



MALATTIE INFETTIVE: sorveglianze speciali

PARTE II - Istruzioni operative



REGIONE DEL VENETO

**Assessorato alla Sanità
Segreteria Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione**

Malattie infettive: sorveglianze speciali

PARTE II – Istruzioni operative

Redazione a cura di:

Margherita Bellè, Edoardo Chiesa, Rita Dal Zotto, Nadia Della Vecchia, Rosanna Ledri, Giuseppina Napoletano, Claudia Perelli, Donatella Rizzato, Francesca Russo, Andrea Todescato, Lucrezia Tognon, Francesca Zanella.

Stampa: Tipografia Fincato – Vicenza

Copia del volume può essere scaricata dal sito Internet della Regione del Veneto all'indirizzo:
<http://www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Prevenzione/Malattie+Infettive/>

PREMESSA

In questa seconda parte del documento “Malattie infettive: sorveglianze speciali” vengono sintetizzate, attraverso delle flow chart, le istruzioni operative per alcune malattie di particolare rilievo e per le quali è necessario intraprendere adeguate misure di prevenzione.

Tali istruzioni rappresentano uno strumento di supporto di facile e rapida consultazione per gli operatori sanitari dei Dipartimenti di Prevenzione, Distretti Sanitari di Base, Direzioni dei Presidi Ospedalieri e per i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera scelta.

L'uso e la forma degli stampati ad esse allegati possono essere adattati alla situazione locale.

La sua finalità è quella di aiutare l'operatore sanitario ad individuare facilmente le azioni da intraprendere nell'ambito della gestione del caso.

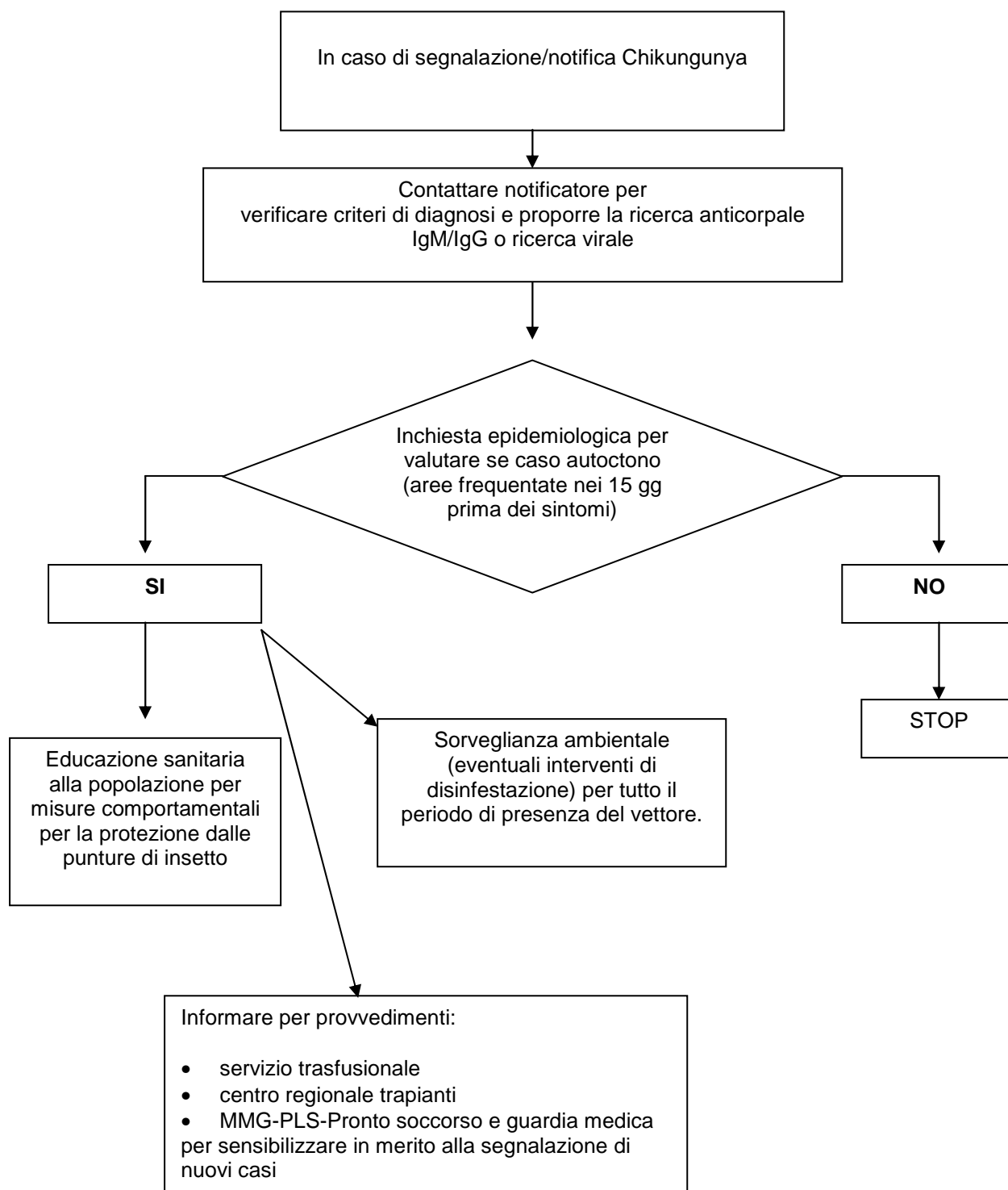
INDICE

Premessa

pag. 7	Chikungunya
8	Forme invasive da Haemophilus Influenzae
10	Forme invasive da Neisseria Meningitidis
16	Infezione da Rosolia in gravidanza/Sindrome da rosolia congenita
17	Legionellosi
23	Morbillo
24	Pediculosi
25	Rabbia
26	Scabbia
33	Tossinfezioni alimentari
44	Tubercolosi
45	West-Nile

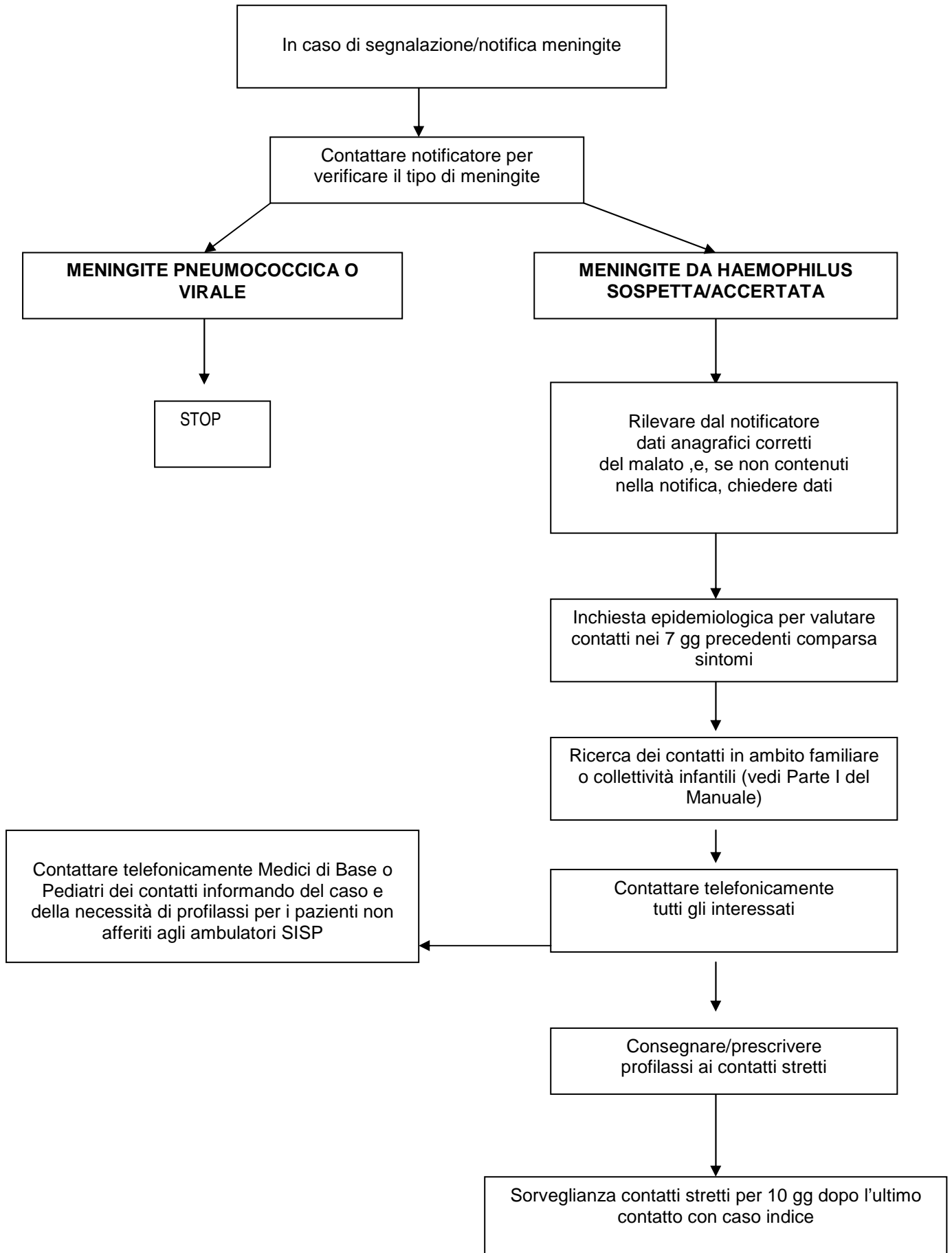
ISTRUZIONI OPERATIVE

CHIKUNGUNYA



ISTRUZIONI OPERATIVE

FORME INVASIVE DA HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B



ELENCO CONTATTI: caso indice _____

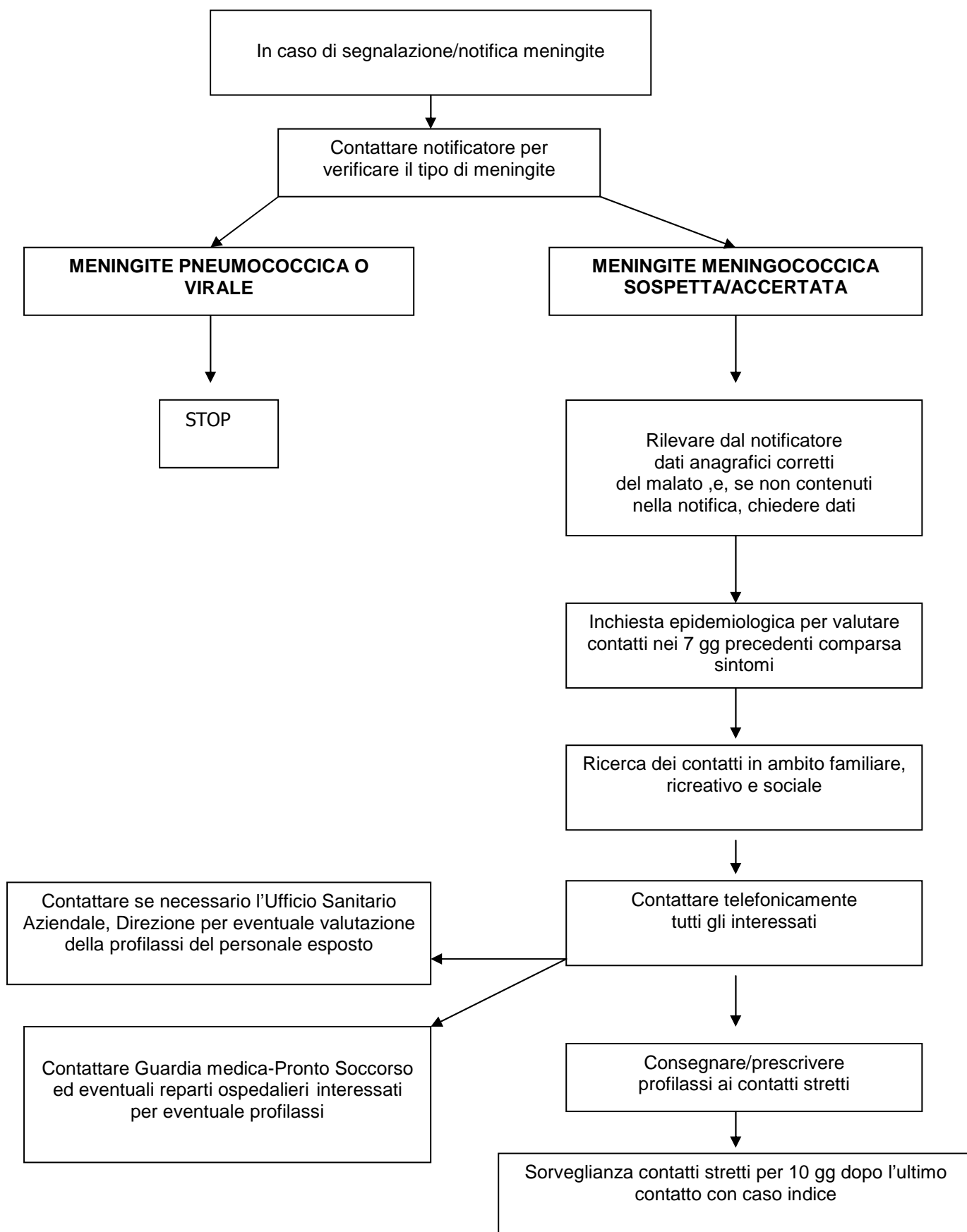
COGNOME NOME	INDIRIZZO	TEL.	CONTATTATO IN DATA \ORE	PROFILASSI PRESCRITTA il	PROFILASSI CONSEGNATA il	Medico di base

PROFILASSI CONSIGLIATA:

Farmaci: Rifampicina: 20 mg/Kg per os 1 volta al giorno (Max 600 mg/die) per 4 giorni.
Nei lattanti di età ≤ 1 mese il dosaggio è di 10 mg/kg.
(avvisare i genitori che il farmaco produce urina rossastra)

ISTRUZIONI OPERATIVE

FORME INVASIVE DA NEISSERIA MENINGITIDIS



Notifica di meningite meningococcica o sospetta tale

Sig _____ nato a _____ il _____

Residente __a _____ via _____

nr.telefonico _____ sintomi malattia insorti il _____

scuola frequentata _____

sita a _____

classe _____

Ditta \Azienda\sede lavoro _____

sita a _____

_____ via _____ tel _____

luoghi frequentati nelle 48 ore precedenti il ricovero\sospetto malattia _____

Altre informazioni utili:

_____ li _____ ore _____

Firma

Prot. _____

Al Dirigente Scolastico
Scuola _____

e p.c.

Al Sig. Sindaco del
Comune di _____

Oggetto : **caso di sospetta meningite meningococcica**

A seguito della notifica di un caso di meningite meningococcica insorta il _____ a carico dell'alunno _____ frequentante la classe _____ di codesto istituto, **si chiede con la massima urgenza l'elenco dei ragazzi frequentanti la classe _____, degli insegnanti e di coloro i quali avessero comunque avuto contatti stretti con _____ nelle giornate di _____, aggiornato con indirizzo e recapito telefonico, se in vostro possesso.**

Questo Servizio è a disposizione per eventuali informazioni

- per garantire un accesso presso la scuola qualora ritenuto opportuno,
- per la consegna delle prescrizioni farmacologiche necessarie
- per la consegna diretta del farmaco

Sarà cura di questo Servizio contattare telefonicamente tutti gli interessati per le prescrizioni del caso.

Si fa presente che non è necessaria la chiusura dell'istituto quale misura di profilassi, né alcun tipo di disinfezione, né il trattamento preventivo con antibiotico per chi non è stato in contatto con il paziente.

Distinti saluti

Prot. _____

Al Dirigente Ditta\Azienda

e p.c.

Al Sig. Sindaco del
Comune di

Oggetto : **caso di sospetta meningite meningococcica**

A seguito della notifica di un caso di meningite meningococcica insorta il _____ a carico del Sig\Sig.ra _____ dipendente di codesto Ditta\Azienda, **si chiede con la massima urgenza l'elenco dei dipendenti e di coloro i quali avessero comunque avuto contatti stretti con _____ nelle giornate di _____, aggiornato con indirizzo e recapito telefonico, se in vostro possesso.**

Questo Servizio è a disposizione per eventuali informazioni

- per garantire un accesso presso la Ditta qualora ritenuto opportuno,
- per la consegna delle prescrizioni farmacologiche necessarie
- per la consegna diretta del farmaco

Sarà cura di questo Servizio contattare telefonicamente tutti gli interessati per le prescrizioni del caso.

Si fa presente che non è necessaria la chiusura dell'istituto quale misura di profilassi, né alcun tipo di disinfezione, né il trattamento preventivo con antibiotico per chi non è stato in contatto con il paziente

Distinti saluti

Prot. _____

Al Sig Medico di Base
del Sig

Gent.mo collega,

A seguito della segnalazione di un caso di meningite batterica in paziente che ha avuto contatti con il Suo assistito negli ultimi giorni, si è ritenuto opportuno, al fine di attuare la necessaria profilassi farmacologica, contattare il Suo assistito e fornirgli il farmaco necessario per tale profilassi.

Unitamente al farmaco è stato fornito il foglietto illustrativo. Si è altresì consigliato di contattare il proprio medico curante per la valutazione delle eventuali controindicazioni.

Nel ringraziarti per la collaborazione, porgo cordiali saluti.

ELENCO CONTATTI: caso indice _____

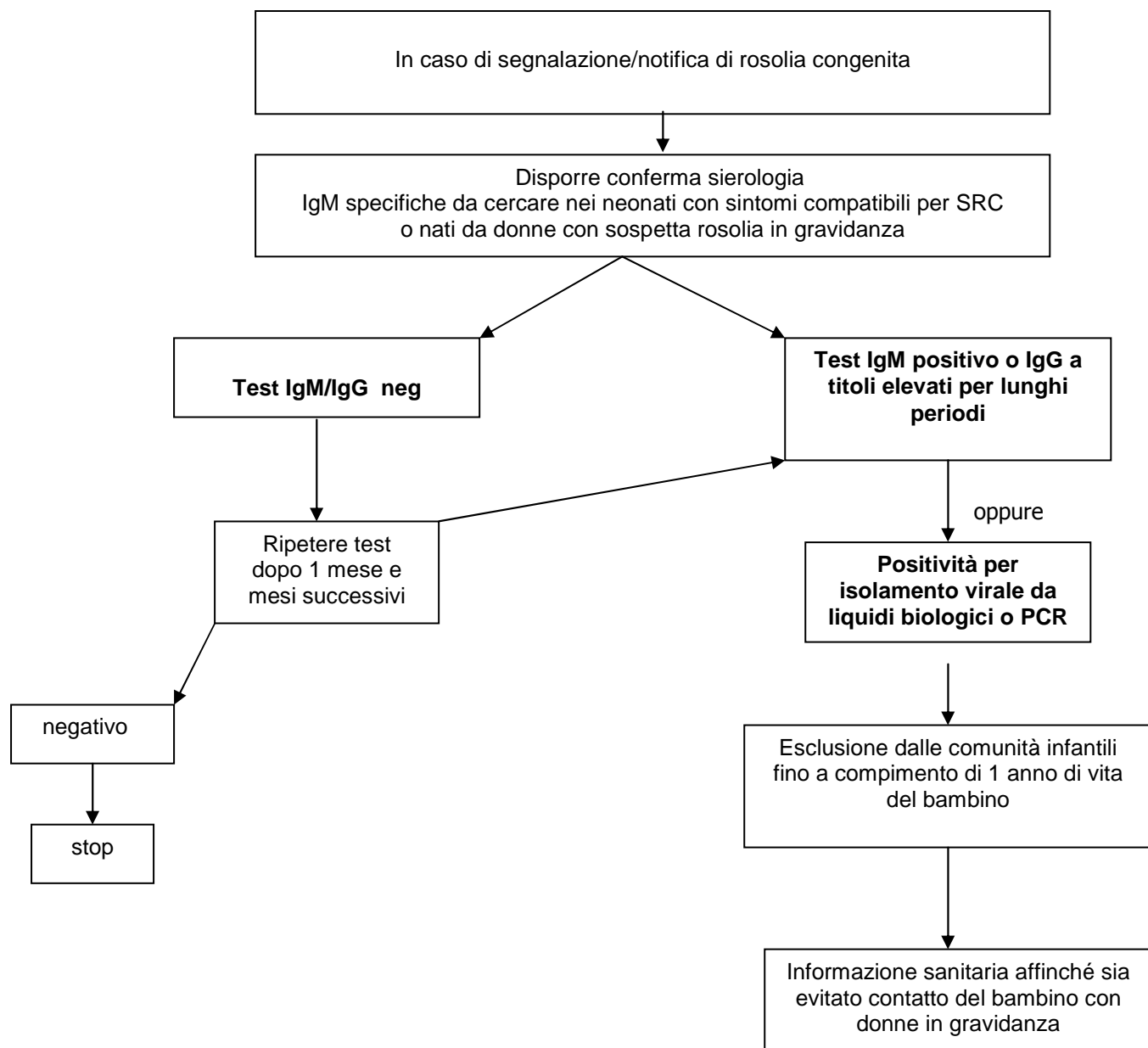
COGNOME NOME	INDIRIZZO	TEL.	CONTATTATO IN DATA \ORE	PROFILASSI PRESCRITTA il	PROFILASSI CONSEGNATA il	Medico di base

PROFILASSI CONSIGLIATA:

Farmaci	Età	Dose	Durata	Precauzioni
Ciprofloxacina	> 18 anni	500 mg	2 giorni	Non utilizzare in gravidanza
Rifampicina	≤ 1 mese	5 mg/kg PO ogni 12 ore	2 giorni	Non utilizzare in gravidanza. Può interferire con l'efficacia di contraccettivi orali, alcuni antiepilettici e anticoagulanti
	> 1 mese	10 mg/kg (max 600 mg) PO ogni 12 ore	2 giorni	
	adulti	600 mg PO ogni 12 ore	2 giorni	
Ceftriaxone	≤ 12 anni	125 mg IM	Dose singola	
	> 12 anni	250 mg IM	Dose singola	
Azitromicina	≤ 15 anni	10 mg/kg	Dose singola	

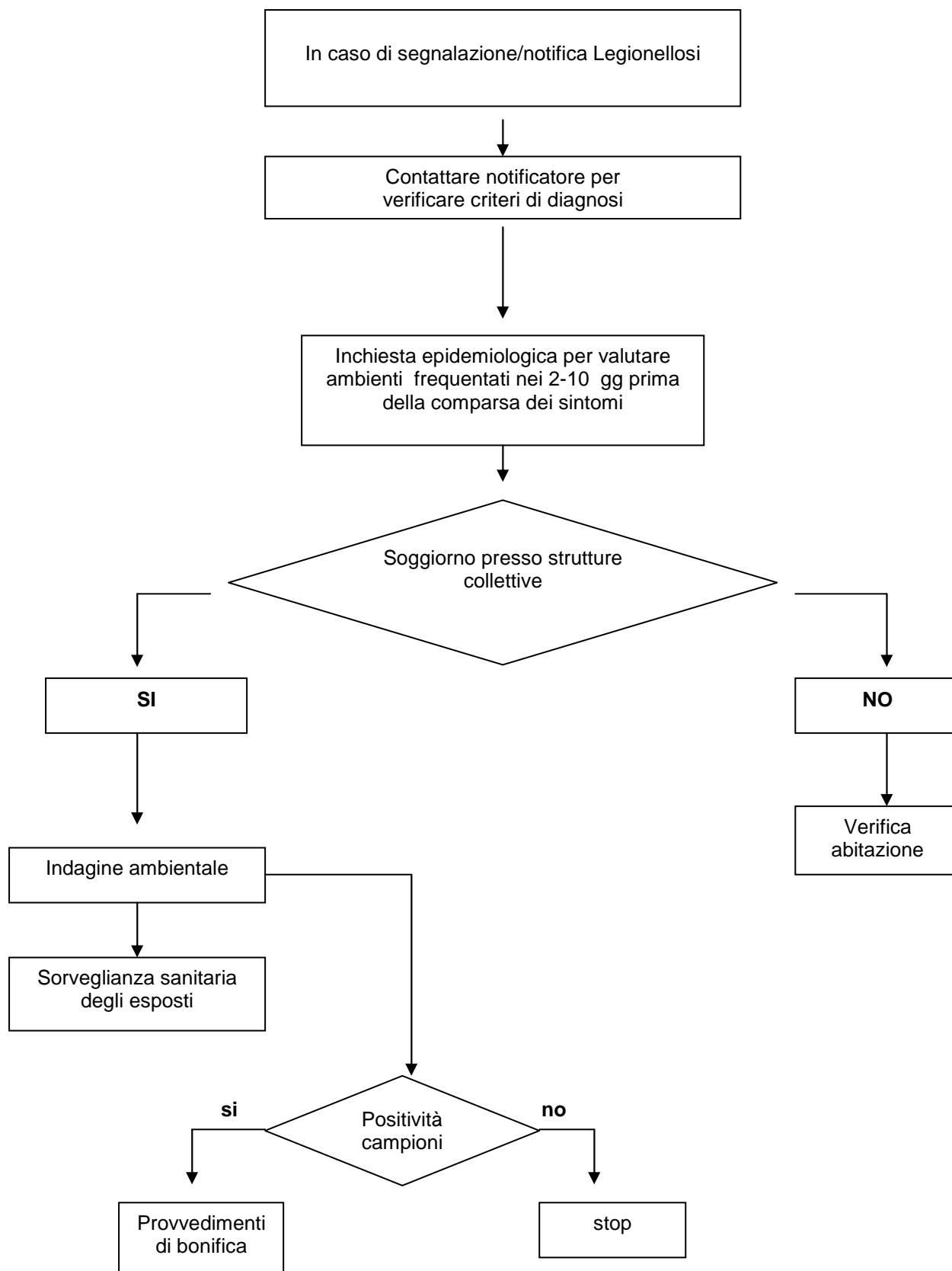
ISTRUZIONI OPERATIVE

INFEZIONE DA ROSOLIA IN GRAVIDANZA/SINDROME DA ROSOLIA CONGENITA



ISTRUZIONI OPERATIVE

LEGIONELLOSI



Data dell'intervista : |_____|_____|_____|

Informazioni personali

Nome e cognome : _____

Data di nascita: |_____|_____|_____| Et  : ____ Sesso : Maschio ☐ Femmina ☐

Indirizzo: _____ Telefono : _____

Persona che risponde al questionario :

Caso ☐ o moglie/marito ☐ Fratello/Sorella ☐ Amico o altro parente ☐

La persona vive con il paziente ? si ☐ no ☐

Nome e cognome : _____ Telefono no. : _____

Quando ha presentato i sintomi? _____

  stato ricoverato? **Si** ☐ **No** ☐ Dove? _____

Ha ricevuto trattamenti medici nei dieci giorni precedenti l'inizio dei sintomi?
(fisioterapia, visite odontoiatriche, bagni termali,). **Si** ☐ **No** ☐

Se si , dove e come?

Commenti :

*

Esposizione professionale

Professione : _____

Ha lavorato nei 10 giorni precedenti l'inizio della malattia :

Si ☐ No ☐

Luogo di lavoro : _____

Percorso per recarsi : _____

Mezzo di trasporto: a piedi ☐ automobile ☐ bicicletta ☐ bus ☐ treno ☐

C'erano lavori in corso vicino al suo posto di lavoro?

Si ☐ No ☐ Non so ☐

Se sì, di che tipo (costruzione o scavi) : _____

A quale distanza circa dal luogo di lavoro : _____

Dove pranza di solito : _____

Nel luogo dove lavora c'è l'aria condizionata : Si ☐ No ☐ Non so ☐

Se sì, c'è una torre di raffreddamento : Si ☐ No ☐ Non so ☐

C'è una torre di raffreddamento vicino al suo posto di lavoro :

Si ☐ No ☐

Se sì, dove : _____

Abitazione

Vive in : casa indipendente ☐

condominio ☐

Altro : _____

Se vive in un condominio, la produzione di acqua calda nel suo appartamento è:

Autonoma ☐

Condominiale ☐

Non so ☐

Tipo di caldaia :

Boiler ☐

Ad accumulo ☐

Istantanea ☐

Non so ☐

L'acqua potabile è :

Municipale ☐

Individuale (pozzo, sorgente, ...) ☐

Se sì : pozzo ☐ approvvigionamento da sorgente ☐

Misto ☐ Non so ☐

Ha fatto : Bagno ☐ Quante volte : _____
Doccia ☐ Quante volte : _____
Si è lavato nel lavandino ☐ Quante volte : _____

Bagno con idromassaggio Si ☐ No ☐
Se sì, dove : _____
quando : _____

Utilizza un umidificatore domestico: Si ☐ No ☐
Se sì, di che tipo :
Vapore caldo ☐
Vapore freddo ☐
Ultrasuoni ☐
Sistema centralizzato ☐

Ha un impianto di aria condizionata: Si ☐ No ☐
Se sì, era in funzione nei 10 giorni
precedenti l'inizio dei sintomi?
Si ☐ No ☐ Non ricordo ☐

Nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi sono stati effettuati lavori idraulici a casa sua
(scaldabagno, ventilazione, aria condizionata) ?
Si ☐ No ☐ Non ricordo ☐

Ci sono state interruzioni nella fornitura d'acqua nei 10 giorni precedenti l'inizio dei
sintomi?
Si ☐ No ☐ Non ricordo ☐

Ci sono lavori in corso vicino a casa sua?

Si ☐ No ☐ Non so ☐

Se sì:

Di che tipo (costruzione o scavi) : _____

A quale distanza approssimativamente: _____

La sua casa è situata vicino a una fabbrica che emette pennacchi di fumo ?

Si ☐ No ☐ Non so ☐

Se sì, che fabbrica è: _____

Ci sono torri di raffreddamento vicino a casa sua:

Si ☐ No ☐ Non so ☐

Se sì, dove : _____

- Ha fatto lavori di giardinaggio o di scavo nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi?
Sì ☐ No ☐ Non ricordo ☐

- Giardinaggio (innaffiatura): Sì ☐ No ☐ Non ricordo ☐ _____

- Uso di acqua sotto pressione
Sì ☐ No ☐ Non ricordo ☐ _____

Commenti :

Abitudini sociali

- Ha l'abitudine di passeggiare/ andare a piedi o con la bicicletta? Sì ☐ No ☐
per quale ragione (per andare al lavoro, far passeggiare il cane.....)?

- Ha un percorso più frequente? Sì ☐ No ☐ Me lo può descrivere?

- Quali esercizi commerciali / luoghi pubblici ha frequentato nel periodo di riferimento?

- Dove ha fatto la spesa nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi?

	1-4 vv	> 4 vv	Non ricordo
Supermercato _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supermercato _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supermercato _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Ci sono altre attività sociali o giornaliere a cui ha partecipato nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi? Sì ☐ No ☐ Non ricordo ☐

Luoghi frequentati solitamente :

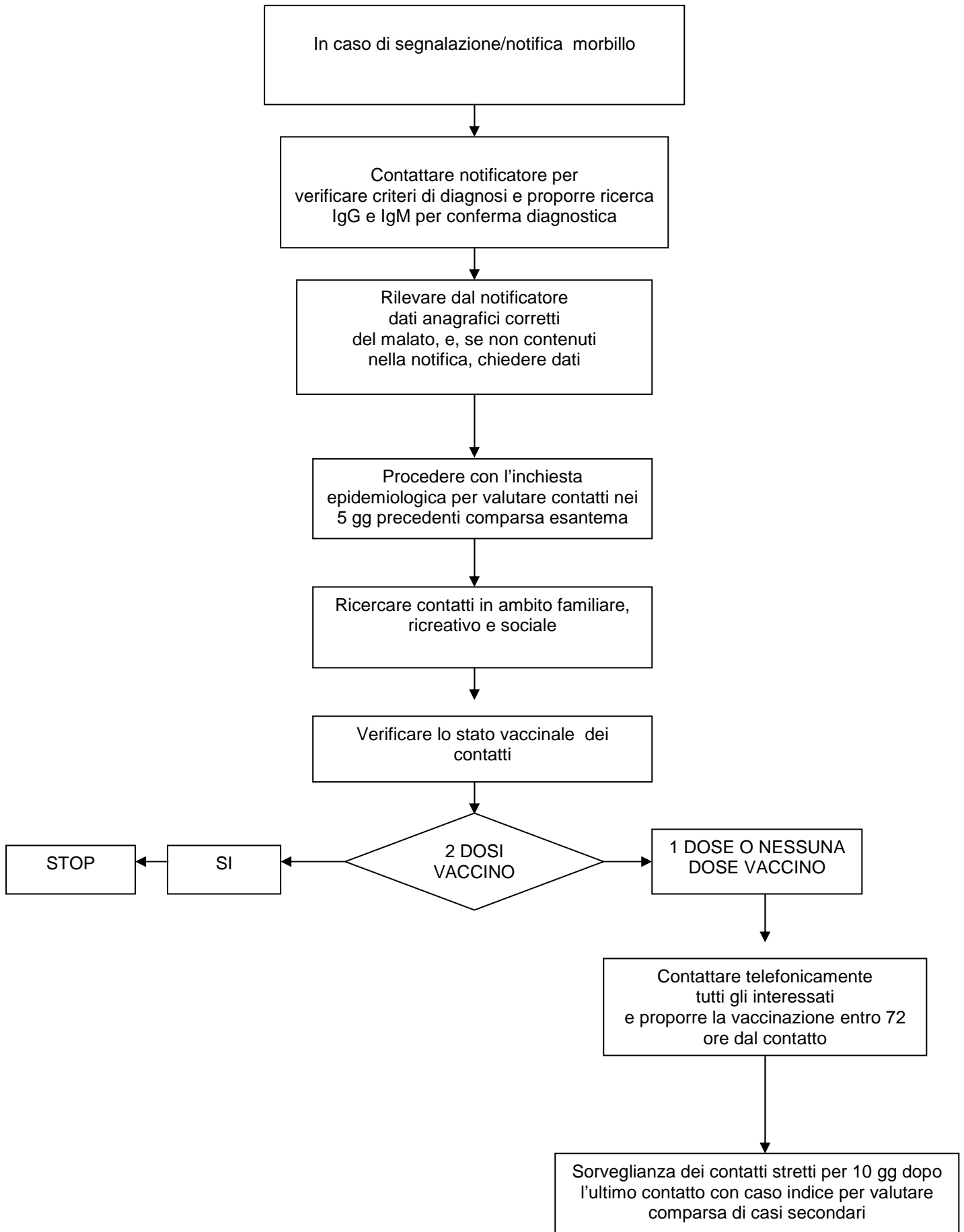
	Si	No	Non ricordo	Indirizzo e data
Fontane, getti d'acqua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Parchi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cinema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ristoranti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Negozi,supermercati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Palestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Piscine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Centro anziani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Parrocchia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Parrucchiere/Estetista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Supermercato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cimitero_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Altro_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Nel periodo di riferimento quante volte alla settimana è solito passare nei seguenti luoghi?

	Nessuna	1-4 vv	> 4 vv	Non ricordo
Via	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Via	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Via	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Via	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Via	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Via	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Via	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Via	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Via	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Via	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Via	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ISTRUZIONI OPERATIVE

MORBILLO



ISTRUZIONI OPERATIVE

PEDICULOSI

In caso di segnalazione/notifica pediculosi in ambiente scolastico



- ☐ consegnare materiale informativo
- ☐ esporre problema a tutti i genitori
- ☐ sollecitare controlli da parte dei genitori

I° livello di intervento

Bambini con pediculosi: riammissione il giorno successivo con auto certificazione dopo che il bambino è stato sottoposto ad un adeguato trattamento.



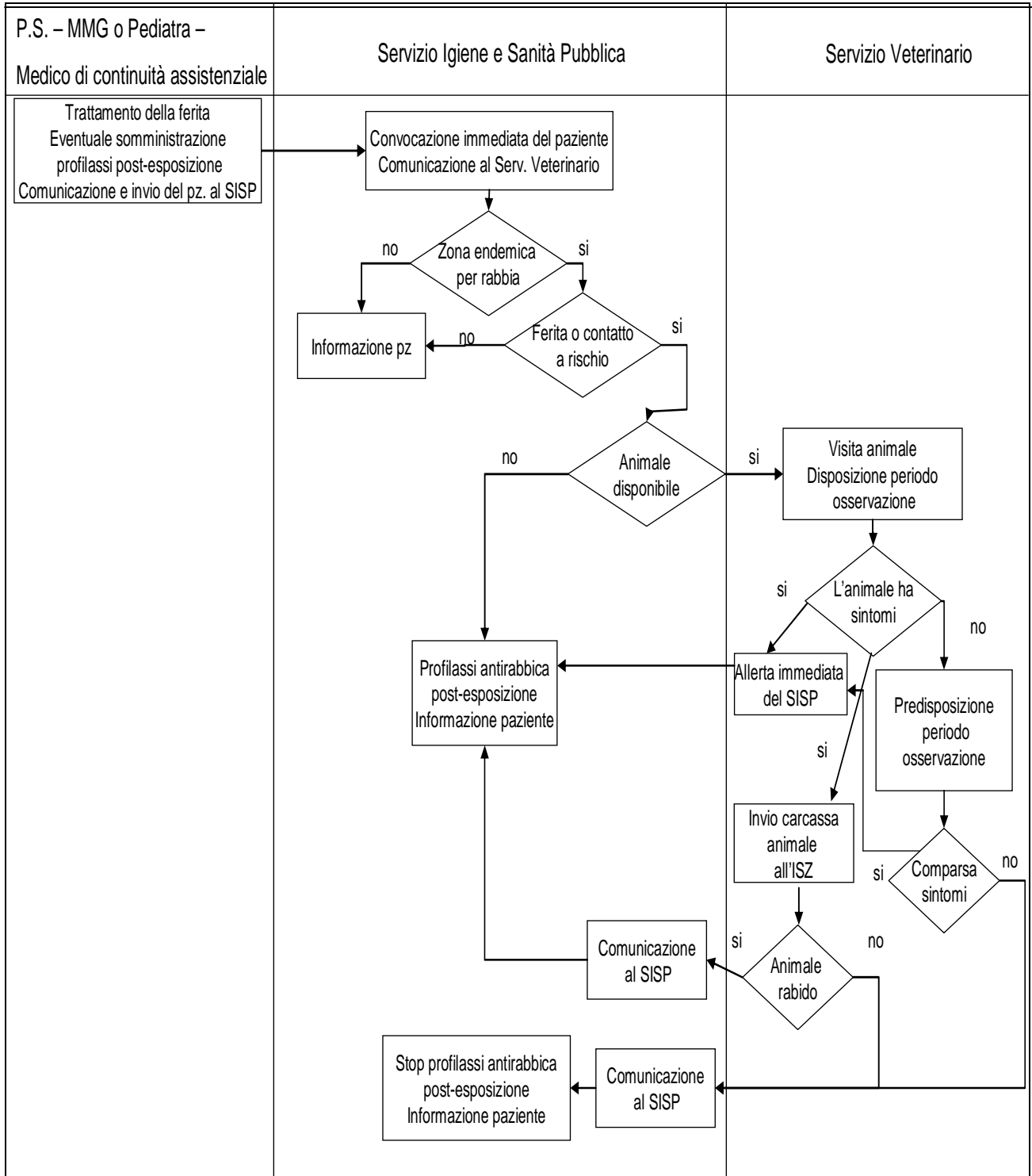
II° livello di intervento

In casi particolari qualora se ne ravvisi la necessità programmare visite domiciliari per la verifica dei provvedimenti adottati da parte del SISP/DSB.

Il SISP evidenzia errori di trattamento/scelte anomale prodotti/comportamenti scorretti

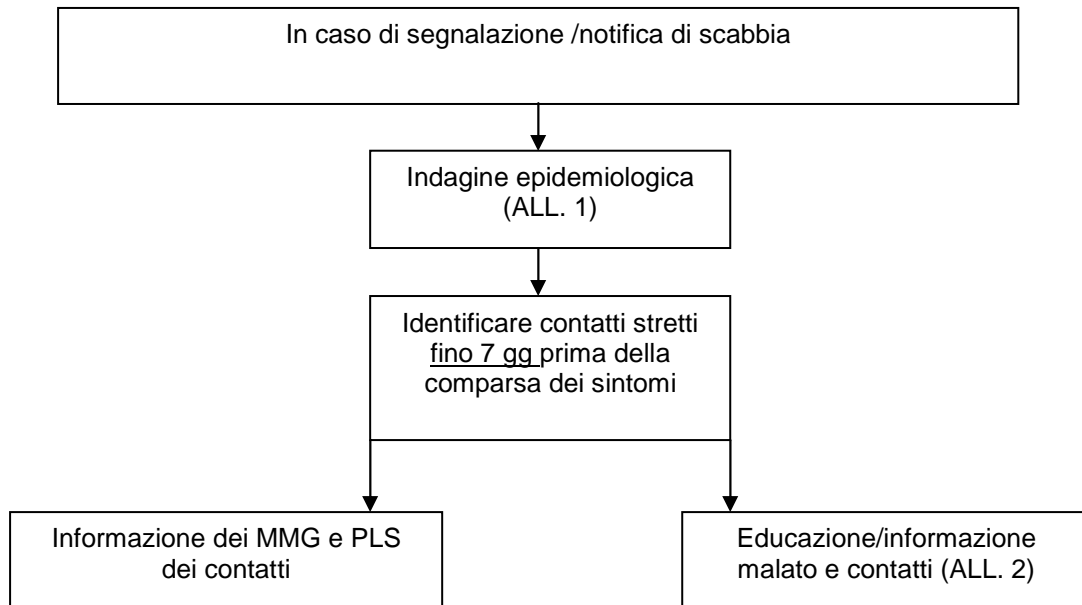
ISTRUZIONI OPERATIVE

ESPOSIZIONE A FONTE RABIDA



ISTRUZIONI OPERATIVE

SCABBIA



ALL 1

INDAGINE EPIDEMIOLOGICA PER UN CASO DI SCABBIA

Notifica del _____

Cognome _____ Nome _____

inizio sintomi il _____

Data di nascita _____ luogo di nascita _____

Residenza _____

Tel. _____ Professione _____ anno di arrivo _____

in Italia _____ Medico curante _____

vive in comunità _____ si ☐ no ☐ Comunità coinvolta _____.

Malattie concomitanti si ☐ no ☐ quali _____

Lesioni cutanee Localizzate: sede e caratteristiche _____

Diffuse: sede e caratteristiche _____

DIAGNOSI CLINICA: _____ data _____

DIAGNOSI DI LABORATORIO:

Esame microscopico diretto: data _____ esito _____

DECORSO: Inizio terapia _____

farmaci utilizzati _____

Durata della terapia _____ Risoluzione sintomi: _____

DATI EPIDEMIOLOGICI :

nei 3 mesi precedenti la comparsa dei sintomi :

Pregressi contatti con soggetti affetti da lesioni cutanee sospette si ☐ no ☐

Se si: ☐ visite ospedaliere nei 3 mesi precedenti la comparsa dei sintomi presso _____

☐ Ricoveri nei 3 mesi precedenti la comparsa dei sintomi presso : _____

☐ Ricovero in stanza con soggetti affetti da prurito si ☐ no ☐

☐ Uso di ambulanza da _____ a _____

uso promiscuo di biancheria, asciugamani etc. si ☐ no ☐

1. Pregressi soggiorni in località diverse dal Comune di domicilio nei 2 mesi precedenti

la comparsa della sintomatologia sì ☐ no ☐

Tipo di sistemazione/alloggio _____

Località _____ dal _____ al _____

Località _____ dal _____ al _____

1. Frequenza a:
- Palestre _____
 - Piscine _____
 - Centri diurni (doposcuola, etc.) _____
 - Altro _____

CONTROLLO NEI CONFRONTI DEGLI ESPOSTI anche personale sanitario e di assistenza

Nome	data di nascita	professione	sintomi	Esame Clinico	data	esito

- ☐ NOTE:
consegna materiale informativo a tutti i contatti \familiari\badanti

Data _____ Il Compilatore _____

ALL 2

SCABBIA

COS'E' LA SCABBIA?

La scabbia è una malattia della pelle diffusa in tutto il mondo, in costante aumento in Europa, causata da un parassita: *Sarcoptes scabiei hominis*.

COME SI TRASMETTE?

Si trasmette facilmente, attraverso il CONTATTO DIRETTO con un malato. L'occasione di contagio più frequente è rappresentata dai rapporti intimi, dalla stretta coabitazione e pertanto, in generale, dall'ambiente familiare e dalla convivenza in collettività (collegi, caserme, case di riposo, ospedali etc.).

Una seconda modalità di contagio è di tipo INDIRETTO, cioè attraverso effetti lettereci, asciugamani, indumenti, scarpe, pettini etc., dove l'acaro può sopravvivere 24-48 ore dall'ultimo contatto con il malato.

COME SI MANIFESTA?

Il periodo di incubazione dura in media 4-6 settimane in caso di primo contagio, mentre è di circa una settimana nelle reinfestazioni.

Il paziente accusa INTENSO PRURITO, soprattutto NOTTURNO, che risparmia il viso e il cuoio capelluto. L'eruzione scabbiosa è caratterizzata dalla comparsa di cunicoli, cioè piccoli rilievi della cute allungati, serpiginosi, che interessano gli spazi tra le dita delle mani e dei piedi, la superficie interna dei polsi, i gomiti, le ascelle, le zone glutee, la regione periombelicale, la superficie interna delle cosce e i genitali.

Le LESIONI DA GRATTAMENTO, dovute all'intenso prurito, possono essere così importanti da rendere difficile la diagnosi clinica.

La comparsa di prurito notturno, anche nel coniuge o negli altri componenti della famiglia o della collettività, costituiscono elementi importantissimi per la diagnosi della malattia.

COSA DEVE FARE CHI E' STATO A CONTATTO CON UN MALATO?

I soggetti conviventi o che abbiano avuto contatti cute-cute prolungati nel tempo, dovrebbero essere sottoposti a trattamento anche se non presentano sintomi.

COMPORTAMENTI CORRETTI DA OSSERVARE:

1. LA DISINFEZIONE DELL'AMBIENTE NON E' DI ALCUNA UTILITA', E' SUFFICIENTE UN'ACCURATA PULIZIA DEI LOCALI.
2. LA BIANCHERIA INTIMA, GLI ABITI E LE LENZUOLA USATI DAL PAZIENTE, FINO A TRATTAMENTO CONCLUSO, DOVRANNO ESSERE LAVATI A 90°. GLI INDUMENTI CHE NON SI POSSONO LAVARE IN QUESTO MODO DEVONO ESSERE CHIUSI IN SACCHETTI DI PLASTICA PER UNA SETTIMANA E SUCCESSIVAMENTE LAVATI SECONDO LE SPECIFICHE ISTRUZIONI RIPORTATE SULL'ETICHETTA DELL'INDUMENTO STESSO.
3. PER GLI ARREDI ED EFFETTI LETTERECI SI CONSIGLIA L'USO DI ELETTRODOMESTICI CHE IMPIEGANO VAPORE O DEVONO ESSERE TRATTATI COME AL PUNTO PRECEDENTE.
4. CHI CURA IL MALATO DEVE INDOSSARE GUANTI PULITI DA GETTARE DOPO L'USO, EVITANDO LA MANIPOLAZIONE DI OGGETTI PERSONALI DEL MALATO A MANI NUDE; E' CONSIGLIABILE L'USO DI CAMICI DI PROTEZIONE DA RIMUOVERE ALL'USCITA DALLA STANZA E DA TRATTARE COME AL PUNTO 2.
5. LA BIANCHERIA DEL LETTO DOVRA' ESSERE RIMOSSA EVITANDONE LO SCUOTIMENTO.
6. LE ATTREZZATURE E GLI STRUMENTI USATI DAL PAZIENTE (padelle, termometri, apparecchi per la pressione etc.)DOVRANNO ESSERE ACCURATAMENTE PULITI E DISINFETTATI.

7. DEVE ESSERE LIMITATO IL CONTATTO DEL MALATO CON ALTRE PERSONE SE NON STRETTAMENTE NECESSARIO.

Per il trattamento:

permetrina 5% in pomata (galenico) in crema base, su tutto il corpo, la sera prima di coricarsi previa doccia e brushing

schema terapeutico:

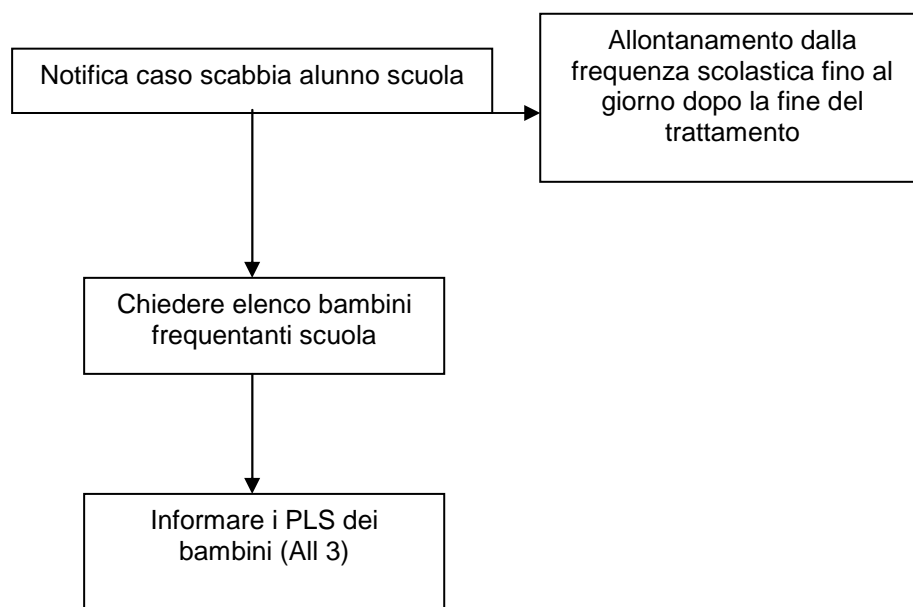
2 giorni di terapia, 7 giorni di riposo, 2 giorni di terapia

schema terapeutico dei contatti:

1 giorno di terapia salvo contatto molto stretto, nel qual caso protrarre il trattamento a due giorni

ISTRUZIONE OPERATIVE

SCABBIA SCUOLE



Gent.mo.PLS

Dr.....

Oggetto: Casi di scabbia scuola _____

Si segnala alla S.V. che è stato segnalato un caso di scabbia nella scuola _____
di _____.

Come concordato per precedenti analoghi casi, si unisce alla presente l'elenco dei Suoi assistiti, che potrebbero aver avuto contatti col caso indice.

Qualora ci fossero segni di infestazione, oltre a prescrivere il trattamento completo (tre somministrazioni in tre giorni e a distanza di una settimana altri tre), si sottolinea l'importanza della notifica.

E' evidente che il mancato riconoscimento di un caso di infestazione porta facilmente al verificarsi di cluster di infestazione sia a livello familiare che di struttura ospedaliera o residenziale, con conseguenze epidemiche talora rilevanti.

Al fine di controllare al meglio la situazione, si chiede collaborazione alle SS.LL. affinché sia posta la massima attenzione alla sintomatologia pruriginosa manifestata dai propri assistiti, vista la frequenza con cui si rilevano lesioni atipiche, simili a quelle provocate da altre dermatosi pruriginose, considerando la diagnosi di sospetta acariasi prioritaria a meno che non si abbia certezza di diagnosi alternativa e di avviare quindi prontamente la terapia evitando i tempi di attesa legati all'espletamento di visite specialistiche.

Si consiglia quindi di usare tutte le precauzioni necessarie per un caso di scabbia e di informare \ educare i pazienti circa le modalità di trasmissione della succitata parassitosi e delle misure comportamentali da adottare per il controllo dei possibili contagi, di cui si allega copia.

Si sottolinea la necessità di segnalare al competente Servizio Igiene Pubblica tutti i casi, anche sospetti, per iscritto o anche telefonicamente indicando le generalità del soggetto, eventualmente il numero telefonico dell'assistito, evidenziando se nei 2 mesi precedenti la comparsa della sintomatologia il soggetto ha avuto ricoveri ospedalieri, contatti con pazienti ospedalizzati o residenti in strutture protette, se frequenta palestre, o altri luoghi di ritrovo.

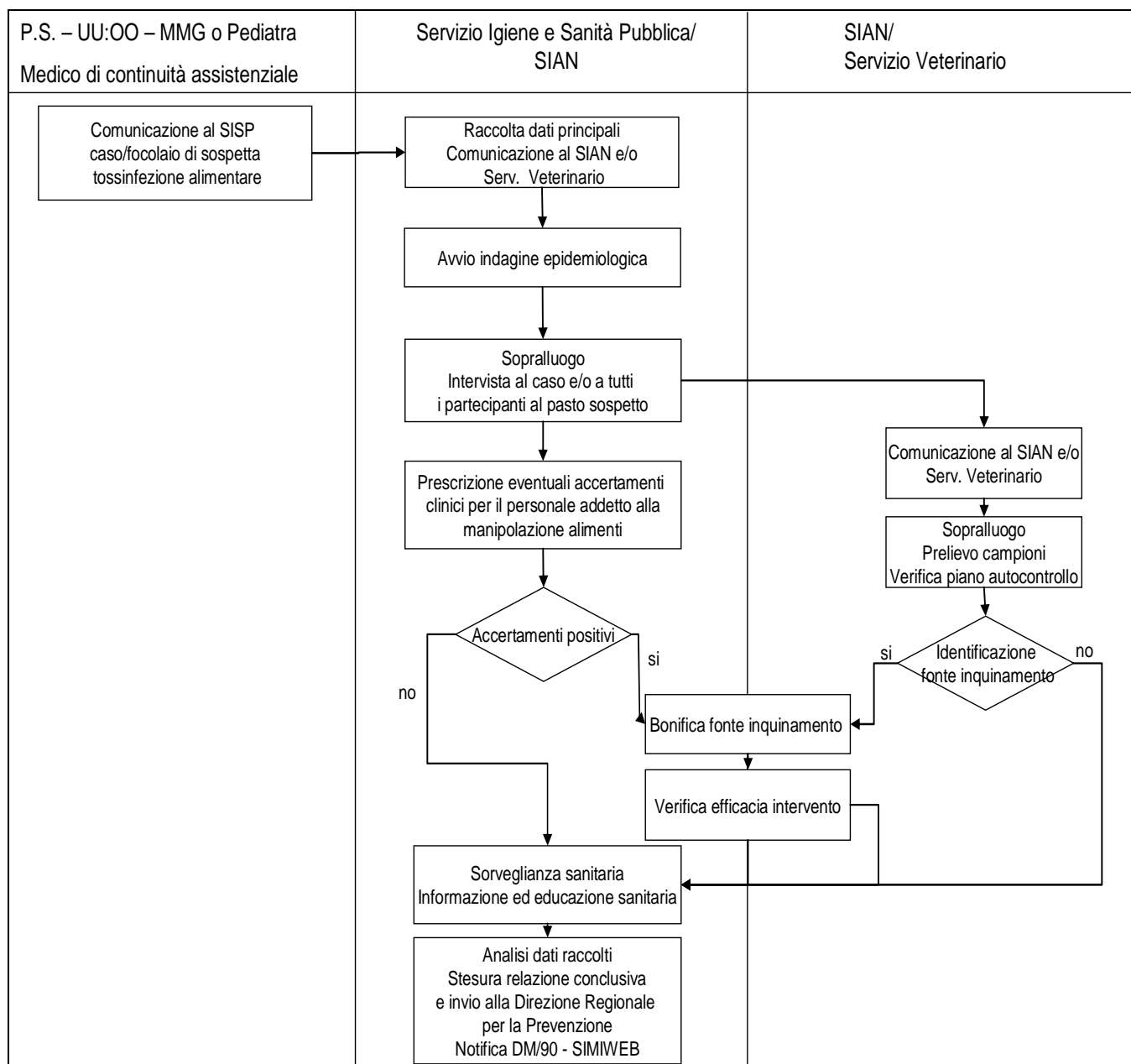
Certi dell'attenzione che verrà posta al problema evidenziato, si segnala che il Servizio Igiene pubblica è a disposizione per qualsiasi informazione in materia.

Distinti saluti.

Il Direttore SISP

ISTRUZIONI OPERATIVE

TOSSINFEZIONI ALIMENTARI



Azienda U.S.L. n. ____ di _____ Zona _____

Segnalazione ricevuta dal Dott./Sig. _____
 Comune di _____
 Via _____ Tel. _____
 Ospedale _____ Reparto _____

Nome e cognome del soggetto ammalato _____ età _____
 indirizzo _____ tel _____
 professione _____
 ricovero ospedaliero ☐ data _____

Data e ora di comparsa della sintomatologia _____
 sintomatologia prevalente _____

 diagnosi formulata _____ ☐ sospetta ☐ accertata
 accertamenti _____ ☐ effettuati ☐ in corso

Alimento/i sospetti _____
 Consumato/i presso _____ indirizzo _____
 data e ora _____
 Acquistato/i presso _____ indirizzo _____
 il giorno _____
 Disponibilità residui dell'alimento: ☐ sì ☐ no ☐ non so
 Luogo di conservazione dei residui _____
 Altri alimenti sospetti consumati nelle ultime 72 ore _____

Avvertito la persona:

- ☐ di tenere in frigorifero i residui degli alimenti consumati durante le 72 ore precedenti l'inizio della malattia
- ☐ di conservare o recuperare se possibile i contenitori originali o gli involucri degli alimenti
- ☐ di raccogliere l'acqua proveniente da fonte sospetta in recipiente pulito, coprire e mettere in frigo
- ☐ di avvisare i pazienti di raccogliere il vomito e le feci in un recipiente pulito

Altre persone partecipanti al pasto sospetto:

	Cognome e nome	malato	sano	ricoverato	Indirizzo	Telefono
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

Operatore ricevente la segnalazione _____ data _____ ora _____

n.scheda

--	--	--	--

DATA DI COMPILAZIONE

--	--	--	--	--	--

data notifica scheda classe II SIMI

--	--	--	--	--	--

USL..... Zona.....

Nome del referente.....

Servizio.....

1. Dove è avvenuto il caso?

Comune..... Provincia.....

2. Data di insorgenza della malattia:

Data inizio sintomatologia

--	--

--	--

--	--	--	--

 ore

--	--

--	--

Data fine sintomatologia

--	--

--	--

--	--	--	--

 ore

--	--

--	--

3. Sintomatologia prevalente:

☐ nausea ☐ vomito ☐ crampi addominali
☐ diarrea ☐ febbre ☐ altro (specificare

4. Periodo di incubazione (in ore):

--	--	--

5. Durata della malattia (in ore):

--	--	--

6. Veicolo responsabile (identificato dall'indagine epidemiologica) ☐ sospetto ☐ accertato
☐ alimento ☐ ingrediente

7. Indicare le caratteristiche del cibo/ingrediente identificato

<input type="checkbox"/> commerciale	<input type="checkbox"/> manipolato
<input type="checkbox"/> casalingo	<input type="checkbox"/> non manipolato

Modalità di conservazione prima del consumo:

<input type="checkbox"/> a temp. ambiente	<input type="checkbox"/> refrigerato
<input type="checkbox"/> in caldo	<input type="checkbox"/> congelato

Se si tratta di prodotto commerciale indicare la ditta e il lotto oppure il luogo di acquisto (supermercato, bar, ecc.)

8. Luogo di preparazione e consumo del cibo identificato

preparazione	consumo	data di preparazione					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ristorazione collettiva (ristoranti, bar, ecc.)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ristorazione comunitaria (mense scolastiche, aziendali, ecc.)						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> casa privata	data di consumo					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> altro (specificare.....)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					

Se si tratta di esercizio pubblico indicare la denominazione e il recapito

9. Campioni di cibo esaminati

tipo di campione	parametro ricercato	risultati
		<input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo
		<input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo
		<input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo
		<input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo
		<input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo

Note: _____

10. Campioni da paziente (feci, sangue, vomito, ecc.)

tipo di campione	parametro ricercato	risultati
.....	<input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo
.....	<input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo
.....	<input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo
.....	<input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo

11. Campioni da contatti o conviventi (feci, sangue, vomito, ecc.)

tipo di campione	parametro ricercato	risultati
		<input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo
		<input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo
		<input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo
		<input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo
		<input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo

12. Fattori che possono aver contribuito all'insorgere della malattia:

- ☐ scorretto mantenimento della temperatura
- ☐ cottura inadeguata
- ☐ contaminazione dell'attrezzatura
- ☐ cibo ottenuto da fonti incerte e non controllate
- ☐ cattiva igiene dell'alimentarista
- ☐ contaminazione di cibi cotti con cibi crudi
- ☐ più di un giorno tra preparazione e consumo
- ☐ altro.....

13. Eziologia

☐ accertata ☐ sospetta ☐ sconosciuta

Se l'eziologia è accertata o anche solo sospetta indicarne la tipologia:

- ☐ microbica → tipo microbico
- ☐ altro (chimica, da funghi, ecc.) → specificare

14. Note:

Descrivere brevemente eventuali aspetti dell'indagine non rilevati dalla scheda. Quando è possibile, indicare il luogo o il punto della catena di preparazione in cui il cibo è stato contaminato, specificando se presunto o certo.

Schema di intervista per partecipante a pasto sospetto (da compilare in caso di focolaio epidemico per ogni pasto sospetto)

Cognome e nome _____

Sesso M ☐ F ☐ Et  _____
Telefono _____

Sintomi: SI ☐ NO ☐ Ricovero: SI ☐ NO ☐

Se sintomi: INIZIO GIORNO ORE:

☐ VOMITO ☐ DIARREA ☐ FEBBRE °C☐ CEFALIA ☐ DOLORI ADDOMINALI

□ ALTRI SINTOMI

DATA PASTO SOSPETTO ORE:

Elenco dettagliato alimenti consumati*:

*evitare qualsiasi domanda generica tipo "antipasti" o "primi piatti"

cibo:

consumato:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper has a slight shadow on its right side, suggesting it's resting on a surface.

[illegible]

Operatore che ha effettuato l'inchiesta _____ data _____

n.scheda

DATA DI COMPILAZIONE

data notifica scheda classe IV SIMI

--	--	--	--	--	--	--	--

USL..... Zona.....

Nome del referente.....

Servizio.....

1. Dove è avvenuto il focolaio epidemico?

Comune..... Provincia.....

2. Data dell'epidemia:

Inizio del primo caso

--	--

--	--

--	--	--	--

 Inizio dell'ultimo caso

--	--

--	--

--	--	--	--

3. Indicare il numero di:

Persone esposte			
-----------------	--	--	--

Anamnesi ottenute			
-------------------	--	--	--

Persone malate			
----------------	--	--	--

di cui:

			con nausea				con febbre
			con vomito				con crampi addominali
			con diarrea				con altro (specificare.....)

Persone ospedalizzate

Casi fatali			
-------------	--	--	--

4. Tipo di comunità coinvolta:

5. Periodo medio di incubazione (in ore):

6. Durata media della malattia (in ore):

--	--	--

7. Tassi di attacco specifici per alimento:

[illegible]

8. Veicolo responsabile (identificato dall'indagine epidemiologica)☐ sospetto ☐ accertato☐ alimento ☐ ingrediente**9. Indicare le caratteristiche del cibo/ingrediente identificato**☐ commerciale
☐ casalingo☐ manipolato
☐ non manipolato

Modalità di conservazione prima del consumo:

☐ a temp. ambiente ☐ refrigerato
☐ in caldo ☐ congelato*Se si tratta di prodotto commerciale indicare la ditta e il lotto oppure il luogo di acquisto (supermercato, bar, ecc.)***10. Luogo di preparazione e consumo del cibo identificato**

preparazione

consumo

☐☐

ristorazione collettiva (ristoranti, bar, ecc.)

☐☐

ristorazione comunitaria (mense scolastiche, aziendali, ecc.)

☐☐

casa privata

☐☐

altro (specificare.....)

data di preparazione

data di consumo

*Se si tratta di esercizio pubblico indicare la denominazione e il recapito***11. Campioni di cibo esaminati**

tipo di campione

parametro ricercato

risultati

☐ negativo ☐ positivo☐ negativo ☐ positivo☐ negativo ☐ positivo☐ negativo ☐ positivo☐ negativo ☐ positivo☐ negativo ☐ positivo

Note:

12. Campioni da pazienti (feci, sangue, vomito, ecc.)

tipo di campione

n soggetti

parametro ricercato

risultati

☐ negativo ☐ positivo☐ negativo ☐ positivo☐ negativo ☐ positivo☐ negativo ☐ positivo☐ negativo ☐ positivo**13. Campioni da contatti o conviventi (feci, sangue, vomito, ecc.)**

tipo di campione

n soggetti

parametro ricercato

risultati

☐ negativo ☐ positivo☐ negativo ☐ positivo☐ negativo ☐ positivo☐ negativo ☐ positivo

14. Campioni da alimentaristi (feci, lesioni cutanee, ecc.)

tipo di campione	n soggetti	parametro ricercato	risultati
.....	<input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo
.....	<input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo
.....	<input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo
.....	<input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo

15. Campioni ambientali (tamponi superficiali, ecc.)

tipo di campione	parametro ricercato	risultati
		<input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo
		<input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo
		<input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo
		<input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo

16. Fattori che possono aver contribuito all'epidemia:

☐ scorretto mantenimento della temperatura

☐ cottura inadeguata

☐ contaminazione dell'attrezzatura

☐ cibo ottenuto da fonti incerte e non controllate

☐ cattiva igiene dell'alimentarista

☐ contaminazione di cibi cotti con cibi crudi

☐ più di un giorno tra preparazione e consumo

☐ altro.....

17. Etiologia

☐ accertata ☐ sospetta ☐ sconosciuta

Se l'eziologia è accertata o anche solo sospetta indicarne la tipologia:

☐ microbica → tipo microbico

☐ altro (chimica, da funghi, ecc.) → specificare

18. Note:

Descrivere brevemente eventuali aspetti dell'indagine non rilevati dalla scheda. Quando è possibile, indicare il luogo o il punto della catena di preparazione in cui il cibo è stato contaminato, specificando se presunto o certo.

Principali tossinfezioni alimentari causate da microrganismi (da Bryant et al. 1989, modificato)

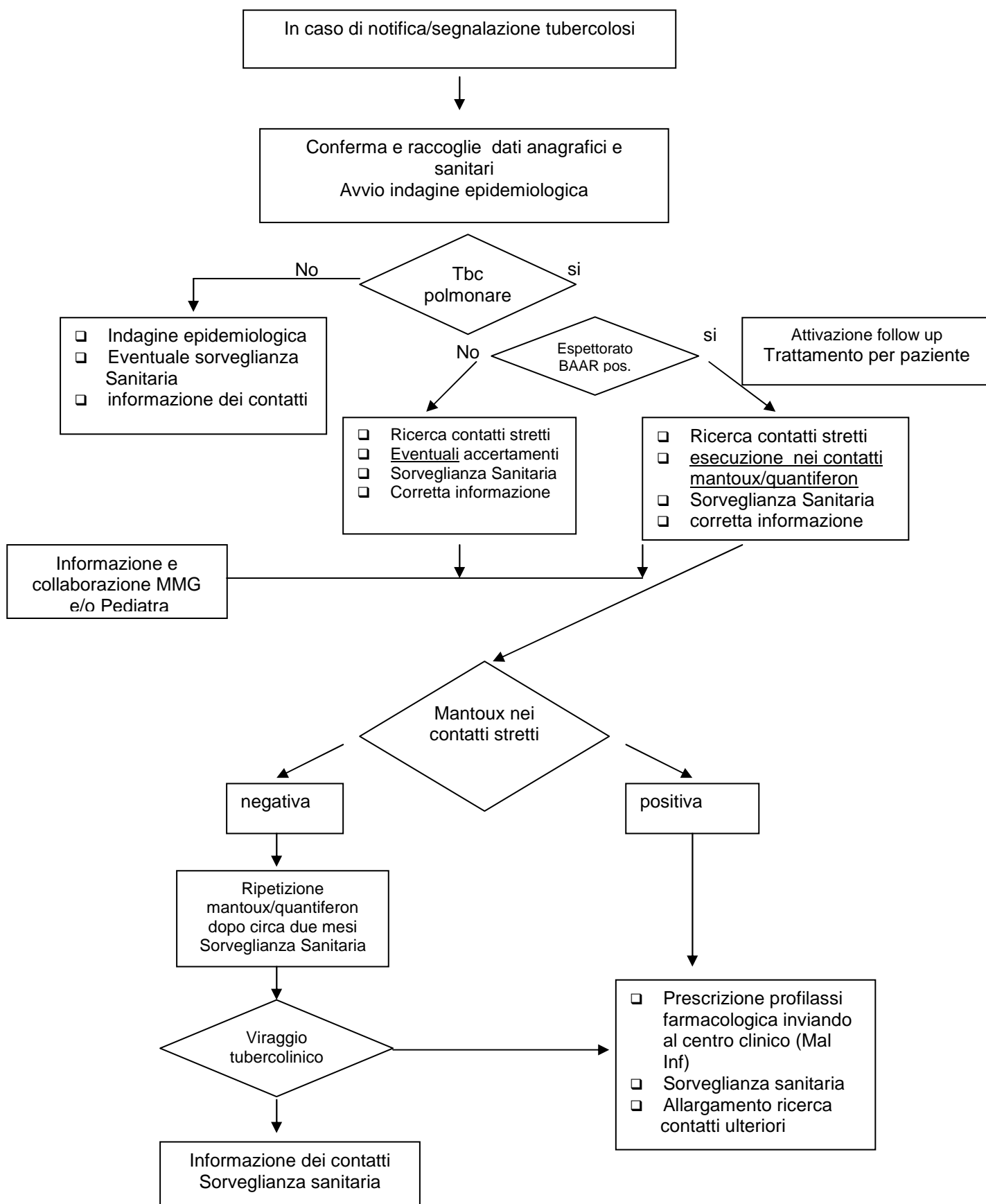
Malattia	Agente eziologico e fonte	Periodo di incubazione	Sintomi e segni	Alimenti abitualmente implicati	Campioni da prelevare	Fattori che contribuiscono all'insorgenza degli episodi di malattia
COMPAGNIO PER PRIMI O PREDOMINANO SINTOMI A CARICO DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE						
Gastroenterite da <i>Bacillus cereus</i>	Eso-enterotossina di <i>B. cereus</i> , microorganismo del suolo	Da mezz'ora a 5 ore	Nausea, vomito, raramente diarrea	Riso bollito o fritto	Vomito, feci	Conservazione di alimenti cotti a temperatura ambiente o in frigorifero in grossi recipienti, preparare gli alimenti diverse ore prima del consumo
Intossicazione da stafilococchi	Eso-enterotossine A, B, C, D, E o F di <i>Staphylococcus aureus</i> , stafilococchi provenienti da naso, pelle e lesioni infette dell'uomo e degli animali, nonché da mammelle bovine	Da 1 a 8 ore, in media da 2 a 4 ore	Nausea, vomito o conati di vomito, dolori addominali, diarrea, prostrazione	Prosciutto, carni e pollame, pasticceria alla crema, panna montata, formaggio, latte in polvere, miscela per alimenti, residui di cibi ricchi di proteine	Malati: vomito, feci, tamponi rettali Portatori: tamponi nasali, tamponi da lesioni infette, tamponi rettali	Tenere alimenti cotti a temperatura ambiente, ovvero conservati in frigorifero in grossi recipienti, toccare alimenti già cotti, preparare i cibi diverse ore prima del consumo; addetti alla lavorazione con lesioni purulente o portatori di stafilococco; tenere i cibi al caldo; fermentazione di cibi a ridotta acidità
COMPAGNIO DOLORI ALLA GOLA E SEGNI E SINTOMI RESPIRATORI						
Infezioni da streptococchi beta- emolitici	<i>Streptococcus pyogenes</i> proveniente dalla gola e da lesioni infette dell'uomo	Da 1 a 3 giorni	Mal di gola, febbre, nausea, vomito, rinorrea, talvolta esantema	Latte crudo, alimenti contenenti uova	Tamponi faringei, vomito	Toccare alimenti già cotti; addetti alla lavorazione con lesioni purulenti o portatori di streptococchi; conservazione a temperatura ambiente; riportare in frigorifero in grossi recipienti alimenti cotti; cottura o successivo trattamento termico inadeguati; preparazione dei cibi diverse ore prima del consumo
COMPAGNIO PRECOCEMENTE O PREDOMINANO SINTOMI E SEGNI A CARICO DEL TRATTO GASTROINTESTINALE INFERIORE						
Enterite da <i>Bacillus cereus</i>	Enterotossina del <i>B. cereus</i> , microorganismo del suolo	Da 8 a 16 ore in media 12 ore	Nausea, dolori addominali, diarrea acquosa	Prodotti a base di cereali, zuppe vegetali, creme e salse, polpettone di carne, salsiccie, vegetali cotti, farine di patate ricostruite, fagioli cotti	Feci	Conservare alimenti a temperatura ambiente; riportare in frigorifero in grossi recipienti alimenti cotti; mantenere i cibi al caldo a temperature favorevoli allo sviluppo microbico; preparare cibi diverse ore prima di consumo; riscaldamento inadeguato dei cibi non consumati
Enterite da <i>Clostridium perfringens</i>	Endo-enterotossina formata nell'intestino durante la sporulazione del <i>C. perfringens</i> , microorganismo reperibile nelle feci umane e di altri animali e nel suolo	Da 8 a 22 ore in media 10 ore	Dolori addominali, diarrea	Carne cotta, pollame, sugo di carne, salse, minestre, fagioli cotti	Feci	Conservare alimenti cotti a temperatura ambiente; riportare in frigorifero in grossi recipienti alimenti cotti; mantenere i cibi al caldo a temperature favorevoli allo sviluppo microbico; preparare cibi diverse ore prima del consumo; riscaldamento inadeguato dei cibi non consumati
Periodo di incubazione generalmente da 12 a 72 ore						
Enterocolite da <i>Campylobacter jejuni</i>	<i>C. jejuni</i> dalla flora intestinale di mammiferi, polli e uccelli selvatici	Da 2 a 7 giorni, in media da 3 a 5 giorni	Diarrea (spesso con sangue), intensi dolori addominali, febbre, anoressia, malessere, cefalea, vomito	Latte crudo, pollame, fegato di bue, frutti di mare crudi, acqua.	Feci, tamponi rettali, sangue	Bere latte crudo, mangiare carne cruda, cottura o pastorizzazione inadeguate
Colera	<i>Enterotossina di Vibrio Cholerae 01</i> , biotipi classici ed El Tor, provenienti da feci umane infette (malati o portatori)	Da 1 a 3 giorni	Diarrea profusa, acquosa, (feci come acqua di riso), vomito, dolori addominali, disidratazione, sete, collasso, ridotto turgore della pelle, dita grinzose, occhi infossati	Pesci e frutti di mare crudi, crostacei, alimenti lavati o preparati con acqua contaminata, acqua.	Feci	Consumo di pesci e frutti di mare crudi, provenienti da acque contaminate da liquami in aree endemiche; igiene personale carente; persone infette che toccano o manipolano gli alimenti; cottura inadeguata; uso di acqua contaminata per lavare o rinfrescare gli alimenti; irrazionale sistema di smaltimento delle acque nere; uso di materie fecali come concime

Gastroenteriti da vibroni colerasimili	<i>V. cholera non O1, V. mimicus, V. fluvialis, V. holisae</i>	Da 2 a 3 giorni	Diarea acquosa (varia da feci poltacee a quelle tipiche del colera)	Frutti di mare crudi e pesci crudi	Feci	Consumo di frutti di mare crudi o pesci crudi, cottura inadeguata, contaminazione crociata
Diaree da <i>Escherichia coli patogena</i>	Ceppi enteropatogeni, enterotossinogeni, enteroinvasivi, emorragici di <i>E. coli</i> provenienti da feci umane infette o da feci di altri animali	Da 5 a 48 ore, in media da 10 a 24 ore	Intensi dolori addominali, diaree (talora con sangue), nausea, vomito, febbre, brividi, cefalea, dolori muscolari, urine con sangue (ceppi emorragici)	Formaggi molli, hamburger poco cotti, acqua	Feci, tamponi rettali	Persone infette che toccano o manipolano gli alimenti; refrigerazione inadeguata; cottura insufficiente; pulizia e disinfezione improprie degli utensili; consumo di carni crude o poco cotte (sindrome emorragica)
Salmonellosi	Vari sierotipi di <i>Salmonella</i> provenienti da feci animali	Da 6 a 72 ore, in media da 18 a 36 ore	Dolori addominali, diaree, brividi, febbre, nausea, vomito, malessere	Pollame, carne e loro prodotti, prodotti a base di uova, latte crudo e latticini ecc...	Feci, tamponi rettali	Conservare alimenti cotti a temperatura ambiente; sistemare in frigorifero in grossi recipienti alimenti cotti; mantenere cibi al caldo a temperature favorevoli allo sviluppo microbico; inadeguata cottura; preparare cibi diverse ore prima del consumo; contaminazione crociata; impropria pulizia delle attrezzature; approvvigionamento di cibi da fonti contaminate
Shigellosi	<i>Shigella flexneri, S. dysenteriae, S. sonnei e S. boydii</i> provenienti da feci umane infette	Da 24 a 72 ore	Dolori addominali, diaree, feci con muco e sangue, febbre	Qualsiasi alimento contaminato, frequentemente insalate, acqua	Feci, tamponi rettali	Persone infette che toccano o manipolano i cibi; refrigerazione inadeguata; cottura e riscaldamento impropri
Gastroenterite da <i>Vibrio parahaemolyticus</i>	<i>V. parahaemolyticus</i> proveniente dall'acqua marina, dai pesci e dai frutti di mare	Da 2 a 48 ore in media 12 ore	Dolori addominali, diaree, nausea, vomito, febbre, brividi, cefalea	Pesci marini, frutti di mare, crostacei (crudi o ricontaminati)	Feci, tamponi rettali	Cottura insufficiente; refrigerazione inadeguata; contaminazione crociata; pulizia impropria degli utensili; uso di acqua di mare nella preparazione del cibo o per raffreddare gli alimenti
Yersiniosi	<i>Yersinia enterocolitica</i> <i>Y. pseudotuberculosis</i>	Da 24 a 36 ore	Intensi dolori addominali, diaree, febbre, cefalea, malessere, gola infiammata, può simulare l'appendicite	Latte, carni, acqua	Feci, sangue	Cottura insufficiente; contaminazione dopo pastorizzazione; contaminazione dei cibi con l'acqua o con le deiezioni di roditori od altri animali
Periodo di incubazione maggiore di 72 ore						
Gastroenterite da agente di Norwalk	Agente virale di Norwalk	Da 16 a 48 ore	Nausea, vomito, dolori addominali, diaree modiche, febbre, brividi, malessere, anoressia, cefalea. Durata della malattia circa 36 ore	Frutti di mare, ostriche, insalate verdi, pasticceria, glassature	Feci	Frutti di mare coltivati in acque contaminate da liquami; igiene personale trascurata; persone infette che toccano o manipolano gli alimenti
Gastroenterite virale non specifica	Virus enterici (virus ECHO, virus Coxsackie, reovirus, adenovirus, rotavirus, poliovirus)	Da 3 a 5 giorni	Diaree, febbre, vomito, dolori addominali, talvolta sindromi respiratorie	Sconosciuti	Feci	Igiene personale carente; persone infette che toccano o manipolano i cibi; cottura e riscaldamento insufficienti
COMPAGNO SINTOMI E SEGNI NEUROLOGICI (DISTURBI VISIVI, FORMICOLIO E/O PARALISI)						
Botulismo	Neurotossine A, B, E, F, di <i>Clostridium botulinum</i> ; le spore si trovano nel terreno, nel fango di acqua dolce e nell'intestino di animali	Da 2 ore a 8 giorni, in media da 18 a 36 ore	Sintomi gastrointestinali possono precedere quelli neurologici; vertigini, diplopia, bocca arida, difficoltà d'ingestione, di respiro, di parola; debolezza muscolare, atassia, stipsi, midriasi e sguardo fisso; paralisi respiratoria, possibile exitus	Conserva di alimenti a debole acidità preparate impropriamente, per lo più casalinghe, di natura vegetale o animale; pesce affumicato, mammiferi marini, uova fermentate di pesce; stufato lasciato in forno spento durante la notte; polpettone di carne, patate cotte; sono coinvolti anche alimenti conservati sott'olio o sotto vuoto; insaccati e prosciutti preparati in casa	Sangue, feci, contenuto gastrico, materiale autolitico, residui alimentari ed alimenti sospetti	Inadeguato trattamento termico di cibi inscatolati e pesce affumicato; ricontaminazione dopo il trattamento; fermentazioni incontrollate; impropria salagione del prosciutto e del pesce; tempo/temperatura inadeguati per patate; preparazioni in pentola, stufati, tenere gli alimenti a temperatura ambiente e al caldo

COMPAGNIO SINTOMI E SEGNI D'INFEZIONE GENERALIZZATA (FEBBRE, BRIVIDI, MALESSERE E/O DOLORI) periodo di incubazione superiore a 72 ore						
Brucellosi	<i>Brucella abortus</i> , <i>Br. melitensis</i> e <i>Br. suis</i> provenienti da tessuti e latte di animali infetti	Da 7 a 21 giorni	Febbre, brividi, sudorazione, debolezza, malessere, cefalea, dolori muscolari e articolari, dimagrimento, splenomegalia	Latte crudo, formaggio di capra	Sangue	Mancata pastorizzazione del latte, bestiame contaminato da brucelle
Listeriosi	<i>Listeria monocytogenes</i> da suolo, concime animale e insilati	Da 3 a 21 giorni ma anche più a lungo	Febbre non elevata, quadro similinfluenzale, aborti, nati morti, meningite, encefalite, sepsi; possibile exitus	Insalate di cavolo crudo, latte, formaggio, prodotti animali	Sangue, urine, liquido cerebrospinale	Inadeguata cottura, scorretta pastorizzazione del latte, refrigerazione prolungata; sono ad alto rischio gli immunodepressi, le gravide, gli anziani e i neonati
Febbre Q	<i>Coxiella burnetii</i> proveniente da tessuti e latte animali infetti	Da 14 a 26 giorni, in media 20 giorni	Brividi, cefalea, debolezza, malessere, sudorazione intensa, febbre, tosse, dolori toracici	Latte crudo (raramente)	Sangue	Consumo di latte contaminato crudo o non correttamente pastorizzato
Febbre tifoide e paratifoide	<i>Salmonella typhi</i> (febbre tifoide) dalle feci di persone infette. Altri sierotipi di <i>Salmonella</i> da feci di persone o animali infetti	Da 7 a 28 giorni, in media 14 giorni	Malessere, cefalea, febbre, tosse, nausea, vomito, stipsi, dolori addominali, brividi, roseola, emorragie intestinali, splenomegalia	Frutti di mare, ogni alimento contaminato da persone che manipolano e toccano i cibi; latte crudo; carne contaminata dopo la lavorazione; formaggio; crescione; acqua	Feci, tamponi rettali, sangue	Persone infette che toccano o manipolano alimenti; scarsa igiene della persona, cottura o refrigerazione inadeguate; smaltimento irrazionale di liquami; acquisto di alimenti da fonti sospette; raccolta di frutti di mare da acque contaminate con scarichi fognari
Setticemia da <i>Vibrio vulnificus</i>	<i>Vibrio vulnificus</i> (acqua di mare)	In media 16 ore < 24 ore	Malessere, brividi, febbre, prostrazione, lesioni cutanee, possibili exitus	Frutti di mare crudi	Sangue	Consumo di frutti di mare crudi, cottura inadeguata; sono ad alto rischio le persone con danni epatici
Epatite A (epatite infettiva)	Virus dell'epatite A proveniente da feci, urina, sangue di persone e di altri primati infetti	Da 1 a 50 giorni, in media 25 giorni	Febbre, malessere, stanchezza, anoressia, nausea, dolori addominali, ittero	Frutti di mare crudi, insalata, affettato, qualunque cibo contaminato con virus dell'epatite, acqua	Urina, sangue	Persone infette che toccano o manipolano alimenti, scarsa igiene della persona; cottura inadeguata, raccolta di frutti di mare da acque contaminate da scarichi di fogna; irrazionale smaltimento di liquami
COMPAGNIO SINTOMI E SEGNI DI TIPO ALLERGICO (ARROSSAMENTO DEL VISO, PRURITO) periodo di incubazione generalmente inferiore ad 1 ora						
Intossicazione istaminica da sgombridi	Sostanze istaminosimili prodotte da specie del genere <i>Proteus</i> o da altri batteri	Da alcuni minuti a 1 ora	Cefalea, vertigini, nausea, vomito, diarrea, sapore metallico e pepato, bruciore in gola, rossore e gonfiore del viso, dolore di stomaco, prurito della pelle	Tonno, sgombro, delphinio del Pacifico, pesce azzurro, formaggio	Vomito	Non sufficientemente rapida o inadeguata refrigerazione dei pesci pescati; impropria salatura del formaggio

ISTRUZIONI OPERATIVE

TUBERCOLOSI



Vedasi linee guida regionali per il controllo delle tbc per gli allegati /stampati da usare

ISTRUZIONI OPERATIVE

WEST NILE

