

DIRETTIVE PER LA GESTIONE DEI CASI SOSPETTI DI INFLUENZA A/H1N1v IN PRONTO SOCCORSO

L'INFLUENZA A/H1N1v

Il nuovo virus influenzale A (nuovo ceppo del sottotipo H1N1v) contiene geni di virus aviari, suini ed umani in una combinazione mai osservata prima ed ha acquisito la capacità di trasmettersi da uomo ad uomo. I dati epidemiologici sono in rapida evoluzione e non è possibile, ad oggi, stabilire un reale tasso di trasmissione, una relativa incidenza della malattia ed il tasso di letalità nell'uomo (quest'ultimo in Europa, secondo l'OMS è attualmente dello 0,21 degli affetti sintomatici, il 40/50% riguarda giovani adulti; stato di gravidanza, diabete, obesità, asma e insufficienza respiratoria sono i maggiori fattori di rischio associati, ma la malattia può, sebbene raramente (1/2000) assumere carattere di estrema gravità, con polmonite e insufficienza respiratoria ingravescente in soggetti giovani ed in buono stato di salute). Tuttavia le caratteristiche di elevata trasmissibilità del virus e l'assenza di immunità nella popolazione rendono la malattia estremamente contagiosa ed elevato il rischio di diffusione epidemica con elevati picchi di richiesta di assistenza sanitaria.

L'OMS prevede che il 30% della popolazione potrà essere contagiata dal virus (contro il 10-15% della normale influenza) L'assenza di immunità specifica è la ragione anche della maggior diffusione del virus in giovani adulti e bambini.

La trasmissione avviene per via aerea attraverso le goccioline di chi starnutisce o tossisce e tramite contatto soprattutto con le mani contaminate dalle secrezioni respiratorie. È considerata sufficientemente protettiva nei confronti della diffusione diretta una distanza di circa 2 metri dal paziente.

I sintomi della nuova influenza da virus AH1N1v sono simili a quelli della classica Influenza Stagionale.

Si considera come periodo infettante l'intervallo di tempo da 1 giorno prima della comparsa della sintomatologia a 7 giorni dopo. Le persone con infezione da virus influenzale devono essere considerate contagiose per un periodo di 7 giorni successivamente all'insorgenza dei sintomi. Le persone che non sono guarite dopo un periodo di 7 giorni devono essere considerate potenzialmente contagiose fino alla risoluzione dei sintomi. In età pediatrica il periodo di infettività può protrarsi fino a 10 giorni. Le goccioline possono poi depositarsi su superfici come tavoli, stoviglie e giocattoli. Ci si può quindi infettare anche toccando queste superfici e portando successivamente la mano alla bocca, al naso o agli occhi.

Il virus resiste nell'ambiente da 2 ad 8 ore alle normali temperature. la resistenza del virus nei sistemi di aerazione è altrettanto limitata; anche in ragione della dispersione della carica infettante nei tubi di ventilazione non è segnalato nessun rischio di diffusione attraverso tale mezzo.

Si raccomanda di dare massima enfasi alle misure di isolamento domiciliare dei casi sospetti, alla necessità che questi non vengano a contatto con persone appartenenti alle categorie a rischio ed alle indicazioni di somministrare solamente terapia sintomatica nella maggior parte dei soggetti probabilmente ammalati.

A tutt'oggi non ci sono evidenze che la malattia abbia caratteristiche di particolare gravità e nella maggior parte dei casi non richiede cure ospedaliere e solamente terapia sintomatica.

SCOPO

Scopi della presente direttiva sono:

1. descrivere gli interventi relativi alla gestione dei casi sospetti e accertati di infezione da Virus dell'Influenza AH1N1v.
2. contenere al minimo il rischio di contaminazione ambientale e di trasmissione da un soggetto sospetto e/o portatore al personale d'assistenza sanitaria e/o ad altro personale;

DESTINATARI DELLA DIRETTIVA

- Tutti gli operatori sanitari dei DEA e Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri Aziendali
- Tutto il personale sanitario ed amministrativo che può avere rapporti col Dea e Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri Aziendali
- Autisti Ambulanze
- Il personale addetto alle pulizie

PERCORSO DEL PAZIENTE IN CASO DI SOSPETTA INFEZIONE

Al fine di poter gestire al meglio i casi di patologie trasmissibili per via aerea è necessario stabilire dei percorsi di isolamento di utenti potenzialmente contagiosi:

- Deve essere individuato un locale separato per l'attesa dei pazienti che rientrano al triage nella definizione di sospetto caso di influenza A/H1N1v.
- Deve essere individuato un locale separato per l'attesa dei pazienti pediatrici, preferibilmente all'interno dell'area della pediatria

GESTIONE DEL CASO SOSPETTO ADULTO

1. Nella sala di attesa del DEA/P.S. è affisso un cartello (allegato 1) che invita l'utenza che presenta temperatura corporea $\geq 38^{\circ}\text{C}$ a rivolgersi immediatamente all'infermiere di triage.
2. Se il paziente presenta i criteri che rispondono alla definizione di caso, gli viene assegnato **codice giallo**, viene invitato a sostare nel locale come sopra individuato e gli viene consegnata dall'infermiere di triage una mascherina chirurgica, che dovrà indossare per tutto il tempo dell'attesa; nella stanza devono sempre essere presenti mascherine di tipo chirurgico. Ad ogni cambio turno il personale infermieristico in arrivo si assicurerà della presenza di scorte adeguate.
3. L'utente viene visitato dal medico di pronto soccorso:
 - a. **In caso di assenza di sospetto diagnostico**, l'utente è dimesso o invitato a seguire il normale iter di PS;
 - b. **In caso di sospetto diagnostico, ma in assenza di criteri di ricovero**, l'utente viene dimesso con le opportune indicazioni di terapia sintomatica e comportamentali; è invitato a contattare il medico di base e gli vengono consegnate le raccomandazioni per l'isolamento domiciliare (allegato 4). Il medico di pronto soccorso, qualora lo ritenga opportuno, eseguirà quegli accertamenti diagnostici utili ad escludere complicanze in atto, sempre tenendo presente la necessità di ridurre al minimo il tempo di stazionamento in pronto soccorso di pazienti potenzialmente contagiosi. Nel caso gli accertamenti previsti richiedano spostamento all'interno dell'ospedale il reparto di diagnostica va preventivamente avvisato.

Il medico notifica al SISP, tramite apposita scheda (allegato 2), il caso sospetto.

Ogni 10 casi sospetti con assenza di criteri di ricovero va prelevato 1 campione effettuando n. 1 tampone faringeo da inviare all'IRCCS Spallanzani (Nota ASP Lazio del 27/8/09). L'invio del campione viene annotato su apposito registro predisposto dal Direttore dell'U.O. Pronto Soccorso e redatto a cura del Coordinatore Infermieristico.
 - c. In caso di sospetto diagnostico in paziente a rischio di cui si dispone il ricovero:



- Si esegue tampone faringeo e nasale, da inviare all'IRCCS Spallanzani unitamente a copia della scheda per il SISP (Allegato 2); il prelievo va eseguito secondo le indicazioni del Laboratorio di Analisi, conservato a 4° ed inviato entro le 48 ore, utilizzando le consuete procedure di richiesta in DS delle vettura di trasporto. Si ribadisce che, in accordo con le direttive ministeriali, il test va riservato solo ai casi gravi ospedalizzati, che le finalità del test diagnostico sono principalmente di sorveglianza virologica ed in ogni caso il referto non sarà fornito in tempi rapidi, per cui diagnosi ed eventuali scelte terapeutiche vanno impostate tenendo conto del solo criterio clinico e della diagnostica tradizionale.

- Si compila la scheda di rilevazione (allegato 2), da inoltrare al SISP;

- Il paziente che si sospetta essere affetto da Influenza A/H1N1v e necessita di ricovero è ospitato in una camera di degenza individuata in un reparto che permetta la migliore separazione dei pazienti, sempre indossando la mascherina chirurgica. La stanza, la cui porta deve essere mantenuta sempre chiusa, anche in assenza del paziente, deve essere interdetta ad altri utenti, nonché ad altro personale che non sia necessario e che non indossi i DPI previsti. Un apposito cartello sulla porta (allegato 3) ricorderà tali indicazioni. Il paziente deve essere trasportato fuori dalla stanza per procedure diagnostiche (radiologia, ecc.) e/o terapeutiche, solo quando non sia possibile fare altrimenti; il tempo di soggiorno fuori dalla stanza deve essere ridotto al minimo ed il pz. deve sempre indossare una maschera chirurgica che copra bocca e naso; la mascherina va cambiata ogni 2-3 ore ad opera dell'infermiere di turno. Il personale ausiliario o altro personale che accompagna il pz da sottoporre a procedure diagnostiche (radiologiche, cardiologiche, ecc.), **NON** necessariamente indossa i DPI previsti, in quanto la mascherina chirurgica indossata dal pz è sufficientemente protettiva, tuttavia l'ausiliario e/o personale sanitario che lo accompagna potrà utilizzare facciale protettivo FFP2, nel caso le condizioni del trasporto lo richiedano.

- In caso di trasferimento, tramite il servizio navetta, il paziente indosserà, analogamente, la mascherina chirurgica

- Il paziente effettua esami diagnostici Rx torace preferibilmente in una sala radiologica dedicata, che, al termine dell'esame, verrà opportunamente sanificata secondo le indicazioni della Nota della Direzione Sanitaria Aziendale prot. 30530 del 4.05.09 allegata alla presente direttiva.

d. In caso di sospetto diagnostico in paziente che necessita di cure intensive:

- si richiede l'intervento del medico rianimatore

- il pz viene trasferito, qualora ritenuto necessario dal rianimatore, nella U.O. di Rianimazione, nella apposita stanza dedicata di isolamento, se disponibile.



- si esegue n. 1 tampone faringeo e nasale per l'invio all'IRCCS Spallanzani;
- La stanza dedicata all'interno della U.O. Rianimazione, la cui porta deve essere mantenuta sempre chiusa, anche in assenza del paziente, deve essere interdetta ad altro personale che non sia necessario e che non indossi i DPI previsti.
- Un apposito cartello sulla porta (allegato 3) ricorderà tali indicazioni.
- si compila la scheda di rilevazione (allegato 2), da inoltrare al SISP.

Qualora si dovesse verificare un notevole afflusso di pazienti che rispondano ai criteri della definizione di caso sospetto la Direzione Aziendale provvederà ad emanare ulteriori direttive.

Le Direzioni dei Presidi sono fin d'ora invitate ad individuare all'interno delle strutture di ricovero eventuali reparti da adibire interamente a ricovero dei soggetti affetti da sindrome influenzale

GESTIONE DEL CASO SOSPETTO PEDIATRICO

1. Se il paziente presenta i criteri che rispondono alla definizione di caso, gli viene assegnato **codice giallo**, viene invitato a sostare con **un solo** accompagnatore nella stanza individuata nell'area pediatrica e viene consegnata dall'infermiere ad entrambi una mascherina chirurgica, che dovranno indossare per tutto il tempo dell'attesa;
Nella stanza devono sempre essere presenti mascherine di tipo chirurgico. Ad ogni cambio turno il personale infermieristico in arrivo si assicurerà della presenza di scorte adeguate.
2. Il paziente viene visitato dal pediatra e per la gestione del caso vengono osservate le stesse misure valide per il sospetto caso adulto



AZIENDA USL ROMA H



In caso di sospetto diagnostico in pz pediatrico che necessita di cure intensive:

- si richiede l'intervento del rianimatore
- il pz viene trasferito nella U.O. di Rianimazione Pediatrica attive presso le strutture dell'Ospedale Bambino Gesù, P. Gemelli, P. Umberto I o altra sede extraregionali
- si compila la scheda di rilevazione (allegato 2), da inoltrare al SISP.

Per quanto riguarda il COMPORTAMENTO DELL'OPERATORE SANITARIO, I DISPOSITIVI DI PROTEZIONE DA UTILIZZARE E LA SANIFICAZIONE DEGLI AMBIENTI si fa riferimento alle indicazioni contenute nella Nota prot. 30530 del 4.05.09 emanata dalla Direzione Sanitaria Aziendale ed allegate alla presente direttiva.

Al fine di rendere rintracciabili i casi al momento di chiudere la cartella di Pronto Soccorso, i Medici dovranno sempre inserire la diagnosi di codifica "Influenza con altre manifestazioni respiratorie" codice 4871, come unica o come diagnosi secondaria.