



MALATTIE INFETTIVE: sorveglianze speciali

PARTE I - Informazioni generali sulla malattia
Glossario
Bibliografia
Riferimenti normativi



REGIONE DEL VENETO

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

Malattie infettive: sorveglianze speciali

PARTE I – Informazioni generali sulla malattia
Glossario
Bibliografia
Riferimenti normativi

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.

Il documento è stato sottoposto alla verifica da parte del Ministero della Salute

Si ringrazia Silvia Cocchio per la gentile collaborazione

Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Dipartimento di Medicina Ambientale e Sanità Pubblica - Università di Padova

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

La notifica delle malattie infettive è di fondamentale importanza per la salvaguardia della salute pubblica. Infatti se la notifica di una malattia infettiva avviene correttamente e nei tempi previsti è possibile adottare i provvedimenti necessari per interrompere la diffusione della malattia stessa e mettere in atto le opportune strategie di prevenzione.

Gli operatori sanitari dei Dipartimenti di Prevenzione e dei Distretti Sanitari di Base, i Medici ospedalieri, i Medici di Medicina Generale, i Pediatri, devono essere consapevoli dell'importanza della notifica e, in presenza di malattie infettive, collaborare nella trasmissione dei dati alle strutture interessate e nell'adozione delle azioni di prevenzione efficaci.

Il Servizio Sanità Pubblica e Screening della Direzione Prevenzione Regionale ha redatto questo documento che raccoglie sinteticamente le procedure operative e le schede di notifica delle malattie infettive sottoposte a sorveglianza speciale per consentire una maggiore accuratezza e uniformità nella rilevazione e trasmissione dei dati alle strutture interessate.

L'auspicio è che questo documento diventi un utile e valido strumento di consultazione nell'attività quotidiana di coloro che si occupano di Salute Pubblica nel territorio Regionale.

Assessore alla Sanità

Luca Coletto



INDICE

Premessa

pag. 5 Introduzione

8	Botulismo alimentare
11	Brucellosi
13	Chikungunya (malattia da virus o febbre da)
15	Creutzfeld-Jacob (malattia di)
17	Dengue
18	Epatite virale acuta da virus A
20	Epatite virale acuta da virus B
21	Epatite virale acuta da virus C
22	Epatite virale acuta da virus D
23	Epatite virale acuta da virus E
25	Febbre Tifoide
27	Forme invasive da Haemophilus Influenzae
28	Forme invasive da Neisseria meningitidis
30	Forme invasive da Pneumococco
32	Infezione da HIV
34	Infezione da rosolia in gravidanza/Sindrome da rosolia congenita
36	Legionellosi
39	Leptospirosi
41	Listeriosi
44	Malaria
46	Morbillo
48	Morbo di Hansen
50	Poliomielite acuta - Paralisi Flaccida Acuta
52	Rabbia umana
55	Salmonellosi non tifoidee
57	Scabbia
60	Shigellosi
62	Tetano
64	Tossinfezioni alimentari
66	Tubercolosi
68	West-Nile
71	Glossario
73	Bibliografia
76	Riferimenti normativi

INTRODUZIONE

Nell'ambito del Progetto di miglioramento della sorveglianza e del controllo delle malattie infettive è stato stilato il presente documento per gli operatori sanitari con lo scopo di standardizzare le procedure operative nel territorio regionale e di migliorare i flussi di notifica delle malattie sottoposte a sorveglianza speciale.

Per ogni malattia presa in considerazione è stata predisposta una parte dove sono riportati sinteticamente gli aspetti clinici, i tempi previsti per la notifica, i provvedimenti da adottare nei confronti del malato, dei conviventi, dei contatti e sull'ambiente, nonché le norme di profilassi (somministrazione di vaccini, immunoglobuline, farmaci); una seconda parte illustra il flusso di segnalazione (flow chart). Allegate al documento sono raccolte, in un'apposita pochette:

- le schede di notifica specifiche per le malattie per le quali è previsto il flusso speciale;
- le istruzioni operative per alcune malattie infettive che rappresentano uno strumento di supporto per gli operatori di Sanità Pubblica. L'uso e la forma degli stampati allegati possono essere adattati alla situazione locale.
- la "Decisione della Commissione delle Comunità Europee del 28 aprile 2008" recante modifica della decisione 2002/253/CE che stabilisce la definizione dei casi ai fini della dichiarazione delle malattie trasmissibili alla rete di sorveglianza comunitaria istituita ai sensi della decisione n. 2119/98/CE del Parlamento europeo e del Consiglio.

Il documento è stato concepito come uno strumento di lavoro, di facile e rapida consultazione, rivolto agli operatori sanitari dei Dipartimenti di Prevenzione, Distretti Sanitari di Base, Direzioni dei Presidi Ospedalieri e ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di Libera scelta. La sua finalità è quella di consentire il miglioramento della notifica e della raccolta dei dati delle malattie infettive che richiedono un'attenzione particolare.

I contenuti e le modalità di utilizzo del documento saranno illustrati dettagliatamente, agli operatori interessati, in un momento formativo appositamente organizzato.

Il Sistema Informativo per le Malattie Infettive (SIMI) stabilisce l'obbligo di notifica, definendone modalità e tempi, per 47 malattie infettive classificate in 4 classi in base alla rilevanza di sanità pubblica e al loro interesse sul piano nazionale ed internazionale; prevede inoltre una quinta classe che comprende malattie non specificamente menzionate nei gruppi precedenti e le zoonosi indicate dal regolamento di Polizia Veterinaria.

Secondo questo sistema le malattie infettive a obbligo di notifica sono state differenziate in base alle informazioni da raccogliere e alla tempestività di invio dei dati. La suddivisione in classi risponde anche a criteri di rilevanza epidemiologica e a esigenze differenziate di profilassi anche se viene superata, in caso di emergenza, da protocolli ad hoc.

Classi	Tempi di segnalazione del medico alla Azienda Sanitaria Locale	Malattie
Prima - Malattie per le quali si richiede segnalazione immediata o perché soggette al Regolamento sanitario internazionale o perché rivestono particolare interesse	12 ore Modulo classe I	Colera, botulismo, febbre gialla, febbre ricorrente epidemica, influenza con isolamento virale, febbri emorragiche virali (febbre di Lassa, Marburg, Ebola), rabbia, peste, tetano, poliomielite, trichinosi, tifo esantematico, difterite
Seconda - Malattie rilevanti perché ad elevata frequenza e/o passibili di interventi di controllo	48 ore Modulo classe II	Blenorragia, brucellosi, diarree infettive non da salmonella, epatite virale A, B, NANB, epatite virale non specificata, febbre tifoide, legionellosi, leishmaniosi cutanea, leishmaniosi viscerale, leptospirosi, listeriosi, meningite ed encefalite acuta virale,

		meningite meningococcica, morbillo, parotite, pertosse, rickettsiosi diversa da tifo esantematico, rosolia, salmonellosi non tifoidee, scarlattina, sifilide, tularemia, varicella
Terza - Malattie per le quali sono richieste particolari documentazioni	48 ore Modulo classe III	AIDS, lebbra, malaria, micobatteriosi non tubercolare, tubercolosi
Quarta - Malattie per le quali alla segnalazione del singolo caso da parte del medico deve seguire la segnalazione dell'unità sanitaria locale solo quando si verificano focolai epidemici	24 ore Modulo classe IV	Dermatofitosi (tigna), infezioni, tossinfezioni ed infestazioni di origine alimentare, pediculosi, scabbia
Quinta - Malattie infettive e diffuse notificate all'unità sanitaria locale e non comprese nelle classi precedenti, zoonosi indicate dal regolamento di polizia veterinaria di cui al decreto del Presidente della Repubblica 8 febbraio 1954, n. 320, e non precedentemente menzionato	Le notifiche di classe V vengono comunicate annualmente, in un riepilogo, al Ministero. Solo quando assumano le caratteristiche di focolaio epidemico, devono essere segnalate con le modalità previste per la Classe IV.	

Per specifiche patologie, che comportano l'ospedalizzazione nella maggior parte dei casi, i sistemi informativi correnti delle dimissioni ospedaliere (SDO) e dell'emergenza (SIES), possono essere utilizzati per migliorare la sensibilità del sistema di sorveglianza.

La sorveglianza in sanità pubblica si basa su tre caratteristiche fondamentali:

- a) raccolta sistematica dei dati
- b) aggregazione e analisi dei dati raccolti
- c) ritorno e diffusione delle informazioni.

L'obiettivo finale della sorveglianza è l'utilizzazione dei dati per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive e per il monitoraggio dei programmi di attività, inteso come continua valutazione della relazione intervento-cambiamento.

Per garantire il raggiungimento di questi obiettivi il sistema di sorveglianza di sanità pubblica delle malattie infettive della Regione del Veneto è costituito da un serie di flussi informativi interconnessi tra di loro il cui livello di sintesi e approfondimento è diverso a seconda delle caratteristiche della malattia, della rilevanza delle informazioni necessarie e del tipo di programmi di controllo che vengono condotti.

La notifica obbligatoria delle malattie infettive costituisce il flusso informativo alla base di tutto il sistema di sorveglianza, perché permette di definire e confrontare tra le ULSS e con le altre Regioni o i diversi Paesi l'incidenza delle malattie infettive.

La valutazione delle schede di dimissione ospedaliera consente, per le malattie più gravi, una ulteriore fonte indipendente di informazione. Questa seconda fonte permette di aumentare la sensibilità del sistema attraverso l'identificazione di casi non notificati e di stimare l'incidenza vera e la efficacia dei flussi informativi ricorrendo al sistema di cattura – ricattura.

I sistemi "generalisti" permettono di conoscere l'incidenza delle malattie infettive, ma il loro limite è rappresentato dal fatto che permettono una analisi epidemiologica limitata all'andamento nel tempo della malattia, alla residenza, all'età, al sesso dei soggetti colpiti.

Queste informazioni sono spesso insufficienti per sorvegliare alcune malattie infettive particolarmente rilevanti e per monitorare adeguatamente programmi di controllo. Sono stati istituiti

pertanto, sistemi di sorveglianza speciali finalizzati a raccogliere informazioni più specifiche relative, in particolare, alla presenza di fattori di rischio per la malattia (HIV-AIDS, epatiti virali, TB, malaria), al quadro clinico (meningiti batteriche, TB, HIB), all'agente eziologico (malaria, TB, meningiti batteriche), alle misure di profilassi pre o post esposizione (malaria, meningiti batteriche, morbillo, HIB), alle caratteristiche dell'ambiente di acquisizione (malaria) e altre ancora.

La sorveglianza delle malattie infettive nel Veneto, come nel resto del Paese, soffre di alcune carenze "storiche", quali la sottonotifica dei casi, il ritardo di notifica, la compilazione incompleta o errata delle schede, che riducono la disponibilità di informazioni utili per gli scopi della sorveglianza stessa, come la messa in atto degli interventi di profilassi post-esposizione, il controllo delle epidemie, la verifica dell'efficacia degli interventi di controllo, ecc.

Nel sistema di notifica generale delle malattie infettive, il punto critico è rappresentato dal punto di partenza della segnalazione, cioè il medico curante e più in generale il medico che pone la diagnosi o il sospetto diagnostico. La mancata segnalazione o il ritardo della segnalazione sono dovute più spesso alla scarsa motivazione alla notifica, più che alla non conoscenza dell'obbligo di questa. Tra le cause della scarsa motivazione si individuano la non conoscenza dell'utilità dei dati epidemiologici, la scarsa ripercussione nell'operatività clinica quotidiana, le difficoltà operative della segnalazione.

BOTULISMO

Descrizione:

malattia neuromuscolare caratterizzata da una paralisi flaccida acuta, febbrile, simmetrica e discendente. Esistono 3 forme: da trasmissione alimentare, da ferita e intestinale (adulto e bambino).

La forma alimentare è dovuta all'ingestione di tossina preformata contenuta in alimenti contaminati da forme sporali di *Cl. botulinum*. Nel botulismo da ferita l'intossicazione è dovuta alla contaminazione di ferite da parte di spore che germinano producendo tossina e nella forma infantile l'ingestione di spore o di forme vegetative del clostridio, per mezzo di alimenti, comporta la colonizzazione intestinale e la produzione in vivo di tossina nel digerente.

Notifica:

classe 1a DM/90 – inserimento SIMIWEB

Tempi di segnalazione:

entro 12 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

da 12 a 48 ore; in casi eccezionali può arrivare a 8 giorni

Periodo di contagiosità:

non è documentata la trasmissione interumana

Modalità di trasmissione:

il botulismo alimentare insorge quando un alimento contaminato da spore *C. botulinum* è stato conservato in condizioni inadeguate e in anaerobiosi.

Il botulismo intestinale insorge quando un bimbo ingerisce un alimento diverso dal latte materno. Nei bambini più grandi può verificarsi in seguito a interventi intestinali, in presenza di malattia infiammatoria intestinale e dopo esposizione a antibiotici.

Il botulismo da ferita si osserva nei casi in cui, nei tessuti traumatizzati e contaminati dalle spore, si sviluppi il batterio e qui produca le sue tossine.

Provvedimenti nei confronti del malato:

non previsti.

La terapia mediante somministrazione di antitossina botulinica deve essere intrapresa quanto più precocemente possibile e comunque non oltre una settimana dall'insorgenza dei sintomi; essa è infatti inefficace una volta che la tossina si sia completamente fissata sui recettori. La somministrazione di antitossina deve essere preceduta dal prelievo venoso di sangue per la ricerca della tossina specifica.

Il principale trattamento di sostegno è rappresentato dalla ventilazione meccanica.

Nel caso di botulismo da ferita, in aggiunta alla somministrazione di antitossina, occorre procedere a toilette chirurgica ed irrigazione della ferita.

Nel caso di botulismo infantile è indispensabile fornire assistenza di supporto, mentre la casistica clinica suggerisce l'inutilità dell'impiego di antitossina per il rischio di sensibilizzazione e shock anafilattico.

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e contatti:

nessuno. Nei co-esposti asintomatici va valutata attentamente l'opportunità di iniziare un trattamento con antitossina polivalente.

Provvedimenti sull'ambiente:

ricerca attiva della fonte di intossicazione, con prelievo di appropriati campioni degli alimenti consumati dal paziente nelle 48-72 ore precedenti l'insorgenza della sintomatologia.

Indagine epidemiologica sui commensali (Vedi Tossinfezioni alimentari).

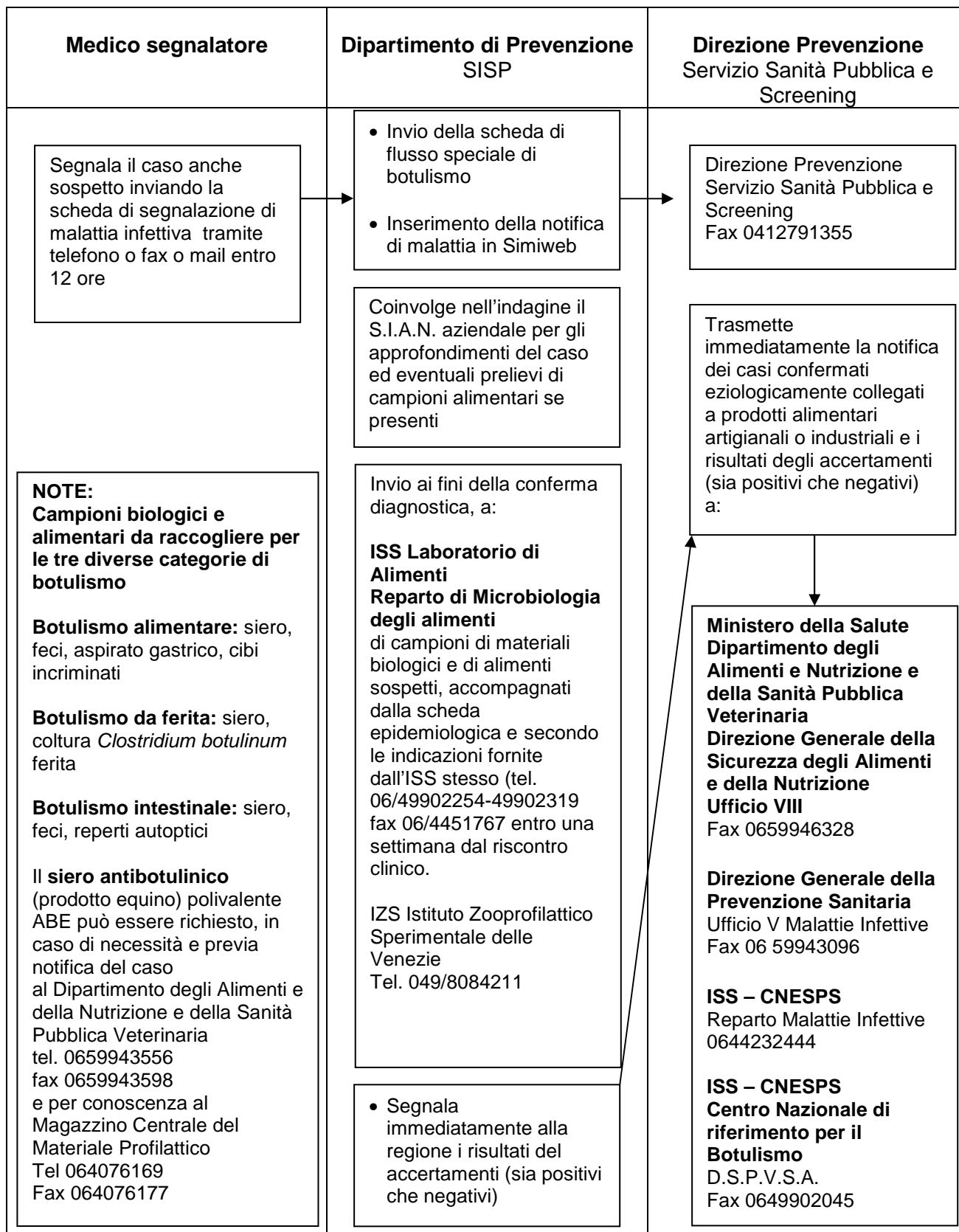
I metodi di controllo della intossicazione alimentare, risiedono essenzialmente nella corretta preparazione delle conserve vegetali e degli insaccati in ambito domestico, e nella sorveglianza della applicazione delle corrette pratiche di lavorazione in ambito industriale e /o artigianale. Importante è anche l'educazione sanitaria della popolazione, soprattutto per quanto riguarda la preparazione domestica e le modalità di conservazione di conserve o insaccati.

Profilassi: vaccinazione e chemioprolissi

Nessuna

Flusso di segnalazione

BOTULISMO



BRUCELLOSI

Descrizione:

è una malattia soprattutto degli animali domestici e selvatici. L'uomo è un ospite accidentale che contrae la malattia per contatto diretto con animali infettati, le loro carcasse e secrezioni o attraverso latte non pastorizzato o prodotti caseari. La malattia, spesso lieve in età pediatrica, è più grave negli adulti: l'esordio può essere insidioso o acuto con febbre, sudorazione, debolezza, malessere, anoressia, artralgia, dolore addominale e cefalea. Complicazioni serie sono la meningite, l'endocardite e osteomielite, con particolare coinvolgimento dell'articolazione sacroiliaca.

Notifica:

classe 2a DM/90 – inserimento SIMIWEB

Tempi di segnalazione:

entro 48 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

da meno di una settimana a molti mesi, ma molti pazienti si ammalano entro 3-4 settimane.

Periodo di contagiosità:

durante l'infezione acuta e fino a che l'agente patogeno è presente nelle feci (abituamente 4 settimane).

Modalità di trasmissione:

l'infezione viene trasmessa per inoculazione attraverso tagli o abrasioni cutanee, per inalazione di aerosol contaminati, contatto attraverso la mucosa congiuntivale o ingestione per bocca.

La trasmissione interumana è rara; le madri infette possono trasmettere la Brucella ai figli con l'allattamento.

Provvedimenti nei confronti del malato:

oltre alle precauzioni standard, maggiore attenzione è richiesta nei confronti dei pazienti con lesioni drenanti.

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e contatti:

nessuno

Provvedimenti sull'ambiente:

il controllo della Brucellosi umana dipende dal controllo della brucellosi in campo veterinario. E' particolarmente importante la pastorizzazione del latte e dei prodotti caseari per prevenire la malattia in età pediatrica. La certificazione del latte non pastorizzato non elimina il rischio di trasmissione della Brucella.

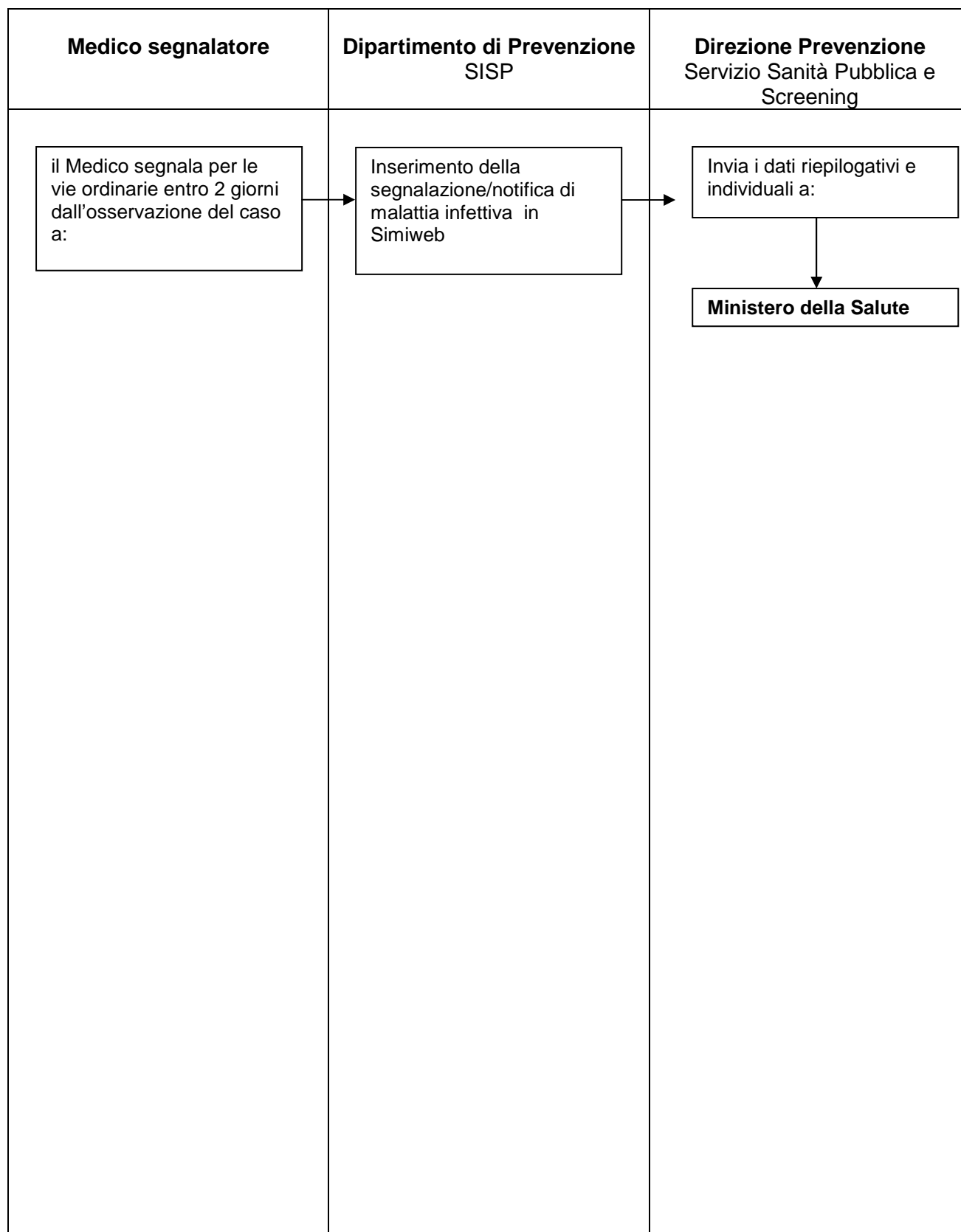
Il consiglio generale è quello di non consumare prodotti non pastorizzati, mentre per chi svolge un lavoro a rischio è opportuno l'uso di guanti protettivi.

Profilassi: vaccinazione e chemioprolifassi

nessuna

Flusso di segnalazione

BRUCELLOSI



CHIKUNGUNYA (malattia da virus o febbre da)

Descrizione:

malattia virale trasmessa all'uomo dalla puntura di zanzare infette (artropodi) del genere *Aedes*, soprattutto *A. albopictus* (zanzara tigre), *A. aegypti*, e *A. polynesiensis*, che pungono soprattutto di giorno. Il virus appartiene alla famiglia delle *Togaviridae*. I sintomi sono rappresentati dall'improvvisa insorgenza di febbre elevata, importanti artralgie, mialgie, cefalea, nausea, vomito e rash cutaneo (al volto, tronco, radice degli arti). Raramente sono riportate forme meningo-encefalitiche, specie in soggetti defedati. Questa malattia è quasi sempre auto-limitantesi entro un paio di settimane e raramente fatale. Artrite e artralgie debilitanti possono durare mesi o anni. E' presente in Africa, Sud-est asiatico, nel sub continente indiano ed in alcune isole dell'Oceano Indiano (Comore, La Réunion, Seychelles, Mauritius, Mayotte). Nel 2007 sono stati segnalati casi autoctoni in alcune zone dell'Emilia Romagna. Il vettore è stato introdotto in Italia all'inizio degli anni '90 con il commercio di pneumatici infestati da uova.

Notifica:

classe 5a DM/90 – inserimento SIMIWEB

Tempi di segnalazione:

entro le 12 ore come da C.M. del 4/08/2006, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

dopo la puntura della zanzara infetta l'incubazione è di 2-12 giorni con una media di 4-8 giorni.

Periodo di contagiosità:

non c'è trasmissione da persona a persona, in assenza del vettore infetto (zanzara). La viremia nell'uomo si pensa sia di 3-10 giorni, per cui, manipolando sangue infetto, può verificarsi la trasmissione del virus.

Modalità di trasmissione:

attraverso la puntura di zanzare del genere *A. albopictus*, *A. aegypti* e *A. polynesiensis*, infettate succhiando il sangue di una persona affetta da CHIKV in fase viremica (primi 4-5 giorni di malattia). In fase epidemica l'uomo è la riserva del virus. In altri periodi i principali serbatoi del virus, identificati, sono le scimmie, i roditori, gli uccelli e altri vertebrati. Possibile trasmissione per via ematica attraverso contatto con sangue infetto, al feto se la fase viremica nella madre avviene in prossimità del parto.

Provvedimenti nei confronti del malato:

terapia sintomatica (antipiretici, antiinfiammatori, riposo a letto). In aree endemiche le persone affette da febbre Chikungunya dovrebbero essere protette dalle punture delle zanzare per evitare la propagazione dell'infezione.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

evitare contatto ematico in fase viremica; in aree endemiche le persone infette vanno protette dalle punture degli insetti per evitare il propagarsi dell'infezione.

Provvedimenti sull'ambiente:

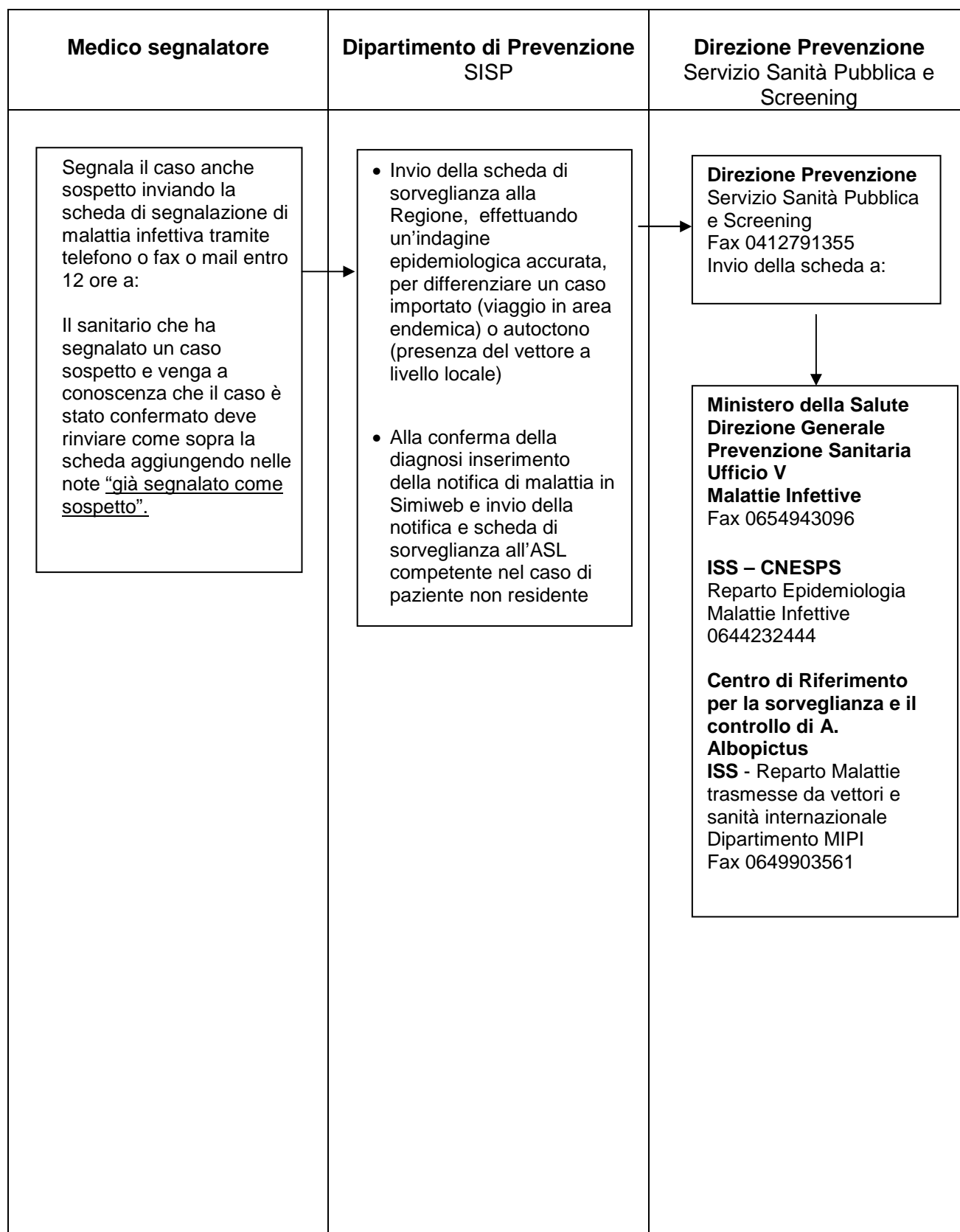
Disinfestazione di merci provenienti da paesi endemici, disinfestazione da ratti e zanzare e azioni specifiche per contrastare la proliferazione degli insetti vettori.

Profilassi: vaccinazione e chemioprolifassi

Non esiste vaccinazione.

E' importante, per chi viaggia in zone endemiche e soggiorna in zone a rischio, adottare misure comportamentali per ridurre le punture di zanzare potenzialmente infette.

Flusso di segnalazione
CHIKUNGUNYA/DENGUE



CREUTZFELD-JACOB (malattia di)

Descrizione:

il morbo di Creutzfeld-Jacob è una malattia neurovegetativa rara e rientra fra le encefalopatie spongiformi per l'aspetto che acquistano i tessuti cerebrali dei pazienti colpiti. A tutt'oggi si riconoscono diverse forme del morbo. Quella più frequente (circa l'85% dei casi) è la forma sporadica: non è ancora nota la causa e colpisce persone di età superiore ai 50 anni.

La nuova variante del morbo di Creutzfeld-Jacob (nvCJD), quella legata al consumo di carne bovina infetta, identificata per la prima volta nel 1996, colpisce principalmente persone in giovane età (dai 15 ai 50 anni) con una sopravvivenza media di circa 15 mesi. I sintomi della nuova variante sono disturbi di tipo sensoriale, forti dolori, perdita di memoria, movimenti involontari, fino a un vero e proprio stato demenziale, con mutismo e immobilità, fino alla morte.

La malattia di Creutzfeld-Jacob è stata segnalata in tutto il mondo.

Notifica:

classe 5a DM/90 – inserimento SIMIWEB

Tempi di segnalazione:

entro 48 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

il periodo di incubazione è ignoto

Periodo di contagiosità:

i tessuti del SNC rimangono infettivi per tutto il periodo sintomatico della malattia. Altri tessuti e lo stesso liquor possono essere a volte contagiosi. L'infettività durante il periodo di incubazione non è nota, anche se studi condotti negli animali fanno pensare che gli organi linfoidi ed altri organi siano probabilmente infettivi prima che appaiano i segni della malattia.

Non è stata riportata la trasmissione interpersonale della CJD mediante sangue, latte, saliva, urine o feci.

Modalità di trasmissione:

la modalità di trasmissione nella maggior parte dei casi non è conosciuta. Molti identificano l'agente infettivo in una proteina mutata: il prione. Si tratterebbe di una forma modificata e quindi patologica della normale proteina prionica. L'estrema resistenza di queste molecole modificate le renderebbero in grado di sopportare senza degradarsi molti processi di lavorazione della carne e di entrare nell'organismo umano per via alimentare. Da qui poi riuscirebbero a raggiungere il sistema nervoso centrale, inducendo la modificazione patologica alla base del decorso della malattia.

Provvedimenti nei confronti del malato:

sono raccomandate le precauzioni standard. I dati disponibili indicano che anche un contatto intimo prolungato con pazienti affetti da CJD non ha determinato la trasmissione della malattia.

Ad oggi la possibilità di prevenire la vCJD non è chiara. Si consiglia di eseguire biopsie cerebrali nei pazienti con diagnosi sospetta o certa di CJD per confermare la diagnosi e identificare nuove forme.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

l'indagine sui contatti e sulla fonte di infezione deve comprendere un'anamnesi completa con notizie circa precedenti interventi chirurgici o odontoiatrici, esposizione all'ormone della crescita e familiarità positiva per casi di demenza.

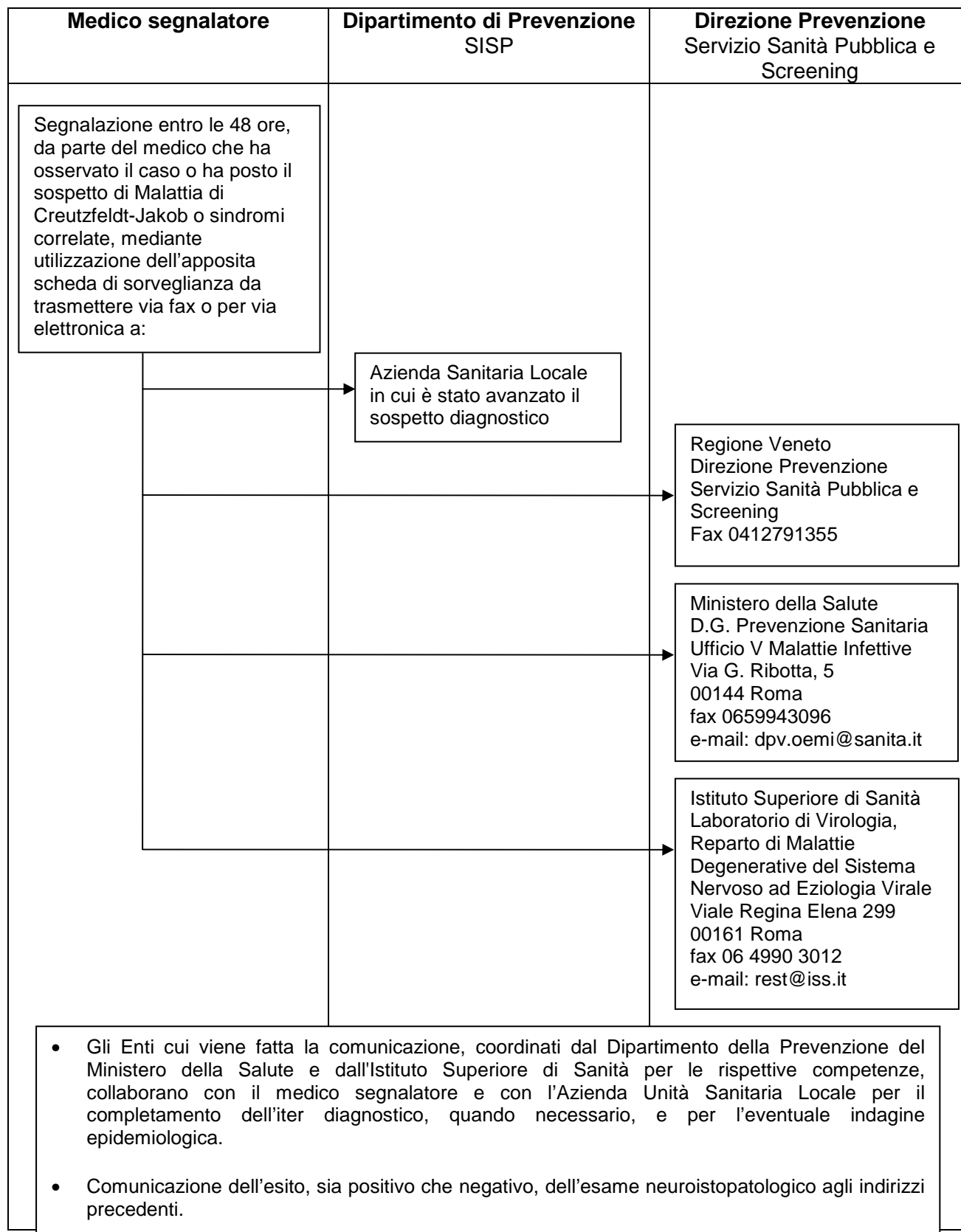
Profilassi: vaccinazione e chemioprolassi

la vaccinazione contro le malattie da prione non è disponibile e non è stata dimostrata alcuna risposta immune all'infezione.

Flusso di segnalazione

MALATTIA DI CREUTZFELD-JACOB

La variante della Malattia di Creutzfeld – Jacob e le sindromi ad essa correlate (la Sindrome di Gerstmann-Straussler-Scheinker, l'insonnia fatale familiare) sono sottoposte a sorveglianza obbligatoria e devono essere segnalate sia al sospetto che nei casi accertati



DENGUE

Descrizione:

malattia virale trasmessa all'uomo dalla puntura di zanzare infette del genere *Aedes*, soprattutto *Ae. aegypti* che pungono prevalentemente di giorno. I virus dengue appartengono alla famiglia delle Flaviviridae. Sono endemici nella maggior parte dei paesi tropicali.

L'esordio è acuto, caratterizzato da febbre per 3-5 giorni, cefalea intensa, mialgia, artralgia, dolori retro-orbitali, disturbi gastrointestinali e rash generalizzato a carattere maculo papulare che compare generalmente alla risoluzione della febbre. In ogni momento della fase febbrile sono possibili fenomeni emorragici minori (petecchie, epistassi, gengivorragie) mentre emorragie importanti possono manifestarsi in concomitanza di patologie sottostanti. Comune è la presenza di un quadro di linfadenopatia e leucopenia con linfocitosi relativa. La guarigione può associarsi ad un senso di prolungato affaticamento e depressione. Nell'uomo la suscettibilità è apparentemente universale anche se i bambini generalmente presentano una forma più lieve di malattia.

Notifica:

classe 5a DM/90 - inserimento SIMIWEB

Tempi di segnalazione:

entro 12 ore al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

dopo la puntura della zanzara infetta l'incubazione è di 3-14 giorni con una media di 5 -7 giorni.

Periodo di contagiosità:

non c'è trasmissione diretta persona-persona ma la zanzara diventa contagiosa 8-12 giorni dopo aver ingerito sangue da paziente viremico e tale rimane per il resto della sua vita. La fase viremica nell'uomo dura circa 3-5 giorni.

Modalità di trasmissione:

attraverso la puntura di zanzare infette, soprattutto *Ae. aegypti* e, in Asia, *Ae. albopictus* che pungono per lo più in orario diurno. Il virus viene mantenuto in circolazione grazie ad un ciclo che coinvolge l'uomo e la zanzara *Ae. aegypti* nei centri urbani delle aree tropicali e un complesso scimmia-zanzara nel sud est asiatico e nell'Africa occidentale.

Provvedimenti nei confronti del malato:

prevenire le punture di zanzara dei pazienti fino alla defervescenza (zanzariere, insetticidi). Terapia di supporto (antipiretici, antinfiammatori, riposo a letto). L'aspirina è controindicata.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

educazione sanitaria per evitare le punture di zanzara

Provvedimenti sull'ambiente:

indagini di campo per determinare la densità dei vettori e per identificare gli habitat delle larve (contenitori artificiali o naturali di acqua dolce che si trovano in prossimità o entro le abitazioni) e per attuare programmi per la loro eliminazione.

Profilassi: vaccinazione e chemioprolifassi

Non esiste vaccinazione.

Note: flusso di segnalazione Chikungunya/Dengue a pag. 14

EPATITE VIRALE ACUTA DA VIRUS A

Descrizione:

malattia febbrile acuta provocata dal virus dell'Epatite A (HAV) accompagnata generalmente da ittero, anoressia, nausea e malessere. Rare le forme fulminanti a carico di soggetti già epatopatici, assenti quelle croniche. La malattia è spesso asintomatica o con sintomi aspecifici nei bambini sotto i 6 anni.

Diffusa in tutto il mondo, endemica nei paesi in via di sviluppo.

Notifica:

classe 2a DM/90 – inserimento SIMIWEB

Tempi di segnalazione:

entro le 12 ore per via telefonica o a mezzo fax al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

da 15 a 50 giorni, in media 28 giorni.

Periodo di contagiosità:

massima contagiosità da 1 – 2 settimane prima dell'esordio dei sintomi fino a 1 settimana dopo la comparsa dell'ittero. Alcuni studi hanno dimostrato escrezione virale fino a 6 mesi dopo la comparsa dell'ittero in neonati e bimbi piccoli.

Modalità di trasmissione:

da persona a persona, per via oro-fecale.

Le fonti di infezioni principali sono: rapporto stretto con persona infetta, ingestione di acqua e alimenti infetti, viaggi internazionali, attività omosessuale maschile, droghe endovenose. Raramente da madre-bambino (verticale) e trasfusionale.

Epidemie in asili nido e comunità frequentate da bambini con pannolino sono favorite laddove risultino carenti le precauzioni enteriche.

Provvedimenti nei confronti del malato:

precauzioni enteriche per 15 giorni dalla diagnosi fino a 7 giorni dopo la comparsa dell'ittero.

In caso di insorgenza di Epatite A in reparti di Neonatologia, le precauzioni enteriche devono essere adottate per un periodo più lungo.

Allontanamento da scuola e asilo di bambini e dal lavoro di adulti addetti alla manipolazione di alimenti, fino a 7 giorni dopo la comparsa dell'ittero.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

sorveglianza sanitaria per la ricerca di casi secondari o altri casi sfuggiti alla diagnosi, qualora si sospetti una fonte di infezione comune (viaggio, consumo alimenti, etc...).

Vaccinazione dei contatti e immunoglobuline (se indicate).

Valutare l'opportunità di applicare l'art.42 e seguenti Titolo V, del DPR n.1518 del 22.12.1967 per le collettività infantili (asili nido e scuole materne).

Valutare l'opportunità di adottare provvedimenti nei confronti del personale in ambito lavorativo alimentare del caso indice, qualora l'indagine evidenzi un rischio di trasmissione attraverso la manipolazione di alimenti.

Provvedimenti sull'ambiente:

miglioramento dal punto di vista igienico-sanitario in campo alimentare e approvvigionamento dell'acqua.

Educazione sanitaria della popolazione con particolare riferimento a operatori sanitari, addetti alla manipolazione e somministrazione di alimenti, operatori di asilo nido e scuole materne.

Profilassi: vaccinazione e chemioprophilassi

Vaccinazione: è indicata per

- Contatti
- personale impegnato nell'assistenza sanitaria e della prima infanzia, in caso di epidemia estesa

Profilassi post-esposizione:

La somministrazione del vaccino entro 8 giorni dall'esposizione ha mostrato un'efficacia di oltre l'80 %.

Considerata la breve durata dell'esposizione, la variabilità e la tendenza alla diminuzione del titolo anticorpale nelle immunoglobuline, l'intervento con vaccino è da considerare preferibile all'impiego delle gammaglobuline.

EPATITE VIRALE ACUTA DA VIRUS B

Descrizione:

malattia infettiva provocata dal virus dell'epatite B (HBV). Solo in una piccola percentuale di casi la malattia è sintomatica. L'esordio, in genere insidioso, è caratterizzato da anoressia, disturbi addominali, nausea, vomito, artralgia, rash, fino all'ittero; febbre assente o lieve, epatopatia anche di gravissima entità. In una percentuale di casi evolve verso la forma cronica, la cirrosi epatica e l'epatocarcinoma.

Diffusa in tutto il mondo, ha caratteristiche endemiche con minime variazioni stagionali.

Notifica:

classe 2a DM/90 – inserimento SIMIWEB

Tempi di segnalazione:

comunicazione immediata non oltre le 12 ore per via telefonica o a mezzo fax al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

da 45 a 180 giorni, mediamente 60-90 giorni.

Periodo di contagiosità:

da diverse settimane prima dell'esordio dei sintomi e per tutta la fase acuta della malattia. Il soggetto è comunque contagioso fintanto che rimane HBsAg positivo.

Modalità di trasmissione:

per via percutanea (endovena, intramuscolo, sottocutanea, intradermica) o per esposizione mucosa a fluidi biologici infetti: sangue e derivati, saliva, liquor, liquido peritoneale, pleurico, pericardio, sinoviale, liquido amniotico, sperma, secreto vaginale e ogni altro liquido organico contenente sangue.

Non è stata dimostrata la trasmissione oro-fecale o da vettori.

Le principali modalità di trasmissione includono quella sessuale, perinatale (durante il parto o il travaglio), uso di droghe per via iniettiva e l'esposizione nosocomiale.

Provvedimenti nei confronti del malato:

precauzioni universali riguardanti il contatto di sangue e liquidi organici.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

sorveglianza sanitaria per la ricerca della fonte di infezione al fine di prevenire casi secondari.

Vaccinazione di conviventi e contatti stretti con esposizione parenterale preferibilmente entro una settimana dall'esposizione.

Provvedimenti sull'ambiente:

disinfezione di suppellettili e attrezzature contaminate con sangue e liquidi organici infetti.

Corretto smaltimento del materiale potenzialmente infetto

Profilassi: vaccinazione e chemioprolifassi

chemioprolifassi: non indicata.

Vaccinazione: conferisce una protezione a lungo termine

Immunoglobuline:

conferiscono una protezione a breve termine (3-6 mesi) e sono indicate, contemporaneamente alla prima dose di vaccino, nel trattamento post-esposizione di soggetti suscettibili.

EPATITE VIRALE ACUTA DA VIRUS C

Descrizione:

malattia infettiva provocata dal virus dell'epatite C (HCV). I segni e i sintomi dell'infezioni non si differenziano da quelli dell'Epatite A e B tuttavia nella maggior parte dei casi l'infezione primaria è asintomatica. Il 50-80% dei casi evolve nella forma cronica con il rischio, nella metà dei casi, di evolvere verso la cirrosi e il cancro del fegato.

Nella fase acuta l'ittero è presente solo nel 20% dei casi e il coinvolgimento epatico è assolutamente inferiore rispetto all'epatite B.

La distribuzione del virus è universale, direttamente correlata alle pratiche parenterali in ambito sanitario.

Notifica:

classe 2a DM/90 – inserimento SIMIWEB

Tempi di segnalazione:

entro le 48 ore per via telefonica o a mezzo fax al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

circa 6-7 settimane con un range di 2 settimane/6mesi. Il tempo dall'infezione alla viremia è di 1-2 settimane.

Periodo di contagiosità:

da una o più settimane prima dell'esordio dei sintomi e per un periodo indefinito. Tutte le persone con anticorpi anti-HCV e/o HCV RNA sono considerate infettive.

Modalità di trasmissione:

principalmente per via parenterale; meno frequente la trasmissione per via sessuale.

Provvedimenti nei confronti del malato:

precauzioni universali riguardanti il contatto di sangue e liquidi organici.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

sorveglianza sanitaria per la ricerca della fonte di infezione al fine di prevenire casi secondari.

Provvedimenti sull'ambiente:

disinfezione di suppellettili e attrezzature contaminate con sangue e liquidi organici.
Corretto smaltimento del materiale potenzialmente infetto

Profilassi: vaccinazione e chemioprolassi

vaccinazione non disponibile.

Vista l'assenza di studi che ne dimostrino l'efficacia, non si raccomanda l'uso di immunoglobuline post-esposizione.

EPATITE VIRALE ACUTA DA VIRUS D

Descrizione:

il virus dell'epatite D (HDV) provoca l'infezione solo in associazione con il virus B (HBV) che utilizza come helper. L'infezione può essere contemporanea (coinfezione) oppure il virus D può infettare un soggetto già cronicamente infettato con il virus B (superinfezione). La compresenza dei due virus aumenta il rischio di epatite fulminante che può arrivare al 5% o complicanze gravi. Diffusa particolarmente in Italia meridionale, Europa orientale, sud America, Africa e Medio Oriente.

Notifica:

classe 2a DM/90 – inserimento SIMIWEB

Tempi di segnalazione:

entro le 48 ore per via telefonica o a mezzo fax al Servizio Igiene e Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

coinfezione: da 45 a 160 giorni, in media 90 giorni.

Superinfezione: da 2 a 8 settimane.

Periodo di contagiosità:

non determinabile.

Modalità di trasmissione:

per inoculazione parenterale, cutanea o mucosa, attraverso emoderivati, iniezioni, rapporti sessuali ma solo se l'infezione HBV è presente o contemporanea.

Provvedimenti nei confronti del malato:

precauzioni universali riguardanti il contatto di sangue e liquidi organici.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

sorveglianza sanitaria per la ricerca della fonte di infezione al fine di prevenire casi secondari.

Provvedimenti sull'ambiente:

disinfezione di suppellettili e attrezzature contaminate con sangue e liquidi organici.

Corretto smaltimento del materiale potenzialmente infetto

Profilassi: vaccinazione e chemioprolassi

sono indicate le stesse misure di controllo e di prevenzione dell'epatite B.

Dato che l'HDV non può essere trasmesso in assenza di HBV, la vaccinazione contro l'Epatite B è protettiva anche per l'Epatite D.

EPATITE VIRALE ACUTA DA VIRUS E

Descrizione:

malattia acuta provocata dal virus dell'Epatite E (HEV) della famiglia degli herpes virus. Si manifesta generalmente con ittero, malessere, anoressia, febbre, dolori addominali e artralgia. Il decorso può anche essere sub clinico.

La malattia è frequente nell'adulto, più grave in gravidanza dove la mortalità raggiunge il 10% dei casi.

Casi di malattia sono riportati nei paesi in via di sviluppo, soprattutto nel subcontinente indiano, dove rappresenta l'agente più frequente di epatite virale.

Notifica:

classe 2a DM/90 – inserimento SIMIWEB

Tempi di segnalazione:

entro le 48 ore per via telefonica o a mezzo fax al Servizio Igiene e Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

da 15 a 64 giorni, in media da 26 a 42 giorni.

Periodo di contagiosità:

non noto.

HEV è stato identificato nelle feci 14 giorni dopo l'insorgenza dell'ittero e all'incirca 4 settimane dopo l'ingestione di cibo e acqua contaminati e persiste per circa 2 settimane.

Modalità di trasmissione:

principalmente per via oro-fecale soprattutto attraverso l'ingestione di acqua contaminata. L'HEV, diversamente dagli altri virus epatici, ha ospiti animali come il maiale.

Provvedimenti nei confronti del malato:

precauzioni enteriche; smaltimento igienico delle feci e attenta igiene personale rappresentata in particolare da un accurato lavaggio delle mani.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

sorveglianza sanitaria per la ricerca di casi secondari o altri casi sfuggiti alla diagnosi, qualora si sospetti una fonte di infezione comune (viaggio, consumo acqua contaminata etc...).

Precauzioni per i contatti con pannolino e incontinenti, per tutta la durata della malattia.

Provvedimenti sull'ambiente:

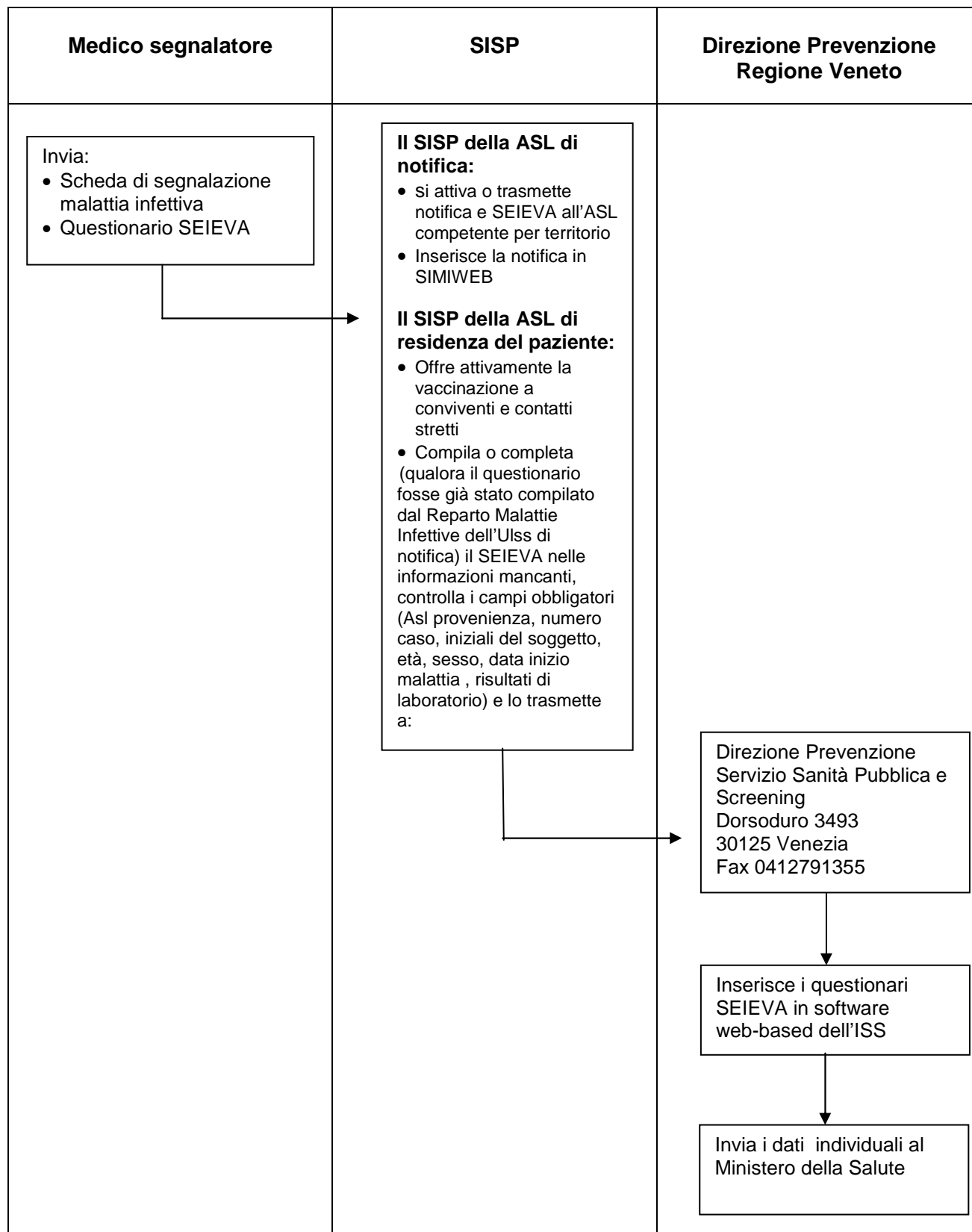
nessuno.

Profilassi: vaccinazione e chemioprolissi

esclusivamente per programmi di ricerca è stato valutato e ritenuto efficace un vaccino ricombinante anti-HVE.

Flusso di segnalazione

EPATITE A-B-C-D-E



FEBBRE TIFOIDE

Descrizione:

infezione generalizzata solitamente ad insorgenza graduale con manifestazioni quali, febbre, cefalea, malessere, letargia, dolore addominale, epatomegalia, splenomegalia, macchie rosate e/o modificazioni psichiche. Può esservi stipsi. La diarrea è frequente.

Notifica:

classe 2a DM/90 – inserimento SIMIWEB

Tempi di segnalazione:

entro 48 ore dal sospetto clinico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

da una a tre settimane ma può variare da 3 giorni a 3 mesi a seconda della dose infettante

Periodo di contagiosità:

fino a quando la Salmonella Typhi è presente nelle feci.

Modalità di trasmissione:

ingestione di cibi o bevande contaminate o contatto con persone infette.

Provvedimenti nei confronti del malato:

precauzioni enteriche fino alla negativizzazione di 3 coproculture consecutive eseguite a distanza di almeno 24 ore una dall'altra e a non meno di 48 ore dalla sospensione della terapia antibiotica. Allontanamento dall'attività lavorativa se alimentarista o addetto all'assistenza sanitaria o dell'infanzia, fino alla completa negativizzazione delle coproculture.

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e contatti:

ricerca di altri casi di infezione e se possibile della fonte con particolare riguardo a storie di viaggi in zone endemiche e alle abitudini alimentari. Qualora vi siano conviventi o contatti stretti del caso indice addetti alla manipolazione di alimenti o addetti all'assistenza sanitaria e dell'infanzia, questi vanno allontanati dal luogo di lavoro fino a risultato negativo di 2 coproculture eseguite a distanza di almeno 24 ore una dall'altra.

Valutare nei singoli casi l'opportunità di adottare eventuali provvedimenti nei confronti dei bambini delle comunità infantili (asili nido e scuole materne)

Provvedimenti sull'ambiente:

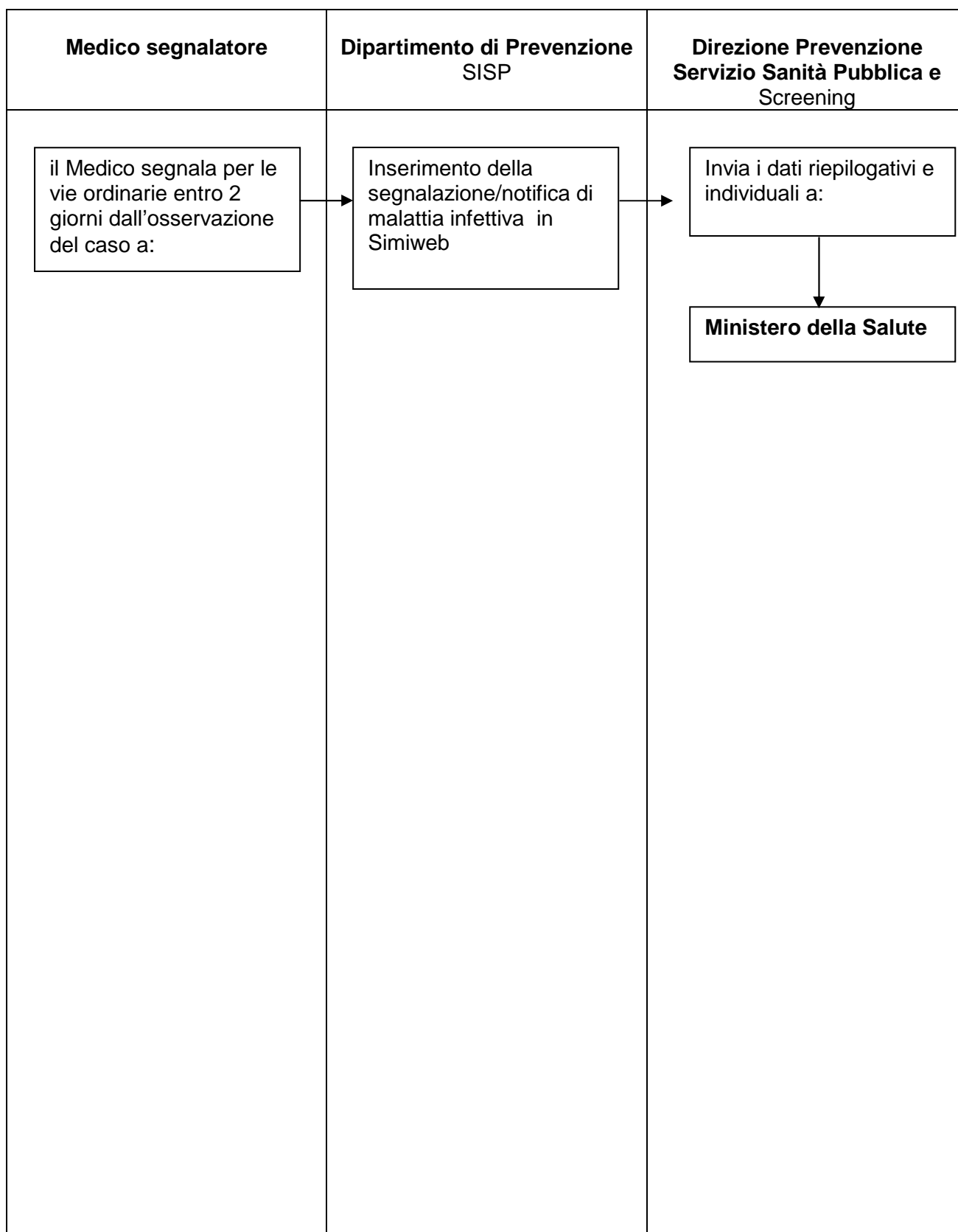
nessuno

Profilassi: vaccinazione e chemioprolissi

La vaccinazione può essere utile nel proteggere i conviventi qualora il malato diventi un portatore cronico.

Flusso di segnalazione

FEBBRE TIFOIDE



FORME INVASIVE DA HAEMOPHILUS INFLUENZAE

Descrizione:

malattia batterica acuta causata da *Haemophilus Influenzae*, coccobacillo gram negativo. Il ceppo "B" (HIB) risulta essere quello maggiormente patogeno e colpisce principalmente i bambini da 2 mesi a 3 anni, raramente oltre i 5 anni. L'esordio può essere subacuto ma solitamente brusco con febbre, vomito, letargia, irritazione meningea, tensione della fontanella nei neonati o rigidità nucale e dorsale nei bimbi più grandi. Frequenti torpore e/o coma.

Notifica:

classe 5a DM/90 – inserimento SIMIWEB.

Tempi di notifica:

entro 48 ore per via telefonica o a mezzo fax al Servizio Igiene e Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso:SI

Periodo di incubazione:

non noto.

Periodo di contagiosità:

fino a 24-48 ore dall'inizio di una terapia antibiotica efficace.

Modalità di trasmissione:

attraverso le secrezioni naso-faringee.

Provvedimenti nei confronti del malato:

isolamento fino a 24 ore dopo l'inizio di un idoneo trattamento antibiotico.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

sorveglianza sanitaria dei contatti stretti con particolare riferimento ai bambini di età inferiore a 6 anni. Chemioprolassi.

Provvedimenti sull'ambiente:

non previsti.

Profilassi: vaccinazione e chemioprolassi

Vaccinazione: di routine nella prima infanzia.

Chemioprolassi: raccomandata in caso di malattia da *Haemophilus Influenzae* di tipo B per:

- tutti i contatti familiari in una famiglia con almeno un bambino di meno di 48 mesi (oltre il caso indice), non vaccinato o incompletamente vaccinato o immunocompromesso (anche se vaccinato).
- Tutti i bambini e il personale (vaccinati e non vaccinati) di asili nido e scuole materne quando nella comunità siano presenti bambini non vaccinati o con ciclo incompleto, e nel caso in cui si siano verificati due o più casi di malattia invasiva entro 60 giorni.
Va valutata la somministrazione della chemioprolassi anche qualora si sia verificato un solo caso. I bambini non vaccinati oltre alla profilassi devono essere sottoposti anche alla vaccinazione.
Non è consigliata la chemioprolassi quando tutti i bambini della comunità siano stati correttamente vaccinati.
- Il caso indice, al termine della terapia dell'infezione invasiva, se non è stato trattato con farmaci che eradicano il germe deve ricevere la chemioprolassi (rifampicina)

Farmaci: Rifampicina: 20 mg/Kg per os 1 volta al giorno (Max 600 mg/die) per 4 giorni.

Nei lattanti di età ≤ mese il dosaggio è di 10 mg/kg.

FORME INVASIVE DA NEISSERIA MENINGITIDIS

Descrizione:

malattia batterica acuta causata da *Neisseria meningitidis*, cocco Gram negativo. Si conoscono 13 sierogruppi di meningococco: i siero-gruppi A, B, C, Y e W135 sono quelli più frequentemente implicati nelle forme sistemiche.

L'esordio dei sintomi è rapido, il decorso in alcuni casi è fulminante, con un tasso di letalità che varia dal 5 al 15% e determina sequele permanenti in circa un quinto di coloro che sopravvivono. Si manifesta più comunemente sotto forma di meningite, ma anche come setticemia oppure con la presenza di entrambe.

Infezione diffusa in tutto il mondo con picco di incidenza da fine inverno a inizio primavera.

Notifica:

classe 2a meningite e classe 5a altre forme DM/90 – inserimento SIMIWEB

Tempi di notifica:

entro 48 ore per via telefonica o a mezzo fax al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

da 2 a 10 giorni, mediamente 3-4 giorni.

Periodo di contagiosità:

fino a 24 ore dall'istituzione di una corretta terapia antimicrobica.

Modalità di trasmissione:

per contatto diretto attraverso le secrezioni respiratorie della persona infetta.

Provvedimenti nei confronti del malato:

isolamento nella fase di contagiosità con disinfezione continua delle secrezioni nasali e faringee. Il caso indice deve ricevere uno schema di profilassi prima della dimissione se è stato curato con antibiotici che non eradicano lo stato di portatore.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

- Inchiesta epidemiologica atta ad individuare i contatti stretti, regolari e occasionali.
- Chemioprolassi dei contatti stretti.
- Sorveglianza sanitaria per 10 giorni dei contatti.

Provvedimenti sull'ambiente:

aerazione dei locali, in particolare nelle condizioni di sovraffollamento.

Profilassi: vaccinazione e chemioprolassi

chemioprolassi, preferibilmente entro le 24 ore dalla segnalazione, dei contatti stretti nei 7 giorni precedenti l'esordio dei sintomi. La chemioprolassi non è più indicata solo qualora siano trascorsi più di 14 giorni dall'ultimo contatto stretto con il paziente.

Farmaci per la profilassi

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	

FORME INVASIVE DA PNEUMOCOCCO

Descrizione:

malattia batterica acuta causata da *Streptococcus pneumoniae*, diplococco Gram positivo. Sono noti almeno 90 sierotipi capsulari, ceppi in grado di provocare meningite e malattia invasiva pneumococcica.

L'esordio dei sintomi è brusco con febbre alta, letargia oppure coma e irritazione meningea.

Infezione diffusa in tutto il mondo, ha un'alta incidenza nei neonati e nella prima infanzia, negli anziani e nei soggetti immunocompromessi, soprattutto nella stagione invernale.

Notifica:

classe 5a DM/90 – inserimento SIMIWEB

Tempi di notifica:

comunicazione entro 48 ore per via telefonica o a mezzo fax al Servizio Igiene e Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

non noto.

Periodo di contagiosità:

non noto, può durare fino a che il germe sia presente nelle secrezioni respiratorie, ma presumibilmente meno di 24 ore dall'istaurarsi di un'efficace terapia antibiotica.

Modalità di trasmissione:

da persona a persona, per contatto tramite goccioline e secrezioni respiratorie; il contatto diretto con una persona affetta da malattia pneumococcica causa uno stato di portatore nasofaringeo di *S. Pneumonie* piuttosto che la malattia.

Provvedimenti nei confronti del malato:

precauzioni standard nel paziente ospedalizzato.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

l'indagine dei contatti e della fonte di infezione non ha alcun valore pratico.

Provvedimenti sull'ambiente:

non previsti.

Profilassi: vaccinazione e chemioprolassi

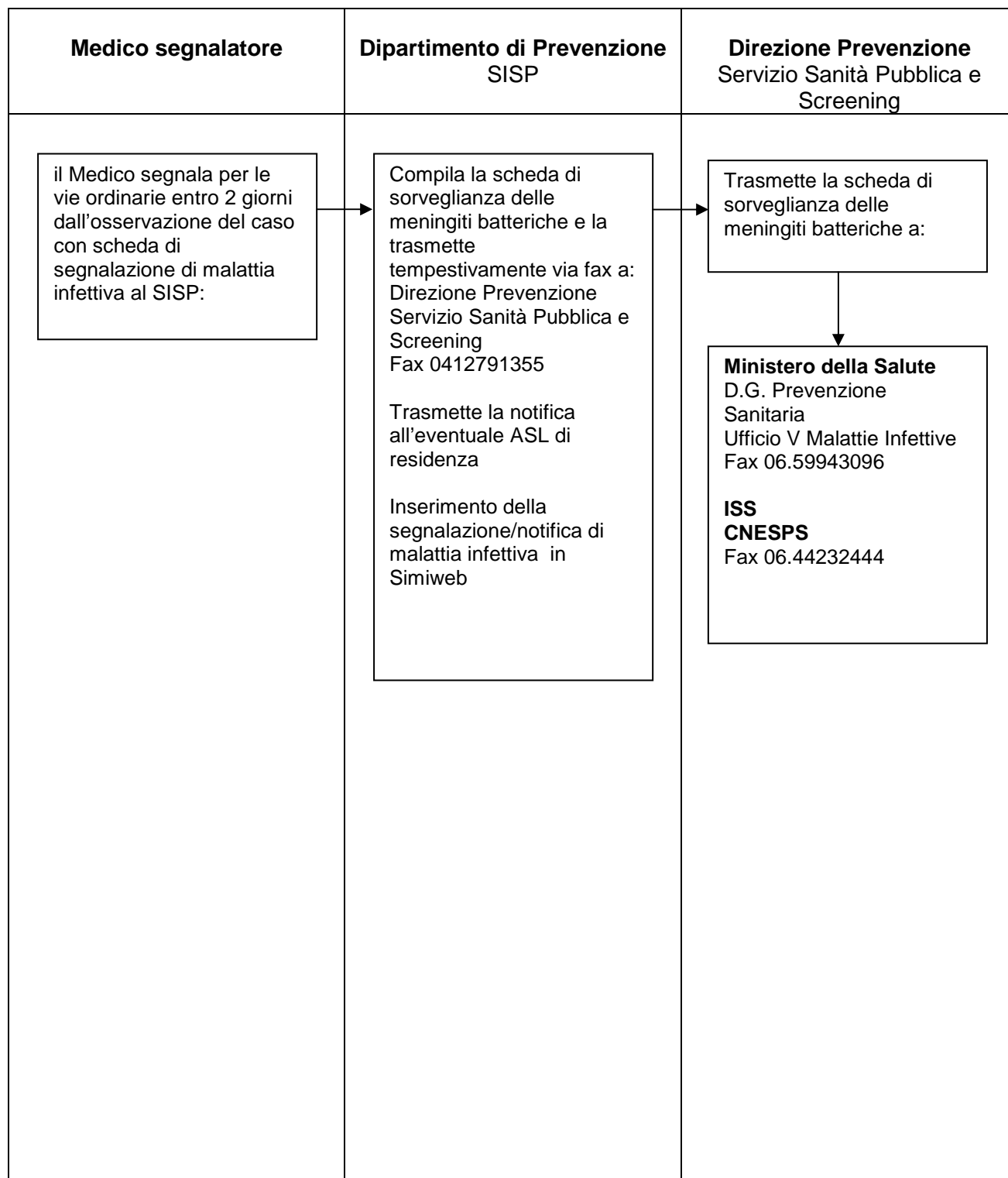
Chemioprolassi: non è raccomandata (non sempre è efficace e può indurre resistenza).

Vaccinazione: rappresenta il principale strumento di prevenzione. Vaccinare il caso indice secondo l'età del soggetto.

Flusso di segnalazione

MENINGITE BATTERICA

Note: al flusso verranno apportate delle modifiche per aggiornarlo con il protocollo dell'ISS sulla sorveglianza nazionale delle malattie batteriche invasive da meningococco, pneumococco ed emofilo.



INFEZIONE DA HIV

Descrizione:

infezione provocata dal virus a Rna dell'immunodeficienza umana (HIV), che appartiene alla famiglia dei retrovirus. La sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) rappresenta il quadro più grave.

Si definisce caso confermato qualsiasi persona che soddisfi i criteri di laboratorio per l'infezione da HIV.

Notifica:

inserimento in software regionale (SSRV-HIV) dei soli casi positivi

Tempi di segnalazione: nessuno, è auspicabile l'inserimento contestuale nel software regionale

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

il tempo che intercorre dal momento dell'infezione allo sviluppo di anticorpi evidenziabili è di solito di 1/3 mesi. Il tempo che intercorre tra l'infezione da HIV e la diagnosi da AIDS conclamata può durare anche diversi anni.

Periodo di contagiosità:

il tempo che intercorre tra il momento del contagio e la comparsa nel sangue degli anticorpi contro l'Hiv è detto "periodo finestra" e dura mediamente 4-6 settimane, ma può estendersi anche fino a 6 mesi. Durante questo periodo, anche se la persona risulta sieronegativa è comunque in grado di trasmettere l'infezione.

Modalità di trasmissione:

i principali modi di trasmissione dell'HIV sono:

- contatto sessuale (vaginale, anale e orale);
- percutaneo (attraverso aghi o altri strumenti aguzzi contaminati);
- mucosale attraverso il contatto con sangue o altri liquidi corporei contaminati;
- trasmissione materno-fetale pre o perinatale con l'allattamento;
- trasmissione attraverso sangue o sue componenti.

Provvedimenti nei confronti del malato:

l'isolamento dei pazienti con infezione da HIV non è necessario, è inefficace e non giustificato. Le precauzioni universali si applicano a tutti i pazienti ospedalizzati.

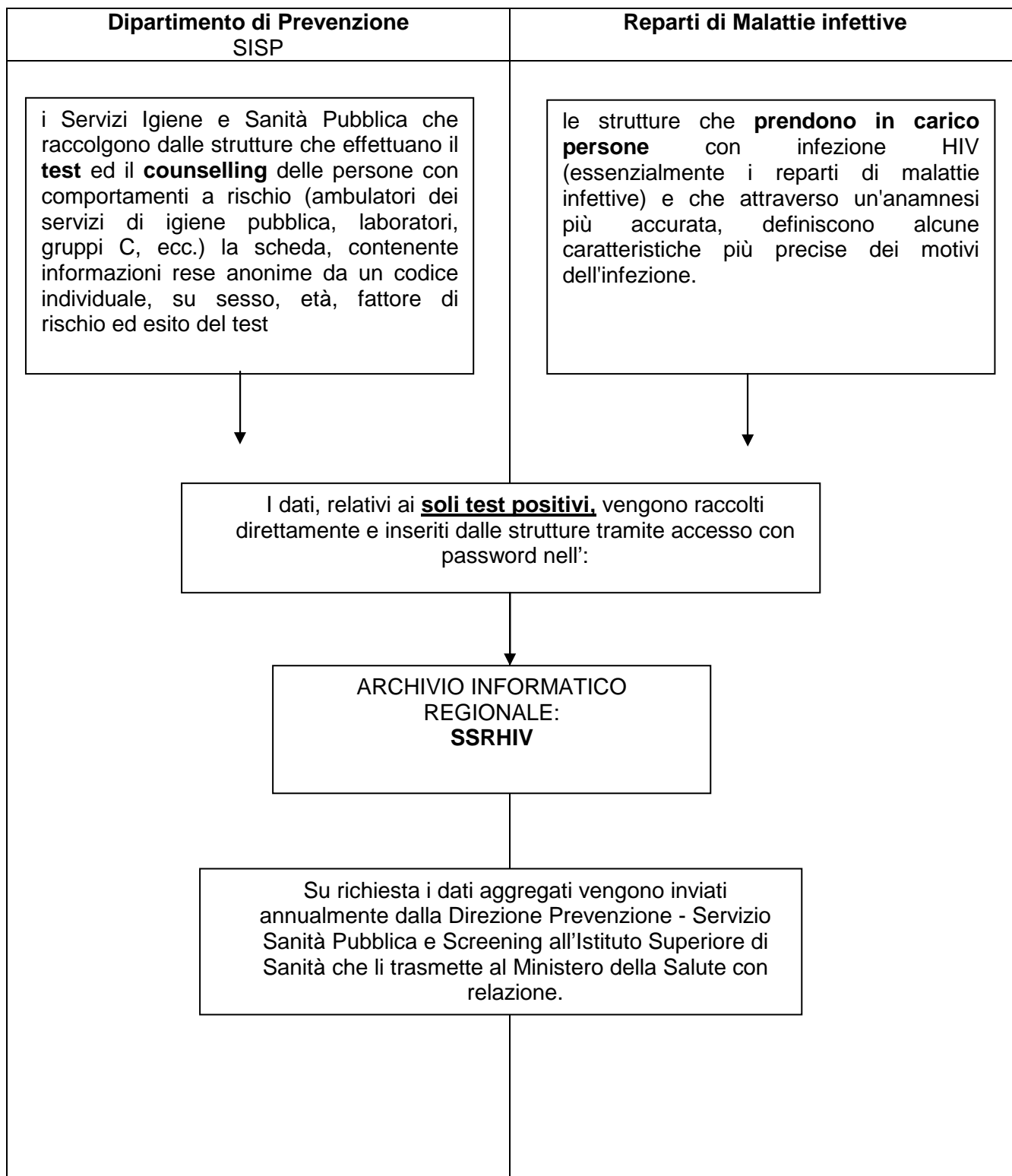
Provvedimenti sull'ambiente:

disinfezione degli strumenti contaminati da sangue e da secrezioni o da liquidi organici e da escrezioni visibilmente contaminate da sangue e da liquidi organici.

Profilassi: terapia antiretrovirale specifica

INFEZIONE DA HIV

L'organizzazione del sistema ha individuato **due tipi di strutture**:



INFEZIONE DA ROSOLIA IN GRAVIDANZA/SINDROME DA ROSOLIA CONGENITA

Descrizione:

malattia infettiva causata dal rubivirus della famiglia dei togavirus. L'uomo è l'unico ospite. La rosolia contratta in gravidanza può provocare anomalie gravi del feto (fino al 90% dei neonati nati da donne con rosolia nel primo trimestre possono avere manifestazioni cliniche permanenti o transitorie, talora misconosciute: sordità, cataratta, glaucoma congenito, cardiopatia congenita, basso peso alla nascita, diarrea cronica, trombocitopenia, ittero etc)

Notifica:

classe 3a DM/90 - inserimento SIMIWEB

Tempi di segnalazione di caso sospetto:

entro 48 ore al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente

Scheda specifica di Flusso: SI

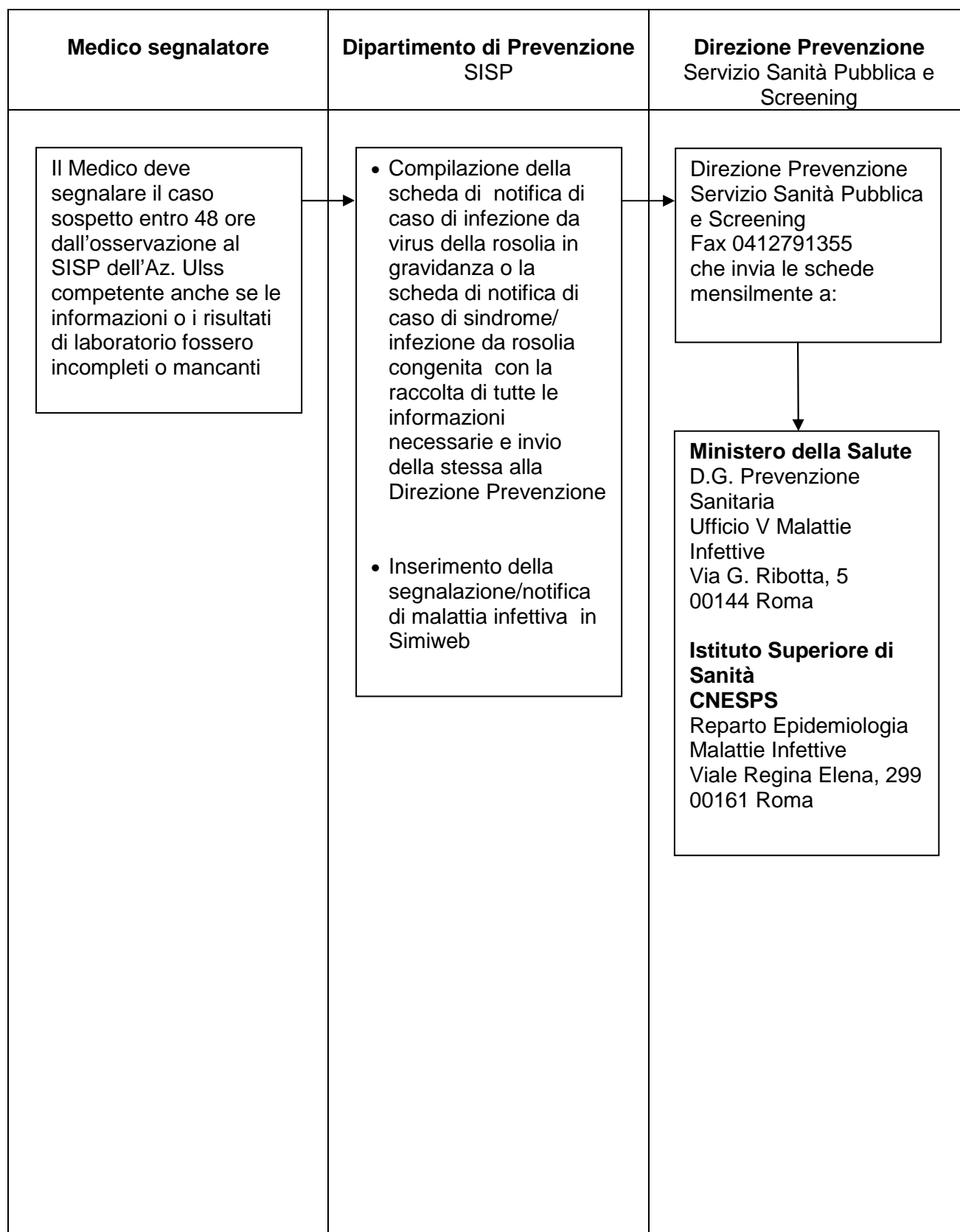
Periodo di contagiosità del soggetto affetto da rosolia congenita:

alcuni lattanti con rosolia congenita possono eliminare virus nelle secrezioni naso faringee e nelle urine per molti mesi; è importante evitare contatti con donne gravide suscettibili.

Modalità di trasmissione:

durante la viremia può esserci passaggio intrauterino del virus. La SRC può verificarsi se l'infezione nella madre avviene entro le prime 20 settimane di gestazione.

Infezione da rosolia in gravidanza/Sindrome da rosolia congenita



LEGIONELLOSI

Descrizione:

infezione da Legionella spp. che presenta due manifestazioni cliniche:

- 1) Febbre di Pontiac: sintomatologia simil-influenzale
- 2) Malattia dei Legionari: malattia respiratoria (polmonite) da lieve a progressiva con febbre, tosse, distress respiratorio fino ad insufficienza respiratoria e morte. (altri sintomi possibili: brividi, mialgia, manifestazioni gastrointestinali, del SNC e renali)

La maggior parte delle infezioni e' dovuta a Legionella Pneumophila sierogruppo 1 Ubiquitaria. Le manifestazioni cliniche sono piu' frequenti in estate ed in autunno

Notifica:

classe 2a DM/90, se focolaio anche notifica classe 4a – inserimento SIMIWEB

Tempi di segnalazione:

entro 48 ore al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

- 1) Febbre di Pontiac ICD-10 A48.2: 1-2 giorni
- 2) Malattia dei Legionari ICD9 482.8, ICD10 A48.1: 2-10 giorni (prevalentemente 5-6 giorni)

Periodo di contagiosità:

non documentato il contagio interumano

Modalità di trasmissione:

mediante inalazione di acqua aerosolizzata contaminata con Legionella Pneumophila

Provvedimenti nei confronti dei malati:

precauzioni standard

Provvedimenti nei confronti dei conviventi/contatti:

nessuno

Provvedimenti sull'ambiente:

ricerca della sorgente in base alle risultanze dell'indagine epidemiologica:

- impianti di distribuzione dell'acqua (impianto idrosanitario, fontane, impianto di irrigazione...)
- impianti di condizionamento con torri di raffreddamento o condensatori evaporativi.

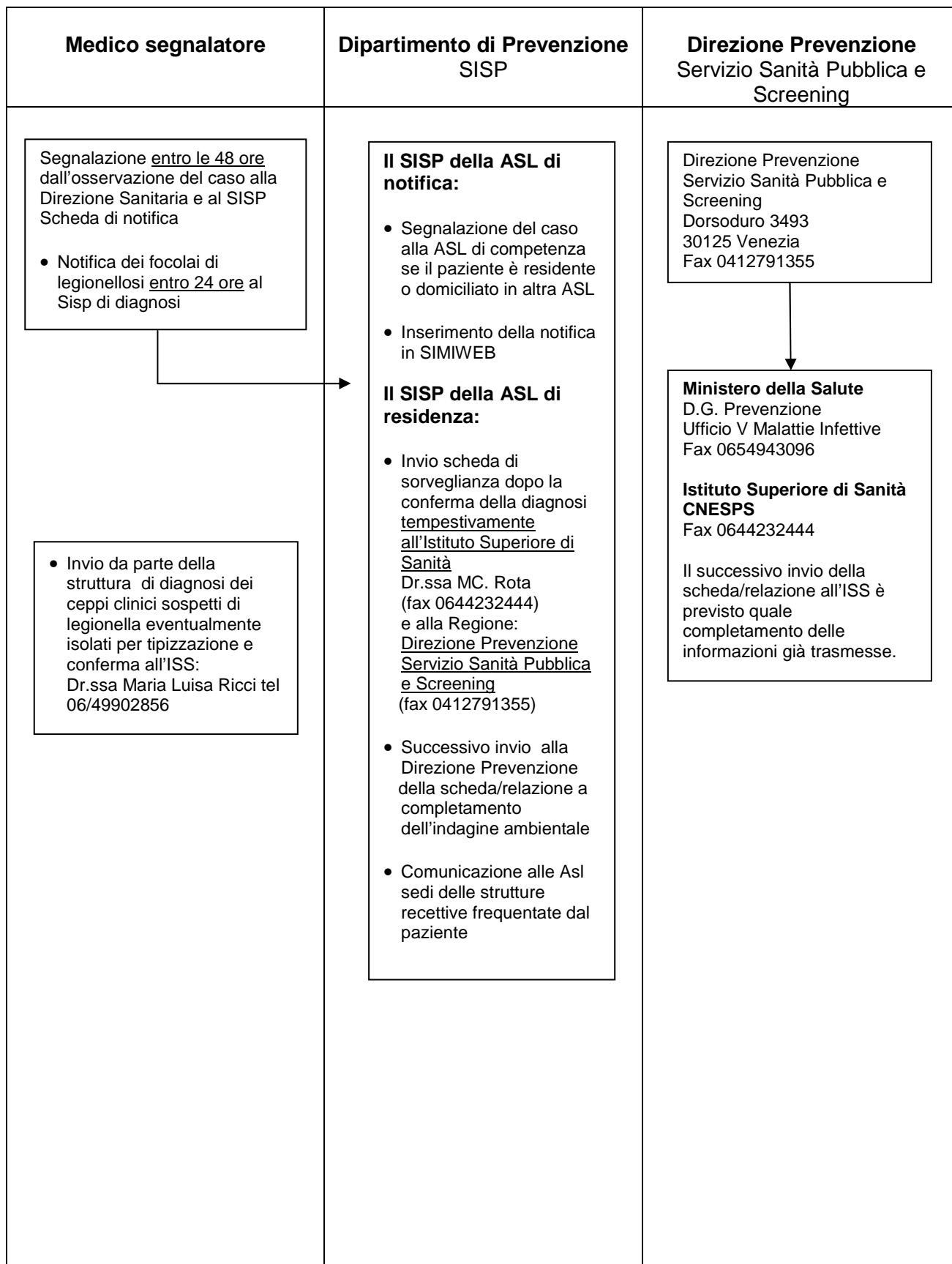
Eventuali interventi di bonifica secondo normativa (cfr. in appendice) e norme di buona tecnica

Profilassi: vaccinazione e chemioprophilassi

nessuna

Flusso di segnalazione

LEGIONELLOSI



Sorveglianza internazionale della legionellosi nei viaggiatori

European Working Group for Legionella Infections (EWGLI)	Istituto Superiore di Sanità (Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute)
<div data-bbox="223 389 659 846" style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p><u>Segnala all'ISS</u> (Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute) i casi di legionellosi che si sono verificati in viaggiatori stranieri che hanno trascorso un periodo in Italia, riportando informazioni sulle strutture recettive in cui hanno soggiornato i pazienti e che potrebbero rappresentare le fonti di infezione.</p> </div>	<div data-bbox="898 389 1383 846" style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p>segnala i casi a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Ministero della Salute</u> • alle competenti <u>Autorità delle Regioni e delle ASL coinvolte</u> al fine di attivare l'indagine epidemiologica -ambientale Il risultato delle indagini che i referenti regionali inviano all'ISS viene poi trasmesso al gruppo di lavoro europeo. </div>

LEPTOSPIROSI

Descrizione:

la leptospirosi è provocata da spirochete del genere *Leptospira*. E' una malattia acuta febbrile con diverse manifestazioni cliniche derivanti da una vasculite. La gravità dei sintomi va da una malattia che guarisce spontaneamente (circa 90% dei casi) ad una forma letale con ittero, insufficienza renale e polmonite emorragica. L'andamento è tipicamente bifasico, con una setticemia acuta che dura una settimana, seguita da una fase immunomediata.

Indipendentemente dalla gravità, l'insorgenza è generalmente improvvisa, con sintomi non specifici, similinfluenzali, (febbre, brividi, cefalea, nausea, vomito e rash transitorio). Il segno clinico più caratteristico è l'emorragia congiuntivale non purulenta (30-99% dei casi) e le mialgie del polpaccio e delle regioni lombari (40 – 100% dei casi). In alcuni pazienti queste due fasi sono separate da una breve riduzione della febbre (3-4 giorni).

La durata dei sintomi di entrambe le fasi varia da meno di una settimana a vari mesi. Spesso la malattia è asintomatica o subclinica e si verifica una sieroconversione particolarmente in zone endemiche.

Si tratta di una malattia diffusa in tutto il mondo con esclusione delle regioni polari.

Notifica:

classe 2a – DM/90 - inserimento SIMIWEB

Tempi di notifica:

entro 48 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di flusso: SI

Periodo di incubazione:

5 – 14 giorni, con un range di 2 – 20 giorni

Periodo di contagiosità:

le leptospire possono essere escrete nelle urine di solito per un mese ma anche per periodi molto più lunghi dopo la malattia acuta. La trasmissione diretta da persona a persona è rara.

Modalità di trasmissione:

per contatto della cute, in particolare se abrasa, oppure delle mucose con acqua, suolo umido, oppure vegetazione contaminata con urine di animali infetti; per contatto diretto con urine o tessuti di animali infetti

Provvedimenti nei confronti del malato:

in genere il paziente è ospedalizzato: precauzioni nei confronti di sangue e liquidi organici. E' prevista la disinfezione continua degli oggetti contaminati con le urine

Provvedimenti nei confronti di contatti:

nessuno.

Provvedimenti sull'ambiente:

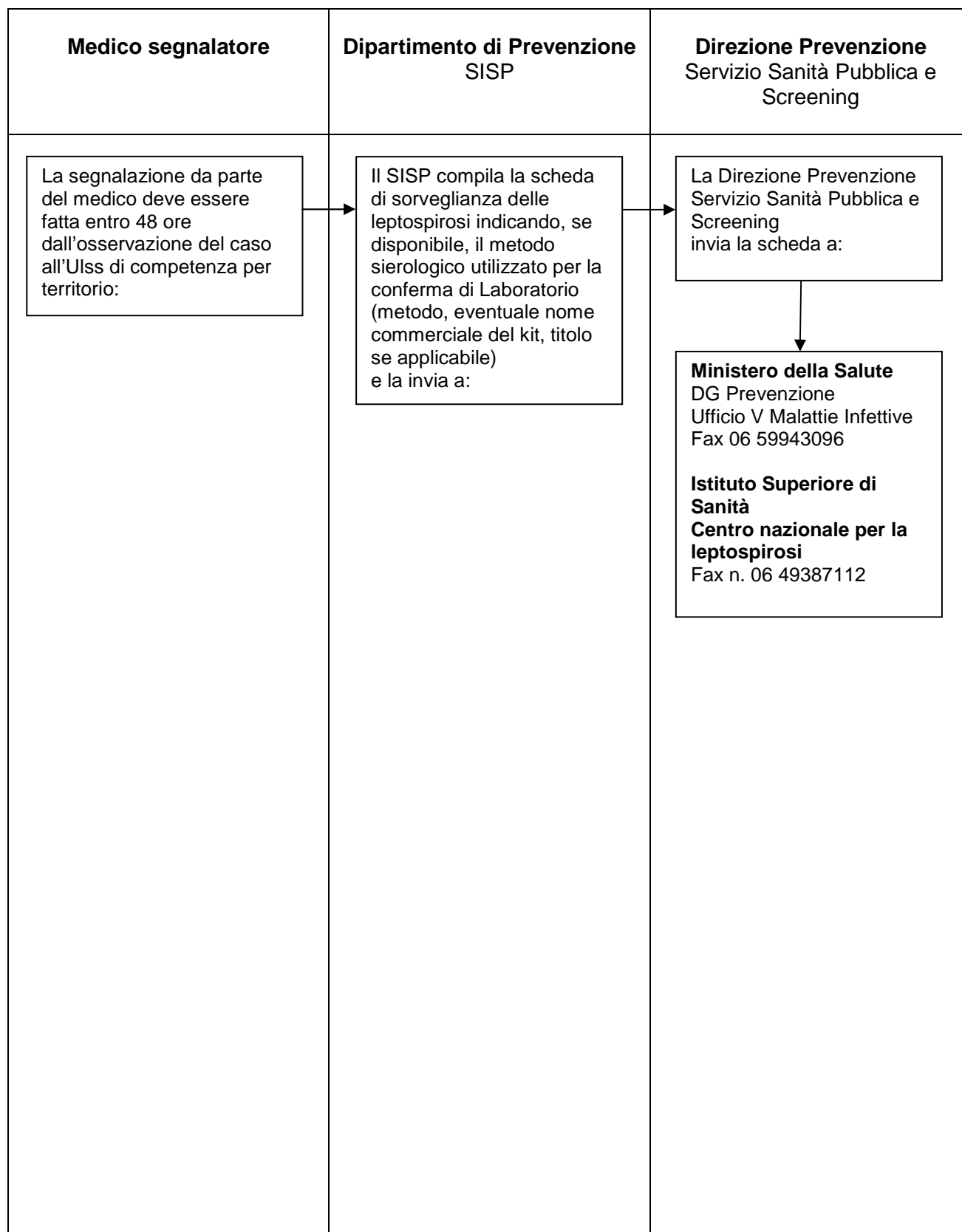
verificare le fonti di esposizione e le possibili misure di controllo.

Profilassi: vaccinazione e chemioprolifassi

vaccino non disponibile in Italia.

Flusso di segnalazione

LEPTOSPIROSI



LISTERIOSI

Descrizione:

infezione trasmessa con gli alimenti che colpisce per lo più persone anziane, gravide o immunodepresse. L'infezione materna si può associare a segni di tipo influenzale; la malattia neonatale provoca sindromi ad insorgenza precoce (polmonite, sepsi) o tardiva (meningite dopo una settimana dal parto) simili a infezioni da streptococco gruppo B. Epidemie da alimenti contaminati sono di solito caratterizzate da febbre e diarrea.

Notifica:

classe 2a DM/90 – inserimento SIMIWEB

Tempi di segnalazione di caso sospetto:

entro 48 ore dal sospetto clinico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

da un giorno a più di tre settimane.

Periodo di contagiosità:

la *Listeria* può essere presente per mesi nelle feci di individui infetti. Nelle madri di neonati affetti da listeriosi connatale può essere riscontrata nelle secrezioni vaginali e nelle urine per 7-10 giorni dopo il parto.

Modalità di trasmissione:

la trasmissione mediante cibi è la più frequente. Essendo *Listeria* un microrganismo psicotrofo, gli alimenti che costituiscono il rischio maggiore di trasmissione sono i prodotti lavorati pronti al consumo, conservati a temperatura di refrigerazione, consumati senza essere sottoposti a riscaldamento o cottura (latte crudo e prodotti derivati, carni lavorate, prodotti a base di pollame, insaccati, patè, alcuni prodotti della pesca e ortaggi).

Donne gravide portatrici asintomatiche possono trasmettere la *Listeria* al feto per via transplacentare o durante il parto.

Provvedimenti nei confronti del malato:

non necessarie misure di isolamento; sufficiente il rispetto delle comuni norme igieniche e di precauzioni enteriche.

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e contatti:

sorveglianza sanitaria per identificare possibili focolai epidemici con ricerca della fonte comune di infezione/esposizione.

Raccomandazioni circa l'astensione dal consumo di carni crude e poco cotte e di latte non pastorizzato e prodotti derivati, per le donne in stato di gravidanza e per le persone con alterazioni dell'immunocompetenza.

Provvedimenti sull'ambiente:

La migliore strategia di lotta alla Listeriosi passa attraverso una efficiente prevenzione, che si può facilmente attuare applicando le generali norme di igiene e attenzione previste per tutte le altre tossinfezioni alimentari.

In particolare, i soggetti più a rischio, come le donne in gravidanza o le persone immunodepresse, dovrebbero anche:

- evitare latte fresco non pastorizzato e i formaggi freschi (es. feta, brie, camembert, formaggio blu, ...) se non si ha la certezza che siano prodotti con latte pastorizzato

- evitare i cibi preparati (insalate, carni, formaggi) o riscaldarli ad alte temperature prima di consumarli
- non mangiare pat  di carne freschi e non inscatolati

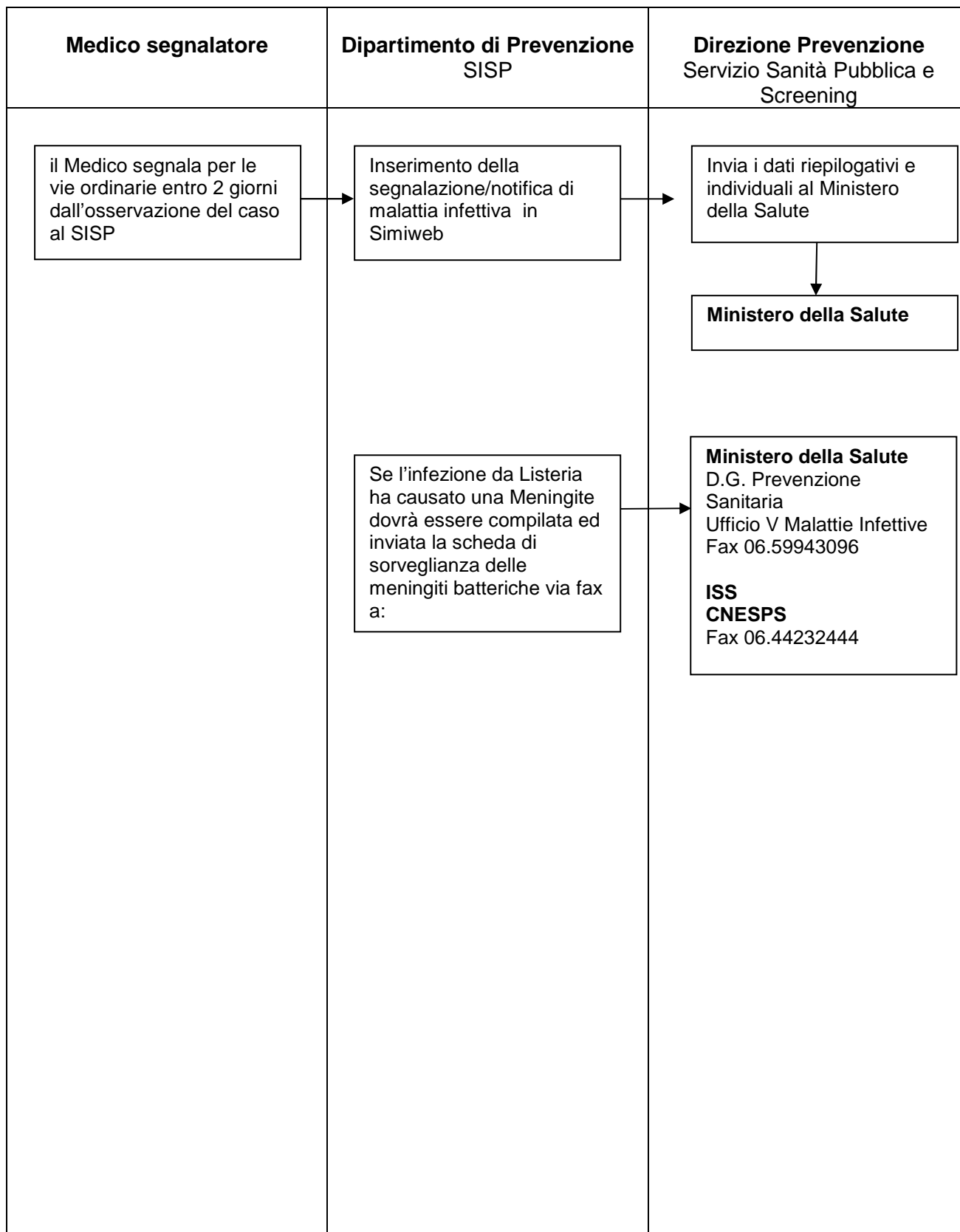
Profilassi: vaccinazione e chemioprolassi

La terapia antibiotica delle infezioni diagnosticate in gravidanza pu  prevenire l'infezione fetale o perinatale e le sue conseguenze.

Persone ad alto rischio di complicanze da Listeriosi (gravide e immunodepressi) devono seguire le raccomandazioni dietetiche riportate in "provvedimenti sull'ambiente".

Flusso di segnalazione

LISTERIOSI



MALARIA

Descrizione:

è una malattia parassitaria causata, nell'uomo, da uno delle quattro specie di protozoi del genere *Plasmodium*: *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale* e *P. malariae*. Dal 2007 il *P. knowlesi*, un parassita delle scimmie, è stato documentato come causa di infezione umana, in alcuni mortale, nel sud est Asiatico.

I sintomi classici sono rappresentati dall'insorgenza improvvisa di febbre elevata, brividi, sudorazione, cefalea, mialgia, che possono presentarsi ad intervalli (secondo la specie, a giorni alterni o ogni terzo giorno). Talvolta compaiono sintomi di tipo gastrointestinale (nausea, vomito, diarrea), tosse, artralgia, dolori addominali e lombari. Le complicanze gravi più comuni sono anemia, trombocitopenia, emolisi con ittero, epatosplenomegalia.

La forma severa, molto comunemente dovuta al *P. falciparum* (terzana maligna), è caratterizzata da convulsioni, confusione mentale, (malaria cerebrale), insufficienza renale, sindrome da distress respiratorio (ARDS), coma e morte.

Il rischio di malaria è elevato in larghe aree dell'Africa, del Centro e Sud America, dell'Asia, di parte dei Caraibi, Europa Orientale e Pacifico sud-occidentale.

Notifica:

classe 3a DM/90 – inserimento SIMIWEB

Tempi di notifica:

entro 48 ore per via ordinaria, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

il periodo che intercorre tra la puntura dell'insetto infettante e la comparsa di sintomi clinici è circa: 7-14 gg per il *P. falciparum*, 8-14 gg per *P. vivax* e *P. ovale* e di 7-30 gg. per *P. malariae*. Alcuni ceppi di *P. vivax* possono avere un periodo di incubazione protratto fino a 8-10 mesi ed oltre.

Periodo di contagiosità:

le zanzare possono infettarsi finché sono presenti gametociti nel sangue dei pazienti, ciò dipende dalla specie e dai ceppi di parassita e dalla risposta alla terapia. Pazienti non trattati o trattati in modo insufficiente possono rappresentare un serbatoio di infezione per le zanzare per diversi anni nella malaria da *P. malariae*, fino a 5 anni per quella da *P. vivax* e circa 1 anno per quella da *P. falciparum*. La zanzara rimane contagiosa per tutta la vita. La trasmissione attraverso emotrasfusioni può durare fino a quando forme asessuate rimangono nel sangue circolante.

Modalità di trasmissione:

con la puntura di una femmina di zanzara *Anopheles* infetta, che punge specialmente dal tramonto durante la notte e fino alle prime ore del mattino.

Occasionalmente si può avere la trasmissione attraverso trasfusioni di sangue da persone infette, l'uso di aghi e siringhe contaminate o congenita dalla madre al feto.

Provvedimenti nei confronti del malato:

rapido trattamento antimalarico.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

nessuno.

Provvedimenti sull'ambiente:

nessuno.

Profilassi: vaccinazione e chemioprolifassi

non è disponibile il vaccino.

Flusso di segnalazione

MALARIA

Medico segnalatore	Dipartimento di Prevenzione SISP	Direzione Prevenzione Servizio Sanità Pubblica e Screening
<p>Per tutti i casi di malaria accertata invia:</p> <ul style="list-style-type: none"> Scheda di segnalazione di malattia infettiva Scheda di notifica di malaria Classe III (Flusso Speciale) Vetrini relativi alla conferma diagnostica 	<ul style="list-style-type: none"> Controllo della completezza delle schede e la corrispondenza dei vetrini Inserimento della notifica in SIMIWEB Invio da parte del SISP o dal reparto Malattie Infettive/Tropicali dei vetrini (in busta imbottita) unitamente alla scheda di notifica di Classe III: <p>Ministero della Salute Dipartimento Generale della Prevenzione Ufficio V Malattie Infettive Dr.ssa M.G. Pompa Via G. Ribotta, 5 00144 Roma</p> <ul style="list-style-type: none"> Invio copia della scheda di segnalazione di malattia infettiva e notifica di classe III all'ASL di Competenza (se il paziente è residente in altra ASL) 	
	<p>Invio copia della scheda di notifica di classe III mensilmente</p>	<p>Regione Veneto Direzione Prevenzione Dorsoduro 3493 30125 Venezia</p>

MORBILLO

Descrizione:

malattia acuta causata da un virus a RNA con un solo tipo antigenico, classificato come un *Morbillivirus* nella famiglia dei *Paramyxoviridae*.

Si manifesta con febbre elevata, congiuntivite, tosse, rinite, esantema caratteristico (macchie di Koplik: chiazze biancastre nel cavo orale) e con un esantema maculo papulare eritematoso, che compare dopo 3 – 5 giorni dalla comparsa della febbre, inizia dal volto, si diffonde prima al tronco e poi agli arti. L'esantema si attenua nell'arco di 3 – 4 giorni dando luogo ad una desquamazione cutanea.

La malattia può complicarsi, più spesso nei bambini piccoli, con otite media, broncopolmonite, laringotracheobronchite (*croup*) e diarrea. L'encefalite acuta si verifica in circa 1/1000 casi, spesso con esiti di encefalopatia permanente

La mortalità si presenta in 1- 3 su 1000 casi riportati principalmente per complicanze respiratorie e neurologiche.

Notifica:

classe 2a DM/90 – inserimento SIMIWEB

Tempi di notifica:

entro 12 ore via telefono o fax al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

è in genere di 8 – 10 giorni dall'esposizione all'inizio dei sintomi; in studi familiari l'intervallo medio tra la comparsa dell'esantema nel caso indice e nei casi successivi è di 14 giorni, con un *range* di 7 – 18 giorni.

Periodo di contagiosità:

i pazienti sono contagiosi da 1 – 2 giorni prima dell'inizio dei sintomi (3 – 5 giorni prima dell'esantema) fino a 4 giorni dopo la comparsa dell'esantema

Modalità di trasmissione:

la trasmissione avviene per via aerea attraverso le goccioline o per contatto diretto con secrezioni nasali o faringee di persone infette e, meno comunemente, attraverso oggetti contaminati dalle stesse.

Provvedimenti nei confronti del malato:

isolamento domiciliare per 5 giorni dalla comparsa dell'esantema

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

per i contatti suscettibili di un caso di morbillo, si raccomanda la vaccinazione per controllare e prevenire la diffusione della malattia.

Valutare l'opportunità di applicare l'art.42 e seguenti Titolo V, del DPR n.1518 del 22.12.1967 per le collettività infantili (asili nido e scuole materne).

Profilassi: vaccinazione e chemioprolifassi

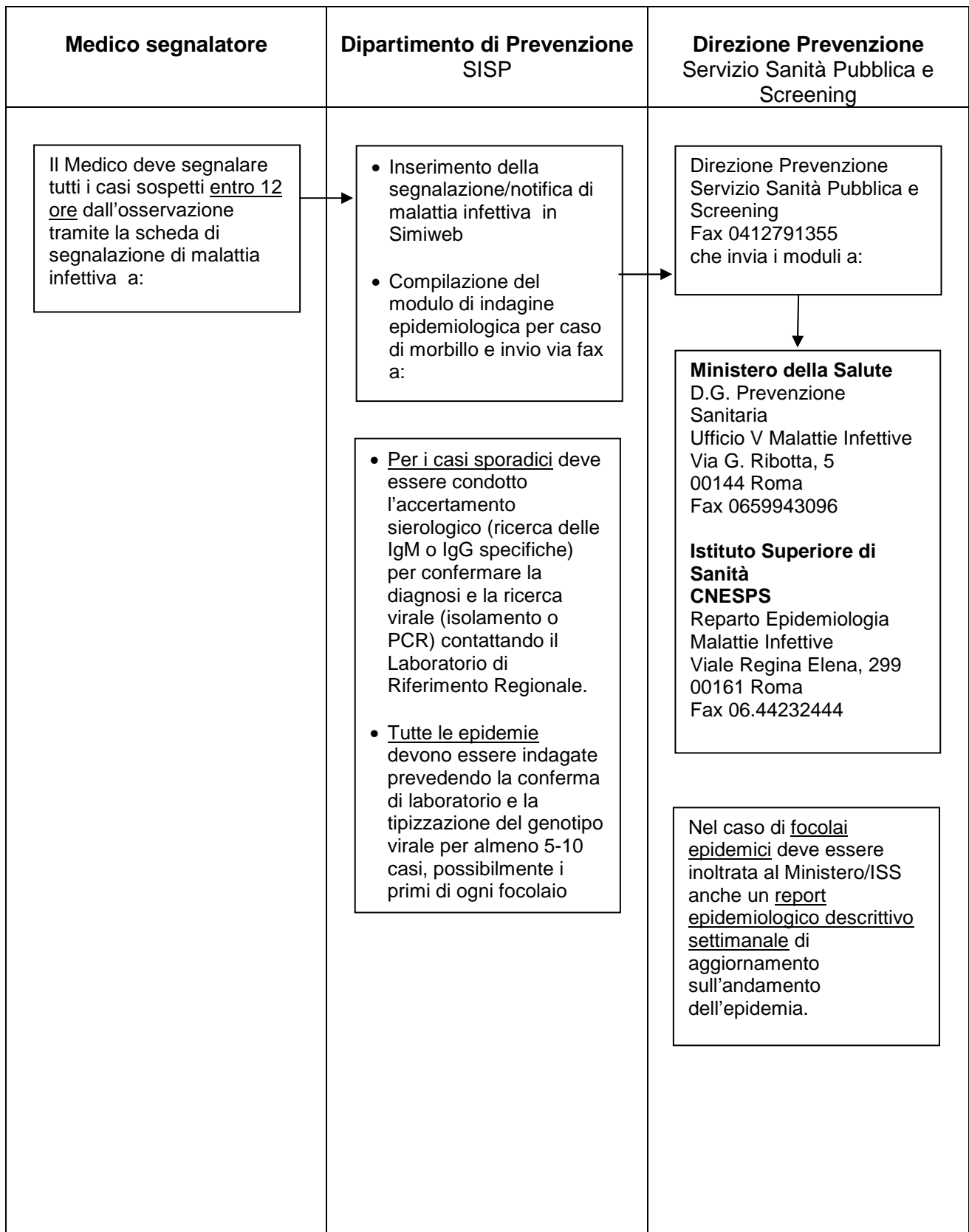
il vaccino vivo attenuato, se somministrato entro 72 ore dall'esposizione, risulta protettivo in un gran numero di soggetti.

Immunoglobuline:

sono indicate nella profilassi post-esposizione per alcune categorie: gravidanza in donna non vaccinata e senza ricordo di malattia, età <6 mesi con madre senza ricordo di malattia, situazioni di immunosoppressione. La profilassi va somministrata tempestivamente e comunque entro 6 giorni dall'esantema del caso indice. Attualmente sono disponibili soltanto Ig umane normali.

Flusso di segnalazione

MORBILLO



MORBO DI HANSEN

Descrizione:

la lebbra è una malattia infettiva che si manifesta in individui suscettibili dopo l'infezione con il *Mycobacterium lepre*, bacillo acido resistente (BAR). Dopo una lunga incubazione, le manifestazioni colpiscono soprattutto la cute e i tronchi nervosi periferici e (nel caso di pazienti lepromatosi) vie aeree superiori.

Notifica:

classe 3a DM/90 – inserimento SIMIWEB

Tempi di segnalazione di caso sospetto:

entro 48 ore dall'osservazione del caso, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

il periodo di incubazione della lebbra varia da 9 mesi a 20 anni.

Periodo di contagiosità:

l'infettività viene persa, nella maggior parte dei casi, entro 3 mesi dall'inizio di un trattamento continuo e regolare con dapsonsone o clofazimina o entro 3 giorni dall'inizio del trattamento con rifampicina.

Modalità di trasmissione:

la principale sorgente di infezione è il malato lepromatoso non trattato.

I bacilli vengono eliminati dall'organismo infetto tramite lesioni cutanee ulcerate e tramite la mucosa nasale e penetrano in un altro individuo attraverso le alte vie respiratorie e soluzioni di continuo della cute.

Provvedimenti nei confronti del malato:

isolamento da contatto per i pazienti affetti da lebbra lepromatosa; non sono necessarie misure di isolamento per le altre forme di lebbra.

Restrizione dall'attività lavorativa o scolastica fino a permanenza dello stato di infettività (vedi sopra).

Provvedimenti nei confronti di conviventi e di contatti:

sorveglianza clinica mediante esame immediato e successivi esami periodici di conviventi ed altri contatti stretti, ad intervalli non superiori a dodici mesi, per almeno 5 anni dall'ultimo contatto con un caso infettivo.

Provvedimenti nei confronti dell'ambiente:

nessuno

Profilassi: vaccinazione e chemioprophilassi

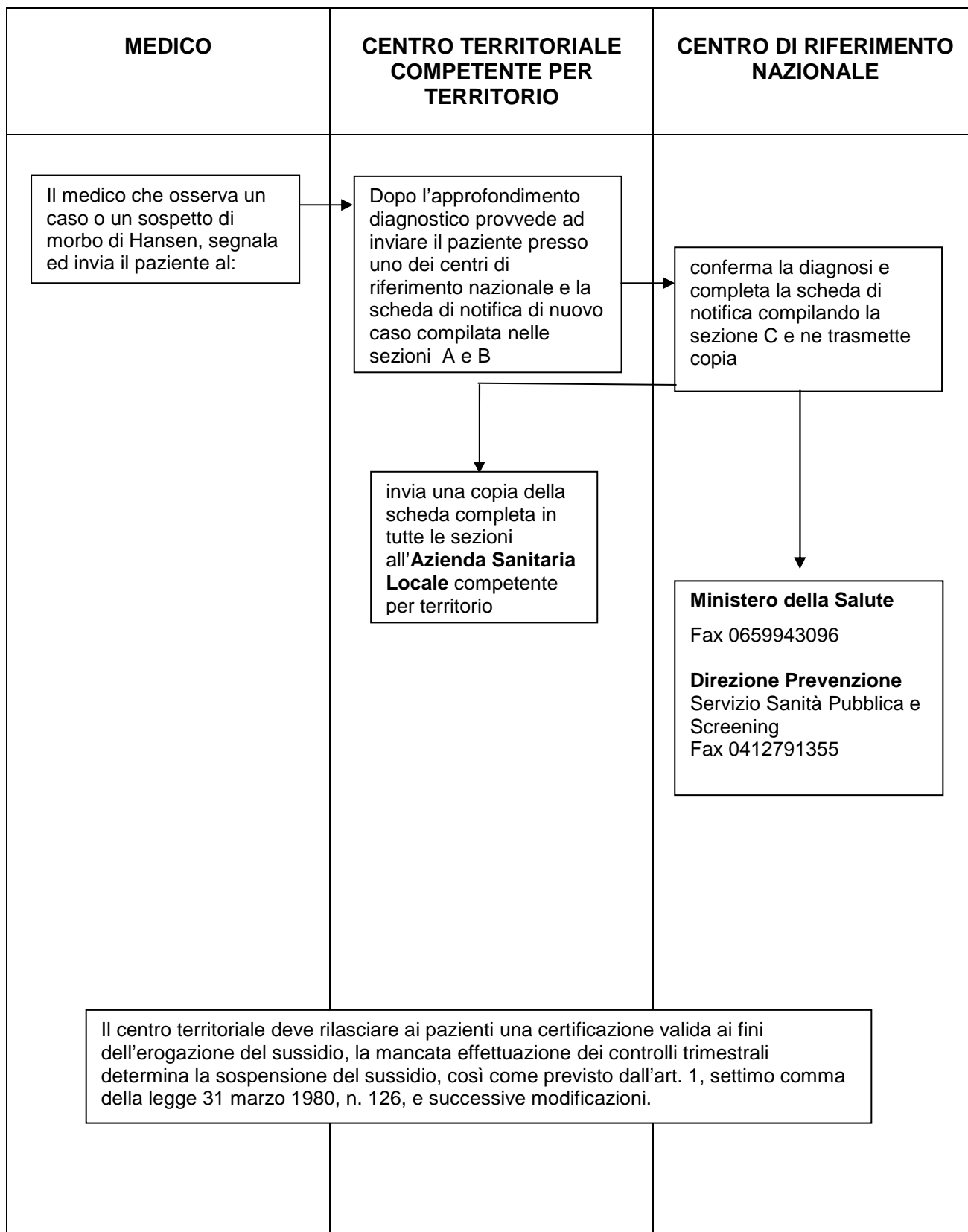
la profilassi farmacologica non è consigliata per il rischio di selezione di ceppi batterici farmacoresistenti.

Ricerche sulla efficacia di un vaccino costituito da BCG e *M lepre* uccisi con il calore, ha dato per ora risultati contrastanti e pertanto non rappresenta al momento un mezzo di prevenzione primaria. Significativa è la protezione offerta dal BCG somministrato in bambini di aree endemiche.

Flusso di segnalazione

MORBO DI HANSEN

La scheda di notifica del nuovo caso segue il percorso diagnostico del paziente
(Normativa di riferimento: Decreto presidente del Consiglio 31 maggio 2001)



POLIOMIELITE ACUTA

Paralisi Flaccida Acuta

Descrizione:

La poliomielite è una grave malattia infettiva a carico del sistema nervoso centrale che colpisce soprattutto i neuroni motori del midollo spinale. E' causata da tre tipi di polio-virus (1,2 e 3), appartenente al genere enterovirus. In generale, la polio ha effetti più devastanti sui muscoli delle gambe che su quelli della braccia: le gambe perdono tono muscolare e diventano flaccide, una condizione nota come paralisi flaccida.

E' importante sottolineare che la paralisi flaccida acuta (AFP) generata dal poliovirus è simile nei sintomi e nelle manifestazioni ad altre malattie come la sindrome di Guillain-Barré, la mielite trasversa, la poliradiculoneurite, la neurite traumatica e quella neoplastica. Solo l'isolamento e la tipizzazione dell'agente patogeno consentono di valutare l'effettiva incidenza della polio rispetto all'insieme delle AFP.

L'ultimo caso nel nostro paese è stato notificato nel 1982.

La sorveglianza è attiva e mira a identificare i casi di AFP dovuti a qualsiasi eziologia in soggetti di tutte le fasce di età.

Notifica:

classe 1a – DM/90 - inserimento SIMIWEB

Tempi di notifica:

entro 48 ore dal sospetto di caso via fax alla Direzione Prevenzione – Servizio Sanità Pubblica e Screening

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

da 3 a 35 giorni, con una media di 7-14 giorni per i casi di polio paralitica

Periodo di contagiosità:

non definibile con precisione; la contagiosità sussiste fintanto che i poliovirus vengono escreti. I poliovirus sono dimostrabili nelle secrezioni oro-faringee e nelle feci rispettivamente 36-72 ore dall'esposizione, con persistenza fino ad una settimana nel faringe e per 3-6 settimane e oltre nelle feci.

Modalità di trasmissione:

il contagio avviene per via oro-fecale, attraverso l'ingestione di acqua o cibi contaminati o tramite la saliva e le goccioline emesse con i colpi di tosse e gli starnuti da soggetti ammalati o portatori sani. Il poliovirus si moltiplica nella mucosa oro-faringea, nell'intestino e nei tessuti linfatici sottostanti e può diffondersi anche attraverso le feci, ben prima che i sintomi della malattia siano evidenti. L'uomo rappresenta l'unico serbatoio naturale del virus della poliomielite, che può colpire persone di tutte le età ma principalmente si manifesta nei bambini sotto i tre anni.

Provvedimenti nei confronti del malato:

precauzioni enteriche nel caso di ricovero in ospedale (pur essendo altamente auspicabili, sono di scarso significato in ambiente domestico perché al momento della comparsa dei sintomi tutti i contatti domestici sono già stati infettati).

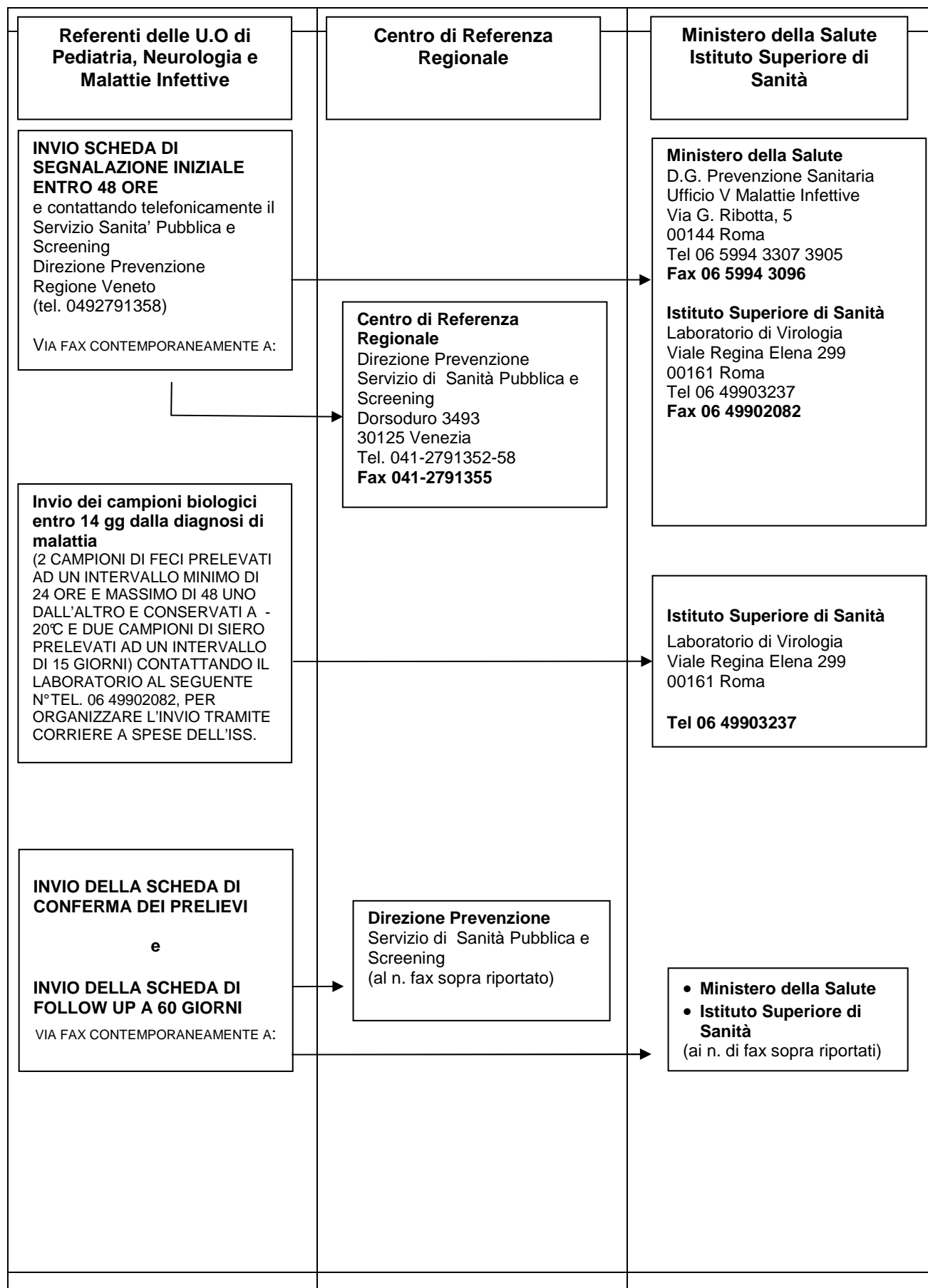
Provvedimenti nei confronti di conviventi e di contatti:

sorveglianza clinica di conviventi e contatti stretti per individuazione di altri casi di paralisi flaccida acuta o di meningite asettica.

Profilassi: vaccinazione e chemioprolifassi

Vaccinazione antipolio se non effettuata.

**Flusso di segnalazione
Paralisi Flaccide Acute**



RABBIA UMANA

Descrizione:

encefalomielite acuta con esordio caratterizzato da sintomatologia neurologica (malessere, cefalea, disturbi della sensibilità spesso nella regione morsicata da un animale), che progredisce con eccitabilità, paresi, spasmo dei muscoli della deglutizione (idrofobia), fino a delirio, convulsioni, coma e decesso entro 10 giorni dalla manifestazione dei primi sintomi.

La malattia è causata da un virus del genere *Lyssavirus*.

La rabbia è una malattia dei mammiferi e il virus è presente nella saliva degli animali rabidi.

Notifica:

classe 1a DM/90 – inserimento SIMIWEB

Tempi di segnalazione di caso sospetto:

entro le 12 ore dal sospetto, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente

Scheda specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

generalmente da 3 a 8 settimane, raramente breve (giorni) o lungo (anni); dipende dalla gravità e dalla localizzazione della ferita, intesa come distanza dal cervello

Periodo di contagiosità:

non trasmissione diretta da persona a persona

Modalità di trasmissione:

- attraverso morso di animale rabido
- attraverso lambitura di cute non integra
- attraverso contatto delle mucose con saliva di animale rabido
- raramente attraverso trapianto d'organo

Provvedimenti nei confronti del malato:

nessuno, solo terapia intensiva di supporto

Provvedimenti nei confronti dei soggetti esposti alla stessa fonte del malato:

indagine su fonte di esposizione

profilassi post-esposizione in caso di morso, graffio, contaminazione con saliva o altro materiale infettivo (escluse urine e feci) di ferite aperte/mucose

ESPOSIZIONE A RISCHIO DI INFEZIONE

Tempi di segnalazione di caso esposto a rischio:

- comunicazione immediata al SISP di soggetto morso da animale
- comunicazione immediata dal SISP/PS al Servizio Veterinario per la sorveglianza dell'animale morsicatore e per l'eventuale conferimento di carcassa all'IZS di Legnaro
- comunicazione immediata dal Servizio Veterinario al SISP in caso di animale sospetto rabido
- comunicazione dal Servizio Veterinario al SISP dell'esito della sorveglianza dell'animale morsicatore

Provvedimenti nei confronti del soggetto esposto:

- adeguato trattamento della ferita con pulizia e lavaggio per almeno 15' con acqua e sapone e con irrigazione con soluzione virucida (es. IDOPOVIDONE)
- valutazione dell'epidemiologia locale della zona dove è avvenuto il morso
- valutazione del tipo d'esposizione, del tipo d'animale morsicatore e della possibilità d'osservazione dell'animale morsicatore

- offerta e somministrazione della profilassi immunologica attiva e passiva post esposizione secondo linee guida
- adeguamento delle azioni di profilassi in rapporto alla visita del Veterinario all'animale morsicatore e all'esito del periodo d'osservazione dell'animale morsicatore

Provvedimenti sull'ambiente:

- attuazione/mantenimento del sistema di sorveglianza attiva sugli animali selvatici da parte del Servizio Veterinario
- nell'evenienza di epidemia attuazione delle misure di contenimento stabilite dalle Autorità Sanitarie competenti (vaccinazione orale dei selvatici, vaccinazione degli animali domestici, soppressione degli animali con sintomatologia sospetta.....)

Profilassi Post-esposizione (PEP)

MMWR, 19.03.10, Vol. 59, N. RR2 e WHO-WER n.32 del 2010

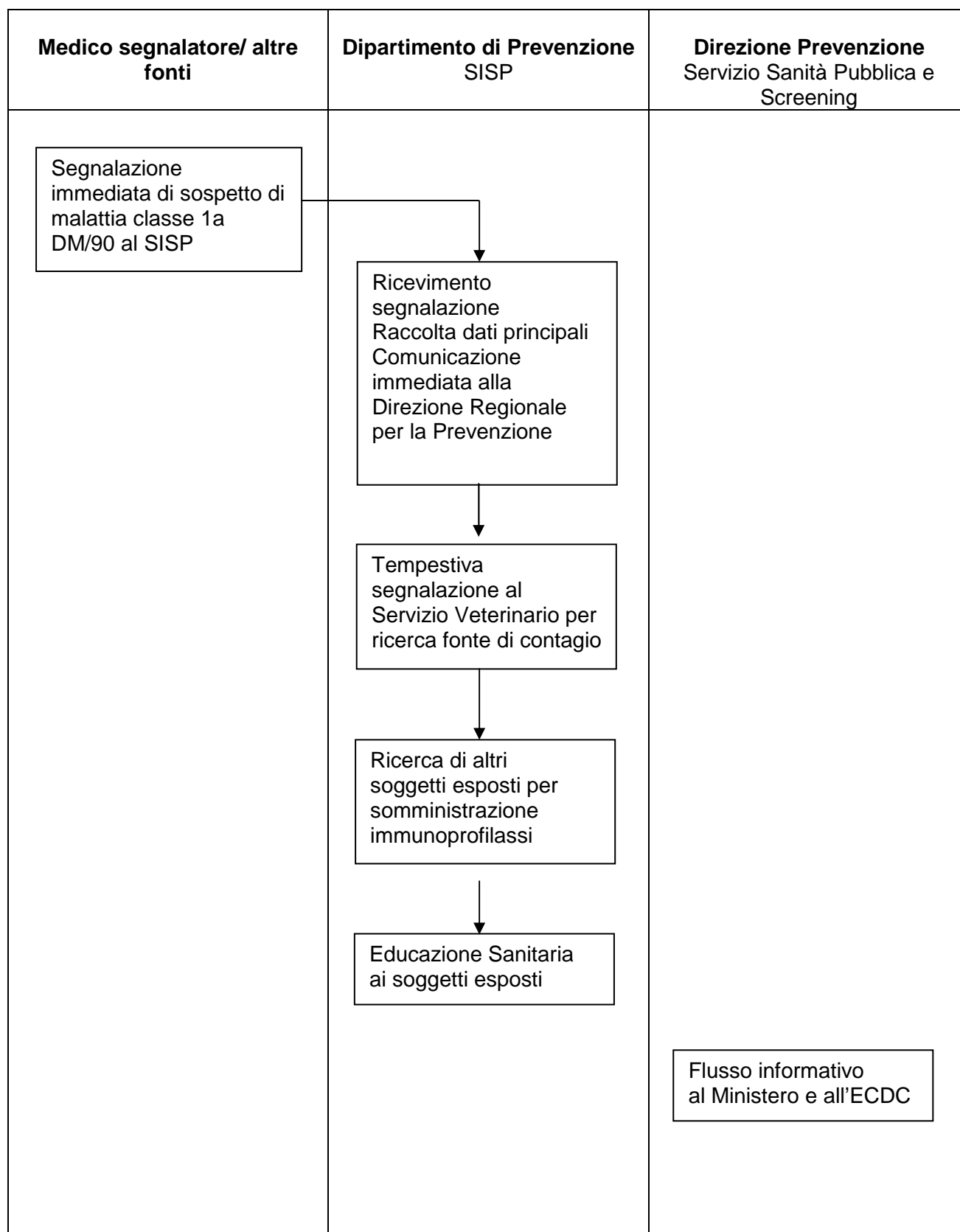
Stato Vaccinale	Interventi	Regime (è applicabile per le persone di tutte le età, compresi i bambini)
Soggetti non vaccinati precedentemente	Pulizia della ferita	Iniziare la PEP con l'immediata e completa pulizia di tutta la ferita con acqua e sapone. Se disponibile usare un disinfettante (soluzione di Povidone-iodio).
	Immunoglobuline (RIG)	Somministrare 20 UI/Kg di peso corporeo. Se anatomicamente fattibile, la maggior parte della dose deve essere infiltrata intorno e all'interno della ferita, la quantità residua è somministrata per via intramuscolare, in sito diverso dalla vaccinazione. Poiché le RIG possono inibire la risposta al vaccino antirabbico, non si deve superare la dose raccomandata.
	Vaccino umano con cellule diploidi (HDCV).	1. Una dose di 1 ml, IM, (deltoide o parte antero-laterale della coscia nei bambini piccoli), ai tempi 0, 3, 7 e 14 giorni. Per persone con immunodepressione: 5 dosi di vaccino ai tempi 0,3,7,14,28 2. Due dosi al tempo 0 (in siti separati), seguite da una dose ai tempi 7 e 21.
Soggetti precedentemente vaccinati	Pulizia della ferita	La PEP è iniziata con l'immediata e completa pulizia delle ferite con acqua e sapone. Se disponibile usare un disinfettante (soluzione di Povidone-iodio per irrorare le ferite).
	Immunoglobuline	Le immunoglobuline non sono somministrate
	Vaccino umano con cellule diploidi (HDCV).	È somministrato vaccino HDCV. Una dose di 1 ml, IM, (deltoide o zona antero-laterale della coscia nei bambini piccoli), nei giorni 0 e 3.

Se necessario il trattamento sarà completato dalla somministrazione della profilassi antitetanica e/o antibioticoterapia.

N.B. La gravidanza non rappresenta una controindicazione alla vaccinazione dopo l'esposizione

Flusso di segnalazione

RABBIA UMANA



SALMONELLOSI NON TIFOIDEE

Descrizione:

le infezioni da Salmonella non tifoidee provocano diverse sindromi cliniche: stato di portatore sano, gastroenterite, batteriemia e infezioni localizzate (come meningite e osteomielite). Più frequente è la gastroenterite, in cui diarrea, crampi addominali e febbre sono i sintomi comuni.

Notifica:

classe 2a DM/90 – inserimento SIMIWEB

Tempi di segnalazione di caso sospetto:

entro 2 giorni dal sospetto clinico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente

Scheda specifica di flusso: NO

Periodo di incubazione:

da 6 a 72 ore, abitualmente 12-36 ore.

Periodo di contagiosità:

da alcuni giorni prima a diverse settimane dopo la comparsa della sintomatologia clinica.

L'instaurarsi di uno stato di portatore cronico è particolarmente frequente nei bambini e può essere favorito dalla somministrazione di antibiotici

Modalità di trasmissione:

ingestione di cibi o bevande contaminate o contatto con persone infette.

Provvedimenti nei confronti del malato:

precauzioni enteriche fino alla negativizzazione di 2 coproculture consecutive eseguite a distanza di almeno 24 ore una dall'altra.

E' previsto l'allontanamento dall'attività lavorativa se alimentarista o addetto all'assistenza sanitaria o dell'infanzia fino alla completa negativizzazione delle coproculture.

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e contatti:

prestare particolare attenzione all'igiene personale e ambientale. Qualora vi siano conviventi o contatti stretti del caso indice addetti alla manipolazione di alimenti o addetti all'assistenza sanitaria e dell'infanzia, questi vanno allontanati dal luogo di lavoro fino a risultato negativo di 2 coproculture eseguite a distanza di almeno 24 ore una dall'altra.

Valutare nei singoli casi l'opportunità di adottare eventuali provvedimenti nei confronti dei bambini delle comunità infantili (asili nido e scuole materne)

Provvedimenti sull'ambiente:

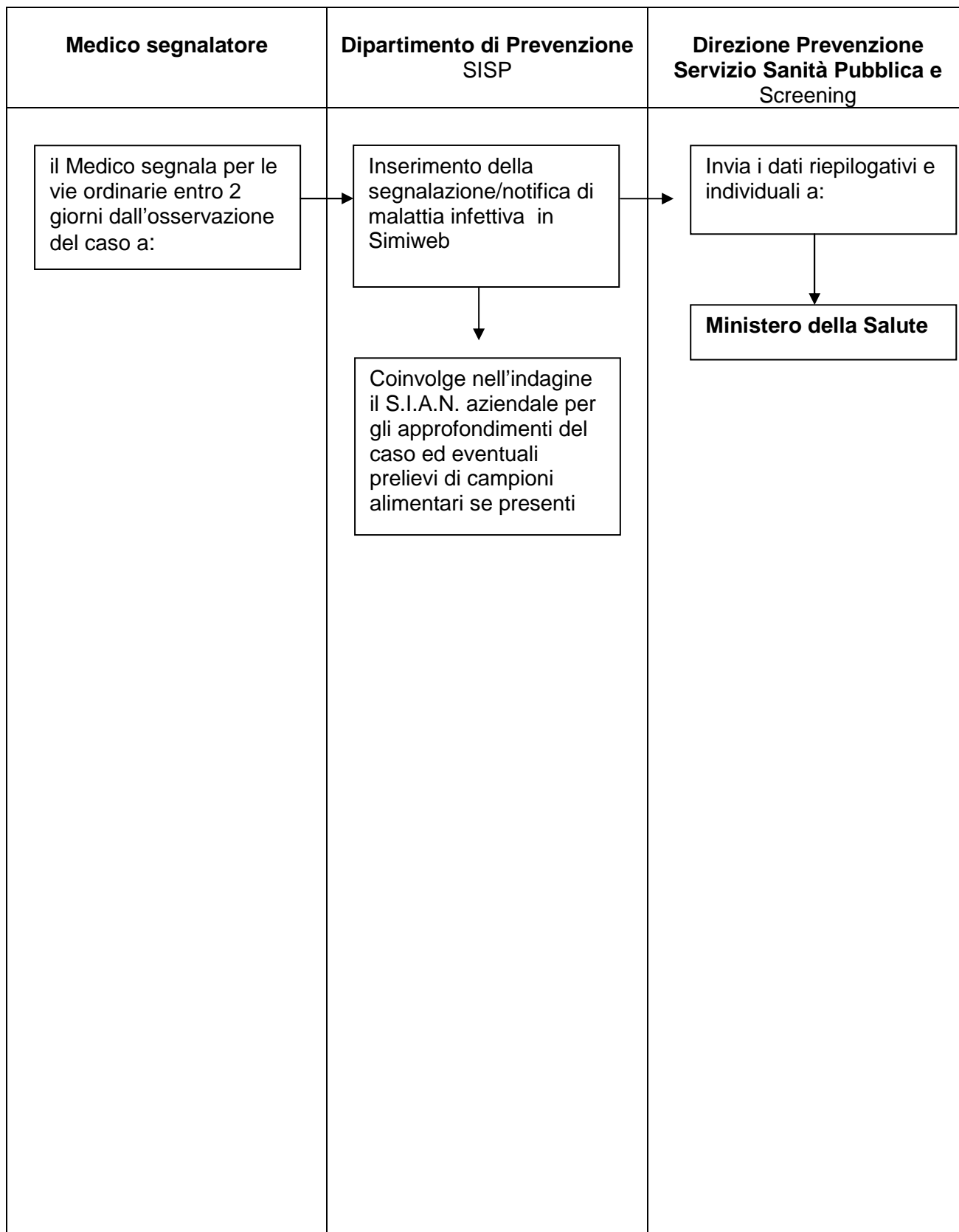
indagine epidemiologica: vedi tossinfezioni alimentari

Profilassi: vaccinazione e chemioprolissi

vaccino non disponibile.

Flusso di segnalazione

SALMONELLOSI



SCABBIA

Descrizione:

infestazione della cute provocata da *Sarcoptes scabiei* (acaro della scabbia) sottospecie *hominis* (talora sottospecie *canis*)

L'infestazione si manifesta con eruzione papulare eritematosa e intensamente pruriginosa nelle zone dove l'acaro si localizza scavando cunicoli e depositando le uova. Il prurito è più forte di notte. Le zone prevalentemente interessate sono gli spazi interdigitali, le superfici flessorie dei polsi ed estensorie dei gomiti, le pieghe ascellari anteriori, la linea della vita, le cosce, l'ombelico, i genitali, la parte inferiore delle natiche, l'addome, i capezzoli, i contorni esterni dei piedi. Nei bambini di meno di due anni, l'eruzione è spesso vescicolare e localizzata sulla testa, collo, palmo delle mani e pianta dei piedi. Possibili lesioni da grattamento e sovrapposizioni batteriche.

La scabbia norvegese è una forma non comune particolarmente intensa caratterizzata da lesioni ipercheratosiche crostose.

La scabbia è diffusa in tutto il mondo e colpisce tutte le razze e le classi sociali indipendentemente dall'età, dal sesso e dall'igiene personale

Notifica:

classe 5a DM/90, se focolaio epidemico classe 4a, inserimento SIMIWEB

Tempi di notifica:

se focolaio epidemico entro 12 ore dal sospetto al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente

se caso sporadico entro 48 ore al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente

Scheda specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

Da 2 a 6 settimane in caso di persone non esposte in precedenza, da 1 a 4 giorni in caso di reinfestazione

Periodo di contagiosità:

per tutto il periodo in cui il paziente rimane non trattato, anche prima della comparsa dei sintomi.

Fino a che gli acari e le uova non siano stati distrutti da adeguato trattamento.

Modalità di trasmissione:

contatto interumano stretto e prolungato compresi i contatti sessuali.

Più difficile la trasmissione indiretta attraverso abiti o altri effetti personali.

Un soggetto immunocompromesso e, di conseguenza, altamente infettante, soprattutto quando la malattia non è stata ancora riconosciuta, può essere in grado di sostenere importanti epidemie anche in comunità caratterizzate da contatti occasionali.

Provvedimenti nei confronti dei malati:

Allontanamento da scuola o dal lavoro fino a 24 ore dopo l' inizio di un trattamento efficace.

Se ospedalizzato o istituzionalizzato, isolamento da contatto per 24 ore dall'inizio del trattamento.

Provvedimenti nei confronti dei conviventi/contatti:

Trattamento profilattico e sorveglianza sanitaria per 3 giorni.

Educazione sanitaria.

Provvedimenti sull'ambiente:

Lavaggio ad acqua a temperatura superiore a 60° di lenzuola, coperte e vestiti utilizzati nelle 72 ore precedenti l'inizio della terapia.

I vestiti non lavabili con acqua calda vanno tenuti da parte, se possibile in un sacco di plastica, per una settimana, per evitare reinfestazioni.

Profilassi: vaccinazione e chemioprolassi

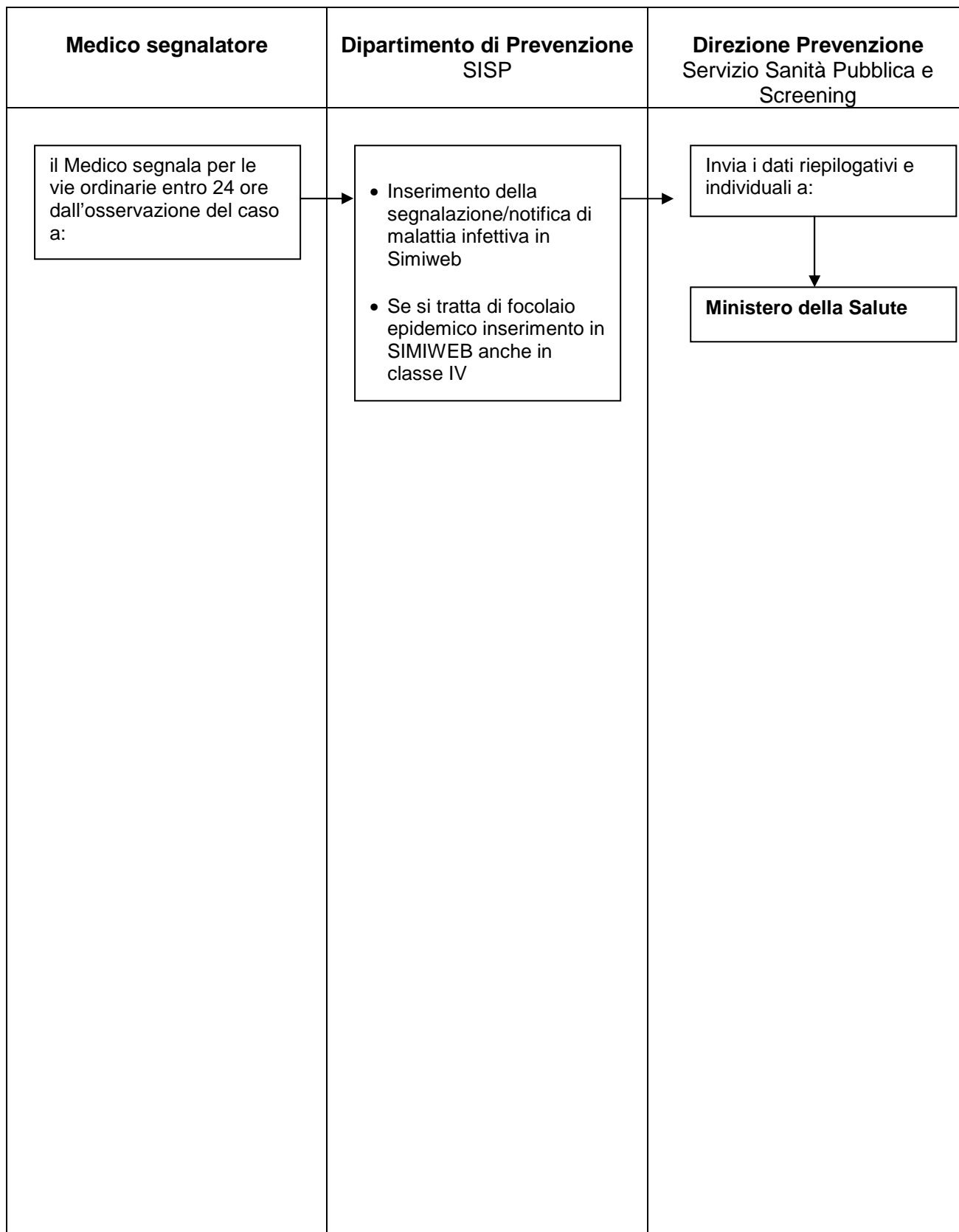
Non disponibile vaccinazione.

Trattamento dei contatti:

- familiari, partners sessuali e contatti cutanei prolungati: trattamento profilattico specifico con scabicidi, simultaneo al trattamento del caso;
- in comunità con soggetti immunocompromessi possono essere trattati i contatti anche non stretti e personale di assistenza;
le donne gravide vanno trattate solo in caso di malattia conclamata;
- i bambini vanno trattati con prudenza.

Flusso di segnalazione

SCABBIA



SHIGELLOSI

Descrizione:

infezione che colpisce principalmente l'intestino crasso provocando manifestazioni che vanno da feci acquose o semiliquide con pochi o assenti sintomi, fino a manifestazioni più gravi con febbre, crampi, tenesmo e feci mucide con o senza sangue. Rare sequele sono la batteriemia, la sindrome di Reiter, la sindrome emolitico-uremica, megacolon tossico e perforazione del colon, l'encefalopatia tossica fulminante (ekiri).

Notifica:

classe 5a DM/90 – inserimento SIMIWEB

Tempi di segnalazione di caso sospetto:

entro 2 giorni dal sospetto clinico al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente

Scheda specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione: da 12 ore a 7 giorni, abitualmente 1-3 giorni.

Periodo di contagiosità:

durante l'infezione acuta e fino a che l'agente patogeno è presente nelle feci (abitualmente 4 settimane).

Modalità di trasmissione:

la via di trasmissione è quella oro-fecale; l'ingestione di cibo a bevande contaminate, il contatto con vomiti e i rapporti sessuali.

Provvedimenti nei confronti del malato:

precauzioni enteriche, nei casi che richiedono l'ospedalizzazione, fino a risultato negativo di due coproculture eseguite su campioni fecali raccolti a non meno di 24 ore di distanza l'uno dall'altro e a non meno di 48 ore dalla cessazione del trattamento antimicrobico.

In caso di positività persistente il soggetto, una volta dimesso, andrà sottoposto a sorveglianza sanitaria fino a negativizzazione, con allontanamento dalle attività che comportino direttamente o indirettamente la manipolazione di alimenti e dalle attività di assistenza sanitaria e all'infanzia.

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e contatti:

sorveglianza sanitaria per almeno 7 giorni dall'ultimo contatto con il paziente ed effettuazione di coprocultura di controllo per i conviventi ed i contatti sintomatici; trattamento dei positivi.

Coprocultura di controllo nei conviventi e contatti, anche asintomatici, impegnati in attività che comportino manipolazione di alimenti o assistenza sanitaria e all'infanzia e loro esclusione da tali attività in caso di risultato positivo.

Coprocultura di controllo nelle situazioni in cui sia verosimile un alto rischio di trasmissione.

Educazione sanitaria dei conviventi e dei contatti sulla necessità dell'accurato lavaggio delle mani e dello spazzolamento delle unghie dopo l'uso dei servizi igienici e prima della manipolazione di alimenti o della cura di malati e bambini.

Valutare nei singoli casi l'opportunità di adottare eventuali provvedimenti nei confronti dei bambini delle comunità infantili (asili nido e scuole materne)

Provvedimenti sull'ambiente:

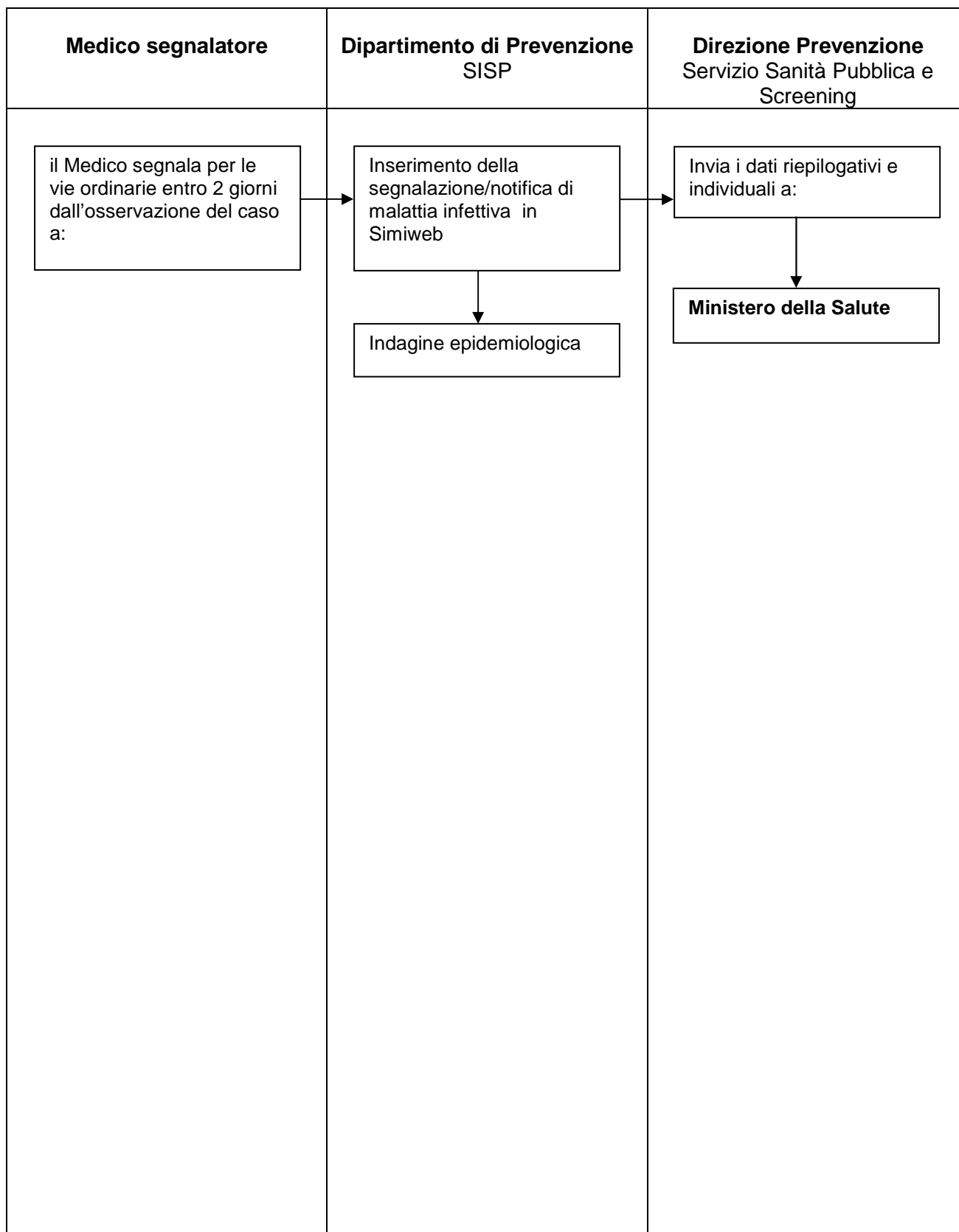
essenziale la stretta osservanza del lavaggio delle mani. Altre importanti misure sono il controllo igienico-sanitario della fornitura dell'acqua, la corretta preparazione dei cibi, l'eliminazione delle acque di scolo, l'esclusione dei soggetti infetti dalla preparazione di alimenti; la non contaminazione del cibo da parte di mosche. Persone con diarrea non devono frequentare zone ricreative acquatiche per due settimane dopo la risoluzione dei sintomi.

Profilassi: vaccinazione e chemioprolassi

nessuna

Flusso di segnalazione

SHIGELLOSI



TETANO

Descrizione:

malattia acuta da esotossina del bacillo del tetano con manifestazione improvvisa di ipertonia e/o contrazioni mascellari dolorose (di solito muscoli della mascella e del collo) nonché spasmi muscolari generalizzati senza altra causa clinica.

Notifica: classe 1a DM/90 – inserimento SIMIWEB

Tempi di segnalazione:

- comunicazione per via telefonica entro le 12 ore dal sospetto di caso al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente
- segnalazione immediata dal SISP alla Direzione Regionale per la Prevenzione (telefono – fax – e-mail) con le prime notizie sul caso.
- relazione dettagliata conclusiva sul caso, a diagnosi confermata

Scheda specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

generalmente da 3 a 21 giorni, in media 10-14 giorni; in base al tipo, estensione e localizzazione della ferita può variare da 1 giorno a diversi mesi

Periodo di contagiosità:

non trasmissione diretta da persona a persona

Modalità di trasmissione:

- attraverso ferita puntiforme contaminata con terreno, polvere di strada o feci animali o umane
- attraverso lacerazioni, ustioni e ferite banali o non notate
- iniezione di droghe da strada contaminate
- a seguito di manovre chirurgiche, inclusa la circoncisione
- attraverso il cordone ombelicale a seguito del taglio con strumento contaminato (tetano neonatale nei paesi in via di sviluppo)

Provvedimenti nei confronti del malato:

immunizzazione attiva

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e contatti:

indagine sul caso per individuare le circostanze della ferita e la fonte di infezione
rafforzamento dell'offerta dell'immunizzazione attiva ai soggetti suscettibili

Provvedimenti sull'ambiente:

nell'evenienza rara di epidemia cercare droghe da strada contaminate

Profilassi: vaccinazione e chemioprolassi

Schema di profilassi del tetano nel trattamento di ferite

Stato vaccinale	Ferite superficiali		Tutte le altre ferite	
	Vaccinazione antitetanica*	Immunoglobuline	Vaccinazione antitetanica*	Immunoglobuline
Assenza di vaccinazione Stato vaccinale incerto	Inizio del ciclo di vaccinazione Antitetanica	NO	Inizio del ciclo di vaccinazione Antitetanica	SI
Ultima somministrazione: del ciclo di base o dose di richiamo da più di 10 anni	Una dose di richiamo di Antitetanica	NO	Una dose di richiamo Antitetanica	SI
Ultima somministrazione: del ciclo di base o dose di richiamo tra 5 e 10 anni	NO	NO	Una dose di richiamo Antitetanica	NO

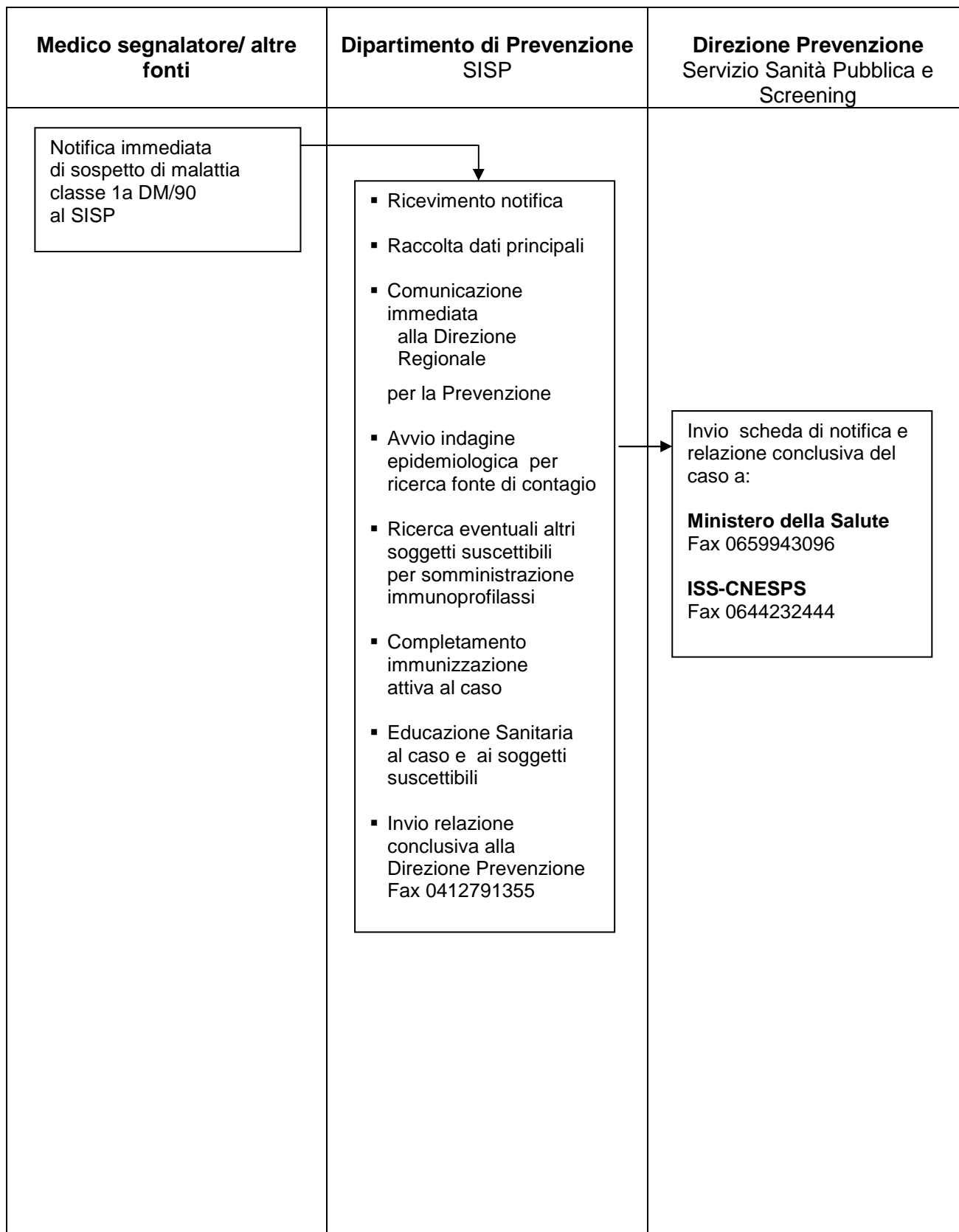
* E' preferibile la somministrazione di Td

Se sono passati meno di 5 anni dall'ultima dose non sono necessari richiami che potrebbero accentuare gli effetti collaterali

Il paziente con infezione da HIV con ferite che espongono a rischio di tetano devono ricevere le Ig indipendentemente dalla loro situazione vaccinale

Flusso di segnalazione

TETANO



TOSSINFEZIONI ALIMENTARI

Descrizione:

malattie provocate dall'ingestione di alimenti contaminati da microrganismi nocivi oppure inquinati da tossine prodotte da questi ultimi, che si manifestano nella maggior parte dei casi con disturbi a livello digestivo e, in altri casi, con sintomatologia a carico di altri organi e apparati. Si conoscono oltre 250 agenti eziologici (batteri, virus, parassiti), alcuni dei quali sono di recente identificazione (patogeni emergenti). Le principali malattie, identificate anche nella sorveglianza comunitaria sono: Botulismo alimentare, Brucellosi, Infezione da Campylobacter, Colera, Criptosporidiosi, Echinococcosi, EHEC, Giardiasi, Leptospirosi, Listeriosi, Salmonellosi, Shigellosi, Intossicazioni da stafilococco, Streptococcosi betaemolitiche, Toxoplasmosi, Trichinosi, Yersinosi. A queste vanno aggiunte le Epatiti virali, le Gastroenteriti da agente di Norwalk e le Gastroenteriti virali non specificate

Notifica:

classe 1a - 2a – 5a o 4a, se trattasi di focolaio, DM/90 – inserimento SIMIWEB

Tempi di notifica:

- comunicazione al Servizio Igiene Sanità Pubblica immediata o per via ordinaria non oltre le 24 o le 48 ore rispettivamente a seconda della classe di appartenenza della malattia
- segnalazione immediata dal SISP alla Direzione Regionale per la Prevenzione in caso di malattia appartenente alla classe 1a
- trasmissione dell'indagine epidemiologica dal SISP alla Direzione Regionale per la Prevenzione entro 30 giorni

Scheda specifica di Flusso:

Botulismo	SI
Leptospirosi	SI
Tutte le altre	NO

Periodo di incubazione:

a seconda dell'agente eziologico (Allegato 5 delle Istruzioni operative)

Periodo di contagiosità:

a seconda dell'agente eziologico (Allegato 5 delle Istruzioni operative)

Modalità di trasmissione:

attraverso consumo di alimenti o acqua contaminati

Provvedimenti nei confronti del malato:

allontanamento dei soggetti sintomatici da attività a rischio rispetto delle precauzioni standard in modo particolare per il materiale fecale

Modalità di riammissione: in rapporto al tipo di tossinfezione e all'occupazione lavorativa del paziente o frequentazione di collettività (es. asili nido, scuole materne, ecc.)

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e contatti:

- sorveglianza delle persone
 - ricerca attiva di altri casi di malattia
 - ricerca di casi asintomatici di infezione anche attraverso esami di laboratorio in specifici casi
 - esecuzione di indagine epidemiologica al fine di identificare l' eventuale fonte di contagio utilizzando preferenzialmente questionario guidato (Allegato 3 delle Istruzioni operative)
- educazione sanitaria in modo particolare comportamentale (lavaggio delle mani, modalità di corretta conservazione degli alimenti, ecc.)

Provvedimenti sull'ambiente:

- ricerca dell'agente patogeno negli alimenti o nell'acqua che dall'indagine epidemiologica sembrano avere un ruolo nell'infezione umana in collaborazione con il SIAN e i Servizi Veterinari
- disposizioni mirate per eventuali bonifiche dei foci infettivi

- eventuali sanificazione e disinfezione di superfici e ambienti

Profilassi: vaccinazione e chemioprolassi
nessuna

TUBERCOLOSI

Descrizione:

malattia causata da *Micobacterium tuberculosis complex* che, dopo la prima infezione polmonare, può colpire qualsiasi organo e apparato. Ai sintomi comuni quali febbre, soprattutto serotina, sudorazione notturna, calo ponderale, astenia, inappetenza, si aggiungono quelli legati allo specifico organo colpito. Il sintomo più comune della TB polmonare è la tosse produttiva e persistente.

Notifica: classe 3a DM/90 – inserimento SIMIWEB

Tempi di segnalazione:

entro 48 ore dal sospetto, per via ordinaria al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente

Scheda specifica di Flusso: SI

- scheda di notifica di classe IIIa per TBC e Micobatteriosi
- sorveglianza dell'esito del trattamento nella TB polmonare

Periodo di incubazione:

circa 4/12 settimane dall'infezione a una lesione primaria dimostrabile

Periodo di contagiosità:

per i pazienti con TB polmonare, per tutto il tempo in cui vengono liberati nello sputo bacilli tubercolari vitali (paziente bacillifero). Si presume una contagiosità fino a tre mesi prima della diagnosi.

Modalità di trasmissione:

- attraverso nuclei aerei di goccioline prodotti da persone con TBC polmonare o laringea con la tosse, il canto o le secrezioni nasali
- attraverso consumo di alimenti quali latte o formaggi non pastorizzati contaminati

Provvedimenti nei confronti del malato:

- isolamento: ospedaliero o domiciliare, se ne ricorrono i presupposti (condizioni cliniche, condizioni abitative, adeguata assistenza) nel caso di paziente bacillifero
- modalità di riammissione: certificazione del Dispensario Funzionale per la riammissione in collettività dopo verifica della cessata contagiosità (negatività dell'esame microbiologico dell'espettorato)
- gestione del malato cronico: attivazione delle strutture territoriali di assistenza in caso di fallimento terapeutico (generalmente dovuto a MDR) e dell'isolamento domiciliare in caso di paziente bacillifero

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e contatti:

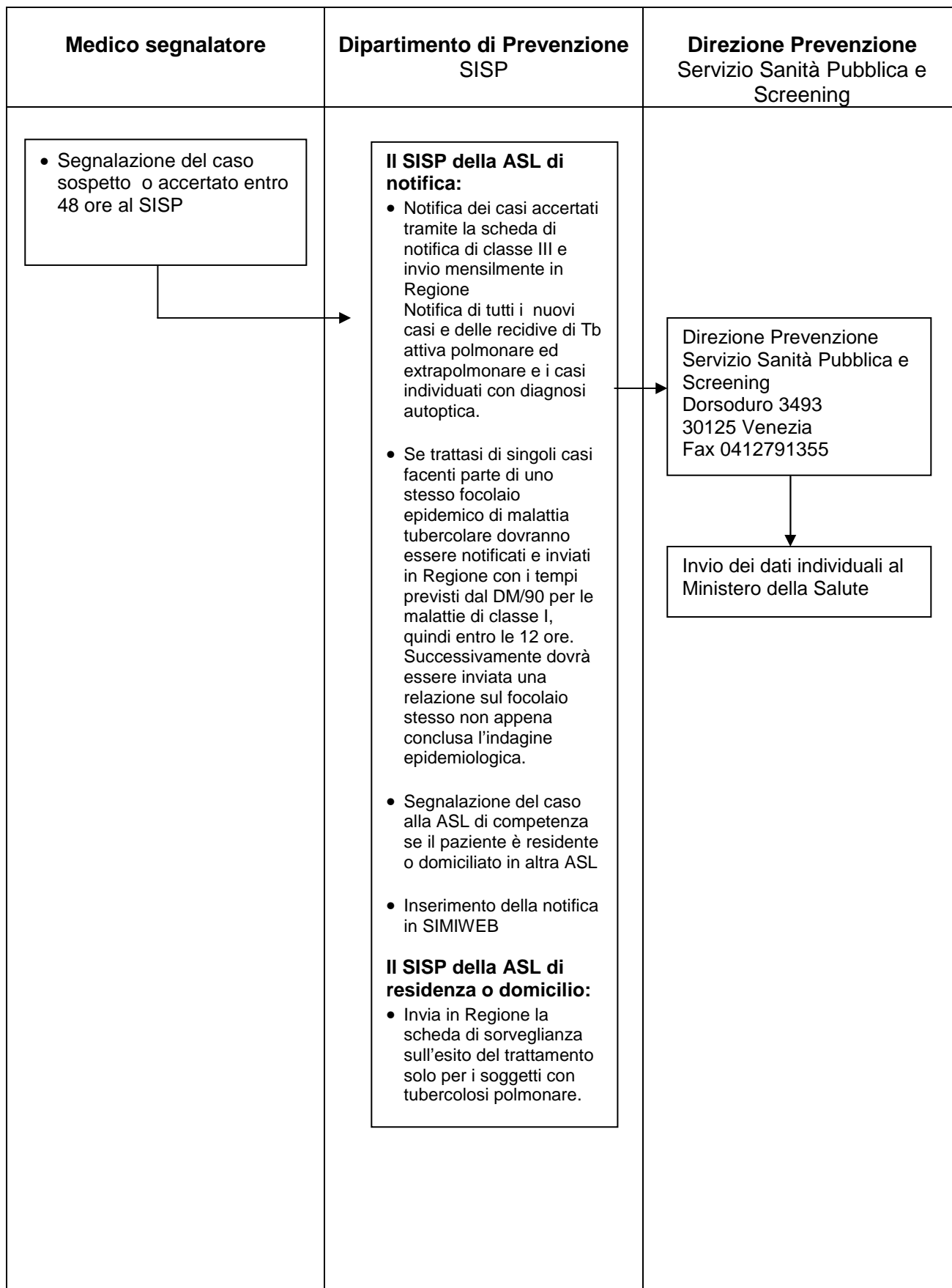
- sorveglianza delle persone
 - esecuzione dell'indagine epidemiologica con ricerca progressiva dei contatti stretti, regolari, occasionali
 - esecuzione dell'indagine tubercolinica nei contatti di TBC polmonare o in altri casi selezionati (al tempo 0 e dopo circa 2 mesi) o Rx Torace o eventuale visita pneumologica
 - somministrazione di eventuale chemioprophilassi ai contatti a rischio e in caso di ITBL
- profilassi attiva e passiva
 - vaccinazione ai neonati e bambini di età inferiore a 5 anni con test tubercolinico negativo, conviventi o aventi contatti stretti con persone affette da TB in fase contagiosa, qualora persista il rischio di contagio (D.P.R. 465/2001 per vaccino BCG attualmente ancora registrato ma non disponibile)

Provvedimenti sull'ambiente:

pulizia accurata degli ambienti e delle suppellettili; adeguato smaltimento delle secrezioni respiratorie; adeguata areazione dei locali

Flusso di segnalazione

TUBERCOLOSI



WEST- NILE

Descrizione:

malattia infettiva provocata dal virus West Nile (*arbovirus*) trasmesso dalla puntura di zanzare infette all'uomo e agli animali, generalmente equini ed uccelli. Le zanzare appartengono al genere *Culex* (*c. univittatus*, *c. modestus*, *c. pipiens*, *c. restuans*) mentre come serbatoio di infezione sono state identificate oltre 70 specie di uccelli, soprattutto passeriformi e corvidi, dove il virus può persistere da alcuni giorni a qualche mese.

La maggior parte delle persone infette non manifesta sintomi (80%). Le forme sintomatiche si manifestano con sintomi simil-influenzali lievi, febbre, cefalea, dolori muscolo-articolari, raramente accompagnati da rash cutaneo. Sono possibili manifestazioni più gravi, quali meningite ed encefalite (1 su 150 casi sia sintomatici che asintomatici), soprattutto in persone anziane, bambini molto piccoli o in persone con alterazioni del sistema immunitario.

Epidemie di malattia sono segnalate in numerosi paesi dell'Africa settentrionale e nel Medio Oriente, recentemente anche in alcuni paesi europei (tra cui l'Italia) e gli Stati Uniti.

Notifica:

classe 5a DM/90 - inserimento SIMIWEB

Tempi di segnalazione:

entro 12 ore via fax, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente, utilizzando la scheda di indagine sull'infezione da West Nile fever in pazienti con sindrome neurologica acuta ad eziologia sconosciuta.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

il periodo di incubazione va da tre a quindici giorni dopo la puntura infettante, fino a 21 giorni negli immunocompromessi.

Periodo di contagiosità:

il virus può essere trasmesso attraverso il sangue. Vanno esclusi dalle donazioni per 28 giorni coloro che hanno soggiornato almeno una notte in zone endemiche.

Modalità di trasmissione:

la malattia è trasmessa prevalentemente da zanzare del genere *Culex*, che pungono prevalentemente all'alba tramonto e nelle ore notturne. L'uomo rappresenta l'ospite definitivo in quanto le concentrazioni virali sono troppo basse per infettare la zanzara. Tuttavia il virus può essere trasmesso per trasfusione di sangue infetto e trapianto d'organo. Per la prevenzione dell'infezione è importante lo screening dei donatori di sangue e organi.

Provvedimenti nei confronti del malato:

non esiste terapia specifica, solo di supporto; ricovero necessario solo nei casi più gravi.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

nessuno in particolare. Adottare le misure di precauzione per evitare le punture di zanzare.

Provvedimenti sull'ambiente:

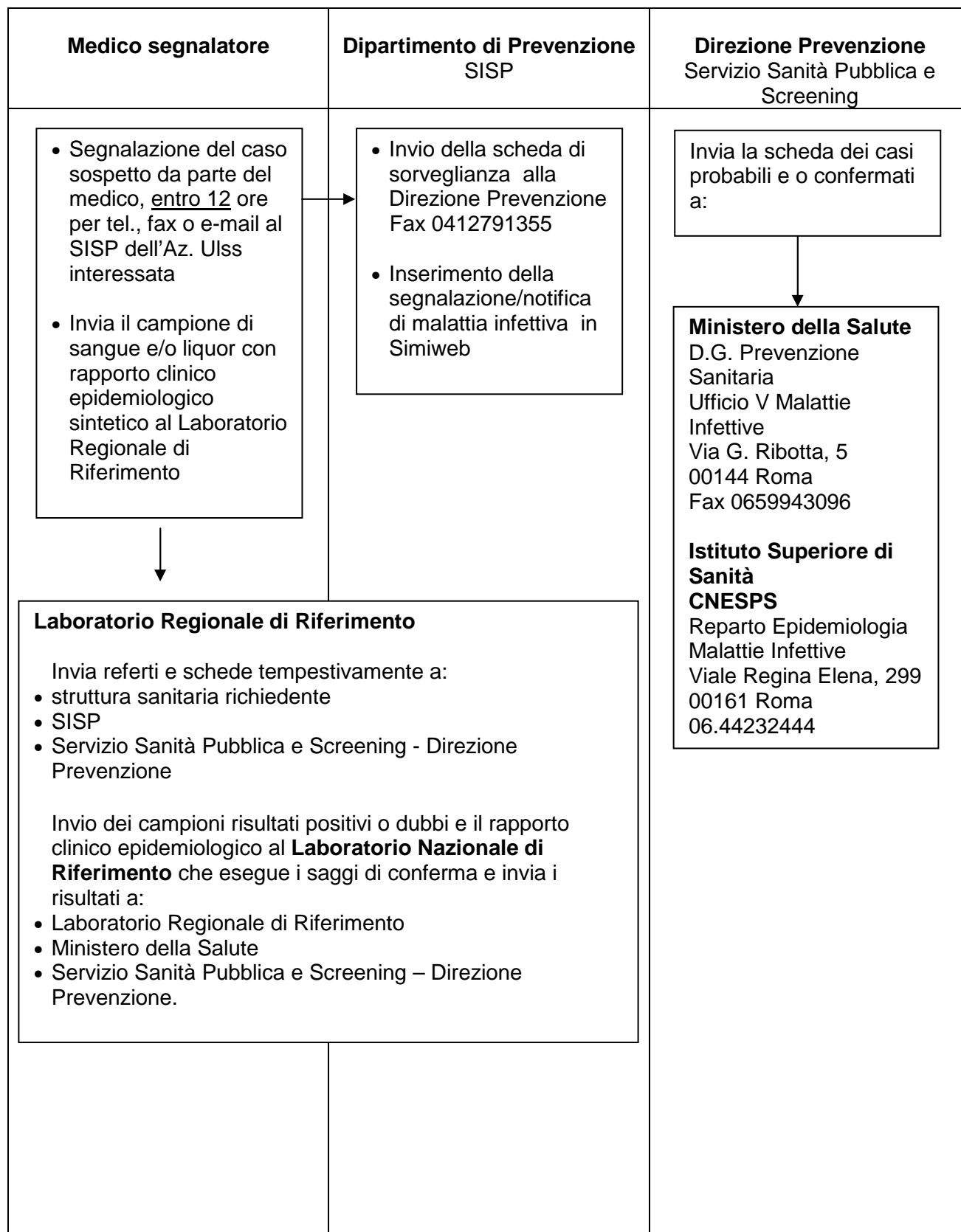
controlli periodici della popolazione di zanzare, periodici interventi di disinfestazione, eliminazione delle raccolte d'acqua, soprattutto in prossimità di abitazioni, applicazione di zanzariere alle finestre.

Profilassi: vaccinazione e chemioprolifassi

Non esiste vaccinazione.

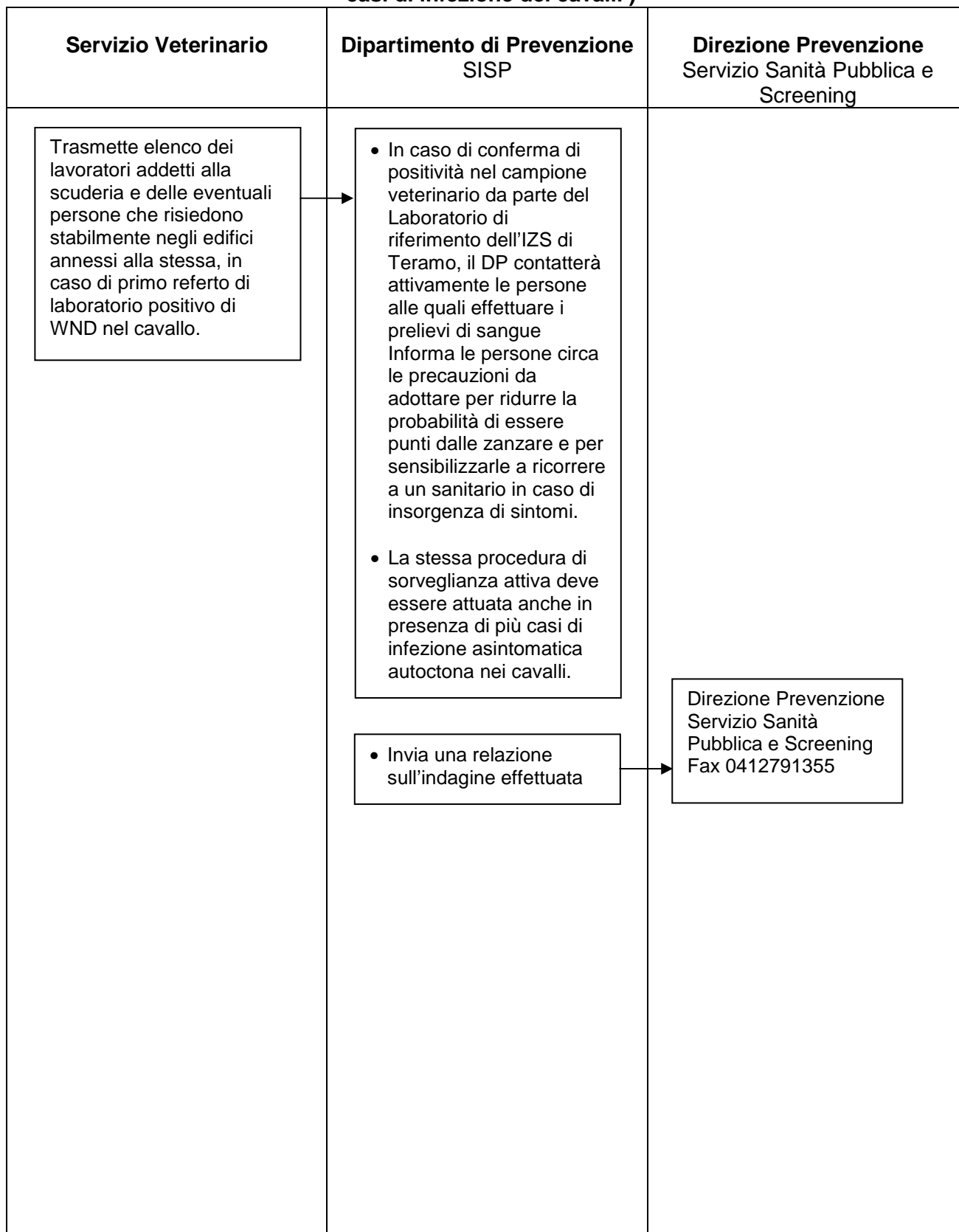
Flusso di segnalazione

WEST-NILE
(Sorveglianza rapida dei casi umani di sindrome neurologica da West-Nile)



WEST-NILE

(Sorveglianza attiva nei confronti dei lavoratori che operano presso scuderie interessate da casi di infezione dei cavalli)



GLOSSARIO

Contatto (in senso lato): persona (o animale) che in seguito ad associazione con una persona (o un animale) infetta, abbia avuto la possibilità di acquisire l'infezione.

Contatti stretti: soggetti che frequentino "regolarmente" (quotidianamente) il domicilio del paziente, partners sessuali, compagni di classe, colleghi di lavoro che condividano la stessa stanza, operatori sanitari esposti.

Conviventi: tutti coloro che condividano con il paziente la stessa abitazione.

Disinfezione continua: disinfezione effettuata in modo sistematico su tutti i materiali biologici del paziente e su tutti gli oggetti da questi contaminati.

Disinfezione terminale: disinfezione dell'ambiente in cui ha soggiornato il paziente.

Isolamento: separazione, per il periodo di contagiosità, delle persone (o degli animali) infette dagli altri in ambiente e condizioni tali da prevenire o limitare la trasmissione diretta o indiretta dell'agente infettivo.

Isolamento domiciliare: allontanamento del paziente da tutte le comunità estranee allo stretto ambito familiare.

Isolamento stretto: si applica in caso di agenti altamente infettivi o molto virulenti che possono essere trasmessi per via aerea o per contatto diretto. E' richiesta una stanza separata per il paziente (pazienti con la stessa patologia possono essere ospitati nella stessa stanza), con sistema di ventilazione a pressione negativa, possibilmente dotata di anticamera, e con porte con chiusura a tenuta, nonché l'uso di mezzi di barriera ed indumenti protettivi, comprese le maschere dotate di respiratori, per tutte le persone che entrano nella stanza.

Isolamento da contatto: da applicare in caso di infezioni meno virulente, trasmesse per contatto diretto o semidiretto. E' indicata una stanza separata (pazienti con la stessa patologia possono essere ospitati nella stessa stanza) e l'uso di maschere per tutte le persone che vengono in contatto con il paziente; i guanti sono indicati nel caso di manipolazione o contatto con materiali contaminati e l'uso di grembiuli in caso di possibilità di insudiciamento.

Isolamento respiratorio: per prevenire la trasmissione per via aerea a breve distanza sono richiesti una stanza separata per il paziente (pazienti con la stessa patologia possono essere ospitati nella stessa stanza) e l'uso di mascherine per tutte le persone che vengono in contatto con il paziente. In caso di pazienti affetti da tubercolosi in fase contagiosa, è richiesto anche un sistema di ventilazione a pressione negativa e l'uso di maschere dotate di respiratori per tutte le persone che entrano nella stanza.

Precauzioni enteriche: uso di guanti nel caso di manipolazione o contatto con materiali contaminati e uso di grembiuli in caso di possibilità di insudiciamento, per prevenire la trasmissione di infezioni trasmesse per mezzo del contatto diretto o indiretto con le feci. Una stanza ed un bagno separati sono indicati nel caso di scarsa igiene del paziente.

Precauzioni standard: complesso di pratiche, basate sull'assunzione che nel sangue o in altri fluidi biologici possano essere presenti HIV, HBV, HCV ed altri agenti patogeni a trasmissione parenterale per prevenire l'esposizione parenterale di mucose o di cute non intatta agli stessi. Si basano essenzialmente sull'uso di mezzi di barriera: guanti, camici, grembiuli, mascherine, occhiali protettivi, schermi facciali.

Precauzioni per secrezioni/drenaggi: uso di guanti per la manipolazione o il contatto con materiali contaminati, e di camici in caso di possibile insudiciamento, per prevenire la trasmissione di infezioni per contatto diretto o indiretto con materiale purulento o di drenaggio da un sito di infezione.

Quarantena (o contumacia): isolamento o restrizione dei movimenti, per la durata del periodo di incubazione, di contatti sani di un soggetto malato.

Sorveglianza sanitaria: obbligo di sottoporsi a controlli da parte dell'Autorità sanitaria, senza restrizione dei movimenti, per un periodo di tempo pari a quello massimo di incubazione della malattia.

Sorveglianza clinica: la ricerca giornaliera, in conviventi e contatti di un paziente affetto da malattia trasmissibile, di segni e sintomi riferibili ad essa.

BIBLIOGRAFIA

Botulismo

Linee Guida "l'indagine epidemiologica in catodi tossinfezione alimentare" CeRRTA Toscana

Brucellosi

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

Chikungunya

Comunicato n. 230 Ministero della Salute 30/08/2007 "Caso di infezione virale in provincia di Ravenna".

Manuale per il Controllo delle Malattie Trasmissibili – David L. Heymann M.D. – 18^a Edizione.

Creutzfeld Jacob

Manuale per il Controllo delle Malattie Trasmissibili – David L. Heymann M.D. - 18^a Edizione - Dea Editrice

www.epicentro.it

Epatite A, B,C, D, E

Manuale per il Controllo delle Malattie Trasmissibili – David L. Heymann M.D. - 18^a Edizione - Dea Editrice

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

Febbre tifoide

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

HIV

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

www.epicentro.iss.it

Infezioni da stafilococco

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

Legionella

"La legionellosi in Italia nel 2006" - Notiziario dell'ISS – Volume 21; numero 1, gennaio 2008; ISSN 0394 – 9303

Linee Guida EWGLI: "European Guidelines for Control and Prevention of Travel Associated Legionnaires' Disease"

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

Leptospirosi

Manuale per il Controllo delle Malattie Trasmissibili – David L. Heymann M.D. - 18^a Edizione - Dea Editrice

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

Listeriosi

B.E.N.

I.S.S. INTERNET

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

Malaria

CDC - Health information for International Travel - 2010 - The Yellow Book.

“International Travel and Health” – WHO – 2010.

“Linee Guida per la profilassi antimalarica” - Z. Bisoffi, G. Napoletano, F. Castelli, R. Romi. Giornale Italiano di Medicina Tropicale, Vol. 8, N 1-4, 2003.

Manuale per il Controllo delle Malattie Trasmissibili – David L. Heymann M.D. - 18° Edizione - Dea Editrice

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

Meningite meningococcica

Manuale per il Controllo delle Malattie Trasmissibili – David L. Heymann M.D. - 18° Edizione - Dea Editrice

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

Meningite pneumococcica

Manuale per il Controllo delle Malattie Trasmissibili – David L. Heymann M.D. - 18° Edizione - Dea Editrice

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

Morbillo

Manuale per il Controllo delle Malattie Trasmissibili – David L. Heymann M.D. - 18° Edizione - Dea Editrice

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

“Vaccini e vaccinazioni” - Giorgio Bartolozzi ; 2^ edizione

Morbo di Hansen

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

www.epicentro.iss.it

Poliomielite /Paralisi Flaccide Acute

www.epicentro.iss.it

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

Rabbia

MMWR - Recommendations and Report – march 19, 2010; Vol. 59/nr. RR-2 del 19/03/2010

Raccomandazioni WHO/EMC/ZOO/96.6 del 19/03/2010

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

Rosolia in gravidanza/sindrome da rosolia congenita

Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. Accordo tra il Ministero della salute, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano recante: “*Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita*” – Gazzetta Ufficiale N. 297 del 23 dicembre 2003. Suppl. Ordinario n. 195

Manuale per il controllo delle malattie trasmissibili - Rapporto ufficiale dell'American Public Health Association - J Chin - 17a edizione

Normes recommandées par l'OMS pour la Surveillance, Giugno 2000

Pink Book - CDC - 8°ed. febb. 2004

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

Salmonellosi

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

Scabbia

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

Shigellosi

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

Tossinfezioni alimentari

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

Guida per le indagini sulle malattie trasmesse da alimenti. - Bryan FL e al.; 1989

Linee guida per le indagini su epidemie di salmonellosi di origine alimentare. - Greco D e al.; Rapporto ISTISAN 93/90

www.foodsafety.org

TBC

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

<http://www.cdc.gov/tb/>

<http://www.who.int/topics/tuberculosis/en/>

West-Nile

Circolare n.400.3/3.2/4234 del 18.09.02 del Ministero della Salute “Sorveglianza delle infezioni da virus West Nile in Italia”

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

RIFERIMENTI NORMATIVI GENERALI MALATTIE INFETTIVE

- R. D. n.° 1265 del 27/07/34 T.U.LL.SS. - art.253-2 63 *“Provvedimenti contro le malattie infettive e sociali”*
- Decisione della Commissione del 19.03.02 – Gazzetta Ufficiale delle Comunità Europee - *“Definizione dei casi della dichiarazione delle malattie trasmissibili alla rete di sorveglianza comunitaria”*
- Decisione della Commissione del 17.07.03 – Gazzetta Ufficiale delle Comunità Europee - *“Modifica decisione n.2119/98/CE, n.2000/96/CE, n.2002/253/CE”*
- Circ. Min. Sanità n.° 4 del 13/03/98 - *“Misure di profilassi per esigenze di sanità pubblica. Provvedimenti da adottare nei confronti di soggetti affetti da alcune malattie infettive e nei confronti dei loro conviventi e contatti”*
- Nota Reg. Veneto n.° 5443/20313 del 09/04/98 - *“Protocollo di intervento per il controllo delle malattie infettive nella scuola elementare, media e superiore”*
- D.M. 15/12/1990 - *“Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive”*
- Nota Reg. Veneto prot. n.28690/20313 del 05/07/93 - *“Istituzione flussi informativi speciali: tubercolosi, malaria, meningite meningococcica e epatiti virali acute”*
- Nota Reg. Veneto prot. n.848647/50.03.50 del 30/12/04 - *“Invio nuova scheda segnalazione caso di malattia infettiva”*
- Nota Reg. Veneto 826852/50.03.50 del 06.12.2005- *“Avvio nuovo flusso di sorveglianza con sistema SIMIWEB”*

RIFERIMENTI NORMATIVI, DISPOSIZIONI, LINEE GUIDA PER LE MALATTIE INFETTIVE

(in ordine alfabetico)

BOTULISMO

- C.M. n.9 del 1/07/1996 – *“Botulismo: prevenzione, controllo, terapia”*

CHIKUNGUNYA

- C.M. del 4/08/2006 *“Sorveglianza della Chikungunya”*
- Nota Reg. Veneto prot. n.498961/50.03.50 del 11/09/07 – *“Febbre da virus Chikungunya”*

CREUTZFELD JACOB (MALATTIA DI)

- D.M. del 21/12/2001 – *“Sorveglianza obbligatoria della Malattia di Creutzfeld-Jacob”*
- Nota Min. Salute 27.08.2002 - *“Malattia di Creutzfeldt-Jakob, chiarimenti in merito all'applicazione delle linee guida per l'assistenza ai pazienti e il controllo delle infezioni ospedaliere”*

EPATITE

- Nota Reg. Veneto prot. n.28690/20313 del 05/07/93
- D.M. 20/112000 - *“Aggiornamento del protocollo per l'esecuzione della vaccinazione contro l'Epatite B”*
- Nota I.S.S. prot. n.50.50.20 del 13/09/07 – *“Istituzione software web based”*
- Nota Reg. Veneto prot. n.61253/50.03.50 del 04/02/08 *“Nuova scheda SEIEVA”*
- Nota Reg. Veneto prot. n.27357 del 16/01/08 - *“Requisiti di validità minimi della scheda SEIEVA”*
- Del. Reg. Veneto n.° 5888 del 14/11/95 - *“Aggiornamento delle strategie di prevenzione dell'Epatite A e B nella Regione Veneto”*
- Nota Reg. Veneto prot. n.° 12244/50.03.50 del 06/03/03 - *“Vaccinazione epatite A in bambini originari da Paesi ad alta endemia e profilassi per l'epatite A in caso di esposizione scolastica”*
- L. 27.05.91 n. 165: *obbligatorietà della vaccinazione per i nuovi nati nel 1° anno di vita e, fino al 2003, per i soggetti nel corso del 12° anno di vita*

- D.M. 04.10.91: *“Offerta gratuita della vaccinazione alle categorie a rischio”*
- D.M. 20.11.2000: *“Aggiornamento del protocollo per l'esecuzione della vaccinazione contro l'Epatite B”*

HIV

- Circ. Min. Sanità n.° 5 del 13/02/87 - *“Decreto ministeriale 28/11/86 - Modifiche al decreto ministeriale 05/07/75 riportante l'elenco delle malattie infettive diffuse sottoposte a denuncia obbligatoria”*
- Circ. Reg. Veneto n.° 35 del 28/11/94 - *“Ridefinizione del Sistema di Sorveglianza per l'infezione da HIV della Regione Veneto”*
- Legge n.° 135 del 05/06/1990 - *“Programma di interventi urgenti per la prevenzione e lotta contro l'AIDS”*
- Circ. Min. Sanità n.° 16 del 08/06/95 - *“Revisione della scheda per la notifica dei casi di AIDS in adulti”*
- Nota Reg. Veneto prot. n.° 9534/20313 del 28/12/95 - *“Invio nuova scheda del Sistema di Sorveglianza HIV”*

LEGIONELLOSI

- Circ. Min. Sanità prot. n.° 400.3/9/380 del 06/03/00 - *“Linee guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi”*
- G.U. n.28 del 04.02.05 - *“Linee guida recanti indicazioni sulla legionellosi per i gestori delle strutture turistico-ricettive e termali”*
- Nota regione Veneto n.272449/50.03.50 del 03.05.06 - *“Invio nota ISS del 20 aprile 2006”*.
- Nota Ministero della Salute n.31301 del 18 dicembre 2006 - *“Azioni di monitoraggio igienico-sanitario ed ambientale per la ricerca di Legionella pneumophila”*

LEPTOSPIROSI

- Nota Ministero della Salute prot. n.400.2/2.5/2739 del 10/06/96 *“Sorveglianza delle leptospirosi umane”*

LISTERIOSI

- D.L. n.191 del 4/04/2006 - *“Attuazione della direttiva 2003/99/CE sulle misure di sorveglianza delle zoonosi e degli agenti zoonotici”*

MALARIA

- C.M. 14 del 11/11/97 - *“Linee Guida per la prevenzione e il controllo della malaria”*
- Nota Reg. Veneto prot. n.08442/20313 del 03/06/1997 - *“Sorveglianza malattie infettive. Modelli flusso speciale malaria e meningite”*

MALATTIE INVASIVE DA HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B E DA NEISSERIA MENINGITIDIS

- Nota Reg. Veneto prot. n. 7462/20313 del 02/10/95 - *“Misure di sanità pubblica per la prevenzione dei casi secondari di malattie invasive da Haemophilus influenzae tipo “b” e da Neisseria meningitidis”*

MENINGITE BATTERICA

- Nota Ministero della Sanità n.400.2/15/3290 del 27/07/94 - *“Sorveglianza Meningiti Batteriche”*
- Nota Reg. Veneto prot. n.08442/20313 del 03/06/1997 - *“Sorveglianza malattie infettive. Modelli flusso speciale malaria e meningite”*
- Nota Reg. Veneto prot. n.7462/20313 del 2/10/95 *“Malattie da Haemophilus Influenzae e da Neisseria Meningitidis. Misure di Prevenzione dei casi secondari”*

MORBILLO

- G.U. n.297 del 23/12/2003 *“Piano Nazionale di eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita: istituzione di un Sistema di Sorveglianza Speciale per il Morbillo”*
- C.M. 20/04/2007 *“Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita: istituzione di un sistema di sorveglianza speciale per il morbillo”*
- Nota Reg. Veneto del 08/05/2007 prot. 255412/50.03.50 in recepimento della Nota del Ministero della Salute prot. DGPREV.V/10606/P/I.4 c.a.9 del 20/04/2007 sull'istituzione di un sistema di Sorveglianza Speciale per il Morbillo
- Nota del Ministero della Salute dell'8 agosto 2006 prot. n. DGPREV.V/9262/P/I.4 c.a.9. *“Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita: modalità di sorveglianza e notifica dei casi isolati e dei focolai”*

MORBO DI HANSEN

- Conferenza Stato Regioni G.U. 176/99 – *“Linee guida per il controllo del Morbo di Hansen in Italia”*
- Decreto Presidente del Consiglio 31 maggio 2001

PARALISI FLACCIDE ACUTE

- C.M. prot. n.400.3/28/352 del 26/01/98 – *“Sorveglianza della paralisi flaccida acuta (AFP) ai fini della certificazione dell’eradicazione della poliomielite”*
- C.M. n.400.2/28/911 del 7/2/1995 - *“Sorveglianza della paralisi flaccida acuta”*
- Nota Reg. Veneto prot. n.3988/50.03.50 del 28/01/2003 *“Sorveglianza delle paralisi flaccide acute”*

RABBIA:

- C.M. n.36 del 10/09/93 – *“Trattamento antirabbico pre e post-esposizione”*

ROSOLIA IN GRAVIDANZA E SINDROME/INFEZIONE DA ROSOLIA CONGENITA

- D.M. del 14/10/2004 - *“Sorveglianza nazionale della sindrome/infezione della rosolia in gravidanza e della rosolia congenita”*
- C.M. esplicativa n. 2 del 5/08/2005 - *“Notifica obbligatoria della infezione da rosolia in gravidanza e della sindrome/infezione da rosolia congenita”*

SCABBIA

- DGR Veneto n° 877 dell’11/03/1997 *“Linee guida per il controllo della scabbia nella Regione Veneto”*

SHIGELLOSI

- C.M. n.4 del 13/03/98

TETANO

- C.M. n. 16 del 11/11/96 – *“Tetano: misure di profilassi”*

TOSSINFEZIONI ALIMENTARI

- D.L. 123 del 03/03/93 – *“Attuazione della direttiva 89/397/CEE relativa al controllo ufficiale dei prodotti alimentari”*
- C.M. prot. n.400.2/8.3/3451 del 01/07/96 - *“Botulismo: prevenzione, controllo, terapia”*
- C.M. prot. n.400.2/113.2/60/59/3934 del 17/09/94 - *“Linee guida per la prevenzione del colera”*
- C.M. prot. n.400.2/2.5/2739 del 10/06/96 - *“Sorveglianza delle leptospirosi umane”*
- Nota Reg. Veneto prot. n.° 42119/20311 del 22/09/93 - *“Notifica Listeriosi - D.M. 15/12/90”*
- C.M. prot. n.2426/EB/12 del 24/01/92 - *“Provvedimenti urgenti per la notifica e il contenimento di epidemie da salmonella enteritidis”*

TUBERCOLOSI

- D.G.R. n.° 2824 del 05/08/97 - *“Linee guida per la organizzazione dei laboratori per la diagnostica dei micobatteri”*
- Nota Reg. Veneto prot. n.° 8934/20313 del 10/06/98 - *“Programma nazionale di controllo della tubercolosi. Il monitoraggio degli esiti del trattamento”*
- Min. Sanità G.U. n.° 40 del 18/02/99 - *“Linee guida per il controllo della malattia tubercolare”*
- DGR n.4290 del 29/12/2004 - *“Istituzione del dispensario funzionale per il controllo della tubercolosi. Decreto Legislativo 31/03/1998 n.112, art 115.”*
- Nota Reg. Veneto prot. n.° 09147/20313 del 16/06/97 - *“Sorveglianza della tubercolosi: modifica del flusso informativo e della scheda di notifica”*
- DGR n.2025 del 03/07/2007 - *“Nuove linee guida per il controllo della TBC nella Regione Veneto e costituzione del comitato strategico per la lotta alla TBC.”*
- DGR n.2602 del 07/08/2007 - *“Nuove linee guida per il controllo della TBC nella Regione Veneto e costituzione del comitato strategico per la lotta alla TBC. Approvazione allegati ed integrazione”*
- DGPREV.V/13056/P/I.4.5.a.9/2009/10 del 16.03.2009 *“Aggiornamento delle raccomandazioni sulla gestione dei contatti e della Tubercolosi in ambito assistenziale”*
- DGPREV 0023620-P-20/05/2010 *“Aggiornamento delle raccomandazioni per le attività di controllo della tubercolosi: politiche efficaci a contrastare la tubercolosi nella popolazione immigrata”*

WEST NILE

- DGR n.3677 del 25/11/2008 *“Piano di sorveglianza di West Nile Disease (WND)”*
- DGPREV 33197 - P-21/07/2010 *“Sorveglianza della malattia West-Nile in Italia – 2010”*
- DGPREV 36924-P-17/08/2010 *“Sorveglianza della malattia West-Nile in Italia - 2010: nota esplicativa alla circolare”*