	Rete ospedaliera	Codice PS.DRO.17	Revisione 0	Pagina 1 di 12
	Procedura specifica: Gestione del paziente con sospetto Morbo di Creutzfeldt-Jakob			


## Gestione del paziente con sospetto Morbo di Creutzfeldt-Jakob

Data	Redazione	Verifica	Approvazione
29/10/2018	Referente Gruppo di redazione Giacomo Corsini	<p><b>Processo</b> Direttore Rete Ospedaliera Luca Nardi</p> <hr/> <p><b>SGQ</b> Direttore SOSD Documentazione Sanitaria e Mediazione Linguistica e Culturale Mauro Romilio</p>	Direttore Sanitario Emanuele Gori

### Gruppo di redazione

- Giacomo Corsini, Direttore Sanitario Presidio Ospedaliero di Pistoia, Direttore SOS Direzione Sanitaria Medica San Jacopo, Azienda USL Toscana Centro
- Antonia Rosa Marseglia, SOS Direzione Sanitaria di Strutture Sanitarie Residenziali e Semi Residenziali ex art.26
- Giuditta Niccolai, Dirigente Medico Direzione Sanitaria Medica Pistoia, Azienda USL Toscana Centro
- Tiziana Pistoresi, Dirigente Medico SOC Medicina Legale 1, Ospedale SS.Cosma e Damiano, Azienda USL Toscana Centro

**Parole chiave:** Creutzfeldt-Jakob (MCJ) encefalopatia spongiforme

	Rete ospedaliera	Codice PS.DRO.17	Revisione 0	Pagina 2 di 12
	Procedura specifica: Gestione del paziente con sospetto Morbo di Creutzfeldt-Jakob			

## Indice

1.	Premessa .....	2
2.	Scopo/Obiettivi .....	3
3.	Campo di applicazione .....	3
4.	Glossario e Definizioni.....	3
5.	Responsabilità e descrizione delle attività.....	3
5.1	Gestione del paziente nei setting di degenza .....	3
5.2	Procedure diagnostiche e/o interventi chirurgici su tessuti potenzialmente infettanti.....	3
5.3	Campioni biologici: raccolta e trasporto .....	6
5.4	Raccomandazioni per il personale.....	6
5.5	Sorveglianza epidemiologica e procedure al momento della notifica .....	8
5.6	Procedure al momento del decesso .....	8
6	Diffusione/conservazione/consultazione/archiviazione.....	10
7	Allegati.....	11
8	Riferimenti.....	11
9	Indice revisioni .....	11
10	Lista di diffusione .....	11


### 1. Premessa

La malattia di Creutzfeldt-Jakob (MCJ) è una rara patologia degenerativa del sistema nervoso centrale ad esito fatale, caratterizzata da demenza rapidamente inaggravante e segni neurologici focali. Oltre alla MCJ appartengono alle Encefalopatie Spongiformi Trasmissibili (EST), la sindrome di Gerstmann-Sträussler-Scheinker (GSS) e l'insonnia fatale familiare (FFI).

Nel 1996 è stata descritta una variante della MCJ (vMCJ) nel Regno Unito e in Francia causata dall'esposizione dell'uomo all'agente della BSE. Le EST dell'uomo e degli animali sono trasmissibili, mediante inoculazione di tessuto infetto, ad una grande varietà di animali di laboratorio (primati, felini, ruminanti, roditori) dopo un lungo periodo di incubazione che può durare da alcuni mesi a diversi anni. L'evento patogenetico fondamentale delle EST è costituito dalla formazione e accumulo, a livello cerebrale, di una proteina amiloidea caratteristica, denominata Prione. Il prione è un agente infettivo non convenzionale di natura proteica, privo di acidi nucleici come gli altri microrganismi infettivi. La sua modalità di infezione è data da una particolare catena proteica ripiegata in maniera scorretta che induce altre proteine ad assumere la stessa conformazione anomala, innescando una reazione a catena non reversibile. Le EST dell'uomo sono ubiquitarie e i dati disponibili non sembrano suggerire l'ipotesi di clusters spazio-temporali ad eccezione di aggregazioni di casi familiari. Fa eccezione la vMCJ che, ad oggi, è stata riscontrata solo in Gran Bretagna, Francia e Irlanda.

La MCJ può presentarsi in forma sporadica, familiare o come conseguenza di trasmissione accidentale (forma iatrogena) da uomo a uomo in seguito a procedure di carattere medico sanitario.

Attualmente non vi sono evidenze epidemiologiche di contrarre una malattia occupazionale legata alla MCJ. Un recente studio caso-controllo svolto in Europa non ha messo in evidenza un rischio relativo significativamente diverso per il personale sanitario di sviluppare la MCJ rispetto alla popolazione di controllo. Tuttavia, alcuni casi di MCJ sono stati descritti in medici, infermieri e tecnici di laboratorio per i quali è stato ipotizzato un'esposizione professionale all'infezione.

	Rete ospedaliera	<b>Codice PS.DRO.17</b>	<b>Revisione</b> 0	<b>Pagina</b> 3 di 12
	Procedura specifica: Gestione del paziente con sospetto Morbo di Creutzfeldt-Jakob			

## 2. Scopo/Obiettivi

Fornire indicazione agli operatori sanitari per la gestione dei pazienti affetti da tale patologia per la riduzione del rischio di contagio e indicare in modo operativo le azioni da effettuare al decesso del paziente.

## 3. Campo di applicazione

La presente procedura si applica a tutto il personale sanitario e di supporto operante nei Presidi ospedalieri e nei Presidi territoriali della Azienda USL Toscana Centro.

## 4. Glossario e Definizioni

- ✓ **MCJ:** Malattia di Creutzfeldt Jacob
- ✓ **vMCJ:** variante di Malattia di Creutzfeldt Jacob
- ✓ **p.p.m.:** parti per milione
- ✓ **EST:** Encefalopatie Spongiformi Trasmissibili
- ✓ **GSS:** Sindrome di Gerstmann-Sträussler-Scheinker
- ✓ **BSE:** Encefalopatia Spongiforme Bovina
- ✓ **NaOH:** Idrossido di sodio
- ✓ **IFF:** Insonnia Fatale Familiare
- ✓ **DPI:** Dispositivi di Protezione Individuale
- ✓ **DSP:** Direzione Sanitaria di Presidio

## 5. Responsabilità e descrizione delle attività


### 5.1 Gestione del paziente nei setting di degenza

L'assistenza ad un paziente ricoverato con MCJ non rappresenta un rischio per il personale sanitario, i parenti e la comunità:

- Non è necessario porre in isolamento i pazienti con MCJ e sono sufficienti le precauzioni standard; la gravità della malattia e la comparsa di eventuali disturbi comportamentali rendono tuttavia auspicabile il ricovero in camere singole.
- Gli effetti lettereschi usati e/o contaminati con escrezioni devono essere rimossi, lavati ed asciugati in accordo con le correnti norme ospedaliere.
- Medicazioni di piaghe da decubito seguono le abituali precauzioni standard.
- Farmaci per via parenterale e prelievi di sangue seguono le precauzioni standard.
- Rimuovere con materiale assorbente sangue e liquidi biologici accidentalmente versati su una superficie disinfettata (ipoclorito di sodio 20.000 ppm).
- Eliminare qualsiasi rifiuto come rifiuto pericoloso a rischio infettivo.
- In caso di incidenti con aghi o contaminazione di ferite cutanee con sangue o liquidi corporei si deve segnalare l'infortunio in accordo a quanto indicato nell'art. 84, commi 2,3, D. L.vo 626/94.

### 5.2 Procedure diagnostiche e/o interventi chirurgici su tessuti potenzialmente infettanti

Per le procedure diagnostiche non invasive non è necessario adottare alcuna precauzione aggiuntiva.

	Rete ospedaliera	<b>Codice PS.DRO.17</b>	<b>Revisione</b> 0	<b>Pagina</b> 4 di 12
	Procedura specifica: Gestione del paziente con sospetto Morbo di Creutzfeldt-Jakob			

Le procedure per le quali esiste un rischio potenziale di trasmissione della MCJ e che quindi impongono una particolare attenzione e l'adozione di severe misure precauzionali sono le procedure invasive che interessano gli organi ad alto potenziale infettivo, quali:

- Interventi di Neurochirurgia.
- Interventi di Chirurgia Oftalmica.
- Rachicentesi.
- Interventi di otorinolaringoiatria.
- Interventi maxillo facciali.
- Laparoscopie.
- Parti (per il contatto con la placenta).

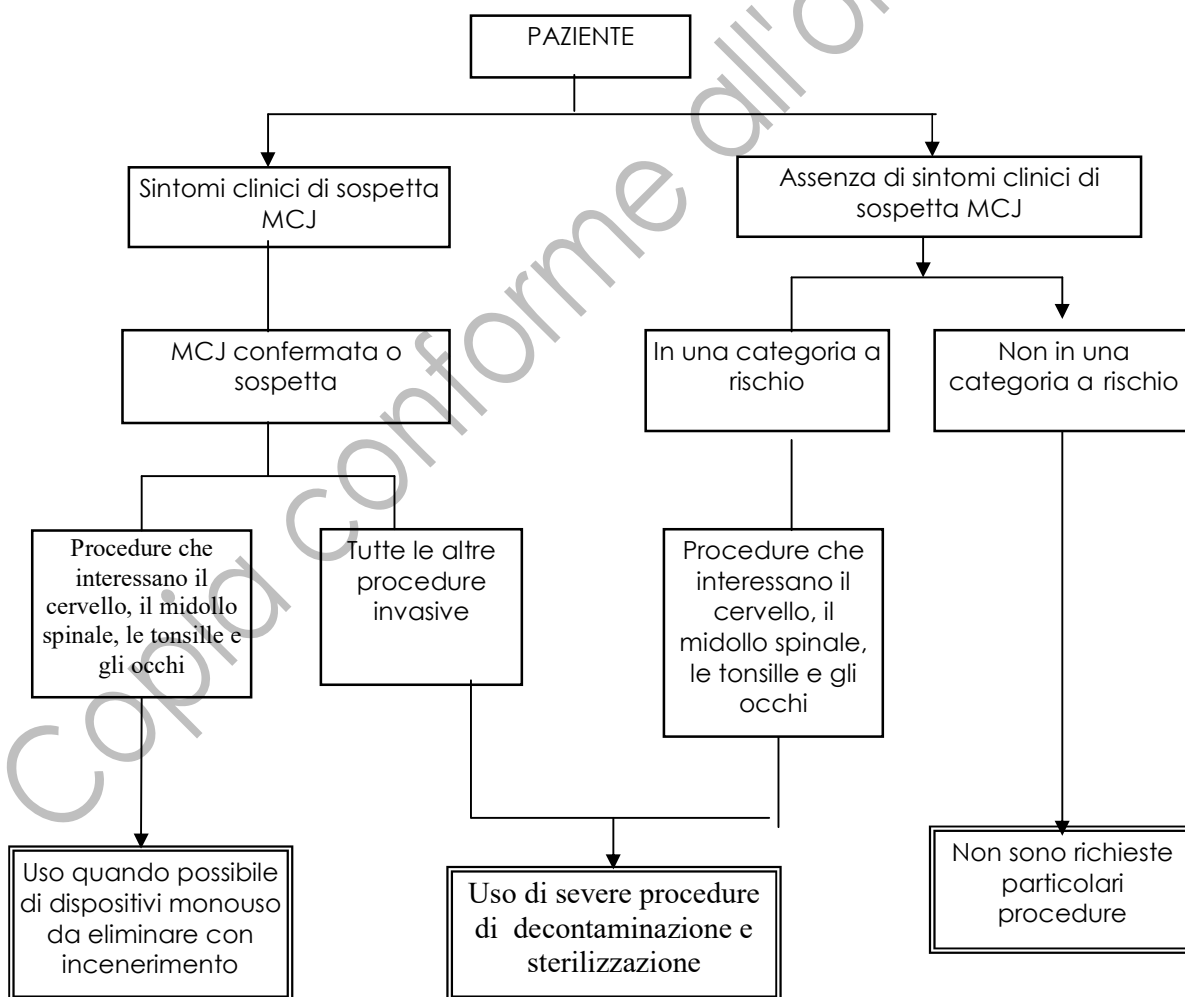
Considerata la gravità della malattia e l'alta resistenza dei prioni, è di fondamentale importanza identificare il grado di rischio di trasmissione prima di effettuare qualsiasi procedura invasiva. Pertanto, le precauzioni da adottare sono correlate sia alla classe di rischio legata al paziente (MCJ accertata o sospetta, pazienti che per anamnesi sono considerati a rischio) sia alla tipologia di prestazione da effettuare (interventi su organi ad alto e basso potenziale di rischio).


Classificazione dei tessuti in base al rischio\*:

- **CATEGORIA I:** alta infettività
  - Cervello
  - Midollo spinale
  - Occhi
- **CATEGORIA II:** media infettività
  - Sistema reticolo endoteliale
  - Tonsille
  - Linfonodi
  - Liquido cerebro-spinale
  - Ileo, colon prossimale
  - Ghiandole surrenali
  - Ipofisi
  - Dura madre
  - Placenta
- **CATEGORIA III:** infettività non definibile
  - Muscoli
  - Cuore
  - Ossa
  - Ghiandole mammarie
  - Latte
  - Siero
  - Urine
  - Feci
  - Saliva
  - Altri tessuti

\*tratto da: *rapporto dell'OMS sui medicinali e altri prodotti in relazione alle encefalopatie spongiformi trasmissibili umane e animali Ginevra 1997*

Processo decisionale per il trattamento dei dispositivi utilizzati in procedure invasive su pazienti con sospetta o accertata MCJ



	Rete ospedaliera	<b>Codice PS.DRO.17</b>	<b>Revisione</b>  0	<b>Pagina</b>  6 di 12
	Procedura specifica: Gestione del paziente con sospetto Morbo di Creutzfeldt-Jakob			

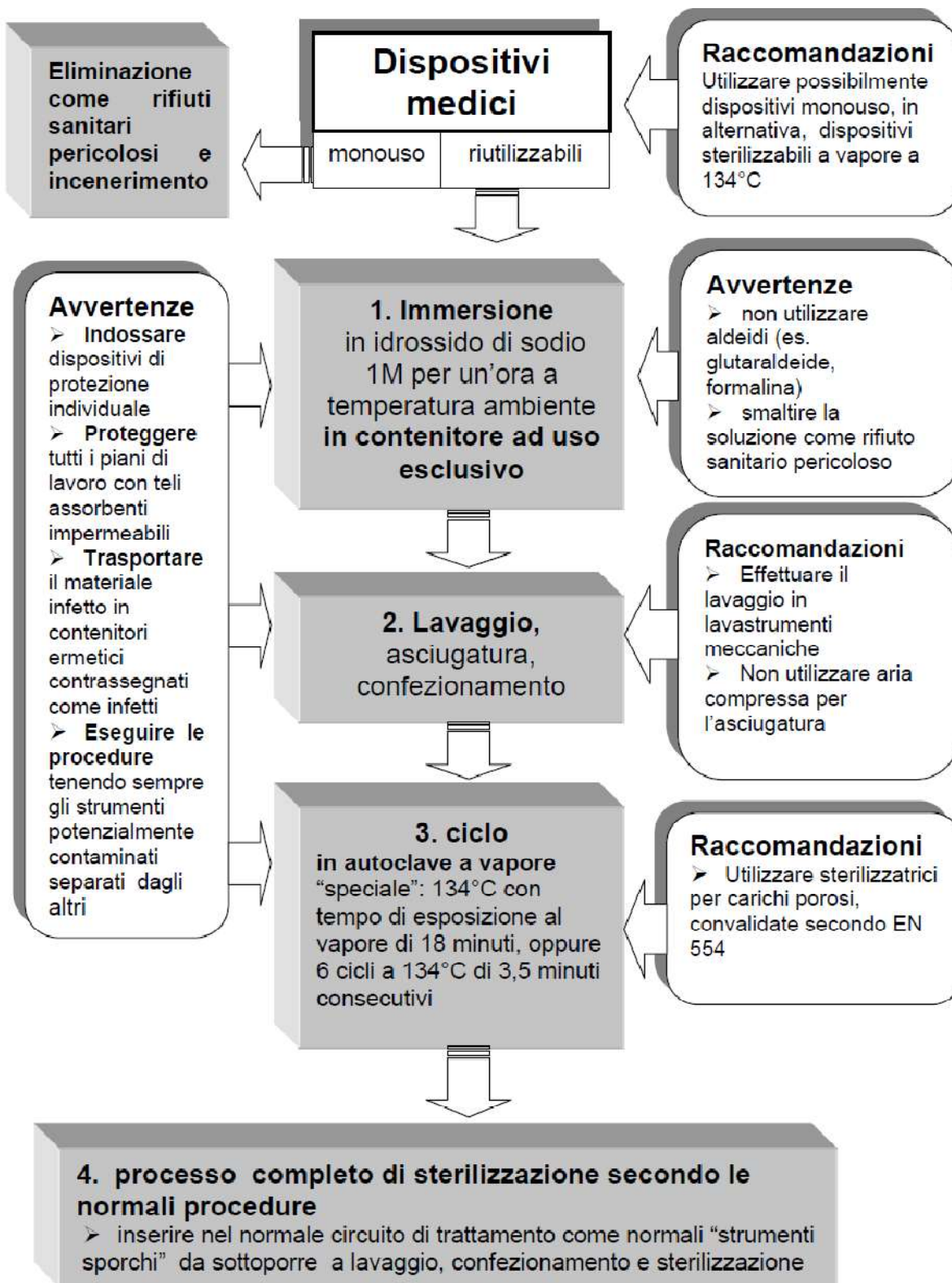
### 5.3 Campioni biologici: raccolta e trasporto


La raccolta ed identificazione dei campioni biotici e liquorali di pazienti con sospetto clinico di MCJ o di soggetti a rischio sono prelevati da personale informato e formato:

- Il personale deve indossare i dispositivi di protezione individuale, camice monouso, doppi guanti, maschera e occhiali di protezione monouso.
- Le provette non devono essere contaminate all'esterno e devono essere inviate nell'apposito contenitore di protezione previsto dalla normativa vigente [Circolare n. 16 del 20 luglio 1994 del Ministero della Sanità "Spedizione di materiali biologici deperibili e potenzialmente infetti"].
- In caso di contaminazione esterna della provetta è necessario procedere a decontaminazione con ipoclorito di sodio 20.000 ppm.
- Particolare cura deve essere posta nell'evitare inoculazioni accidentali o ferite nella preparazione dei campioni.
- Ove possibile, deve essere utilizzata attrezzatura manuale monouso; gli strumenti o loro parti, contaminati da campioni ad alto o basso livello di infettività, devono essere eliminati come rifiuti pericolosi a rischio infettivo, o opportunamente decontaminati con ipoclorito di sodio 20.000 ppm e inviati in Centrale di Sterilizzazione.
- Sangue, urine, feci ed espettorato, di soggetti a rischio, giunti per le indagini cliniche di routine e che non sono stati contaminati da tessuto nervoso, possono essere trattati con procedure standard.
- I campioni devono essere identificati con l'etichetta "Rischio biologico".
- Per gli esami clinici non invasivi (es: RX) non è necessario seguire particolari precauzioni.

### 5.4 Raccomandazioni per il personale

- Quando la procedura diagnostica (es. rachicentesi) è eseguita al letto del malato, deve essere assicurata una pronta disinfezione dell'ambiente, in caso di contaminazione con liquido cefalorachidiano (vedi Procedura di decontaminazione e disinfezione).
- Le procedure odontoiatriche che prevedono contatto con terminazioni nervose (es: terapia endocanalare) devono essere eseguite con strumenti monouso o, se non attuabile, è necessario decontaminarli adeguatamente, prima di essere avviati alla sterilizzazione (vedi Procedura di decontaminazione e disinfezione).
- In caso di gravidanza, il parto deve essere gestito adottando le abituali procedure standard per il controllo delle infezioni: la placenta deve essere trattata come materiale infetto e eliminata come rifiuto pericoloso a rischio infettivo.
- Gli strumenti che non possono essere interamente distrutti per incenerimento devono essere sottoposti al processo di decontaminazione e successiva sterilizzazione (vedi Procedura di decontaminazione e disinfezione): parti rivestibili dello strumentario devono essere protetti con involucri idonei per evitare la contaminazione. Gli strumenti devono comunque essere avviati alla Centrale di Sterilizzazione, dopo il loro utilizzo.
- Per la sala operatoria è necessario adottare misure analoghe alle indicazioni di intervento su paziente infetto; gli interventi andranno programmati a fine seduta.
- Per le superfici (tavolo operatorio, banconi di laboratorio, etc.) è consigliabile evitare di contaminare le superfici utilizzando materiale assorbente e impermeabile; tutti i residui solidi ed i rifiuti ospedalieri devono essere eliminati come rifiuti pericolosi a rischio infettivo.
- Per la decontaminazione delle superfici è necessario utilizzare una soluzione di ipoclorito di sodio 20.000 ppm facendola agire per un'ora.



	Rete ospedaliera	Codice PS.DRO.17	Revisione 0	Pagina 8 di 12
	Procedura specifica: Gestione del paziente con sospetto Morbo di Creutzfeldt-Jakob			

### 5.5 Sorveglianza epidemiologica e procedure al momento della notifica

La sorveglianza di una malattia rara come la MCJ e sindromi correlate ha la finalità di definire le dimensioni del fenomeno e di cogliere tempestivamente l'eventuale comparsa di varianti della malattia. La MCJ e sindromi correlate (GSS, FFI) sono sottoposte a sorveglianza obbligatoria e devono essere segnalate già al sospetto come da D.M. 12 Febbraio 2001 e D.M. 21 Dicembre 2001. Il medico che fa diagnosi, o pone il sospetto, di MCJ deve compilare l'apposita scheda di sorveglianza:

- In Ospedale la scheda verrà inviata alla DSP che avrà cura di inoltrarla all'Igiene Pubblica competente, al Ministero della Salute e all'ISS (Allegato 1).
- Sul Territorio il medico notificatore invierà la scheda all'Igiene Pubblica competente, che avrà cura di inoltrarla al Ministero della Salute e all'ISS (Allegato 1); contestualmente, copia della scheda verrà inviata anche alla DSP, territorialmente competente, per la programmazione degli interventi successivi al decesso.

La Direzione Sanitaria di Presidio dovrà pre-allertare il personale dell'Obitorio di riferimento che predisporrà tutti gli accorgimenti da attuare in caso di decesso, in particolare:

- Verificare la disponibilità di due sacchi per cadavere di cui almeno uno contrassegnato con il simbolo del rischio biologico.
- Verificare la disponibilità di una cella frigo: in caso di impossibilità, contattare il Presidio più vicino, per il trasferimento.

### 5.6 Procedure al momento del decesso

Come definito nel D.M. del 21 Dicembre 2001, sono sottoposti ad esame neuroistopatologico tutti i pazienti deceduti con sospetto clinico di MCJ, per cui è necessario informare il medico curante e la famiglia della obbligatorietà di effettuare il riscontro diagnostico e che, effettuato il riscontro, il cadavere sarà restituito a cassa chiusa, non più riapribile.

#### 5.6.1 Decesso in Ospedale:


##### Personale del setting di ricovero:

1. Avvisare subito il personale della Morgue che provvederà ad informare la DSP nel primo momento utile possibile; la DSP, con il medico referente, provvederanno ad informare la famiglia sulla possibilità della cremazione: la cremazione è l'unica pratica funeraria in grado di distruggere l'agente infettivo, che altrimenti può permanere a lungo nell'ambiente; non trattandosi di obbligo di legge la famiglia può comunque scegliere di non avvalersi di tale indicazione.
2. Avvisare i parenti di:
  - a. Recarsi in ospedale quanto prima se si desidera dare un ultimo saluto al proprio caro; le procedure successive non consentiranno di poter vedere nuovamente la salma, né tantomeno l'esposizione o l'esecuzione di una veglia funebre "a bara aperta".
  - b. Individuare e delegare l'agenzia per le onoranze funebri a cui si desidera affidare le esequie.

##### Personale Morgue/DSP:

1. Il personale della Morgue:




	Rete ospedaliera	Codice PS.DRO.17	Revisione 0	Pagina 9 di 12
	Procedura specifica: Gestione del paziente con sospetto Morbo di Creutzfeldt-Jakob			

- a. Trasferirà la salma nel doppio sacco (l'esterno contrassegnato con i simboli del rischio biologico), la posizionerà sulla silenziosa, coadiuvato dal personale di setting, e trasporterà la salma in obitorio.
- b. Fino all'effettuazione del tanato ECG i sacchi dovranno essere lasciati aperti e si dovrà provvedere a posizionare gli strumenti a disposizione per rilevare eventuali segni vitali.
2. Il medico della DSP:
  - a. Eseguirà gli accertamenti necroscopici (tanato-ECG) nel più breve tempo possibile dal decesso. Ogni DSP si doterà al proposito di sua organizzazione interna.
  - b. Compilerà i moduli per la richiesta dell'accertamento autoptico (Allegato 3).
  - c. Contatterà il Responsabile dell'Anatomia Patologica dell'Ospedale di Bellaria (BO) (329 8066259 - 051 4966740) per concordare l'invio del cadavere, anticipando l'invio della richiesta di trasporto (Allegato 2) e della richiesta di riscontro diagnostico (Allegato 3) al fax 051 6225971. La richiesta di riscontro dovrà essere inviata contestualmente anche all'indirizzo mail: piero.parchi@unibo.it. L'Anatomia Patologica dell'Ospedale di Bellaria è aperta dal lunedì al venerdì ed è in grado di effettuare l'autopsia nell'arco delle 24 ore dalla telefonata e nel tempo di 2 ore dall'arrivo.
3. Il personale della Morgue:
  - a. Dopo l'effettuazione del tanato-ECG, chiuderà in due sacchi, con quello esterno contrassegnato con i simboli del rischio infettivo, e trasferirà il cadavere nella cella frigorifera (+1°-+4°).
  - b. Al momento della conferma della disponibilità da parte dell'Istituto ad eseguire il riscontro autoptico, concordato l'orario scelto per l'invio del cadavere, attiverà la procedura di trasferimento attraverso il servizio SVS (800073330), avendo cura di far trasportare con il cadavere:
    - a) Copia della cartella clinica.
    - b) Copia della denuncia di causa di morte (modello ISTAT), copia del certificato necroscopico, copia del permesso rilasciato dal Comune per il trasferimento all'Ospedale di Bologna e rientro presso la struttura richiedente, l'Allegato 2 e l'Allegato 3.
  - c. Attiverà l'Impresa Funebre scelta dalla famiglia per la consegna della cassa: l'opzione per l'eventuale cremazione dovrà essere espressa al momento della scelta della cassa.
  - d. Consegnerà all'Impresa funebre i fogli di morte (ISTAT, Certificato necroscopico, fuori comune, richiesta di trasferimento all'Ospedale di Bologna e rientro) per il rilascio dei relativi permessi del Comune per il trasporto di cadavere al di fuori della Regione Toscana, rientro presso la struttura richiedente e successivo trasferimento al luogo di sepoltura/cremazione scelto dalla famiglia.
  - e. Con l'aiuto del personale dell'SVS incaricato al trasferimento, si provvederà a trasferire il cadavere, chiuso nei due sacchi e contraddistinto dalla lettera "R" sul sacco esterno, dalla cella frigorifera alla cassa scelta dalla famiglia.
  - f. Dopo le operazioni di R.D. il personale dell'SVS incaricato del trasporto provvederà alla chiusura della cassa in modo conforme alle vigenti disposizioni. Si ricorda che, una volta chiusa, la cassa non potrà più essere aperta.
  - g. Gli oneri del trasporto a Bologna (via Artura 3) ricadranno sull'Ospedale richiedente.
  - h. La risposta dell'esame neuroistopatologico deve essere rinviato a tutti quelli in indirizzo a cui è stata trasmessa la segnalazione.

#### 5.6.2 Decesso sul territorio in Struttura:

I familiari dovranno essere resi consapevoli che al momento del decesso dovranno recarsi quanto prima in Struttura, se desiderano dare un ultimo saluto al proprio caro; le procedure successive non

	Rete ospedaliera	<b>Codice PS.DRO.17</b>	<b>Revisione</b> 0	<b>Pagina</b> 10 di 12
	Procedura specifica: Gestione del paziente con sospetto Morbo di Creutzfeldt-Jakob			

consentiranno di poter vedere nuovamente la salma, né tantomeno l'esposizione o l'esecuzione di una veglia funebre "a cassa aperta".

Sulla base dei protocolli specifici e nel più breve tempo possibile, la salma dovrà essere inserita in doppio sacco contrassegnato (quello esterno) dal simbolo "R" del rischio biologico, senza utilizzo di disinfettante e trasportata all'Obitorio di riferimento con sacco aperto, in attesa di tanato ECG. Al momento del decesso il personale della Struttura dovrà contattare la Centrale del 118 per l'attivazione del trasferimento della salma all'Obitorio individuato. Il medico che constata il decesso (medico della Struttura, medico di continuità assistenziale, medico del 118) deve quindi compilare il certificato di cui alla L.R. n.18 del 4 aprile 2007 (trasporto salma) per consentirne il trasferimento.

Per gli Hospice di Firenze è possibile utilizzare le celle frigorifere dell'obitorio comunale di Careggi, mentre, per tutti gli altri Hospice è necessario far riferimento alle celle frigorifere degli Ospedali di riferimento. Per il trasporto della salma, nel caso in cui l'Obitorio non sia in Struttura, è previsto un accordo Regionale che prevede l'attivazione del carro funebre dell'Associazione, attivabile tramite 118.

Per Firenze l'Obitorio comunale ha autorizzazione del sindaco per il trasporto di cadavere nel comune. Le Cappelle del Commiato (055 326291), responsabile Stefano Dell'Orfanello (055 3262933), sono aperte h/24 per accettare le salme.

La Struttura dove è avvenuto il decesso provvederà ad avvisare il centralino dell'Ospedale di zona per attivare il personale dell'Obitorio di riferimento, se in turno, o il medico reperibile di DSP; per Firenze le funzioni sono svolte dalla DSP territoriale.

Una volta che la salma è giunta in Obitorio, ed è stato eseguito il tanato-ECG dal medico deputato, si seguiranno le stesse procedure dei decessi avvenuti in ospedale.

#### 5.6.3 Decesso al proprio domicilio:


Sulla base dei protocolli specifici e nel più breve tempo possibile, la salma dovrà essere inserita in doppio sacco contrassegnato (quello esterno) dal simbolo "R" del rischio biologico, senza utilizzo di disinfettante, e trasportata all'Obitorio di Riferimento a sacco aperto, in attesa di tanato ECG.

Per tale motivo i familiari dovranno essere resi consapevoli che al momento del decesso dovranno dare un ultimo saluto al proprio caro in quanto le procedure successive non consentiranno di poter vedere nuovamente la salma, né tantomeno l'esposizione o l'esecuzione di una veglia funebre "a cassa aperta".

Il medico che constata il decesso dovrà contattare la Centrale del 118 per l'attivazione del trasferimento della salma all'Obitorio individuato. Si ricorda che il personale deputato al trasferimento dovrà essere munito dei doppi sacchi e del simbolo "R", al momento dell'arrivo a casa del defunto. Contestualmente, il medico dovrà compilare il certificato per trasporto salma di cui alla L.R. 18/2007 barrando la voce "abitazione non adatta all'osservazione" e provvederà ad avvisare il centralino dell'Ospedale di zona per attivare il personale dell'Obitorio di riferimento, se in turno, o il medico reperibile di DSP. Una volta che la salma è giunta in Obitorio, ed è stato eseguito il tanato-ECG dal medico deputato, si seguiranno le stesse procedure dei decessi avvenuti in ospedale.

## 6 Diffusione/conservazione/consultazione/archiviazione

Il redattore è il responsabile della diffusione. Conserva l'originale presso la sede della Rete Ospedaliera, lo rende consultabile sulla Intranet UsI Toscana Centro, diffonde via mail aziendale agli operatori indicati nella lista di diffusione che a loro volta lo diffondono a cascata agli operatori coinvolti.

	Rete ospedaliera	<b>Codice PS.DRO.17</b>	<b>Revisione</b> 0	<b>Pagina</b> 11 di 12
	Procedura specifica: Gestione del paziente con sospetto Morbo di Creutzfeldt-Jakob			

## 7 Allegati

- Allegato 1: Segnalazione dei casi di Malattia di Creutzfeldt-Jakob e sindromi correlate
- Allegato 2: richiesta trasferimento cadavere
- Allegato 3: richiesta effettuazione riscontro autoptico.

## 8 Riferimenti


- Gruppo di lavoro regionale Regione Liguria per il Controllo delle Infezioni Ospedaliere "Prevenzione della diffusione delle malattie da prioni in ambito ospedaliero".
- Istruzione Operativa 1/2001 rev 1/2004 Linee Guida per la pulizia, la disinfezione e il mantenimento dell'asepsi nel Blocco Operatorio, Azienda Ospedaliera San Filippo Neri, Roma.
- Ministero della Sanità Linee guida e norme di sicurezza da osservare in caso di riscontro autoptico su soggetti con probabile malattia di Creutzfeldt-Jakob e sindromi correlate, Roma, 2 dicembre 1996.
- Ministero della sanità: DM 29 settembre 2000 Misure sanitarie di protezione contro le encefalopatie spongiformi trasmissibili (G.U. n° 263 10 novembre 2000, Serie Generale).
- Ministero della Sanità, Decreto del 21 dicembre 2001, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale serie generale n. 8 del 10/01/2002, "Sorveglianza obbligatoria della Malattia di Creutzfeldt-Jakob."
- Accordo Ministero della Salute, Regioni e Province autonome del 22/11/2001 (supp. ordinario n. 14 G.U. n. 19 del 23/01/2002) "Malattia di Creutzfeldt-Jakob in Italia: norme per l'assistenza dei pazienti e per il controllo dell'infezione in ambiente ospedaliero".
- Supplemento ordinario alla GAZZETTA UFFICIALE Serie generale - n.19, Malattia di Creutzfeldt-Jakob in Italia: norme per l'assistenza dei pazienti e per il controllo dell'infezione in ambiente ospedaliero; 23-1-2002.
- D.P.R. 285/90 "Regolamento di Polizia Mortuaria"
- Circolare Ministero Sanità n. 24 del 24/6/1993 – Circolare esplicativa del Regolamento di Polizia Mortuaria.
- L.R.Toscana 4/4/2007 n. 18 "Disciplina del trasporto di salme e di cadaveri" e successive modifiche ed integrazioni
- PA.DRO.01: Gestione del paziente colonizzato/infetto in ambiente ospedaliero

## 9 Indice revisioni

Revisione n°	Data emissione	Tipo modifica	Titolo
0	29/10/2018	PRIMA EMISSIONE	

## 10 Lista di diffusione

- Direzioni Sanitarie di PO
- Dipartimento rete Ospedaliera
- Dipartimento delle Specialistiche Mediche

	Rete ospedaliera	<b>Codice</b> <b>PS.DRO.17</b>	<b>Revisione</b>  0	<b>Pagina</b>  12 di 12
	Procedura specifica: Gestione del paziente con sospetto Morbo di Creutzfeldt-Jakob			

- Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale
- Dipartimento Medicina Generale
- Zone Distretto USL Toscana Centro
- Coordinamento Hospice USL Toscana centro

Copia conforme all'originale