

Direzione Sanitaria
Dipartimento delle Attività dei Presidi Ospedalieri (DAP)



Procedura PR213

GUIDA ALLA NOTIFICA DELLE MALATTIE INFETTIVE E DIFFUSIVE

Redazione Gruppo di lavoro ICA

Verifica Sergio Pili Direttore DAP
Antonio Frailis Direttore Igiene e Sanità Pubblica

Approvazione Giorgio Carboni Direttore Sanitario ATS

Emissione e revisione Prima emissione revisione 0

Indice

1. Introduzione	3
2. Malattie soggette a denuncia obbligatoria	4
3. Segnalazione delle malattie infettive e diffusive	6
4. Sorveglianza delle infezioni da batteri produttori di Carbapenemasi (CPE)	10
5. Allegati, segnalazione e notifica	11
6. Scheda di segnalazione delle malattie infettive in ospedale modulo PR3191	12
7. Scheda per la sorveglianza epidemiologica della malattia di Creutzfeldt Jakob	13
8. Scheda per la sorveglianza epidemiologica della meningite	14
9. Scheda per la sorveglianza epidemiologica della legionellosi	18
10. Scheda per la notifica e l'inchiesta epidemiologica su caso di malaria	20
11. Scheda di sorveglianza delle batteriemie da CPE (produttori di Carbapenemasi)	21
12. Sistema informativo delle malattie infettive e schede di notifica	22
13. Scheda di notifica di malattia infettiva - classe prima	23
14. Scheda di notifica di malattia infettiva - classe seconda	24
15. Scheda di notifica di malattia infettiva - classe terza	25
16. Scheda di notifica di malattia infettiva - classe quarta	26
17. Scheda di sorveglianza integrata morbillo - rosolia	27
18. Scheda di notifica e sorveglianza Chikungunya e Dengue	32
19. Scheda di notifica di caso umano di West Nile Virus	36
20. Scheda di notifica e sorveglianza di arbovirosi	37
21. Schede di sorveglianza paralisi flaccida acuta	39
22. Scheda di notifica di botulismo	42
23. Scheda di notifica di infezione di rosolia in gravidanza	44
24. Scheda di notifica di caso di sindrome/infezione da rosolia congenita	47
25. Indirizzi cui segnalare le malattie infettive	50
26. Lista di distribuzione	51



INTRODUZIONE

1

Il medico che nell'esercizio della sua professione venga a conoscenza di un caso di malattia infettiva e diffusiva accertato o anche solo sospetto, pericolosa per la salute pubblica, deve segnalarlo all'autorità sanitaria locale competente che la notifica al Sistema Informativo delle Malattie Infettive (**SIMI**).

Quando l'infezione avviene in Ospedale la segnalazione è effettuata dal **Medico del reparto** in cui si verifica il caso per il **tramite della Direzione Medica di Presidio**.

Le malattie infettive, soggette a notifica obbligatoria, sono suddivise in **cinque classi** che seguono differenti percorsi di alimentazione dei corrispondenti flussi informativi.

PRIMA CLASSE.

Comprende le malattie per le quali è richiesta la **segnalazione immediata**, in quanto **soggette al regolamento sanitario internazionale**, o di **particolare interesse per altre finalità**. Il caso di sospetto deve essere segnalato entro 12 ore, tramite telefono o mail, all'ASSL competente per territorio che, ricevuta la segnalazione, comunica immediatamente all'Assessorato regionale della Sanità che, a sua volta informa il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità. Il Ministero della Salute, quando previsto, segnala immediatamente l'accertamento del caso all'Organizzazione mondiale della sanità.

Nel caso di esito positivo l'ASSL compila ed invia il **modello di notifica** all'Assessorato ed al Ministero della Salute, che lo trasmetterà **all'ISTAT**. Presso ogni ASSL, nell'ambito del servizio di Igiene e Sanità Pubblica, un medico appositamente incaricato compila il modello 15 e si reca, quando occorre, nel luogo in cui si trova il paziente per ottenere le notizie richieste nel modulo. La compilazione del modulo deve avvenire anche nei casi di morte del soggetto prima della notifica. All'elenco delle malattie della classe prima sono state recentemente aggiunte la malattia di Creutzfeld-Jacob, la variante della malattia di Creutzfeld-Jacob, la sindrome di Gerstmann-Straussler-Sheinker, l'insonnia familiare letale ed eventuali sindromi ad essa correlate. Nei casi sospetti di malattia di Creutzfeld-Jacob e sindromi ad essa correlate, il medico accertatore, in collaborazione con la ASSL, dovrà compilare un'apposita scheda di sorveglianza (vedi sezione modulistica) da trasmettere all'Assessorato, al Ministero della Salute e all'Istituto Superiore di Sanità. Agli stessi destinatari dovranno, inoltre, essere inviati anche gli esiti (sia positivi che negativi) dell'esame neuroistopatologico che, in caso di decesso del paziente, è obbligatorio.

SECONDA CLASSE.

Vi appartengono le malattie infettive ad **elevata frequenza e/o soggette ad interventi di controllo**. La **segnalazione** del caso, anche se solo sospetto, deve essere fatto **entro due giorni**, alla **ASSL competente** per territorio che compila ed invia mensilmente all'Assessorato regionale alla Sanità il modello individuale di notifica (modello 15) ed i dati aggregati, suddivisi per fasce di età e sesso. L'Assessorato, a sua volta, elabora ed invia su supporto cartaceo al Ministero della Salute e all'Istituto superiore di sanità il riepilogo mensile provvisorio suddiviso per Provincia, fasce d'età e sesso. Tali dati diventeranno definitivi decorsi 6 mesi dal mese di riferimento. L'Assessorato mensilmente invia all'Istat gli stessi dati provvisori (su supporto cartaceo) e quelli definitivi a giugno dell'anno successivo (su supporto informatico)

TERZA CLASSE

Vi appartengono le malattie infettive per le quali **è richiesta una documentazione particolare**, oltre ad alcune informazioni in comune con la scheda di notifica utilizzata per le classi precedenti. Nei casi di tubercolosi e micobatteriosi la notifica dovrà essere fatta utilizzando l'apposita scheda. Per queste malattie il flusso informativo è lo stesso descritto per la seconda classe, ad eccezione della sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), le cui modalità di notifica seguono un flusso particolare.

QUARTA CLASSE:

Vi appartengono le malattie con focolaio epidemico. La segnalazione deve avvenire entro ventiquattro ore alla ASSL, che compila ed invia il modello individuale di notifica alla Regione, al Ministero della Salute, all'Istituto Superiore di Sanità e all'ISTAT.

QUINTA CLASSE:

Comprende le malattie infettive e diffusive non incluse nelle classi precedenti, per le quali è sufficiente che le asl trasmettano all'Assessorato regionale alla Sanità, in un unico elenco, il riepilogo mensile. L'Assessorato, a sua volta, invierà i dati (solo su supporto cartaceo) al Ministero della Salute, all'Istituto superiore di sanità e all'Istat. Tali malattie saranno segnalate con le modalità previste per la classe quarta nei casi in cui assumano le caratteristiche di focolaio epidemico.

MALATTIE SOGGETTE A DENUNCIA OBBLIGATORIA
Articoli 235-254 T.U.LL.SS. e D.M. 15/12/1990 e ss.mm.e ii

2

**CLASSE
PRIMA**

CLASSE PRIMA	PRECAUZIONI DA ATTUARE	MODALITA' DI NOTIFICA
1) colera	S/C=Standard +Contatto	<p>Segnalazione da parte del Medico ENTRO 12 ORE dall'osservazione di un caso di malattia anche solo sospetta.</p> <p>In ROSSO con * le malattie infettive diffusive soggette a <u>normativa specifica</u></p>
2) febbre gialla	S = Standard	
3) febbre ricorrente epidemica	S = Standard	
4) febbri emorragiche virali (febbre di Lassa, Marburg, Ebola)*	C = Contatto	
5) peste;	S = Standard (per bubbonica) D = Droplet (per polmonare)	
6) poliomielite	S = Standard	
7) tifo esantematico	S = Standard	
8) botulismo *	S = Standard	
9) difterite	C = Contatto D = Droplet	
10) influenza con isolamento virale **	D = Droplet	
11) rabbia	S = Standard	
12) tetano *	S = Standard	
13) trichinosi	S = Standard	
14) Malattia di Creutzfeldt - Jakob *		
15) Variante della malattia di Creutzfeldt - Jakob *		
16) Sindrome di Gerstmann - Straussler - Scheinker *		
17) Insonnia familiare letale *		
18) Sindromi correlate alle ultime quattro malattie *		
CLASSE SECONDA		
19) blenorragia *	S = Standard	<p>Segnalazione scritta su scheda di notifica da parte del Medico ENTRO 48 ORE dall'osservazione del caso di malattia anche solo sospetta</p> <p>34) morbillo* e 35) parotite* NOTIFICA ENTRO 12 ORE</p> <p>38) rosolia * normativa specifica .</p> <p>In ROSSO con * le malattie infettive diffusive soggette a <u>normativa specifica</u> .</p>
20) brucellosi	S = Standard	
21) diarree infettive non da salmonella	S = Standard / C = Contatto (se incontinenza)	
22) epatite virale A	C = Contatto	
23) epatite virale B	S = Standard	
24) epatite virale NANB	S = Standard	
25) epatite virale non specificata	S = Standard	
26) febbre tifoide	S = Standard C = Contatto (se incontinenza)	
27) legionellosi *	S = Standard	
28) leishmaniosi cutanea	S = Standard	
29) leishmaniosi viscerale	S = Standard	
30) leptospirosi	S = Standard	
31) listeriosi	S = Standard	
32) meningite ed encefalite acuta virale	D = Droplet	
33) meningite meningococcica e meningiti batteriche in genere *	D = Droplet	
34) morbillo *	A = Aerea	
35) parotite* *	D = Droplet	
36) pertosse	D = Droplet	
37) rickettsiosi diversa da tifo esantematico	S = Standard	
38) rosolia *	D = Droplet	
39) salmonellosi non tifoide	S = Standard C = Contatto (se incontinenza)	
40) scarlattina	D = Droplet	
41) sifilide *	S = Standard	
42) tularemia	S = Standard	
43) varicella	A = Aerea/C = Contatto	

**CLASSE
SECONDA**



	CLASSE TERZA	PRECAUZIONI DA ATTUARE	MODALITA' DI NOTIFICA
CLASSE TERZA	44) AIDS *	S = Standard	<p>Segnalazione scritta su scheda di notifica da parte del Medico, ENTRO 48 ORE dall'osservazione di un caso di malattia anche solo sospetta.</p> <p>Per queste malattie sono previsti flussi informativi particolari e differenziati.</p> <p>In ROSSO con * le malattie infettive diffuse soggette a normativa specifica</p> <p>* La segnalazione viene effettuata dai servizi o centri specialistici con apposite schede.</p> <p>** Alla presente notifica deve essere acclusa la scheda epidemiologica</p>
	45) lebbra *	S = Standard	
	46) malaria **	S = Standard	
	47) micobatteriosi non tubercolare	S = Standard	
	48) tubercolosi	A = Aerea	
CLASSE QUARTA	CLASSE QUARTA		MODALITA' DI NOTIFICA
	49) dermatofitosi (tigna)	S = Standard	<p>Segnalazione scritta su scheda di notifica da parte del Medico, ENTRO 24 ORE dall'osservazione di un caso di malattia anche solo sospetta.</p> <p>50) infezioni, tossinfezioni ed infestazioni di origine alimentare* = NOTIFICA ENTRO 12 ORE</p>
	50) infezioni, tossinfezioni ed infestazioni di origine alimentare *	C = Contatto	
	51) pediculosi	C = Contatto	
	52) scabbia	C = Contatto	
CLASSE QUINTA	CLASSE QUINTA		MODALITA' DI NOTIFICA
	Qualunque malattia infettiva e diffusiva non compresa nelle classi precedenti e zoonosi (regolamento di Polizia Veterinaria DPR 8.2.1954 N.320).		<p>Segnalazione scritta su scheda di notifica da parte del Medico, ENTRO 48 ORE.</p> <p>In tutti i casi di focolaio epidemico la segnalazione deve avvenire ENTRO 24 ORE.</p>



SEGNALAZIONE DELLE MALATTIE INFETTIVE E DIFFUSIVE

3

**CLASSE
PRIMA**

Accertatore	Tempistica	Modalità	Destinatario
Il medico del Reparto in cui è osservato il caso segnala	Immediatamente ☒☒	Telefonicamente e via mail col Modulo PR3191	Alla Direzione Medica di PO
<p>La Direzione Medica di PO segnala entro 12 ore dall'evento Telefonicamente e via mail col Modulo PR3191 ☒☒ Servizio Igiene e Sanità Pubblica della ASSL</p>			

**NORME
SPECIFICHE
DELLE
MALATTIE
DELLA
CLASSE
PRIMA**

BOTULISMO: Circolare del Ministero n. 9, 1° luglio 1996

L'isolamento non è necessario.

Immediata segnalazione da parte del medico del Reparto che individua il caso, alla Farmacia del Presidio Ospedaliero, che richiederà il siero antitotulinum al Dipartimento di Prevenzione del Ministero della Sanità - Ufficio III°.

TETANO: Circolare del Ministero della Sanità n. 52 del 9 agosto 1982.

Obbligatorietà della vaccinazione antitetanica per i nuovi nati (legge n. 166 del 27.4.1981) e anche per alcune categorie di lavoratori a rischio, atleti e militari.

FEBBRI EMORRAGICHE VIRALI (Ebola) : Nota del Ministero della Sanità 100/673/01/4266 del 26 maggio 1995. "Aggiornamento linee guida per la gestione dei soggetti con sospetta infezione da virus Ebola".

Tutti i casi sospetti o accertati di FEV vanno immediatamente notificati, secondo la normativa vigente, telefonando ai numeri: 06/59943905 (Dirigente Responsabile: Dottoressa Maria Grazia Pompa) o via Fax: 06/59943096

MALATTIA DI CREUTZFELDT - JAKOB: Ordinanza 12 febbraio 2001. "Ordinanza contingibile ed urgente per la sorveglianza della Malattia di Creutzfeldt-Jakob".

La malattia di Creutzfeldt - Jakob è una malattia neurovegetativa ad esito letale, che può presentarsi in tre forme epidemiologiche denominate: forma sporadica, forma familiare e forma iatrogena e la cui conferma diagnostica è possibile al momento, soltanto mediante esami istologici sull'encefalo. Riconosciuta la necessità, alla luce dell'accertamento di casi sporadici di encefalopatia spongiforme del bovino (ESB) in Italia, di monitorare l'incidenza della malattia, questa ordinanza aggiunge all'elenco di cui alla classe I del DM 15 dicembre 1990: la malattia di Creutzfeldt-Jakob, la sindrome di Gerstmann-Straussler- Scheinker, l'insonnia familiare letale, ed eventuali sindromi ad esse correlate. Per la notifica di tali malattie deve essere osservato il flusso informativo deve comprendere la **scheda di sorveglianza per la malattia di Creutzfeldt - Jakob** che integra la scheda di segnalazione (Modulo MPR2131).



**CLASSE
SECONDA**

Accertatore	Tempistica	Modalità	Destinatario
Il medico del Reparto in cui è osservato il caso segnala	Entro 24 ore dall'evento* ☒	col Modulo PR3191	Alla Direzione Medica di PO
<p>La Direzione Medica di PO segnala entro 48 ore dall'evento via mail col Modulo PR3191 ☒ al Servizio Igiene e Sanità Pubblica della ASSL</p> <p>*Le segnalazioni di morbillo e parotite seguono le modalità e la tempistica della Prima classe La meningite deve essere segnalata entro 12 ore dall'accertamento diagnostico</p>			

**NORME
SPECIFICHE
DELLE
MALATTIE
DELLA CLASSE
SECONDA**

BLENNORRAGIA e SIFILIDE legge 25 luglio 1956 n. 837

La segnalazione è anonima ma se il segnalatore non specifica lo stato di contagiosità (in particolare, per la sifilide), la fonte dell'infezione o i provvedimenti adottati sul caso e gli eventuali contatti, il SISIP può richiedere le generalità del paziente per condurre l'indagine e adottare gli interventi di profilassi.

MENINGITE MENINGOCOCCICA e meningiti batteriche in genere. (Nota Min. Sanità n. 400.2/15/3290 del 27 luglio 1994)

La segnalazione è accompagnata da una **Scheda di Sorveglianza** (non sostitutiva ma integrativa) valida anche per la meningite tubercolare (classe III) e per le altre meningiti batteriche. La scheda di Sorveglianza è **compilata dal medico che accerta la diagnosi quindi solo per i casi confermati**.

Per i casi da Neisseria ed Haemophilus è richiesto inoltre l'invio del ceppo batterico isolato al **Centro di riferimento: (Istituto di Igiene dell'Università di Sassari dottor Paolo Castiglia paolo.castiglia@uniss.it. Telefono: 079228032)**

La scheda di Sorveglianza deve essere compilata in ogni sua parte in modo leggibile. In particolare:

- la parte sovrastante l'introduzione (n° della scheda e del ceppo) non deve essere compilata
- per "recapito" del compilatore si intende il n. telefonico del lavoro;
- i dati relativi a Regione e Comune devono essere iscritti per esteso e non in codice;
- per "domicilio abituale" si intende il luogo dove il paziente vive, indipendentemente dal fatto che vi risieda;
- per "comune inizio sintomi" si intende il primo luogo dove si sono manifestati; qualora si tratti di piccoli comuni, andrà sempre citata la sigla della provincia di appartenenza;
- per "stato di immunodepressione" si intende la presenza di una patologia e/o trattamento terapeutico che indichi una compromissione del sistema immunitario del paziente.

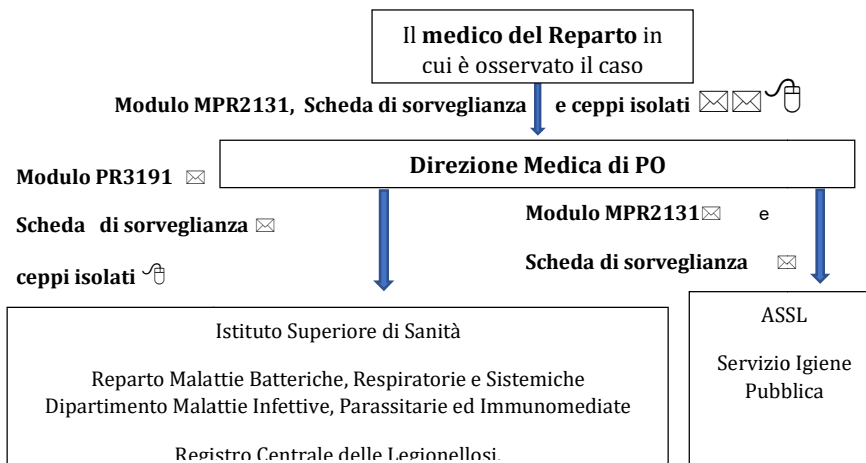
Per informazioni consultare il sito dell'ISS: www.simi.it/meningite_batterica.htm

LEGIONELLOSI Circolare del Ministero della Sanità n. 400.2/9/5708 del 29 dicembre 1993; Documento 4 Aprile 2000: "Linee-guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi".

Per i casi di legionellosi, è stata introdotta un'apposita Scheda di Sorveglianza che deve essere compilata dal medico che pone la diagnosi e inviata, a cura della Direzione Medica Ospedaliera, al Servizio di Igiene dell'ASSL e all'ISS - Reparto Malattie Batteriche, Respiratorie e Sistemiche - Dipartimento Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate - Registro Centrale delle Legionellosi.

Al succitato Laboratorio, insieme alla scheda, devono essere inviati i ceppi di Legionella eventualmente isolati, e quando possibile un campione di siero prelevato a distanza di 15-20 giorni dall'inizio della sintomatologia.

Modalità di segnalazione della legionellosi





**CLASSE
TERZA**

**NORME
SPECIFICHE
DELLE
MALATTIE
DELLA
CLASSE
TERZA**

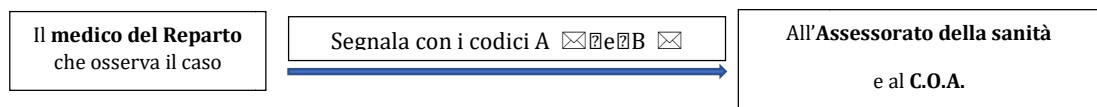
Per le malattie infettive di classe terza sono previsti flussi informativi particolari e differenziati.

AIDS.

Circolari del Ministero della Sanità 13 febbraio, 1987 n. 5 (G.U. n. 48 del 27 febbraio 1987) e 13 febbraio 1988, n. 14.

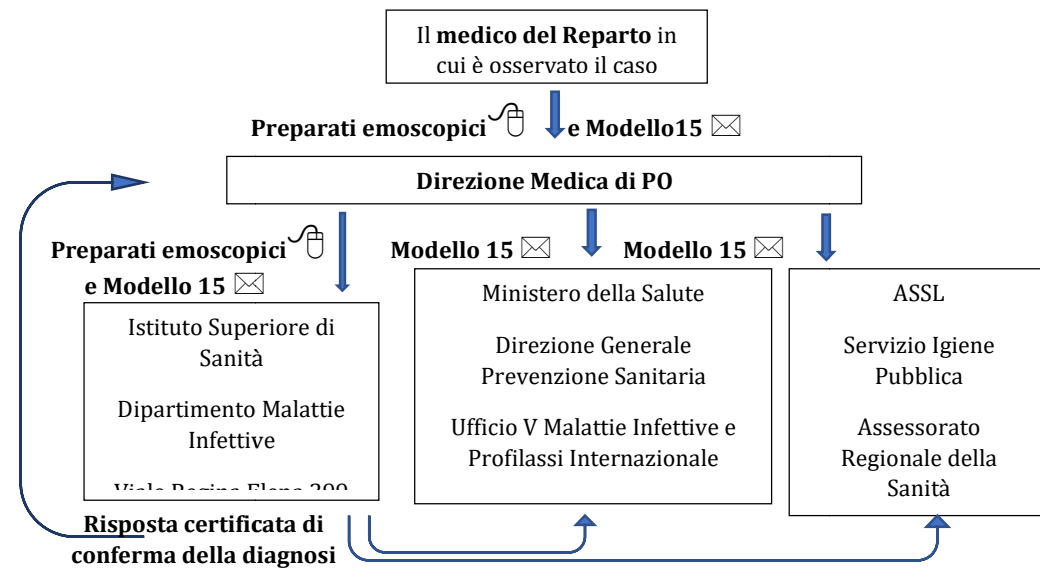
La scheda di notifica è in triplice copia (per il medico segnalatore, l'Assessorato Regionale alla Sanità e il Centro Operativo AIDS -C.O.A. presso l'ISS) e può essere richiesta (dalla Direzione di Presidio) al numero 06/83060401. La scheda è suddivisa in 2 parti collegate tra loro da un codice prestampato: una parte (a) contiene solo le informazioni anagrafiche, l'altra parte (b) contiene le informazioni generali, le malattie indicative di AIDS, le modalità di trasmissione dell'infezione, i dati clinici, le informazioni sul centro segnalatore ed uno spazio per eventuali note.

Per la notifica devono essere utilizzate **solo** schede in originale con i codici prestampati fornite **agli Assessorati** dal C.O.A. Per favorire la riservatezza dei dati, le due parti vanno spedite contemporaneamente ma in buste separate, evitando nella prima parte della scheda (contenente i dati anagrafici) qualsiasi riferimento alla patologia notificata. Per l'invio al C.O.A. sono state predisposte delle buste che accompagnano le schede di notifica con il seguente indirizzo prestampato: "Istituto Superiore di Sanità LEB - 35 V.le Regina Elena 299, 00161 Roma". Si raccomanda l'invio contemporaneo delle due parti della scheda per agevolare la raccolta e la validazione dei casi a livello centrale. **La Direzione Medica di Presidio non è coinvolta nella segnalazione.**



MALARIA: Circolare del Ministero della Sanità n. 22 del 12 maggio 1992
Circolare del 27 dicembre 2016 Prevenzione e controllo della malaria in Italia.
Informativa n. 94, dicembre 2012 della D.G. rapporti europei e internazionali.

Modalità di segnalazione dei casi



TUBERCOLOSI e MICOBATTERIOSI NON TUBERCOLARE (Nota Min. Sanità n. 400/34.1/2022 del 27/3/95)

La segnalazione dei casi di tubercolosi sospetti o accertati al Servizio di Igiene Pubblica della ASL di diagnosi, deve essere fatta **entro 3 giorni**.

Nel caso in cui l'**ASL di diagnosi** sia **diversa** da quella di **residenza** o **domicilio abituale** del paziente, le informazioni disponibili saranno immediatamente **comunicate a quest'ultima**, per la messa in atto degli interventi di prevenzione e controllo.

N.B.: devono essere notificati tutti i nuovi casi e le recidive di T.B.C. attiva polmonare ed extrapolmonare, indipendentemente dalla contagiosità, inclusi i casi di complesso primario attivo (cioè non calcifico).



**CLASSE
QUARTA**

Accertatore	Tempistica	Modalità	Destinatario
Il medico del Reparto in cui è osservato il caso segnala	Entro 12 ore dall'evento*	via mail col Modulo MPR2131 ✉	Alla Direzione Medica di PO
<p>La Direzione Medica di PO segnala entro 24 ore dall'evento via mail col Modulo MPR2131 ✉ al Servizio Igiene e Sanità Pubblica della ASSL</p>			
<p>*Le malattie di origine alimentare devono essere segnalate entro 12 ore dall'osservazione</p>			

**CLASSE
QUINTA**

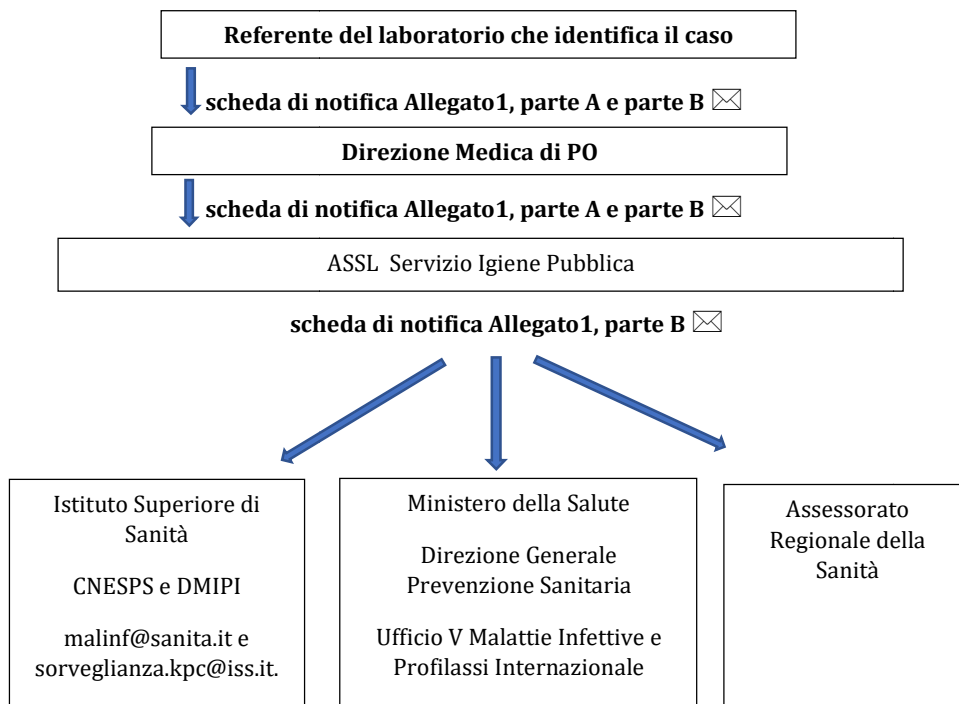
Accertatore	Tempistica	Modalità	Destinatario
Il medico del Reparto in cui è osservato il caso segnala	Entro 24 ore dall'evento*	via mail col Modulo MPR2131 ✉	Alla Direzione Medica di PO
<p>La Direzione Medica di PO segnala entro 48 ore dall'evento via mail col Modulo PR3191 ✉ al Servizio Igiene e Sanità Pubblica della ASSL</p>			
<p>*Le malattie di origine alimentare devono essere segnalate entro 12 ore dall'osservazione</p>			

4

SORVEGLIANZA, E CONTROLLO DELLE INFEZIONI DA BATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI (CPE)

La diffusione di batteri resistenti agli antibiotici rappresenta un importante problema di sanità pubblica in quanto aumenta in molti Paesi rendendo problematica la terapia di molte infezioni. Il fenomeno è aggravato dalla mancanza di nuovi antibiotici in commercio o in fase di sperimentazione. A riguardo, le Autorità europee, in occasione della conferenza "The Microbial Threat", tenutasi a Copenaghen nel 1998, hanno evidenziato l'importanza di adottare o implementare misure di sorveglianza sulla diffusione dei batteri resistenti agli antibiotici. Il 26 Febbraio del 2013 il Ministero della Sanità ha emanato la Circolare "Sorveglianza, e controllo delle infezioni da batteri produttori di carbapenemasi (CPE)", che dispone la sorveglianza delle batteriemie da CPE attraverso la raccolta e l'invio dei dati, secondo il seguente flusso:

1. il referente del laboratorio dove è stato identificato il caso invierà, entro 48 ore, la scheda di notifica (Allegato1, parte A e parte B), compilando i campi per i quali dispone delle informazioni necessarie (identificativo della struttura e del paziente, criteri microbiologici per la definizione di caso) alla Direzione Sanitaria dell'Azienda Ospedaliera e/o del Presidio Ospedaliero, per i pazienti ricoverati in ospedale;
2. la Direzione Sanitaria dell'Azienda Ospedaliera/Presidio Ospedaliero raccoglierà i dati eventualmente mancanti, ai fini della segnalazione (luogo insorgenza dei sintomi, origine della batteriemia, esito dell'infezione) e provvederà all'invio della scheda (Allegato1, parte A e parte B) alla ASL competente per territorio, preferibilmente entro 48 ore;
3. la ASL competente invierà la parte B dell'allegato 1, entro 7 giorni dall'identificazione del caso, alla Regione, al Ministero della Salute (Ufficio 05, Ex DGPREV, Malattie Infettive e Profilassi Internazionale, Direzione Generale della Prevenzione del Ministero della Salute) e, all'Istituto Superiore di Sanità (CNESPS e DMIPI), rispettivamente, ai seguenti indirizzi mail: malinf@sanita.it e sorveglianza.kpc@iss.it.



ALLEGATI SEGNALAZIONE E NOTIFICA

5

Questa sezione del documento propone le schede di sorveglianza e notifica. Le prime sono quelle di comune impiego nelle direzioni ospedaliere, anzitutto il modulo MPR2131 col quale i medici degli ospedali dell'ATS Sardegna segnalano al SISP dei Dipartimenti di Prevenzione i casi osservati di malattia infettiva. Di seguito si riportano le schede di notifica che i SISP impiegano per trasmettere l'informazione al Ministero della Sanità, All'Istituto Superiore di Sanità e all'Assessorato Regionale della Sanità. Queste ultime non vengono usate dai medici ospedalieri ma è utile conoscerle per avere un'idea chiara e compiuta del sistema delle malattie infettive, condividerlo e aderire agli obblighi di informazione. Gli allegati sono molto importanti in quanto condensano le esigenze informative e semplificano l'adempimento informativo che di norma si svolge nella seguente maniera:

Fase ospedaliera



Il medico di Reparto
che osserva il caso



lo documenta sul
modulo MPR2131



e
fa pervenire il modulo
alla Direzione Medica

Fase della comunicazione al Servizio Igiene e Sanità Pubblica della ASL



La Direzione Medica
del Presidio Ospedaliero



Convalida e sottoscrive
il modulo MPR2131



e
lo invia agli uffici del
SISP

Fase della notifica



Il SISP



Trasferisce le informazioni
ricevute, le integra se necessario,
e li riporta sulla scheda di notifica appropriata



e la invia a,
Regione
Ministero e
ISS



**SCHEDA PER LA SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA DELLA MALATTIA DI
CREUTZFELDT JAKOB**

7

**Scheda per la sorveglianza epidemiologica della
MALATTIA DI CREUTZFELDT-JAKOB**

Medico segnalatore	Informazioni paziente
Nome: _____	Iniziali del paziente: _____
Ospedale: _____	Sesso: _____
Indirizzo dell'ospedale: _____	Data di nascita: _____
Telefono: _____	Data esordio malattia (mese/anno): _____
Fax: _____	Sintomo d'esordio: _____
e-mail: _____	

SEGNALARE LA PRESENZA DI

- Disturbi psichiatrici nelle prime fasi della malattia	SI	NO	
- Decadimento intellettivo – demenza	SI	NO	
- Mioclono	SI	NO	
- Altri movimenti involontari	SI	NO	
- Segni piramidali	SI	NO	
- Segni extrapiramidali	SI	NO	
- Segni cerebellari	SI	NO	
- Segni visivi	SI	NO	
- Mutismo acinetico	SI	NO	
- Parestesie	SI	NO	
- Disestesie dolorose	SI	NO	
- EEG caratteristico*	SI	NO	NON ESEGUITO
- Esame liquorale (proteina 14-3-3)	SI	NO	NON ESEGUITO

* (complessi trifasici periodici punta onda, 1-2 c/s. Questo tracciato compare nella maggior parte dei pazienti con malattia di Creutzfeldt-Jakob. Può essere assente nelle fasi iniziali o terminali della malattia. Qualora l'EEG non fosse tipico, si consigliano ripetute e prolungate registrazioni)

ALTRI ESAMI STRUMENTALI EFFETTUATI

TC cerebrale SI NO **RMN cerebrale** SI NO

FATTORI DI RISCHIO: _____

(esempi: registrazione EEG con elettrodi corticali, interventi neurochirurgici, terapia con ormone della crescita di tipo estrattivo, impianto di dura madre, trapianto di cornea)

DATA: _____



SCHEDA PER LA SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA DELLA MENINGITE MENINGOCOCCICA E DELLE MENINGITI BATTERICHE IN GENERE

8

Vers. 06/10/2017

Allegato 1

SCHEDA DI SEGNALAZIONE

SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE INVASIVE DA MENINGOCOCCO, PNEUMOCOCCO, EMOFILO e DELLE MENINGITI BATTERICHE

Questa scheda va utilizzata per segnalare al Servizio di Igiene pubblica di competenza (entro 12 ore dalla diagnosi) i casi di malattie batteriche invasive causate da *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e di meningite batterica da altro agente.

L'invio di questo modello non esonera dall'obbligo di segnalazione mediante il modello 15 del sistema di notifiche delle malattie infettive attualmente in vigore in Italia (il decreto 15/12/1990 prevede in classe II la segnalazione delle meningiti da *N. meningitidis* e in classe V le altre malattie batteriche invasive).

Dati relativi compilatore

Regione: _____ Data compilazione: __/__/__

Ospedale: _____

Comune: _____

Segnalato da: Sig/Dr: _____

Telefono: __/_____/____ Fax: __/_____/____

E-mail: _____@_____

Dati del paziente:

Nome: _____ Cognome: _____

Sesso: M F Data di nascita: __/__/__ Comune di residenza: _____

Codice fiscale o STP: _____ Nazionalità: _____

Data inizio sintomi: __/__/__ Comune inizio sintomi: _____ Provincia: _____

Quadro Clinico: sepsi meningite polmonite batteriemica cellulite epiglottite
(anche più di uno) peritonite pericardite artrite settica/osteomielite

Ricoverato: Sì No se sì Data di Ricovero __/__/__

Agente eziologico:

Neisseria meningitidis *Streptococcus pneumoniae* *Haemophilus influenzae*

Altro agente eziologico causante meningite batterica:

- Micobatterio tubercolare Streptococco di gruppo B Listeria
 Altro agente batterico (specificare): _____
 Non identificato (solo meningiti con liquor torbido o purulento)



Vers. 06/10/2017

Diagnosi di laboratorio

Persona di contatto nel laboratorio di diagnosi: _____ Tel. _____

Email: _____@_____

Ospedale/laboratorio: _____

Data prelievo del primo campione risultato positivo : ___/___/___

Diagnosi eseguita (test positivi) su:

Neisseria meningitidis		
<input type="checkbox"/> liquor	<input type="checkbox"/> coltura <input type="checkbox"/> ricerca antigene <input type="checkbox"/> esame microscopico diretto	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> sangue	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> liquido pleurico	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> liquido peritoneale	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> liquido pericardio	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> liquido sinoviale	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> placenta	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> petecchie cutanee	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> materiale autoptico da sito sterile	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> PCR
Streptococcus pneumoniae		
<input type="checkbox"/> liquor	<input type="checkbox"/> coltura <input type="checkbox"/> ricerca antigene	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> sangue	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> liquido pleurico	<input type="checkbox"/> coltura <input type="checkbox"/> ricerca antigene	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> liquido peritoneale	<input type="checkbox"/> coltura <input type="checkbox"/> ricerca antigene	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> liquido pericardio	<input type="checkbox"/> coltura <input type="checkbox"/> ricerca antigene	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> liquido sinoviale	<input type="checkbox"/> coltura <input type="checkbox"/> ricerca antigene	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> placenta	<input type="checkbox"/> coltura <input type="checkbox"/> ricerca antigene	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> materiale autoptico da sito sterile	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> PCR
Haemophilus Influenzae		
<input type="checkbox"/> liquor	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> sangue	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> liquido pleurico	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> liquido peritoneale	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> liquido pericardio	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> liquido sinoviale	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> placenta	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> materiale autoptico da sito sterile	<input type="checkbox"/> coltura	<input type="checkbox"/> PCR
Qualunque altro agente causante meningite batterica		
<input type="checkbox"/> liquor	<input type="checkbox"/> coltura <input type="checkbox"/> ricerca antigene	<input type="checkbox"/> PCR

Note: la voce PCR include anche altre metodiche molecolari disponibili commercialmente

E' stata eseguita la tipizzazione? (solo se malattia invasiva da *N. meningitidis*, *S. pneumoniae*, *H. influenzae*)

SI NO se SI siero gruppo/sierotipo _____

In quale laboratorio è stata effettuata?

Laboratorio Riferimento regionale

Altro, specificare (_____)

vers. 06/10/2017

Esito conosciuto della malattia dalla data di segnalazione:

Ultimo aggiornamento: al momento della segnalazione a 14 gg 1 mese a 6 mesi

guarito

deceduto

ancora in trattamento

Sequela dalla data di segnalazione (solo se mal. invasiva da *S. pneumoniae*, *N. meningitidis*, *H. influenzae*):

Ultimo aggiornamento: al momento della segnalazione a 14 gg 1 mese a 6 mesi

Perdita anche parziale dell'udito

Perdita anche parziale della vista

Danni neurologici compresi quelli motori

Amputazioni

Necrosi e cicatrici a livello cutaneo

Altro, specificare (_____)

Contatti e focolaio epidemico (solo se malattia batterica invasiva da *N. meningitidis* o *H. influenzae*):

Nei 10 giorni precedenti l'inizio dei sintomi, il paziente:

è stato a contatto con un altro caso della stessa malattia? No Sì (confermato) Sì (sospetto)

Probabile contagio fuori dall'area di domicilio abituale?

No Sì Se, sì, dove: _____

Il caso fa parte di un focolaio epidemico conosciuto?

No Sì Se, sì, quale _____

Comunità frequentate:

Nido

Scuola materna

Scuola

Ospedale

Caserma

Altra comunità _____



Vers. 06/10/2017

Stato vaccinale (solo se malattia invasiva da *S. pneumoniae*, *N. meningitidis*, *H. influenzae*)

Vaccinato per l'agente in causa? No Si regolarmente o parzialmente Informazione non disponibile

Se "SI regolarmente o parzialmente", compilare la tabella seguente solo per la vaccinazione contro l'agente responsabile del caso.

N. della dose	Data somministrazione	Nome commerciale

Note relative alla vaccinazione:

Vaccinato regolarmente si intende un individuo che ha effettuato il ciclo completo di vaccinazione e i relativi richiami (se necessari) e che si ritiene quindi potenzialmente protetto. L'informazione deve essere controllata sull'anagrafe vaccinale o equivalente. In caso di dubbio inserire nelle note.

Fattori predisponenti malattie batteriche invasive:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asplenia anatomica/funzionale | <input type="checkbox"/> Diabete mellito |
| <input type="checkbox"/> Immunodeficienza congenita | <input type="checkbox"/> Epatopatia |
| <input type="checkbox"/> Leucemie/linfomi | <input type="checkbox"/> Cardiopatie |
| <input type="checkbox"/> Altre neoplasie | <input type="checkbox"/> Asma/enfisema |
| <input type="checkbox"/> Terapie immuno-soppressive | <input type="checkbox"/> Tossicodipendenza e.v. |
| <input type="checkbox"/> Trapianto d'organo o di midollo | <input type="checkbox"/> Alcolismo |
| <input type="checkbox"/> Impianto cocleare | <input type="checkbox"/> Tabagismo |
| <input type="checkbox"/> Fistole liquorali | <input type="checkbox"/> Deficit fattori del complemento |
| <input type="checkbox"/> Immunodeficienza acquisita | <input type="checkbox"/> Emoglobinopatie |
| <input type="checkbox"/> Insuffici. renale cronica/Dialisi | <input type="checkbox"/> Altre malattie polmonari. Croniche |
| <input type="checkbox"/> Altra Condizione (_____) | |



SCHEDA PER LA SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA DELLA LEGIONELLOSI

9

MINISTERO DELLA SALUTE
Direzione Generale della Prevenzione
Off. V Malattie Infettive e Prof. Internazionale
via Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma
inviare a:
dgprev@postacert.sanita.it

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'
Registro Nazionale delle Legionellosi
Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma
inviare a:
Dip. MIPI: mipi@pec.iss.it
CNESPS: sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it

SCHEDA DI SORVEGLIANZA DELLA LEGIONELLOSI

N. Scheda Data

Ospedale Notificante _____

Cognome Nome del paziente _____

Data di nascita Sesso M F

Indirizzo di residenza _____

Data Insorgenza sintomi Data Ricovero Ospedaliero

Data Dimissione

Esito: Miglioramento/Guarigione Decesso Non noto

Diagnosi clinica

segni di polmonite focale rilevabili all'esame clinico SI NO

esame radiologico suggestivo di interessamento polmonare SI NO

Diagnosi di laboratorio

Isolamento del germe SI NO

Se sì, specificare da quale materiale biologico _____

specie e siero gruppo identificati _____

Sierologia SI NO

1° siero: n. gg da inizio sintomi _____ titolo _____ specie e sg _____

2° siero: n. gg da inizio sintomi _____ titolo _____ specie e sg _____

Rilevazione antigene urinario Pos Neg Non eseguita Data

Immunofluorescenza diretta Pos Neg Non eseguita Data

Biologia molecolare (PCR) Pos Neg Non eseguita Data

(metodo non ancora validato)

Fattori di rischio

Abitudine al fumo SI NO da quanto tempo _____ quantità

Abitudine all'alcool SI NO quantità _____

Malattie concomitanti SI NO Specificare _____

Trapianto d'organo SI NO Specificare _____

In terapia con corticosteroidi o immunosoppressori: SI NO

Attività lavorativa

Mansione _____

Nome dell'azienda _____ Indirizzo _____

con esposizione professionale ad acqua aerosolizzata SI NO NON NOTO

 con utilizzo della doccia SI NO NON NOTO

 in luoghi con presenza di torri di raffreddamento SI NO NON NOTO

Specificare il reparto e l'ultimo giorno di lavoro _____



Cure odontoiatriche nei 10 giorni precedenti l'esordio SI NO

specificare ambulatorio/struttura e data _____

Ricovero Ospedaliero nei 10 giorni precedenti l'esordio SI NO

Ospedale _____ Reparto _____

Periodo da a

Ricovero presso strutture sanitarie/socio-sanitarie SI NO

Tipo di struttura _____ Nome _____

Comune _____ periodo: da a

**Soggiorno nei 10 giorni precedenti all'esordio,
in luoghi diversi dalla propria abitazione** SI NO

Specificare tipo di struttura recettiva: (es. albergo, terme, campeggio, nave, parchi acquatici,
fiere espositive, ecc..) _____

Nome e indirizzo _____ n. stanza _____

Eventuale nome operatore turistico _____

In gruppo Individuale periodo: da a

Attività di giardinaggio, uso di autolavaggio, esposizione a nebulizzatori d'acqua, ecc.

SI NO

specificare sito _____ e data: _____

Trattamenti e cure inalatorie (anche presso stabilimenti termali), aerosol, ossigenoterapia
SI NO NON NOTO

Nome e indirizzo _____

Uso di docce, vasche per idromassaggio presso impianti sportivi/stabilimenti balneari o frequentazione di centri
benessere e piscine, nei 10 giorni precedenti l'esordio SI NO

Specificare tipo di struttura _____

Indagine Ambientale a cura del Dipartimento di Prevenzione SI NO

Se SI, specificare il luogo e il materiale analizzato _____

Se SI Positiva Negativa

Se Positiva specificare Specie e Sierogruppo _____

Note _____

Generalità e recapito del medico compilatore

Nome Cognome _____

Ospedale _____ Reparto _____

Indirizzo _____ Tel. _____ Fax _____

Data Compilazione



10

SCHEDA PER LA NOTIFICA E L'INCHIESTA EPIDEMIOLOGICA DI MALARIA

ALLEGATO 3

Inviare a:

Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Regione, Autorità sanitaria locale


Mod.15 - Sanità Pubblica - modificato
Classe III

SCHEDA PER LA NOTIFICA E L'INCHIESTA EPIDEMIOLOGICA SU CASO DI MALARIA

IMPORTATA INDOTTA AUTOCTONA

REGIONE _____ PROVINCIA _____
COMUNE _____ ASL _____ COD.ASL _____

Sezione A

COGNOME _____ NOME _____ SESSO maschio femmina
ETA' COMPIUTA ALL'INIZIO DELLA MALATTIA: [____] [____]
< 1 anno. Da 0 a 11 mesi ≥ 1 anno. Da 1 a 99 anni >99 indicare 99
CITTADINANZA _____
CODICE SSN  PROFESSIONE _____
INDIRIZZO DOMICILIO ABITUALE _____
STATO DI RESIDENZA _____
SE RESIDENTE IN ITALIA INDICARE COMUNE _____ PROV. [____]
ASL DI RESIDENZA _____ COD. ASL RES _____

Sezione B

PAESE VISITATO _____ CONTINENTE _____
MOTIVO DEL VIAGGIO lavoro turismo rientro Paese d'origine
 immigrazione missione religiosa missione militare
 non noto altro specificare _____
DATA PARTENZA DALL'ITALIA ____/____/____ DATA RIENTRO IN ITALIA ____/____/____
DATA INIZIO SINTOMI ____/____/____ RICOVERO no si
RICOVERATO PRESSO OSPEDALE DI _____ REPARTO _____
DATA RICOVERO ____/____/____ DATA DIAGNOSI CLINICA ____/____/____
DATA DIAGNOSI EMOSCOPICA ____/____/____
ESITO guarigione decesso DATA DIMISSIONE/DECESSO ____/____/____
SPECIE DI PLASMODIO P. falciparum P. vivax P. malariae P. ovale
 forme miste specificare _____ non specificabile
TERAPIA _____ FARMACORESISTENZA A _____
CHEMIOPROFILASSI no si si, incompleta
Se si specificare tipo chemioprolassi _____
Note: indicare eventuale stato di gravidanza o concomitanza di altre patologie, casi di recidiva e recrudescenza
Medico _____ Data compilazione ____/____/____

Sezione C (riservata all'Istituto Superiore di Sanità)

Emoscopia pervenuta _____ Emoscopia di controllo _____

Inviare a:

Ministero della Salute, Direzione Generale Prevenzione Sanitaria, Ufficio 5 - Prevenzione delle malattie trasmissibili e profilassi internazionale,
Viale Giorgio Ribotta, 5, Roma-00144. Indirizzo di posta elettronica: malinf@sanita.it

Istituto Superiore di Sanità, Dipartimento di Malattie infettive, Viale Regina Elena, 299, 00161-Roma, specificando nell'intestazione "Notifica per
malaria". Indirizzo di posta elettronica: sorveglianza.malaria@iss.it

Assessorato Sanità Regionale
Autorità Sanitaria Locale



**SCHEDA DI SORVEGLIANZA DELLE BATTERIEMIE DA CPE (ENTEROBATTERI
PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI)**

11

A. Nome: _____ **Cognome:** _____

Sesso F M Data di nascita ____/____/____ Comune di residenza: _____

Nazionalità: _____ Data inizio sintomi: ____/____/____

Ospedale/Struttura _____ Azienda sanitaria _____

Città _____ Provincia _____ Regione _____

la ASL ovvero il Dipartimento di Prevenzione della ASL competente per territorio invia **entro 7 giorni, esclusivamente questa parte B della presente scheda** alla Regione, al Ministero della salute (malinf@sanita.it) e all'ISS (sorveglianza.kpc@iss.it).

B. Segnalato/Notificato da:

Telefono ____/____/____ Fax ____/____/____ e-mail _____

Data compilazione ____/____/____ Provincia _____ Regione _____

DATI DEL PAZIENTE

Sesso F M Et  () se et  < 1 anno, mesi () Provincia di residenza: _____

Nazionalit : _____ Data inizio sintomi: ____/____/____

Origine presunta dell'infezione: acquisita in Italia acquisita in Paese estero: _____

Al momento dell'inizio dei sintomi il paziente si trovava?

a domicilio in ospedale* in struttura residenziale territoriale

*indicare struttura

Se in ospedale, indicare il reparto di degenza:

- Terapia Intensiva
- Oncologia
- Ematologia
- Neuro riabilitazione/Unit  spinale
- Chirurgia dei trapianti
- Lungodegenza/Geriatria
- Medicina generale
- Chirurgia generale o specialistica
- Altro _____

Microorganismo isolato: *Klebsiella pneumoniae* *Escherichia coli*

Isolamento da sangue prelevato in data ____/____/____

Criterio microbiologico per la definizione di caso:

non sensibilit  (R/T) a imipenem e/o meropenem Produzione di carbapenemasi

conferma fenotipica della produzione di carbapenemasi:

- KPC:
- Metallo-enzima
- altro (specificare): _____

conferma genotipica della produzione di carbapenemasi:

- KPC
- VIM
- NDM
- OXA-48
- altro (specificare): _____

Origine presunta della battericemia:

- primitiva
- catetere venoso centrale/periferico
- polmonite
- polmonite associata a ventilazione
- infezione delle vie urinarie
- infezione addominale
- infezione della ferita chirurgica (ISC)
- infezione della cute e dei tessuti molli (non ISC)

altro: _____

Esito: Dimesso Deceduto Ancora ricoverato

Trasferito (indicare da dove _____)

SCHEDA DI SORVEGLIANZA DELLE BATTERIEMIE DA CPE (ENTEROBATTERI PRODUTTORI DI CARBAPENEMASI)
L'intera scheda e da inviare, entro 48 ore dalla segnalazione, da parte della Direzione Sanitaria dell'Azienda Ospedaliera/Presidio Ospedaliero alla ASL competente per territorio.



SISTEMA INFORMATIVO DELLE MALATTIE INFETTIVE E SCHEDE DI NOTIFICA

12

La sorveglianza delle malattie infettive è affidata al Sistema Informativo delle Malattie Infettive (SIMI), basato sulle notifiche dei medici curanti, che comprende segnalazioni immediate per allertare gli operatori della sanità pubblica e riepiloghi mensili di tutte le malattie infettive notificate, compilati da ogni Azienda Sanitaria Locale (ASL). Il SIMI è stato ridefinito nel Decreto ministeriale 15 dicembre 1990 e successiva modifica relativa alla tubercolosi e alla micobatteriosi (Decreto ministeriale 29 luglio 1998).

Il flusso informativo previsto si svolge attraverso il medico, ospedaliero o di base, che diagnostica la malattia infettiva ed effettua la segnalazione alla ASL di competenza, le Aziende Sanitarie Locali incaricate della adozione di eventuali misure di profilassi a tutela della salute pubblica, la Regione (Agenzia di Sanità Pubblica) con azione di supervisione e coordinamento, gli Organismi Centrali (Ministero della Salute, ISTAT, Istituto Superiore di Sanità) ed eventualmente internazionali (UE, OMS).

Oltre al SIMI, le altre componenti del sistema di sorveglianza delle malattie infettive sono i Sistemi di Sorveglianza Speciale per le meningiti (circolari Min. Sanità del 29 dicembre 1993 e del 27 luglio 1994), la legionellosi (circolare del Min. della Sanità del 29 dicembre 1993), la malattia di Creutzfeld-Jacob (D.M. del 21 dicembre 2001), le tossinfezioni alimentari (D.G.R. del 6 aprile 1999 e D.G.R. del 1 giugno 1999, il morbillo (Circolare 20 aprile 2007), la sorveglianza integrata per morbillo e rosolia (Circolare 20 febbraio 2013) e alcune sorveglianze attivate dall'Istituto Superiore di Sanità che riguardano le epatiti virali acute (SEIEVA), la sindrome emolitica-uremica (SEU), le malattie sessualmente trasmesse (MST). Ad integrazione della sorveglianza delle meningiti batteriche esistente, a marzo 2007 è stato stilato un Protocollo che prevede la segnalazione di tutte le forme di malattia invasiva per i patogeni per i quali esiste un vaccino disponibile.

Esistono infine i Sistemi di Sorveglianza di Laboratorio per le diarree infettive (D.G.R. 4259 del 04/08/98), le meningiti e le altre forme invasive da batteri (D.G.R. 4260 del 04/08/98), le micobatteriosi e la legionellosi (D.G.R. 2488 del 11/05/99) che permettono una migliore accuratezza diagnostica e facilitano l'indirizzo di eventuali azioni di profilassi da intraprendere.

Il SIMI stabilisce l'obbligo di notifica (definendone modalità e tempi) per 47 malattie infettive classificate in 4 classi in base alla loro rilevanza di sanità pubblica ed 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 tale 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. Le schede elencate di qui in avanti sono quelle impiegate per la notifica dai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica e non interessano gli operatori ospedalieri.



SCHEDA DI NOTIFICA DI MALATTIA INFETTIVA - CLASSE PRIMA

13

Colore rosso - Quattro copie autocopianti
Istruzioni sul retro
Da inviare a Regione - Ministero - ISS

Allegato 1
Ministero della Sanità
Mod. 15 Sanità Pubblica
Classe I

SCHEDA DI NOTIFICA DI MALATTIA INFETTIVA - Classe I

Regione _____ Provincia _____
Comune _____ USL _____
Caso di _____
compilare per esteso il nome della malattia

Barrare la casella corrispondente:

ICD-9	ICD-9	ICD-9	ICD-9
<input type="checkbox"/> 001 Colera	<input type="checkbox"/> 045 Poliomielite	<input type="checkbox"/> 005 Botulismo	<input type="checkbox"/> 097 Febbre ricorrente epidemica
<input type="checkbox"/> 060 Febbre gialla	<input type="checkbox"/> 032 Difterite	<input type="checkbox"/> 071 Rabbia	<input type="checkbox"/> 080 Tifo esantematico
<input type="checkbox"/> 020 Peste	<input type="checkbox"/> 487 Influenza con isolamento virale	<input type="checkbox"/> 078 Febbri emorragiche virali	<input type="checkbox"/> 037 Tetano
<input type="checkbox"/> 124 Trichinosi			

SEZIONE A

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F
Codice SSN _____
Professione _____ Cittadinanza _____
Residenza (Se non coincide con il domicilio abituale compilare anche la riga successiva) _____
Domicilio abituale _____
Età compiuta all'inizio della malattia: < 1 anno. Da 00 a 11 mesi ≥ 1 anno. Da 1 a 99 anni > 99 indicare sempre 99
Data inizio primi sintomi: gg mm aa Comune inizio primi sintomi _____
Ricovero in luogo di cura Sì No Se esistente vaccino nei confronti della malattia indicare:
Dose N° Data ultima dose gg mm aa luogo _____ tipo di vaccino _____
 Non vaccinato Non noto Vaccinato

SEZIONE B

Permanenza a qualunque titolo in Stati esteri nei 2 mesi precedenti la comparsa dei sintomi

Luogo _____ da: gg mm aa al: gg mm aa
Luogo _____ da: gg mm aa al: gg mm aa
Luogo _____ da: gg mm aa al: gg mm aa

Ricerche diagnostiche eseguite o in corso:

Tipo ricerca _____ Data esame gg mm aa
Luogo _____ Risultati _____
Tipo ricerca _____ Data esame gg mm aa
Luogo _____ Risultati _____

Data di notifica gg mm aa Luogo di compilazione _____
Sanitario che ha compilato la notifica _____
Recepito _____ Tg _____



SCHEDA DI NOTIFICA DI MALATTIA INFETTIVA - CLASSE SECONDA

14

Colore giallo - tre copie autocopianti
Istruzioni sul retro
Da inviare a Regione - ISTAT

Allegato 2
Ministero della Sanità
Mod.15 - Sanità Pubblica
Classe II

SCHEDA DI DENUNCIA OBBLIGATORIA DI MALATTIA INFETTIVA - Classe II

Regione _____ Provincia _____
Comune _____ USL _____
Caso di _____ CRITERIO 1 2 3 4

completare per esteso il nome della malattia

Barrare la casella corrispondente

ICD-9		ICD-9	
<input type="checkbox"/> 023	Brucellosi	<input type="checkbox"/> 100	Leptospirosi
<input type="checkbox"/> 002.0	Febbre tifoide	<input type="checkbox"/> 073	Ornitosi
<input type="checkbox"/> 003	Altre salmonellosi	<input type="checkbox"/> 085	Leishmaniosi cutanea
<input type="checkbox"/> 094.1	Scarlattina	<input type="checkbox"/>	Leishmaniosi viscerale
<input type="checkbox"/> 055	Morbillo	<input type="checkbox"/> 070.1	Epatite A
<input type="checkbox"/> 072	Parotite epidemica	<input type="checkbox"/> 070.3	Epatite B
<input type="checkbox"/> 033	Pertosse	<input type="checkbox"/> 070.9	Epatite NANB
<input type="checkbox"/> 056	Rosolia	<input type="checkbox"/> 070	Epatite virale non spec.
<input type="checkbox"/> 052	Varicella	<input type="checkbox"/> 482.8	Legionellosi
<input type="checkbox"/> 036	Meningite meningococcica	<input type="checkbox"/>	Rickettsiosi
<input type="checkbox"/> 080	Sifilide	<input type="checkbox"/>	(diverse da Tifo Esantematico)
<input type="checkbox"/> 021	Tularemia	<input type="checkbox"/> 093	Blenorragia

SEZIONE A

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F
Codice SSN _____
Professione _____
Residenza (Se non coincide con il domicilio abituale compilare anche la riga successiva)
Domicilio abituale _____
Età compiuta all'inizio della malattia:
< 1 anno. Da 00 a 11 mesi:
≥ 1 anno. Da 1 a 99 anni:
> 99 indicare sempre 99
Data inizio primi sintomi:
Comune inizio primi sintomi: _____
Ricovero in luogo di cura Si No Se sì, specificare dove _____
Comune presunto del contagio²⁾ _____
Stato vaccinale nei confronti della malattia: Non vaccinato Non noto Vaccinato anno
Data di denuncia:
Sanitario che ha compilato la denuncia: _____
Recapito _____ Tel. _____

1) Riportare i codici dei criteri riscontrati per definire il caso secondo le istruzioni sul retro.
2) Compilare solo per Leishmaniosi o Tularemia.



SCHEDA DI NOTIFICA DI MALATTIA INFETTIVA - CLASSE TERZA

15

Da inviare a Regione-Ministero Sanità e ISTAT (solo dati anagrafici)

Allegato I
Ministero della Sanità
Mod. 13 Sanità pubblica
Classe III

**SCHEDA DI NOTIFICA DI MALATTIA INFETTIVA
- CLASSE III -**

- TUBERCOLOSI
 MICOBATTERIOSI NON TUBERCOLARE

Regione _____ Provincia _____
Comune _____ ASL _____

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome _____ E' senza fissa dimora? si no non noto
Nome _____ Vive in collettività si no non noto
Sesso M F Data di nascita _____ se si, specificare: _____
Paese di nascita _____
se nato all'estero, anno di arrivo in Italia _____
E' iscritto al SSN? si no non noto
Professione:
 studente
 pensionato/invalido
 casalinga
 disoccupato
 occupato _____ specificare _____
Domicilio:
Regione _____
Provincia _____
Comune _____
CODICE ISTAT _____
Data di inizio della terapia antitubercolare (se diagnosi post-mortem, data di decesso) _____

CRITERI DIAGNOSTICI

Ha avuto diagnosi di tubercolosi in passato? si _____ mese _____ anno no non noto
Classificazione in relazione a precedenti trattamenti:
 nuovo caso paziente mai trattato per TBC
 recidiva paziente trattato per TBC in passato e dichiarato guarito
Agente eziologico (solo casi con coltura positiva)
 M. tuberculosis complex Micobatterio non tubercolare
 M. tuberculosis
 M. bovis
 M. africanum _____ specificare _____
Diagnosi basata su: (rispondere a tutte le voci)
Esame colturale escreato positivo negativo non effettuato non noto
Esame colturale altro materiale positivo negativo non effettuato non noto se positivo, specificare il tipo di materiale
Esame diretto escreato positivo negativo non effettuato non noto
Esame diretto altro materiale (inclusi esami istologici ricerca micobatteri) positivo negativo non effettuato non noto se positivo, specificare il tipo di materiale
Clinica positivo negativo non noto
Mantoux positivo negativo non effettuato non noto
Rx torace/ Esami strumentali positivo negativo non effettuato non noto
Risposta alla terapia antitubercolare positivo negativo non noto
Riscontro autoptico di TB attiva positivo negativo non effettuato non noto
Sede anatomica (la localizzazione polmonare deve essere barrata sempre anche se secondaria o disseminata)
 polmonare/trachea/bronchi
 extrapolmonare 1. _____ ICD IX _____
2. _____ ICD IX _____
 disseminata (più di 2 localizzazioni, miliare, isolamento da sangue)

Timbro e firma di chi ha compilato la notifica

Data notifica

gg _____ m _____ a _____



SCHEDA DI NOTIFICA DI MALATTIA INFETTIVA - CLASSE QUARTA

16

Colore bianco - cinque copie autocopianti
Istruzioni sul retro
Da inviare a Regione - STAT - Ministero - ISS

Allegato 5
Ministero della Sanità
Mod.15 - Sanità Pubblica
Classe IV

SCHEDA DI DENUNCIA OBBLIGATORIA DI FOCOLAIO EPIDEMICO - Classe IV

Regione _____ Provincia _____
Comune _____ USL _____

Focolaio epidemico di _____
compilare per esteso il nome della malattia

Barrare la casella corrispondente

ICD-9

132.0 Pediculosi
 133.0 Scabbia
 Dermatofitosi (Tigna)
 005 Infezioni, tossinfezioni, infestazioni di origine alimentare

SEZIONE A

Comunità coinvolta: Famiglia
 Scuola
 Caserma
 altro spec. _____

N° totale persone a rischio (1) _____

Indirizzo della comunità _____

Agente eziologico Identificato Sospetto

Veicolo Identificato Sospetto

Data inizio epidemia (2) _____ se l'epidemia si è esaurita, indicare la durata (3) _____
gg mm aa giorni

N° di casi (4) _____

Presunto luogo di origine dell'epidemia: _____
Se in Italia indicare USL e Regione; se all'estero indicare Stato

Data di denuncia _____ Sanitario che ha compilato la denuncia _____
gg mm aa

Recapito _____ Tel. _____



SCHEDA DI SORVEGLIANZA INTEGRATA MORBILLO - ROSOLIA

17

Versione 6.0 del 18/06/2012

ALLEGATO 3

Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita

Scheda di Sorveglianza Integrata MORBILLO - ROSOLIA

Primo invio Aggiornamento, alla data: | | | | |

Caso sospetto di: MORBILLO ROSOLIA

DATI DELLA SEGNALAZIONE

Regione: | | | | | Asl: | | | | | Comune: | | | | |

Medico segnalatore: | | | | | Data di segnalazione alla Asl: | | | | |

DATI ANAGRAFICI

Cognome: | | | | | Nome: | | | | | Sesso: M F

Data di nascita: | | | | | Nazione di Nascita: | | | | |

se estera, Anno di arrivo in Italia: | | | | | Cittadinanza: | | | | |

Codice Fiscale: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

DOMICILIO

Comune: | | | | | Provincia: | | | | | Regione: | | | | |

RESIDENZA (se diversa dal domicilio)

Comune: | | | | | Provincia: | | | | | Regione: | | | | |

Collettività frequentata			Nome Collettività	Comune
<input type="checkbox"/> Scuola	Personale scolastico <input type="checkbox"/>	Studente <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Ospedale	Personale Sanitario <input type="checkbox"/>	Ricoverato <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Struttura recettiva	Personale Struttura <input type="checkbox"/>	Ospite <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Altro, specificare | | | | |	Personale Struttura <input type="checkbox"/>	Ospite <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Campo nomadi				

STATO VACCINALE

Precedente vaccinazione contro il **morbillo**: Sì No Non ricordo

se sì, Numero di dosi: 1 | | 2 | | non ricordo | | | Data ultima dose: | | | | |



Versione 6.0 del 18/06/2012

Vaccinazione contro il morbillo verificata da certificato vaccinale: Sì No

Precedente vaccinazione contro la rosolia: Sì No Non ricordo

se sì, Data ultima dose:

Vaccinazione contro la rosolia verificata da certificato vaccinale: Sì No

DATI CLINICI

Comune insorgenza sintomi:

Esantema maculo papulare: Sì No Data comparsa esantema:

Febbre: Sì No Data comparsa febbre:

Altri sintomi:

Rinite: Sì No Congiuntivite: Sì No Tosse: Sì No

Adenopatia: Sì No Artralgia: Sì No Artrite: Sì No
(adenopatia cervicale, suboccipitale, retroauricolare)

Altri sintomi, specificare:

In stato di gravidanza?: Sì No se sì, Data ultima mestruazione

Si raccomanda di compilare l'apposita scheda di sorveglianza in presenza di un caso di rosolia in donna in gravidanza

CONFERMA DI LABORATORIO

Effettuati esami di laboratorio per la diagnosi di morbillo?: Sì No

MORBILLO				
Tipo di Esame		Data raccolta campione	Esito	Tipo di campione
<input type="checkbox"/>	Ricerca IgM Elisa <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Borderline/Indeterminato <input type="checkbox"/>	Siero o Sangue <input type="checkbox"/> Saliva o Fluidi orali <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ricerca IgG* Elisa <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>	1°: <input type="text"/> 2°: <input type="text"/>	Pos <input type="checkbox"/> Solo se aumento di 4 volte del titolo anticorpale o Sieroconversione Neg <input type="checkbox"/> in tutti gli altri casi	Siero o Sangue <input type="checkbox"/> Saliva o Fluidi orali <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	PCR	<input type="text"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>	Siero o Sangue <input type="checkbox"/> Saliva o Fluidi orali <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Altro Test, specificare <input type="text"/>	<input type="text"/>	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>	Siero o Sangue <input type="checkbox"/> Saliva o Fluidi orali <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Genotipizzazione	<input type="checkbox"/> : Sì <input type="checkbox"/> No	Ceppo: <input type="text"/>	

* la misurazione delle IgG deve essere effettuata su due campioni, il primo prelevato in fase acuta e il secondo in fase convalescente. Il risultato è positivo se si verificano o una siero conversione o un aumento di almeno quattro volte del titolo anticorpale.



Versione 6.0 del 18/06/2012

Effettuati esami di laboratorio per la diagnosi di **rosolia**?: Sì No

ROSOLIA				
Tipo di Esame		Data raccolta campione	Esito	Tipo di campione
<input type="checkbox"/>	Ricerca IgM <i>Elisa</i> <input type="checkbox"/> <i>Altro</i> _____	____|____|____|	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Borderline/Indeterminato <input type="checkbox"/>	Siero o Sangue <input type="checkbox"/> Saliva o Fluidi orali <input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/>	Ricerca IgG* <i>Elisa</i> <input type="checkbox"/> <i>Altro</i> _____	1°: ____|____|____| 2°: ____|____|____|	Pos <input type="checkbox"/> Solo se aumento di 4 volte del titolo anticorpale o Sierconversione Neg <input type="checkbox"/> in tutti gli altri casi	Siero o Sangue <input type="checkbox"/> Saliva o Fluidi orali <input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/>	PCR	____|____|____|	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>	Siero o Sangue <input type="checkbox"/> Saliva o Fluidi orali <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/>	Altro Test* , specificare _____	____|____|____|	Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/>	Siero o Sangue <input type="checkbox"/> Saliva o Fluidi orali <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/>	Genotipizzazione	____|____|____|: Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ceppo: _____		

* la misurazione delle IgG deve essere effettuata su due campioni, il primo prelevato in fase acuta e il secondo in fase convalescente. Il risultato è positivo se si verificano o una sier conversione o un aumento di almeno quattro volte del titolo anticorpale.

Invio campione al Laboratorio Periferico: Sì No Data invio: ____|____|____|

Invio campione al Laboratorio Regionale: Sì No Data invio: ____|____|____|

Invio campione al Laboratorio Nazionale: Sì No Data invio: ____|____|____|

ESITO E COMPLICANZE

Complicanze:

otite	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	cherato-congiuntivite	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
polmonite	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	laringotracheobronchite (croup)	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
insufficienza respiratoria	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	encefalite acuta	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
diarrea	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	convulsioni	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
stomatite	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	epatite/aumento transaminasi	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
trombocitopenia	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	altro, specificare _____	

Esito: Guarigione Decesso Reliquati Perso al follow-up

se decesso, Data: ____|____|____| Causa: _____

se reliquati, Quali: _____

RICOVERO

Ricovero: No No, solo visita Pronto Soccorso Sì

Data di Ricovero: ____|____|____| Data di Dimissione: ____|____|____|

ORIGINE DEL CONTAGIO

Il caso ha effettuato viaggi nei 7-23 giorni precedenti l'inizio dell'esantema: Sì No

se sì, dove: Italia, specificare Regione: _____

Estero, specificare Nazione: _____



Versione 6.0 del 18/06/2012

Quando, da: | | | | a: | | | |

Il caso fa parte di un focolaio? Sì No *se sì, indicare il focolaio:* | | | |
Il paziente è stato a contatto con un altro caso confermato di morbillo (entro 7-18 giorni) o di rosolia (entro 12-23 giorni) prima dell'esordio dell'esantema? Sì, morbillo Sì, rosolia No

se sì, indicare il Cognome e Nome del contatto: | | | |

il contatto è un caso importato? Sì No

se sì, da quale nazione? | | | |

In quale comunità è avvenuto il contatto:

Famiglia Scuola Ospedale Campo nomadi

Struttura recettiva Pronto Soccorso/Sala d'attesa medico

Altro, specificare | | | |

In quale località è avvenuto il contatto:

Nella regione di residenza

In altra regione: **dove:** | | | |

All'estero: **dove:** | | | |

Non so

CONTATTI CON DONNE IN GRAVIDANZA

Nel periodo di contagiosità sopra riportato, il paziente è stato a contatto con una donna in gravidanza? Sì No *se sì,*

indicare il Cognome e Nome della donna : | | | |

CLASSIFICAZIONE DEL CASO

Caso di: MORBILLO ROSOLIA NON caso

Classificazione finale del caso: Possibile Probabile Confermato

Caso: Importato Autoctono: correlato ad un caso importato

Autoctono: correlato ad un caso autoctono

Autoctono: fonte non nota

DATI DEL COMPILATORE

Cognome e Nome: | | | | Recapito Telefonico: | | | |

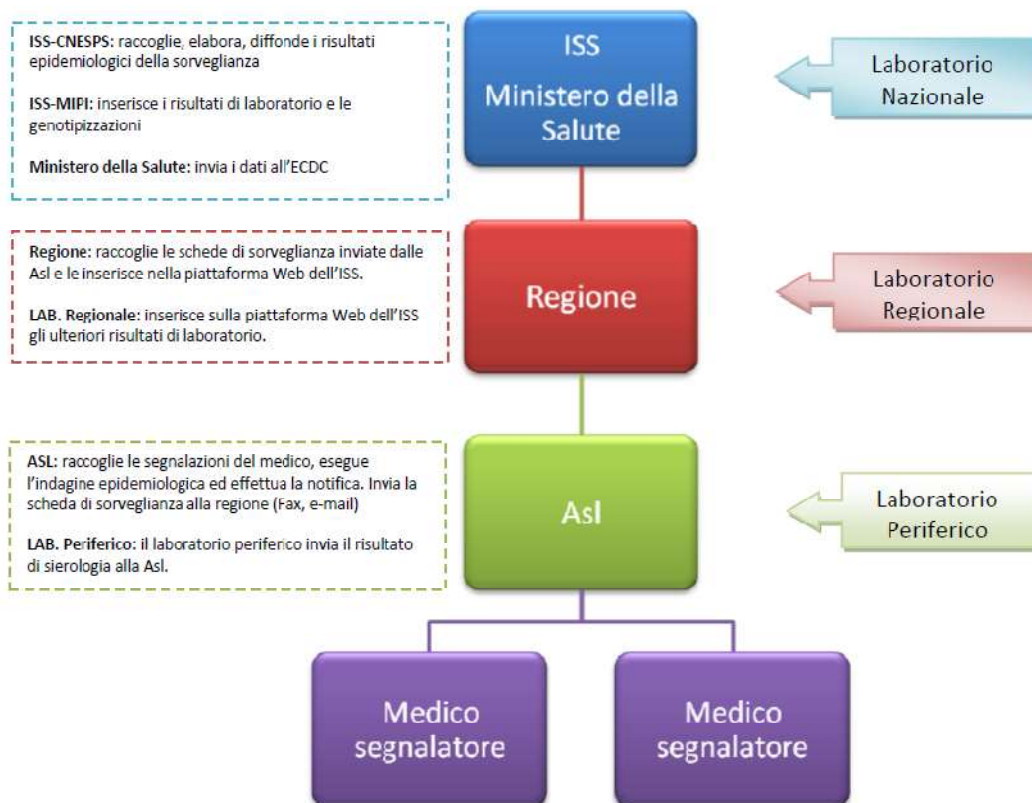
Note: | | | |

Data di notifica alla Regione: | | | |

Versione 6.0 del 18/06/2012

Flusso informativo

Sorveglianza Integrata del Morbillo e della Rosolia



La piattaforma Web per l'inserimento dei dati della sorveglianza Integrata del Morbillo e della Rosolia è accessibile al seguente indirizzo internet:

<https://www.iss.it/site/rmi/morbillo/>

Contatti:

- Per gli aspetti di laboratorio: morbillo.mipi@iss.it
- Per gli aspetti epidemiologici: cnesps.morbillo@iss.it
- Per gli aspetti della piattaforma Web: cnesps.web@iss.it



	SI	NO	NN		SI	NO	NN
Segni emorragici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ipoproteinemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trombocitopenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prova del laccio (del tourniquet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emoconcentrazione (HCT >20%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Segni e sintomi di shock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ascite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Versamento pleurico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Stato del paziente a 30 giorni: guarigione persistenza sintomi decesso data decesso gg [] [] mm [] [] aa [] [] [] [] NN []

Test di conferma di laboratorio

Laboratorio di riferimento regionale

Ricerca anticorpi IgM

Data 1° prelievo [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____

Data 2° prelievo [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____

Ricerca anticorpi IgG

Data 1° prelievo [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____

Data 2° prelievo [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____

Ricerca anticorpi Ig totali

Data 1° prelievo [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____

Data 2° prelievo [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____

Laboratorio di riferimento nazionale

Ricerca anticorpi IgM

Data 1° prelievo [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____

Data 2° prelievo [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____

Ricerca anticorpi IgG

Data 1° prelievo [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____

Data 2° prelievo [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____

Ricerca anticorpi Ig totali

Data 1° prelievo [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____

Data 2° prelievo [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____

Biologia molecolare

Data prelievo [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Lab. di riferimento regionale Dengue _____ POS NEG NN Chikungunya POS NEG NN

Lab. di riferimento nazionale Dengue _____ POS NEG NN Chikungunya POS NEG NN

Isolamento virale

Data prelievo [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Lab. di riferimento regionale Dengue _____ POS NEG NN Chikungunya POS NEG NN

Lab. di riferimento nazionale Dengue _____ POS NEG NN Chikungunya POS NEG NN

Classificazione di caso: **Chikungunya:** POSSIBILE PROBABILE CONFERMATO

Dengue: POSSIBILE PROBABILE CONFERMATO

Note: _____

Data di compilazione gg [] [] mm [] [] aa [] [] [] []
Operatore sanitario che ha compilato la scheda (timbro e firma)



ISTRUZIONI E NOTE PER LA COMPILAZIONE

La scheda va compilata per tutti i casi possibili/probabili o accertati di Chikungunya e Dengue segnalati al Servizio Sanità pubblica
Flusso di trasmissione per i casi che insorgono nel periodo di attività del vettore:

Medico → entro 12h → ASL | Dipartimento Prevenzione ASL → entro 24h → Regione | Regione → immediatamente → Ministero Salute/ ISS

Flusso di trasmissione per i casi che insorgono nel periodo di assenza di attività del vettore:

Medico → entro 24h → ASL | Dipartimento Prevenzione ASL → solo casi confermati – periodicità mensile → Regione | Regione → solo casi confermati – periodicità mensile → Ministero Salute/ ISS

Inviare a: - Ministero della Salute, Ufficio 05 Ex DGPREV-Malattie Infettive e Profilassi Internazionale, D. G. Prevenzione, via fax: 06/5994.3096 o via mail a malinf@sanita.it; - ISS CNESPS Reparto Epidemiologia delle Malattie Infettive dell'Istituto Superiore di Sanità, via fax 06 44232444 o via mail a outbreak@iss.it; - ISS-MIPI Dr.ssa Loredana NICOLETTI e Dr.ssa Maria Grazia CIUFOLINI, via fax 06 49902082

DEFINIZIONI DI CASO DI FEBBRE CHIKUNGUNYA

Criterio clinico: esordio acuto di febbre $>38,5^{\circ}\text{C}$ e poliartralgia grave (tale da limitare le normali attività quotidiane), in assenza di altre cause

Criterio epidemiologico: caso che abbia soggiornato nei 15 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi in Paesi in cui la malattia è endemica, o in caso di focolai autoctoni, venga evidenziata una correlazione epidemiologica tra il caso indice e 2 o più casi autoctoni

Criteri di laboratorio

- Presenza di anticorpi di tipo IgM anti-CHIKV nel siero evidenziata da saggi sierologici (Inibizione dell'emoagglutinazione (HI), Test di neutralizzazione, Test immunoenzimatici e IFA)
- PCR positiva nel siero per CHIKV, evidenziata attraverso metodi molecolari (Real time PCR, Nested-PCR)
- Isolamento virale effettuato su campioni di siero prelevati entro 5 giorni dalla comparsa dei sintomi.

I campioni biologici vanno trasportati secondo la normativa vigente per i "campioni diagnostici". Per il trasporto dei campioni di siero si consiglia di eseguire preventivamente la sieratura e successivamente inviare i campioni a $+4^{\circ}\text{C}$. Per trasporti brevi, compresi nell'intervallo temporale di 24-48 ore, si può anche non procedere alla sieratura, in tal caso il campione può essere inviato a temperatura ambiente.

In base a quanto esposto sopra, si definiscono le seguenti definizioni di caso:

Caso possibile: caso che soddisfa il criterio clinico

Caso probabile: caso che soddisfa il criterio clinico e il criterio epidemiologico

Caso confermato: il caso probabile che soddisfa almeno 1 dei criteri di laboratorio esposti in precedenza

DEFINIZIONI DI CASO DI FEBBRE DENGUE

Criterio clinico

Dengue classica: Qualunque persona che presenti: febbre $> 38,5^{\circ}\text{C}$ che perdura da 2-7 giorni, e almeno 2 o più dei seguenti: dolore oculare o retro-orbitale, cefalea, rash cutaneo maculo papulare, mialgia, artralgie.

Dengue emorragica/Dengue con shock: qualsiasi persona che presenti: febbre che perdura da 2 a 7 giorni e tutti i seguenti: evidenza di manifestazioni emorragiche o prova del laccio o del tourniquet positive, trombocitopenia (≤ 100.000 cellule/ mm^3), emocostruzione (un incremento $\geq 20\%$ superiore alla media per l'età o una riduzione dell'ematocrito $\geq 20\%$ dai valori normali in seguito a fluidoterapia endovenosa), versamento pleurico, ascite, ipo-proteinemia all'elettroforesi proteica, segni e sintomi del collasso cardio-circolatorio.

Criterio epidemiologico: caso che abbia soggiornato nei 15 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi in Paesi in cui la malattia è endemica, o in caso di focolai autoctoni, venga evidenziata una correlazione epidemiologica tra il caso indice e 2 o più casi autoctoni

Criteri di laboratorio

- Isolamento del virus in sangue, liquor cefalo-rachidiano o altri tessuti entro 5 giorni dalla comparsa dei sintomi
- PCR positiva per DENV in tessuti, sangue, fluido cefalo-rachidiano o altro fluido corporeo;
- Presenza di anticorpi di tipo IgM anti-DENV nel siero evidenziata da saggi sierologici (Inibizione dell'emoagglutinazione (HI), Test di neutralizzazione, Test immunoenzimatici e IFA)
- Sieroconversione da un titolo negativo per anticorpi IgM anti-DENV in un campione di siero prelevato in fase acuta (< 5 giorni dopo l'insorgenza dei sintomi) in positivo per IgM anti-DENV, in un campione raccolto ≥ 5 giorni dopo l'insorgenza dei sintomi;
- Dimostrazione di un incremento di almeno 4 volte del titolo anticorpale IgG o positività all'inibizione dell'emoagglutinazione in campioni in doppio di siero ottenuto in fase acuta e in convalescenza;
- Anticorpi di tipo IgM isolati nel liquor.

In base a quanto esposto sopra, si definiscono le seguenti definizioni di caso:

Caso possibile: caso che soddisfa il criterio clinico

Caso probabile: caso che soddisfa il criterio clinico e il criterio epidemiologico

Caso confermato: il caso probabile che soddisfa almeno 1 dei criteri di laboratorio esposti in precedenza



SCHEDA DI NOTIFICA E SORVEGLIANZA DI ARBOVIROSI

SCHEDA DI NOTIFICA E SORVEGLIANZA ARBOVIROSI

20

Regione _____ ASL _____
 Data di segnalazione: gg [] mm [] aa [] [] [] [] Data intervista: gg [] mm [] aa [] [] [] []

Informazioni sul caso

Cognome _____ Nome _____
 Sesso: M F Data di nascita gg [] mm [] aa [] [] [] []
 Luogo di nascita _____
 Comune _____ Provincia _____ Stato _____
 Domicilio abituale: _____
 Via/piazza e numero civico _____ Comune _____ Provincia _____
 Nazionalità _____ Cittadinanza _____
 Permanenza all'estero o in Italia in zone diverse dal domicilio abituale nei 15 giorni precedenti l'inizio dei sintomi: SI NO
 1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 Stato Estero/Comune _____ data inizio _____ data fine _____
 Contatto con altri casi nei 15 giorni precedenti l'inizio dei sintomi SI NO
 Se si specificare i nominativi ed i relativi contatti:
 Anamnesi positiva per trasfusione di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti la diagnosi/segnalazione SI NO
 Anamnesi positiva per donazione di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti la diagnosi/segnalazione SI NO
 Vaccinazioni nei confronti di altri Flavivirus:
 Tick borne encephalitis S N Non noto, Febbre Gialla S N Non noto; Encefalite Giapponese S N Non noto
 Gravidanza SI NO se si: settimane [] []

Solo per Zika
 rapporti sessuali con partner maschile (anche asintomatico) che ha viaggiato in aree endemiche/epidemiche SI NO

Informazioni cliniche

Data inizio sintomatologia gg [] mm [] aa [] [] [] []
 Ricovero SI NO se si, Data ricovero gg [] mm [] aa [] [] [] [] Data dimissione gg [] mm [] aa [] [] [] []
 Ospedale _____ Reparto _____ UTI: SI NO
 Se ricovero no, visita: MMG/PLS/Guardia Medica Pronto Soccorso

Segni e sintomi	SI	NO	NN		SI	NO	NN
Febbre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artralgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mialgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rash	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolore retro-orbitale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meningo-encefalite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Congiuntivite non purulenta/ipermia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri segni e sintomi							

Rilevazione di eventi correlabili a un'infezione da Zika virus:
 Sindrome di Guillain-Barré o altre polineuriti, mieliti, encefalomieliti acute o altri disturbi neurologici gravi: SI NO
 Data di insorgenza gg [] mm [] aa [] [] [] []
 Segni di malformazione in nati da madri esposte: SI NO
 Data rilevazione gg [] mm [] aa [] [] [] [] Età gestazionale in settimane [] []
 Tipo di malformazione: _____
 Metodo di rilevazione: _____
 Esito della gravidanza: Nato vivo Nato morto Aborto spontaneo IVG Data gg [] mm [] aa [] [] [] []



SCHEDE DI SORVEGLIANZA PARALISI FLACCIDA ACUTA

21

Data ___/___/___

Sorveglianza AFP



Segnalazione iniziale

Regione _____ Provincia _____ ASL _____

Cognome e nome _____ Sesso _____

Luogo di nascita _____ Data ___/___/___

Domicilio _____

_____ Tel _____

Residenza (se diversa dal domicilio) _____

Affetto da _____ dal ___/___/___

Ricoverato presso _____ dal ___/___/___

Reparto _____ Indirizzo _____

febbre all'inizio della paralisi: si no non noto

progressione della paralisi entro 4 giorni dall'inizio dei sintomi: si no non noto

asimmetria della paralisi: si no non noto

localizzazione paralisi: arti arti e musc. respiratori bulbare facciale non noto

Vaccinazione antipolio (indicare data e tipo di vaccino per ciascuna dose) si no non noto

I dose ___/___/___ IPV OPV II dose ___/___/___ IPV OPV

III dose ___/___/___ IPV OPV

IV dose ___/___/___ IPV OPV

Nel più breve tempo possibile vanno inviati al laboratorio di riferimento:

- **Due campioni di feci (prelevati ad un intervallo minimo di 24 ore e massimo 48 uno dall'altro)**

data I prelievo di feci ___/___/___ data II prelievo di feci ___/___/___

- **Due campioni di siero (prelevati ad un intervallo di 15 giorni)**

Si ricorda che 60 giorni dopo la comparsa dei sintomi andrà compilata la scheda di follow-up

Medico responsabile della notifica _____

Tel _____ fax _____ E-mail _____

La presente scheda va inviata via fax contemporaneamente a:

Ministero della Salute	Ist. Sup. di Sanità	.....
Dir. Gen. Prev. San.	CRIVIB	.....
Ufficio V - Malattie Infettive	Viale Regina Elena 299	.....
Via Giorgio Ribotta, 5	00161 Roma	.....
00144 Roma	Tel 06 49903237	.....
Tel 06 59943856	Fax 06 49902082	.....
Fax 06 59943096		



Data ___/___/___

Sorveglianza AFP



CONFERMA DEI PRELIEVI

Regione _____ Provincia _____ ASL _____

Cognome e nome _____ Sesso _____

Luogo di nascita _____ Data ___/___/___

Date di raccolta dei campioni:

I campione di feci ___/___/___ Il campione di feci ___/___/___

I campione di siero ___/___/___

Si ricorda che 60 giorni dopo la comparsa dei sintomi andrà compilata la scheda di follow-up

Medico responsabile della notifica _____

La presente scheda va inviata via fax contemporaneamente a:

Ministero della Salute	Ist. Sup. di Sanità	.....
Dir. Gen. Prev. San.	CRIVIB	.....
Ufficio V - Malattie Infettive	Viale Regina Elena 299	.....
Via Giorgio Ribotta, 5	00161 Roma	.....
00144 Roma	Tel 06 49903237	.....
Tel 06 59943856	Fax 06 49902082	.....
Fax 06 59943096		



SCHEDA DI NOTIFICA DI BOTULISMO

22

MINISTERO DELLA SALUTE
Dipartimento della Sanità Pubblica e dell'Innovazione
Dipartimento di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare e degli
Organi Collegiali per la tutela della salute

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
Centro Nazionale di Riferimento per il Botulismo
Dipartimento di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare
Feparto Epidemiologia delle Malattie Infettive
Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute

- CASO PROBABILE
 CASO CONFERMATO

- ALIMENTARE
 INFANTILE
 DA FERITA
 INTESTINALE ADULTO

SEGNALAZIONE CASO BOTULISMO

La presente scheda va compilata **IN STAMPATELLO** a cura del competente Servizio dell'Azienda Sanitaria in cui sia stato diagnosticato il caso.

Regione	<input type="text"/>	Provincia	<input type="text"/>
Comune	<input type="text"/>	ASL	<input type="text"/>
ENTE OSPEDALICERO	REPARTO		
Nome Medico Compilatore	<input type="text"/>		
Recapito Medico Compilatore	<input type="text"/>		

DATI ANAGRAFICI

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>	Sesso	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Residenza (se non coincide con il domicilio abituale compilare anche la riga successiva)	<input type="text"/>					
Domicilio abituale	<input type="text"/>					
Occupazione	<input type="text"/>					
Età compiuta all'inizio della malattia:						
<1 anno (da 0 a 11 mesi)	<input type="text"/>	>1 anno (da 1 a 99 anni)	<input type="text"/>	se > indicare sempre 99		
Data inizio sintomi:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Comune inizio sintomi <input type="text"/>		
	gg	mm	aa			

FONTE DI CONTAGIO

ALIMENTO SOSPETTO	<input type="text"/>					
<input type="checkbox"/> DI PRODUZIONE INDUSTRIALE				<input type="checkbox"/> DI PRODUZIONE CASALINGA		
È DI CONSUMO ABITUALE	sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>				
NEI CASO DI CONSERVE, SONO STATE COTTE PRIMA DEL CONSUMO?	sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>				
I CARATTERI ORGANOLETTICI DELL'ALIMENTO ERANO ALTERATI?	sì <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>				
INGERITO QUANTO TEMPO PRIMA	ORE		<input type="text"/>			
ALTRO ALIMENTO SOSPETTO	<input type="text"/>					
	SPECIFICARE					
• ALTRE PERSONE CHE HANNO CONSUMATO L'ALIMENTO SOSPETTO:						
TOTALE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PERSONE CON SINTOMI	<input type="text"/>	<input type="text"/>



DATI CLINICI

SINTOMATOLOGIA CLINICA (barrare i sintomi se presenti)

<input type="checkbox"/> DIPLOPIA	gg / mm / aa	<input type="checkbox"/> NAUSEA	gg / mm / aa
<input type="checkbox"/> DISFAGIA	gg / mm / aa	<input type="checkbox"/> VOMITO	gg / mm / aa
<input type="checkbox"/> SECCHEZZA DELLE FAUCI	gg / mm / aa	<input type="checkbox"/> DIARREA	gg / mm / aa
<input type="checkbox"/> STIPSI	gg / mm / aa	<input type="checkbox"/> INSUFF. RESPIRATORIA	gg / mm / aa
<input type="checkbox"/> MIDRIASI	gg / mm / aa	<input type="checkbox"/> COMA	gg / mm / aa
<input type="checkbox"/> RITENZIONE URINARIA	gg / mm / aa	<input type="checkbox"/> ALTRO	gg / mm / aa

DIAGNOSI STRUMENTALE

<input type="checkbox"/> ELETTROMIOGRAFIA	gg / mm / aa	Referto	_____
<input type="checkbox"/> ALTRI	gg / mm / aa	Referto	_____

DECORSO

DATA DI RICOVERO gg / mm / aa

È STATO IMPIEGATO SIERO ANTI-BOTULINICO Si NO

SE SÌ DOPO QUANTO TEMPO DOPO L'ESORDIO: ORE ____/____

QUANTE UNITÀ DI SIERO ANTI-BOTULINICO? _____

ALTRE TERAPIE Si NO

SE SÌ QUALI _____

INDAGINI DI LABORATORIO

RICERCA DELLE TOSSINE BOTULINICHE ESEGUITA SU:

SIERO	Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>
FECI	Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>
REPERTI AUTOPTICI	Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>
ALIMENTI	Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>

RICERCA DEI CLOSTRIDI PRODUTTORI DI TOSSINE ESEGUITA SU:

FECI	Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>
REPERTI AUTOPTICI	Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>
ALIMENTI	Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Risultato	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>
ALTRO _____		Risultato	Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/>

LABORATORIO CHE EFFETTUA L'ANALISI _____

INDIRIZZO _____ N° TELEFONICO _____

DATA DI COMPILAZIONE ____/____/____ FIRMA DEL COMPILATORE _____

La scheda va compilata in **stampatello** in ogni sua parte e va inviata a:

Ministero della Salute Dip. SPI – D.G. Prevenzione Uff. 05 Mal. Inf. e Prof. Int. Fax 06.5994.3096 e-mail: malinf@sanita.it	Ministero della Salute Dip. SPVSA D. G. Igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione Fax 06.5994.3598 e-mail: dav.allerta@sanita.it	Istituto Superiore di Sanità Reparto Epidemiologia delle Malattie Infettive - CNESPS Fax 06 4423.2444 e-mail: outbreak@iss.it	Istituto Superiore di Sanità Centro Nazionale di Riferimento per il Botulismo -Dip. SPVSA Fax 06.4990.2045 e-mail: cnr.botulismo@iss.it
---	---	---	--



Sezione 3 - ESAMI DI LABORATORIO

effettuati per confermare/escludere la diagnosi

Ricerca degli anticorpi IgM rosolia-specifici		Non effettuato <input type="checkbox"/>	Se effettuato:	
Tipo di campione	Data prelievo	Laboratorio	Metodo	Risultato
siero/sangue <input type="checkbox"/>	____/____/____	lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	ELISA <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/>
saliva <input type="checkbox"/>		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>	altro <input type="checkbox"/>	negativ <input type="checkbox"/>
altro <input type="checkbox"/> specificare: _____		altro <input type="checkbox"/> specificare: _____		dubbio <input type="checkbox"/>
siero/sangue <input type="checkbox"/>	____/____/____	lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	ELISA <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/>
saliva <input type="checkbox"/>		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>	altro <input type="checkbox"/>	negativo <input type="checkbox"/>
altro <input type="checkbox"/> specificare: _____		altro <input type="checkbox"/> specificare: _____		dubbio <input type="checkbox"/>
siero/sangue <input type="checkbox"/>	____/____/____	ab rif. nazionale <input type="checkbox"/>	ELISA <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/>
saliva <input type="checkbox"/>		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>	altro <input type="checkbox"/>	negativo <input type="checkbox"/>
altro <input type="checkbox"/> specificare: _____		altro <input type="checkbox"/> specificare: _____		dubbio <input type="checkbox"/>
siero/sangue <input type="checkbox"/>	____/____/____	lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	ELISA <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/>
saliva <input type="checkbox"/>		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>	altro <input type="checkbox"/>	negativo <input type="checkbox"/>
altro <input type="checkbox"/> specificare: _____		altro <input type="checkbox"/> specificare: _____		dubbio <input type="checkbox"/>
Ricerca anticorpi IgG rosolia-specifici		Non effettuato <input type="checkbox"/>	Se effettuato:	
Tipo di campione	Data prelievo	Laboratorio	Metodo e valori di riferimento	Risultato
siero/sangue <input type="checkbox"/>	____/____/____	lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	_____	_____
altro <input type="checkbox"/> specificare: _____		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>	_____	_____
altro <input type="checkbox"/> specificare: _____		altro <input type="checkbox"/> specificare: _____	_____	_____
siero/sangue <input type="checkbox"/>	____/____/____	lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	_____	_____
altro <input type="checkbox"/> specificare: _____		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>	_____	_____
altro <input type="checkbox"/> specificare: _____		altro <input type="checkbox"/> specificare: _____	_____	_____
siero/sangue <input type="checkbox"/>	____/____/____	lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	_____	_____
altro <input type="checkbox"/> specificare: _____		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>	_____	_____
altro <input type="checkbox"/> specificare: _____		altro <input type="checkbox"/> specificare: _____	_____	_____
Aumento titolo IgG di almeno 4 volte in 2 campioni analizzati nella stessa seduta analitica Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non effettuato <input type="checkbox"/>				
Test avidità IgG specifiche		Non effettuato <input type="checkbox"/>	Se effettuato:	
Tipo di campione	Data prelievo	Laboratorio	Risultato	
siero/sangue <input type="checkbox"/>	____/____/____	lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	_ _ % alta <input type="checkbox"/> bassa <input type="checkbox"/> dubbio <input type="checkbox"/>	
saliva <input type="checkbox"/>		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>		
altro <input type="checkbox"/> specificare: _____		altro <input type="checkbox"/> specificare: _____		
ImmunoBlotting		Non effettuato <input type="checkbox"/>	Se effettuato:	
Tipo di campione	Data prelievo	Laboratorio	Risultato	
siero/sangue <input type="checkbox"/>	____/____/____	lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	anti-E1 positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/>	
saliva <input type="checkbox"/>		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>	anti-E2 positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/>	
altro <input type="checkbox"/> specificare: _____		altro <input type="checkbox"/> specificare: _____		
Isolamento virale da liquidi biologici		Non effettuato <input type="checkbox"/>	Se effettuato:	
Tipo di campione	Data prelievo	Laboratorio	Risultato	
siero/sangue <input type="checkbox"/>	____/____/____	lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/>	
saliva <input type="checkbox"/> urine <input type="checkbox"/>		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>		
altro <input type="checkbox"/> specificare: _____		altro <input type="checkbox"/> specificare: _____		
Identificazione del genoma virale (RT-PCR)		Non effettuato <input type="checkbox"/>	Se effettuato:	
Tipo di campione	Data prelievo	Laboratorio	Risultato	
siero/sangue <input type="checkbox"/>	____/____/____	lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/>	
saliva <input type="checkbox"/> urine <input type="checkbox"/>		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>		
altro <input type="checkbox"/> specificare: _____		altro <input type="checkbox"/> specificare: _____		
Genotipizzazione Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ceppo _____				



Occupazione al momento del concepimento: operatore sanitario operatore scolastico altro

Numero gravidanze * | numero parti* (*inclusa la presente gravidanza)

Vaccinata contro la rosolia Si No Non Noto se SI, data vaccinazione / / (gg/mm/aa)

Durante la gravidanza :
ha avuto una malattia simile alla rosolia? Si No Non Noto se SI, a quale settimana di gestazione?

Caratteristiche cliniche della malattia: Si No Non Noto

csantema maculo papulare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	se SI, data comparsa csantema <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (gg/mm/aa)
febbre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
adenopatia cervicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
adenopatia sub occipitale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
adenopatia retro auricolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
artralgia/artrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

se Si, specificare

La diagnosi di rosolia è stata confermata in laboratorio? Si No se SI, a quale settimana di gestazione?

Se Si, con quali dei seguenti test?

Isolamento virale	<input type="checkbox"/>
Identificazione acido nucleico del virus della rosolia (RT-PCR)	<input type="checkbox"/>
Presenza IgM specifiche	<input type="checkbox"/>
IgG specifiche (sieroconversione o aumento del titolo di almeno 4 volte)	<input type="checkbox"/>
Test avidità IgG (avidità bassa)	<input type="checkbox"/>
Immunoblotting	<input type="checkbox"/>

La madre è stata esposta, durante la gravidanza, ad un caso di rosolia/esantema maculo papulare? Si No Non Noto

Se SI, specificare a che settimana di età gestazionale

Luogo presumibile dell'esposizione al contagio (se all'estero, indicare la nazione)

La diagnosi di rosolia del contatto è stata confermata in laboratorio? Si No

Se la fonte d'infezione non è nota, la madre ha viaggiato all'estero durante il presunto periodo d'incubazione della malattia?

Si No Non Noto Se SI, specificare nazione

da / / a / / (gg/mm/aa)

Sezione 4 - ESAMI DI LABORATORIO NEL BAMBINO
(effettuati per confermare/escludere la diagnosi)

Ricerca degli anticorpi IgM rosolia-specifici		Non effettuato <input type="checkbox"/>	Se effettuato:	
Tipo di campione	Data prelievo	Laboratorio	Metodo	Risultato
siero/sangue <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	lab rif. nazionale <input type="checkbox"/>	ELISA <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/>
saliva <input type="checkbox"/>		lab rif. regionale <input type="checkbox"/>	altro <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	negativo <input type="checkbox"/>
altro <input type="checkbox"/> specificare <input type="text"/>		altro <input type="checkbox"/> specificare <input type="text"/>		dubbio <input type="checkbox"/>
siero/sangue <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	lab rif. nazionale <input type="checkbox"/>	FI ISA <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/>
saliva <input type="checkbox"/>		lab rif. regionale <input type="checkbox"/>	altro <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	negativo <input type="checkbox"/>
altro <input type="checkbox"/> specificare <input type="text"/>		altro <input type="checkbox"/> specificare <input type="text"/>		dubbio <input type="checkbox"/>
Ricerca anticorpi IgG rosolia-specifici		Non effettuato <input type="checkbox"/>	Se effettuato:	
Tipo di campione	Data prelievo	Laboratorio	Metodo e valori di riferimento	Risultato
siero/sangue <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	lab rif. nazionale <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
altro <input type="checkbox"/> specificare <input type="text"/>		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
siero/sangue <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
altro <input type="checkbox"/> specificare <input type="text"/>		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
siero/sangue <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
altro <input type="checkbox"/> specificare <input type="text"/>		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Isolamento virale da liquidi biologici		Non effettuato <input type="checkbox"/>	Se effettuato:	
Tipo di campione	Data prelievo	Laboratorio	Risultato	
siero/sangue <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	lab. rif. nazionale <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/>	
saliva <input type="checkbox"/> urine <input type="checkbox"/>		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>		
biopsia tissutale <input type="checkbox"/> specificare organo: <input type="text"/>		altro <input type="checkbox"/> specificare <input type="text"/>		
altro <input type="checkbox"/> specificare <input type="text"/>				
Identificazione del genoma virale (RT-PCR)		Non effettuato <input type="checkbox"/>	Se effettuato:	
Tipo di campione	Data prelievo	Laboratorio	Risultato	
siero/sangue <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	lab rif. nazionale <input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/>	
saliva <input type="checkbox"/> urine <input type="checkbox"/>		lab. rif. regionale <input type="checkbox"/>		
altro <input type="checkbox"/> specificare <input type="text"/>		altro <input type="checkbox"/> specificare <input type="text"/>		
Genotipizzazione		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ceppo <input type="text"/>		



Sezione 5 - CLASSIFICAZIONE INIZIALE E FINALE del CASO

CLASSIFICAZIONE INIZIALE (QUESTA SEZIONE VA COMPILATA DAL SANITARIO CHE NOTIFICA IL CASO)

sospetto probabile confermato sola infezione

CLASSIFICAZIONE FINALE (QUESTA SEZIONE E' RISERVATA AL MINISTERO DELLA SALUTE/ISS)

probabile confermato SRC confermato IRC non rosolia congenita non classificabile

Importato Collegato a un caso importato Non importato, non collegato a un caso importato

Data di classificazione finale |_|_|_|_| (gg/mm/aa)

Note: _____

data di notifica |_|_|_|_| (gg/mm/aa) Sanitario che ha compilato la notifica _____
(timbro e firma)

recapito _____ telefono _____ fax _____ e-mail _____

NOTE PER LA NOTIFICA

La scheda di notifica va compilata per:

- tutti i casi confermati o probabili di rosolia congenita, inclusi i nati morti e i feti abortiti a seguito di diagnosi prenatale di rosolia congenita;
- tutti i bambini nati da madre con infezione da rosolia in gravidanza (possibile, probabile o confermata), anche se asintomatici alla nascita (casi sospetti).

Il flusso di notifica è il seguente: Medico segnalatore → ASL → Regione/PPAA → Ministero Salute/ ISS - ISTAT

Notifica dei casi di rosolia, sindrome/infezione da rosolia congenita o di infezione da rosolia in gravidanza



a = segnalazione (entro 2 giorni)

b = scheda di notifica

c = schede di notifica (cadenza mensile)

d = riepilogo mensile per ASL

e = riepiloghi mensili regionali per ASL, provincia, età e sesso

Contatti:

Per gli aspetti di laboratorio: rosolia.mipi@iss.it
Per gli aspetti epidemiologici: cnesps.pnemorc@iss.it



INDIRIZZI CUI SEGNALARE LE MALATTIE INFETTIVE

25

Le segnalazioni di malattie infettive sono trasmesse dalla Direzione Ospedaliera al SISP (Servizio di Igiene e Sanità Pubblica) della ASSL di riferimento tramite mail. Gli indirizzi dei SISP sono i seguenti:

1. malattieinfettivesisp.asslcagliari@atssardegna.it/igienepubblica.asslcagliari@atssardegna.it
2. igienepubblica.carbonia@atssardegna.it
3. igienepubblica.sanluri@atssardegna.it
4. igienepubblica.oristano@atssardegna.it
5. igienepubblica.nuoro@atssardegna.it
6. igienepubblica.assllanusei@atssardegna.it
7. sisp.olbia@atssardegna.it
8. igienepubblica.sassari@atssardegna.it

Altri indirizzi utili

Assessorato dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale
Servizio promozione della salute e osservatorio epidemiologico
Via Roma, 223 - 09123 Cagliari
Telefono: 070/6065216 mail: san.dgsan4@regione.sardegna.it



Lista di distribuzione

Presidi Ospedalieri		Dipartimenti	
Cagliari		Dipartimenti di area chirurgica (d'Area)	
Carbonia		Dipartimenti di area medica - (d'Area)	
Sanluri		Dipartimento delle attività cliniche - (d'Area)	
Oristano		SC delle Professione Sanitarie	
Lanusei		SC Medicina di Laboratorio	
Nuoro			
Olbia			
Sassari			