

# EBOLA E CARCERE OGGI

Serena Dell'Isola, Sergio Carbonara, Sergio Babudieri

---

## Introduzione

L'epidemia di malattia da virus Ebola (EVD) in Africa occidentale in corso da dicembre 2013 desta allarme in tutto il mondo, più delle decine di epidemie di Ebola già verificatesi in questo continente negli ultimi 40 anni perché sono mutate le condizioni ambientali e culturali del contesto in cui il virus ha colpito (città più popolose, viaggi frequenti, spostamenti facili e tradizioni radicate stanno rendendo l'epidemia difficile da arginare).

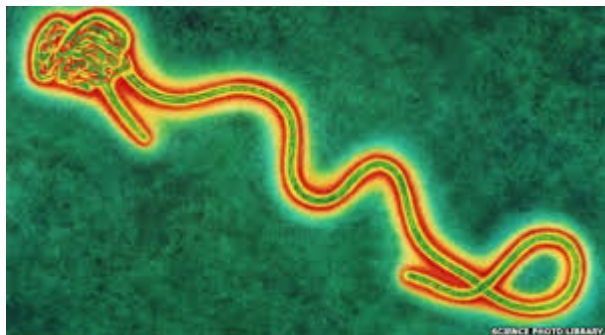
Attualmente sebbene ci sia stato in tutto il mondo un rafforzamento delle misure di sorveglianza, l'OMS e il Centro per il Controllo delle Malattie dell'Unione Europea non raccomandano misure di restrizione di viaggi e movimenti internazionali in relazione all'epidemia di EVD in Africa occidentale. Il Ministero della Salute italiano ha dato per tempo e continua ad aggiornare in tempo reale, disposizioni per il rafforzamento delle misure di sorveglianza.

L'epidemia da virus Ebola, seppur apparentemente lontana dall'Italia, potrebbe comportare nel nostro paese l'osservazione di casi di EVD sospetti o almeno possibili, nonché di contatti di tali casi, specie in ragione dei notevoli flussi migratori verso il nostro Paese e dei viaggi dei numerosi operatori sanitari e umanitari presenti nelle aree colpite. In questo contesto, anche il Sistema penitenziario Italiano, che vede l'ingresso di una proporzione elevata di stranieri, potrebbe trovarsi ad osservare simili pazienti, che vanno ovviamente prontamente identificati già al loro ingresso in Istituto e sottoposti alle necessarie misure preventive del contagio. Tali provvedimenti sono particolarmente necessari in ragione delle note caratteristiche che rendono gli Istituti Penitenziari a peculiare rischio di trasmissione di patologie contagiose (sistema chiuso e spesso sovraffollato, contatti frequenti e protratti tra detenuti, ecc.).

## Il Virus e la Trasmissione

La malattia da virus Ebola è una febbre emorragica grave e spesso fatale per l'uomo e i primati.

Ebola è un virus a Rna, appartenente alla famiglia dei *Filoviridae*, genere *Filovirus*. La trasmissione avviene per contagio interumano attraverso il contatto con sangue e altri fluidi biologici infetti e, in teoria, anche con il trapianto di organi. La trasmissione per via sessuale può verificarsi fino a 7 settimane dopo la guarigione: infatti la permanenza del virus nello sperma è particolarmente prolungata. È inoltre stata provata in laboratorio, in primati del genere Rhesus, la trasmissione aerea del virus Ebola.



Il contagio è più frequente tra familiari e conviventi, per l'elevata probabilità di contatti. Tuttavia avviene anche per contatto con oggetti contaminati. In Africa, dove si sono verificate le epidemie più gravi, le cerimonie di sepoltura e il diretto contatto con il cadavere dei defunti hanno probabilmente avuto un ruolo non trascurabile nella diffusione della malattia.

Inoltre, focolai epidemici si sono verificati in seguito a trasmissione correlata all'assistenza sanitaria, in regime di ricovero o ambulatoriale a seguito del mancato utilizzo di adeguate misure di protezione individuale (maschera, camice e guanti) per prestare cure ai pazienti e per maneggiare il materiale biologico, essenziale per evitare il contagio.

### La Clinica

L'infezione ha un esordio improvviso e un decorso acuto e non è descritto lo stato di portatore. **L'incubazione può andare dai 2 ai 21 giorni** (in media una settimana), a cui fanno seguito manifestazioni cliniche aspecifiche similinfluenzali come febbre, astenia profonda, cefalea, artralgie e mialgie, iniezione congiuntivale, faringite, vomito e diarrea, a volte esantema maculo-papuloso.

**Durante la fase di incubazione il paziente non è contagioso.**

I fenomeni emorragici sia cutanei che viscerali, compaiono in genere al sesto-settimo giorno e sono fatali nel 60-70% dei casi. Si tratta di sanguinamenti principalmente a carico del tratto gastrointestinale (ematemesi e melena) e dei polmoni, ma anche a carico di cute e mucose (petecchie, epistassi, emorragie sottocongiuntivali e gengivali), dell'apparato genitorinario (ematuria, meno-metrorragie), nonché dei siti di punture in corso di assistenza. Non è chiaro quali meccanismi individuali consentano il superamento della malattia, anche se nei soggetti deceduti è descritta una risposta immunitaria sufficiente al momento del decesso.



La diagnosi clinica è difficile nei primissimi giorni, a causa dell'aspecificità dei sintomi iniziali. Può essere notevolmente difficoltosa al di fuori del contesto in cui si verifica il caso (quindi se non in aree epidemiche). Anche in caso di semplice sospetto, è fondamentale l'isolamento del paziente. Non esistono test commerciali disponibili per la diagnosi. Nei primi giorni la conferma del caso si ottiene con l'isolamento del virus (la viremia persiste per 2-3 settimane) attraverso l'inoculazione in colture cellulari di un campione di sangue. Accanto al prelievo di sangue, che comporta un rischio biologico elevato per l'operatore, l'esame può essere condotto anche su altri liquidi corporei (saliva e urine), con invasività minore e probabilità inferiore di esposizione al contagio.

Gli antigeni e il genoma virale si possono identificare con metodi immunoenzimatici (Elisa) e attraverso la *polymerase chain reaction* (Pcr). In una fase più tardiva, è possibile effettuare una diagnosi sierologica per la ricerca degli anticorpi IgM o IgG, con metodo immunoenzimatico o di immunofluorescenza indiretta, quest'ultimo meno sensibile. Talvolta può essere necessaria la diagnosi *post mortem* che prevede l'identificazione degli antigeni virali su biopsia cutanea.

La diagnosi è affidata a laboratori di riferimento idonei, che devono garantire la manipolazione di agenti infettivi di classe 4 in specifiche aree con livello di biosicurezza 4 (BSL 4).

Non esistono interventi specifici ufficialmente riconosciuti e la terapia è sintomatica. In particolare, vanno controllati e trattati l'equilibrio idro-elettrolitico, l'ossigenazione, la pressione arteriosa e le eventuali sovrainfezioni. Le possibilità terapeutiche che sono state impiegate in emergenza ed hanno dati risultati incoraggianti sono le sieroterapie come il siero Zmapp (siero, prodotto nelle

piante di tabacco ingegnerizzate, e' costituito da tre anticorpi monoclonali, proteine che si legano alle cellule infette favorendo la reazione del sistema immunitario) impiegato sui due missionari statunitensi che ricevendolo sono guariti. Il problema nasce dalla necessità di somministrazione precoce (entro 48h) per rendere possibile l'effetto curativo e dal percorso ufficiale della sperimentazione. Ad oggi non esistono vaccini

### **La prevenzione**

La prevenzione si affida al rispetto delle misure igienico sanitarie, alla capacità di una diagnosi clinica e di laboratorio precoci e all'isolamento dei pazienti. I pazienti devono essere, infatti, isolati fino al termine della fase viremica (circa 3 settimane dall'esordio della malattia). Vanno sottoposti a sorveglianza sanitaria presso strutture ospedaliere anche i contatti ad alto rischio, cioè tutti coloro potenzialmente infettati dal materiale biologico di un caso. Nessuna misura è invece prevista per i contatti casuali (*per definizioni vedi: Ministero della Salute. Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie. Febbri Emorragiche Virali (FEV) - Raccomandazioni e indicazioni per il trasporto. 16/10/2006.*)

Per il personale sanitario che ha in cura i casi accertati o sospetti, è fondamentale evitare il contatto con il sangue e le secrezioni corporee utilizzando adeguate attrezzature per la protezione individuale (maschera, guanti, camice e/o tuta, sovrascarpe, occhiali), che vanno correttamente indossati da personale adeguatamente formato e, soprattutto, rimossi utilizzando tutto il tempo necessario ad evitare contatti diretti dell'operatore con le superfici potenzialmente contaminate. In tal modo, se tutto questo è ben eseguito, non ci sono rischi di essere infettati.



### **L'Epidemia attuale**

Da dicembre 2013 è in corso in Africa occidentale la più grande epidemia di Ebola mai riscontrata sia per il numero di focolai attivi di infezione che per il numero di casi e di decessi riportati. Sono stati individuati dall'OMS tre fattori che contribuiscono a favorire la trasmissione dell'infezione:

1. Credenze e pratiche tradizionali nei paesi colpiti che contrastano con le azioni di prevenzione individuale e di sanità pubblica raccomandate. Questo contrasto genera un clima di sfiducia, apprensione e resistenza.
2. La rilevante mobilità della popolazione all'interno dei singoli paesi e transfrontaliera favorita dalla presenza di comunità omogenee insediate lungo i confini che condividono attività socio-culturali.
3. La difficoltà di realizzare in modo capillare misure di contenimento efficaci data l'eccezionale estensione dell'epidemia.

I Paesi colpiti hanno intensificato le attività di sorveglianza e identificazione attiva dei casi, il controllo delle infezioni nosocomiali e le misure di prevenzione individuali e di salute pubblica con il supporto di organizzazioni internazionali, di organizzazioni governative nazionali e di ONG.

Il numero totale di casi (probabili e confermati) aggiornato al 10 Ottobre 2014 è di 8.470 casi di cui 4.076 deceduti, con una mortalità del 48%. I paesi colpiti sono Liberia (4.076 casi), Sierra Leone (2.950) e Guinea (1.350), con casi d'importazione fino ad oggi controllati in Nigeria (20), Senegal (1), Spagna (1) e Stati Uniti (1). In Congo sono segnalati 71 casi con 43 decessi, ma causati da un

ceppo virale non correlabile a quello dell'epidemia principale e con diffusione prevalentemente rurale.

E' possibile che i casi siano sottostimati per la difficoltà di accedere da parte dei servizi sanitari a tutti i villaggi coinvolti ed alla reticenza per motivi culturali e per paura di stigma ed isolamento da parte dei pazienti ed i loro familiari.

Il Ministero della Salute italiano ha dato per tempo, e continua ad aggiornare in tempo reale, disposizioni per il rafforzamento delle misure di sorveglianza nei punti di ingresso internazionali (porti e aeroporti presidiati dagli Uffici di Sanità Marittima, Aerea e di Frontiera – USMAF) e sono state date indicazioni affinché il rilascio della libera pratica sanitaria alle navi che nei 21 giorni precedenti abbiano toccato uno dei porti dei Paesi colpiti avvenga solo dopo verifica, da parte dell'USMAF, della situazione sanitaria a bordo. Per ciò che concerne gli aeromobili è stata richiamata la necessità della immediata segnalazione di casi sospetti a bordo per consentire il dirottamento dell'aereo su uno degli aeroporti sanitari italiani designati ai sensi del Regolamento Sanitario Internazionale 2005.

Infine l'Italia, a differenza di altri Paesi Europei, non ha collegamenti aerei diretti con i Paesi affetti e altri paesi europei stanno implementando misure di sorveglianza negli aeroporti.

Riguardo le condizioni degli immigrati irregolari provenienti dalle coste africane via mare, la durata di questi viaggi fa sì che persone che si fossero eventualmente imbarcate mentre la malattia era in incubazione manifesterebbero i sintomi durante la navigazione e sarebbero, a prescindere dalla provenienza, valutati per lo stato sanitario prima dello sbarco, come sta avvenendo attraverso l'operazione Mare Nostrum.

### **Il rischio potenziale per il Sistema Penitenziario Italiano:**

L'epidemia da virus Ebola, seppur apparentemente lontana dall'Italia, protetta da un attento sistema di sorveglianza, potrebbe interessare anche un sistema chiuso e particolarmente a rischio come quello penitenziario, per le ragioni sopra esposte.

In particolar modo responsabili potrebbero essere narcotrafficanti di ovuli (i cosiddetti "muli") che, provenienti da paesi in cui è diffusa l'epidemia per via indiretta (tramite scali in altri paesi), o per via diretta da paesi contigui in cui si sono spostati arrivati nei nostri aeroporti ed identificati sono arrestati immediatamente. Questo percorso potrebbe essere notevolmente più breve del periodo di incubazione della malattia.

Un caso solo di infezione da Ebola in una comunità chiusa e ristretta come quella del carcere potrebbe avere conseguenze drammatiche a livello epidemico e coinvolgerebbe tutte le figure presenti (detenuti, personale sanitario, personale di polizia penitenziaria)

**SIMSPE-ONLUS, IN QUALITÀ DI ORGANISMO TECNICO DI MEDICINA E SANITÀ PENITENZIARIA, SEGNA LA NECESSITÀ DI NON FARSI TROVARE IMPREPARATI DI FRONTE AD UN POTENZIALE E GRAVISSIMO RISCHIO INFETTIVO.**

APPARE MANDATORIO CHE:

A) L'AREA SANITARIA DI OGNI ISTITUTO PENITENZIARIO CONDIVIDA CON LA DIREZIONE SANITARIA DELL'AZIENDA TERRITORIALE OD OSPEDALIERA DI APPARTENENZA, UN PROTOCOLLO OPERATIVO LOCALE POSSIBILMENTE ADEGUATO ALLE SEGUENTI RACCOMANDAZIONI:

- CHE SIA CONTESTUALIZZATO ALLA SITUAZIONE SPECIFICA DI CIASCUN ISTITUTO PENITENZIARIO E CHE CONTENGA LA PRECISA INDIVIDUAZIONE DI LUOGHI IDONEI, PERCORSI E RESPONSABILITÀ;
- CHE SIA RESO DISPONIBILE UN LUOGO ACCESSIBILE CON UNA SUFFICIENTE SCORTA DEDICATA DI DPI (DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE), ALMENO PER LA GESTIONE DI 2-3 EVENTUALI CASI;

- CHE IL DOCUMENTO FINALE VENGA DIVULGATO CAPILLARMENTE TRA TUTTI GLI OPERATORI SANITARI ED IL PERSONALE DI POLIZIA PENITENZIARIA;
- CHE SIANO PREVISTI PER TUTTI GLI OPERATORI PENITENZIARI, INCONTRI FORMATIVI SUL PROTOCOLLO, COMPRENSIVI DI SIMULAZIONE PRATICA, IN SPECIAL MODO RIGUARDO ALLA VESTIZIONE/SVESTIZIONE DEI DPI.

B) TUTTI I MEDICI OPERANTI IN ISTITUTI PENITENZIARI, IN PARTICOLARE QUELLI CHE SI OCCUPANO DELLE VISITE DI PRIMO INGRESSO:

1. RICHIEDANO NEL CORSO DELLA VISITA IL TEMPO DI PERMANENZA IN ITALIA PRIMA DELL'ARRESTO, IDENTIFICANDO COLORO CHE VI SONO GIUNTI DA MENO DI 21 GIORNI;
2. RICHIEDANO IL PERCORSO GEOGRAFICO EFFETTUATO PRIMA DELL'ARRESTO (LA DOMANDA CHIAVE DOVRÀ ESSERE: "IN QUANTI PAESI È STATO NEL CORSO DELLE ULTIME TRE SETTIMANE?");
3. IDENTIFICHINO SE IL DETENUTO NUOVO GIUNTO PROVENGA DA UNO DEI SEGUENTI PAESI AFRICANI INTERESSATI DALL'EPIDEMIA OVVERO CONFINANTI CON QUELLI: **SENEGAL, GAMBIA, GUINEA, GUINEA-BISSAU, MALI, SIERRA LEONE, LIBERIA, COSTA D'AVORIO, GHANA, BURKINA FASO, TOGO, BENIN, NIGERIA;**
4. CONOSCANO NEL DETTAGLIO IL MOTIVO DEL REATO PER CUI IL NUOVO GIUNTO ENTRA IN CARCERE (RISCHIO ELEVATO SE CORRIERE DELLA DROGA).
5. VISITINO IL PAZIENTE PONENDO PARTICOLARE ATTENZIONE ALLA PRESENZA DI FEBBRE >38°C E/O A STORIA DI FEBBRE NELLE ULTIME 24 ORE, EVENTUALMENTE ACCOMPAGNATA DA CEFALEA, MAL DI GOLA, DIARREA, VOMITO, MALESSERE GENERALE;
6. IN CASO DI SOSPETTO (PROVENIENZA SOSPETTA + SINTOMI CLINICI EVIDENTI) IL MEDICO PENITENZIARIO CHE LO OSSERVA DOVRÀ:
  - a. ATTIVARE IMMEDIATAMENTE IL PROTOCOLLO DIAGNOSTICO PREVISTO PER EBOLA NELLA PROPRIA REGIONE;
  - b. PORRE IN ESSERE LE MISURE PRECAUZIONALI PER L'ISOLAMENTO DA CONTATTO;
  - c. RICHIEDERE L'IMMEDIATO INTERVENTO DELLO SPECIALISTA INFETTIVOLOGO PER LA CONFERMA O MENO DEL CASO SOSPETTO;
  - d. PROVVEDERE, IN CASO DI CONFERMA, ALL'INVIO TRAMITE AMBULANZA PRESSO LA PIÙ VICINA U.O. DI MALATTIE INFETTIVE;
  - e. IN ASSENZA O IN CASO DI NON REPERIBILITÀ DELLO SPECIALISTA, IL MEDICO PRESENTE NELL'ISTITUTO PROVVEDERÀ, TRAMITE ACCORDI IMMEDIATI CON LA PIÙ VICINA U.O. DI MALATTIE INFETTIVE, ALL'INVIO IN AMBULANZA DEL PAZIENTE PRESSO LA STESSA.



**S.I.M.S.Pe. – onlus**  
**Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria**

Il Presidente

---

Al Sig. Ministro della Salute

-

Al Sig. Ministro della Giustizia

**Oggetto: Virus Ebola e Carcere**

Pur essendo improbabile che il virus Ebola possa interessare il nostro Paese e, segnatamente il Sistema Penitenziario Italiano, la Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria desidera sottolineare come nel corso del 2013 gli stranieri abbiano rappresentato il **43,5%** dei nuovi ingressi in carcere con il **13,6% (3.000-3.500)** di questi provenienti dall’Africa sub-sahariana e, pertanto, raccomanda che anche i medici incaricati di visitare detenuti nuovi giunti provenienti dalla libertà, pongano la massima attenzione a quanto già indicato dal Ministero della Salute riguardo le persone provenienti da paesi africani attualmente interessati dall’epidemia.

In caso di nuovo detenuto con sospetto Ebola, generato da:

- a) provenienza da Paesi Africani interessati dall’epidemia da non oltre 21 giorni,
- b) contemporanea presenza di febbre >38°C e/o storia di febbre nelle ultime 24 ore, cefalea, mal di gola, diarrea, vomito, malessere generale,

appare opportuno:

- attivare immediatamente, se presente, il protocollo diagnostico previsto per Ebola nella propria Regione;
- porre in essere le misure precauzionali per l’isolamento da contatto;
- richiedere l’immediato intervento dello Specialista Infettivologo per la conferma o meno del caso sospetto;
- in caso di conferma, l’invio tramite ambulanza presso la più vicina U.O. di Malattie Infettive;
- in assenza o in caso di non reperibilità dello specialista, il medico presente nell’Istituto provvederà, tramite accordi immediati con la più vicina U.O. di Malattie Infettive, all’invio in ambulanza del paziente presso la stessa.

Tutte le procedure previste, sia sanitarie che finalizzate alla sicurezza pubblica, poste in essere successivamente all’ipotesi di sospetto caso di Ebola, dovranno svolgersi scrupolosamente e con rapidità, nell’assoluto rispetto del paziente.

Si invia, se gradita, nota tecnico-didattica specifica sull’argomento, per eventuale diffusione ai Sig.ri Direttori Sanitari delle Aziende Sanitarie e/o Ospedaliere che hanno in carico la gestione della Salute delle persone detenute e per conoscenza ai Sig.ri Direttori degli Istituti Penitenziari.

Il Presidente  
(Prof. Sergio Babudieri)

A total of 8399 confirmed, probable, and suspected cases of Ebola virus disease (EVD) have been reported in seven affected countries (Guinea, Liberia, Nigeria, Senegal, Sierra Leone, Spain, and the United States of America) up to the end of 8 October. There have been 4033 deaths. Following the WHO Ebola Response Roadmap structure<sup>1</sup>, country reports fall into two categories: 1) those with widespread and intense transmission (Guinea, Liberia, and Sierra Leone); and 2), those with an initial case or cases, or with localized transmission (Nigeria, Senegal, Spain, and the United States of America). An overview of the situation in the Democratic Republic of the Congo, where a separate, unrelated outbreak of EVD is occurring, is also provided (see Annex 1).

### 1. COUNTRIES WITH WIDESPREAD AND INTENSE TRANSMISSION

8376 (probable, confirmed and suspected; see Annex 2) cases and 4024 deaths from EVD have been reported up to the end of 7 October 2014 by the Ministries of Health of Guinea and Liberia, and up to the end of 8 October by the Ministry of Health of Sierra Leone (table 1).

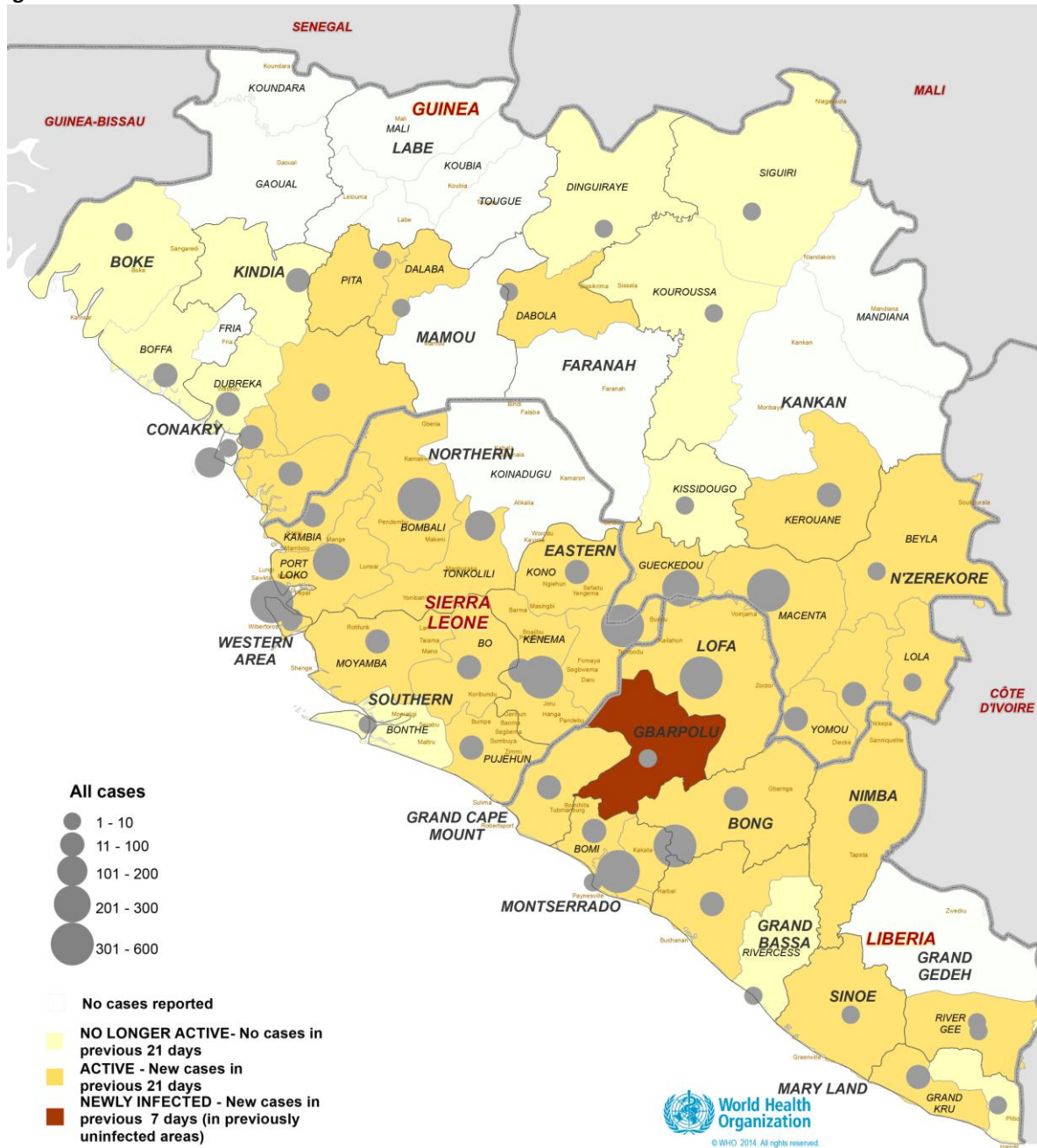
**Table 1: Ebola virus disease cases and deaths in Guinea, Liberia, and Sierra Leone**

Country	Case definition	Cases	Deaths
Guinea	Confirmed	1097	598
	Probable	180	180
	Suspected	73	0
	<b>All</b>	<b>1350</b>	<b>778</b>
Liberia	Confirmed	943*	1072*
	Probable	1874	725
	Suspected	1259	519
	<b>All</b>	<b>4076</b>	<b>2316</b>
Sierra Leone	Confirmed	2593	753
	Probable	37**	142**
	Suspected	320	35
	<b>All</b>	<b>2950</b>	<b>930</b>
<b>Total</b>		<b>8376</b>	<b>4024</b>

*\*In Liberia, 129 more confirmed deaths have been reported than have confirmed cases. In addition, the total number of confirmed cases is a relatively small proportion of all cases in Liberia, compared with Guinea and Sierra Leone. Laboratory capacity for case confirmation is being increased. \*\*In Sierra Leone, 105 more probable deaths have been reported than have probable cases. Data are based on official information reported by Ministries of Health up to the end of 7 October 2014 for Guinea and Liberia, and 8 October 2014 for Sierra Leone. These numbers are subject to change due to on-going reclassification, retrospective investigation and availability of laboratory results.*

1 The Ebola Response Roadmap is available at: <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/response-roadmap/en/>.

**Figure 1: Distribution of Ebola virus disease cases in countries with intense transmission**



Data are based on official information reported by Ministries of Health up to the end of 7 October 2014 for Guinea and Liberia, and 8 October 2014 for Sierra Leone. The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Figure 1 shows the location of cases throughout the countries with widespread and intense transmission. In Liberia, the rural district of Gbarpolu, has reported its first two confirmed cases.

Exposure of health-care workers (HCWs) to EVD continues to be an alarming feature of this outbreak. As of 8 October, 416 HCWs are known to have developed EVD (74 in Guinea, 201 in Liberia, 11 in Nigeria and 129 in Sierra Leone, and one in Spain). 233 HCWs have died as a result of EVD infection (38 in Guinea, 95 in Liberia, five in Nigeria, 95 in Sierra Leone). Investigations into HCW exposures are ongoing.



## 2. COUNTRIES WITH AN INITIAL CASE OR CASES, OR WITH LOCALIZED TRANSMISSION

Four countries, Nigeria, Senegal, Spain, and the United States of America have now reported a case or cases imported from a country with widespread and intense transmission. In Nigeria, there have been 20 cases and eight deaths. In Senegal, there has been one case, but as yet there have been no deaths or further suspected cases attributable to Ebola (table 2).

**Table 2: Cases of Ebola virus disease in Nigeria, Senegal, and the United States of America**

Country	Case definition	Cases	Deaths
<b>Nigeria</b>	Confirmed	19	7
	Probable	1	1
	Suspected	0	0
	<b>All</b>	<b>20</b>	<b>8</b>
<b>Senegal</b>	Confirmed	1	0
	Probable	0	0
	Suspected	0	0
	<b>All</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>Spain</b>	Confirmed	1	0
	Probable	*	*
	Suspected	*	*
	<b>All</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>United States</b>	Confirmed	1	1
	Probable	*	*
	Suspected	*	*
	<b>All</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Total</b>		<b>23</b>	<b>9</b>

*Data reported are based on official information reported by Ministries of Health. These numbers are subject to change due to on-going reclassification, retrospective investigation and availability of laboratory results. \*No data available.*

On 30 September 2014, the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO) was informed of the first confirmed imported case of EVD in the United States. The patient passed away on 8 October. On 6 October 2014, WHO was informed of the first confirmed case of human-to-human transmission of EVD in Spain, after a HCW tested positive for EVD after treating a patient who had been repatriated from West Africa. This case represents the first human-to-human transmission of EVD outside Africa. So far there have been no further reports of EVD infection in Spain or the United States of America.

In Nigeria, all 891 contacts have now completed 21-day follow-up (362 contacts in Lagos, 529 contacts in Port Harcourt). A second EVD-negative sample was obtained from the last confirmed

case on 8 September (32 days ago). In Senegal, all contacts have now completed 21-day follow-up, with no further cases of EVD reported. A second EVD-negative sample was obtained from the single confirmed case in Senegal on 5 September (35 days ago). In the United States of America, 48 possible contacts are being followed up for 21 days from the date of their potential exposure to EVD. In Spain, identification of close contacts for daily monitoring is under way.

## **ANNEX 1. EBOLA OUTBREAK IN THE DEMOCRATIC REPUBLIC OF THE CONGO**

As at 7 October 2014, there have been 71 cases (31 confirmed, 26 probable, 14 suspected) of Ebola virus disease (EVD) reported in the Democratic Republic of the Congo, including eight among health-care workers (HCWs). In total, 43 deaths have been reported, including eight among HCWs.

830 contacts have now completed 21-day follow-up. Of 291 contacts currently being monitored, all (100%) were seen on 7 October, the last date for which data has been reported. This outbreak is unrelated to that affecting Guinea, Liberia, Nigeria, Senegal and Sierra Leone, Spain, and the United States of America.

## **ANNEX 2. CRITERIA USED TO CLASSIFY EBOLA CASES**

Ebola cases are classified as suspected, probable, or confirmed depending on whether they meet certain criteria (table 3).

**Table 3: Ebola case-classification criteria**

<b>Classification</b>	<b>Criteria</b>
<b>Suspected</b>	Any person, alive or dead, who has (or had) sudden onset of high fever and had contact with a suspected, probable or confirmed Ebola case, or a dead or sick animal OR any person with sudden onset of high fever and at least three of the following symptoms: headache, vomiting, anorexia/ loss of appetite, diarrhoea, lethargy, stomach pain, aching muscles or joints, difficulty swallowing, breathing difficulties, or hiccup; or any person with unexplained bleeding OR any sudden, unexplained death.
<b>Probable</b>	Any suspected case evaluated by a clinician OR any person who died from 'suspected' Ebola and had an epidemiological link to a confirmed case but was not tested and did not have laboratory confirmation of the disease.
<b>Confirmed</b>	A probable or suspected case is classified as confirmed when a sample from that person tests positive for Ebola virus in the laboratory.