



N&A

mensile[®]
italiano
del
SOCCORSO

en end ei

Fondato nel 1991 da Giorgio Patrizio Nannini



Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in Abb. Postale D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n° 46) art. 1, comma 1, DCB Prato - Rivista Tecnico Scientifica, riservata al personale dei servizi di soccorso sanitario

• **ASPETTI LEGALI:
LA RESPONSABILITÀ
CIVILE DEL
SOCCORRITORE**

• **APERTAMENTE:
CON TUTTA LA
FORZA CHE HAI**

• **USO DELLA
KETAMINA NELLA
SEDO-ANALGESIA
PER VIA
INTRANASALE**



I DPI PER L'ALTA VISIBILITÀ

EPIDEMIA DA VIRUS EBOLA

ESERCITAZIONE E MAXIEMERGENZE

Pagina editrice

Anno 23° - Novembre 2014 - Vol. 261

Fondato nel 1991
da Giorgio Patrizio Nannini

Presidente Onorario
Luigia Colombo

Direttore Responsabile
Simona Peselli

CODIRETTORI
Rapporti con enti e associazioni
Roberto Branzanti
branzanti@paginagroup.it

Medico
Mario Rugna
rugna@paginagroup.it

Rapporti con le componenti infermieristiche
Stefano De Vecchis
devecchis@paginagroup.it

Componente tecnica
Leonardo Ferrazzi
ferrazzi@paginagroup.it

Corrispondente Estero
Thijs Gras

Psicologa
Giorgia Cannizzaro
cannizzaro@paginagroup.it

Avvocato
Claudia Conforti
conforti@paginagroup.it

Segretaria di redazione
Barbara Alberti
segreteria@paginagroup.it

Responsabile Commerciale
Marco Spinelli

Impaginazione
www.webgraphica.it

Stampa
La Grafica Pisana - Bientina (Pisa)

Anno ventitreesimo di pubblicazione
Vol. 261 - 2014

Autorizzazione del Tribunale di Pistoia
Iscr. N.12 del 27 dicembre 1991

Spedizione
Poste Italiane S.p.a.
Spedizione in Abbonamento
Postale D.L. 353/2003
(conv. in L.27/02/2004 n°46) art.1,
comma 1, DCB Prato.

Iscrizione ROC 13156
Pubblicazione a carattere tecnico
scientifico per gli operatori dei
servizi di soccorso sanitario.

Pubblicazione associata a:
Unione Stampa Periodica Italiana



EDITORE

Pagina editrice

**Direzione,
Redazione e
Amministrazione**

**Via G. Mazzini 19
51016 Montecatini
Terme (Pistoia)
Tel. 0572.770605
Fax 0572.901805**

**e-mail:
info@paginagroup.it**

N&A mensile[®] italiano del soccorso en end ei

Fondato nel 1991 da Giorgio Patrizio Nannini

Sommario

- Il soccorso in Italia tra passato e futuro di N&A 3
- Farmacologia 4
 Uso della ketamina nella sedo-analgesia per via intranasale, nell'età pediatrica e nel pre-hospital: la nostra esperienza


- Sicurezza 12
 I DPI per l'alta visibilità


- Maxiemergenze 16
 Esercitazione e Maxiemergenze
 Un rapporto troppo spesso controverso


- Attualità 22
 Epidemia da virus Ebola: poche, ma corrette, informazioni


- Notizie in breve 24
 Elisoccorso a Genova: restano i Vigili del Fuoco. A Parma si completa la Centrale I18 Emilia Ovest. Portogallo, campagna pro 112 informato.
- Aspetti legali 26
 La responsabilità civile del soccorritore
- ApertaMente rubrica di psicologia 28
 Dall'altra parte della barella


- Mercatino dell'usato 32



Epidemia da virus Ebola: poche, ma corrette, informazioni

Mentre questo numero di N&A va in stampa si susseguono gli allarmi per l'epidemia che ha colpito alcuni paesi africani e rischia di diffondersi nel resto del mondo. Si iniziano a registrare casi di psicosi collettive che nulla hanno a che fare con una corretta attenzione a prevenire il contagio. Ceppi di virus Ebola sono stati isolati già negli anni '70 ed hanno causato numerose vittime nell'arco di quarant'anni. Sebbene il rischio di un'epidemia su larga scala in Europa sembri basso, tutti i paesi stanno cercando di fare fronte comune per intercettare persone ammalate. Dopo un periodo di quarantena senza casi, Senegal e Nigeria sono stati dichiarati liberi dal virus a dimostrare che gli interventi di prevenzione sortiscono gli effetti sperati. Tuttavia l'O.M.S. ha confermato che si tratta di "un'emergenza internazionale".

In particolare, il rischio si è dimostrato alto per gli operatori sanitari che hanno assistito soggetti contagiosi ed è soprattutto tra questi che si sono verificati casi negli Stati Uniti ed in Spagna. Nella miriade di informazioni che i media diffondono e che possono essere reperite sui siti web, è necessario tracciare poche e chiare indicazioni su quali siano segni e sintomi da valutare nei casi sospetti, su cosa rappresenti questo virus e sulle corrette misure di prevenzione e protezione da adottare. Per fare ciò, la redazione di N&A si avvale della collaborazione del Gruppo di lavoro creato da Busnago Soccorso che su questo argomento si è particolarmente distinto nella produzione di documenti rivolti al personale sanitario.

FEDERICO EMILIANO GHIO*
SIMONE DELLA TORRE**
CARLO SERINI***
DAVIDE VAILATI****
ANGELO RAFFAELE CALINI*****

A cura della task force
Ebola Busnago Soccorso
ONLUS

*Busnago Soccorso
ONLUS Busnago
Corresponding author
federicoghio@busnagosoccorso.it
**Busnago Soccorso
ONLUS Busnago
***Misericordia Milano
****Croce Oro Milano
*****Croce Verde Centro Milano

In questo numero di N&A, viene proposto il primo di una serie di interventi rivolti al tema dell'infezione da virus Ebola. Si parlerà di soggetti a rischio, soggetti ammalati; segni, sintomi e riscontri di laboratorio che confermano il contagio. Se nelle righe che seguono, soccorritori e sanitari potranno trovare le informazioni utili al riconoscimento di casi so-

spetti, nel prossimo numero di N&A verranno pubblicati i riferimenti necessari per l'uso in sicurezza dei dispositivi di protezione individuale e per la decontaminazione e la disinfezione dei mezzi e dei presidi. Nell'ultima parte sarà tracciato il quadro terapeutico con il quale vengono trattati i pazienti (non esiste una cura specifica né un vaccino per contrastare il virus Ebola).

CLASSI DI RISCHIO DI CONTAGIO

Persona da valutare/Person Under Investigation

Soggetto che presenta temperatura superiore a 38.6°C con cefalea severa, mialgia, vomito, diarrea, dolore addominale, diatesi emorragica non altrimenti spiegabile accompagnata a:

- fattori di rischio epidemiologici (esposizione al virus) nelle 3 settimane precedenti all'insorgenza dei sintomi, come contatto con sangue o altri fluidi corporei di persone affette o presunte tali da febbre emorragica, l'aver viaggiato od aver soggiornato in aree endemiche, partecipazione a funerali di pazienti affetti, contatto o maneggia-

mento di pipistrelli, roditori o primati provenienti dalle aree endemiche.

Caso Probabile

Soggetto "under investigation" entrato in contatto con persona affetta da Ebola o con esposizione a basso o medio rischio (v. oltre).

Caso Confermato

Soggetto per il quale l'infezione da Ebola è stata confermata da diagnosi di laboratorio.

Contatto con soggetto affetto da Ebola a Basso o Alto rischio

Esposizione ad alto rischio:

- puntura accidentale con strumenti impiegati su soggetti con Ebola, contatto delle mucose (occhi, bocca, naso) con fluidi corporei infetti;
- contatto con fluidi corporei di persona infetta in assenza di dispositivi di protezione individuale;
- tecnici e personale di laboratorio che ha processato campioni infetti in assenza di dispositivi di protezione individuale;
- partecipazione a cerimonie funebri con esposizione a resti umani in località endemiche.

Esposizione a basso rischio:

- convivente o contatto casuale con soggetti affetti da Ebola (per contatto casuale è inteso l'avvicinarsi a più di un metro o convivere all'interno della stessa stanza per un periodo prolungato di tempo con soggetto infetto in assenza di idonei di-



positivi di protezione individuale oppure contatti sociali con paziente infetto senza indossare dispositivi di protezione individuale)

- personale sanitario che entra in contatto con soggetti affetti da Ebola in assenza di condizioni di alto rischio.

Esposizione ignota

Soggetti che hanno viaggiato o soggiornato in aree endemiche nei 21 giorni precedenti (Guinea, Liberia, Sierra Leone, Lagos).

Ebola: presentazione clinica

I pazienti affetti da febbre emorragica presentano comparsa dei sintomi ad 8-10 giorni dall'esposizione (nelle epidemie precedenti la comparsa dei sintomi avveniva mediamente in 4-10 giorni, con un range compreso tra 2 e 21 giorni). Il quadro clinico iniziale è aspecifico e caratterizzato da:

- febbre;
- brivido;
- mialgia;
- malessere;
- astenia;
- anoressia.

Può essere presente rash eritematoso maculopapulare che normalmente interessa tronco, volto, braccia e collo, che può evolvere in desquamazione.

A causa della non specificità dei sintomi, par-

ticolarmente nella fase iniziale, la febbre emorragica viene spesso confusa con altre patologie infettive, come malaria, febbre tifoide, meningococcemia ed altre infezioni batteriche (ad es.: polmonite).

Dopo 5-7 giorni dall'esordio dei sintomi, compare grave diarrea acquosa, nausea, vomito e dolori addominali. Altre caratterizzazioni sono rappresentate da dolore toracico, dispnea, cefalea e stato confusionale. Frequentemente si assiste alla comparsa di iniezione delle congiuntive. Alcune volte possono concomitare singhiozzo persistente, convulsioni ed edema cerebrale. Le complicanze emorragiche non sono sempre presenti, e si manifestano nella malattia avanzata sotto forma di petecchie, ecchimosi, sanguinamento dai siti di venipuntura e dalle mucose. Quadri di emorragia franca sono infrequenti. Nelle donne in gravidanza si osserva spesso aborto spontaneo. Ulteriori criteri diagnostici sono rappresentati dalla coesistenza di fattori di rischio e di clinica caratteristica:

- temperatura superiore a 38.6°C con cefalea severa, mialgia, vomito, diarrea, dolore addominale, diatesi emorragica non altrimenti spiegabile accompagnata a
- fattori di rischio epidemiologici (esposi-

zione al virus) nelle 3 settimane precedenti all'insorgenza dei sintomi, come contatto con sangue o altri fluidi corporei di persone affette o presunte tali da febbre emorragica, l'aver viaggiato od aver soggiornato in aree endemiche, partecipazione a funerali di pazienti affetti, contatto o maneggiamento di pipistrelli, roditori o primati provenienti dalle aree endemiche.

I pazienti con prognosi infausta sviluppano normalmente una compromissione dei parametri vitali più severa all'esordio della malattia e tipicamente decedono tra il 6 ed il 16° giorno. Le complicanze che conducono a morte sono la disfunzione multiorgano e lo shock settico. Nei pazienti con prognosi migliore il periodo di convalescenza è particolarmente prolungato. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stimato che la mortalità dell'attuale epidemia di Ebola in Africa è pari al 55%, con un picco del 75% nella popolazione della Guinea.

Patogenesi

Il virus Ebola entra nell'ospite tramite le mucose (occhi, labbra, genitali), da lesioni cutanee (ferite ed abrasioni) e per via parenterale. Il periodo di incubazione può essere influenzato dalla via di trasmis-

sione (ad es.: 6 giorni in caso di contagio per via parenterale vs. 10 giorni per il contagio da contatto). Il virus muove dal sito di infezione iniziale fino alle stazioni linfonodali più vicine, per poi interessare fegato, milza e ghiandole surrenali. Benché non aggrediti dal virus, i linfociti vanno incontro ad apoptosi, osservabile in una diminuita conta degli stessi alle indagini di laboratorio. Può insorgere necrosi epatocellulare, associata a coagulopatia.

Analogamente, le ghiandole surrenali vanno incontro ad analogo fenomeno, connotando il quadro clinico con ipotensione ed alterata sintesi steroidea. Il virus, inoltre, rappresenta un trigger per il rilascio di citochine pro-infiammatorie, con permeabilizzazione vascolare e discrasie ematiche, che portano a quadri di shock ed insufficienza multiorgano.

Indagini di laboratorio

Alla comparsa dei sintomi, l'emocromo è normalmente caratterizzato da leucopenia e linfopenia: in progressione di malattia si osserva l'aumento dei neutrofilii. La conta piastrinica mostra valori compresi tra 50.000 e 100.000.

Le amilasi possono mostrarsi elevate, a seguito del danno pancreatico. Le transaminasi epatiche tendono ad elevarsi, con AST più elevate rispetto alle ALT. Può essere presente proteinuria ed allungamento dei tempi di PT e PTT. I prodotti di degradazione della fibrina sono elevati, compatibili con quadri di coagulazione intravascolare disseminata. ▲