via aerea (<i>Filovirus</i>, <i>Arenavirus</i>); • Vettoriale (<i>Flavivirus</i>, <i>Bunyavirus</i>); • Contatto diretto con materiali contaminati di recente (<i>Filovirus</i>, <i>Arenavirus</i>,

A-13

DOCUMENTO NON CLASSIFICATO CONTROLLATO
a cura del **MINISTERO DELLA SALUTE**

	<p><i>Bunyavirus</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sessuale (Filovirus, Arenavir (Lassa)) • Ingestione di alimenti contaminati (Arenavirus, Filovirus) • Interumana (Filovirus, Arenavirus (Lujo), Bunyavirus) • Nosocomiale (Filovirus, Arenavirus (Lassa, Machupo, Lujo) Bunyavirus)
Fonti di contagio	<ul style="list-style-type: none"> • Nel caso di infezioni da <i>Filovirus, Bunyavirus, Arenavirus</i>, il contagio interumano può avvenire mediante contatti stretti con secrezioni respiratorie ed altri fluidi biologici di persone malate. • Nel caso di infezioni da <i>Flavivirus</i> l'infezione avviene ad opera di vettori, anche se non è possibile escludere il contagio interumano (eventualità comunque rarissima). • E' possibile la trasmissione semidiretta mediante materiali contaminati da fluidi biologici da poco tempo.
Resistenza nell'ambiente	In generale si tratta di virus non molto resistenti nell'ambiente esterno, il cui ciclo in natura viene mantenuto ad opera di vettori, o di serbatoi di infezione, ancora non identificati nel caso dei <i>Filovirus</i> .
Mezzi di possibile diffusione	<ul style="list-style-type: none"> • disseminazione per via aerea; • disseminazione di vettori infetti (zanzare, zecche); • contaminazione di materiali ed oggetti di uso comune.
Periodo di incubazione	<ul style="list-style-type: none"> • 2-21 giorni per <i>Ebolavirus</i>, • 3-9 giorni per virus <i>Marburg</i>, • 7-21 giorni per <i>Lassavirus</i>, • 7-16 giorni per virus <i>Junin</i> e <i>Machupo</i>. • 5-13 giorni per virus <i>Crimea Congo</i>
Periodo di contagiosità	Nelle forme trasmissibili per contagio interumano il paziente è contagioso fin tanto che il virus è presente nel sangue, il che significa dal periodo immediatamente pre-clinico per tempi che possono arrivare a diversi mesi.
Carica microbica minima	1-10 organismi
Indice di letalità	<ul style="list-style-type: none"> • media 50% (25%-90%) per <i>Ebolavirus</i>, • 25% per virus <i>Marburg</i>, • 15-60% per <i>Lassavirus</i>, • 5-30% per le febbri emorragiche <i>Junin</i> e <i>Machupo</i>; • 15-30% per febbri emorragiche <i>Gauranito</i> e <i>Sabia</i>; • 80% per <i>Lujo</i>; • 2-50% per febbre emorragica <i>Congo-Crimea</i>; • 20-50% per febbre gialla (nelle forme itteriche).
Caratteristiche cliniche	<p>Le caratteristiche cliniche delle febbri emorragiche virali sono, almeno all'inizio, molto simili, aspecifici, di tipo similinfluenzale: febbre, malessere generale, prostrazione, dolori ossei ed articolari.</p> <p>Nel giro di 1-4 giorni subentrano sintomi che indirizzano verso una diagnosi definitiva (esantema o manifestazioni emorragiche).</p>
Diagnostica	<p>Isolamento virale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • incremento pari o superiore a 4 volte del titolo anticorpale i soggetti non vaccinati di recente (dopo avere eliminato possibilità di reazioni crociate con altri virus); • dimostrazione degli antigeni virali in appropriati campioni biologici (sangue, altri fluidi corporei, tessuti). <p>Gli esami di laboratorio vanno eseguiti in strutture dotate di sistemi di alto isolamento (livello di sicurezza BSL 4).</p> <p>A causa dell'impossibilità di fare una diagnosi di certezza nelle fasi iniziali della malattia, tutti i casi sospetti vanno considerati come altamente contagiosi.</p>
Notifica	Le febbri emorragiche virali e la febbre gialla devono essere notificate immediatamente (classe 1 DM 15 12 1990)
Provvedimenti nei confronti del	alto isolamento in strutture dotate di pressione negativa utilizzando contemporaneamente precauzioni standard, da contatto, droplet e respiratorie

DOCUMENTO NON CLASSIFICATO CONTROLLATO
a cura del **MINISTERO DELLA SALUTE**

malato	<ul style="list-style-type: none"> • Isolamento stretto in strutture dotate di pressione negativa disinfezione continua di escreti e fluidi biologici e di tutti i materiali che sono stati a contatto con il paziente, inclusi strumenti e materiale di laboratorio, con utilizzazione di soluzioni di ipoclorito di al 10% oppure di fenolo allo 0,5%, oppure di ammonio quaternario, oppure di formalina, oppure trattamento in autoclave, oppure termodistruzione; • disinfezione terminale con soluzioni di ipoclorito o di fenolo e con formaldeide; le superfici dure vanno spruzzate con disinfettante (ammonio quaternario, fenolo, formalina, cloro) da lasciare agire per almeno 4 ore prima del lavaggio con acqua; disinfezione gassosa con formalina o con ossido di etilene per 6 ore.
Trasporto ed evacuazione dei pazienti	<p>Il trasporto dei pazienti dovrà essere preferibilmente effettuato per mezzo di barelle-isolatori pressurizzate, dotate di filtri HEPA (High Efficiency Particulate Air). In caso di mancanza di tali dispositivi di trasporto, le parti del veicolo o dell'aeromobile maggiormente esposte a contatto con il paziente ed i suoi escreti, dovranno essere rivestite di fogli di plastica, al fine di facilitare le successive operazioni di pulizia e disinfezione.</p> <p>Dopo il trasporto, i mezzi utilizzati dovranno essere puliti, mediante sfregamento con soluzione di ipoclorito, o preferibilmente, con soluzioni di fenolo, risciacquandole dopo un contatto di almeno 30 minuti; si procederà successivamente a disinfezione gassosa con vapori di formaldeide.</p> <p>La disinfezione con formaldeide è altamente sconsigliata nel caso di aeromobili, per il rischio di reazioni chimiche con la strumentazione di bordo.</p>
Provvedimenti nei confronti degli esposti o dei contatti	<p>Ricerca ed identificazione di possibili contatti e fonti di infezione.</p> <p>Stretta sorveglianza degli esposti e dei contatti dei casi clinici per periodi variabili a seconda del sospetto agente patogeno e misurazione di temperatura due volte al giorno, isolamento immediato al primo sintomo sospetto.</p>
Provvedimenti nei confronti del personale di assistenza	<p>Mezzi di protezione: utilizzazione, in tutte le fasi dell'assistenza al malato, compresa l'esecuzione degli esami di laboratorio, di indumenti e mezzi di protezione individuale (maschere, guanti, occhiali, soprascarpe), possibilmente monouso.</p> <p>Procedure per la rimozione degli indumenti protettivi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nell'anticamera della zona contaminata sciacquare le mani ancora guantate con soluzione di ipoclorito di Na; • rimuovere il camice, il copricapo, le soprascarpe e riporli in un sacco di plastica; la casacca o la tuta, il primo paio di guanti (eventualmente) e le soprascarpe, andranno rimossi ciascuno con unico movimento, ripiegandoli dall'interno verso l'esterno; • indossare quindi un paio di guanti puliti e riporre gli indumenti protettivi nel sacco di plastica; • togliere l'eventuale respiratore, tamponarlo con una spugna o un panno imbevuto in una soluzione di ipoclorito di Na e riporlo nel proprio contenitore; • rimuovere il secondo paio di guanti e metterli nel sacco insieme agli altri indumenti, e sigillarlo; • lavare le mani, spostarsi verso l'area pulita dell'anticamera e porre il sacco di plastica in un altro sacco (tecnica doppio sacco), sulla cui etichetta andrà indicata la destinazione (autoclave, inceneritore, laboratorio).
Terapia	<p>La terapia è di supporto; la somministrazione di ribavirina può essere utile.</p> <p>Per il virus Ebola sono utilizzati in via sperimentale i prodotti terapeutici mAb114 e RGN-EB3</p>
Trasporto dei campioni biologici	<p>I campioni devono essere confezionati secondo il sistema a 3 involucri:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. il flacone contenente il materiale infetto o potenzialmente infetto, di materiale resistente, con etichetta impermeabile, deve essere avvolto in materiale assorbente; 2. il contenitore secondario deve contenere il flacone; deve essere di materiale impermeabile e a tenuta stagna; 3. l'involucro esterno, contenente il contenitore secondario, deve essere adatto al

DOCUMENTO NON CLASSIFICATO CONTROLLATO
a cura del **MINISTERO DELLA SALUTE**

	trasporto ed in grado di proteggere il materiale da eventuali danneggiamenti; deve contenere, inoltre, i dati identificativi del campione.
Metodi di controllo	<p>Vaccinazione. È disponibile un vaccino efficace solo contro la febbre gialla.</p> <p>EBOLA Vaccinazione attualmente in fase di sperimentazione con vaccino rVSV-ZEBOV-GP raccomandato dall'EMA per un'autorizzazione all'immissione in commercio condizionata</p> <p>Febbre Lassa Il farmaco antivirale ribavirina sembra essere un trattamento efficace per la febbre di Lassa se somministrato subito nel corso della malattia clinica. Non ci sono prove a sostegno del ruolo della ribavirina come trattamento profilattico post-esposizione per la febbre di Lassa.</p> <p>Crimea Congo Il farmaco antivirale ribavirina è stato usato per trattare l'infezione Crimea-Congo con apparente beneficio. Sia le formulazioni orali sia quelle endovenose sembrano essere efficaci.</p>
Mezzi di bonifica e smaltimento dei materiali contaminati	<p>I materiali contaminati da secrezioni e fluidi biologici di persone infette vanno inceneriti o autoclavati a temperature di 120°C; è possibile impiegare soluzioni di ipoclorito al 10% di cloro disponibile (100.000 ppm) o disinfettanti a base di ammonio quaternario, oppure altre soluzioni disinfettanti: formaldeide al 4% (formalina al 10%) oppure glutaraldeide al 4% (pH 8-8,5). Disinfestazione con insetticidi specifici ed efficaci nei confronti delle pulci in tutte le zone in cui possono essere presenti roditori.</p>

ENCEFALITI DA VIRUS

Categorizzazione dell'agente biologico	Virus delle encefaliti virali
Agente	<p>Virus delle famiglie: <i>Alphaviridae</i> (generi <i>Togavirus</i> e <i>Alphavirusus</i>) responsabili delle Encefaliti Equina Venezuelana (VEE), Orientale (EEE), Occidentale (WEE). <i>Paramixoviridae</i> (genere <i>Henipavirus</i>) responsabile dell'Encefalite da virus Nipah</p>
Distribuzione geografica e andamento epidemiologico	<ul style="list-style-type: none"> • Encefalite Equina Venezuelana: endemica negli stati settentrionali del Sud America, Trinidad e America Centrale; • Encefalite Equina Orientale: aree orientali e centrosettentrionali degli USA, Canada, Centro e Sud America e Isole Caraibiche; • Encefalite Equina Occidentale: aree occidentale e centrale degli USA, Canada e zone del Sud America. • Encefalite da virus Nipah alcuni paesi asiatici (Malesia, Singapore, Bangladesh, India)
Serbatoio o sorgente	<p>Zanzare, roditori, uccelli e cavalli per VEE, EEE, WEE Pipistrelli della frutta o maiali infetti per Nipah.</p>
Vie di trasmissione	<p>Per VEE, EEE e WEE vettoriale (zanzare), esposizione a liquidi biologici di animali infetti. Per VEE comune le infezioni in laboratorio per aerosol. Per Nipah contatto diretto, interumana, alimentare</p>

DOCUMENTO NON CLASSIFICATO CONTROLLATO
a cura del **MINISTERO DELLA SALUTE**

Fonti di contagio	L'infezione avviene ad opera di vettori (zanzare di diversi generi). Nel caso di Encefalite Equina Venezuelana non è possibile escludere il contagio interumano (eventualità comunque rara). L'infezione da virus Nipah avviene per contatto diretto con animali infetti, per contatto con persone infette e per consumo di alimenti contaminati da animali infetti
Resistenza nell'ambiente	In generale si tratta di virus non molto resistenti nell'ambiente esterno, il cui ciclo in natura viene mantenuto ad opera di vettori, o di serbatoi di infezione.
Mezzi di possibile diffusione	<ul style="list-style-type: none"> • disseminazione per via aerea; • disseminazione di vettori infetti (zanzare); • contatto diretto con liquidi biologici di animali/persone infetti
Periodo di incubazione	<ul style="list-style-type: none"> • 5-15 giorni (Encefalite Equina Orientale e Occidentale); • 2-6 giorni (Encefalite Equina Venezuelana), ma può ridursi ad 1 giorno. • 5-14 giorni (Nipah) (occasionalmente sino ad alcuni mesi)
Periodo di contagiosità	EEE e WEE: le persone non costituiscono serbatoi d'infezione per la zanzara. EEV: le persone colpite restano infettanti nei confronti di zanzare per 72 ore e le zanzare restano a loro volta infettanti per il resto della vita, NIPAH: sconosciuto.
Carica microbica minima	10-100 organismi.
Indice di letalità	<ul style="list-style-type: none"> • circa 30% per encefalite equina orientale; • 1-2 % per encefalite equina venezuelana; • 5-80% per encefalite equina occidentale. • circa 50% per Nipah.
Caratteristiche cliniche	Le caratteristiche cliniche delle encefaliti virali sono, almeno all'inizio, molto simili, aspecifici, di tipo simil-influenzale: febbre, malessere generale, prostrazione, dolori ossei ed articolari, mialgie delle gambe e dell'area lombosacrale. Nel giro di 1-4 giorni subentrano sintomi come astenia e letargia e segni neurologici che indirizzano verso una diagnosi definitiva.
Diagnostica	<ul style="list-style-type: none"> • Isolamento virale da sangue e fluidi nasofaringei; • aumento del titolo anticorpale; • reperimento di specifica IgM. • test biomolecolari su liquidi biologici
Notifica	Classe seconda DM 15 12 1990 entro 2 giorni
Provvedimenti nei confronti del malato	<ul style="list-style-type: none"> • Isolamento in strutture dotate di pressione negativa, utilizzando contemporaneamente precauzioni standard, da contatto, droplet e respiratorie. Disinfezione continua di escreti e fluidi biologici e di tutti i materiali che sono stati a contatto con il paziente, inclusi strumenti e materiale di laboratorio, con utilizzazione di soluzioni di ipoclorito di al 10% oppure di fenolo allo 0,5°/a, oppure di ammonio quaternario, oppure di formalina, oppure trattamento in autoclave, oppure termodistruzione; • disinfezione terminale con soluzioni di ipoclorito o di fenolo e con formaldeide; le superfici dure vanno spruzzate con disinfettante (ammonio quaternario, fenolo, formalina, cloro) da lasciare agire per almeno 4 ore prima del lavaggio con acqua; disinfezione gassosa con formalina o con ossido di etilene per 6 ore. • Non necessari per Encefalite Equina Orientale e Occidentale.
Trasporto ed evacuazione dei pazienti	Il trasporto dei pazienti (Encefalite Equina Venezuelana e Nipah) dovrà essere preferibilmente effettuato per mezzo di barelle-isolatori pressurizzate, dotate di filtri HEPA (High Efficiency Particulate Air). In caso di mancanza di tali dispositivi di trasporto, le parti del veicolo o dell'aeromobile maggiormente esposte a contatto con il paziente ed i suoi escreti, dovranno essere rivestite di fogli di plastica, al fine di facilitare le successive operazioni di pulizia e disinfezione.

A-17

DOCUMENTO NON CLASSIFICATO CONTROLLATO
a cura del **MINISTERO DELLA SALUTE**

DOCUMENTO NON CLASSIFICATO CONTROLLATO
a cura del **MINISTERO DELLA SALUTE**

	Dopo il trasporto, i mezzi utilizzati dovranno essere puliti, mediante sfregamento con soluzione di ipoclorito, o preferibilmente, con soluzioni di fenolo, risciacquandole dopo un contatto di almeno 30 minuti; si procederà successivamente a disinfezione gassosa con vapori di formaldeide. La disinfezione con formaldeide è altamente sconsigliata nel caso di aeromobili, per il rischio di reazioni chimiche con la strumentazione di bordo.
Provvedimenti nei confronti degli esposti o dei contatti	Ricerca ed identificazione di possibili contatti e fonti di infezione. Stretta sorveglianza degli esposti e dei contatti dei casi clinici per periodi variabili a seconda del sospetto agente patogeno e misurazione di temperatura due volte al giorno, isolamento immediato al primo sintomo sospetto.
Provvedimenti nei confronti del personale di assistenza	Mezzi di protezione: utilizzazione, in tutte le fasi dell'assistenza al malato, compresa l'esecuzione degli esami di laboratorio, di indumenti e mezzi di protezione individuale (maschere, guanti, occhiali, soprascarpe), possibilmente monouso. Procedure per la rimozione degli indumenti protettivi: <ul style="list-style-type: none"> • nell'anticamera della zona contaminata sciacquare le mani ancora guantate con soluzione di ipoclorito di Na; • rimuovere il camice, il copricapo, le soprascarpe e riporli in un sacco di plastica; la casacca o la tuta, il primo paio di guanti (eventualmente) e le soprascarpe, andranno rimossi ciascuno con unico movimento, ripiegandoli dall'interno verso l'esterno; • indossare quindi un paio di guanti puliti e riporre gli indumenti protettivi nel sacco di plastica; • togliere l'eventuale respiratore, tamponarlo con una spugna o un panno imbevuto in una soluzione di ipoclorito di Na e riporlo nel proprio contenitore; • rimuovere il secondo paio di guanti e metterli nel sacco insieme agli altri indumenti, e sigillarlo; • lavare le mani, spostarsi verso l'area pulita dell'anticamera e porre il sacco di plastica in un altro sacco (tecnica doppio sacco), sulla cui etichetta andrà indicata la destinazione (autoclave, inceneritore, laboratorio).
Terapia	La terapia è di supporto; la somministrazione di ribavirina può essere utile.
Trasporto dei campioni biologici	I campioni (VEE) devono essere confezionati secondo il sistema a 3 involucri: <ol style="list-style-type: none"> 1. il flacone contenente il materiale infetto o potenzialmente infetto, di materiale resistente, con etichetta impermeabile, deve essere avvolto in materiale assorbente; 2. il contenitore secondario deve contenere il flacone; deve essere di materiale impermeabile e a tenuta stagna; 3. l'involucro esterno, contenente il contenitore secondario, deve essere adatto al trasporto ed in grado di proteggere il materiale da eventuali danneggiamenti; deve contenere, inoltre, i dati identificativi del campione.
Metodi di controllo	Sono disponibili vaccini per EEV. Non disponibili vaccini per WEE, EEE e Virus Nipah
Mezzi di bonifica e smaltimento dei materiali contaminati	I materiali contaminati da secrezioni e fluidi biologici di persone infette vanno inceneriti o autoclavati a temperature di 120°C; è possibile impiegare soluzioni di ipoclorito al 10% di cloro disponibile (100.000 ppm) o disinfettanti a base di ammonio quaternario, oppure altre soluzioni disinfettanti: formaldeide al 4% (formalina al 10%) oppure glutaraldeide al 4% (pH 8-8,5). Disinfestazione con insetticidi specifici ed efficaci.

DOCUMENTO NON CLASSIFICATO CONTROLLATO
a cura del **MINISTERO DELLA SALUTE**

VIRUS ZIKA

Categorizzazione dell'agente biologico	Genere Flavivirus, famiglia Flaviviridae
Agente	Virus Zika
Distribuzione geografica e andamento epidemiologico	Infezione trasmessa principalmente da zanzara del genere Aedes Può inoltre essere trasmessa dalla madre al feto, con i rapporti sessuali, tramite trasfusione di sangue infetto o trapianto. Esistono rare segnalazioni di infezione contattata in laboratorio. Sono considerati ad alto rischio numerosi paesi dell'Africa, dell'Asia, dei Caraibi, delle Americhe, delle Isole del Pacifico.
Seratoio o sorgente	Zanzara Aedes (<i>aegypti</i> e <i>albopictus</i>) – Secondo alcuni studiosi sarebbe dimostrata la trasmissione del virus anche attraverso la Zanzara Culex
Vie di trasmissione	<ul style="list-style-type: none"> • puntura di zanzara • congenita, placentare • perinatale • interumana, sessuale • attraverso sangue, trasfusioni di sangue e trapianto • allattamento al seno (non confermata) • esposizione di laboratorio, liquidi biologici
Fonti di contagio	Zanzare / malati e portatori / trasmissione placentare
Resistenza nell'ambiente	Condizionata dalla resistenza dei vettori alati Le zanzare Aedes completano il ciclo vitale in circa una settimana
Mezzi di possibile diffusione	Trasmissione placentare / trasmissione interumana con sangue e liquidi biologici / Relazioni sessuali non protette
Periodo di incubazione	3 – 13 giorni dalla puntura della zanzara
Periodo di contagiosità	Condizionata dalla viremia
Carica microbica minima	
Indice di letalità	Bassa – Molto più alta nel neonato a seguito delle malformazioni correlate
Caratteristiche cliniche	<p>I sintomi sono simili a quelli di una sindrome simil- influenzale autolimitante, della durata di circa 2-7 giorni, a volte accompagnata da febbre, eruzione cutanea maculo papulare che partono dal volto e si diffondono al resto del corpo, artralgia in particolare alle mani e ai piedi, mialgia, mal di testa e congiuntivite. Compaiono a distanza di 3-13 giorni dalla puntura della zanzara vettore. Raramente è necessario il ricovero in ospedale. Circa la metà delle infezioni è asintomatica.</p> <p>Se l'infezione è contratta durante la gravidanza, può causare gravi malformazioni nel feto, chiamate sindrome congenita da virus Zika. Sono descritte gravi sequele neurologiche negli adulti, tra cui meningite, meningoencefalite e sindrome di Guillain-Barré.</p>
Diagnostica	Reazione a catena della polimerasi inversa (PCR) isolamento del virus dal sangue, urine e saliva del malato / sierologia e neutralizzazione anticorpale solo in centri di riferimento.
Diagnosi differenziale	Patologie da altri <i>Flavivirus</i> .
Provvedimenti nei confronti del	Isolamento domiciliare fiduciario e misure protettive nei confronti delle punture di zanzara.

DOCUMENTO NON CLASSIFICATO CONTROLLATO
a cura del **MINISTERO DELLA SALUTE**

malato	Precauzioni standard – Importante l'igiene e la disinfestazione ambientale
Notifica	In base alle disposizioni ministeriali, entro 12 ore dal sospetto
Trasporto ed evacuazione dei pazienti	Normali precauzioni di protezione. Utilizzo di misure protettive nei confronti delle punture di zanzara e precauzioni generali per le malattie a trasmissione parenterale
Provvedimenti nei confronti degli esposti o dei contatti	Sorveglianza
Provvedimenti nei confronti del personale di assistenza	Sorveglianza se contatti con paziente senza idonee misure di protezione
Terapia	Per i malati, si possono utilizzare farmaci di tipo sintomatico al bisogno, come antipiretici (paracetamolo) per la febbre, la cefalea e i dolori osteomuscolari. Si raccomanda una buona idratazione. Evitare aspirina e altri farmaci antinfiammatori non steroidei fino ad esclusione della dengue a causa del rischio di emorragia.
Trasporto dei campioni biologici	Normali procedure
Metodi di controllo	Utilizzo di metodi di controllo delle zanzare
Mezzi di bonifica e smaltimento dei materiali contaminati	Normali procedure Utilizzare un livello 3 di biocontenimento
Siti di produzione e di stoccaggio noti	
Possibilità di reperimento e di cultura	

MERS CoV - NUOVO CORONAVIRUS
Middle East respiratory syndrome coronavirus infection

Categorizzazione dell'agente biologico	Coronavirus, lineage C del genere Betacoronavirus RNA virus dotato di envelop
Agente	MERS-CoV (Middle East respiratory syndrome coronavirus)
Distribuzione geografica e andamento epidemiologico	Circa l'80% dei casi è stato segnalato dall'Arabia Saudita. L'infezione è presente in altri paesi mediorientali e casi importati sono stati segnalati da numerosi paesi. Dal 2012, 27 paesi hanno notificato casi di MERS-CoV: Algeria, Austria, Bahrain, Cina, Egitto, Francia, Germania, Grecia, Iran, Italia, Giordania, Kuwait, Libano, Malesia, Olanda, Oman, Filippine, Qatar, Repubblica di Corea, Arabia Saudita, Thailandia, Tunisia, Turchia, Emirati Arabi Uniti, Regno Unito, Stati Uniti d'America, Yemen
Serbatoio o sorgente	Dromedario
Vie di trasmissione	Contatto – Aerosol– Aerea Il contagio interumano è sporadico, la trasmissione MERS-CoV si è verificata da soggetto infetto a persona non infetta, in seguito a contatti stretti e prolungati, dovuti

A-20

DOCUMENTO NON CLASSIFICATO CONTROLLATO
a cura del **MINISTERO DELLA SALUTE**

	prevalentemente ad epidemie nosocomiali. Possibile assunzione cibi infetti
Fonti di contagio	Animali (dromedari) - Uomo
Resistenza nell'ambiente	
Mezzi di possibile diffusione	
Periodo di incubazione	Periodo medio 5 giorni (intervallo 2-14)
Periodo di contagiosità	
Carica microbica minima	
Indice di letalità	Circa 35% (intervallo 20 - 65 %)
Caratteristiche cliniche	Lo spettro clinico dell'infezione MERS-CoV è ampio va dall'infezione asintomatica alla sindrome da distress respiratorio acuto progressivo e rapido, shock settico e insufficienza multiorgano, morte. I sintomi iniziali sono spesso aspecifici, malessere generale, febbre, brividi, mal di testa, tosse non produttiva, dispnea e mialgia. Altri sintomi possono includere mal di gola e simili a SARS-CoV. Possono presentare anche sintomi gastrointestinali come anoressia, nausea, vomito, dolore addominale e diarrea. Fino al 50% dei pazienti sintomatici adulti richiede un trattamento di terapia intensiva (ICU).
Diagnostica	Campioni biologici provenienti dalle basse vie respiratorie (espettorato, lavaggio broncoalveolare, lavaggio bronchiale o tracheale) vanno raccolti insieme al prelievo nasofaringeo per una completa valutazione dei pazienti. Negli Stati Uniti è disponibile un kit diagnostico di emergenza. Esistono diversi test diagnostici altamente sensibili per la rapida identificazione del virus MERS-CoV da campioni di lavaggio broncoalveolare o espettorato di pazienti, come la <u>RT-PCR</u> . Sono stati sviluppati protocolli biologicamente sicuri per l'immunofluorescenza (IFA), tuttavia, gli anticorpi contro i betacoronavirus (cui appartiene il MERS-CoV) sono noti per una reazione crociata con altri dello stesso genere; questo limita il loro uso nelle indagini diagnostiche. Il ceppo HCoV-EMC del Mers-CoV può essere coltivato in coltura cellulare utilizzando cellule LLC-MK2 e Vero cells. Questo metodo è stato utilizzato per produrre l' <u>antigene</u> per gli anticorpi di ricerca per i metodi di immunofluorescenza negli esseri umani. La prima rilevazione genetica di un MERS-CoV è stato completata utilizzando una convenzionale (non real-time) pan-coronavirus RT-PCR, successivamente, sono stati descritti più specifici saggi in real-time RT-PCR (RT-rtPCR) Approvato dalla FDA il Fast Dx Real-Time PCR
Diagnosi differenziale	Test molecolari con amplificazione Real Time PCR
Notifica	Entro 24 ore (circolare del Ministero della Salute 16 maggio 2013). Notifica tramite EWRS e IHR (20059)
Provvedimenti nei confronti del malato	alto isolamento in strutture dotate di pressione negativa utilizzando contemporaneamente precauzioni standard, da contatto, aerosol e respiratorie
Trasporto ed evacuazione dei pazienti	Elevate misure di biocontenimento
Provvedimenti nei confronti degli esposti o dei contatti	Sorveglianza e monitoraggio per 14 giorni dopo l'ultima esposizione. L'OMS raccomanda di effettuare i test di laboratorio a tutti i contatti, anche in assenza di sintomatologia Per i passeggeri di volo in cui viaggia un caso di MERS, si applicano le disposizioni della

A-21

DOCUMENTO NON CLASSIFICATO CONTROLLATO
a cura del **MINISTERO DELLA SALUTE**

	SARS per il rintraccio dei contatti
Provvedimenti nei confronti del personale di assistenza	Sorveglianza e monitoraggio per 14 giorni dopo l'ultima esposizione se contatto senza protezione
Terapia	<p>Non esiste un trattamento <u>antivirale</u> specifico per il Mers-CoV; l'unica terapia possibile è solamente quella sintomatica, eventualmente da associare alla terapia di supporto delle funzioni vitali.</p> <p>Sebbene il MERS-CoV sia ritenuto capace di antagonizzare la produzione endogena di IFN, il trattamento con <u>interferone</u> I e III esogeni (IFN-α e IFN-λ) ha ridotto efficacemente la replicazione virale in vitro: il MERS-CoV è risultato essere 50-100 volte più sensibile all'interferone-alfa (IFN-α) rispetto al SARS-CoV; questa osservazione potrebbe avere importanti implicazioni per il trattamento della MERS; mostrando anche che i virus Coronavirus zoonotici sono lontanamente connessi tra loro rispetto l'interazione e l'evasione della risposta immunitaria cellulare innata.</p> <p>L'interferone, il plasma dei convalescenti (siero terapia), e gli inibitori della proteasi sono possibili opzioni terapeutiche da valutare al più presto in questi pazienti.</p> <p>Secondo il Prof. Benoit Guery dell'Ospedale Huriez di Lilla in Francia e la Prof.ssa Sylvie van der Werf dell'Istituto Pasteur di Parigi, l'interferone con o senza ribavirina è un trattamento candidato ad essere molto promettente</p>
Trasporto dei campioni biologici	Normali procedure
Metodi di controllo	<p>Applicazione delle misure di prevenzione e controllo delle infezioni e uso di DPP</p> <p>Terapia: nessun farmaco profilattico specifico</p> <p>Vaccini in fase di sperimentazione.</p>
Mezzi di bonifica e smaltimento dei materiali contaminati	Normali procedure
Siti di produzione e di stoccaggio noti	
Possibilità di reperimento e di cultura	

DOCUMENTO NON CLASSIFICATO CONTROLLATO
a cura del **MINISTERO DELLA SALUTE**

TOSSINE

BOTULISMO (*CLOSTRIDIUM BOTULINUM*)

Categorizzazione dell'agente biologico	<i>Clostridium botulinum</i>
Agente	La tossina botulinica è prodotta dal germe <i>Clostridium botulinum</i> , bacillo sporigeno, gram positivo, anaerobio. Sono noti 8 tipi antigenici (A-H). I sierotipi A, B, E, in rari casi F, sono stati descritti come causa di malattia nell'uomo.
Distribuzione geografica e andamento epidemiologico	Ubiquitario. Andamento epidemiologico: In Europa sono notificati ogni anno fra 100 e 150 casi di botulismo, con un andamento stabile. L'Italia è uno dei paesi europei che segnala un più alto numero di infezioni con un picco nel 2013 (40 casi).
Serbatoio o sorgente	Ubiquitario nel suolo, nei sedimenti marini, e nel tratto intestinale di animali e pesci.
Vie di trasmissione	<ul style="list-style-type: none">• via digerente;• via aerea.• via cutanea da ferite necrotiche
Fonti di contagio	Alimenti contaminati dalle spore di <i>C. botulinum</i> o da tossina preformata ed introdotta; non trasmissibile da persona a persona.
Resistenza nell'ambiente	Le spore di <i>C. botulinum</i> , prodotte in condizioni di assenza di ossigeno sono in grado di resistere fino a 3-5 ore alla temperatura di 100°C mentre a temperature di 121°C vengono distrutte dopo 180 secondi; la resistenza al calore è diminuita in ambiente acido ed in presenza di elevate concentrazioni saline e zuccherine. La tossina botulinica è termolabile e viene distrutta dall'esposizione a temperature superiori a 80°C per almeno 10 minuti. La clorazione dell'acqua inattiva la tossina in poco tempo. In acqua pura resiste per 36 giorni.
Mezzi di possibile diffusione	<ul style="list-style-type: none">• per contaminazione di alimenti;• per mezzo di aerosol; La contaminazione delle risorse idriche sembra più problematica, per la necessità di enormi quantitativi di tossina, e per l'inattivazione di questa con i comuni trattamenti per la potabilizzazione dell'acqua.
Periodo di incubazione	I sintomi neurologici dell'intossicazione compaiono in genere dopo 12-36 ore dall'ingestione, ma possono presentarsi entro 2 ore fino ad arrivare ad 8 giorni: la durata del periodo di incubazione è dose-dipendente; la prognosi è tanto più grave quanto più è breve l'incubazione. Nel botulismo da inalazione i tempi di incubazione sono compresi tra le 6 e le 72 ore (tempo medio 12 ore) con un picco di malattia a 5gg dopo l'esposizione.
Periodo di contagiosità	Non trasmissibile da persona a persona.
Dose Letale	Sierotipo A: 0.001-0.003 µg/kg
Indice di letalità	La letalità in assenza di trattamento può arrivare al 70-80%.
Caratteristiche cliniche	<ul style="list-style-type: none">• Forma classica (Intossicazione botulinica): sintomi clinici di gravità variabile a carico del sistema nervoso, con diplopia, ptosi palpebrale, visione annebbiata, disartria, disfagia e secchezza delle fauci, difficoltà respiratorie, astenia marcata con progressione fino alla paralisi, simmetrica e con andamento tipicamente discendente.• II quadro clinico è simile sia nel caso di ingestione che nel caso di inalazione.• Botulismo da ferita: paralisi progressiva a partire dal punto di inoculo.
Diagnostica	<ul style="list-style-type: none">• riscontro di tossina botulinica nel siero, nelle feci o in campioni degli alimenti

DOCUMENTO NON CLASSIFICATO CONTROLLATO
a cura del **MINISTERO DELLA SALUTE**

	<p>consumati dal paziente;</p> <ul style="list-style-type: none"> • isolamento di <i>Clostridium botulinum</i> dalle feci (nel caso di ingestione di alimenti contaminati da spore); • reperti elettromiografici di potenziali muscolari aumentati in seguito a stimolazione ad alta frequenza (>20 C/sec) del nervo sono altamente suggestivi di botulismo.
Diagnosi differenziale	Malattie neurologiche – Assunzione di sostanze stupefacenti o di altri tossici
Provvedimenti nei confronti del malato	Non è richiesto l'isolamento.
Trasporto ed evacuazione dei pazienti	<p>Solo per contaminati dall'ambiente (polluzione / dispersione) : il trasporto dei pazienti dovrà essere preferibilmente effettuato per mezzo di barelle-isolatori pressurizzate, dotate di filtri HEPA (High Efficiency Particulate Air).</p> <p>In caso di mancanza di tali dispositivi di trasporto, le parti del veicolo o dell'aeromobile maggiormente esposte a contatto con il paziente ed i suoi escreti, dovranno essere rivestite di fogli di plastica, al fine di facilitare le successive operazioni di pulizia e disinfezione.</p> <p>Dopo il trasporto, i mezzi utilizzati dovranno essere puliti, mediante sfregamento con soluzione di ipoclorito, o preferibilmente, con soluzioni di fenolo, risciacquandole dopo un contatto di almeno 30 minuti; si procederà successivamente a disinfezione gassosa con vapori di formaldeide.</p> <p>La disinfezione con formaldeide è altamente sconsigliata nel caso di aeromobili, per il rischio di reazioni chimiche con la strumentazione di bordo.</p>
Provvedimenti nei confronti degli esposti o dei contatti	<p>Sorveglianza sanitaria per individuazione di persone che potrebbero avere consumato lo stesso alimento.</p> <p>La chemioprophilassi non è indicata, così come la sieroprofilassi.</p>
Terapia	<p>Impiego di siero antibotulinico: in Italia è disponibile presso il Ministero della Salute per le finalità della Scorta Nazionale Antidoti ed in linea con quanto previsto dall'art. 7 della Legge 23 dicembre 1978 e dall'articolo 115, comma 4, del D. Lgs 31 marzo 1998, n. 112, siero antibotulinico eptavalente [A, B, C, D, E, F, G] costituito da una miscela di frammenti di immunoglobuline indicata per il trattamento sintomatico del botulismo a seguito di sospetta o documentata esposizione alle neurotossine botuliniche dei sierotipi A, B, C, D, E, F, o G, sia in pazienti adulti che in pazienti di età pediatrica e in lattanti. Il siero antibotulinico eptavalente si somministra esclusivamente per via endovenosa, in infusione lenta dopo diluizione 1:10 in soluzione fisiologica, secondo le specifiche riportate nel foglietto illustrativo e nella monografia del prodotto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • il siero può essere richiesto h24 previa contestuale notifica del sospetto caso all'Ufficio V della DGPREV del Ministero della Salute via mail malinf@sanita.it tel 06-59943505 • trattamento di sostegno: ventilazione meccanica.
Trasporto dei campioni biologici	<p>I campioni devono essere confezionati secondo il sistema a 3 involucri:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. il flacone contenente il materiale infetto o potenzialmente infetto, di materiale resistente, con etichetta impermeabile, deve essere avvolto in materiale assorbente; 2. il contenitore secondario deve contenere il flacone; deve essere di materiale impermeabile e a tenuta stagna; 3. l'involucro esterno, contenente il contenitore secondario, deve essere adatto al trasporto ed in grado di proteggere il materiale da eventuali danneggiamenti; deve contenere, inoltre, i dati identificativi del campione.
Metodi di controllo	<p>Non applicabili nell'ipotesi di un attacco bioterroristico.</p> <p>In condizioni normali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • corretta preparazione di conserve ed insaccati in ambito domestico; • sorveglianza della applicazione delle corrette pratiche di lavorazione in ambito

DOCUMENTO NON CLASSIFICATO CONTROLLATO
a cura del **MINISTERO DELLA SALUTE**

	industriale e/o artigianale; <ul style="list-style-type: none">• ricerca e distruzione degli alimenti che potrebbero essere stati contaminati.
Mezzi di bonifica e smaltimento dei materiali contaminati	Trattamento termico <ul style="list-style-type: none">• per la tossina a temperature superiori ad 80°C per almeno 10 minuti;• per le forme sporali in autoclave a 120°C per almeno 5 minuti. Clorazione (per le acque) in 20 minuti con cloro residuo di 0,2 mg/litro;

CONSIDERAZIONI GENERALI

Ogni agente biologico potrebbe potenzialmente essere utilizzato come arma.

Un virus o un batterio potrebbe difficilmente sopravvivere nelle condizioni imposte da un suo possibile utilizzo come aggressivo, qualora, come tale e dopo essere stato coltivato e mantenuto in vita nelle migliori condizioni di attività (e aggressività), venisse successivamente manipolato per essere inserito e adattato all'interno di un dispositivo che ne consentisse la sua diffusione o proiezione a distanza.

La diffusione dell'agente nell'ambiente esterno, a prescindere dalle probabilità di sopravvivenza al di fuori di una cellula o di un tessuto, dovrebbe anche poter contare sulla reale possibilità di contagiare effettivamente i possibili bersagli, circostanza che ne diminuirebbe notevolmente la capacità di offesa, anche alla luce del possibile utilizzo di idonei DPI da parte degli stessi o della applicazione sistematica di valide procedure di prevenzione e profilassi, iniziando dalle normali precauzioni igieniche quotidiane.

Al contrario oggi si tende a considerare come più probabile la disseminazione dell'agente biologico attraverso un vettore umano (paziente) il quale, deliberatamente, si sarebbe contagiato con lo scopo di diffondere l'agente infettante nel contesto sociale (e in particolar modo sanitario) nemico.

Da non sottovalutare l'utilizzo delle tossine biologiche quali possibili agenti biologici, in particolare per inalazione o attraverso il contagio di cibi infetti.

Per questo motivo la diagnosi di malattia infettiva insolita o inattesa in un determinato sito sanitario dovrebbe generare specifiche allerte che sarebbero efficaci a condizione della tempestività della comunicazione della diagnosi o del sospetto diagnostico verso gli organi di vigilanza centrale (Ministero della Salute).

Infine la eventuale weaponizzazione da parte di gruppi terroristici o di stati "canaglia" di un batterio o virus noto e fino ad ora facilmente controllabile, porrebbe grossi problemi nella gestione delle varie fasi cliniche di diagnostica, terapia e prognosi, con conseguenti inaspettati comportamenti epidemiologici.

Per tale motivo la semplice elencazione di agenti biologici che potrebbero essere utilizzati come potenziali armi, pone il fianco a possibili sottovalutazioni di altri agenti i quali potrebbero essere stati opportunamente modificati al fine di:

- a) consentirne la gestione e l'utilizzo extracorporeo, anche per tempi limitati, senza pregiudicare la loro capacità infettante e di aggressività;
- b) modificare il loro comportamento all'interno dell'organismo bersaglio implementando la sua letalità o capacità inabilitante;
- c) modificare la loro trasmissibilità interumana o tra animale e uomo.

Se infine prendiamo come esempio gli effetti sul feto del Virus Zika, nel caso di infezione di donna in gravidanza, ci troviamo di fronte ad effetti "dilazionati o a distanza", in grado di provocare nella madre infetta solo modesti disturbi clinici di facile guarigione ma nel feto danni irreversibili del sistema nervoso centrale in grado di impedire, dopo la nascita, un normale sviluppo psichico e neurologico nel bambino e

DOCUMENTO NON CLASSIFICATO CONTROLLATO
a cura del **MINISTERO DELLA SALUTE**

ponendo in tal modo anche gravi problemi nella assistenza di questi Neonati, con conseguenze significative anche dal punto di vista economico e sociale.

In tale quadro generale è opportuno fare alcune considerazioni generali inoltre nel sospetto di un'epidemia di non chiaro inquadramento se naturale o da attacco offensivo:

- considerare il numero di vittime con malattia simile o sindrome simile che si presenti contemporaneamente in più ospedali, (es. con molti casi che sviluppino polmonite, e insufficienza respiratoria, oppure tutti casi che si verifichino in soggetti giovani, o sintomi simil- influenzali fuori stagione etc.);
- considerare il numero di casi inspiegabili di una determinata malattia, sindrome o decessi;
- riscontro di 1 singolo caso da agente biologico non comune secondo la classificazione CDC ma che rientri nella categoria A, B, C.;
- riscontro di molti casi allo stesso stadio di malattia;
- riscontro di molti casi di malattia più gravi del solito per un determinato agente patogeno, o il fallimento alla risposta di trattamento antibiotico standard;
- una malattia rapidamente progressiva che suggerisca una non usuale, atipica modalità di trasmissione (es peste polmonare primaria con evoluzione in polmonite fulminante senza altre manifestazioni cliniche);
- riscontro di ceppi ipervirulenti con possibile antibiotico resistenza;
- notizie di più epidemie in contemporanea in aree geografiche non confinanti;
- presentazione di casi di malattia in un'area geografica inusuale o fuori stagione;
- riscontri di più decessi o malattie in animali che precedano o siano concomitanti all' epidemia;
- sospetto o riconosciuto deliberato rilascio di agenti biologici in altre nazioni;
- possibile annuncio di attacco terroristico imminente.

Tali considerazioni impongono livelli di attenzione costantemente elevati nonché capacità diagnostiche di eccellenza all'interno naturalmente di un sistema di comunicazioni rapide e puntuali.

segnatura_da_utente.xml.

Anteprima non disponibile.

**Probabilmente il file non è convertibile in pdf ed è
necessario quindi scaricarlo.**

**Ai fini di una eventuale pubblicazione sull'Albo
On Line: questo file non sarà pubblicato e sarà
mostrato questo messaggio al cittadino.**



Prefettura Ferrara - Area V - Prot. Uscita N.0005603 del 23/01/2020