
Raccomandazioni di Swissnoso sulla prevenzione e il controllo delle infezioni da mpox negli ospedali svizzeri per acuti v3, 6 settembre 2024: Aggiornamento sull'mpox (precedentemente noto come monkeypox/vaiolo delle scimmie) considerando l'evoluzione dell'epidemia di MPXV di clade I

EPIDEMIOLOGIA E PUNTI CHIAVE

Una nuova epidemia di mpox si sta sviluppando in diversi Paesi africani, causato dalla **variante Ib del virus (MPXV)**, in aggiunta alla variante del focolaio del 2022-23 (MPXV clade II) che sta ancora circolando in tutto il mondo. Prima di questi focolai, l'mpox era endemico in alcune parti dell'Africa e causava solo casi sporadici e focolai localizzati.

Il 14 agosto 2024, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato un'emergenza sanitaria di rilevanza internazionale (PHEIC) a causa del nuovo clade e della rapida diffusione della malattia. È probabile che l'introduzione del **MPXV della clade I** e persino la trasmissione locale si verifichino in Europa, compresa la Svizzera, a seguito dei recenti rilevamenti in Svezia e Thailandia in individui con una storia di viaggi in aree colpite dal focolaio in Africa.

I medici devono **considerare l'mpox nella diagnosi differenziale delle lesioni sospette e ordinare un test PCR per l'MPXV** (test non specifico per la variante). Poiché alcuni kit PCR possono non rilevare l'MPXV di clade I, [ECDC(i)] si raccomanda di eseguire **il test presso il laboratorio nazionale di riferimento**, per i **pazienti con una presentazione clinica compatibile e che hanno un legame epidemiologico rilevante per il clade I di MPXV**. Vedere la sezione sulla *diagnostica* (sotto).

Per ridurre al minimo il rischio di trasmissione nosocomiale dell'mpox, Swissnoso raccomanda la stretta osservanza delle precauzioni standard e delle ulteriori misure di prevenzione e controllo delle infezioni elencate di seguito. La vaccinazione contro l'mpox o una precedente infezione da mpox sono probabilmente protettive contro le infezioni della variante clade I. [ECDC(i), FOPH(i)]

TRASMISSIONE

La trasmissione dell'Mpox avviene attraverso il contatto ravvicinato con lesioni cutanee o fluidi corporei, attraverso le secrezioni respiratorie e il contatto prolungato faccia a faccia con una persona infetta. Il virus entra nell'organismo attraverso la pelle rotta (anche se non visibile), le membrane mucose (occhi, naso o bocca) e le vie respiratorie. Anche il contatto con materiali contaminati, come indumenti o biancheria, può essere una fonte di trasmissione.

Il precedente focolaio (clade II) era strettamente legato agli uomini che hanno rapporti sessuali con uomini. In generale, gli individui a stretto contatto con una persona infetta, come gli operatori sanitari (HCW), i membri della famiglia (compresi i bambini) e i partner sessuali, sono a più alto rischio di infezione. Tutti i gruppi di età sono rappresentati tra i casi di infezione di MPXV di clade I e i dati preliminari suggeriscono che il MPXV di clade Ib è principalmente associato a infezioni negli adulti e il MPXV di clade Ia a infezioni nei bambini; tuttavia, vi è ancora una notevole incertezza sulle vie di trasmissione, sulla trasmissibilità, sulla gravità e sulle differenze tra i due sottocladi di clade I. [ECDC(i)]

Precedenti evidenze hanno suggerito che il rischio professionale per gli HCW di contrarre l'mpox da casi sospetti o confermati in contesti ben finanziati/non endemici è molto basso. [Decousser]

PRESENTAZIONE CLINICA E DEFINIZIONE DEL CASO

Il periodo di incubazione della mpox è di 3-17 giorni (variabile da 2 a 21 giorni) [OMS]. Mpox si presenta solitamente come una malattia simil-influenzale con linfadenopatia (spesso generalizzata o localizzata al collo e alle ascelle). Entro 0-3 giorni, compare un'eruzione maculare, di solito nel sito di inoculazione, che si diffonde successivamente. Le lesioni si sviluppano in vescicole/pustole che possono essere localizzate nella bocca, sul viso, sul tronco o sull'area anogenitale e infine sulle estremità (compresi i palmi delle mani e le soles). Le lesioni del mpox sono molto pruriginose e comunemente si presentano nello stesso stadio. Importanti diagnosi differenziali includono il virus della varicella-zoster (VZV, senza linfadenopatia, lesioni in stadi diversi) e il virus dell'herpes simplex (HSV, di solito senza malessere generale, vescicole sulla pelle eritematosa che si incrostanto gradualmente). [Guida dell'OMS alle lesioni da mpox](#).

L'mpox può presentarsi come una malattia dolorosa e fastidiosa, ma di solito è autolimitante e si risolve entro 2-4 settimane. L'mpox può manifestarsi in forma grave nei bambini, negli individui immunocompromessi e nelle donne in gravidanza. Le complicazioni includono polmonite, encefalite e infezione corneale con potenziale perdita dell'acuità visiva. Il tasso di mortalità durante il precedente focolaio era basso (<0,1%). [ECDC(i)] [La definizione di caso dell'OMS](#) aggiornata per i casi sospetti (e probabili/confermati) può essere applicata per avviare i test e adottare le misure appropriate.

DIAGNOSTICA

I tamponi delle lesioni cutanee sono i campioni più appropriati.

I medici devono inviare i campioni per il test standard PCR¹ per l'MPXV (rilevamento del virus non specifico per la variante di MPXV, cioè indipendentemente dal fatto che sia causata dal clade I o II). I laboratori che forniscono test di routine per l'MPXV devono assicurarsi che il kit PCR utilizzato rilevi efficacemente l'MPXV di clade Ib².

Parallelamente, i medici/laboratori sono richiesti di inviare/fornire campioni al Centro di Riferimento Nazionale per le Infezioni Virali Emergenti (CRIVE) per l'esecuzione di test di conferma con PCR +/- sequenziamento del genoma per TUTTI i pazienti con *presentazione clinica compatibile* E CHE HANNO un legame epidemiologico rilevante per il MPXV di clade I (come da informazioni aggiornate [dell'ECDC](#) o [dell'OMS \(dashboard\)](#)). Questo per garantire l'individuazione di possibili presenze di MPXV di clade I. ²

L'invio di un campione può essere discusso con CRIVE chiamando il numero **079 55 30 922 (8h-18h 7/7)**; vedere anche le informazioni sul sito web <https://www.hug.ch/laboratoire-virologie/formulaires-informations>. Il responsabile del laboratorio clinico locale deve essere coinvolto quando si inviano campioni da pazienti con infezione da mpox sospetta o confermata. **I campioni devono essere trasportati come Cat B UN 3373 (triplo strato) secondo le normative nazionali.** I costi del sequenziamento presso il CRIVE sono coperti dall'UFSP.

¹ Costi della PCR primaria coperti dall'assicurazione sanitaria obbligatoria

² Recenti rapporti hanno suggerito che alcuni kit PCR commerciali (CE o CE IVD) per l'MPXV non rilevano efficacemente il MPXV di clade I a causa di una delezione nel/intorno al gene OPG032 nel MPXV di clade I. [ECDC(i)] L'UFSP chiede pertanto a tutti i laboratori, in caso di sospetto clinico o di caso confermato dalla diagnosi di laboratorio, di inviare i campioni al CRIVE per il sequenziamento (i costi sono coperti dall'UFSP); l'UFSP consiglia inoltre ai laboratori che utilizzano kit di test mpox commerciali di contattare i produttori o i fornitori per assicurarsi che i test utilizzati rilevino effettivamente il MPXV di clade Ib.

Gli HCW devono seguire i requisiti di notifica per l'mpox (vedi sotto).

PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE INFEZIONI

Swissnoso suggerisce che qualsiasi ospedale con strutture adeguate può ricoverare i pazienti sospetti che necessitano un'ospedalizzazione. I pazienti possono essere dimessi a casa non appena il loro stato di salute generale lo consente (devono essere seguite le procedure di isolamento, vedi sotto). Le misure di prevenzione e controllo delle infezioni elencate di seguito forniscono un alto livello di protezione per gli HCW e i pazienti e si basano sulle possibili vie di trasmissione del virus mpox.

ISOLAMENTO DA CONTATTO E GOCCIOLINE IN UNA STANZA SINGOLA, OLTRE ALLE PRECAUZIONI STANDARD

- Gli HCW indossano guanti, camici e almeno una mascherina chirurgica quando entrano nella stanza.
 - o se si prevede un contatto ravvicinato (ad esempio, in prossimità delle vie respiratorie del paziente, come nel caso dell'assistenza orale), è preferibile un respiratore FFP-2 rispetto a una maschera chirurgica di tipo II).³
- Gli operatori indossano occhiali di sicurezza secondo le precauzioni standard (solo in caso di possibili schizzi sul viso).
- Una camera a pressione negativa non è né necessaria né richiesta.
- Le camere devono essere sottoposte a pulizia e disinfezione terminali (simili ai protocolli di isolamento per gli MDRO), compresa la pulizia standard di lenzuola, piumoni, cuscini e letto.
- L'isolamento (in ospedale o dopo la dimissione) **deve essere continuato fino a quando tutte le lesioni si sono incrostate, le croste sono cadute e si è formato un nuovo strato di pelle.** [OMS]

ULTERIORI PRECAUZIONI

- Utilizzare preferibilmente articoli monouso e gettarli dopo l'uso.
- Per gli articoli riutilizzabili: disinfettare tutte le superfici degli articoli che sono venuti a contatto con il paziente o con il personale medico prima di rimuoverli dalla stanza.
- Smaltire i rifiuti contaminati (ad esempio, le medicazioni) secondo le linee guida specifiche della struttura locale.
- Per la decontaminazione ambientale, utilizzare il disinfettante standard disponibile in ospedale. Seguire le raccomandazioni del produttore per quanto riguarda la concentrazione, il tempo di contatto e la cura durante la manipolazione.
- La vaccinazione pre-esposizione degli HCW (ad esempio, il personale di prima linea) non è tutt'ora indicata nella maggior parte dei luoghi. In base all'epidemiologia e al contesto locale (ad esempio, centri di riferimento con un numero crescente di casi), le domande dovrebbero essere discusse con il team locale di medicina del lavoro. Informazioni sui costi della vaccinazione per i soggetti a rischio → FOPH.

³ Dato il ruolo incerto della trasmissione di goccioline di mpox e nel caso in cui il virus varicella-zoster non sia ancora stato escluso. Per le raccomandazioni di varie agenzie di salute pubblica, vedere anche [Decousser].

DEFINIZIONE DI ESPOSIZIONE A RISCHIO E GESTIONE POST-ESPOSIZIONE DEGLI INDIVIDUI

HCW: contatto diretto con lesioni cutanee, fluidi corporei o goccioline respiratorie di un caso confermato senza indossare un adeguato equipaggiamento di protezione personale (almeno una mascherina chirurgica).

- In consultazione con il gruppo locale di medicina del lavoro, valutare gli individui (senza precedente infezione/vaccinazione mpox) per determinare se la vaccinazione da mpox è indicata per la profilassi post-esposizione (PEP; raccomandazioni federali⁴ /cantionali da seguire).
- Gli HCW possono continuare a lavorare, ma devono sottoporsi a sorveglianza sindromica fino al 21° giorno dall'esposizione: se sviluppano febbre, malattia simil-influenzale o lesioni, devono autoisolarsi a casa e riferire immediatamente alla medicina del lavoro.

Pazienti: Soggiorno nella stessa stanza per > 24 ore con un caso confermato (e/o contatto diretto con lesioni cutanee, fluidi corporei, comprese le secrezioni respiratorie).

- In consultazione con lo specialista in malattie infettive, valutare i soggetti (senza precedente infezione/vaccinazione mpox) per determinare se la vaccinazione contro il mpox è indicata per la PEP (seguire le raccomandazioni federali/cantionali).
- Osservare quotidianamente i pazienti a contatto per verificare la presenza di sintomi e misurare la temperatura corporea almeno ogni giorno fino al 21° giorno dall'esposizione. Se sviluppano febbre o altri sintomi compatibili con il mpox, isolare i pazienti a contatto con l'infezione mediante contatto preventivo e isolamento delle goccioline fino a quando non si esclude il mpox.

SEGNALAZIONE OBBLIGATORIA

I medici/ospedali **devono seguire le procedure per la segnalazione obbligatoria delle malattie soggette a obbligo di notifica (entro 24 ore per i casi confermati)**. [UFSP(ii)] Tuttavia, alcuni medici cantonali continuano richiedere la segnalazione dei casi sospetti. Swissnoso raccomanda di chiarire il processo di notifica con le rispettive autorità sanitarie competenti.

⁴ UFSP. Quadro analitico e raccomandazioni sul virus mpox

<https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/cc/kom/impfempfehlungen.pdf.download.pdf/Analyserahmen%20und%20Empfehlungen%20zur%20Impfung%20gegen%20Affenpocken.pdf>

RIFERIMENTI E ULTERIORI LETTURE

ECDC (i) European Centre for Disease Prevention and Control. Risk assessment for the EU/EEA of the mpox epidemic caused by monkeypox virus clade I in affected African countries – 16 August 2024. ECDC: Stockholm; 2024. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/risk-assessment-mpox-epidemic-monkeypox-virus-clade-i-africa>

UFSP (i) Ufficio federale della sanità pubblica. Mpox (Monkeypox). <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/mpox.html>

ECDC (ii) European Centre for Disease Prevention and Control. Factsheet for health professionals on mpox– last updated on 28 August 2024. ECDC: Stockholm; 2024. <https://www.ecdc.europa.eu/en/all-topics-z/monkeypox/factsheet-health-professionals>

Decousser JW, et al. Healthcare worker protection against mpox contamination: position paper of the French Society for Hospital Hygiene. J of Hosp Infection. 2023 Oct 1;140:156-64. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195670123002554>

WHO World Health Organization. Surveillance, case investigation and contact tracing for mpox (monkeypox): Interim guidance, 20 March 2024. Interim guidance, 20 March 2024 Technical document. Available online under: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Surveillance-2024.1>

UFSP (ii) Ufficio federale della sanità pubblica. Malattie infettive a dichiarazione obbligatoria <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/krankheiten/infektionskrankheiten-bekaempfen/meldesysteme-infektionskrankheiten/meldepflichtige-ik/meldeformulare.html>