

ALLEGATO A DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 99 di 106

FASE DI TRANSIZIONE - Piano strategico-operativo regionale 2021-2023 recante "Indicazioni *ad interim* di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale"

FASE DI TRANSIZIONE



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022**pag. 215 di 392**

DOCUMENTO ATTUATIVO
"Manuale malattie infettive"

Documento Attuativo

MANUALE MALATTIE INFETTIVE

(versione 29.06.22)

Il presente documento è elaborato nel contesto dell'attuale fase pandemica dell'emergenza da COVID-19. Le analisi e le revisioni effettuate durante la fase di transizione pandemica con ritorno alla fase inter-pandemica suggeriranno dei miglioramenti nei modelli e nei processi utili da aggiornare le raccomandazioni qui contenute, nell'ottica di un percorso dinamico e ciclico di preparazione e risposta alle emergenze (ciclo di preparedness).



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 216 di 392

Manuale Malattie Infettive



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 217 di 392

Redazione della presente edizione a cura di: Francesca Russo¹, Francesca Zanella¹, Michele Tonon¹, Debora Ballarin², Sara Rosafio², Irene Zecchinato², Gaia Lattavo⁵, Anil Minnicelli⁵, Alberto Zardetto⁵, Michele Nicoletti⁵, Francesco Paolo De Siena⁵, Chiara Zampieri⁵, Valerio Valeriano³, Anna Ferraresso⁴.

1. Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria, Regione del Veneto
2. U.O. Prevenzione e Sanità Pubblica, Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria, Regione del Veneto
3. Dipartimento di Prevenzione Servizio Igiene e Sanità Pubblica, Azienda ULSS 6 Euganea
4. Dipartimento di Prevenzione Servizio Igiene e Sanità Pubblica, Azienda ULSS 8 Beriva
5. Università degli Studi di Padova, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 218 di 392

ANTRACE (nota come CARBONCHIO)	4
BOTULISMO	10
BRUCELLOSI	13
CANDIDA AURIS	16
CHIKUNGUNYA (malattia da virus o febbre da)	19
COLERA	23
CREUTZFELDT-JAKOB (malattia di)	26
DENGUE	29
DIFTERITE	31
ENCEFALITE DA ZECCHIE (TBE: TICK-BORNE ENCEPHALITIS)	35
EPATITE VIRALE ACUTA DA VIRUS A	37
EPATITE VIRALE ACUTA DA VIRUS B	39
EPATITE VIRALE ACUTA DA VIRUS C	40
EPATITE VIRALE ACUTA DA VIRUS D	41
EPATITE VIRALE ACUTA DA VIRUS E	42
FEBBRE DI LASSA	44
FEBBRE GIALLA	47
FEBBRE TIFOIDE	50
FEBBRI EMORRAGICHE VIRALI (VHFS) EBOLA E MARBURG	53
FORME INVASIVE DA HAEMOPHILUS INFLUENZAE	56
FORMA INVASIVA DA NEISSERIA MENINGIDITIS	58
FORME INVASIVE DA PNEUMOCOCCO	60
INFEZIONE DA HIV	72
INFEZIONE DA ROSOLIA IN GRAVIDANZA - SINDROME DA ROSOLIA CONGENITA	75
INFLUENZA	78
LEGIONELLOSI	81
LEPTOSPIROSI	91
LISTERIOSI	94



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 219 di 392

MALARIA	97
MERS-CoV (SINDROME RESPIRATORIA MEDIO-ORIENTALE)	100
MORBILLO	103
MORBO DI HANSEN (o Lebbra)	106
PESTE	109
POLIOMIELITE ACUTA (Paralisi Flaccida Acuta)	112
RABBIA UMANA	115
ROSOLIA	120
SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	121
SCABBIA	123
SHIGELLOSI (dissenteria bacillare)	132
TETANO	135
TOSSINFEZIONI ALIMENTARI	138
TRICHINOSI	141
TUBERCOLOSI	144
VAIOLO DELLE SCIMMIE (Infezione da Monkeypox virus o MPXV)	148
VARICELLA	151
Infezione da virus WEST- NILE	154
YERSINIOSI	158
BIBLIOGRAFIA - SITOGRAFIA	161
RIFERIMENTI NORMATIVI	170



ANTRACE (nota come CARBONCHIO)

Descrizione:

Infezione provocata dal *Bacillus anthracis*, batterio gram positivo, capsulato, sporigeno, estremamente resistente all'azione di disinfettanti chimici e fisici. E' una zoonosi, perché la principale via di infezione è rappresentata da animali (contatto diretto o con prodotti animali infetti). La germinazione avviene a temperatura corporea. I principali fattori di virulenza sono la capsula e 2 tossine (tossina letale e tossina dell'edema). Le manifestazioni cliniche si differenziano in base alla via di ingresso del bacillo:

- carbonchio cutaneo: è la forma più comune di antrace. Colpisce la cute e i tessuti vicini al sito in cui sono penetrate le spore (di solito tramite un taglio o un graffio). Si tratta di lesione cutanea che si sviluppa nel giro di 1-7 giorni dall'esposizione, e passa dallo stato di papula a quello di papula a quello di un'ulcera, con linfadenopatia locale; la letalità senza terapia è del 20%;
- carbonchio da inalazione: è la forma più letale. Di solito si manifesta dopo poche settimane dall'esposizione, ma possono anche passare oltre 2 mesi. È caratterizzata da un breve periodo prodromico, tipo simil influenzale, seguito da dispnea ed ipossia, con possibile evoluzione a insufficienza respiratoria e shock
- carbonchio gastrointestinale: comprende due forme distinte, una intestinale e una orofaringea.

La meningite emorragica è secondaria alle forme per diffusione ematogena e può svilupparsi senza altri apparenti segni clinici, con una mortalità che arriva al 100% nelle forme senza trattamento antibiotico.

Tempi di segnalazione:

- Caso singolo: entro 48 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene e Sanità Pubblica competente.
- Focolaio: entro 24 ore, al Servizio Igiene e Sanità Pubblica competente.
- Inserimento segnalazione in SIRMI.

Scheda specifica di Flusso: NO

SIRMI: SI (SISP)

Periodo di incubazione:

Da poche ore a 7 giorni, anche se sono possibili periodi di incubazione superiori a 60 giorni. La maggior parte dei casi si verifica entro 48 ore dall'esposizione.

Periodo di contagiosità:

In assenza di terapia, le lesioni cutanee possono rappresentare una fonte di contagio, anche se molto raramente. Le altre forme di antrace (da inalazione, gastrointestinale) non sono contagiose.

Modalità di trasmissione:

Fonti di contagio: aria, terriccio, materiali di diversa natura contaminati da spore (possono rimanere infettanti per decenni), animali infetti e loro prodotti. Il contagio interumano è eccezionale e sembra sempre associato a forme cutanee con secrezioni infette.

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica

Non è richiesto l'isolamento.

Tutte le forme di antrace sono trattabili con gli antibiotici.

La forma inalatoria prevede il drenaggio delle secrezioni per tutta la durata della malattia, ed eventualmente ventilazione meccanica in presenza di distress respiratorio.

Il trattamento, per essere efficace, deve essere tempestivo ed iniziare immediatamente dopo il contagio.

- Antrace cutaneo non complicato da edema o sintomi sistemici
 - Ciprofloxacina 500 mg (da 10 a 15 mg/kg per bambini) per via orale ogni 12 h
 - Doxiciclina 100 mg (2,5 mg/kg per i bambini) per via orale ogni 12 h



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 221 di 392

Il trattamento ha una durata di 7-10 giorni e viene prolungato fino a 60 giorni in caso di possibile concomitante esposizione inalatoria.

- Antrace cutaneo complicato, antrace da inalazione o altre forme di antrace:

La terapia antibiotica deve comprendere ≥ 1 antibiotico con attività battericida, e ≥ 1 deve essere un inibitore della sintesi proteica, che può bloccare la produzione di tossine (p. es., ciprofloxacina più clindamicina).

- Meningite: Terapia di combinazione con Meropenem per ≥ 2 settimane o fino a quando i pazienti sono clinicamente stabili

Provvedimenti nei confronti degli esposti:

Sorveglianza sanitaria; in caso di sicura inalazione di spore, confermata da indagini di laboratorio, può essere effettuata chemioprolifassi con terapia antibiotica.

Provvedimenti sull'ambiente:

Disinfezione degli ambienti contaminati e corretto smaltimento del materiale potenzialmente infetto.

Profilassi:

- **Vaccinazione:** In Italia non è disponibile un vaccino contro l'antrace ad uso umano. Al contrario, esiste un vaccino obbligatorio per gli animali a rischio, che rappresenta un buon metodo di prevenzione. Tale vaccino viene prodotto e distribuito in Italia solo dall'Istituto zooprofilattico della Puglia e Basilicata.
- **Chemioprolifassi:** come da indicazioni in tabella

	Profilassi post-esposizione	Durata
Adulti (inclusi donne in gravidanza ¹ e immuno-compromessi ²)	Ciprofloxacina 500mg x 2 per os oppure Doxiciclina 100 mg x 2 per os	60 giorni
Donne in gravidanza	<i>Se necessario un trattamento prolungato, dopo 14-21 giorni di trattamento, sostituire con:</i> amoxicillina 500 mg x 3/die	
Bambini ³	Ciprofloxacina 10-15 mg/kg/die x 2 per os (max 1g/die) oppure Doxiciclina <ul style="list-style-type: none"> • 8 anni e >45 Kg 100 mg x 2 per os • 8 anni e <45 Kg: 2.2 mg/Kg x 2 ≤ 8 anni: 2.2 mg/Kg x 2 ⁴ <i>Se necessario un trattamento prolungato, dopo 14-21 giorni di trattamento, sostituire con:</i> 15-30 mg/kg nei bambini) 3 volte/die	60 giorni

¹**Donne gravide:** i fluorochinolonici non sono generalmente raccomandati durante la gravidanza a causa della comparsa di artropatia in animali e in un piccolo numero di bambini. Gli studi su animali non hanno evidenziato una teratogenicità legata all'uso di ciprofloxacina. Tuttavia non sono stati condotti trials clinici controllati sulla sicurezza della ciprofloxacina in donne gravide.



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 222 di 392

Il *Consensus Statement* su *JAMA* vol. 281 n. 18 May 12,1999 considerando questo possibile rischio in rapporto alla comparsa di antrace dovuto a ceppi antibiotico-resistenti raccomanda comunque l'utilizzo della ciprofloxacina in gravidanza a dosaggio per adulti, per la profilassi dell'antrace dovuto ad evento terroristico.

Qualora i test di suscettibilità evidenziassero un ceppo suscettibile, la profilassi post-esposizione va sostituita con amoxicillina 500mg x3 per via orale, sempre per 60 giorni.

L'impostazione del trattamento antibiotico deve essere comunque concordata con lo specialista ostetrico di fiducia della donna.

¶**Immunocompromessi:** non ci sono studi umani o su modelli animali che ci diano informazioni sull'efficacia e la sicurezza della profilassi post-esposizione negli immunodepressi. Tuttavia, in questi soggetti, sia adulti che bambini, è raccomandata la stessa profilassi post-esposizione che viene indicata per le persone immunocompetenti.

¶**Bambini:** i fluorochinoloni non sono generalmente raccomandati nei bambini ed adolescenti a causa della comparsa di artropatia permanente in animali adolescenti e transitoria in un piccolo numero di bambini. Il *Consensus Statement* su *JAMA* vol. 281 n. 18 May 12,1999 considerando questo possibile rischio in rapporto alla comparsa di antrace dovuto a ceppi antibiotico-resistenti raccomanda comunque l'utilizzo della ciprofloxacina nei bambini per la profilassi dell'antrace dovuto ad evento terroristico. Qualora i test di suscettibilità evidenziassero un ceppo suscettibile la profilassi post-esposizione va sostituita con amoxicillina per via orale sempre per 60 giorni al dosaggio di 40 mg/kg peso corporeo/die suddiviso ogni 8 ore per i bambini di peso inferiore a 20Kg), per pesi superiori si procede con il dosaggio previsto per gli adulti.

¶ Per quanto riguarda la doxiciclina, questa non andrebbe somministrata al di sotto degli 8 anni poiché il farmaco può determinare un ritardo nella crescita scheletrica e un danno nell'accrescimento dei denti. Nelle madri che allattano l'*American Academy of Pediatrics* ritiene compatibile l'uso della ciprofloxacina e della doxiciclina con l'allattamento, considerata la piccola quantità di farmaco assorbito dal bambino; tuttavia ancora molto poco si conosce sulla sicurezza a lungo termine.

La scelta del farmaco e la continuazione dell'allattamento al seno devono essere decisi dalla madre e dal pediatra.



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 223 di 392



INCHIESTA EPIDEMIOLOGICA PER ANTRACE/CARBONCHIO

Antrace cutanea Antrace da inalazione Antrace gastrointestinale

Data di segnalazione _____

Caso sospetto Caso accertato

Cognome e nome _____ M F

nato a _____ il _____

Residente a _____ in via _____ n° _____

n° telefono _____

Professione _____ Luogo di lavoro _____

Nazionalità _____ Se nato all'estero, da quanti anni è in Italia? _____

Curante MMG /PLS _____

Ricovero SI Data _____ NO

Struttura di ricovero _____

Medico Referente _____

Data di inizio dei sintomi _____

Lesione cutanea si no

Gastrointestinali si no
(nausea, diarrea, ematemesi)

Simil-influenzali si no
(espansione del mediastino, febbre e dispnea grave)

PROBABILE FONTE DI CONTAGIO (es. animali e oggetti di origine animale, materiali biologici infetti, siringhe, viaggi all'estero etc., negli ultimi 60 giorni): _____

INDAGINI DIAGNOSTICHE ESEGUITE SI NO

Quali _____

Data di inizio chemioprolifassi o terapia _____

NOTE:

Data _____

Nome dell'operatore che ha raccolto le informazioni _____



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 224 di 392



ELENCO DELLE PERSONE POTENZIALMENTE ESPOSTE ALLA CONTAMINAZIONE DI ANTRACE /CARBONCHIO						
						Data _____
Caso indice: _____						
Materiale potenzialmente infetto: _____						
N.	COGNOME NOME E RESIDENZA	DATA DI NASCITA	TELEFONO	DATA ESPOSIZIONE SOSPETTA	CHEMIOPROFILASSI	NOTE



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 225 di 392

Flusso di segnalazione

ANTRACE

Medico segnalatore	Dipartimento di Prevenzione SISP	Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria
<p>CASO SPORADICO</p> <p>Il Medico invia scheda di segnalazione di malattia infettiva entro 48 ore dal sospetto diagnostico a:</p>	<p>Inserimento nella piattaforma SIRMI e notifica automatizzata a:</p> <p>Inchiesta epidemiologica e/o compilazione elenco dei soggetti esposti</p>	<p>Direzione Prevenzione - Regione Veneto</p> <p>Ministero della Salute</p>
<p>FOCOLAIO – CASI EPIDEMICI</p> <p>Il Medico invia scheda di segnalazione di malattia infettiva entro 24 ore dal sospetto diagnostico a:</p>	<p>Inserimento nella piattaforma SIRMI e notifica automatizzata a</p> <p>Inchiesta epidemiologica e/o compilazione elenco dei soggetti esposti</p>	<p>Direzione Prevenzione - Regione Veneto</p> <p>Ministero della Salute</p>



BOTULISMO

Descrizione:

Grave intossicazione alimentare neuromuscolare causata dalla tossina rilasciata da *Clostridium botulinum*, un batterio sporigeno Gram +, caratterizzata da una paralisi flaccida acuta, febbrile, simmetrica e discendente. Si conoscono 7 tipi antigenici di tossina di *C. botulinum* (A, B, C, D, E, F, G); è la tossina più letale conosciuta. Può essere classificata in varie forme: alimentare, da ferita, inalatoria, intestinale (bambini e adulti). La forma alimentare è dovuta all'ingestione di tossina preformata contenuta in alimenti contaminati da spore di *C. botulinum*. La forma da ferita è legata all'esposizione di spore di *C. botulinum* dentro ferite aperte, in presenza di un milieu anaerobico.

La forma inalatoria non avviene mai per via naturale, ma è legata ad incidenti o bioterrorismo, con rilascio di aerosol di tossine

La forma intestinale è correlata alla colonizzazione intestinale da parte delle spore ingerite, in associazione alla produzione in situ di tossina.

Molto rara è la forma iatrogena, legata alla somministrazione di eccessive quantità di tossina botulinica per scopi medici.

Tempi di segnalazione:

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

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

variabile in base alla forma:

- 12-48 ore (alimentare),
- 4-14 giorni (da ferita),
- 3-30 giorni (intestinale).

Periodo di contagiosità:

non documentato il contagio interumano.

Modalità di trasmissione:

Il botulismo alimentare è causato dal consumo di alimenti prodotti, conservati o fermentati in condizioni inadeguate che favoriscono lo sviluppo dei clostridi produttori di tossine botuliniche (anaerobiosi, substrati non troppo acidi o contenenti fonti di proteine consistenti).

Il botulismo intestinale si manifesta principalmente nei lattanti sotto l'anno di vita che ingeriscono alimenti contaminati, escluso il latte materno. Nei bambini di età maggiore e negli adulti può verificarsi in seguito ad interventi intestinali o all'esposizione ad antibiotici, in presenza di una grave forma di dismicrobismo intestinale.

Il botulismo da ferita si osserva in relazione alla contaminazione di lesioni traumatiche e all'utilizzo di siringhe non sterili, soprattutto nei soggetti che fanno uso di droghe.

Provvedimenti nei confronti del malato:

non previsti. È importante l'inchiesta epidemiologica per tracciare la possibile via di esposizione. La terapia specifica consiste nella somministrazione di un siero iperimmune di antitossine botuliniche che deve avvenire il prima possibile e comunque non oltre 72 ore dall'insorgenza dei sintomi. Tutti i pazienti affetti da botulismo devono essere ospedalizzati per un attento monitoraggio delle capacità vitali. Il trattamento comprende la terapia di supporto alla ventilazione, la ventilazione assistita e, nei casi più gravi, la nutrizione parenterale. In caso di botulismo alimentare devono essere eseguite le procedure di decontaminazione intestinale tramite la somministrazione di carbone vegetale attivo. I pazienti affetti da botulismo da ferita richiedono sbrigliamento della lesione e profilassi antibiotica. In caso di botulismo infantile è indispensabile fornire assistenza di supporto, mentre la casistica clinica suggerisce l'inutilità dell'impiego di antitossina per il rischio di sensibilizzazione e shock anafilattico.



Provvedimenti nei confronti dei conviventi e contatti:

nessuno.

Provvedimenti nei confronti degli esposti:

nei co-esposti asintomatici va valutata attentamente l'opportunità di iniziare un trattamento con antitossina polivalente. Sorveglianza sanitaria in chi abbia ingerito lo stesso alimento del caso.

Provvedimenti sull'ambiente:

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

Indagine epidemiologica sui commensali (Vedi Tossinfezioni alimentari).*

I metodi di controllo dell'intossicazione alimentare risiedono essenzialmente nella corretta preparazione delle conserve vegetali e degli insaccati in ambito domestico e nella sorveglianza dell'applicazione delle corrette pratiche di lavorazione in ambito industriale e/o artigianale, anche mediante l'educazione sanitaria della popolazione.

Profilassi:

- **vaccinazione e chemiopprofilassi:** nessuna

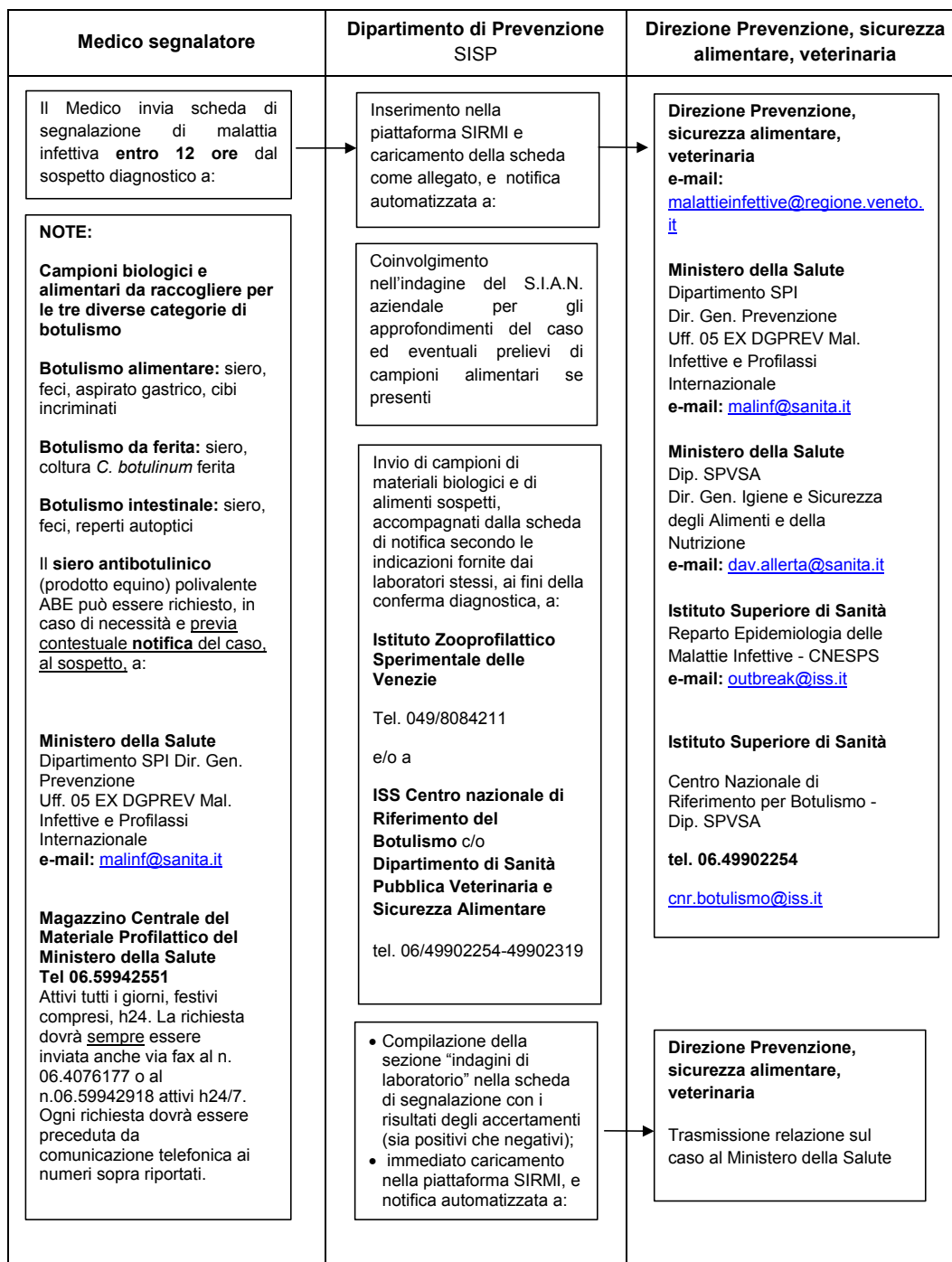


ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 228 di 392

Flusso di segnalazione

BOTULISMO



BRUCELLOSI

Descrizione:

Nota anche come febbre ondulante, febbre maltese o febbre del Mediterraneo, è una malattia zoonotica ed è una delle zoonosi più importanti a livello mondiale. E' trasmessa all'uomo da che interessa gli animali domestici e selvatici. E' causata da 6 specie del batterio del genere *Brucella*, un cocco-bacillo gram negativo ed aerobio facoltativo. L'uomo rappresenta un ospite accidentale che contrae la malattia principalmente per contatto diretto con secrezioni ed escrezioni di animali infetti o per ingestione di prodotti di origine animale contaminati. L'infezione può decorrere in forma acuta o subacuta, con esordio insidioso o improvviso. Di solito causa sintomi "flu-like", con febbre, astenia, malessere. Possono esserci febbre di tipo "ondulante", sudorazione notturna, anoressia, artralgia, mialgia, dolore addominale, cefalea e depressione. Le complicanze sono rare e comprendono endocardite, encefalite, orchite ed osteomielite, e può essere necessario il ricovero. In alcuni casi si sviluppano forme croniche, soprattutto negli adulti, che possono essere subdole, senza pregresse sintomatologie acute.

Tempi di segnalazione:

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

Scheda specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

da meno di una settimana a diversi mesi; in media 2-4 settimane. Se il contagio è avvenuto per via aerea, l'incubazione di solito è di pochi giorni.

Periodo di contagiosità:

L'animale infetto rilascia il batterio con secrezioni e deiezioni per mesi e talvolta anche per diversi anni. Nell'ambiente il batterio può sopravvivere per periodi lunghi (anche oltre 2 mesi).

Modalità di trasmissione:

l'infezione viene trasmessa per 3 vie principali: cutanea, alimentare e aerogena:

- la trasmissione cutanea/mucosa avviene per inoculazione attraverso tagli o abrasioni cutanee, o per contatto con mucose, ed è solitamente la occupazionale (allevatori, macellai, veterinari etc.)
- la trasmissione per inalazione di aerosol contaminati è di solito professionale, legata a esposizione in laboratorio
- la trasmissione per ingestione di cibi o bevande contaminati

La trasmissione interumana è rara, così come quella per via sessuale o da trapianti di tessuti. Risulta inoltre possibile il contagio da madre a figlio attraverso il latte materno.

Il fatto che l'inalazione di 10-100 batteri possa causare la malattia, e che abbia un'incubazione di diverse settimane, la rende una potenziale arma biologica.

Provvedimenti nei confronti del malato:

inchiesta epidemiologica, per determinare la modalità di contagio. Oltre alle precauzioni standard, maggiore attenzione è richiesta nei confronti dei pazienti con lesioni drenanti. Il trattamento prevede la somministrazione di doxiciclina (100 mg per via orale 2 volte/die) per 6 settimane, associata a streptomina o a gentamicina per 14 giorni. In alternativa agli aminoglicosidi, possono essere applicati regimi terapeutici con rifampicina e ciprofloxacina. Nei bambini di età inferiore a 8 anni possono essere utilizzati trimetoprim/sulfametossazolo e rifampicina per via orale per 4-6 settimane.



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 230 di 392

Provvedimenti nei confronti degli esposti:

nessuno

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e contatti:

nessuno.

Provvedimenti sull'ambiente:

il controllo della brucellosi umana dipende dal controllo della bBrucellosi in campo veterinario. Per prevenire la malattia risulta indispensabile evitare il consumo di latte crudo e suoi derivati, applicare un'accurata disinfezione delle stalle dopo l'abbattimento dei capi infetti, rispettare le norme di biosicurezza negli allevamenti ed evitare movimentazioni di animali senza i controlli previsti dalla normativa vigente. I lavoratori a rischio devono utilizzare gli opportuni dispositivi di protezione.

Profilassi:

- **vaccinazione e chemiopprofilassi:** nessuna. La profilassi antibiotica post-esposizione può essere considerata per i pazienti ad alto rischio e prevede la somministrazione di doxiciclina e rifampicina per via orale.



Flusso di segnalazione

BRUCELLOSI

Medico segnalatore	Dipartimento di Prevenzione SISP	Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria
<div data-bbox="300 797 580 925" style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Il Medico invia scheda di segnalazione di malattia infettiva entro 48 ore dal sospetto diagnostico a:</div>	<div data-bbox="635 797 943 898" style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Inserimento nella piattaforma SIRMI e notifica automatizzata a:</div>	<div data-bbox="986 797 1284 916" style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Direzione Prevenzione - Regione Veneto Ministero della Salute</div>



CANDIDA AURIS

Descrizione:

Candida auris è un lievito patogeno emergente a livello mondiale, di recente interesse da parte della comunità scientifica con diffusione nota in almeno 5 continenti. La sua prima identificazione risale al 2009 e da allora si è associata a infezioni nosocomiali, invasive e non, con un tasso di mortalità che oscilla tra il 30% ed il 70% in funzione del background clinico dei pazienti, spesso soggetti fragili per condizioni pregresse.

Le principali criticità di questo fungo rispetto alle altre forme di candidosi sono:

- la difficoltà nell'identificazione da parte dei laboratori non specificamente attrezzati;
- è spesso MDR (multi-drug resistant), e talvolta resistente a tutti i 3 tipi di antifungini
- una scarsa awareness del patogeno da parte degli operatori sanitari.
- Tende a formare biofilm, ed è molto resistente nell'ambiente

I pazienti colonizzati, benché trattati, conservano il rischio aumentato di recidive da *C. auris* con carattere invasivo.

Tempi di segnalazione:

Segnalazione dei casi sporadici e focolai epidemici con inserimento in SIRMI
Segnalazione tempestiva delle informazioni richieste

Scheda specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

Ignoto. Molte persone possono rimanere colonizzate senza sviluppare sintomi.

Periodo di contagiosità:

Il soggetto colonizzato può diffondere il lievito

Modalità di trasmissione:

C. auris, coerentemente alle altre candidosi, sembra avere una propensione alla trasmissione nosocomiale paziente-paziente, legata verosimilmente alla contaminazione degli ambienti e alla colonizzazione di device sanitari. In generale si trasmette per contatto diretto tra persone, oppure con oggetti contaminati.

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica, finalizzata soprattutto a rilevare i contatti stretti. Sono raccomandate azioni tempestive per prevenire la formazione di outbreaks adottando un rapido contact tracing sui contatti stretti del soggetto positivo, ricercando anche colonizzazioni asintomatiche ed attivando un processo di sorveglianza attiva.

Al momento non sono stabiliti protocolli per la decolonizzazione né è stato definito un periodo di fine isolamento, che in generale viene fatto coincidere con la dimissione ospedaliera. In generale è utile lavarsi correttamente le mani dopo aver toccato soggetti colonizzati; in caso di pazienti colonizzati fortemente disabili, chi li accudisca potrebbe usare dei guanti.

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e contatti:

In assenza di linee guida delle società scientifiche, lo screening dei contatti stretti dovrebbe prevedere l'esecuzione di tamponi ascellari ed inguinali. In funzione del quadro clinico e della valutazione del rischio specifico, possono essere inoltre testate altre matrici, come le urine, eventuali ferite, siti di cateterismo, o la gola, ecc.



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 233 di 392

Si ipotizza che un utilizzo massivo di antibiotici ed antifungini ad ampio spettro a scopo profilattico si associ ad un aumentato rischio della creazione di ceppi di lieviti ad alta resistenza. Il CDC pertanto consiglia la terapia solo in presenza di sintomatologia.

Provvedimenti sull'ambiente:

Vista la capacità di produrre biofilm, si prevede una accurata sanificazione delle superfici e dei device medici di cui anche solo si sospetta la contaminazione. Si consiglia l'utilizzo di disinfettanti clorati (concentrazione minima 1000 ppm) o di perossido di idrogeno o di altri disinfettanti con potere fungicida documentato dal produttore. Sono da evitarsi disinfettanti a base di ammonio quaternario.

Profilassi:

La necessità di una profilassi antimicotica deve essere valutata in una logica di rischio-beneficio in funzione del setting di trasmissione e delle valutazioni puntuali, tenendo presente che questa può impedire la colonizzazione ma può incentivare la selezione di ceppi di lieviti resistenti.

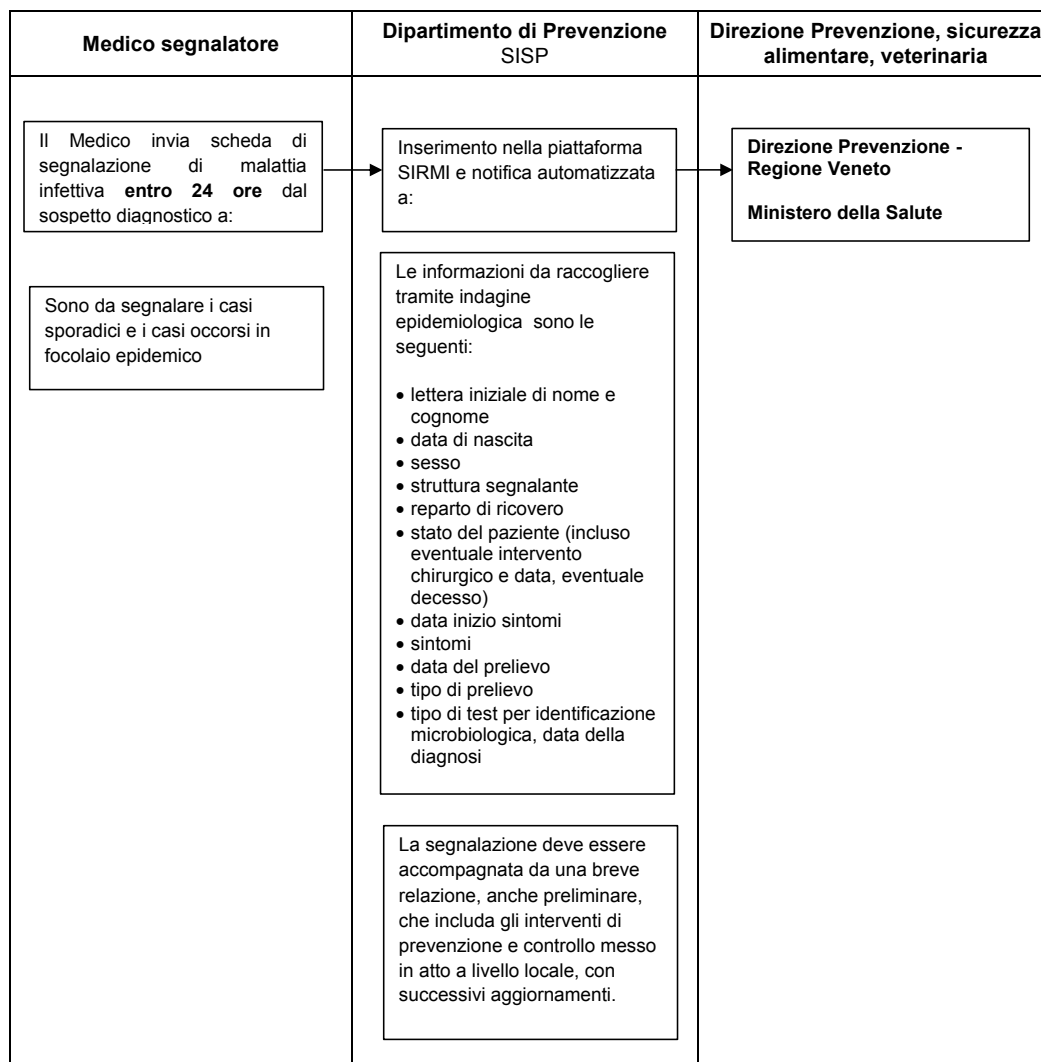


ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 234 di 392

Flusso di segnalazione

CANDIDA AURIS



CHIKUNGUNYA (malattia da virus o febbre da)

Descrizione:

Malattia febbrile acuta virale trasmessa all'uomo dalla puntura di zanzare infette (artropodi) del genere *Aedes*, soprattutto *Ae. (Stegomyia) albopictus* (zanzara tigre asiatica), *Ae. (Stegomyia) aegypti* (zanzara tigre egiziana), e *Ae. (Stegomyia) polynesiensis* (zanzara tigre polinesiana), che pungono principalmente nelle ore diurne. Si tratta dunque di un arbovirus, ed in particolare di un morbovirus (mosquito-borne virus). La parola Chikungunya deriva dal linguaggio kimakonde e significa "essere contorti", caratteristica legata alle artralgie causate dall'infezione. Il virus appartiene al genere *Alphavirus* alla famiglia *Togaviridae*. I sintomi sono rappresentati dall'improvvisa insorgenza di febbre elevata, importanti artralgie, mialgie, cefalea, nausea, vomito e rash cutaneo (al volto, tronco, radice degli arti). Raramente sono riportate forme meningo-encefalitiche, specie in soggetti defedati. Questa malattia è quasi sempre auto-limitante entro un paio di settimane e raramente fatale. Artrite e artralgie debilitanti possono durare mesi o anni.

E' diffusa in Africa, India, Pakistan, Nepal, Guam, Sud-Est asiatico, Nuova Guinea, Cina, Messico, Sud e Centro America, isole dei Caraibi, Oceano Indiano e Pacifico, e aree circoscritte dell'Europa.

Nel 2008 c'è stato il primo outbreak europeo, in Emilia-Romagna e, dopo 10 anni, nel 2017 si sono verificati altri outbreak italiani, in Calabria e nel Lazio. A differenza di altre arbovirosi (es. West-Nile) non è endemizzata, e gli outbreak sono dunque legati all'introduzione del virus da zone endemiche, anche se talvolta può essere difficoltoso rilevare il "paziente zero", a causa della frequente asintomaticità/paucisintomaticità delle infezioni (3-28% asintomatici).

Nelle aree endemiche, la prevenzione della malattia consiste innanzitutto nell'impedire o ridurre al minimo le punture delle zanzare attraverso l'uso di spray repellenti, abbigliamento chiaro e il più possibile coprente, utilizzo di zanzariere.

Tempi di segnalazione:

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

Scheda specifica di Flusso: SI**Periodo di incubazione:**

Mediamente 4-8 giorni (range 2-12 giorni dopo la puntura).

Periodo di contagiosità:

Non c'è trasmissione interumana. La viremia nell'uomo si ritiene sia di 3-10 giorni e comincia a calare con la comparsa dei sintomi; raramente può esserci passaggio del virus dalla madre al feto durante la gravidanza.

Modalità di trasmissione:

Attraverso il morso di zanzare tigre infette; l'esordio della malattia avviene generalmente entro una settimana. Il paziente è viremico durante i primi 4-5 giorni di malattia: è dunque in questa fase che una zanzara, attraverso il sangue del paziente, può infettarsi e trasmettere a sua volta il virus. In fase epidemica l'uomo è la riserva del virus, in altri periodi i principali serbatoi sono le scimmie, i roditori, gli uccelli e altri vertebrati.

Seppur rari, sono stati documentati casi di trasmissione verticale materno fetale del virus: ciò avviene con più facilità se la fase viremica è contemporanea al parto. Il virus non può essere trasmesso tramite l'allattamento.



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 236 di 392

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica per determinare la modalità del contagio, e per tracciare dove il paziente abbia soggiornato negli ultimi 10 giorni, in modo da programmare attività mirate di bonifica dei vettori.

Terapia sintomatica (antipiretici, antiinfiammatori, riposo). Le persone affette da febbre da *Chikungunya* dovrebbero essere protette dalle punture delle zanzare per evitare la propagazione dell'infezione. Per i casi sospetti è previsto sia l'isolamento fiduciario del paziente, fino all'esclusione della patologia e comunque non oltre il periodo di trasmissibilità del virus (7 giorni dall'inizio dei sintomi).

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

Evitare contatto ematico in fase viremica. Adottare misure di protezione dalle punture di insetto ed educazione sanitaria.

Provvedimenti sull'ambiente:

- Disinfestazione ordinaria: per merci provenienti da paesi endemici, disinfestazione da zanzare e azioni specifiche per contrastare la proliferazione degli insetti vettori, in ambiente urbano e domestico
- Disinfestazione straordinaria come da protocollo regionale.

Profilassi:

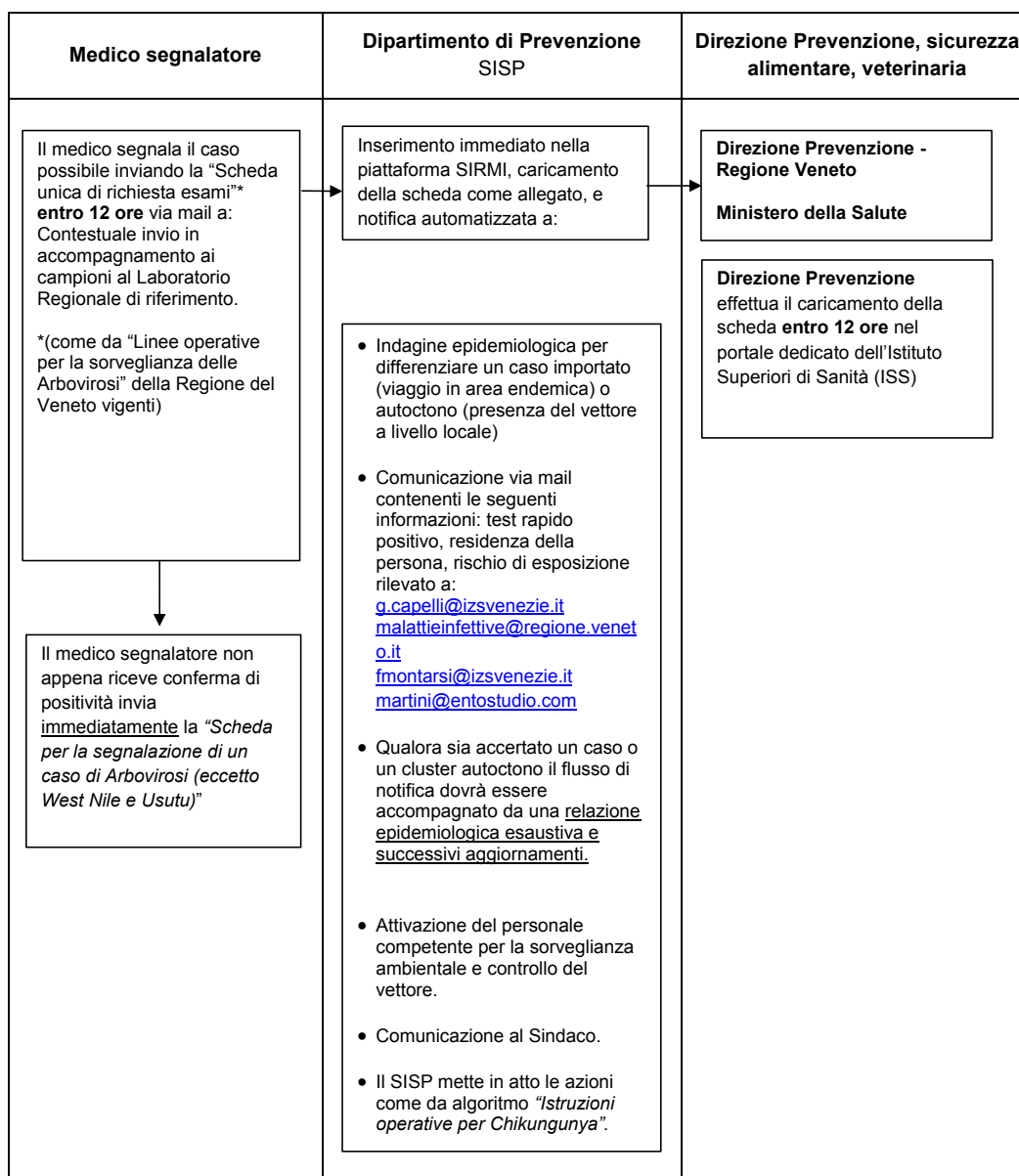
- **vaccinazione:** vaccino non disponibile.

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



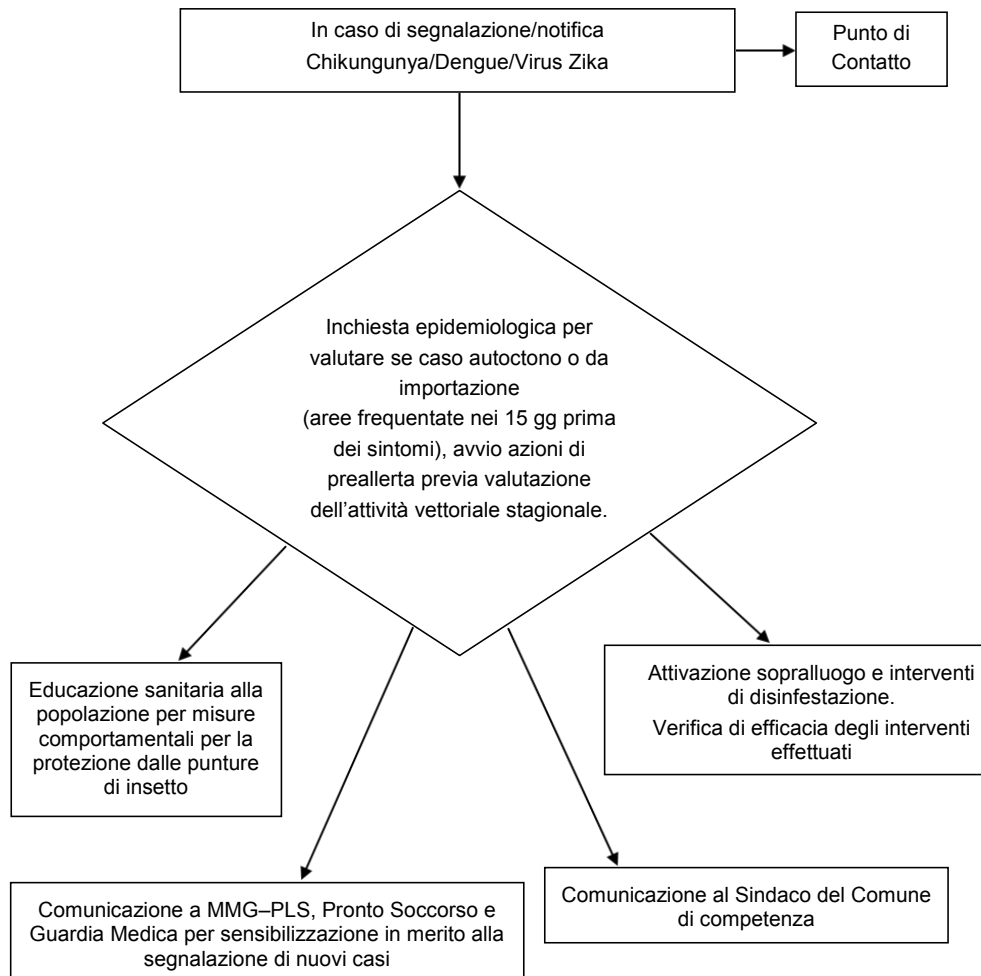
Flusso di segnalazione

CHIKUNGUNYA / DENGUE / VIRUS ZIKA / Encefalite da zecche





ISTRUZIONI OPERATIVE
CHIKUNGUNYA/DENGUE/ VIRUS ZIKA



COLERA

Descrizione:

E' una malattia acuta, diarroica, legata all'infezione intestinale da parte del batterio gram negativo *Vibrio cholerae* gruppo 01 o 0139. Altri sierogruppi, con o senza tossina, possono dare sintomi simil colera. Il vibrione predilige due ecosistemi: intestino umano e ambiente acquatico.

Di solito l'infezione è asintomatica/paucisintomatica; il 10% delle infezioni decorre in forma severa con esordio acuto e improvviso, diarrea acquosa profusa (feci ad acqua di riso) non dolorosa e spesso vomito. Nei casi non trattati si verifica rapida disidratazione, ipotermia, acidosi, collasso circolatorio, shock ipovolemico e morte; nei bambini può dare ipoglicemia e insufficienza renale. Nei casi gravi non trattati il tasso di letalità può superare il 50%, mentre con un trattamento adeguato è inferiore all'1%.

Il colera è endemico in alcune regioni dell'Asia, in Medio Oriente, Africa, America Centrale e Meridionale e negli Stati Uniti nella zona del Golfo del Messico. I casi importati in Europa, Giappone ed Australia hanno provocato epidemie circoscritte.

Nelle aree endemiche le epidemie di solito avvengono durante i mesi caldi. L'incidenza è più alta tra i bambini ma può comunque interessare soggetti di qualsiasi età.

Scheda specifica di Flusso: NO

Tempi di segnalazione:

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

Periodo di incubazione:

12-72 ore dall'ingestione del batterio, fino ad un massimo di 5 giorni, a seconda della carica batterica.

Periodo di contagiosità:

Tutto il periodo in cui i microrganismi vengono escreti con le feci, solitamente cessa con la guarigione. Occasionalmente lo stato di portatore può persistere per diversi mesi. Gli antibiotici (tetracicline) riducono il periodo di contagiosità.

Modalità di trasmissione:

Ingestione di cibo o bevande contaminati direttamente o indirettamente da feci o vomito di persone infette, anche asintomatiche.

Veicoli di infezione sono pesci e molluschi contaminati, prodotti o avanzi di cereali cotti, non adeguatamente riscaldati. La trasmissione da persona a persona, anche degli operatori sanitari durante le epidemie, è raramente documentata. I contatti domestici di pazienti con il colera sono ad alto rischio di infezione, dato che questa spesso avviene attraverso fonti comuni di cibo e acqua contaminati. I vibroni possono persistere nell'acqua per lunghi periodi.

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica, per rilevare la possibile fonte di esposizione.

Isolamento preferibilmente ospedaliero, con precauzioni enteriche, durante la fase acuta nei per i pazienti gravemente colpiti per garantire una migliore gestione clinica. Per considerare il paziente guarito, dovrebbero essere effettuate 3 coproculture a giorni alterni, iniziate dopo almeno 3 giorni dalla fine della terapia antibiotica. I casi meno gravi possono essere trattati in ambulatorio con reidratazione orale e appropriata terapia. L'aspetto più importante nel trattamento del colera è la reintegrazione dei liquidi e dei sali persi con la diarrea e il vomito. La reidratazione orale ha successo nel 90% dei casi, e può avvenire tramite assunzione di soluzioni ricche di zuccheri, elettroliti e acqua, e deve essere intrapresa immediatamente.



Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

Sorveglianza sanitaria per almeno 5 giorni dall'ultima esposizione per i soggetti che abbiano condiviso cibi e bevande di un paziente affetto da colera. I contatti stretti vanno sottoposti a chemioprolifassi.

Provvedimenti sull'ambiente:

Indagare la possibilità di infezione da acque potabili o da cibo contaminato. In caso di epidemia adottare provvedimenti per assicurare un adeguato rifornimento di acqua potabile, clorare o bollire l'acqua da bere o per cucinare. Adottare adeguate misure per un efficace smaltimento dei liquami.

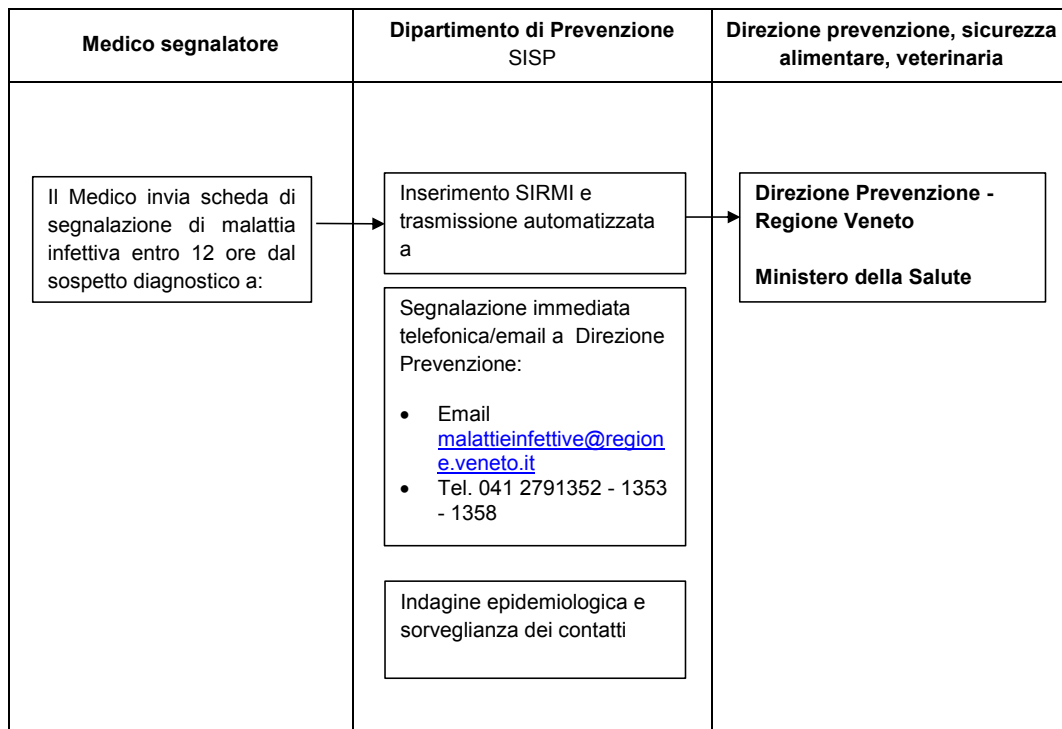
Profilassi:

- **Vaccinazione:** è disponibile un vaccino orale che, per gli adulti e i bambini dai 6 anni di età, prevede la somministrazione di 2 dosi distanziate di 1-6 settimane e conferisce una protezione per 2 anni. Nei bambini di 2-6 anni la vaccinazione di base è costituita da 3 dosi a distanza di 1-6 settimane e una dose booster dopo 6 mesi. La vaccinazione è raccomandata ai viaggiatori diretti in aree endemiche o con epidemia di colera, specie se presentano fattori di rischio (ipocloridria, gastrectomia totale o parziale, malattia cardiaca, anziani, gruppo sanguigno 0).
- **Chemioprolifassi:** come da indicazioni in tabella.

Adulti	Tetracicline (500 mg x 4 volte/die) x 3 gg
	Doxiciclina (300 mg in dose singola) x 3 gg
Bambini > 8 anni	Tetracicline 50 mg/Kg in 4 dosi oppure Doxiciclina (6mg/Kg) x 3 gg



Flusso di segnalazione

COLERA

CREUTZFELDT-JAKOB (malattia di)

Descrizione:

il morbo di Creutzfeldt-Jakob (CJD) è una malattia neurodegenerativa rara e rientra fra le encefalopatie spongiformi trasmissibili (TSE) per l'aspetto che acquisiscono i tessuti cerebrali dei pazienti colpiti. Si suppone sia una patologia da prione, ed è invariabilmente fatale. La proteina prionica normale PrPC è espressa nei neuroni, e in minor quantità nei gliociti, in alcuni tessuti periferici, e nei leucociti; l'alterazione della PrPC nella forma PrPSc sarebbe alla base del CJD. Le funzioni esatte di PrPC sono poco chiare, ma parrebbe giocare un ruolo nell'adesione cellulare, nello stress e nel signalling. A tutt'oggi si riconoscono 3 forme principali: sporadica, familiare, e infettiva. Quella più frequente (circa l'85% dei casi) è la forma sporadica; non è ancora nota la causa ma probabilmente sono coinvolte alterazioni stocastiche in PrP, e colpisce persone di età superiore ai 50 anni. I sintomi tipici comprendono una progressione rapida verso uno stato di demenza, a cui è associato un andamento molto particolare dell'elettroencefalogramma, che però non sempre è presente; l'EEG patologico presenta delle scariche periodiche sincrone epilettiformi bilaterali (BiPEDs). Nel tessuto cerebrale, la malattia porta a lesioni che appaiono come dei "buchi" da cui il nome encefalopatia spongiforme.

La forma familiare (es. insonnia fatale familiare) è caratterizzata da una trasmissione con ereditarietà autosomica dominante, mentre la forma infettiva è rarissima, prevede il contagio tramite prione, ed è legata di solito alla via alimentare (es. consumo di tessuti animali contenenti prione), a procedure iatrogene (es. trapianto di tessuti infetti) e, teoricamente, è possibile la via verticale (madre-feto).

Una forma infettiva è la nuova variante del morbo di Creutzfeldt-Jakob (nvCJD), che è stata identificata per la prima volta nel 1996: ad oggi, la maggior parte dei casi si è registrata nel Regno Unito, con 178 casi fino a settembre 2018. Questa variante è legata al consumo di carne di bovini con encefalopatia spongiforme (malattia della mucca pazza) e colpisce principalmente persone in giovane età (dai 15 ai 50 anni) con una sopravvivenza media di circa 15 mesi. I sintomi della nuova variante sono: disturbi di tipo sensoriale, forti dolori, perdita di memoria, movimenti involontari, fino ad un vero e proprio stato demenziale, con mutismo e immobilità, fino alla morte generalmente per polmonite.

La malattia di Creutzfeldt-Jakob è stata segnalata in tutto il mondo.

Tempi di segnalazione:

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

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

Il periodo di incubazione è ignoto, ma può durare decenni.

Periodo di contagiosità:

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

Non è stata riportata la trasmissione interpersonale della CJD mediante sangue, latte, saliva, urine o feci, tuttavia alcuni studi recenti ipotizzano che anche le trasfusioni senza deplezione leucocitaria possano rappresentare una via di trasmissione.

Modalità di trasmissione:

La modalità di trasmissione è ancora oggetto di dibattito, ma si ipotizzano modifiche in PrPC. L'agente infettivo è una proteina mutata: proteina prionica scrapie (PrPSc) o prione.

Si tratterebbe di una forma modificata e quindi patologica della normale proteina prionica cellulare (PrPC), presente fisiologicamente in molti tessuti e cellule.



Alcuni dei prioni di nuova formazione resistono alla digestione da parte di proteasi neuronali e si accumulano lentamente, causando inoltre la trasformazione di altre PrPC circostanti in prioni e il processo continua. Quando raggiungono un certo numero, ne risulta la malattia. L'estrema resistenza di queste molecole modificate le renderebbe in grado di sopportare molti processi di lavorazione della carne e di entrare nell'organismo umano per via alimentare. Da qui poi riuscirebbero a raggiungere il sistema nervoso centrale, inducendo la modificazione patologica alla base del decorso della malattia.

Provvedimenti nei confronti del malato:

Sono raccomandate le precauzioni standard. Non esistono trattamenti per la malattia di Creutzfeldt-Jakob. Il trattamento è di supporto.

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

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

Nei casi con sospetto clinico di Malattia di Creutzfeldt-Jakob l'accertamento autoptico è obbligatorio (DM 21/12/2001).

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

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

Profilassi:

I lavoratori che manipolano liquidi e tessuti di pazienti potenzialmente affetti da malattia di Creutzfeldt-Jakob devono indossare guanti ed evitare l'esposizione delle mucose. La pelle contaminata può essere disinfettata applicando idrossido di Na al 4% per 5-10 minuti seguito da lavaggio estensivo con acqua.

- **vaccinazione:** la vaccinazione contro le malattie da prione non è disponibile e non è stata dimostrata alcuna risposta immunologica all'infezione



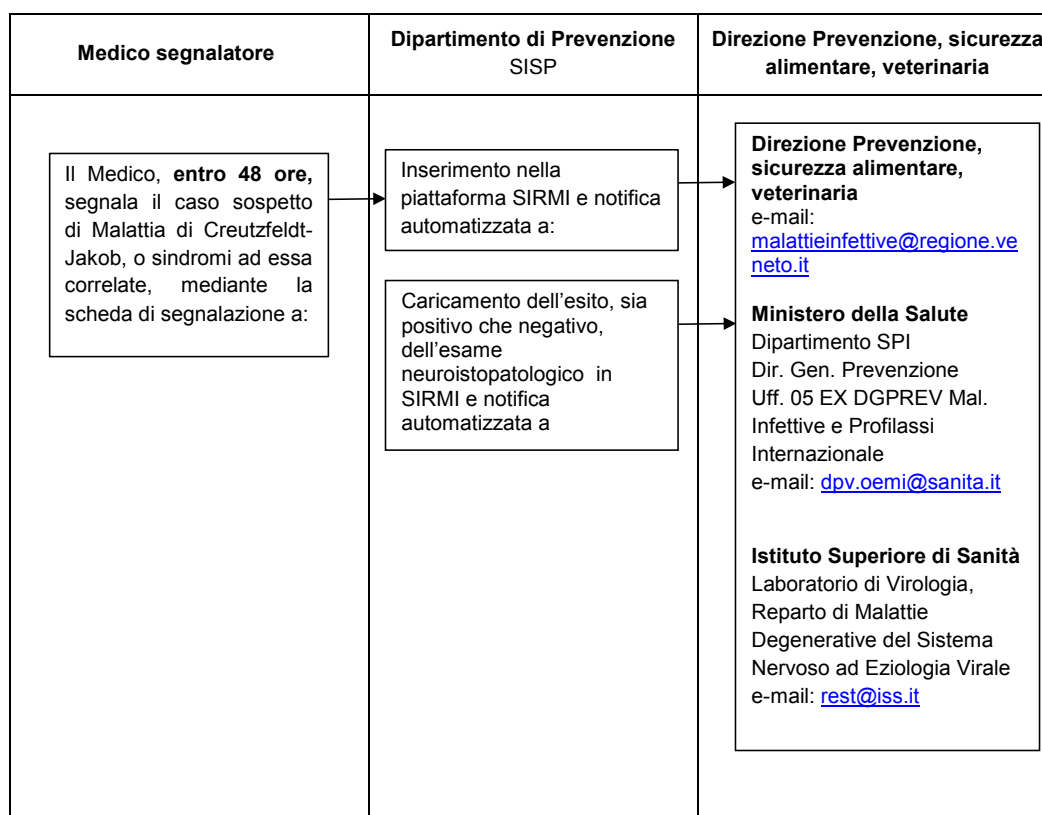
ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 244 di 392

Flusso di segnalazione

MALATTIA DI CREUZFELD JACOB

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



DENGUE

Descrizione:

malattia acuta virale trasmessa all'uomo dalla puntura di zanzare infette del genere *Aedes*, soprattutto *A. aegypti*. Il virus della dengue comprende quattro sierotipi (1,2,3,4) distinti ma strettamente correlati che appartengono al genere *Flavivirus*, famiglia *Flaviviridae*. Si tratta di un arbovirus, in particolare di un morbovirus (mosquito-borne virus). Sono endemici nella maggior parte dei paesi tropicali e subtropicali. L'esordio della malattia è acuto e si caratterizza per la comparsa improvvisa di febbre, malessere, cefalea, dolore retro-orbitale, mialgia/artralgia, disturbi gastrointestinali, spesso seguiti da petecchie e rash cutaneo maculo-papulare. Nella maggior parte dei casi, (~80%) l'infezione decorre asintomatica o paucisintomatica, e in generale i sintomi si risolvono in 7 giorni senza ulteriori complicazioni. Talvolta, dopo un breve periodo di defervescenza, la malattia evolve in forme più gravi con elevata permeabilità capillare, emorragie e shock. La dengue grave (febbre emorragica) è una complicanza potenzialmente mortale che colpisce soprattutto i bambini ed è più comune in caso di reinfezione con un altro sierotipo.

Tempi di segnalazione:

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

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

4-10 giorni dal morso del vettore infetto

Periodo di contagiosità:

non c'è trasmissione interumana, anche se l'uomo è il principale ospite e funge da serbatoio del virus per le zanzare non infette nel cosiddetto ciclo urbano; nel ciclo silvestre invece l'ospite principale è rappresentato dai primati non umani. La zanzara diventa contagiosa 8-12 giorni (periodo di incubazione estrinseco, o EIP) dopo aver ingerito sangue da paziente viremico e rimane capace di trasmettere il virus per il resto della sua vita. Le persone infette, sia sintomatiche che asintomatiche, possono trasmettere il virus alle zanzare 1-2 giorni prima dell'esordio dei sintomi e fino a 2 giorni dopo la fine della febbre. Possibile trasmissione con trasfusioni, trapianti e madre-feto (verticale).

Modalità di trasmissione:

attraverso la puntura di zanzare infette, soprattutto *A. aegypti* che vive in ambienti urbani e punge prevalentemente la mattina presto e la sera prima del tramonto. Focolai di dengue sono stati attribuiti anche ad *A. albopictus*, *A. polynesiensis* e diverse specie del gruppo *A. scutellaris*. Il virus viene mantenuto in circolazione grazie ad un ciclo che coinvolge l'uomo, le scimmie e la zanzara. Durante la fase viremica (di solito 4-5 giorni, ma può arrivare anche a 12 giorni) possibile trasmissione con trasfusioni, trapianti e madre-feto (verticale).

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica per tracciare la via di contagio, e determinare i luoghi di soggiorno, in modo da programmare le attività di controllo del vettore. Isolamento fiduciario.

Prevenire le punture di zanzara dei pazienti fino alla defervescenza (zanzariere, insetticidi).

Terapia di supporto (antipiretici, antinfiammatori, idratazione, riposo a letto). L'acido acetilsalicilico è controindicato. Isolamento fiduciario del paziente.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

evitare contatto ematico in fase viremica. Adottare misure di protezione dalle punture di insetto ed educazione sanitaria.

Provvedimenti sull'ambiente:

- disinfestazione ordinaria: per merci provenienti da Paesi endemici, disinfestazione da zanzare e azioni specifiche per contrastare la proliferazione degli insetti vettori, in ambiente urbano e domestico
- disinfestazione straordinaria come da protocollo regionale.



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 246 di 392

Profilassi:

- **vaccinazione:** esiste un vaccino tetravalente (contro i 4 sierotipi), ma non è disponibile in Italia. Le raccomandazioni internazionali sono di riserverlo SOLO a chi viva in zone endemiche e abbia già avuto una infezione da dengue. E' importante, per chi viaggia in zone endemiche e soggiorna in zone a rischio, adottare misure comportamentali per ridurre le punture di zanzare potenzialmente infette.

Vedi flusso di segnalazione ed istruzioni operative in Chikungunya/Dengue/virus Zika.



DIFTERITE**Descrizione**

La Difterite è una malattia infettiva provocata da batteri aerobi Gram positivi principalmente della specie *Corynebacterium diptheriae*. Più raramente la malattia è causata da *Corynebacterium ulcerans* e *Corynebacterium pseudotuberculosis*. Tutte e tre le specie sono in grado, se infettate da un batteriofago tossigeno, di produrre la tossina difterica responsabile dei quadri clinici più severi. In base al sito anatomico coinvolto si distingue una forma respiratoria (naso, tonsille, faringe, laringe) e una forma non-respiratoria (cute e altre membrane mucose).

Tempi di segnalazione

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

Scheda specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione

2-5 giorni

Periodo di contagiosità

nei soggetti non trattati, il patogeno è presente nelle secrezioni di naso e gola e nelle lesioni cutanee e mucose da 2 a 6 settimane dopo l'infezione; pazienti trattati con appropriata terapia antimicrobica generalmente non sono più infettivi 48 ore dopo l'inizio del trattamento.

Modalità di trasmissione

per via aerea, attraverso le goccioline di saliva (droplets) e le secrezioni respiratorie, sia per via diretta (tosse, starnuti) che indiretta (dispersione delle goccioline e secrezioni su superfici e oggetti)

Provvedimenti nei confronti del malato

Inchiesta epidemiologica.

Nei confronti del malato e del portatore asintomatico di ceppo tossigeno si ricorre a:

1. terapia antibiotica: è fondamentale per eradicare il patogeno e prevenire la trasmissione ad altre persone. La scelta del regime terapeutico deve tenere conto della sensibilità del ceppo all'antibiogramma ed eventuali controindicazioni.

Principio attivo	Fascia di età	Posologia	Via somministrazione	di	Durata
Eritromicina (Claritromicina o Azitromicina in alternativa)	Bambini	40-50 mg/kg/die suddivisi in quattro somministrazioni	p.o. o i.m.		14 giorni
	Adulti	2 g/die suddivisi in quattro somministrazioni	p.o. o i.m.		14 giorni
Benzilpenicillina	Bambini	100.000 U/kg/die suddivise in due somministrazioni	i.m.		14 giorni
	Adulti	4.000.000 U/die suddivise in due somministrazioni	i.m.		14 giorni
Penicillina G procaina	Bambini	50.000 U/kg/die in unica somministrazione	i.m.		14 giorni
	Adulti	1.200.000 U/die in unica somministrazione	i.m.		14 giorni



2. profilassi passiva con siero equino anti-difterico: il siero deve essere somministrato tempestivamente nei casi con quadro clinico di difterite respiratoria classica oppure con segni e sintomi di tossicità sistemica riconducibili alla tossina (es. segni di tossicità cardiaca o renale, paralisi nervosa periferica)
3. isolamento: per le forme respiratorie è necessario applicare sia le precauzioni da contatto sia quelle da droplets, che includono isolamento del soggetto in stanza singola, disinfezione continua del morbillo e degli oggetti venuti in contatto con le secrezioni, utilizzo di dpi per visitatori e caregivers; per le forme cutanee si effettuano una copertura della lesione con garze o cerotti, isolamento del soggetto in stanza singola o isolamento spaziale, disinfezione continua mobili ed oggetti venuti in contatto con il patogeno.
4. vaccinazione: soggetti infetti non immunizzati in precedenza devono ricevere subito una dose di vaccino e completare l'immunizzazione attiva durante la convalescenza; soggetti infetti già immunizzati in precedenza in modo parziale devono completare il ciclo vaccinale durante la convalescenza.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

Si considera *contatto stretto* un soggetto esposto alle secrezioni del caso probabile e/o confermato nei 10 giorni precedenti l'esordio dei sintomi e fino a 48 ore dall'inizio di appropriata terapia antibiotica. Se la possibile fonte della trasmissione è un portatore asintomatico, va considerato *contatto stretto* chiunque sia stato esposto alle sue secrezioni nei 10 giorni precedenti.

Nei confronti dei contatti stretti si adottano i seguenti provvedimenti immediati:

1. *esecuzione di tamponi nasale e faringeo* per l'identificazione dello stato di portatore; in caso di positività eseguire test di tossigenicità sul ceppo isolato
2. *isolamento domiciliare*
3. *temporanea esclusione dal lavoro* nel caso di contatti che svolgono occupazioni ad alto rischio di trasmissione (es. operatori sanitari, scolastici e di assistenza, addetti alla preparazione, manipolazione o somministrazione di cibo)
4. *profilassi antibiotica*: eritromicina per 7-10 giorni, oppure benzatina penicillina G in singola somministrazione
5. *vaccinazione anti-difterica*: somministrazione di un richiamo nei soggetti che abbiano effettuato un ciclo vaccinale completo (almeno 3 dosi) con ultima dose di vaccino risalente a più di cinque anni prima, somministrazione immediata di una dose di vaccino e completamento del ciclo vaccinale nei soggetti senza precedente vaccinazione, completamento del ciclo vaccinale nella fase di convalescenza nei soggetti con precedente immunizzazione incompleta
6. *sorveglianza sanitaria attiva* per 7 giorni dall'ultimo contatto

In base agli esiti degli esami microbiologici eseguiti sul *caso indice* si adottano i successivi provvedimenti nei confronti del contatto stretto:

1. il ceppo isolato è tossigeno: il contatto stretto prosegue con l'isolamento domiciliare e l'eventuale esclusione dal lavoro e, ad almeno 24 ore dal completamento della profilassi antibiotica, esegue due tamponi di controllo a distanza di almeno 24 ore l'uno dall'altro. Se i tamponi di controllo risultano negativi, il contatto stretto interrompe l'isolamento domiciliare e l'eventuale esclusione dal lavoro; se i tamponi risultano positivi bisogna eseguire il test di tossigenicità sul ceppo isolato ed attendere il risultato
2. il ceppo isolato non è tossigeno: il contatto stretto interrompe l'isolamento domiciliare e l'eventuale esclusione dal lavoro, completa la profilassi antibiotica senza eseguire tamponi di controllo

L'isolamento di un ceppo tossigeno su un contatto stretto, indipendentemente dalla fase in cui avvenga (tamponi iniziale o tamponi di controllo a fine profilassi), impone di classificare il soggetto come "portatore asintomatico di ceppo tossigeno".



Provvedimenti sull'ambiente

Non previsti.

Profilassi

In Italia la vaccinazione contro la difterite è offerta a tutti i nuovi nati e prevede la somministrazione di tre dosi nel primo anno di vita. Il Ministero raccomanda la vaccinazione dei nuovi nati con il vaccino esavalente, che protegge anche contro il tetano, la poliomielite, la pertosse, l'epatite virale B e le infezioni invasive da *Haemophilus influenzae b*. Un richiamo viene effettuato all'età di 5-6 anni in associazione con i vaccini contro la difterite, la pertosse e la poliomielite (vaccino quadrivalente). Poiché la protezione non è duratura, sono consigliati ulteriori richiami ogni 10 anni. È consigliato effettuare i richiami in associazione con il vaccino contro il tetano e la pertosse (dTap). Gli adulti non vaccinati e i bambini di età >7 anni non vaccinati o che non hanno completato il ciclo vaccinale ricevono la formulazione per adulti. Il ciclo primario è costituito da 2 dosi di vaccino contro tetano e difterite (dT) e una terza dose associata anche al vaccino contro la pertosse (dTap).

Successivamente sono raccomandati richiami ogni 10 anni, preferibilmente in associazione con il vaccino contro la difterite e la pertosse (dTap). L'unica controindicazione alla vaccinazione è la manifestazione di una reazione allergica grave ad una precedente dose o agli eccipienti contenuti nel vaccino.



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 250 di 392

Flusso di segnalazione

DIFTERITE

Medico segnalatore	Dipartimento di Prevenzione SISP	Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria
<p data-bbox="264 712 564 831">Il Medico invia scheda di segnalazione di malattia infettiva entro 12 ore dal sospetto diagnostico a:</p>	<p data-bbox="624 712 906 824">Inserimento nella piattaforma SIRMI e notifica automatizzata a:</p>	<p data-bbox="975 712 1283 831">Direzione Prevenzione - Regione Veneto Ministero della Salute</p>



ENCEFALITE DA ZECCHIE (TBE: TICK-BORNE ENCEPHALITIS)**Descrizione:**

Malattia virale acuta causata da un arbovirus in particolare un tbovirus (tick-borne virus), appartenente al genere *Flavivirus*, famiglia Flaviviridae e trasmessa dal morso di zecca. Vi sono tre sottotipi di virus della TBE: europeo, siberiano e dell'Estremo Oriente. La TBE è endemica in molti Paesi dell'Europa centro-orientale e settentrionale, Italia compresa. Le zecche svolgono sia il ruolo di vettore sia quello di serbatoio del virus; restano infette tutta la vita, e possono contrarre l'infezione o col sangue infetto di un ospite o per via transovarica, dalla madre. Le specie di zecche più frequentemente coinvolte sono le cosiddette zecche dure (fam. Ixodidae), *Ixodes ricinus* (virus di sottotipo europeo) e *Ixodes persulcatus* (virus sottotipi siberiano e orientale), che parassitano roditori, cervidi, ovini, caprini e uccelli. Altre zecche dure che possono trasmettere il virus sono *Dermacentor* (zecca del cane) ed *Haemaphysalis*

L'infezione umana decorre in maniera asintomatica o paucisintomatica nei due terzi dei casi. Nei rimanenti, dopo un periodo d'incubazione di 3-28 giorni, si manifestano sintomi simil-influenzali come febbre alta, cefalea, mal di gola, astenia, mialgie e artralgie. Talvolta, dopo un intervallo senza sintomi di 8-20 giorni, possono comparire segni di coinvolgimento del sistema nervoso centrale (meningite, encefalite, paralisi flaccida). Nei bambini la malattia tende ad essere più lieve, con progressivo aumento della severità all'avanzare dell'età

Tempi di segnalazione

entro 24 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI**Periodo di incubazione**

3-28 giorni (in media 7); più breve (3-4 giorni) in caso di trasmissione alimentare.

Periodo di contagiosità

la TBE non è soggetta a trasmissione interumana; fa eccezione la trasmissione verticale madre-feto/neonato.

Modalità di trasmissione

l'uomo viene infettato prevalentemente attraverso il morso di una zecca infetta, soprattutto nel periodo primaverile-estivo; i soggetti più a rischio sono quelli esposti per ragioni professionali o ricreative ad ambienti selvatici o rurali dove le zecche trovano il loro habitat ideale. Sono segnalati casi di trasmissione verticale madre-feto o madre-neonato (attraverso il latte materno) o alimentare (consumo di latte crudo proveniente da animali infetti). Nell'ambito di laboratori analisi è stata descritta la trasmissione per inalazione di aerosol e per puntura con ago contaminato. L'uomo non sviluppa viremie capaci di infettare eventuali vettori.

Provvedimenti nei confronti del malato

Inchiesta epidemiologica per determinare, se possibile, alla modalità di contagio. terapia di supporto; non esiste terapia specifica.

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e contatti: precauzioni standard per prevenire la trasmissione del virus dal soggetto viremico ai contatti.

Provvedimenti nei confronti degli esposti: nel caso in cui si rinvenga una zecca sul proprio corpo, è necessario rimuoverla delicatamente con una pinzetta (o con apposito strumento acquistato in farmacia) cercando di non schiacciarla e di non spezzare l'apparato buccale. La manovra di estrazione deve essere verticale, senza torsioni e senza troppa forza, e la pinzetta va spinta in basso fino al capitulum (la "testa"). Bisogna evitare di applicare sul parassita fonti di calore o sostanze chimiche o oleose: queste manovre facilitano il rigurgito di sangue da parte della zecca aumentando la probabilità di trasmissione di eventuali agenti infettivi. Dopo aver rimosso la zecca occorre disinfettare accuratamente la cute, usando disinfettanti non colorati in modo da poter monitorare la cute ed



identificare l'eventuale comparsa di eritemi. Se l'apparato buccale è rimasto conficcato nella cute, rimuoverlo con un ago sterile.

Provvedimenti sull'ambiente: nelle aree naturali più frequentate dalle persone, lo sfalcio regolare dell'erba e la rimozione del fogliame depositato sul terreno contribuiscono a ridurre gli habitat in cui le zecche possono annidarsi. Inoltre, è opportuno ispezionare ogni giorno la cute degli animali domestici per individuare parassiti ed eventualmente intervenire con acaricidi o repellenti specifici.

Profilassi: vaccinazione e misure comportamentali

È disponibile un vaccino inattivato somministrato per via intramuscolare, preferibilmente nella regione deltoidea; il ciclo vaccinale di base prevede tre dosi (0, 1-3 mesi, 6-15 mesi) con un primo richiamo dopo 3 anni e successivi richiami ogni 5 anni (ogni 3 anni per le persone dai 60 anni in su). È disponibile la formulazione pediatrica che è indicata nei bambini di età compresa da 1 a 15 anni. Per ottenere la protezione immunitaria prima dell'inizio dell'attività stagionale delle zecche, che avviene in primavera, la prima e la seconda dose devono essere somministrate nei mesi invernali.

Le persone che frequentano gli habitat naturali delle zecche dovrebbero adottare una serie di precauzioni per ridurre la probabilità di essere morsi:

- evitare per quanto possibile di entrare in contatto con l'erba alta, i cespugli e il terreno coperto di foglie, in cui le zecche si annidano;
- proteggersi con indumenti adeguati (pantaloni lunghi infilati negli scarponi e maniche lunghe) ed utilizzare repellenti a base di DEET o permetrina;
- al ritorno dall'escursione o dal soggiorno all'aperto, ispezionare accuratamente la propria pelle, i propri effetti personali e i propri animali domestici per individuare eventuali zecche;
- sciacquarsi sotto la doccia appena possibile per lavare via eventuali zecche;
- lavare i vestiti in acqua calda oppure trattarli in asciugatrice per uccidere eventuali zecche.

Per prevenire la trasmissione alimentare è opportuno non consumare latte e latticini non pastorizzati, soprattutto se derivano da animali allevati in aree endemiche.

Vedi flusso di segnalazione in Chikungunya/Dengue/virus Zika.



EPATITE VIRALE ACUTA DA VIRUS A

Descrizione:

Malattia febbrile acuta provocata dal virus dell'Epatite A (HAV), trasmessa per via oro-fecale attraverso l'ingestione di cibi o acqua contaminati. Il quadro clinico può variare da lieve a severo, con febbre, malessere, inappetenza, nausea, disturbi digestivi, urine scure e ittero. I bambini minori di 6 anni tendono ad avere forme lievi o asintomatiche. Rare le forme fulminanti a carico di soggetti già epatopatici.

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

Tempi di segnalazione:

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

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

Generalmente 14-28 giorni (può arrivare fino a 50 giorni).

Periodo di contagiosità:

massima contagiosità da 1-2 settimane prima dell'esordio dei sintomi fino a 1 settimana dopo la comparsa dell'ittero. Il virus è presente nelle feci 7-10 giorni prima dell'esordio dei sintomi e fino a una settimana dopo, mentre è presente nel sangue solo per pochi giorni. Infanti e bambini possono diffondere il virus fino a oltre 6 mesi dopo l'infezione.

Modalità di trasmissione:

La principale via di trasmissione è quella oro-fecale, tramite cibo/bevande contaminate da feci infette. Il virus è anche trasmesso tramite contatto fisico intimo (es. sesso orale-anale) con un soggetto infetto. Altre vie meno frequenti di contagio sono l'utilizzo di droghe per via endovenosa. Raramente il passaggio verticale da madre a bambino, e le trasfusioni.

Epidemie in asili nido e comunità frequentate da bambini con pannolino sono favorite da carenze norme igieniche.

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica, per tracciare la catena del contagio. Allontanamento da eventuali collettività e precauzioni enteriche (stanza e bagno dedicati al paziente, uso di guanti e vestiario monouso se prevista la manipolazione delle feci del paziente) per 15 giorni dalla diagnosi fino a 7 giorni dopo la comparsa dell'ittero.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

Sorveglianza sanitaria di 50 giorni per la ricerca di casi secondari o altri casi sfuggiti alla diagnosi, qualora si sospetti una fonte di infezione comune (viaggio, consumo alimenti, ecc.).

La profilassi post-esposizione, vaccinale (SOLO monovalente anti-HAV) o con IgG, deve essere somministrata ai familiari e alle persone che sono venute a stretto contatto con i pazienti affetti da epatite A, idealmente entro 12 giorni dal contatto a rischio.

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

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



Provvedimenti sull'ambiente:

Miglioramento dal punto di vista igienico-sanitario in campo alimentare e nell'approvvigionamento idrico.

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

Profilassi:

- **Vaccinazione:** il ciclo completo di vaccinazione rappresenta la migliore prevenzione contro il virus. Vaccinare le persone a rischio (p. es., i viaggiatori in aree endemiche, il personale di laboratorio).
- Contatti (SOLO con vaccino monovalente anti-HAV);
- Personale impegnato nell'assistenza sanitaria e della prima infanzia, in caso di epidemia estesa.
- **Profilassi post-esposizione:** la somministrazione del vaccino entro 8 giorni dall'esposizione ha mostrato un'efficacia di oltre l'80%. Considerata la breve durata dell'esposizione, la variabilità e la tendenza alla diminuzione del titolo anticorpale nelle immunoglobuline, l'intervento con vaccino è da considerare preferibile all'impiego delle gammaglobuline.



EPATITE VIRALE ACUTA DA VIRUS B

Descrizione:

Malattia infettiva provocata dal virus dell'epatite B (HBV). La gran parte delle infezioni decorre asintomatica, soprattutto nei soggetti minori di 5 anni, mentre nei soggetti di età maggiore è più frequente (~40% dei casi) la presenza di sintomi indicativi di una forma acuta, clinicamente indistinguibile da altre epatiti virali. Complessivamente, quasi il 90% delle infezioni si risolve in modo completo, garantendo un'immunità a lungo termine. Circa il 5-10% dei casi evolve verso la forma cronica, con rischio di evoluzione in cirrosi epatica e carcinoma epatocellulare (HCC). In particolare cronicizza meno del 5% delle infezioni dell'adulto, mentre la percentuale di cronicizzazione è del ~95% nelle infezioni dell'infanzia. Ha una letalità quasi dell'1%, che tende ad aumentare oltre i 40 anni di età.

E' diffusa in tutto il mondo, ed ha caratteristiche endemiche con minime variazioni stagionali.

Tempi di segnalazione:

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

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

da 30 a 180 giorni, mediamente 60-90 giorni.

Periodo di contagiosità:

Inizia mediamente dopo 2 settimane dall'avvenuta infezione, ed è coincidente con la rilevazione di HBsAg nel sangue. Il soggetto è comunque contagioso fintanto che rimane HBsAg positivo..

Modalità di trasmissione:

La trasmissione avviene per via parenterale (es. trasfusioni, ferite con taglienti infetti), per via sessuale e per via verticale (es. madre a figlio durante la gravidanza).

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

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica, per tracciare la catena del contagio.

In caso di forme acute, il paziente andrà allontanato dalle collettività fino a guarigione clinica. In caso invece di pazienti cronicamente infettati, sono importanti le norme igienico/comportamentali atte a ridurre il rischio di infezione in conviventi e contatti.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

Ricerca marker di epatite B nei conviventi e in eventuali contatti a rischio (es. partner sessuali) rilevati durante l'inchiesta. Vaccinazione di conviventi e contatti stretti preferibilmente entro una settimana dall'esposizione.

Provvedimenti sull'ambiente:

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

Corretto smaltimento del materiale potenzialmente infetto.

Profilassi:

- **vaccinazione:** Il vaccino attualmente in uso è prodotto con tecniche di ingegneria genetica, si è dimostrato sicuro ed efficace e fornisce immunità di lunga durata. In Italia, dal 1991 la vaccinazione è obbligatoria per tutti i nuovi nati e, fino al 2003, lo è stata anche per gli adolescenti a 12 anni, e fortemente raccomandata per i gruppi di popolazione a maggior rischio d'infezione (tossicodipendenti, conviventi di portatori cronici, personale sanitario, ecc).
- **chemioprolifassi:** non indicata;
- **immunoglobuline:** conferiscono una protezione a breve termine (3-6 mesi) e sono indicate, contemporaneamente alla prima dose di vaccino, nel trattamento post-esposizione di soggetti suscettibili.



EPATITE VIRALE ACUTA DA VIRUS C

Descrizione:

Malattia infettiva provocata dal virus dell'epatite C (HCV). I segni e i sintomi dell'infezione non si differenziano da quelli di altre epatiti acute virali, tuttavia nella maggior parte dei casi (80%) l'infezione iniziale è asintomatica. In coloro che manifestano clinicamente la malattia, possono esserci inappetenza, nausea, vomito, febbre, dolori addominali, urine scure, feci pallide, artralgia e ittero. Il decorso fatale è raro (0,1% dei casi), mentre frequente (85% dei casi) è la cronicizzazione; il 20-30% di questi sviluppa, nell'arco di 10-20 anni, cirrosi e, circa l'1-4%, un successivo epatocarcinoma. La distribuzione del virus è universale, molto spesso correlata alle pratiche parenterali in ambito sanitario.

Tempi di segnalazione:

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

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

da 2 settimane a 6 mesi, per lo più è compreso fra 6 e 9 settimane. Nelle forme acute, di norma, l'RNA virale non è rilevabile nel plasma/siero prima di 2 settimane dall'infezione.

Periodo di contagiosità:

da una o più settimane prima dell'esordio dei sintomi e per un periodo indefinito. Tutte le persone con HCV RNA sono infettive (l'anticorpo non implica infettività)

Modalità di trasmissione:

Principalmente per via parenterale, con l'uso di taglienti infetti, sangue/emoderivati non verificati per HCV, e molto meno frequentemente con altre procedure dove ci sia contatto di sangue, come tatuaggi o contatti sessuali. Meno frequente, ma possibile, è la trasmissione perinatale madre/bambino.

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica. Allontanamento dalle collettività fino a guarigione clinica dalla fase acuta. Norme igienico-comportamentali per evitare la trasmissione dell'infezione.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

sorveglianza sanitaria per la ricerca della fonte di infezione al fine di prevenire casi secondari. Educazione sanitaria rispetto alle norme igienico-comportamentali per conviventi e contatti stretti.

Provvedimenti sull'ambiente:

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

Profilassi:

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

Terapia:

Oltre il 90% delle infezioni croniche è curabile tramite i DAAs (Direct Acting Antivirals) pan-genotipici, utilizzabili a partire da soggetti maggiori di 12 anni. La terapia di solito è breve, da 12 a 24 settimane.



EPATITE VIRALE ACUTA DA VIRUS D

Descrizione:

il virus dell'epatite D, o virus delta, (HDV) provoca l'infezione solo in associazione con il virus B (HBV). L'infezione può essere contemporanea (coinfezione) oppure il virus D può infettare un soggetto già cronicamente infettato con il virus B (superinfezione). Nella coinfezione di solito (>95% dei casi) si ha una forma autolimitata, mentre nella superinfezione può accadere spesso (70-90% dei casi) che l'epatite cronica acceleri la sua evoluzione. L'infezione cronica da HBV e HDV è considerata l'epatite virale cronica più severa a causa della più rapida evoluzione verso complicazioni. Diffusa particolarmente in Italia meridionale, Europa orientale, Sud America, Africa, Medio Oriente e Sud America.

Tempi di segnalazione:

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

Scheda specifica di Flusso: SI**Periodo di incubazione:**

Da 2 a 8 settimane.

Superinfezione: 70-80% dei casi sviluppa cirrosi e insufficienza epatica entro 5-10 anni, 15% dei casi li sviluppa in 1-2 anni

Periodo di contagiosità:

Attualmente non noto.

Modalità di trasmissione:

per inoculazione parenterale, cutanea o mucosa, attraverso emoderivati, iniezioni, rapporti sessuali, ma solo in presenza dell'HBV.

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica. Allontanamento dalle collettività fino a risoluzione clinica della forma acuta. Educazione sanitaria per norme igienico-comportamentali finalizzate ad evitare la trasmissione dell'infezione.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

sorveglianza sanitaria per la ricerca della fonte di infezione al fine di prevenire casi secondari. Educazione sanitaria per norme igienico-comportamentali finalizzate ad evitare la trasmissione dell'infezione.

Provvedimenti sull'ambiente:

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

Profilassi:

- **vaccinazione:** sono indicate le stesse misure di controllo e di prevenzione dell'epatite B. Dato che l'HDV non può essere trasmesso in assenza di HBV, la vaccinazione contro l'Epatite B è protettiva anche per l'Epatite D.



EPATITE VIRALE ACUTA DA VIRUS E

Descrizione:

malattia acuta provocata dal virus dell'Epatite E (HEV) della famiglia degli *Herpesviridae*. Esistono 4 genotipi di HEV (1, 2, 3 e 4).. Si manifesta generalmente con ittero, malessere, anoressia, febbre, dolori addominali e artralgia. Il decorso può anche essere sub clinico.

I bambini tendono ad avere forme asintomatiche o paucisintomatiche, mentre le donne in gravidanza tendono ad avere forme più severe, con mortalità del 10-25% nel terzo trimestre. Tende a causare epatiti acute ma raramente l'infezione può cronicizzare, solitamente nei soggetti con gravi immunodeficienze ed infettati da HEV 3 o 4.

È presente in tutto il mondo: epidemie e casi sporadici sono stati registrati principalmente in aree geografiche con livelli igienici inadeguati. Nei Paesi industrializzati, invece, la maggior parte dei casi riguarda persone di ritorno da viaggi in Paesi endemici. Tuttavia, nei Paesi industrializzati è in aumento il numero di casi autoctoni.

Tempi di segnalazione:

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

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

range 2-10 settimane, ma in media 5-6 settimane.

Periodo di contagiosità:

non noto.

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

Modalità di trasmissione:

principalmente per via oro-fecale soprattutto attraverso l'ingestione di acqua contaminata. L'HEV dei genotipi 3 e 4, può avere come ospiti anche altri animali (es. cinghiali, maiali, cervi). I genotipi 1 e 2 circolano solo nell'uomo.

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica. Allontanamento da collettività fino a risoluzione clinica della forma acuta. Educazione sanitaria per norme igienico-comportamentali finalizzate ad evitare la trasmissione dell'infezione.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

sorveglianza sanitaria per la ricerca di casi secondari o altri casi sfuggiti alla diagnosi, qualora si sospetti una fonte di infezione comune (viaggio, consumo acqua contaminata etc...). Educazione sanitaria per norme igienico-comportamentali finalizzate ad evitare la trasmissione dell'infezione.

Provvedimenti sull'ambiente:

nessuno.

Profilassi:

- **vaccinazione:** è stata proposta la somministrazione di gammaglobuline, soprattutto nelle donne gravide, ma la loro efficacia deve essere dimostrata. Sono in corso studi clinici sperimentali per la commercializzazione di due vaccini.

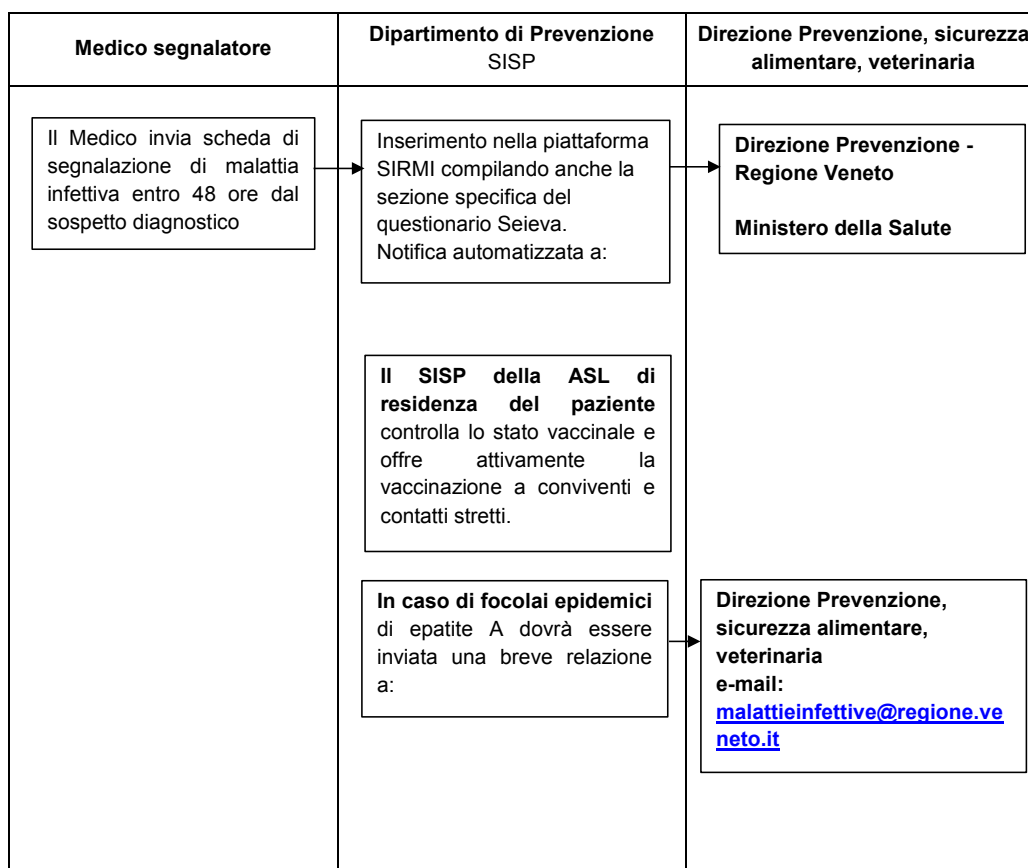


ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 259 di 392

Flusso di segnalazione

EPATITE A-B-C-D-E



FEBBRE DI LASSA

Descrizione:

La febbre di Lassa è una zoonosi causata dal virus Lassa (LASV), della famiglia *Arenaviridae*. La gran parte delle infezioni (~80%) decorre in modo asintomatico. Sintomi comuni sono febbre, malassere generale, cefalea e astenia.

Circa il 20% delle infezioni decorre però in modo più serio, con manifestazioni emorragiche (es. nasali, oculari), distress respiratorio, vomito frequente, dolori toraco-addominali, shock, insufficienza multiorgano. Possono sopraggiungere complicazioni neurologiche come sordità (circa 1/3 degli infetti può sviluppare forme di ipoacusia permanente) ed encefaliti. La malattia ha una durata variabile da 1 a 4 settimane. La mortalità complessiva è ~1% (superiore al 15% negli ospedalizzati). La mortalità ospedaliera può aumentare in caso di epidemie. La malattia è endemica in Africa occidentale: Sierra Leone, Liberia, Guinea e in alcune regioni della Nigeria.

Tempi di segnalazione:

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

Scheda Specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

6-21 giorni.

Periodo di contagiosità:

Non è ancora chiaro in modo definitivo quando e per quanto tempo le persone infettate risultino contagiose. Si sa che dopo circa 3 settimane dall'esordio sintomatico, durante la remissione, si ha una progressiva clearance del virus dal sangue.

Serbatoio

Il serbatoio naturale è rappresentato da alcuni roditori (es. ratti a mammelle multiple).

Modalità di trasmissione:

Contatti diretti o indiretti con escreti di roditori infetti depositati su pavimenti, letti o cibo contaminato, o consumando carne di roditore infetto. La trasmissione interumana avviene in seguito a contatto con sangue, secrezioni, urine, organi, liquido seminale di soggetti infetti.

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica. Isolamento stretto in strutture dotate di pressione negativa fino al termine della fase viremica. Disinfezione continua di escreti e fluidi biologici e di tutti i materiali che sono stati a contatto con il paziente, inclusi strumenti e materiali di laboratorio, con soluzioni di ipoclorito di Na allo 0,5% o di fenolo all'0,5% o trattamento in autoclave oppure termodistruzione.

Astensione dai rapporti sessuali fino a dimostrazione di assenza del virus nello sperma o comunque per 3 mesi.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

Stretta sorveglianza dei contatti per almeno tre settimane (misurazione di temperatura due volte al giorno e isolamento immediato al primo riscontro di temperatura > 38,3°C).

Misure di Prevenzione:

Nelle zone endemiche la prevenzione consiste essenzialmente nell'adozione di norme igieniche che riducano l'accesso dei roditori nelle case, oltre a evitare il consumo delle loro carni. In particolare, occorre conservare i cereali e altre provviste in contenitori sigillati, tenere i contenitori dei rifiuti lontano dalle abitazioni e mantenere le case il più pulite possibile.

Sorveglianza sanitaria dei viaggiatori provenienti dalle aree interessate da epidemie.

Per quanto riguarda il controllo dell'infezione, familiari e operatori sanitari dovrebbero evitare il più possibile il contatto con il sangue o altri fluidi corporei dei malati. Generalmente è sufficiente l'adozione delle misure protettive routinarie. Tuttavia, è sempre bene indossare maschera, guanti, camice e occhiali protettivi, oltre a sterilizzare gli strumenti contaminati.



Provvedimenti sull'ambiente:

Disinfezione terminale degli ambienti; le superfici vanno spruzzate con disinfettanti (ipoclorito, fenolo) da lasciare agire per almeno 4 ore prima del lavaggio con acqua; disinfezione gassosa con formaldeide o ossido di etilene per almeno 8 ore.

Profilassi:

- Vaccinazione e chemioprolassi: vaccino non disponibile.

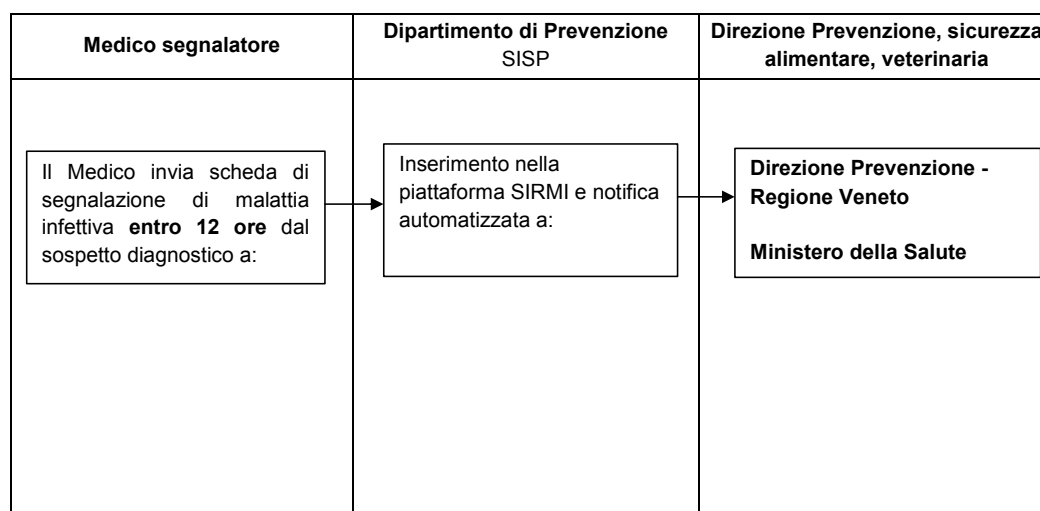
Per tutte le febbri emorragiche è necessaria una terapia di supporto che preveda il mantenimento della volemia e dell'equilibrio idroelettrolitico. La ribavirina è utile, soprattutto se somministrata entro i primi 6 giorni dall'esordio sintomatico.



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 262 di 392

Flusso di segnalazione

FEBBRE DI LASSA

FEBBRE GIALLA

Descrizione:

Malattia (Virosi) acuta dovuta a un virus del genere *Flavivirus*, che può presentare un diverso grado di severità, andando da forme lievi simil-influenzali fino a forme gravi emorragiche. Il quadro clinico solitamente è lieve, asintomatico o paucisintomatico. Le forme lievi hanno un corollario sintomatico piuttosto aspecifico con febbre, cefalea, brividi, mialgia, vomito, astenia. Si stima che una buona parte dei pazienti affetti (variabile dal 40 al 60%) sia asintomatica.

Dopo una apparente fase di remissione, che dura circa 24 ore, nel 15% dei pazienti la malattia progredisce verso la *forma grave* caratterizzata da ittero, febbre emorragica, shock e segni di insufficienza multiorgano. La forma grave ha una letalità del 20-50%. Il tasso di letalità tende ad essere più alto durante le epidemie

L'infezione è endemica nelle zone urbane e forestali delle regioni tropicali e subtropicali dell'Africa e dell'America meridionale. L'Asia e l'Oceania sono indenni dall'areale di diffusione del virus.

Tempi di segnalazione:

Entro 12 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

3-6 giorni.

Periodo di contagiosità:

Il sangue dei pazienti è infettivo per le zanzare da poco prima dell'inizio della febbre e per i primi 3- 5 giorni di malattia. Le zanzare rimangono infettive per tutta la vita.

Modalità di trasmissione:

Mediante la puntura di zanzare infette del genere *Aedes* e *Haemagogus*. La trasmissione avviene al di sotto dei 2.300 metri di altitudine. Il virus della febbre gialla infetta l'uomo e altri primati. Nelle foreste le scimmie sono i principali serbatoi di infezione e l'uomo si infetta quando vi si reca. Nelle zone urbane l'infezione è trasmessa da un individuo all'altro tramite la puntura di zanzare infette; non è trasmissibile per contatto diretto da persona a persona.

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica. Precauzioni per evitare di entrare in contatto con il sangue ed i liquidi organici. Impedire che le zanzare pungano il paziente per i primi 5 giorni di malattia, attraverso l'uso di zanzariere e insetticidi.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

i familiari, altri contatti e i vicini di abitazione non immunizzati vanno vaccinati in tempi brevi.

Provvedimenti sull'ambiente:

Disinfestazione della casa del paziente e di quelle vicine con insetticidi efficaci. Indagare le zone visitate dal paziente 3-6 giorni prima dell'inizio della malattia per localizzare il focolaio di febbre gialla. Eradicazione delle zanzare tramite l'eliminazione dei potenziali luoghi di riproduzione delle zanzare, mediante l'utilizzo di larvicidi nei contenitori di stoccaggio e nei siti di ristagno di acqua, nonché nell'impiego di insetticidi per ridurre la densità delle zanzare adulte.



Profilassi:

- **Vaccinazione:** è disponibile un vaccino costituito da un virus vivo attenuato, sicuro ed efficace, somministrato per via sottocutanea. La protezione inizia 10 giorni dopo la singola dose e per gran parte delle persone dura tutta la vita; in caso di soggiorni ripetuti in zone endemiche, si può valutare una dose booster dopo almeno 10 anni dalla prima dose. La vaccinazione non è di solito consigliata per bambini con meno di 9 mesi di età, donne in gravidanza, persone con allergia grave alle proteine dell'uovo. In tutti questi casi gli effettivi rischi di infezione (destinazione e durata del viaggio, probabilità di esposizione alle punture di zanzare) dovrebbero essere attentamente valutati prima di una eventuale vaccinazione. Sempre importante valutare anche il rapporto rischi/benefici in soggetti con età pari o superiore a 60 anni o con patologie del timo, dato il rischio maggiore di effetti avversi. Molti Paesi richiedono un certificato di vaccinazione contro la febbre gialla rilasciato dai Centri vaccinali autorizzati dal Ministero della Salute a tutti i viaggiatori oppure a quelli che provengono o che hanno transitato in zone endemiche.

Rischi per i viaggiatori

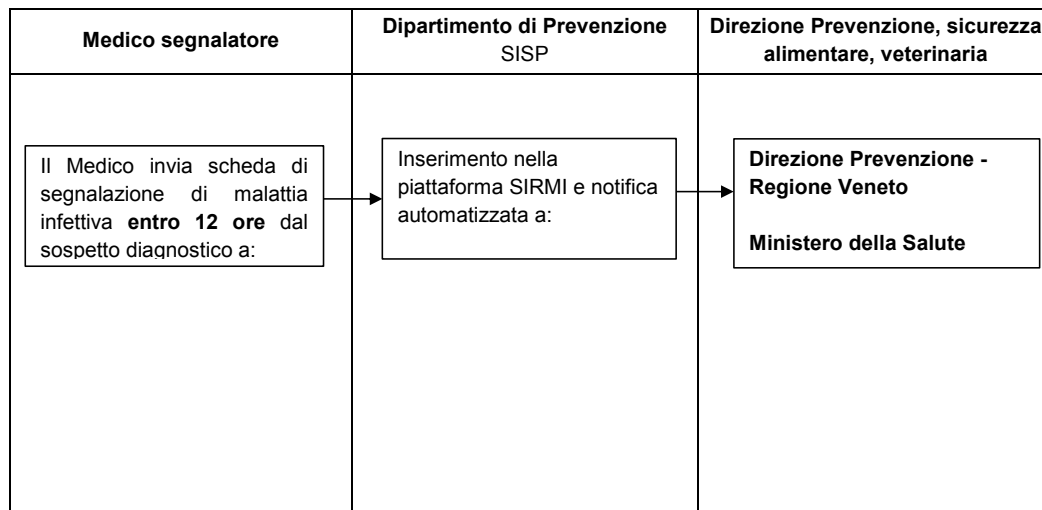
Il rischio medio di contrarre la malattia per un viaggiatore (non immune) in aree endemiche è di 0.5/100.000 nell'Africa occidentale, e di 0.05/100.000 in Sud America. Oltre la vaccinazione, i viaggiatori devono adottare idonee misure di protezione dalle punture di zanzara quando viaggiano in aree endemiche per febbre gialla, tenendo presente le abitudini "diurne" di questo tipo di zanzare. Le misure per evitare di essere punti includono l'uso di repellenti, seguendo le istruzioni riportate nelle etichette dei prodotti, l'utilizzo di pantaloni lunghi e maglie a maniche lunghe, e il dormire in stanze con l'aria condizionata o con la protezione di zanzariere.

In caso di epidemia:

Vaccinazione di massa iniziando dalle persone più esposte e disinfestazione dei luoghi, conosciuti e potenziali, in cui si riproducono le zanzare del genere *Aedes spp.*



Flusso di segnalazione

FEBBRE GIALLA

FEBBRE TIFOIDE

Descrizione:

malattia infettiva sistemica severa provocata dal batterio *Salmonella typhi*, bacillo Gram negativo, e diffusa in tutti i Paesi in cui le condizioni igienico-sanitarie sono scarse. Clinicamente si manifesta con febbre alta, diffuso senso di debolezza, cefalea, tosse, esantema papuloso localizzato al tronco, epatosplenomegalia, dolori addominali, cefalea e perdita di appetito. In alcuni casi si osservano anche diarrea ed emorragie o perforazioni intestinali che possono causare gravi complicanze, quali batteriemie, peritoniti e shock settico. Altre complicanze più rare possono essere costituite da alterazioni dello stato mentale, epatite, colecistite, polmonite, miocardite e meningite (nei bambini). L'uomo è l'unico vettore della malattia che, se non trattata, ha un tasso di mortalità superiore al 10%.

Tempi di segnalazione:

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

Scheda specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

1-2 settimane generalmente, ma può variare da 3 giorni a 2 mesi a seconda della carica infettante.

Periodo di contagiosità:

fino a quando la *Salmonella typhi* è presente nelle feci. La maggior parte dei pazienti è contagiosa fino alla fine della prima settimana di convalescenza, ma il 10% degli individui non trattati disperde i batteri fino a tre mesi dopo la guarigione. Il 2-5% dei pazienti non trattati può diventare portatore cronico, cioè elimina attraverso urine e feci il batterio per un periodo superiore ai 12 mesi seguenti l'infezione. Anche dopo scomparsa dei sintomi, se il paziente è ancora portatore del batterio e interrompe la terapia prima dei termini stabiliti dal medico, può avere recidive.

Modalità di trasmissione:

per via diretta oro-fecale o, più frequentemente, per via indiretta, tramite l'ingestione di cibi o bevande contaminati.

Provvedimenti nei confronti del malato:

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

Il trattamento prevede la somministrazione di terapia antibiotica, ma anche misure di supporto come la reidratazione per via orale o per via endovenosa, l'uso di antipiretici, un'adeguata nutrizione e trasfusioni di sangue, se necessario. I pazienti con complicanze richiedono l'ospedalizzazione. L'azitromicina viene considerato il farmaco di scelta per il trattamento della febbre tifoide non complicata, soprattutto nelle aree in cui è comune la resistenza ai fluorochinoloni; il ceftriaxone può essere invece usato nelle forme complicate ed è considerato sicuro anche nei bambini e nelle donne in gravidanza. Anche i portatori cronici vanno trattati con adeguata terapia antibiotica in base alla sensibilità rilevata per limitare la diffusione del batterio.

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e contatti:

Sorveglianza sanitaria per almeno 3 settimane dall'ultimo contatto col caso. I conviventi, i contatti che siano sanitari, addetti alla manipolazione di cibo, o operatori che lavorino con bambini, andranno allontanati dal lavoro e testati con coprocultura (2 a distanziate almeno di 24h), mentre altri



eventuali contatti a rischio faranno coprocoltura alla comparsa di sintomi. Ricerca di altri casi di infezione e se possibile della fonte con particolare riguardo a storie di viaggi in zone endemiche e alle abitudini alimentari.

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

Provvedimenti sull'ambiente:

Indagare la possibilità di infezione da acque potabili o da cibo contaminato. Adottare adeguate misure per il controllo dei sistemi di fognatura e delle mosche, che possono trasportare il batterio, nonché per il corretto smaltimento e allontanamento dei rifiuti solidi e liquidi. Ai viaggiatori si consiglia di evitare il consumo di carne o pesce crudi, verdura cruda lavata con acqua di cui non si conosce l'origine, frutta già servita sbucciata e tagliata, latte non pastorizzato. È opportuno consumare acqua minerale sigillata, anche per il lavaggio dei denti, oppure, nel caso non sia disponibile, portare l'acqua ad ebollizione per almeno un minuto prima di berla. Le bevande dovrebbero essere consumate senza ghiaccio e il cibo ben cotto.

Profilassi:

- **Vaccinazione:** è raccomandata ai viaggiatori diretti in aree in cui la febbre tifoide è endemica. Il ciclo di vaccinazione deve iniziare almeno una settimana prima della partenza, ma bisogna tenere presente che non sempre è efficace e che dopo qualche anno andrebbe effettuato il richiamo se persiste la necessità di copertura. Sono disponibili due tipi di vaccino che conferiscono protezione dopo circa 10 giorni dalla somministrazione: un vaccino iniettabile per via intramuscolare (costituito da un componente della capsula del batterio) e che può essere somministrato dall'età di 2 anni e protegge per circa 3 anni; un vaccino orale vivo attenuato, costituito da 3 capsule (1 capsula da assumere a giorni alterni, 1°, 3°, 5°giorno), somministrabile agli adulti e ai bambini dopo i 5 anni, che protegge almeno per 3 anni. In occasione di viaggi in aree ad alta endemia di tifo, è consigliabile ripetere la vaccinazione ogni anno.



Flusso di segnalazione

FEBBRE TIFOIDE

FEBBRI EMORRAGICHE VIRALI (VHFS) EBOLA E MARBURG

Descrizione:

si tratta di virus causate da virus ad RNA appartenenti alla famiglia dei *Filoviridae*. Sono stati identificati molteplici ceppi virali con diversi gradi di letalità, tutti endemici esclusivamente nell'Africa subsahariana. Sebbene i virus Ebola e Marburg siano distinti fra loro, provocano manifestazioni cliniche simili. Il quadro clinico si caratterizza per la comparsa improvvisa di sintomi aspecifici (febbre, malessere, cefalea, dolore toracico e mialgia/artralgia), seguiti rapidamente da sintomi gastrointestinali (vomito, diarrea, dolore addominale) e, in alcuni casi, rash cutaneo maculo-papulare. Nei casi gravi si osservano emorragie cutanee e viscerali, quadri neurologici (disorientamento, convulsioni, coma), shock e insufficienza sistemica multi-organo.

Tempi di segnalazione:

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

Scheda Specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

Circa 8 giorni (intervallo di 2-21 giorni)

Periodo di contagiosità:

l'uomo risulta contagioso durante la fase conclamata della malattia e fino a quando il virus è presente nel sangue e nelle secrezioni biologiche. È documentata la persistenza a lungo termine del virus nel liquido seminale, nel latte materno, nel sistema nervoso centrale, nelle articolazioni e negli occhi.

Serbatoio:

i pipistrelli della frutta sono considerati il serbatoio naturale più probabile dei virus Ebola e Marburg.

Modalità di trasmissione:

l'infezione umana primaria è causata dal contatto con sangue, secrezioni, organi o altri fluidi corporei di animali infetti (scimpanzé, gorilla, pipistrelli della frutta, scimmie, antilopi e porcospini).

La trasmissione interumana avviene con 3 modalità:

- contatto diretto con organi, sangue e altri fluidi biologici di soggetti infetti (vivi o morti)
- contatto indiretto con oggetti contaminati da tali fluidi
- contatto con pipistrelli o primati non umani infetti

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica. isolamento stretto in unità di alto isolamento, in stanze dotate di pressione negativa, fino al termine della fase viremica (circa 3 settimane dall'esordio della malattia). Disinfezione continua di escreti, fluidi biologici e di tutti i materiali che siano stati a contatto con il paziente, inclusi strumenti e materiali di laboratorio, con soluzioni di ipoclorito di Na alla 0,5% o di fenolo allo 0,5% oppure trattamento in autoclave o mediante termodistruzione.

Astensione dai rapporti sessuali fino a dimostrazione di assenza del virus nello sperma.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

isolamento stretto dei contatti primari, cioè di tutti coloro potenzialmente infettati dal materiale biologico di un caso. Ricerca attiva delle persone che hanno avuto contatto con il caso nelle tre settimane seguenti l'inizio della malattia e sorveglianza stretta per almeno tre settimane con misurazione di temperatura corporea due volte al giorno e isolamento immediato al primo riscontro di temperatura > 38°C.



Prevenzione:

il virus Ebola, per l'elevata contagiosità, è classificato dall'OMS tra gli agenti patogeni che richiedono un livello di biosicurezza 4 (BLS 4) per l'esecuzione degli esami di laboratorio per la ricerca del virus. Guanti e adeguati dispositivi di protezione personale devono essere indossati durante la manipolazione di animali infetti o di loro tessuti. Gli operatori sanitari devono utilizzare indumenti e dispositivi di protezione individuale (mascherine, camice, guanti, occhiali), possibilmente monouso, per prestare cure ai pazienti e per maneggiare il materiale biologico. E' necessario applicare tutte le precauzioni standard con i pazienti, quali l'igiene delle mani, l'igiene respiratoria, le pratiche di iniezione sicure e la sepoltura sicura.

Sorveglianza sanitaria dei viaggiatori provenienti da aree interessate da epidemie.

Provvedimenti sull'ambiente:

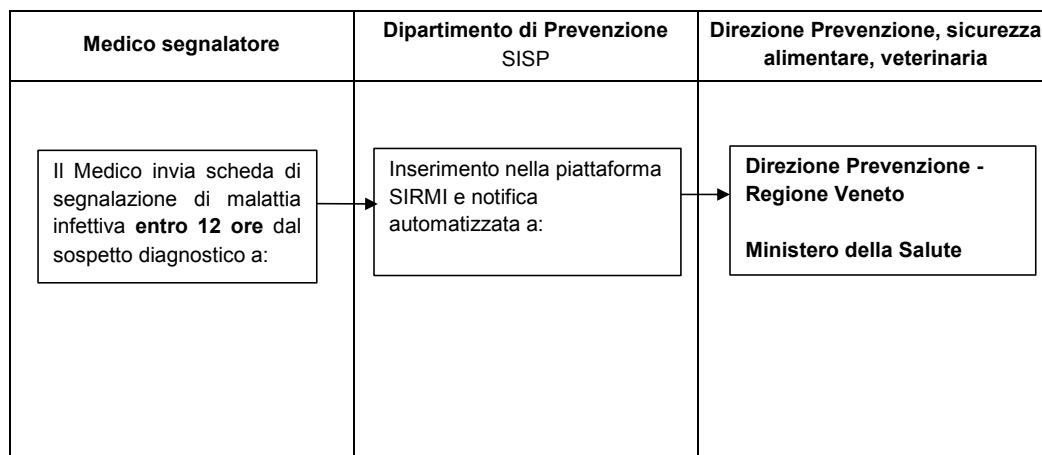
disinfezione terminale degli ambienti; le superfici vanno sanificate con disinfettanti (ipoclorito, fenolo) da lasciare agire per almeno 4 ore prima del lavaggio con acqua; disinfezione gassosa con formaldeide o ossido di etilene per almeno 8 ore.

Profilassi:

vaccinazione e chemioprolassi: In Italia, nel 2020, è stato approvato il vaccino Ervebo, particolarmente efficace e sicuro contro il virus Ebola Zaire (ZEBOV). Tuttavia l'uso è ristretto a particolari missioni internazionali e non è reperibile sul mercato ordinario. Esiste almeno un altro vaccino contro il virus Ebola in via di approvazione. In Italia non ci sono attualmente terapie antivirali autorizzate.



Flusso di segnalazione

FEBBRI EMORRAGICHE VIRALI (VHFS) EBOLA E MARBURG

FORME INVASIVE DA HAEMOPHILUS INFLUENZAE

Descrizione:

Malattie batteriche acute causate da *Haemophilus influenzae*, coccobacillo Gram negativo capsulato. Fanno parte delle cosiddette MIB, malattie invasive batteriche. Le infezioni rilevanti più frequenti sono le polmoniti, le setticemie, le meningiti, e le epiglottiti. Nei bambini può anche causare otiti e nell'adulto bronchiti. Il ceppo "B" (HIB) risulta essere quello maggiormente patogeno e colpisce principalmente i bambini dai 2 mesi ai 3 anni di età, raramente oltre i 5 anni. L'esordio può essere subacuto, ma solitamente in caso di meningite è brusco con febbre, vomito, letargia, irritazione meningea, tensione della fontanella nei neonati o rigidità nucale e dorsale nei bimbi più grandi. Frequenti torpore e/o coma.

La malattia invasiva da *H. influenzae* colpisce prevalentemente neonati e bambini di età inferiore ai 5 anni o anziani al di sopra dei 65 anni. Il rischio di contrarre un'infezione invasiva negli adulti è maggiore con condizioni croniche di rischio, legate generalmente a patologie, come l'asplenia e il trapianto di midollo.

Tempi di segnalazione:

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

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

non noto.

Periodo di contagiosità:

Il periodo di incubazione è sconosciuto.

Modalità di trasmissione:

H. influenzae non è molto contagioso, la trasmissione può avvenire attraverso il contatto diretto con malati e/o portatori asintomatici) con inalazione di goccioline di muco contenenti i batteri emessi da una persona infetta con gli starnuti, i colpi di tosse, o toccando superfici contaminate dalle goccioline e portandosi le mani alla bocca, al naso o agli occhi. Tuttavia, in comunità (asili, scuole) si possono verificare infezioni singole o piccole epidemie (gruppi di casi) causate dall'*H. influenzae* di tipo b in bambini non vaccinati. Le infezioni sono trattate con antibiotici somministrati per bocca o, se gravi, per via endovenosa.

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica. Isolamento fino a 24 ore dopo l'inizio di un idoneo trattamento antibiotico, e allontanamento dalle collettività fino a guarigione clinica.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

Sorveglianza sanitaria per minimo 60 giorni dei contatti stretti con particolare riferimento ai bambini di età inferiore a 6 anni, anche se già sottoposti a chemiopprofilassi. Chemiopprofilassi principalmente per i soggetti <6 anni.

Provvedimenti sull'ambiente:

non previsti.

Profilassi:

Il vaccino rappresenta l'unico mezzo efficace per prevenire le infezioni da *Haemophilus influenzae* di tipo b (Hib). Le infezioni da tipi diversi o da *H. influenzae* non tipizzabile sono rare ma non sono prevenibili con il vaccino contro il tipo b.



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 273 di 392

Il vaccino coniugato per Hib è stato incluso dal Ministero della Salute nel programma nazionale delle vaccinazioni dal 1999. Grazie alla vaccinazione (obbligatoria dal 2017) si è osservata una drastica diminuzione delle meningiti da Hib nei bambini al di sotto dei 5 anni.

Vaccinazione: come da calendario regionale vaccinale; di routine nella prima infanzia.

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

Farmaci: come da indicazioni in tabella.

Farmaci	Età	Dose	Durata	Precauzioni
Rifampicina	< 1 mese	10 mg/kg per os	4 giorni	Non utilizzare in gravidanza. Può interferire con l'efficacia di contraccettivi orali, alcuni anti-epilettici e anticoagulanti; può colorare le lenti a contatto morbide.
	≥ 1 mese	20 mg/kg (max 600 mg) per os, 1 volta al giorno	4 giorni	



FORMA INVASIVA DA NEISSERIA MENINGITIDIS

Descrizione:

malattie batteriche acute causate da *Neisseria meningitidis*, cocco Gram negativo capsulato. Fanno parte delle cosiddette MIB, malattie invasive batteriche. Si conoscono 13 sierogruppi di meningococco: i siero-gruppi patogeni più frequenti sono 6 A, B, C, Y, W135 e X (i primi 5 originano gran parte dei casi).

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

Il meningococco è diffuso in tutto il mondo con picco di incidenza da fine inverno a inizio primavera. L'uomo è l'unico serbatoio del batterio. Circa il 10% della popolazione è portatrice del meningococco nel tratto rinofaringeo. La sua presenza non è correlata a un aumento del rischio di meningite o di altre malattie gravi.

Alcuni dei principali fattori di rischio "generali" per forme invasive ci sono la giovane età, o l'età molto avanzata, recenti infezioni delle prime vie aeree, consumo di alcol, abitudine al fumo; esistono poi condizioni croniche di rischio, legate generalmente a patologie, come l'asplenia e il trapianto di midollo osseo.

Tempi di segnalazione:

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

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

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

Periodo di contagiosità:

Contagio interumano attraverso le secrezioni respiratorie. La principale causa di contagio è rappresentata dai portatori sani del batterio: solo nello 0,5% dei casi la malattia è trasmessa da persone affette dalla malattia.

La contagiosità persiste fino a 24 ore dall'istituzione di una corretta terapia antimicrobica, che raggiunga adeguate concentrazioni nelle secrezioni orofaringee. La contagiosità è comunque bassa, e i casi secondari sono rari. Il meningococco può tuttavia dare origine a focolai epidemici.

Modalità di trasmissione:

per contatto diretto attraverso le secrezioni e i droplets respiratori.

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica, per identificare i contatti a rischio. Isolamento respiratorio per almeno 24h da inizio terapia antibiotica adeguata con disinfezione continua delle secrezioni nasali e faringee, e allontanamento dalle collettività fino a guarigione clinica.

Il caso indice deve ricevere uno schema di profilassi prima della dimissione se è stato curato con antibiotici che non eradicano lo stato di portatore.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

Inchiesta epidemiologica atta ad individuare i contatti stretti. Sottoporre a chemioprolassi i contatti a rischio regolari e occasionali. Nella valutazione di contatto (che deve essere fatta caso per caso) vengono tenuti in considerazione i conviventi, eventuali compagni di classe o colleghi di lavoro che condividono gli stessi spazi, persone che nei 7 giorni precedenti abbiano avuto contatti con le secrezioni infette (compresi gli operatori sanitari).

Sorveglianza sanitaria per 10 giorni dall'ultimo contatto a rischio.



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 275 di 392

Provvedimenti sull'ambiente:

Aerazione dei locali, in particolare nelle condizioni di sovraffollamento.

Profilassi:

- **Vaccinazione:** come da calendario regionale vaccinale.
- **Chemioprofilassi:** deve essere iniziata idealmente entro 24 ore dopo la diagnosi di un caso indice, per i contatti stretti nei 7 giorni precedenti l'esordio dei sintomi.

La chemioprofilassi non è più indicata solo qualora siano trascorsi più di 14 giorni dall'ultimo contatto stretto con il paziente (vedi tabella).

Farmaci per la profilassi (tratta da Red Book XXXIX Edizione—VIII Edizione Italiana):

Farmaci	Età	Dose	Durata	Precauzioni
Ciprofloxacina	<ul style="list-style-type: none"> • 18 anni 	500 mg per os	Dose singola	Non utilizzare in gravidanza. Utilizzare solo se non sono stati identificati nella comunità ceppi di <i>N. meningitidis</i> resistenti ai fluorochinoloni
Rifampicina	< 1 mese	10 mg/kg per os ogni 12 ore	2 giorni	Non utilizzare in gravidanza. Può interferire con l'efficacia di contraccettivi orali, alcuni antiepilettici e anticoagulanti; può colorare le lenti a contatto morbide
	≥ 1 mese	10 mg/kg (max 600 mg) per os ogni 12 ore	2 giorni	
	Adulti	600 mg per os ogni 12 ore	2 giorni	
Ceftriaxone	< 15 anni	125 mg intramuscolo	Dose singola	Per ridurre il dolore dovuto all'iniezione diluire con lidocaina all'1%
	≥ 15 anni	250 mg intramuscolo	Dose singola	
Azitromicina		10 mg/kg (max 500 mg)	Dose singola	Non raccomandato di routine; equivalente alla Rifampicina per l'eradicazione di <i>N. meningitidis</i> dal nasofaringe in uno studio



FORME INVASIVE DA PNEUMOCOCCO

Descrizione:

Malattie batteriche acute causate da *Streptococcus pneumoniae*, diplococco Gram-positivo capsulato. Fanno parte delle cosiddette MIB, malattie invasive batteriche. Sono noti almeno 90 sierotipi capsulari, molti sono in grado di provocare meningite e malattia invasiva pneumococcica. L'esordio dei sintomi è brusco con febbre alta, letargia oppure coma e irritazione meningea. Infezione diffusa in tutto il mondo, ha un'alta incidenza nei neonati e nella prima infanzia, negli anziani e nei soggetti immunocompromessi, soprattutto nella stagione invernale. Il batterio è un comune commensale rinofaringeo, rilevabile almeno nel 5% della popolazione. Nonostante il trattamento, il tasso di mortalità totale per la batteriemia è 15 al 20% nei bambini (soprattutto in caso di meningite, o se immunocompromessi, e/o se hanno avuto splenectomia e presentano grave batteriemia); dal 30 al 40% negli anziani. Il rischio di morte è più alto durante i primi 3 giorni. Condizioni di rischio predisponenti verso forme invasive sono l'impianto cocleare, la frattura della base cranica che comporta fistole di comunicazione con il nasofaringe, la presenza di cardiopatie, BPCO, asplenie, trapianto di midollo.

Tempi di segnalazione:

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

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

non noto, probabilmente breve 1-4 giorni.

Periodo di contagiosità:

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

Modalità di trasmissione:

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

Provvedimenti nei confronti del malato:

precauzioni standard nel paziente ospedalizzato.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

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

Provvedimenti sull'ambiente:

non previsti.

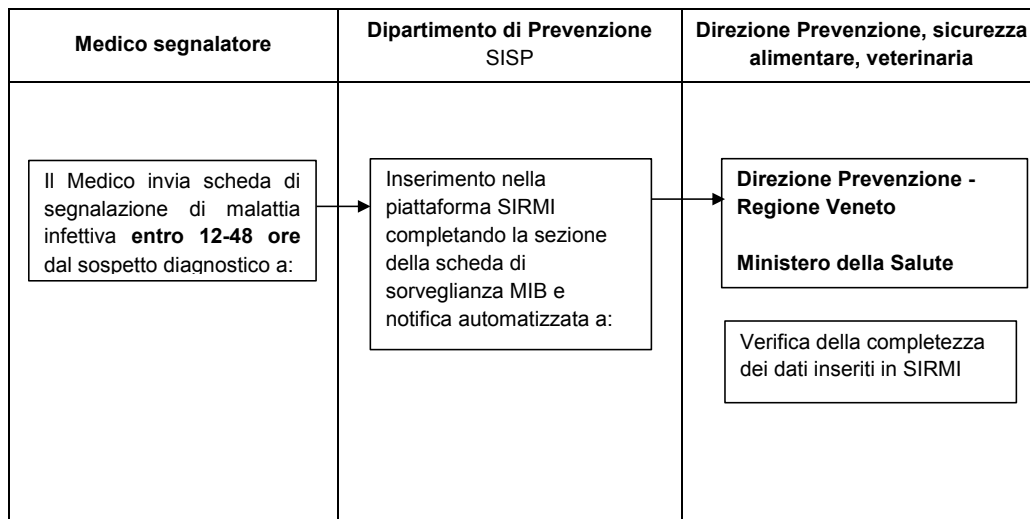
Profilassi:

- **Vaccinazione:** rappresenta il principale strumento di prevenzione. Vaccinare il caso indice secondo l'età del soggetto. Disponibili i vaccini 13-valente e 23-valente, con calendarizzazione e indicazioni specifiche a seconda dell'età del soggetto e fattori di rischio.

Chemioprofilassi: non è raccomandata (non sempre è efficace e può indurre resistenza). Per i bambini < 5 anni affetti da asplenia funzionale o anatomica, si raccomanda una profilassi con penicillina V 125 mg per via orale 2 volte/die. La durata della profilassi antibiotica è empirica, ma alcuni esperti preferiscono continuare la profilassi per tutta l'infanzia e in età adulta nei pazienti con asplenia, ad alto rischio. La penicillina 250 mg per via orale 2 volte/die è raccomandata anche nei bambini più grandi o negli adolescenti per almeno 1 anno dopo la splenectomizzato.

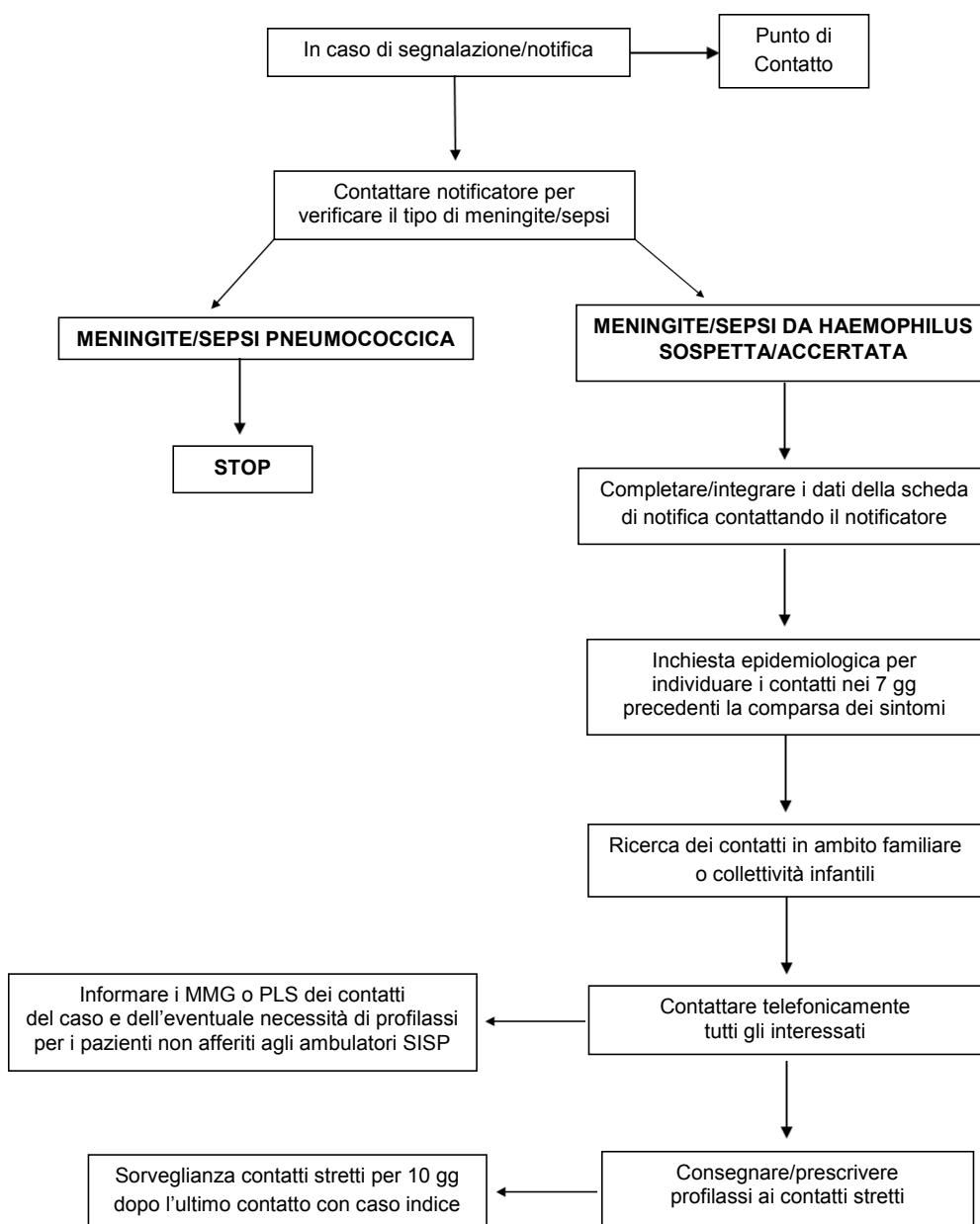


Flusso di segnalazione

MALATTIE BATTERICHE INVASIVE



ISTRUZIONI OPERATIVE
FORME INVASIVE DA HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 279 di 392



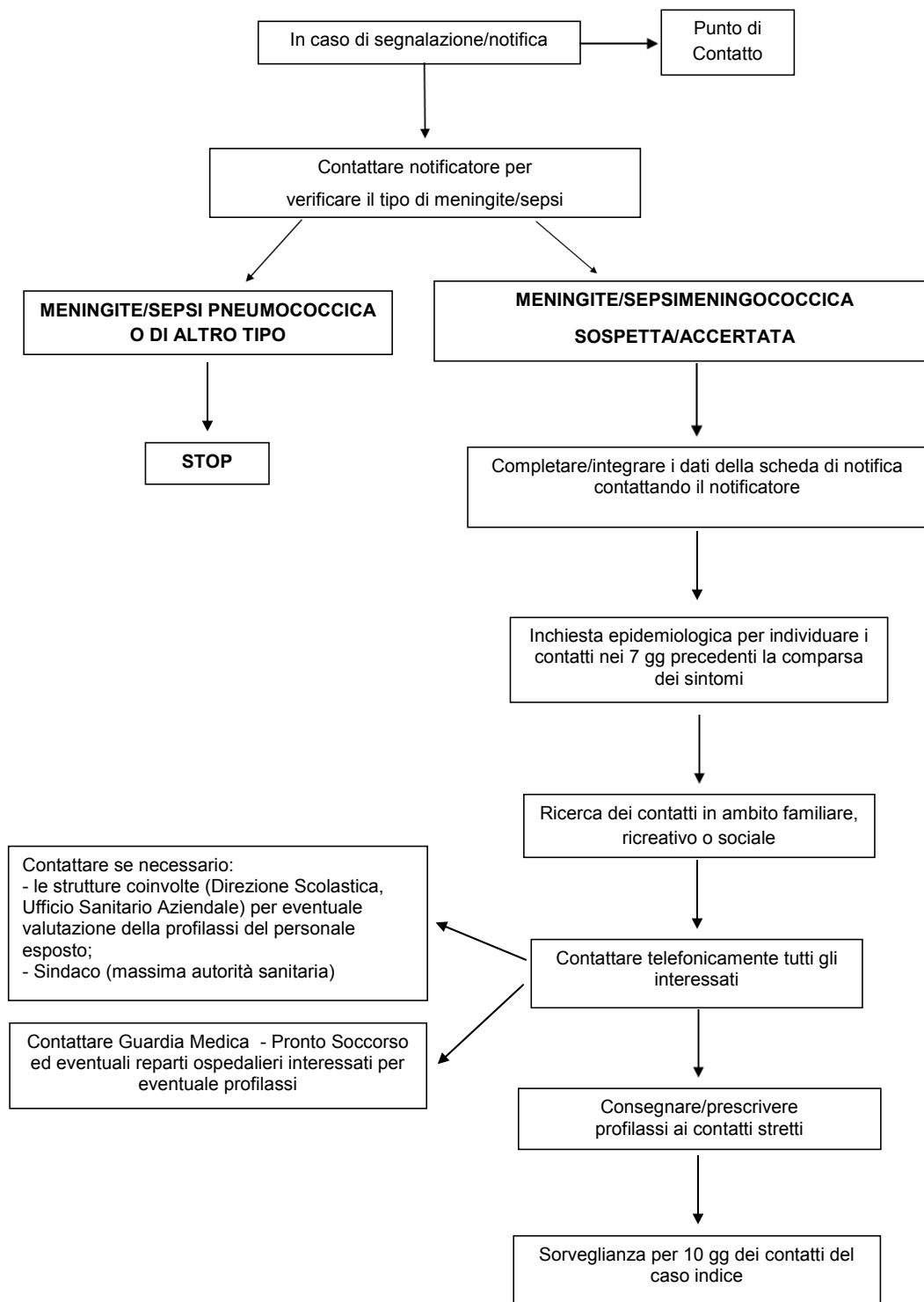
ELENCO CONTATTI: caso indice _____

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





**ISTRUZIONI OPERATIVE
FORME INVASIVE DA NEISSERIA MENINGITIDIS**



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 281 di 392

Prot. _____

Al Dirigente Scolastico
Scuola

e p.c.

Al Sig. Sindaco del Comune di
_____Oggetto: **caso di sospetta meningite meningococcica.**

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

Questo Servizio è a disposizione per:

- eventuali informazioni
- garantire un accesso presso la scuola qualora ritenuto opportuno
- la consegna delle prescrizioni farmacologiche necessarie
- la consegna diretta del farmaco.

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

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

Distinti saluti

Firma

.....

Prot. _____



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 282 di 392

Al Dirigente Ditta/Azienda

e p.c.

Al Sig. Sindaco del Comune di
_____**Oggetto : caso di sospetta meningite meningococcica.**

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

Questo Servizio è a disposizione per:

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

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

Si fa presente che non è necessaria la chiusura della Ditta/Azienda quale misura di profilassi, né alcun tipo di disinfezione, né il trattamento preventivo con antibiotico per coloro che non sono stati in contatto con il paziente.

Distinti saluti

Firma
.....

ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 283 di 392

Al Medico Curante

del Sig

Gent.mo Collega,

Ti informo che, in seguito ad un'indagine epidemiologica effettuata per un caso di meningite batterica, è emerso che il Tuo assistito _____ è stato esposto a rischio di infezione. Pertanto si è ritenuto opportuno, fornirgli direttamente i farmaci necessari per la profilassi, informandolo sul possibile rischio di infezione e dei possibili effetti collaterali del farmaco.

E' stato inoltre invitato a rivolgersi al proprio curante per eventuali e ulteriori necessità.

Nel ringraziarTi per la collaborazione, porgo cordiali saluti.

Firma

.....

Data _____



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 284 di 392



INCHIESTA EPIDEMIOLOGICA PER MENINGITE/SEPSI BATTERICA

CASO DI: MENINGITE SEPSI

DATA INCHIESTA: _____

DATA SEGNALAZIONE _____

scritta telefonica (dati segnalatore) _____

Email _____

Colloquio effettuato con:

Paziente Coniuge altro

Cognome e nome _____ Tel _____

Dati paziente:

Cognome e nome: _____ M F

Data di nascita: _____ Residente a: _____

in via _____ N _____ Provincia _____

Domicilio (se diverso) _____

CURANTE MMG/PLS: _____ Tel. _____

Data inizio sintomi: _____ Ricovero: Data _____

Struttura di ricovero _____

Medico Referente: _____

Sintomatologia d'esordio: _____

Terapia effettuata pre-diagnosi NO SI (specificare farmaci, dosaggi, date, orari):

Patologie pre-esistenti (immunodepressione, patologie cronico degenerative, traumi...) NO SI (precisare)

Vaccinato NO SI

Meningococco ACYW n. dosi _____ Meningococco B n. dosi _____ Meningococco C n. dosi _____

Hib n. dosi _____ Pneumococco 23 valente n. dosi _____ Pneumococco 13 valente n. dosi _____



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 285 di 392

**E' stato a contatto con un altro caso di meningite?**

NO SI Se si, Cognome e nome del caso _____
 data Esposizione _____

Chemioprolifassi NO SI Farmaco _____

INDAGINI DIAGNOSTICHE ESEGUITE

Liquor aspetto: limpido torbido purulento

Coltura liquor (data _____) sangue (data _____)

Altro (precisare tipo di test, data di effettuazione) _____

AGENTE EZIOLOGICO IDENTIFICATO NO SI (precisare) _____

Presso il laboratorio dell'Ospedale di _____

Invio ceppo all'ISS NO SI inviato da _____ data _____

Esito sierotipizzazione _____ pervenuto in data _____

Ceppo resistente alla Rifampicina NO SI

ESITO:

Guarigione data dimissione _____

Decesso data _____ indicare se dovuto ad altra causa _____

Reliquati (esiti neurologici/paresi, deficit uditivi di grado lieve/elevato, amputazioni per necrosi periferica, deficit cognitivi) _____

COLLETTIVITA'

Data inizio esposizione a rischio dei contatti (10 gg. precedenti l'inizio dei sintomi) _____

Se studente:

Scuola (sede e classe) _____

Data ultima frequenza _____

Altre classi frequentate (specificare classi, tipo di attività) _____

Se lavoratore:

Professione _____ Ditta _____

Data ultima frequenza _____

Altre collettività frequentate (società sportiva, oratorio, scout, ecc) (sede, tipo di attività e di contatto)



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 286 di 392

**Comunicazioni effettuate agli enti e alle persone interessate** (specificare data):

- Direzione Sanitaria _____ MMG/PLS _____ Regione _____
 Sindaco _____ Cittadini/famiglie _____ Ditta/scuola _____
 Organi di stampa _____ Medico competente _____

Chemioprofilassi (tabella riassuntiva dei contatti riportati nell'allegato)

Ambito (specificare famiglia, scuola, lavoro, ecc)	N. bambini	N. adulti	Farmaco utilizzato	Data somministrazione

Vaccinoprofilassi

Seduta vaccinale eseguita in data _____ ambulatorio di _____

N. bambini _____ N. adulti _____

NOTE:

Assistente Sanitaria/o

Sorveglianza sanitaria conclusa in data _____



INFEZIONE DA HIV

Descrizione:

Gli HIV (Human Immunodeficiency Virus) sono dei virus a RNA che in fase replicativa utilizzano un intermedio a DNA; appartengono alla famiglia Retroviridae, genere *Lentivirus*. Verosimilmente, come tutti i retrovirus, hanno un'origine zoonotica, probabilmente derivata da mutazioni di SIV (Simian Immunodeficiency Virus), virus molto simile all'HIV-1. Il sistema immunitario viene in tal modo fortemente indebolito. Esistono due tipi di virus, HIV-1 e HIV-2, con differente rappresentazione epidemiologica nelle diverse regioni del mondo (1 causa la maggior parte dei casi di AIDS nell'emisfero occidentale, Europa, Asia, Africa Centrale, meridionale ed orientale mentre il tipo 2 è maggiormente presente in Africa occidentale). HIV-1 è il più virulento. In alcune regioni dell'Africa occidentale esiste circolazione di entrambi i microrganismi.

L'infezione da Hiv non ha una propria specifica manifestazione, ma si rivela attraverso gli effetti che provoca sul sistema immunitario: : i.e. infezioni da agenti opportunisti e neoplasie.

Si definisce caso confermato qualsiasi persona che soddisfi i criteri di laboratorio per l'infezione da HIV. La presenza di anticorpi anti-Hiv nel sangue viene definita sieropositività all'HIV. Una delle caratteristiche principali dell'HIV è la forte variabilità genetica, in particolare dell'HIV-1; questa spiega sia l'escape immunitario, che il tropismo cellulare variabile, che l'evasione dai farmaci antivirali.

L'AIDS (Acquired immune deficiency sindrome) identifica uno stadio clinico avanzato dell'infezione da HIV. È una sindrome che può manifestarsi anche dopo diversi anni dall'acquisizione dell'infezione, quando le cellule CD4 del sistema immunitario calano drasticamente e l'organismo perde la sua capacità di combattere anche le infezioni più banali (infezioni/malattie opportunistiche).

Negli ultimi anni il trend delle segnalazioni a livello europeo è in caso passando dai 6 casi su 100.000 individui nel 2012 agli attuali 3.7 del 2020 (16917 casi).

Tempi di segnalazione:

non previsto. Invio delle schede di segnalazione dei soli casi positivi dalle strutture di afferenza ai Dipartimenti di Prevenzione.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

Nella maggior parte dei casi, il tempo che intercorre dal momento dell'infezione allo sviluppo di anticorpi è di 28 giorni. Il tempo che intercorre tra l'infezione da HIV e la diagnosi da AIDS conclamata può durare anche diversi anni.

Periodo di contagiosità:

Dal momento del contagio e la comparsa nel sangue degli anticorpi contro l'HIV esiste il cosiddetto è detto "periodo finestra" e dura mediamente 4-6 settimane, ma può estendersi anche fino a 6 mesi. Durante questo periodo, anche se la persona risulta sieronegativa è comunque in grado di trasmettere l'infezione. Il soggetto infetto può trasmettere sempre la malattia a meno che la carica virale (cioè la quantità di virus presente nel sangue/secrezioni) non rimanga persistentemente a livelli non misurabili per effetto di almeno 6 mesi di terapia specifica. In tal caso il virus viene definito undetectable e il soggetto untrasmissibile..

Modalità di trasmissione:

Secondo il rapporto annuale del 2021 dell'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), nella Regione Europa dell'OMS le principali modalità di trasmissione sono state:



OMS Regione Europa - Dati 2020 editati 2021	
Rapporto omosessuale tra uomini	9.4%
Trasmissione eterosessuale (uomini)	29.7%
Trasmissione eterosessuale (donne)	27.9%
Uso di droghe per via parenterale	22.4%
Trasmissione madre-figlio	0.4%
Dato non disponibile	10.0%

Provvedimenti nei confronti del malato:

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

Provvedimenti sull'ambiente:

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

Profilassi:

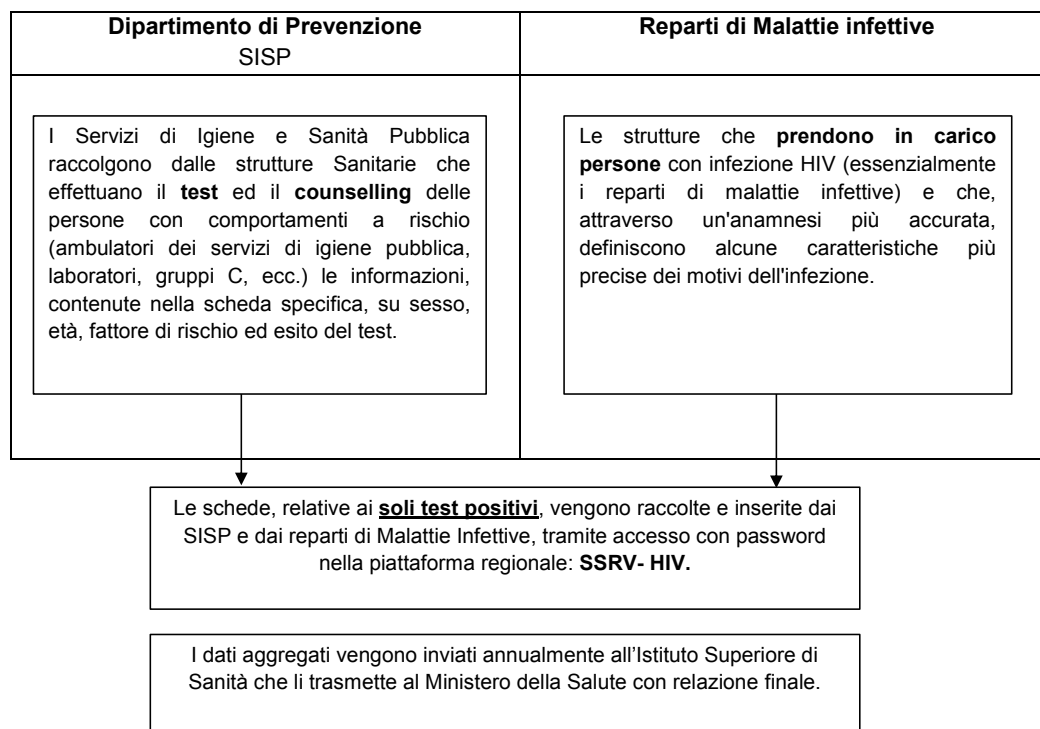
- **Vaccinazione:** non disponibile
- **Terapia** antiretrovirale specifica.



Flusso di segnalazione

INFEZIONE DA HIV

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



INFEZIONE DA ROSOLIA IN GRAVIDANZA - SINDROME DA ROSOLIA CONGENITA

Descrizione:

malattia infettiva causata da *Rubella virus*, un virus a RNA a singolo filamento positivo del genere *Rubivirus*, famiglia *Matonaviridae*. La rosolia contratta dalla donna poco prima del concepimento, fino a 8-10 settimane di gestazione, può causare gravi anomalie fetali in oltre il 90% dei casi (Sindrome da Rosolia Congenita, o CRS), e può causare anche aborti e nascite di bambini morti. Le manifestazioni cliniche possono essere permanenti o transitorie, e non sempre sono riconosciute alla nascita; le alterazioni possono riguardare praticamente qualsiasi apparato e tessuto, ma sono più frequenti sordità, cataratta, glaucoma congenito, cardiopatia congenita, basso peso alla nascita, diarrea cronica, trombocitopenia, ittero, etc.

Rosolia e morbillo sono considerate malattie eradicabili, avendo come unico serbatoio l'uomo. In linea con quanto indicato dall'OMS l'Italia ha creato il PNEMoRc (Piano Nazionale di Eliminazione di Morbillo e Rosolia congenita), per eradicare morbillo e rosolia e ridurre i casi di rosolia congenita a <1/100000 nati vivi.

Tempi di segnalazione:

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

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di contagiosità del soggetto affetto da rosolia congenita:

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

Modalità di trasmissione:

durante la viremia può esserci passaggio intrauterino del virus. La rosolia congenita, generalmente, può verificarsi se l'infezione nella madre avviene entro le prime 18 settimane di gestazione; dopo le 18 settimane il rischio di CRS è basso.



Flusso di segnalazione

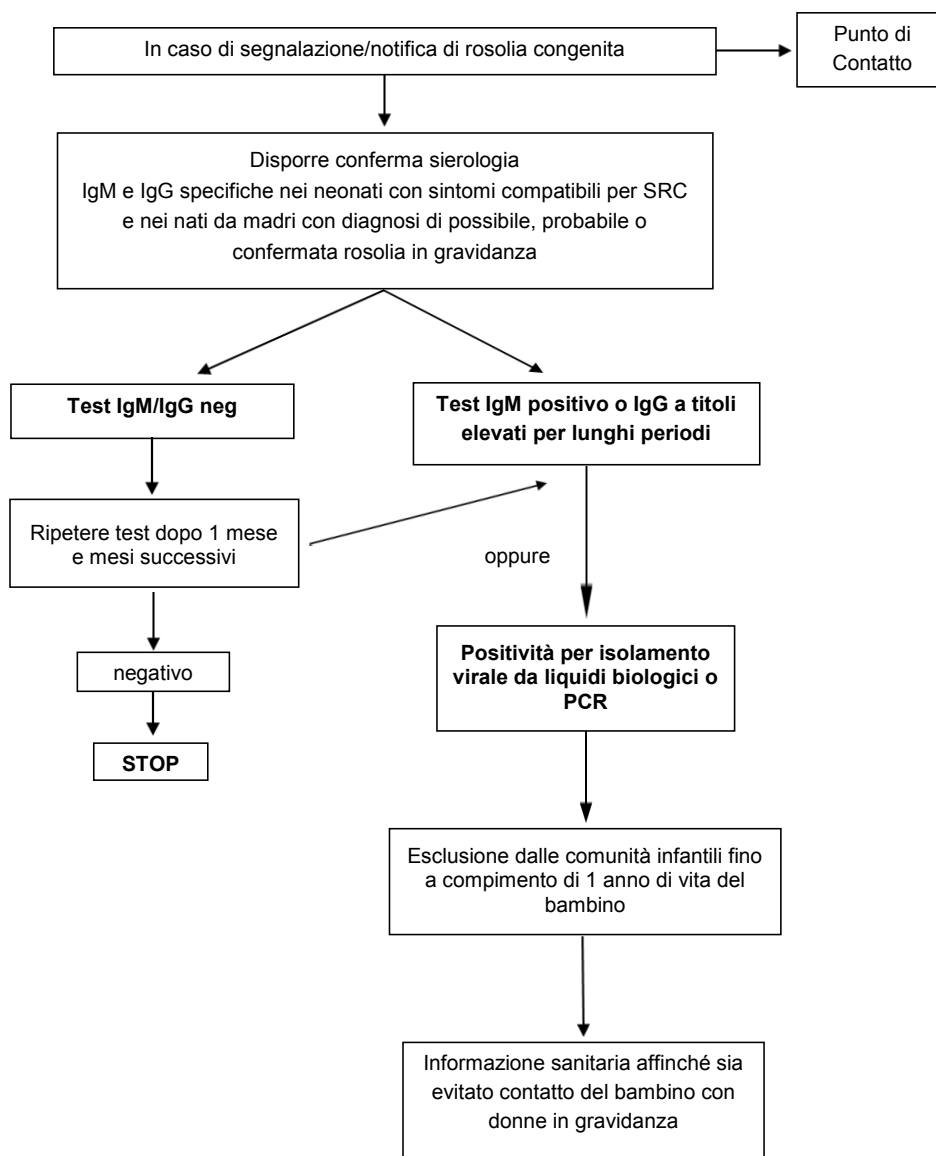
INFEZIONE DA ROSOLIA IN GRAVIDANZA/SINDROME DA ROSOLIA CONGENITA

Medico segnalatore	Dipartimento di Prevenzione SISP	Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria
<p>Il Medico invia scheda di segnalazione di malattia infettiva entro 24 ore dal sospetto diagnostico, anche se le informazioni o i risultati di laboratorio fossero incompleti o mancanti, a:</p>	<p>Inserimento nella piattaforma SIRMI, caricamento scheda come allegato, notifica automatizzata a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esegue indagine epidemiologica e compila o completa la scheda di notifica di caso di sindrome/infezione da rosolia congenita o di rosolia in gravidanza con la raccolta di tutte le informazioni necessarie. • Risposta alla Direzione Prevenzione del numero di casi con inizio sintomi nel mese precedente compreso lo zero reporting. 	<p>Direzione Prevenzione - Regione Veneto Ministero della Salute</p> <p>Invio riepilogo dei casi mensili compreso lo zero reporting a: Istituto Superiore di Sanità sorveglianza.morbillosolia@iss.it</p>





ISTRUZIONI OPERATIVE

INFEZIONE DA ROSOLIA IN GRAVIDANZA/SINDROME DA ROSOLIA CONGENITA (SRC)


INFLUENZA

Descrizione:

L'influenza è una malattia virale acuta provocata da un virus a RNA a singolo filamento negativo segmentato della famiglia *Orthomyxovirus*, di cui si conoscono quattro tipi differenti: i tipi A e B, responsabili della sintomatologia influenzale classica; il tipo C, di scarsa rilevanza clinica (generalmente asintomatico); il tipo D, che infetta principalmente i bovini la cui possibilità di infettare l'uomo non è ancora chiara. I virus dell'influenza A sono ulteriormente suddivisi in sottotipi sulla base di differenze molecolari nelle due glicoproteine di superficie emoagglutinina (HA) e neuraminidasi (NA). Alla base dell'epidemiologia dell'influenza vi è la marcata tendenza dei virus influenzali a mutare, cioè presentare variazioni antigeniche nelle due glicoproteine HA e NA che permettono loro di eludere la risposta immunitaria dell'ospite dovuta a precedenti infezioni e trova quindi gran parte della popolazione immunologicamente suscettibile e può diffondersi. Il fatto che abbia un genoma segmentato rende anche possibile lo scambio di segmenti tra virioni di ceppi differenti coinfectanti lo stesso ospite. L'influenza può diffondersi in forma pandemica (rara), epidemica (almeno annuale), con focolai localizzati e con casi sporadici. Nelle zone a clima temperato, le epidemie tendono a verificarsi durante l'inverno, nelle regioni tropicali invece nella stagione delle piogge anche se epidemie o casi sporadici possono verificarsi nel corso dell'intero anno.

È possibile che l'infezione abbia un decorso asintomatico, ma nella maggior parte dei casi i sintomi più comuni includono: febbre, tosse, (può durare anche oltre 2 settimane), mal di gola, congestione nasale, congiuntivite, artromialgie, cefalea e malessere generale, mancanza di appetito. Soprattutto nei bambini, si possono manifestare anche sintomi a carico dell'apparato gastro-intestinale (nausea, vomito, diarrea). Nei casi non complicati, i sintomi durano solitamente per 3-4 giorni, potendo tuttavia prolungarsi per una/due settimane.

Le complicanze dell'influenza vanno dalle polmoniti batteriche, alla disidratazione, al peggioramento di malattie preesistenti (es. diabete, malattie immunitarie o cardiovascolari e respiratorie croniche), alle sinusiti e alle otiti (queste ultime soprattutto nei bambini), fino all'ARDS (per rottura della barriera endotelio-epiteliale).

Sono più frequenti nei soggetti al di sopra dei 65 anni di età e con condizioni di rischio, nei bambini molto piccoli e nelle donne incinte. Tuttavia, casi gravi di influenza si possono verificare anche in persone sane che non rientrano in alcuna delle categorie sopra citate.

Tempi di segnalazione:

vanno notificati tutti i casi di influenza con isolamento virale attraverso la scheda di segnalazione di malattia infettiva; dalla stagione pandemica 2009/10 è attivo in Italia il monitoraggio dell'andamento delle forme gravi e complicate di influenza confermata. Vanno segnalati i casi gravi e complicati di influenza, SARI (gravi infezioni respiratorie acute) e ARDS (sindromi da distress respiratorio acuto), le cui condizioni prevedano il ricovero in UTI (unità di terapia intensiva) e/o il ricorso alla terapia in ECMO (Ossigenazione Extracorporea a Membrana).

Scheda Specifica di Flusso: SI, prevista per le forme gravi e complicate di influenza confermata.

Periodo di incubazione:

generalmente di 1-4 giorni (può anche superare i 7 giorni), con una media di due.

Periodo di contagiosità:

i pazienti affetti da influenza sono già contagiosi durante il periodo di incubazione, prima della manifestazione dei sintomi. Una persona adulta può trasmettere il virus da tre a sette giorni dopo l'inizio della malattia. I bambini invece sono contagiosi più a lungo.

Serbatoio:

Uomo e animali (uccelli, suini, etc.) sono i principali serbatoi dell'IAV (virus dell'influenza A). IBV (virus dell'influenza B) avrebbe come unico serbatoio l'uomo, anche se studi recenti hanno svelato presenza di virus IBV-like anche in alcuni pesci. L'ICV (virus dell'influenza C) ha come serbatoio principale l'uomo, ma occasionalmente può infettare cani e suini.



Modalità di trasmissione:

per via aerea, attraverso le goccioline di saliva e le secrezioni respiratorie, sia per via diretta (tosse, starnuti, colloquio a distanza molto ravvicinata) che indiretta (dispersione delle goccioline e secrezioni su oggetti e superfici).

Provvedimenti nei confronti del malato:

se possibile isolamento respiratorio per i primi 5-7 giorni di malattia, adozione delle misure di igiene respiratoria, trattamento sintomatico e in casi specifici, in base alle condizioni cliniche, valutare il trattamento con antivirali.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

In generale non occorrono provvedimenti verso i contatti, ma in casi selezionati valutare chemioprophilassi con antivirali.

Provvedimenti sull'ambiente: aerazione frequente e sanificazione ordinaria di superfici ed ambienti.

Profilassi:

- adozione di idonee misure di igiene respiratoria;
- lavare spesso le mani con acqua e sapone, e in particolare dopo avere tossito e starnutito, coprire naso e bocca con un fazzoletto (possibilmente di carta) quando si tossisce e/o dopo avere frequentato luoghi e mezzi di trasporto pubblici; se acqua e sapone non sono disponibili è possibile usare, in alternativa, soluzioni detergenti a base di alcol;
- in caso di starnuto gettare immediatamente il fazzoletto usato nella spazzatura o nella biancheria da lavare;
- evitare di toccare occhi, naso e bocca con le mani non lavate;
- rimanere a casa se malati, evitando di intraprendere viaggi e di recarsi al lavoro o a scuola, in modo da limitare contatti possibilmente infettanti con altre persone, nonché ridurre il rischio di complicazioni e infezioni concomitanti (superinfezioni) da parte di altri batteri o virus.

Vaccinazione: vaccinazione antinfluenzale specifica.

Terapia con farmaci antivirali: in casi selezionati (il loro impiego a scopo preventivo è riservato a situazioni particolari, ovvero in soggetti in cui l'influenza rappresenta un alto rischio ma non è possibile utilizzare il vaccino a causa di controindicazioni).



LEGIONELLOSI

Descrizione:

infezione da *Legionella spp.*, genere di batteri gram-negativi flagellati che presenta due manifestazioni cliniche:

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

La maggior parte delle infezioni è dovuta a *Legionella pneumophila*, sierogruppo 1, ubiquitaria.

Le manifestazioni cliniche sono più frequenti in estate ed in autunno.

Le legionelle sono presenti negli ambienti acquatici naturali ed artificiali: acque sorgive, comprese quelle termali, fiumi, laghi, fanghi, etc. Dagli ambienti naturali quelli artificiali con condotte cittadine ed impianti idrici degli edifici, quali serbatoi, tubature, fontane e piscine, che possono agire come amplificatori e disseminatori del microrganismo.

Fattori predisponenti lo sviluppo della malattia sono l'età avanzata, il fumo di sigaretta, la presenza di malattie croniche, l'immunodeficienza.

Tempi di segnalazione:

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

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

1. Febbre di Pontiac: 1-2 giorni;
2. Malattia dei Legionari : 2-10 giorni (prevalentemente 5-6 giorni).

Periodo di contagiosità:

non documentato il contagio interumano.

Modalità di trasmissione:

La legionella viene normalmente acquisita per via respiratoria mediante inalazione, aspirazione o microaspirazione di aerosol contenente Legionella, oppure di particelle derivate per essiccamento. Le goccioline si possono formare sia spruzzando l'acqua che facendo gorgogliare aria in essa, o per impatto su superfici solide. Malgrado il carattere ubiquitario di Legionella, la malattia umana rimane rara; i tassi d'attacco nel corso di focolai epidemici sono bassi, inferiori al 5%.

Provvedimenti nei confronti dei malati:

Inchiesta epidemiologica per tracciare la possibile fonte del contagio, su cui effettuare approfondimenti. precauzioni standard.

Provvedimenti nei confronti dei conviventi/contatti:

nessuno.

Provvedimenti sull'ambiente:

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

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



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 298 di 392

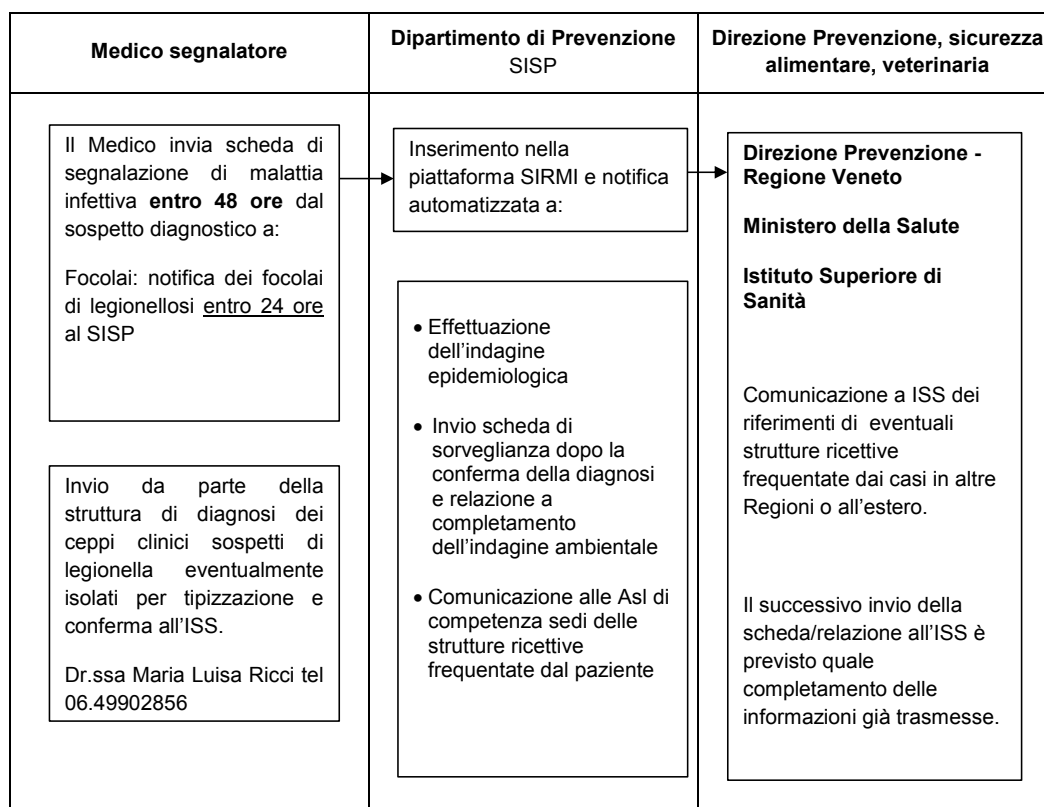
La prevenzione delle infezioni da Legionella si basa essenzialmente sulla corretta progettazione e realizzazione degli impianti idro-sanitari, gli impianti di condizionamento con umidificazione dell'aria ad acqua, gli impianti di raffreddamento a torri evaporative o a condensatori evaporativi, gli impianti che distribuiscono ed erogano acque termali, le piscine e le vasche idromassaggio. Risulta fondamentale, ai fini della prevenzione, la manutenzione e, all'occorrenza, disinfezione atte a contrastare la moltiplicazione e la diffusione di Legionella negli impianti a rischio. Eventuali interventi di bonifica secondo normativa (cfr. in appendice) e norme di buona tecnica.

Profilassi:
nessuna.



Flusso di segnalazione

LEGIONELLOSI



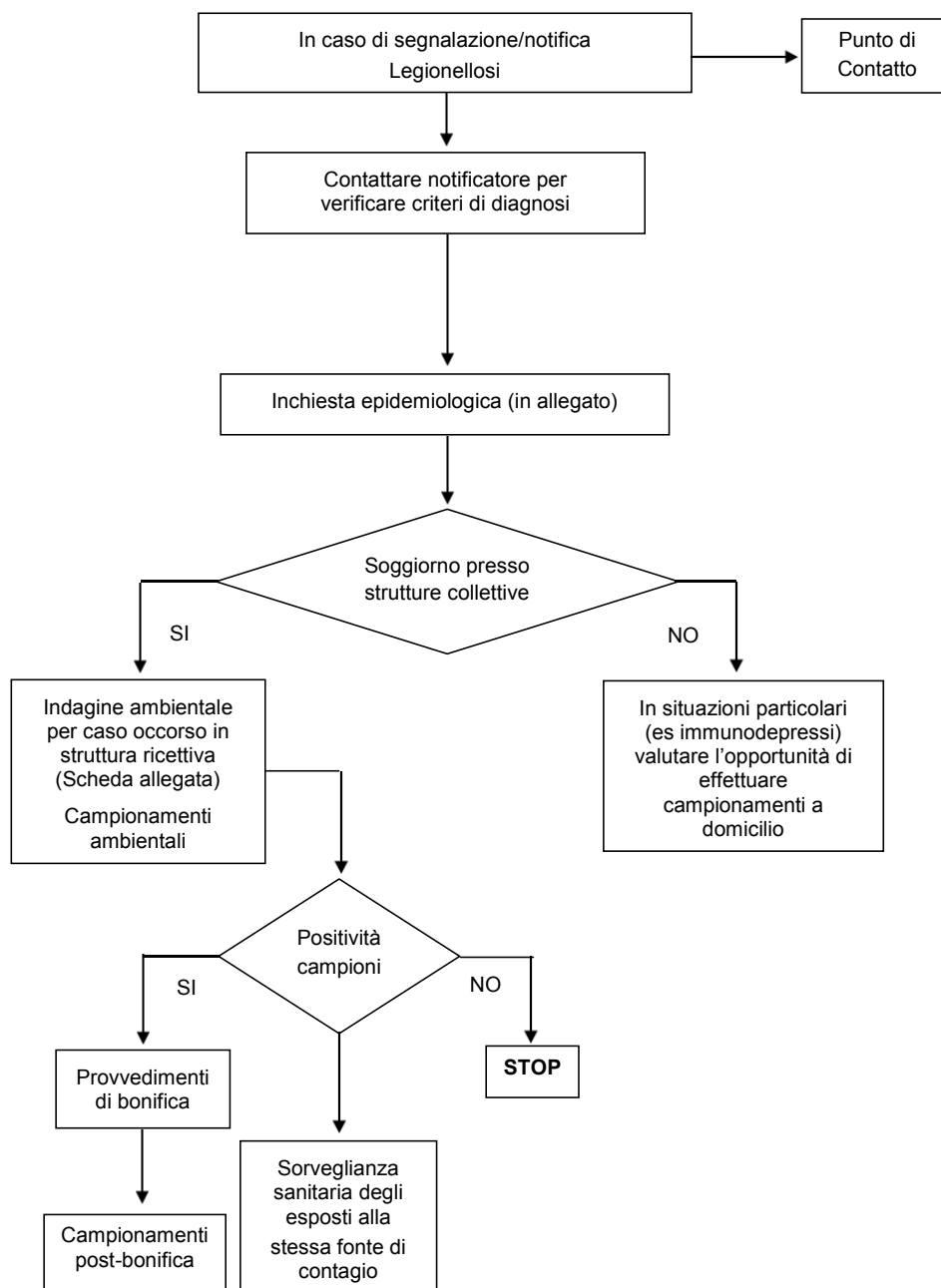
Sorveglianza internazionale della legionellosi nei viaggiatori

European Working Group for Legionella Infections (EWGLI)	Istituto Superiore di Sanità
<p data-bbox="344 741 721 1111"><u>Segnala all'ISS</u> (Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute) i casi di legionellosi che si sono verificati in viaggiatori stranieri che hanno trascorso un periodo in Italia, riportando informazioni sulle strutture ricettive in cui hanno soggiornato i pazienti e che potrebbero rappresentare le fonti di infezione.</p>	<p data-bbox="852 741 1278 1111">Segnala i casi a:</p> <ul data-bbox="868 846 1262 1043" style="list-style-type: none">• <u>Ministero della Salute</u>• Alle competenti <u>Autorità delle Regioni e delle ASL coinvolte</u> al fine di attivare l'indagine epidemiologica-ambientale. Il risultato delle indagini che i referenti regionali inviano all'ISS viene poi trasmesso al gruppo di lavoro europeo.





ISTRUZIONI OPERATIVE LEGIONELLOSI



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 302 di 392



INCHIESTA EPIDEMIOLOGICA LEGIONELLOSI

Data dell'intervista: _____

Informazioni personali

Cognome e Nome _____

Data di nascita: _____ Maschio Femmina

Residenza: Via _____ Tel _____

Comune: _____ Provincia _____

Domicilio (se diverso) _____

Medico di Base _____ Tel _____

Persona che risponde al questionario: Paziente Coniuge Fratello/Sorella altro _____

Cognome e nome _____ Tel _____

Ospedalizzazione per legionellosi:

Ospedale _____ Reparto _____

Medico Ospedaliero _____ Tel _____

Data inizio sintomi: _____ Data ricovero: _____ Data dimissione: _____

Esito: Guarigione Esiti/Complicanze _____ Decesso Data decesso: _____**Diagnosi di laboratorio:** Antigene urinario Sierologia Specie/sierogruppo: L. pneumophila gruppo 1 L. pneumophila altri sierogruppi Altre specie _____**Fattori di rischio**Abitudine al fumo NO SI da quanto tempo _____ quantità _____Abitudine all'alcool NO SI quantità _____Malattie concomitanti NO SI Specificare _____

ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 303 di 392



Trapianto d'organo NO SI Specificare _____

Chemioterapia NO SI Specificare _____

Somministrazione di corticosteroidi, per via sistemica, nelle 4 settimane precedenti l'inizio dei sintomi

NO SI Specificare _____

Ossigenoterapia a domicilio nei 10 gg. precedenti l'inizio dei sintomi

NO SI Specificare _____

Trattamenti medici nei 10 gg. precedenti l'inizio dei sintomi (fisioterapia, visite odontoiatriche, cure termali, cure inalatorie, aerosol etc...)

NO SI Specificare _____

Ricovero ospedaliero nei 10 gg. precedenti l'inizio dei sintomi

NO SI Specificare (Ospedale – Reparto – n. stanza – periodo)

Soggiorno nei 10 giorni precedenti all'esordio, in luoghi diversi dalla propria abitazione

(albergo – terme – campeggio – nave – parco acquatico – fiera - altra abitazione, ecc)

Nome e indirizzo

Operatore turistico

In gruppo Individuale Dal _____ Al _____

Esposizione ad acqua aerosolizzata (fontane, getti d'acqua, parrucchiere/estetista ecc...)

Rischio professionale

Professione _____ Ditta: _____

Reparto _____

Ultimo giorno di lavoro _____



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 304 di 392



Nei 10 giorni precedenti l'esordio:

Esposizione professionale ad acqua aerosolizzata SI NO

Utilizzo della doccia SI NO

Luogo con presenza di torri di raffreddamento SI NO

Rischio abitazione

Tipo di casa: Singola Appartamento Altro _____

Anno/periodo di costruzione della casa: _____

Caldaia: Autonoma Condominiale

Tipo di caldaia: Istantanea Boiler Serbatoio di accumulo

Addolcitore Anticalcare: SI NO Manutenzione regolare filtro SI NO

Approvvigionamento idrico: Acquedotto Comunale Pozzo Privato Sorgente

Utilizzo prevalente di: Vasca da bagno con idromassaggio SI NO Doccia

Utilizzo di umidificatore domestico: SI NO

Impianto di aria condizionata: SI NO Centralizzato Split

Funzionante nel periodo precedente l'inizio dei sintomi: SI NO

Manutenzione ordinaria impianto idraulico: Programmata/regolare Non regolare

Presenza di calcare su augelli e soffioni: Modesta Normale Rilevante

Pulizia e disincrostazione augelli/soffioni: Regolare Non regolari

Recenti interventi di riparazione/manutenzione impianto idrotermosanitario: NO SI

Recenti interruzioni di fornitura dell'acqua e/o guasti della rete idrica comunale: SI NO

Lavori in corso nelle vicinanze dell'abitazione: SI NO

Presenza di torri di raffreddamento o torri evaporative nelle vicinanze: SI NO

L'abitazione dispone di:

Giardino SI NO

Sistema di irrigazione Manuale Automatico

Fontane ornamentali SI NO

Altre attività a rischio:

Utilizzo autolavaggio SI NO Frequenza _____

Indirizzo _____

Utilizzo di idropultrici: SI NO



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 305 di 392



Utilizzo di docce, vasche per idromassaggio presso impianti sportivi, centri balneari, centri benessere nei 10

giorni precedenti l'esordio dei sintomi: SI NO

Indirizzo _____

Mezzi di trasporto abituale _____

Utilizzo di erogatori idrici in parchi/cimiteri/giardini SI NO

Hobby praticati con regolarità NO SI _____

A.S.



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 306 di 392



INCHIESTA EPIDEMIOLOGICA PER CASO OCCORSO IN STRUTTURA RICETTIVA

DATI GENERALI	
----------------------	--

Notifica del:	A carico di:
---------------	--------------

Pervenuta il:

Il soggetto ha soggiornato presso la struttura:

dal _____ al _____

Apertura struttura: Stagionale <input type="checkbox"/> Continuativa <input type="checkbox"/>

Inizio sintomi:

RILIEVI A CARATTERE SANITARIO

E' presente un registro per le chiamate sanitarie: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
--

A chi si rivolge la struttura in caso di necessità: 118 <input type="checkbox"/> medico <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/>

Nome e cognome del medico:

Telefono:

Contatto con il medico si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
--

Quali informazioni riferisce?

Altri ospiti hanno manifestato sintomi simil-influenzali: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

Manifestazioni di sintomi specifici a carico dei dipendenti: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
--

E' possibile dalle informazioni inviare risalire all'ubicazione stanza/piazzola: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
--

Se si, quale numero/denominazione _____

Come sono le condizioni generali delle struttura:

buone <input type="checkbox"/> discrete <input type="checkbox"/> scadenti <input type="checkbox"/> insufficienti <input type="checkbox"/>

Come sono le condizioni igieniche delle camere:

buone <input type="checkbox"/> discrete <input type="checkbox"/> scadenti <input type="checkbox"/> insufficienti <input type="checkbox"/>

E in particolare quella della stanza dove ha soggiornato il paziente:

buone <input type="checkbox"/> discrete <input type="checkbox"/> scadenti <input type="checkbox"/> insufficienti <input type="checkbox"/>

Sono presenti e in funzione:

piscina <input type="checkbox"/> idromassaggio <input type="checkbox"/> fontane <input type="checkbox"/> centro benessere <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/>

Condizioni igieniche: buone <input type="checkbox"/> discrete <input type="checkbox"/> scadenti <input type="checkbox"/> insufficienti <input type="checkbox"/>



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 307 di 392



NOTE E/OSSERVAZIONI
<p data-bbox="331 1108 593 1137">Data _____</p>



LEPTOSPIROSI

Descrizione:

La leptospirosi è una zoonosi provocata da spirochete (un phylum di batteri) del genere *Leptospira* (circa 10 specie sono patogene per l'uomo) del genere *Leptospira*. E' una malattia acuta febbrile con diverse manifestazioni cliniche spesso derivanti da vasculiti. La gravità dei sintomi consente di dividere 2 possibili forme cliniche: una forma lieve che guarisce spontaneamente (circa 90% dei casi) ad una forma severa, spesso letale con ittero, insufficienza renale e polmonite emorragica. L'andamento è tipicamente bifasico, con una setticemia acuta che dura una settimana, seguita da una fase immunomediata.

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

La durata dei sintomi di entrambe le fasi varia da meno di una settimana a vari mesi. La maggior parte delle persone che non sviluppano ittero guarisce. Circa il 5-10% dei soggetti con ittero può morire di leptospirosi, e questa percentuale è maggiore fra i soggetti di età superiore a 60 anni. Il rischio di decesso è maggiore se si manifestano alterazioni della funzione mentale, insufficienza renale, insufficienza respiratoria ed emorragie interne.

I bambini sono particolarmente vulnerabili alle forme più gravi della malattia. Inoltre, se la leptospirosi si sviluppa nelle prime fasi della gravidanza, aumentano i rischi di aborto spontaneo.

Spesso la malattia è asintomatica o subclinica e si verifica una sierconversione particolarmente in zone endemiche.

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

Tempi di segnalazione:

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

Scheda specifica di flusso: SI

Periodo di incubazione:

Mediamente 10 giorni, con un range di 2-30 giorni.

Periodo di contagiosità:

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

Modalità di trasmissione:

La circolazione del batterio è garantita dall'infezione renale cronica di roditori e altri piccoli mammiferi. Eventi climatici rilevanti (alluvioni, uragani etc.), possono temporaneamente aumentare l'incidenza dei casi. Per contatto della cute, in particolare se abrasa, oppure delle mucose con acqua, suolo umido, oppure vegetazione contaminata con urine di animali infetti; per contatto diretto con urine o tessuti di animali infetti.

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica (soprattutto per comprendere eventuali esposizioni ad animali o all'ambiente).

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

Provvedimenti nei confronti di contatti/esposti:



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 309 di 392

proteggere i lavoratori implicati in occupazioni rischiose attraverso la fornitura di stivali, guanti, camici.

Provvedimenti sull'ambiente:

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

Profilassi:

- **vaccino:** non disponibile in Italia.
- **chemioprolassi:** valutare l'opportunità per i soggetti a rischio: 200 mg di doxiciclina, 1 volta alla settimana durante l'intero periodo di esposizione.



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 310 di 392

Flusso di segnalazione

LEPTOSPIROSI

Medico segnalatore	Dipartimento di Prevenzione SISP	Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria
<div data-bbox="264 685 547 864" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Il Medico invia scheda di segnalazione di malattia infettiva entro 48 ore dal sospetto diagnostico a:</p> </div>	<div data-bbox="616 685 903 1070" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Compila la scheda di sorveglianza delle leptospirosi indicando, se disponibile, il metodo sierologico utilizzato per la conferma di Laboratorio (metodo, eventuale nome commerciale del kit, titolo se applicabile) e caricamento della scheda come allegato in SIRMI e notifica automatizzata a:</p> </div>	<div data-bbox="962 685 1276 1008" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Direzione Prevenzione - Regione Veneto</p> <p>Ministero della Salute</p> <p>Istituto Superiore di Sanità</p> <p>Centro Nazionale per la leptospirosi</p> </div>



LISTERIOSI

Descrizione:

Patologia dovuta al batterio gram-positivo intracellulare facoltativo *Listeria monocytogenes*, capace di invadere e replicarsi dentro le cellule fagocitarie e non-fagocitarie. *Listeria monocytogenes*. Può contaminare diversi alimenti, essendo un batterio presente ubiquitariamente nell'ambiente, sia nell'acqua, che nel suolo, che nelle piante, che nella vegetazione in decomposizione. Manca, tuttavia, certezza su quale sia l'habitat ideale (nicchia ecologica) per questo batteria. Il batterio può essere riscontrato anche in carni crude, lavorate e prodotti caseari. Molti animali possono essere infettati dal batterio senza presentare sintomi.

La listeriosi può assumere due forme:

- diarroica, tipica delle tossinfezioni alimentari, si manifesta nel giro di poche ore dall'ingestione,
- invasiva o sistemica, causa di sepsi, encefaliti e meningiti.

I primi sintomi sono febbre, dolori muscolari, nausea, diarrea. Quando l'infezione si diffonde al sistema nervoso, si possono manifestare emicranie, confusione, irrigidimento del collo, perdita dell'equilibrio o anche convulsioni.

La listeriosi può essere particolarmente severa per le persone immunodepresse, malati di cancro, diabete, le persone anziane, i neonati e le donne in gravidanza, nelle quali può causare aborto spontaneo o parto prematuro, morte in utero o infezione del feto. I sintomi però, nel caso delle donne incinte, sono generalmente molto simili a quelli di una influenza leggera. La listeriosi è una patologia umana di raro riscontro, mentre è più comune il riscontro di casi negli animali.

Tempi di segnalazione:

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

Scheda specifica di Flusso: SI (per la forma invasiva)

Periodo di incubazione:

da 1-2 giorni per la forma diarroica a 90 giorni (mediamente 30 giorni) per la forma invasiva

Periodo di contagiosità:

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

Modalità di trasmissione:

la trasmissione mediante cibi è la più frequente

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

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica, anche se i tempi di incubazione piuttosto variabili rendono arduo determinare la via di contagio.

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

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e contatti:

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



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 312 di 392

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

Provvedimenti sull'ambiente:

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

- cottura completa e corretta dei cibi derivati da animali;
- lavaggio accurato delle verdure prima del consumo;
- separazione delle carni crude dalle verdure e dai cibi cotti e pronti al consumo;
- uso di prodotti lattiero-caseari pastorizzati;
- lavaggio accurato di coltelli, taglieri e mani dopo aver maneggiato cibi crudi, consumo dei cibi deperibili in tempi brevi.

Profilassi:

terapia antibiotica, sia per gli adulti che per i bambini. Una cura antibiotica somministrata precocemente a una donna incinta può prevenire la trasmissione dell'infezione al feto.



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 313 di 392

Flusso di segnalazione

LISTERIOSI

Medico segnalatore	Dipartimento di Prevenzione SISP	Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria
<p>Il Medico invia scheda di segnalazione di malattia infettiva entro 48 ore dal sospetto diagnostico a:</p>	<p>Inserimento dei casi di listeriosi e dei focolai epidemici nella piattaforma SIRMI e caricamento della scheda come allegato.</p> <p>Coinvolgimento del Servizio Igiene degli alimenti e del Servizio di Igiene degli Alimenti di origine animale territorialmente competenti.</p> <p>Approfondimento dell'indagine dei casi al fine di individuare le fonti di infezione.</p> <p>Gli isolati clinici devono essere inviati al Laboratorio di riferimento dell'Istituto Superiore di Sanità (Operational Contact Point dell'ECDC per la listeriosi, DSPVSA@pec.iss.it Tel. 0649903419 per la caratterizzazione del ceppo.</p> <p>Nel caso sia accertata, a seguito dell'indagine epidemiologica, l'origine alimentare dell'infezione, i campioni alimentari ed eventuali campioni ambientali ed animali devono essere inviati anche al Laboratorio Nazionale di Riferimento, presso l'Istituto Zooprofilattico Abruzzo e Molise listeria@izs.it</p> <p>Se l'infezione da Listeria ha causato una sepsi o meningite dovrà essere compilata la notifica in SIRMI come Malattia Batterica Invasiva da Listeria e compilando la sezione specifica dedicata.</p>	<p>Direzione Prevenzione - Regione Veneto</p> <p>Ministero della Salute</p> <p>Istituto Superiore di Sanità</p>



MALARIA

Descrizione:

è una malattia causata da protozoi appartenenti al genere *Plasmodium* e trasmessi all'uomo da zanzare femmine infette del genere *Anopheles*. Le specie di plasmodi responsabili della malaria umana sono: *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale*, *P. malariae* e *P. knowlesi*.

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

La forma severa, molto comunemente dovuta al *P. falciparum* (terzana maligna), presenta manifestazioni cliniche potenzialmente fatali, quali convulsioni, confusione mentale e coma (malaria cerebrale), insufficienza renale, sindrome da distress respiratorio (ARDS), ipoglicemia, severa anemia e shock. L'infezione da *P. vivax* e *P. ovale* può provocare recidive a distanza di mesi dall'attacco primario, mentre *P. malariae* può causare recrudescenze anche a distanza di decenni. Il rischio di malaria è elevato in larghe aree dell'Africa, del Centro e Sud America, dell'Asia, di parte dei Caraibi, Europa Orientale e Pacifico sud-occidentale.

Tempi di notifica:

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

Per i casi importati, di decesso, di recidiva e recrudescenza, la segnalazione va eseguita entro 5 giorni (48 + 72 ore dalla diagnosi effettuata da parte del Presidio Ospedaliero).

Un caso di Malaria confermato, che si presume sia autoctono, anche indotto, va segnalato entro 24 ore dalla diagnosi per le vie brevi.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

il periodo che intercorre tra la puntura dell'insetto infettante e la comparsa di sintomi clinici è circa: 7-14 gg per il *P. falciparum*, 8-14 gg per *P. vivax* e *P. ovale*, 7-30 gg per *P. malariae*.

Alcuni ceppi di *P. vivax* possono avere un periodo di incubazione protratto fino a 8-10 mesi ed oltre.

Periodo di contagiosità:

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

Modalità di trasmissione:

con la puntura di una femmina di zanzara *Anopheles* infetta, che punge specialmente dal tramonto fino alle prime ore del mattino. Occasionalmente si può avere la trasmissione per via perinatale da madre a feto (malaria congenita), attraverso trasfusioni di sangue da persone infette o tramite l'uso di aghi e siringhe contaminate.

Provvedimenti nei confronti del malato:

rapido trattamento antimalarico.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

nessuno.



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 315 di 392

Provvedimenti sull'ambiente:

nessuno.

Profilassi:

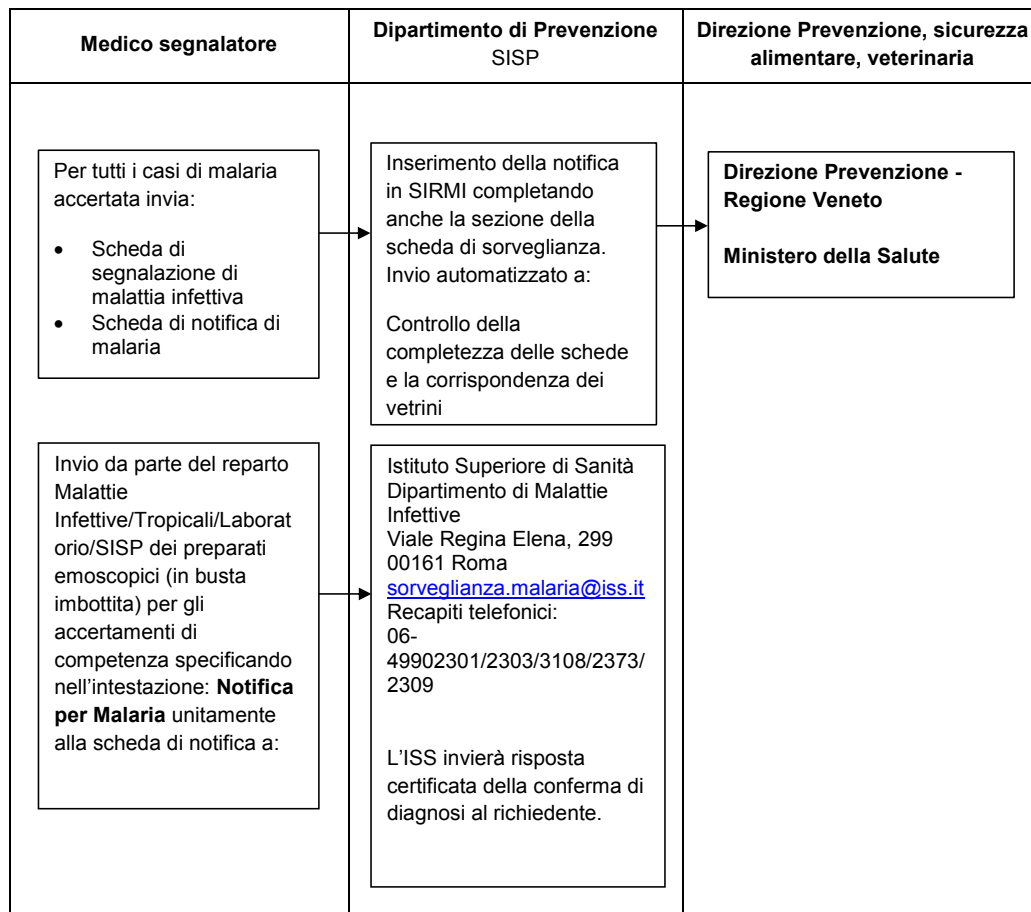
- **Vaccinazione:** Attualmente esiste un vaccino utilizzato nell'Africa sub-sahariana.
- **Profilassi comportamentale:** bonifica degli alloggi con insetticidi, utilizzo di indumenti con maniche lunghe, pantaloni lunghi e calze spesse, applicazione di repellenti per uso topico contro le zanzare
- **Chemioprofilassi:** secondo le indicazioni Società Italiana di Medicina Tropicale (SIMET) – Revisione 2018 (vedi tabella).

Farmaco	Adulti	Bambini	Controindicazioni
Atovaquone-Proguanil (adulti e pediatrico) (da 24/48 h. prima dell'arrivo in zona a rischio fino a 7 gg dopo averla lasciata)	1 cp/die	11-20 Kg: 1 cp ped/die 21-30 kg: 2 cp ped/die 31-40 kg: 3 cp ped/die 40 kg: 1 cp adulti al giorno	Ipersensibilità al farmaco Insufficienza renale E' controindicato in gravidanza. Non è consigliato nelle donne che allattano e nei bambini di peso inferiore a 11 kg
Doxiciclina 100 mg (da 24 h prima dell'arrivo in zona a rischio fino a 4 settimane dopo averla lasciata)	1 cp/die	8 anni e peso > 25 Kg: 1,5 mg/Kg/die	Età <8 anni Gravidanza Allattamento Ipersensibilità al farmaco Insufficienza epatica grave Il farmaco potrebbe ridurre l'efficacia della terapia anticoncezionale ormonale
Meflochina 250 mg (da almeno 7 gg prima della partenza per zona a rischio e fino a 4 settimane dal rientro)	1 cp/settimana	5 mg/kg alla settimana	Allergia al farmaco Epilessia Disordini psichiatrici Insufficienza epatica Controindicazione relativa nel I trimestre di gravidanza e nell'allattamento
Clorochina 250 mg (da 7-14 gg prima della partenza per zona a rischio e fino a 4 settimane dal rientro)	2 cp/settimana	5 mg/kg alla settimana	Ipersensibilità al farmaco Epilessia in atto Retinopatie Psoriasi generalizzata Insufficienza epatica grave Può essere somministrata in gravidanza e allattamento



Flusso di segnalazione

MALARIA



MERS-CoV (SINDROME RESPIRATORIA MEDIO-ORIENTALE)

Descrizione:

La Sindrome Respiratoria medio-orientale (Mers-CoV - *Middle East respiratory syndrome coronavirus infection*) è una malattia infettiva acuta causata da un virus MERS-CoV, un virus a RNA del genere *Betacoronavirus* appartenente alla famiglia dei Coronaviridae o che può essere trasmesso dagli animali all'uomo. In particolare il virus MERS-CoV è stato identificato nei dromedari (si ipotizza che a loro volta siano infettati da pipistrelli) in diversi paesi del Medio Oriente, Africa e Asia meridionale e, se trasmesso all'uomo, può causare quadri patologici di varia gravità che vanno dal comune raffreddore alla sindrome respiratoria acuta grave (SARS).

I Coronavirus sono una grande famiglia di virus a RNA, che possono causare malattie negli esseri umani e negli animali. Il serbatoio naturale è rappresentato dai cammelli e dromedari. Negli esseri umani causano malattie di varia gravità che vanno dal comune raffreddore alla sindrome respiratoria acuta grave (SARS). Nella gran parte dei casi si tratta di una zoonosi, trasmessa dall'animale all'uomo. La presentazione clinica può essere pertanto molto variabile, includendo forme asintomatiche e forme sintomatiche che esordiscono generalmente con febbre, tosse, brividi, nausea, cefalea, diarrea, mal di gola, mialgia e difficoltà respiratoria. Oltre alla comune polmonite, possono comparire sintomi gastrointestinali quali vomito, diarrea e dolore addominale.

La maggior parte dei casi severi è stata identificata nei soggetti adulti anziani di sesso maschile affetti da comorbidità, (es. Diabete, insufficienza renale cronica, pneumopatie, immunosoppressione) mentre i bambini manifestano tipicamente sintomi più lievi. La mortalità è circa del 35%.

Tempi di segnalazione:

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

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

Il periodo di incubazione varia da 2 a 14 giorni, mediamente 5-6 giorni.

Periodo di contagiosità:

Nell'uomo il virus MERS-CoV può essere rilevato nelle vie respiratorie alte e basse, nelle feci, nel sangue e nelle urine. Talvolta il DNA virale è stato ritrovato dai 13 ai 30 giorni dopo la comparsa dei sintomi.

Modalità di trasmissione:

La trasmissione da animale a uomo non è completamente conosciuta, ma i dromedari sembrano rappresentare la principale via di contagio e la trasmissione avviene per contatto diretto e/o indiretto con animali infetti.

Il virus non sembra trasmettersi facilmente da uomo a uomo in condizioni normali. Il rischio di trasmissione aumenta nei contatti stretti che accudiscono la persona infetta senza l'adozione di adeguate misure di protezione (ambito familiare, operatori sanitari che assistono pazienti). Tuttavia, il meccanismo con cui la trasmissione si è verificata in questi casi, se respiratoria/droplet (es. tosse, starnuti) o tramite contatto (contaminazione dell'ambiente da parte del paziente), non è ancora completamente nota. Sembra che il virus possa rimanere vitale per alcuni giorni disperso nell'aerosol e sulle superfici inanimate per almeno 48 ore.

Provvedimenti nei confronti del malato: Inchiesta epidemiologica, per rilevare la via di esposizione ed eventuali contatti a rischio.

Si raccomanda agli operatori sanitari di adottare e rafforzare le precauzioni standard per il controllo delle infezioni nella gestione di tutti i pazienti e la gestione dei casi probabili.



Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

Nei casi asintomatici non è necessario isolare i pazienti, mentre per i contatti stretti (soggetti che sono rimasti per più di 15 minuti faccia a faccia con un soggetto sospettato di essere ammalato di MERS-CoV) deve essere fatta una sorveglianza sanitaria di 14 giorni dall'ultimo contatto con il soggetto ammalato per escludere un possibile contagio. I familiari che vivono assieme ad un soggetto affetto da MERS-CoV devono evitare il più possibile i contatti e stare ad almeno un metro dal malato. È comunque importante rispettare le norme di igiene ambientale e utilizzare dei dispositivi di protezione (mascherina, guanti, camice).

Profilassi: vaccinazione e chemioprolissi

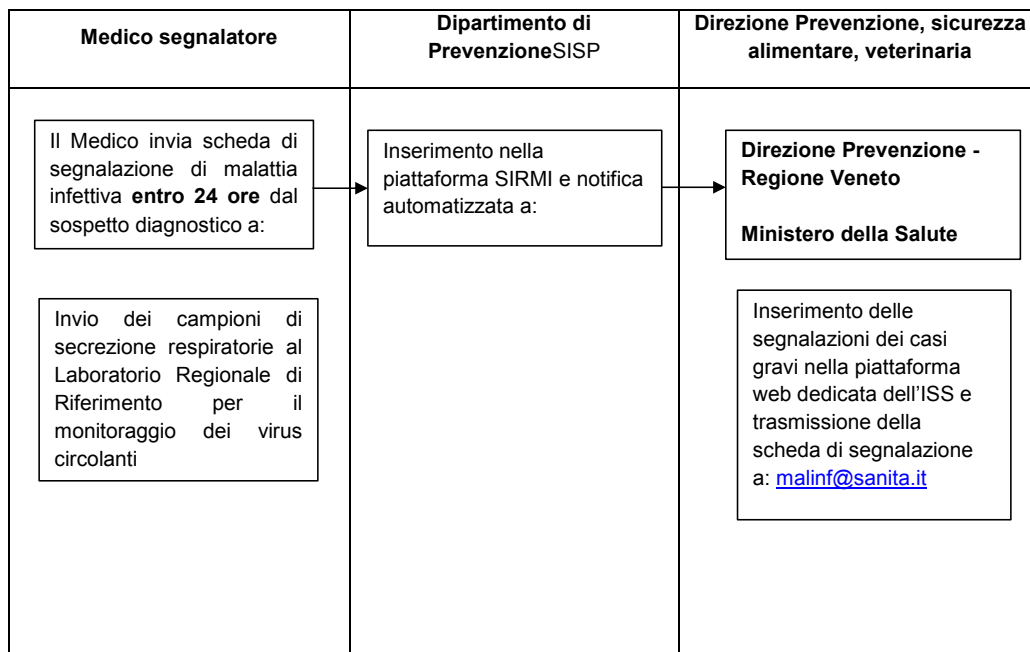
Al momento non è disponibile un vaccino, né chemioprolissi.

Terapia di supporto nei casi più gravi. Sono in via di sperimentazione l'utilizzo di steroidi, plasma di soggetti convalescenti, interferone, lopinar/ritonavir, ribavirina, anticorpi mono-e policlonali.



Flusso di segnalazione

MERS-COV



MORBILLO

Descrizione:

malattia acuta causata da un virus a RNA genere *Morbillivirus* nella famiglia dei *Paramyxoviridae*. Si manifesta con febbre elevata, congiuntivite, tosse, rinite, esantema caratteristico (macchie di *Koplik*: chiazze biancastre nel cavo orale) e con un esantema maculo papulare eritematoso, che compare dopo 3–5 giorni dall'esordio della febbre, ed inizia dal volto, si diffonde prima al tronco e poi agli arti. L'esantema si attenua nell'arco di 3–4 giorni dando luogo ad una desquamazione cutanea. La malattia, che solitamente dura tra i 10-20 giorni, può complicarsi, più spesso nei bambini piccoli, con otite media, broncopolmonite, laringotracheobronchite (*croup*) e diarrea. L'encefalite acuta si verifica in circa 1/1000 casi, spesso con esiti di encefalopatia permanente. La mortalità si presenta in 1-3 su 1000 casi riportati, principalmente per complicanze respiratorie e neurologiche.

Tempi di segnalazione:

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

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

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

Periodo di contagiosità:

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

Modalità di trasmissione:

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

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica. Isolamento domiciliare fino a guarigione clinica e per almeno 5 giorni dalla comparsa dell'esantema.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

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

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

Profilassi:

vaccinazione: Il vaccino del morbillo appartiene ai vaccini vivi attenuati. Il vaccino esiste sotto forma di un complesso vaccinale contro il morbillo, la parotite e la rosolia (Mpr).

Si consiglia una prima dose del MPR prima del 24° mese di vita, preferibilmente al 12-15° mese, con un richiamo verso 5-6 anni o 11-12 anni. Fino al 6°-9° mese, il neonato può essere protetto dagli anticorpi che gli vengono dalla madre se questa è immunizzata. La durata di immunizzazione del neonato è inferiore se la madre è stata immunizzata da un vaccino e non dal morbillo stesso.

Come per tutti i vaccini vivi attenuati, la vaccinazione non viene effettuata negli individui con deficit immunitario o sotto terapia immunosoppressiva (corticoidi, antineoplastici, antirigetto), né, per precauzione, nelle donne gravide o che desiderano esserlo nel mese successivo. Invece, è consigliato alle persone infette da HIV che non hanno ancora sviluppato l'Aids.

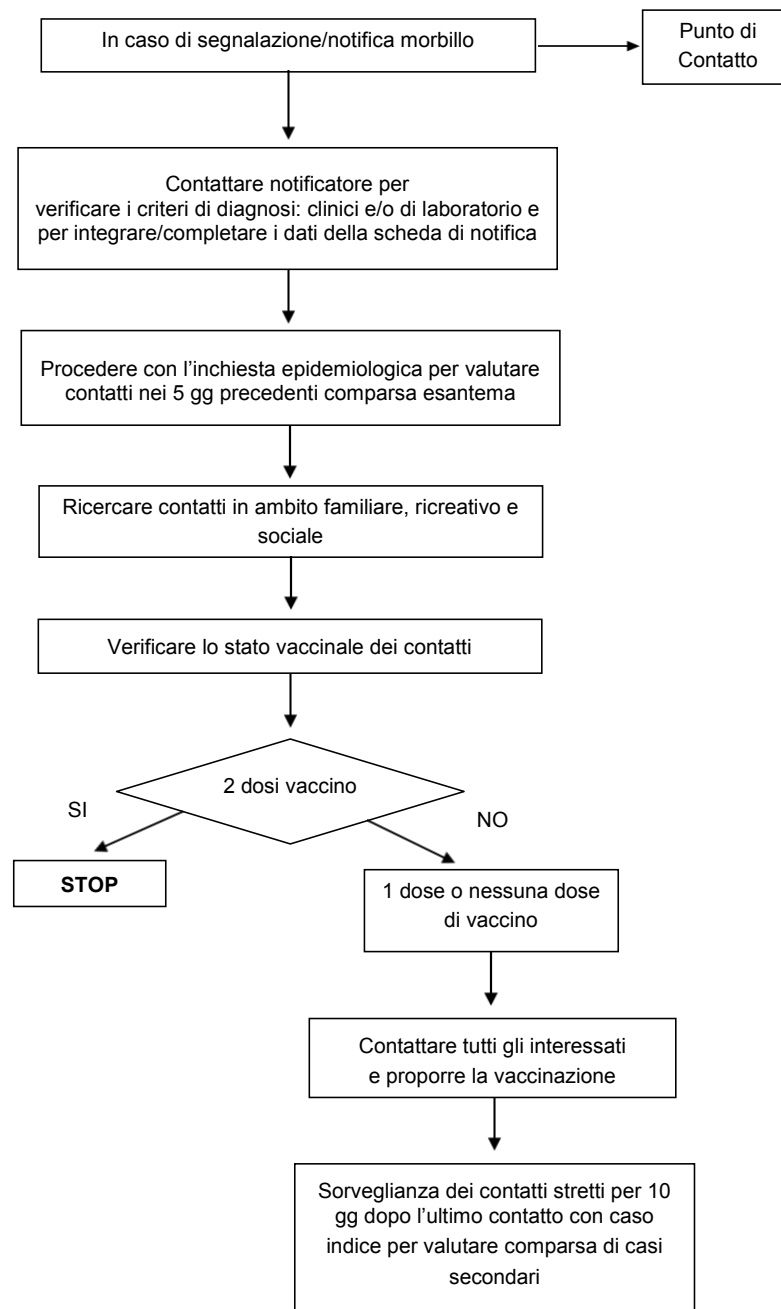


Flusso di segnalazione

SORVEGLIANZA INTEGRATA MORBILLO E ROSOLIA (postnatale)

Medico segnalatore	Dipartimento di Prevenzione SISP	Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria
<p>Il Medico invia scheda di segnalazione di malattia infettiva entro 12 ore dal sospetto diagnostico a:</p>	<p>Inserimento nella piattaforma SIRMI entro 24 ore, compilando la sezione dedicata alla Sorveglianza Integrata Morbillo e Rosolia, e notifica automatizzata a:</p> <p>Per ogni caso di morbillo dovranno essere condotte appropriate indagini di laboratorio per confermare la diagnosi.</p> <p>I casi negativi per morbillo dovranno essere testati per rosolia e viceversa.</p> <p>Per tutti i <u>casi sporadici</u> di morbillo e rosolia e su <u>almeno 5-10 casi di ogni focolaio</u> dovranno essere effettuate la ricerca virale e la genotipizzazione del virus inviando i campioni accompagnati dalla scheda al Laboratorio di riferimento Regionale o Nazionale. Questi comunicano i risultati alla Regione.</p> <p>Ogni focolaio dovrà essere tempestivamente segnalato alla Regione con aggiornamento settimanale del relativo numero dei casi.</p>	<p>Direzione Prevenzione - Regione Veneto</p> <p>Ministero della Salute</p> <p>Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria</p> <p>Richiesta mensile alle ULSS del numero di casi segnalati nel mese precedente, incluso lo "zero reporting" e trasmissione all'ISS.</p> <p>sorveglianza.morbillososolia@iss.it</p> <p>Un <u>report epidemiologico descrittivo settimanale</u> di aggiornamento sull'andamento dell'epidemia deve essere inviato al Ministero della Salute e all'ISS.</p>



**ISTRUZIONI OPERATIVE****MORBILLO**

MORBO DI HANSEN (o Lebbra)

Descrizione

La lebbra è una patologia cronica causata da *Mycobacterium leprae*, un bacillo acido resistente con tropismo particolare per i nervi periferici, la cute, e le mucose del tratto respiratorio superiore. I sintomi sono variabili ma si manifestano generalmente con lesioni cutanee polimorfe con anestesia e neuropatia periferica. La diagnosi è clinica e viene confermata mediante biopsia.

La lebbra può essere classificata in base alla risposta immunitaria ed al decorso clinico:

- *L. tuberculoide*: si riscontra in pazienti con forte risposta cellulo-mediata; forma benigna, meno diffusa e contagiosa.
- *L. lepromatosa*, Borderline: si riscontra in pazienti con scarsa risposta immunitaria; forma sistemica, più grave della precedente.

La maggior parte dei casi si concentra nei Paesi tropicali e subtropicali, in particolare India, America Latina e Africa. La *M. leprae* era l'unica causa nota della lebbra fino al 2008, quando una seconda specie, *M. lepromatosis*, è stata identificata in Messico.

Tempi di segnalazione

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

Scheda specifica di flusso: SI

Periodo di incubazione:

L'insorgenza della malattia può verificarsi a qualsiasi età, più frequentemente intorno ai 20-30 anni.

L'incubazione è lunga, da 1 anno a oltre 20 anni, in media 5 anni.

Periodo di contagiosità:

l'infettività, continua di solito fino ad inizio di appropriata terapia antibiotica. Dopo inizio terapia l'infettività cessa, viene persa, nella maggior parte dei casi, entro 3 mesi dall'inizio di un trattamento continuo e regolare con dapsona o clofazimina o entro 3 giorni dall'inizio del trattamento con rifampicina.

Modalità di trasmissione:

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

I bacilli vengono eliminati dall'organismo infetto tramite lesioni cutanee ulcerate e tramite la mucosa nasale e penetrano in un altro individuo attraverso le alte vie respiratorie e soluzioni di continuo della cute. Esistono alcuni animali naturalmente infettati dal *M. leprae* (es. l'armadillo), ed è ipotizzabile che possano essere contagiosi verso l'uomo, anche se verosimilmente in modo poco efficiente.

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica

Gli antibiotici possono arrestare la progressione della lebbra, ma non permettono la guarigione del danno ai nervi o delle deformità. Pertanto, una diagnosi e un trattamento precoce sono di vitale importanza. Se la cura viene iniziata nelle prime fasi della malattia, si possono prevenire lesioni disabilitanti. Se non trattata, può causare danni progressivi e permanenti alla pelle, ai nervi, agli arti e agli occhi, provocando segni fisici e deformità.

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

Restrizione dall'attività lavorativa o scolastica fino a permanenza dello stato di infettività.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e di contatti:

Poiché la lebbra non è molto contagiosa, il rischio di diffusione è basso. Solo la forma lepromatosa non trattata è contagiosa, ma anche in questo caso l'infezione non è facilmente trasmissibile. Tuttavia, i contatti abitativi (in particolare bambini) di pazienti con la lebbra devono essere monitorati per lo



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 324 di 392

sviluppo di sintomi e segni di lebbra. Una volta iniziato il trattamento, la lebbra non può più essere trasmessa.

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

Provvedimenti nei confronti dell'ambiente:

nessuno.

Profilassi:

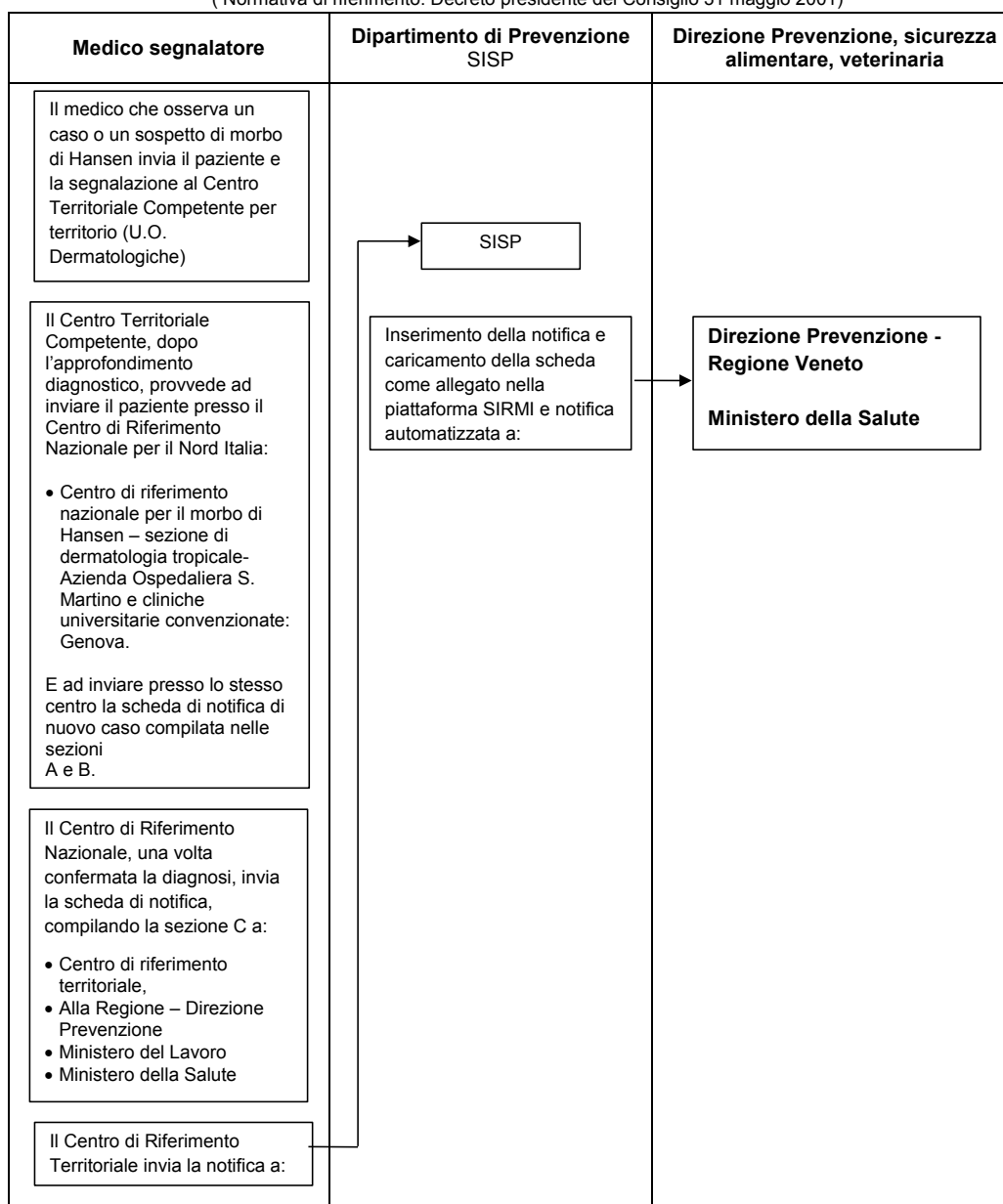
- **Vaccinazione:** Ricerche sulla efficacia di un vaccino costituito da BCG e *M. leprae* uccisi con il calore ha dato per ora risultati contrastanti e, pertanto, non rappresenta al momento un mezzo di prevenzione primaria. Significativa è la protezione offerta dal BCG somministrato in bambini di aree endemiche.
- **Chemioprofilassi:** la profilassi farmacologica non è consigliata per il rischio di selezione di ceppi batterici farmacoresistenti.



Flusso di segnalazione

MORBO DI HANSEN

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



Il centro territoriale deve rilasciare ai pazienti una certificazione valida ai fini dell'erogazione del sussidio, la mancata effettuazione dei controlli trimestrali determina la sospensione del sussidio, così come previsto dall'art. 1, settimo comma della legge 31 marzo 1980, n. 126, e successive modificazioni.



PESTE

Descrizione:

è una infezione batterica, solitamente zoonotica causata dal batterio coccobacillo gram-negativo *Yersinia pestis*, solitamente presente nei piccoli roditori (ratti, alcune specie di scoiattoli, cani della prateria, gatti), che può essere trasmesso dagli animali all'uomo attraverso la puntura di pulci infette. Storicamente, si ritiene abbia causato almeno 3 pandemie negli ultimi 1500 anni.

Si sa ancora poco sull'epizoozia della peste, che è considerata una patologia murina trasmessa da pulci; è probabile che eventi climatici rilevanti possano causare l'esplosione dei casi murini con aumento del rischio di trasmissione all'uomo. I ratti *Rattus rattus* e *R. Norvegicus* sono quelli che più facilmente possono trasmettere all'uomo le pulci vettore (in particolare le pulci del genere *Xenopsylla*). Le manifestazioni cliniche iniziali comprendono generalmente sintomi simil-influenzali (febbre, brividi, malessere, mialgia, vomito e nausea) e possono aggravarsi soprattutto nella forma setticemica e polmonare, con elevata mortalità se non trattate.

Si distinguono varie forme cliniche di peste: **peste bubbonica**: febbre, improvvisa linfadenite dolorosa, cefalea, brividi e debolezza; **peste polmonare**: febbre, tosse, dispnea, emottisi; **peste setticemica**: febbre, brividi, dolori addominali, ipotensione, distress respiratorio acuto, lesioni cutanee purpuriche, coagulopatia intravascolare, insufficienza d'organo.

La malattia è diffusa nelle aree rurali con scarso livello igienico, dove le abitazioni sono infestate da pulci e da ratti, soprattutto in Africa (Madagascar, Uganda, Sudafrica), Asia (Caucaso, Russia, Cina) e Sudamerica (Brasile e regione andina della Bolivia, Perù ed Ecuador).

Tempi di segnalazione:

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

Scheda specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

da 3 a 7 giorni, per la peste polmonare 1-6 giorni.

Periodo di contagiosità:

la peste polmonare può essere altamente infettante; il sovraffollamento facilita la trasmissione. La peste bubbonica non è generalmente trasmessa direttamente da uomo a uomo, a meno che non vi sia contatto con il pus di bubboni in suppurazione. Le pulci possono rimanere infettanti per mesi.

Modalità di trasmissione:

L'uomo si può infettare coi morsi di pulce (più frequenti durante le epizoozie, quando le pulci abbandonano i numerosi roditori morti in cerca di altri ospiti), con contatto diretto con tessuti o secrezioni di animali infetti, o raramente con aerosol infetti. Nella forma polmonare il batterio può trasmettersi da persona a persona attraverso l'aria o gli aerosol di persone infette e quindi costituisce una delle forme più pericolose per il potenziale epidemico che la caratterizza.

La peste bubbonica è trasmessa dalla puntura di pulci infette o per contatto diretto tra materiale infetto e lesioni cutanee.

Peste setticemica: è dovuta alla moltiplicazione del batterio nel sangue e può essere una complicanza delle due forme precedenti; non si trasmette da persona a persona.

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica per tracciare la fonte del contagio (es. contatto con animali durante viaggi all'estero). Isolamento stretto dei pazienti con peste polmonare, precauzioni contro la diffusione aerea per 48 ore dall'inizio di un'appropriate terapia. Per la forma bubbonica, se assente tosse, ricovero e precauzione nei confronti delle secrezioni per 48 ore dall'inizio di una terapia efficace.



Disinfestare dalle pulci gli abiti e i bagagli dei pazienti con l'uso di insetticidi efficaci.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

I contatti stretti con soggetti affetti da peste polmonare devono essere sottoposti a chemioprolassi e posti sotto stretta sorveglianza per almeno 7 giorni.

I contatti stretti di soggetti con peste bubbonica vanno valutati per l'eventuale chemioprolassi.

Provvedimenti sull'ambiente:

trattamento igienico e disinfestazione degli ambienti dalle pulci, interventi di derattizzazione delle zone dove transitano i roditori e delle relative tane, eliminazione di rifiuti e di materiali che possono attrarre i roditori, controllo costante dello stato di salute dei propri animali domestici, educazione sanitaria della popolazione. Il batterio è facilmente distrutto dalla luce del sole, nell'aria può sopravvivere per oltre 1 ora.

Profilassi:

- **Vaccinazione** al momento non è disponibile un vaccino contro la peste, per cui è essenziale la prevenzione dalla malattia.
- **Chemioprolassi:** la chemioprolassi va effettuata con tetraciclina (15-30 mg/Kg) o cloramfenicolo (30 mg/Kg) in 4 dosi al giorno per una settimana dall'ultima esposizione
- **Profilassi:** la terapia antibiotica deve essere instaurata al momento del sospetto diagnostico con una durata di 10 giorni. Possono essere utilizzati streptomina (1 g/12h i.m.) o gentamicina (5 mg/kg/die i.m.), in particolari condizioni (es. meningite o insufficienza renale) sono raccomandati preferibilmente ciprofloxacina, doxiciclina e cloramfenicolo. In gravidanza il farmaco di scelta è la gentamicina, nei bambini è opportuno rimodulare adeguatamente i dosaggi terapeutici.

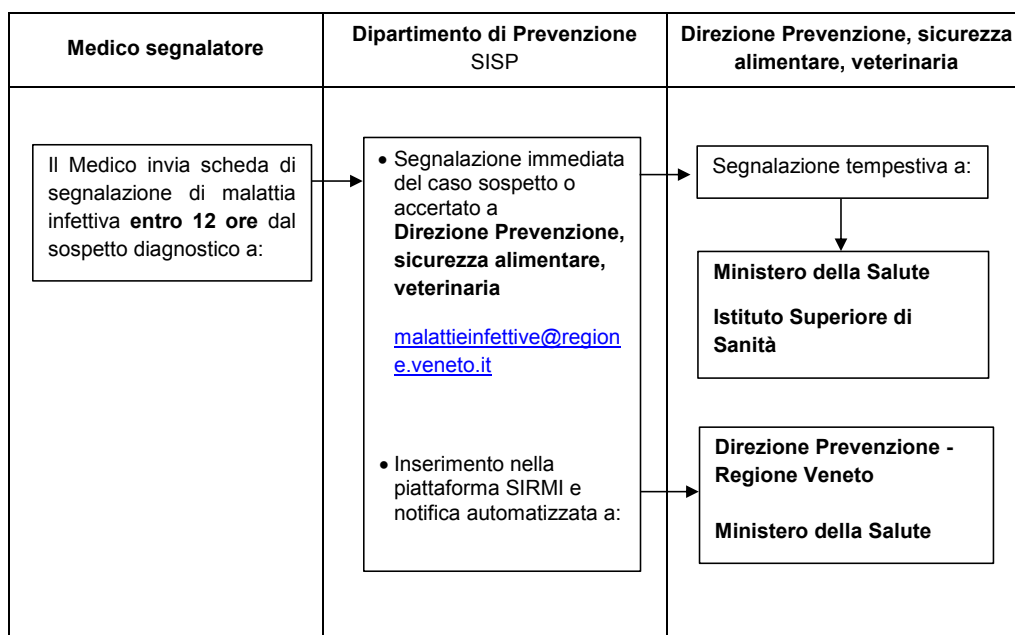
Misure internazionali:

I viaggiatori internazionali provenienti da aree dove vi è un'epidemia di peste polmonare, in caso di sospetta esposizione devono essere tenuti in isolamento per 6 giorni dopo l'ultima esposizione. All'arrivo di navi ed aerei infestati o sospetti i viaggiatori vanno tenuti sotto sorveglianza per 6 giorni dalla data dell'arrivo.



Flusso di segnalazione

PESTE



POLIOMIELITE ACUTA (Paralisi Flaccida Acuta)

Descrizione:

la poliomielite è una grave malattia infettiva a carico del sistema nervoso centrale che colpisce principalmente i neuroni motori del midollo spinale. Deve il nome al fatto di colpire i motoneuroni della sostanza grigia (in greco: polios = grigio e myelos = materia) del corno anteriore spinale. E' causata da tre tipi di *Poliovirus* (1, 2 e 3), appartenente al genere *Enterovirus* tipo C, famiglia Picornaviridae, una famiglia di virus a RNA a singolo filamento positivo. La maggior parte delle infezioni si localizza nell'intestino, dove decorre in modo asintomatico (forme inapparenti), mentre in una minoranza di casi si manifestano sintomi aspecifici si localizza nell'intestino, di tipo influenzale (febbre, mal di gola, affaticamento, cefalea, vomito, costipazione, indolenzimento del collo, dolore agli arti). Talvolta, in seguito alla defervescenza dei sintomi iniziali, in meno dell'1% delle infezioni può comparire rapidamente una paralisi flaccida acuta che tende ad essere permanente.

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

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

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

Attualmente sono stati eradicati a livello mondiale i tipi 2 e 3, ma persiste in un areale limitato (Pakistan e Afghanistan) il tipo 1.

Tempi di segnalazione:

entro 48 ore dal sospetto diagnostico, alla U.O. Prevenzione e Sanità Pubblica.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

3-6 giorni per la forma minore non paralitica, 7-21 per la forma paralitica.

Periodo di contagiosità:

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

Modalità di trasmissione:

il contagio avviene per via oro-fecale, attraverso l'ingestione di acqua, cibi contaminati o tramite la saliva, le goccioline emesse con i colpi di tosse e gli starnuti da soggetti ammalati o portatori sani. Il poliovirus si moltiplica nella mucosa oro-faringea, nell'intestino e nei tessuti linfatici sottostanti e può diffondersi anche attraverso le feci, ben prima che i sintomi della malattia siano evidenti. L'uomo rappresenta l'unico serbatoio naturale del virus della poliomielite, che può colpire persone di tutte le età, ma principalmente si manifesta nei bambini sotto i 5 anni.

Provvedimenti nei confronti del malato:

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

Provvedimenti nei confronti di conviventi e di contatti:



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 330 di 392

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

Profilassi:

Vaccinazione: antipolio se non effettuata. Consigliata una dose di richiamo (IPV) se il viaggiatore intende recarsi in una zona in cui è presente un focolaio di malattia.



Flusso di segnalazione

PARALISI FLACCIDE ACUTE

Referenti delle U.O. di Pediatria, Neurologia e Malattie Infettive, Terapia Intensiva pediatrica	Centro di Referenza Regionale	Ministero della Salute Istituto Superiore di Sanità
<div data-bbox="300 824 596 1323" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Invio della seguente documentazione a Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria, email: malattieinfettive@regione.veneto.it</p> <ul style="list-style-type: none"> • Invio scheda segnalazione iniziale entro 48 ore dal sospetto diagnostico • Invio della scheda di raccolta campioni biologici per i casi pediatrici • Invio della scheda di follow-up a 60 giorni </div> <div data-bbox="300 1400 596 1877" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> • Raccolta e preparazione dei campioni biologici entro 14 gg. dalla diagnosi di malattia: 2 campioni di feci prelevati ad un intervallo minimo di 24 ore e massimo di 48 uno dall'altro e conservati a - 20°C e 1 campione di siero • Ritiro dei campioni: il laboratorio di virologia di ISS organizza il ritiro dei campioni tramite il corriere, n. tel. 06.49903237 </div>	<div data-bbox="646 824 916 1124" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Centro di Referenza Regionale</p> <p>Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria</p> <p>Trasmette le schede con mail informativa sul caso a:</p> </div>	<div data-bbox="968 824 1243 954" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Ministero della Salute malinf@sanita.it</p> </div>



RABBIA UMANA

Descrizione:

La malattia è causata da un virus ad RNA del genere *Lyssavirus*, famiglia Rhabdoviridae, presente nella saliva degli animali infettati.

Si tratta di una zoonosi caratterizzata da una encefalomielite con esordio di sintomatologia neurologica (malessere, cefalea, disturbi della sensibilità spesso nella regione morsiata da un animale), che progredisce con eccitabilità, paresi, spasmo dei muscoli della deglutizione (idrofobia), fino a delirio, convulsioni, coma e decesso entro 10 giorni dalla manifestazione dei primi sintomi. La malattia può evolvere in due forme a decorso acuto:

- Forma furiosa (75 % dei casi) caratterizzata da disturbi psicomotori eccitatori nei quali spiccano la perdita del senso dell'orientamento, vagabondaggio, accessi di iperattività talora a carattere furioso. L'epilogo della malattia è caratterizzato dai segni progressivi di paralisi della muscolatura, fino al coma e alla morte.
- Forma paralitica (25 % dei casi), nella quale compare la paralisi progressiva senza le manifestazioni di aggressività che caratterizzano la forma furiosa.

Tempi di segnalazione di caso sospetto:

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

Scheda specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

Generalmente da 3 a 8 settimane, raramente breve (giorni) o lungo (anni); dipende dalla gravità e Dalla localizzazione della ferita, intesa come distanza dal Sistema Nervoso Centrale. In generale, più la sede del morso è vicina alla testa, tanto più veloce è l'incubazione

Periodo di contagiosità:

Non sono documentati casi di trasmissione diretta da persona a persona.

Modalità di trasmissione:

- Attraverso morso di animale rabido;
- Attraverso saliva infetta su cute non integra;
- Attraverso contatto diretto di cute lesionata o mucose con saliva o tessuti nervosi di animale rabido;
- Raramente attraverso trapianto d'organo.

Prevenzione della malattia nell'uomo

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica.

Terapia intensiva di supporto.

La prevenzione della malattia nell'uomo si basa sulla vaccinazione preventiva per chi svolge attività professionale "a rischio specifico" (veterinari, guardie forestali, cinovigili, guardie venatorie, viaggiatori che svolgano attività a rischio ecc.) e sul trattamento vaccinale post esposizione, limitato a particolari situazioni di rischio, come l'aggressione da parte di un animale sospetto. In questo caso, l'animale deve essere sottoposto ad una osservazione di 10 giorni, in modo tale da poter escludere l'esposizione al virus al momento dell'aggressione o esposizione.

Terapia intensiva di supporto.



Provvedimenti nei confronti dell'animale

L'animale deve essere sottoposto ad una osservazione di 10 giorni, in modo tale da poter escludere l'esposizione al virus al momento dell'aggressione o esposizione.

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

Inchiesta epidemiologica su fonte di esposizione.

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

In caso di esposizione, è sempre bene procedere con la profilassi vaccinale (a prescindere dai giorni trascorsi dall'esposizione).

Esposizione a rischio di infezione:**Tempi di segnalazione di caso esposto a rischio:**

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

Provvedimenti nei confronti del soggetto esposto:

- Adeguato trattamento della ferita con pulizia e lavaggio per almeno 15' con acqua e sapone e con irrigazione con soluzione virucida (es. IODOPOVIDONE);
- Valutazione dell'epidemiologia locale della zona dove è avvenuto il morso;
- Valutazione del tipo di esposizione, del tipo di animale morsicatore e della possibilità di osservazione dell'animale morsicatore;
- Offerta e somministrazione della profilassi immunologica attiva e passiva post esposizione secondo linee guida;
- Adeguamento delle azioni di profilassi in rapporto alla visita del Veterinario dell'animale morsicatore e all'esito del periodo di osservazione dell'animale morsicatore.

Provvedimenti sull'ambiente:

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

Profilassi Pre-Esposizione

Tipo Vaccino	Ciclo	Richiami
Virus inattivato prodotto in cellule di embrione di pollo (PCECV)	3 dosi (1 mL) ai giorni 0, 7, 21 o 28	Ogni 2-5 anni.
Virus inattivato, prodotto su cellule vero	3 dosi (0,5 mL) ai giorni 0, 7 e 28 (o a 21 giorni se si ha poco tempo)	Dopo 1 anno. Successivi richiami : ogni 5 anni



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 334 di 392

Profilassi Post-Esposizione (PEP)

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

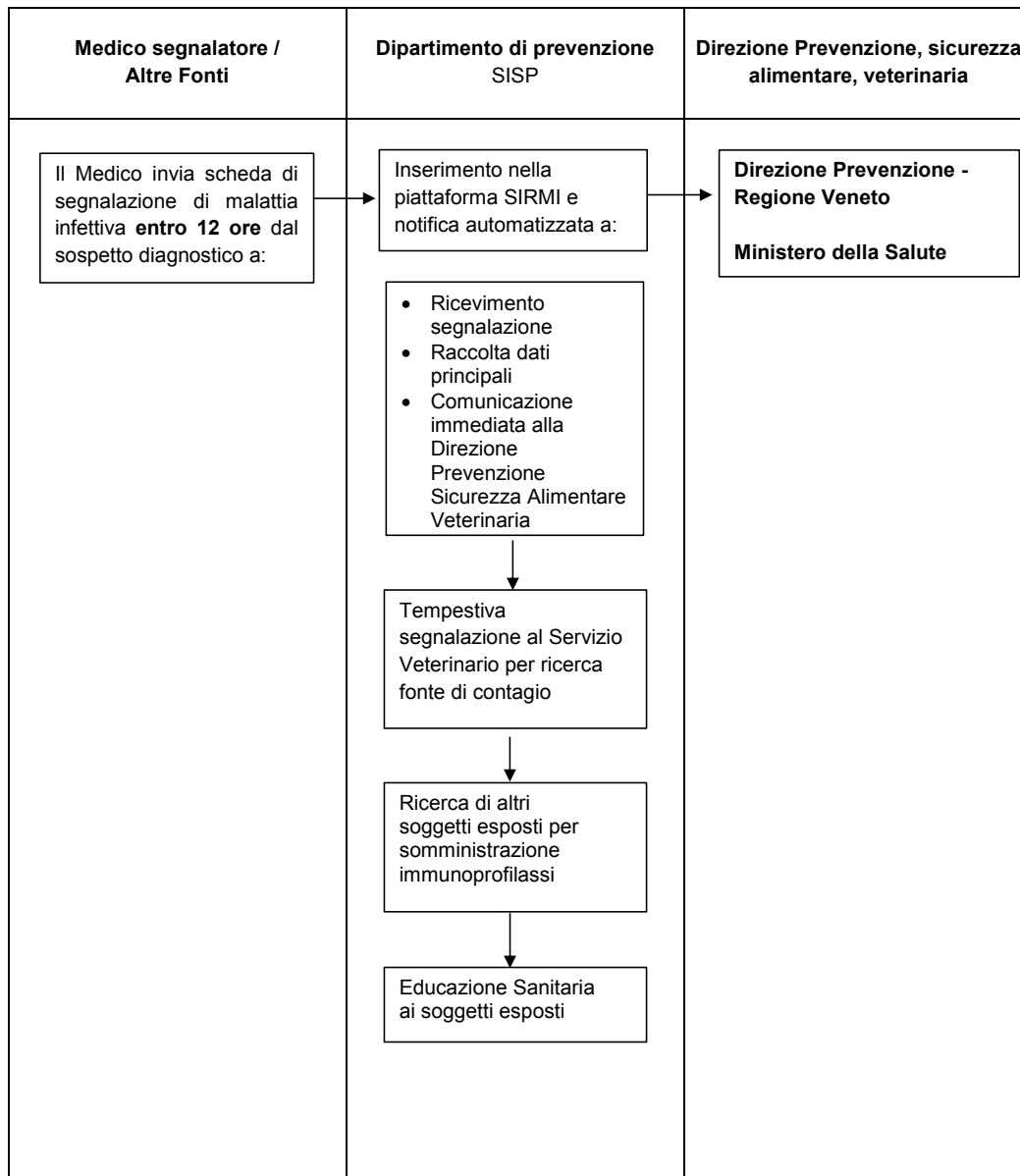
Stato Vaccinale	Interventi	Regime (è applicabile per le persone di tutte le età, compresi i bambini)
Soggetti non vaccinati precedentemente	Pulizia della ferita	Iniziare la PEP con l'immediata e completa pulizia di tutta la ferita con acqua e sapone. Se disponibile usare un disinfettante (soluzione di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

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

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

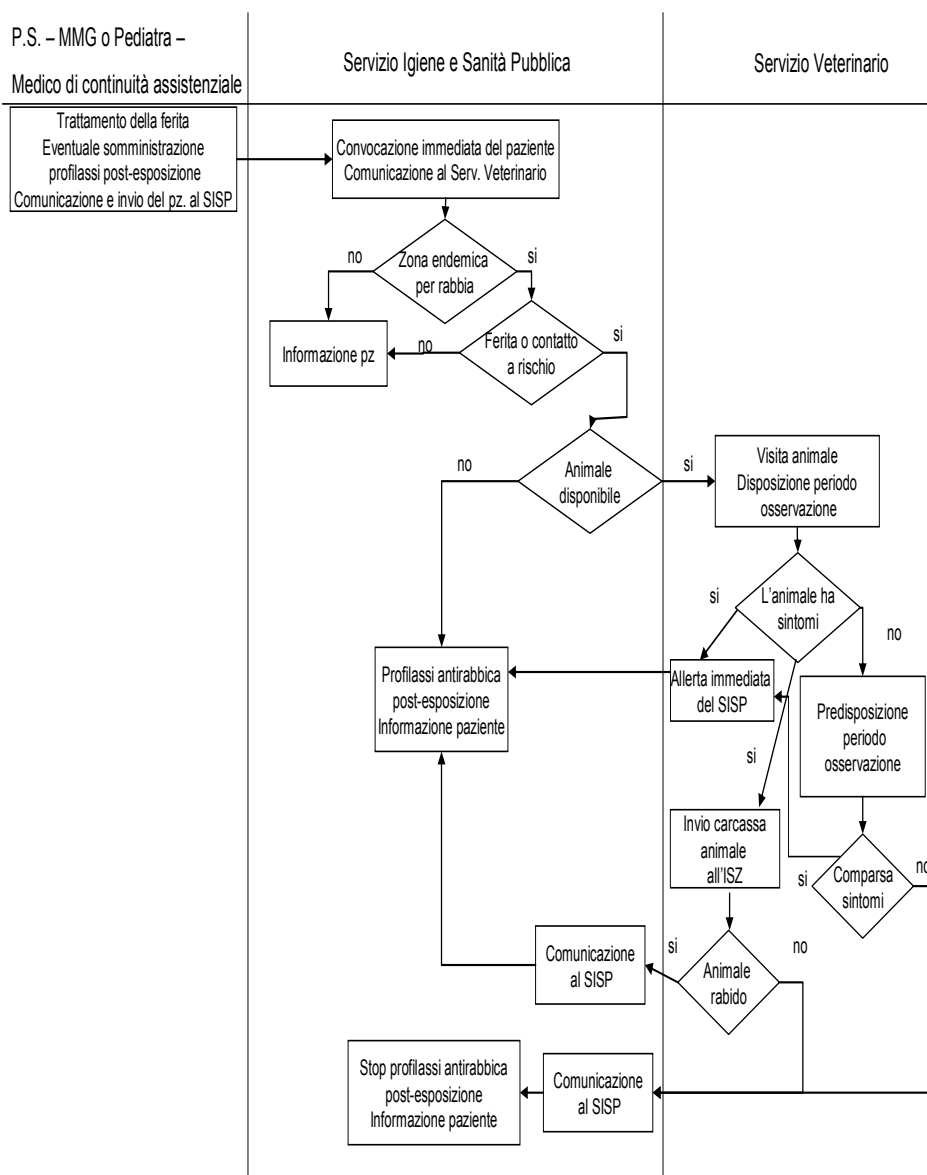


Flusso di segnalazione

RABBIA UMANA



**ISTRUZIONI OPERATIVE
ESPOSIZIONE A FONTE RABIDA**



ROSOLIA

Descrizione:

è una malattia infettiva causata da un virus a RNA a singolo filamento positivo della famiglia *Togaviridae*, genere *Rubivirus*. Solitamente colpisce bambini e giovani adulti. Fino al 50% dei casi l'infezione decorre in modo subclinico. I sintomi più comuni della rosolia sono febbre lieve, malessere, lieve congiuntivite, esantema maculo-papulare, linfadenopatia (spesso in sede retro-auricolare o suboccipitale). La linfadenopatia esordisce normalmente prima dell'esantema; quest'ultimo di solito comincia dal viso e in un giorno tende a diffondersi al resto del corpo, perdurando per pochi giorni.

Alcune infezioni sono complicate da poliartralgia e poliartrite, specie nelle donne adulte (particolarmente colpite sono le piccole articolazioni delle mani), in particolare nei Paesi in via di sviluppo (scarsa vaccinazione nei bambini), mentre in rari casi possono manifestarsi encefalite e porpora trombocitopenica. L'infezione, se contratta in gravidanza, può provocare anomalie del feto (Sindrome da rosolia congenita, scheda specifica).

La malattia è diffusa in tutto il mondo a livello endemico con epidemie ogni 3-5 anni. Nei Paesi dove sono mantenuti alti i livelli di vaccinazione si sono drasticamente ridotti i casi di rosolia e di Sindrome da rosolia congenita.

Tempi di segnalazione:

entro 24 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene e Sanità Pubblica competente

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

Mediamente 18 giorni, con un range di 12-23 giorni.

Periodo di contagiosità:

Il picco di contagiosità si ha durante la fase di eruzione del rash, ma ci può essere escrezione virale dalla gola da 10 giorni prima del rash a 15 giorni dopo la sua comparsa.

Modalità di trasmissione:

per via aerea attraverso le goccioline respiratorie diffuse con tosse e starnuti o tramite il contatto diretto con le secrezioni nasofaringee di persone infette. Altra possibilità di trasmissione è quella verticale, se la donna contrae l'infezione durante la gravidanza o poco prima del concepimento

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica. isolamento da contatto, in una camera separata per 7 giorni dalla comparsa dell'esantema. Allontanamento dalla frequenza scolastica o dall'attività lavorativa per 7 giorni dalla comparsa dell'esantema. E' richiesto l'isolamento dei lattanti, fino all'età di un anno, con infezione rubeolica congenita, da contatti suscettibili, a meno che le colture del naso-faringe e delle urine non siano negative.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

quarantena: non applicabile. Indagine sui contatti e sulla fonte di infezione: identificare le donne gravide che hanno avuto contatti con casi di rosolia, specie nel primo trimestre e sottoporre a test sierologici per la ricerca di anticorpi (IgG, IgM). Suggestivo la vaccinazione alle donne in età fertile non precedentemente vaccinate.

Profilassi:

- **vaccinazione**: in Italia sono disponibili 2 vaccini multicomponente vivi attenuati (trivalente: morbillo/parotite/rosolia, e tetravalente: morbillo/parotite/rosolia/varicella).

Il vaccino, somministrato dopo l'esposizione, non sempre è in grado di prevenire l'infezione o la malattia.

Note: flusso di segnalazione come per il morbillo



SALMONELLOSI NON TIFOIDEE

Descrizione:

La salmonellosi è una patologia causata da alcuni batteri del genere *Salmonella*, bacilli Gram negativi. Le salmonellosi sono causate dalle salmonelle cosiddette minori, diverse da quelle tifoidee e paratifoidee.

Sono responsabili di oltre il 50% del totale delle infezioni gastrointestinali, e sono una delle cause più frequenti di tossinfezioni alimentari nel mondo industrializzato. I principali serbatoi dell'infezione sono rappresentati dagli animali. Prodotti alimentari di origine animale (come carne, uova e latte consumati crudi o non pastorizzati) e ambiente (acque non potabili) rappresentano veicoli di infezione.

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

I sintomi della malattia possono comparire tra le 6 e le 72 ore dall'ingestione di alimenti contaminati (ma più comunemente si manifestano dopo 12-36 ore) e si protraggono per 4-7 giorni.

Tempi di segnalazione:

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

Scheda specifica di flusso: NO

Periodo di incubazione:

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

Periodo di contagiosità:

da alcuni giorni prima a diverse settimane dopo la comparsa della sintomatologia clinica. L'instaurarsi di uno stato di portatore cronico è particolarmente frequente nei bambini e può essere favorito dalla somministrazione di antibiotici.

Modalità di trasmissione:

ingestione di cibi o bevande contaminate o contatto con persone infette (via oro-fecale) o animali domestici infetti (solitamente sono asintomatici).

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica. Precauzioni enteriche fino alla risoluzione della diarrea. Se si tratta di addetto alla manipolazione del cibo, operatore sanitario o addetto ad assistere gli infanti, è necessario avere 2 coproculture successive negative, distanziate di almeno 24h, e iniziate dopo almeno 48h dalla terapia antibiotica. Per altre categorie non è necessario eseguire coproculture o allontanare dall'ambiente di lavoro e dalla scuola. Si deve comunque raccomandare di porre particolare attenzione all'igiene personale e ambientale.

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e contatti:

prestare particolare attenzione all'igiene personale e ambientale. Qualora vi siano conviventi o contatti stretti del caso indice addetti alla manipolazione di alimenti o addetti all'assistenza sanitaria e dell'infanzia, che dall'inchiesta epidemiologica risultino avere una sospetta esposizione all'agente infettivo, andranno testati con coprocultura.

Provvedimenti sull'ambiente:

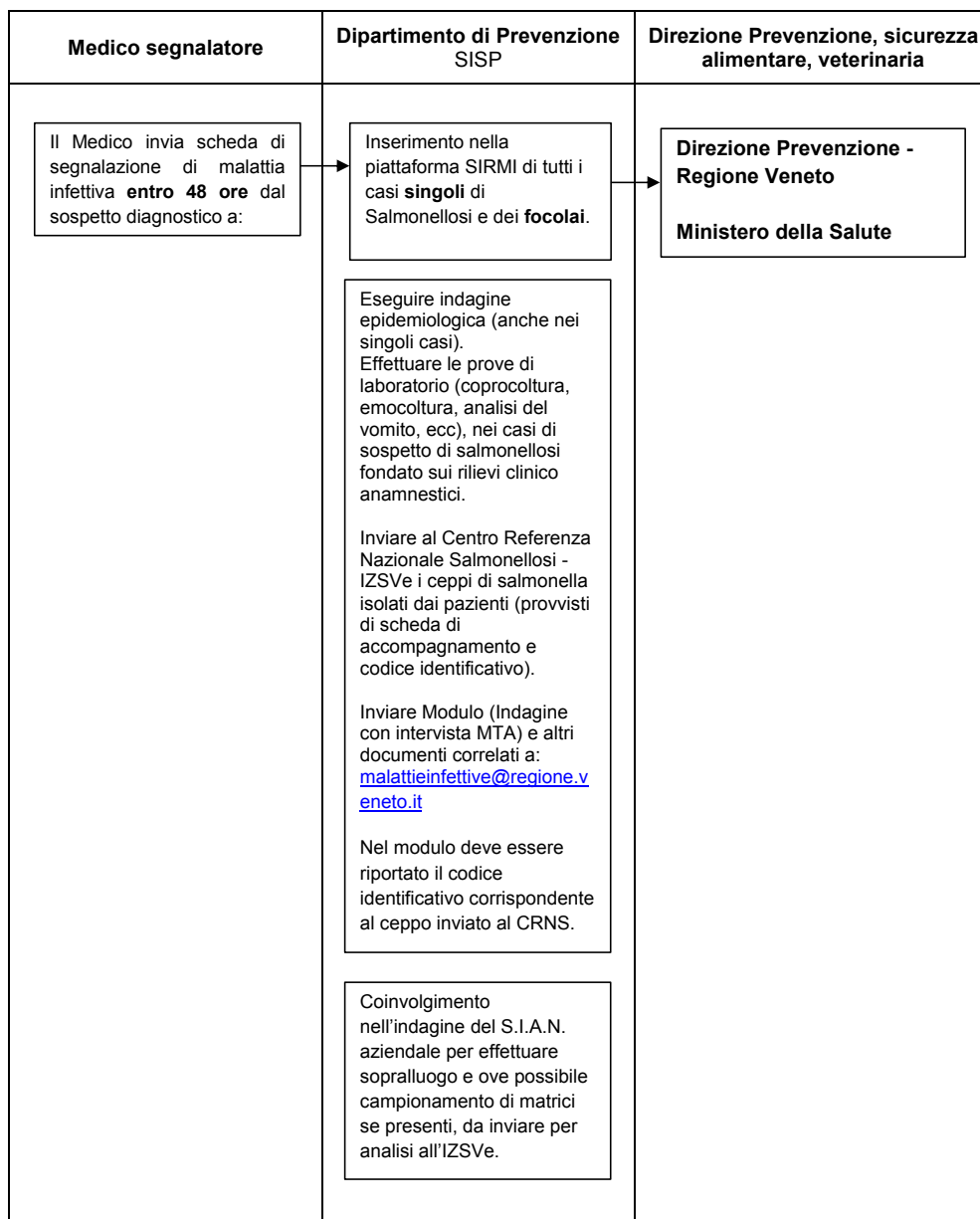
indagine epidemiologica: vedi tossinfezioni alimentari.

Profilassi:

- **vaccinazione:** vaccino non disponibile.



Flusso di segnalazione

SALMONELLOSI NON TIFOIDEE

SCABBIA

Descrizione:

infestazione della cute provocata da un acaro parassita, lo *Sarcoptes scabiei* var. *homini*.

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

La scabbia norvegese è una forma non comune, particolarmente intensa, caratterizzata da lesioni ipercheratosiche crostose solitamente associata a immunodeficit.

La scabbia è endemica in tutto il mondo e colpisce persone di ogni ceto, indipendentemente dall'età, dal sesso e dall'igiene personale.

Tempi di segnalazione:

- se focolaio epidemico entro 12 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica;
- se caso sporadico entro 24 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

4-6 settimane in caso di persone non esposte in precedenza.

Da 1 a 4 giorni in caso di re-infestazioni, che sono di solito più lievi.

Periodo di contagiosità:

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

Modalità di trasmissione:

La fonte più comune di trasmissione della scabbia è il contatto cutaneo diretto e prolungato con un individuo infetto. Occorrono da 15 a 20 minuti di contatto perché si verifichi la trasmissione. La trasmissione è frequente tra le persone che vivono a stretto contatto: all'interno di una famiglia, negli istituti di lunga degenza, asili nido, caserme, ecc. E' inoltre relativamente semplice trasmettere la scabbia al partner sessuale ma, a differenza di altre malattie sessuali, la scabbia ha bisogno di un contatto prolungato, come aver trascorso la notte insieme nello stesso letto.

Il contagio indiretto è raro, può avvenire attraverso il passaggio dell'acaro alla biancheria e lenzuola se sono stati contaminati da poco dal malato.

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

Nel caso della scabbia norvegese, può bastare un contatto minimo a causare un contagio, per il gran numero di acari nelle squame esfoliate.

Provvedimenti nei confronti dei malati:

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

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



Provvedimenti nei confronti dei conviventi/contatti:

trattamento profilattico simultaneo per i familiari e per i soggetti che abbiano avuto contatti cutanei prolungati con il caso.

Sorveglianza sanitaria per la ricerca di altri casi di infestazione. I segni di scabbia possono comparire al massimo 2 mesi dopo l'esposizione e i pazienti possono trasmettere la scabbia durante questo intervallo.

Educazione sanitaria.

Provvedimenti sull'ambiente:

lavaggio ad acqua a temperatura superiore a 60° di lenzuola, coperte e vestiti utilizzati nelle 72 ore precedenti l'inizio della terapia. I vestiti non lavabili con acqua calda vanno tenuti da parte, se possibile in un sacco di plastica chiuso, per una settimana, per evitare re-infestazioni.

Profilassi: vaccinazione e chemioprolifassi

Vaccino non disponibile.

Trattamento dei contatti:

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

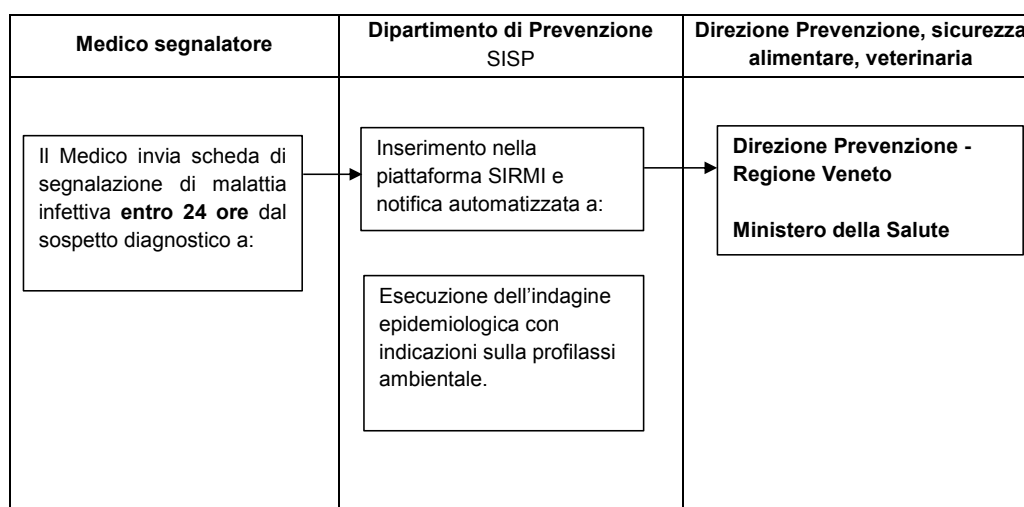


ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 342 di 392

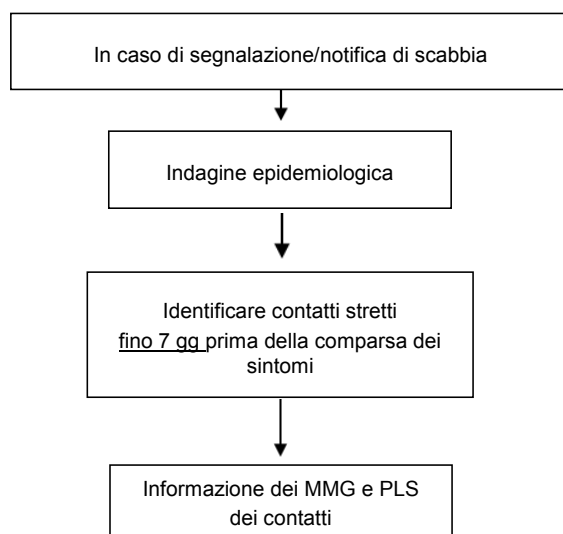
Flusso di segnalazione

SCABBIA





**ISTRUZIONI OPERATIVE
SCABBIA**



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 344 di 392



INDAGINE EPIDEMIOLOGICA PER UN CASO DI SCABBIA

Notifica del _____

Cognome _____ Nome _____

Inizio sintomi il _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residenza _____

Tel. _____ Professione _____

Anno di arrivo in Italia _____

Medico curante _____

Vive in comunità No Si Comunità coinvolta _____Malattie concomitanti No Si Quali _____

Lesioni cutanee

Localizzate: sede e caratteristiche _____**Diffuse:** sede e caratteristiche _____

DIAGNOSI CLINICA: _____ data _____

DIAGNOSI DI LABORATORIO:

Esame microscopico diretto: data _____ esito _____

DECORSO: Inizio terapia _____

Farmaci utilizzati: _____

Durata della terapia: _____ Risoluzione sintomi: _____

DATI EPIDEMIOLOGICI

Nei 3 mesi precedenti la comparsa dei sintomi:

Pregressi contatti con soggetti affetti da lesioni cutanee sospette No SiSe si: Visite ospedaliere nei 3 mesi precedenti la comparsa dei sintomi presso:

 Ricoveri nei 3 mesi precedenti la comparsa dei sintomi presso:

 Ricovero in stanza con soggetti affetti da prurito Si No Uso di ambulanza da _____ a _____ Uso promiscuo di biancheria, asciugamani etc. Si No Pregressi soggiorni in località diverse dalComune di domicilio nei 2 mesi precedenti la comparsa della sintomatologia: No Si

ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 345 di 392



Tipo di sistemazione/alloggio _____

Località _____ dal _____ al _____

Località _____ dal _____ al _____

Frequenza a:

Palestre _____

Piscine _____

Centri diurni (doposcuola, etc.) _____

Altro _____

CONTROLLO NEI CONFRONTI DEGLI ESPOSTI anche personale sanitario e di assistenza

Nome	data di nascita	professione	sintomi	Esame clinico	data	esito

NOTE: _____

consegna materiale informativo a tutti i contatti\familiari\badanti

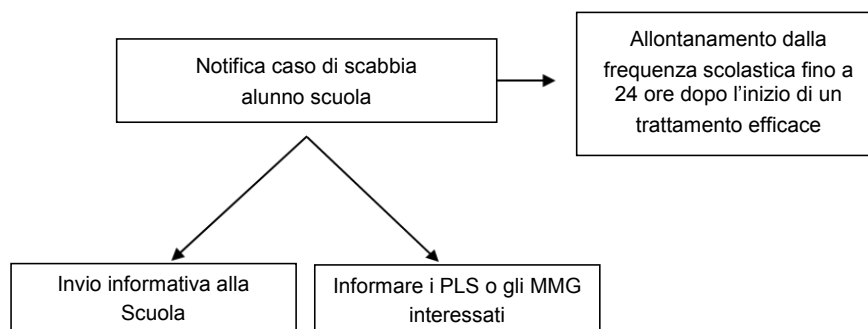
Data _____

Il Compilatore _____



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 346 di 392

**ISTRUZIONE OPERATIVE
SCABBIA SCUOLE**

INFORMAZIONI SULLA SCABBIA

COS'E' LA SCABBIA?

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

COME SI TRASMETTE?

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

Una seconda modalità di contagio è di tipo **INDIRETTO**, cioè attraverso effetti lettereci, asciugamani, indumenti, scarpe, pettini etc., *L'acaro della scabbia non sopravvive più di 48-72 ore se lontano dall'uomo.*

COME SI MANIFESTA?

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

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

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

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

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

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

COMPORAMENTI CORRETTI DA OSSERVARE:

La disinfezione dell'ambiente non è di alcuna utilità, è sufficiente un'accurata pulizia dei locali.

La biancheria intima, gli abiti e le lenzuola usati dal paziente, fino a trattamento concluso, dovranno essere lavati a 60°. Gli indumenti che non si possono lavare in questo modo devono essere chiusi in sacchetti di plastica per una settimana e successivamente lavati secondo le specifiche istruzioni riportate sull'etichetta dell'indumento stesso. Per gli arredi ed effetti lettereci si consiglia l'uso di elettrodomestici che impiegano vapore o devono essere trattati come al punto precedente. Chi cura il malato deve indossare guanti puliti da gettare dopo l'uso, evitando la manipolazione di oggetti personali del malato a mani nude; è consigliabile l'uso di camici di protezione da rimuovere all'uscita dalla stanza e da trattare come al punto 2.

La biancheria del letto dovrà essere rimossa evitandone lo scuotimento.

Le attrezzature e gli strumenti usati dal paziente (padelle, termometri, apparecchi per la pressione etc.) dovranno essere accuratamente puliti e disinfettati.

Deve essere limitato il contatto del malato con altre persone se non strettamente necessario.

TRATTAMENTO

La terapia di prima scelta è a base di permetrina al 5% in crema da applicare su tutto il corpo e da rimuovere con acqua dopo 8-14 ore. In genere la terapia viene ripetuta a distanza di una settimana.

Farmaci alternativi sono ivermectina orale, crotamitone al 10% in crema o lozione, unguento di zolfo precipitato al 5-10%. Al termine del trattamento può persistere il prurito anche per settimane; il prurito può essere alleviato utilizzando antistaminici orali o corticosteroidi topici. La terapia antibiotica è indicata nel caso di sovrainfezioni batteriche.



SHIGELLOSI (dissenteria bacillare)

Descrizione:

l'infezione da batteri appartenenti al genere *Shigella*, bacilli Gram-negativi della famiglia delle *Enterobacteriaceae*, colpisce principalmente l'intestino crasso, provocando manifestazioni che vanno da feci acquose o semiliquide, con pochi o assenti sintomi, fino a manifestazioni più gravi con febbre, crampi, tenesmo e feci mucose, con o senza sangue. *Shigella dysenteriae* sierotipo 1 causa una malattia più grave rispetto ad altre shigella, con un rischio maggiore di complicanze, come sepsi, colite pseudomembranosa, megacolon tossico, perforazione intestinale, emolisi e sindrome emolitica-uremica. *S. sonnei* è l'agente eziologico più frequentemente implicato nelle shigellosi dei Paesi sviluppati. *S. flexneri* prevale nei Paesi sottosviluppati, ed ha il 2% di probabilità di sviluppare un'artrite reattiva, che di solito dura pochi mesi, ma può cronicizzare. *Shigella* è complessivamente la causa del 5-18% delle diarree del viaggiatore. I sintomi durano mediamente 5-7 giorni, ma in qualcuno possono durare oltre 4 settimane.

Tempi di segnalazione:

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

Scheda specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

12-96 ore.

Periodo di contagiosità:

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

Modalità di trasmissione:

la via di trasmissione è quella oro-fecale, quindi può essere contratta in seguito all'ingestione di acqua e alimenti contaminati; la trasmissione può anche avvenire con il contatto sessuale. La bassa dose infettiva facilita la trasmissione da persona a persona. Le mosche possono trasmettere meccanicamente i batteri, trasportandoli da materiali contaminati su cibi e oggetti, comportandosi, quindi, come vettore meccanico

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica. precauzioni enteriche nei casi che richiedono l'ospedalizzazione, fino a risultato negativo di due coproculture eseguite su campioni fecali raccolti a non meno di 24 ore di distanza l'uno dall'altro e a non meno di 48 ore dalla cessazione del trattamento antimicrobico (uso di guanti nel caso di manipolazione o contatto con materiali contaminati e uso di grembiuli in caso di possibilità di insudiciamento; una stanza ed un bagno separati sono indicati nel caso di scarsa igiene del paziente).

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

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e contatti:

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

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

Coprocultura di controllo nelle situazioni in cui sia verosimile un alto rischio di trasmissione. Educazione sanitaria dei conviventi e dei contatti sulla necessità dell'accurato lavaggio delle mani e dello spazzolamento delle unghie dopo l'uso dei servizi igienici e prima della manipolazione di alimenti o della cura di malati e bambini.



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 349 di 392

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

Provvedimenti sull'ambiente:

essenziale la stretta osservanza del lavaggio delle mani. Altre importanti misure sono il controllo igienico-sanitario della fornitura dell'acqua, la corretta preparazione e cottura dei cibi, l'esclusione dei soggetti infetti dalla preparazione di alimenti, la protezione degli alimenti dalle mosche. Persone con diarrea non devono frequentare zone ricreative acquatiche.

Profilassi:

- **vaccinazione e chemioprolassi:** nessuna.



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 350 di 392

Flusso di segnalazione

SHIGELLOSI

TETANO

Descrizione:

E' una patologia severa con sintomatologia malattia neurologica causata da una neurotossina prodotta dal batterio anaerobio sporigeno gram positivo *Clostridium tetani*. Il batterio solitamente ha accesso ai tessuti tramite ferite, dove giunge in forma di spora. Nella maggior parte dei casi, il periodo di incubazione varia da 3 a 21 giorni. Generalmente, più breve è il periodo di incubazione più grave è il decorso clinico.

Le contrazioni muscolari di solito iniziano dal capo, e progrediscono poi verso il tronco e gli arti. Un caratteristico sintomo iniziale è il trisma, cioè la contrattura del muscolo massetere, che dà al volto del paziente un aspetto caratteristico (riso sardonico), seguito da rigidità del collo, difficoltà di deglutizione, rigidità dei muscoli addominali. Altri sintomi includono febbre, sudorazione, tachicardia. Il paziente rimane conscio e gli spasmi muscolari, provocati da stimoli anche minimi, causano dolore.

Una forma particolare di tetano è quella che colpisce i neonati (tetano neonatale), osservata soprattutto in Paesi in via di sviluppo. Colpisce bambini nati da madri non vaccinate, che non hanno quindi la protezione conferita nei primi mesi di vita dagli anticorpi materni. L'infezione viene contratta quando il cordone ombelicale viene reciso con strumenti non sterili. Di solito, il tempo di incubazione è di 7-14 giorni. I sintomi sono quelli del tetano generalizzato, con una elevata letalità.

Tempi di segnalazione:

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

Scheda specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

Range da 1 giorno a diversi mesi.

Periodo di contagiosità:

non trasmissione diretta da persona a persona.

E' una patologia non trasmissibile da persona a persona. Il serbatoio è rappresentato dal suolo e anche dall'intestino di diversi mammiferi.

Modalità di trasmissione:

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

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica, per rilevare l'eventuale ferita. Immunizzazione attiva.
Immunizzazione attiva.

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e contatti:

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



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 352 di 392

Provvedimenti sull'ambiente:

nell'evenienza rara di epidemia cercare droghe da strada contaminate.

Profilassi:

- **vaccinazione:** come da calendario vaccinale regionale. In caso di ferita seguire le indicazioni riportate in tabella.

Il vaccino è costituito da anatossina, cioè dalla tossina tetanica trattata in modo da perdere la sua tossicità, mantenendo però la capacità di stimolare la produzione di anticorpi protettivi. La somministrazione di tre dosi di vaccinazione antitetanica conferisce una protezione molto elevata, con un'efficacia superiore al 95%. La durata della protezione nel tempo è di almeno 10 anni ed è ulteriormente garantita dall'esecuzione dei richiami.

In generale sia per i cicli primari che per i richiami, andrebbero preferiti vaccini multicomponente (es. ditterite-tetano indicato anche come dT), seguendo le indicazioni (età, posologia, indicazioni etc.) specifiche dei singoli vaccini.

Profilassi del tetano nel trattamento delle ferite

Storia vaccinale	Ferite minori, pulite		Tutte le altre ferite* DTPa, DT, Td**	
	Vaccino (DTPa, DT, Td**)	Ig Tetano	Vaccino (DTPa, DT, Td)**	Ig Tetano
Non vaccinato, stato immunitario sconosciuto o incerto	Sì	No	Sì	Sì
meno di 3 dosi	Sì***	No	Sì	Sì
3 o più dosi, con ultima somministrazione tra 5 anni e 10 anni	No	No	Sì	No
3 o più dosi, con ultima somministrazione da 10 o più anni	Sì	No	Sì	No

* ferite contaminate con sporcizia, feci, terriccio, saliva, ferite penetranti profonde, exeresi, avulsioni dentarie, ferite da proiettili, schiacciamento, ustioni e congelamento.

** per i bambini di età < a 7 anni utilizzare DTP o DT; per quelli > 7 anni Td (tipo adulto).

*** completare il ciclo vaccinale per le dosi rimanenti

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

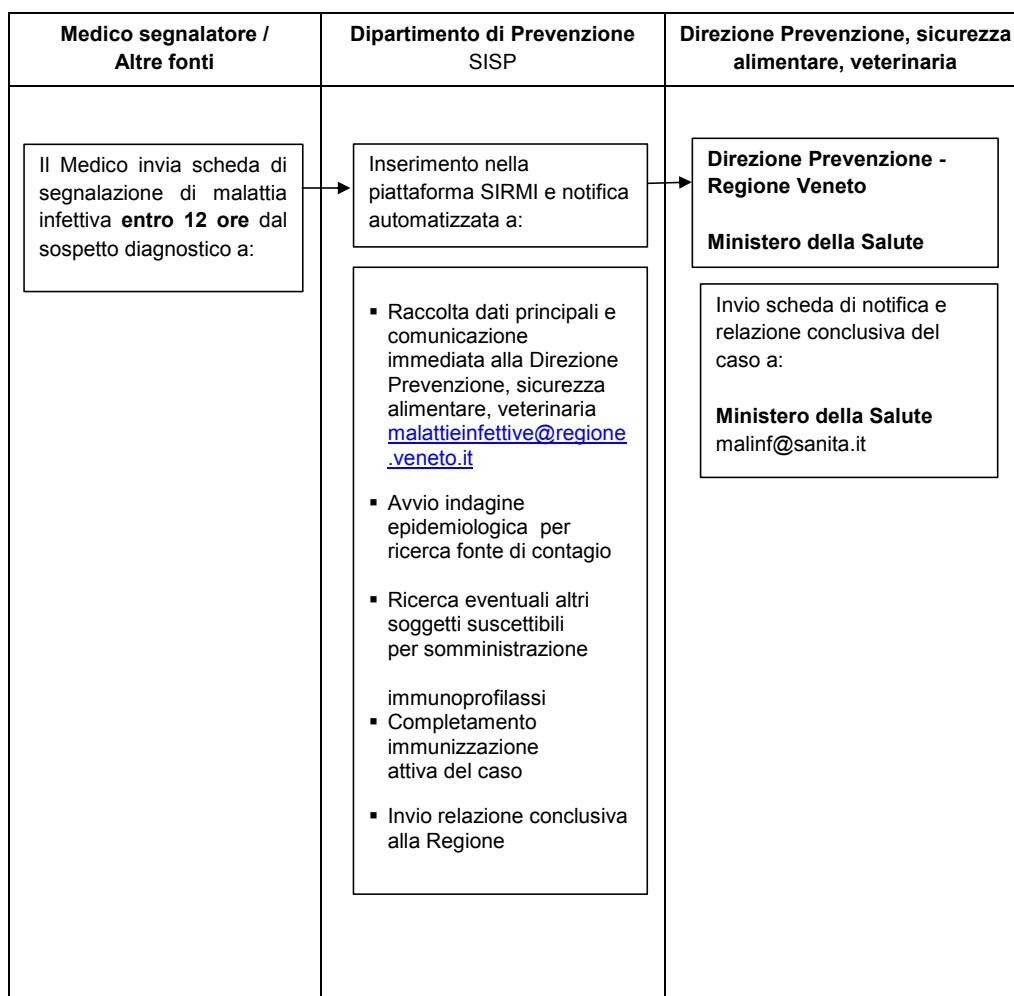


ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 353 di 392

Flusso di segnalazione

TETANO



TOSSINFEZIONI ALIMENTARI

Descrizione:

sindromi causate dall'ingestione di alimenti contaminati da microrganismi patogeni (batteri, virus, parassiti) o da tossine di origine microbica. La contaminazione può verificarsi a causa di errori nella preparazione, manipolazione e conservazione degli alimenti in qualsiasi fase del ciclo di produzione, consegna e consumo. Si conoscono oltre 250 tossinfezioni alimentari che si manifestano principalmente con sintomi gastrointestinali (nausea, vomito, crampi addominali e diarrea) e talvolta con sintomatologia a carico di altri organi e apparati. Le principali malattie, identificate anche nella sorveglianza comunitaria, sono: Botulismo alimentare, Brucellosi, Infezione da *Campylobacter*, Colera, Criptosporidiosi, Echinococcosi, *E. coli* enteroemorragiche (EHEC), Giardiasi, Leptosirosi, Listeriosi, Salmonellosi, Shighellosi, Intossicazioni da stafilococco, Streptococcosi beta-emolitiche, Toxoplasmosi, Trichinosi, Yersinosi. A queste vanno aggiunte le Epatiti virali, le Gastroenteriti da agente di *Norwalk* e le Gastroenteriti virali non specificate.

Tempi di segnalazione:

entro le 12, 24 o 48 ore a seconda della malattia, al Servizio Igiene e Sanità Pubblica di competenza.

Scheda specifica di Flusso:

Botulismo	SI
Leptosirosi	SI
Tutte le altre	NO

Periodo di incubazione:

a seconda dell'agente eziologico (vedi tabella)

Periodo di contagiosità:

a seconda dell'agente eziologico (vedi tabella)

Modalità di trasmissione:

attraverso ingestione di alimenti o acqua contaminati.

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica. Allontanamento dei soggetti sintomatici da attività a rischio, rispetto delle precauzioni standard in modo particolare per il materiale fecale.

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

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e contatti:

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



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 355 di 392

Provvedimenti sull'ambiente:

ricerca dell'agente patogeno responsabile dell'infezione in base all'indagine epidemiologica, in collaborazione con il SIAN e i Servizi Veterinari.
Disposizioni mirate per eventuali bonifiche dei foci infettivi. Eventuali sanificazione e disinfezione di superfici e ambienti.

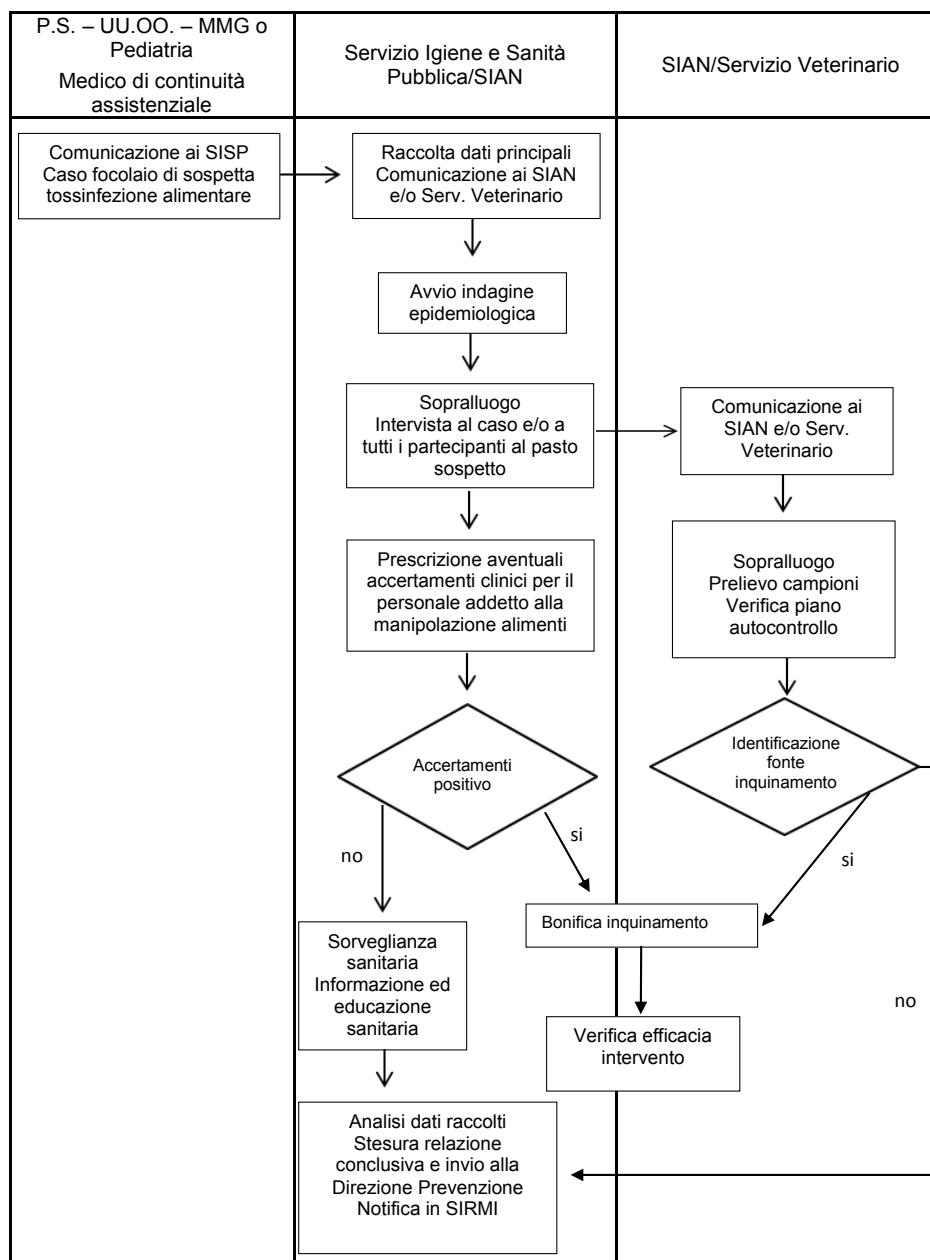
Profilassi:

- **vaccinazione e chemioprolassi:** nessuna.





**ISTRUZIONI OPERATIVE
TOSSINFEZIONI ALIMENTARI**



TRICHINOSI

Descrizione:

La trichinosi, o trichinellosi, è una zoonosi causata da vermi cilindrici del genere *Trichinella*. Il verme raggiunge il tubo digerente in forma di cisti ripiene di larve; le cisti si dissolvono e liberano le larve che una volta penetrate nell'epitelio intestinale maturano in adulti, le cui femmine originano altre larve, che si incistano nel tessuto muscolare. Uomo e altri animali possono infestarsi consumando carni di animali a loro volta infestati da larve (racchiuse dentro cisti) di *Trichinella*; una volta infestati, diventano portatori. Il serbatoio naturale è rappresentato dai suini (selvatici e domestici), dai roditori e dagli equini. Nell'uomo il quadro clinico varia da infezioni asintomatiche a casi particolarmente gravi, letali, fulminanti a seconda del numero di larve ingerite.

I sintomi sono caratterizzati da diarrea, debolezza muscolare, mialgie, sudorazione, edemi delle palpebre superiori, fotofobia e febbre; talvolta sono presenti emorragie congiuntivali e sottoungueali. Possono insorgere complicanze respiratorie, cardiologiche e neurologiche, nei casi più gravi la morte avviene per insufficienza miocardica.

La patologia è presente in diverse zone del mondo, ma l'incidenza varia a seconda delle abitudini alimentari e delle modalità di preparazione della carne di maiale o di selvaggina.

I casi in genere sono sporadici o in forma di epidemie localizzate, attribuibili spesso al consumo di salsicce o di altri derivati della carne di maiale o equina.

Tempi di segnalazione:

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

Scheda specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

8-15 giorni dopo l'ingestione di carne infetta; varia tra 5-45 giorni, a seconda del numero di parassiti coinvolti. I sintomi gastrointestinali si sviluppano in pochi giorni.

Periodo di contagiosità:

non è trasmessa direttamente da persona a persona. Gli animali ospiti rimangono contagiosi per mesi.

Modalità di trasmissione:

avviene esclusivamente per via alimentare attraverso il consumo di carne cruda o non sufficientemente cotta, contenente le larve del parassita. In Italia il veicolo di trasmissione è la carne suina (maiale o cinghiale), equina e più raramente di carnivori selvatici (volpe). La trichinosi non si trasmette da persona a persona.

Provvedimenti nei confronti del malato:

inchiesta epidemiologica

isolamento: nessuno.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

quarantena: non applicabile. Indagine sui contatti e sulla fonte di infezione. Controllare le persone che hanno consumato la carne sospetta.

Provvedimenti sull'ambiente:

educare la popolazione sulla necessità di consumare la carne ben cotta; la selvaggina e i maiali macellati a domicilio devono essere esaminati da un veterinario per determinare l'eventuale presenza di larve nelle carni.

Per distruggere le larve è bene congelare la carne per almeno 1 mese a -15°C o per 10 giorni a $-23,3^{\circ}\text{C}$. La salatura, l'essiccamento, l'affumicamento e la cottura nel forno a microonde della carne non assicurano l'uccisione del parassita.

Profilassi:

- **vaccinazione e chemioprolassi:** non disponibile.



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

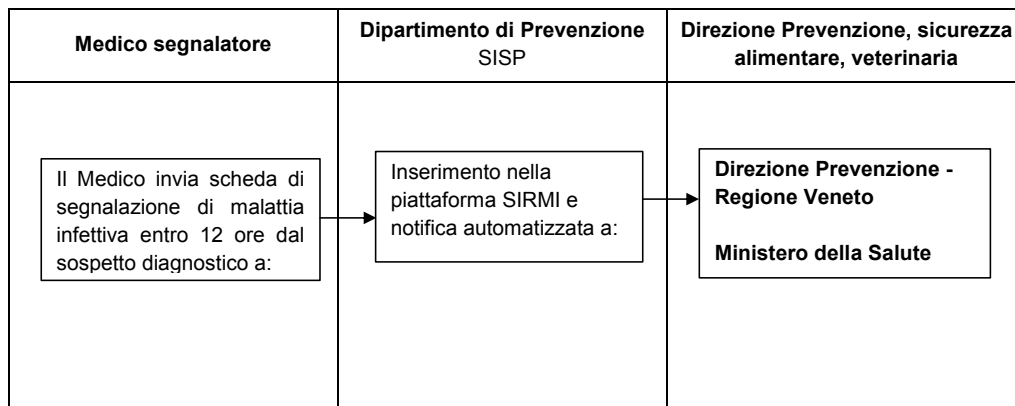
pag. 358 di 392

In caso di epidemia:

indagine epidemiologica per individuare i cibi infestati; confiscare ed eliminare i cibi infetti.



Flusso di segnalazione

TRICHINOSI

TUBERCOLOSI

Descrizione:

Infezione (solitamente polmonare) causata dal batterio *Micobacterium tuberculosis* (noto anche come bacillo di Koch) un batterio gram variabile. Dopo la prima infezione polmonare, può colpire qualsiasi organo e apparato. Ai sintomi comuni, quali febbre, soprattutto serotina, sudorazione notturna, calo ponderale, astenia, inappetenza, si aggiungono quelli legati allo specifico organo colpito. Il sintomo più comune della tubercolosi (TB) polmonare è la tosse produttiva e persistente, a cui può accompagnarsi emottisi.

Esistono anche forme di tubercolosi latente (TBL), in cui il batterio viene contenuto da una reazione infiammatoria (mancano sintomi, e non c'è contagiosità); quasi il 20-25% della popolazione mondiale è colpito dalla TBL. La TB è una delle prime 20 cause di morte al mondo. Il bacillo di Koch, a causa di terapie incomplete o gestite in modo scorretto, può sviluppare resistenze; per questa ragione è essenziale un approccio terapeutico integrato e coerente.

Meno frequentemente la TB può essere causata da altri micobatteri geneticamente correlati al bacillo di Koch e facenti parte come quest'ultimo del cosiddetto MTC, o *Mycobacterium Tuberculosis Complex*.

Tempi di segnalazione:

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

Scheda specifica di Flusso: SI

- scheda di notifica per TBC e Micobatteriosi;
- scheda di sorveglianza dell'esito del trattamento nella TBC polmonare.

Periodo di incubazione:

passano circa 4/12 settimane dall'infezione allo sviluppo della lesione primaria o alla reazione tubercolinica.

Periodo di contagiosità:

I pazienti con TB aperta (o bacillifera), tipicamente polmonare o laringea, sono infettivi per tutto il tempo in cui l'espettorato è positivo a bacilli tubercolari vitali.

Modalità di trasmissione:

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

Provvedimenti nei confronti del malato:

- inchiesta epidemiologica per tracciare l'eventuale sorgente del contagio (talvolta difficile) ed eventuali contatti del caso
- isolamento nel caso di paziente bacillifero: ospedaliero o domiciliare se ne ricorrono i presupposti (condizioni cliniche, condizioni abitative, adeguata assistenza e scrupoloso utilizzo di mascherina chirurgica al fine di evitare la diffusione);
- modalità di riammissione: certificato del medico che ha in cura il paziente, dopo verifica dell'espettorato negativo (contemporaneità di: negatività dell'esame microscopico dell'espettorato, netto miglioramento della sintomatologia, assunzione di adeguata terapia per almeno 30 giorni);
- gestione del malato cronico: attivazione delle strutture territoriali di assistenza in caso di fallimento terapeutico (generalmente dovuto a MDR) e isolamento domiciliare in caso di paziente bacillifero.

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e dei contatti:

- sorveglianza sanitaria:



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 361 di 392

- esecuzione dell'indagine epidemiologica con ricerca progressiva dei contatti stretti, regolari, occasionali; (di norma solo per TB polmonare);
 - esecuzione dell'indagine tubercolinica o quantiferon nei contatti di TB polmonare o in altri casi selezionati (al tempo 0 e dopo circa 2 mesi se negativi); Rx Torace e visita pneumologica qualora necessari;
 - somministrazione di eventuale chemiopprofilassi ai contatti a rischio e in caso di TBL.
- profilassi attiva e passiva:
Adeguato utilizzo di DPI nell'assistenza al paziente bacillifero
Vaccino BCG(Bacillo di Calmette-Guerin) : vaccino vivo attenuato ricavato dal Mycobacterium bovis, attualmente ancora registrato ma non disponibile (D.P.R. 465/2001), caratterizzato da un'efficacia piuttosto variabile.

		Scuola	Luogo di lavoro	Collettività
Contatto	Stretto	Studenti ed insegnanti della stessa classe	Dividono lo stesso ufficio con il caso	Compagni di camera, stanza di degenze
	Regolare	Frequentano regolarmente spazi comuni (palestra, mensa, laboratori, mezzi di trasporto, ecc)	Dividono regolarmente i pasti con il caso	Frequentano regolarmente spazi comuni (mensa, luoghi di relax, laboratori, ecc)
	Occasionale	Altri (es. aule della stessa sezione o piano)	Altri (es. uffici dello stesso piano)	Altri (es stesso reparto)

Provvedimenti sull'ambiente:

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

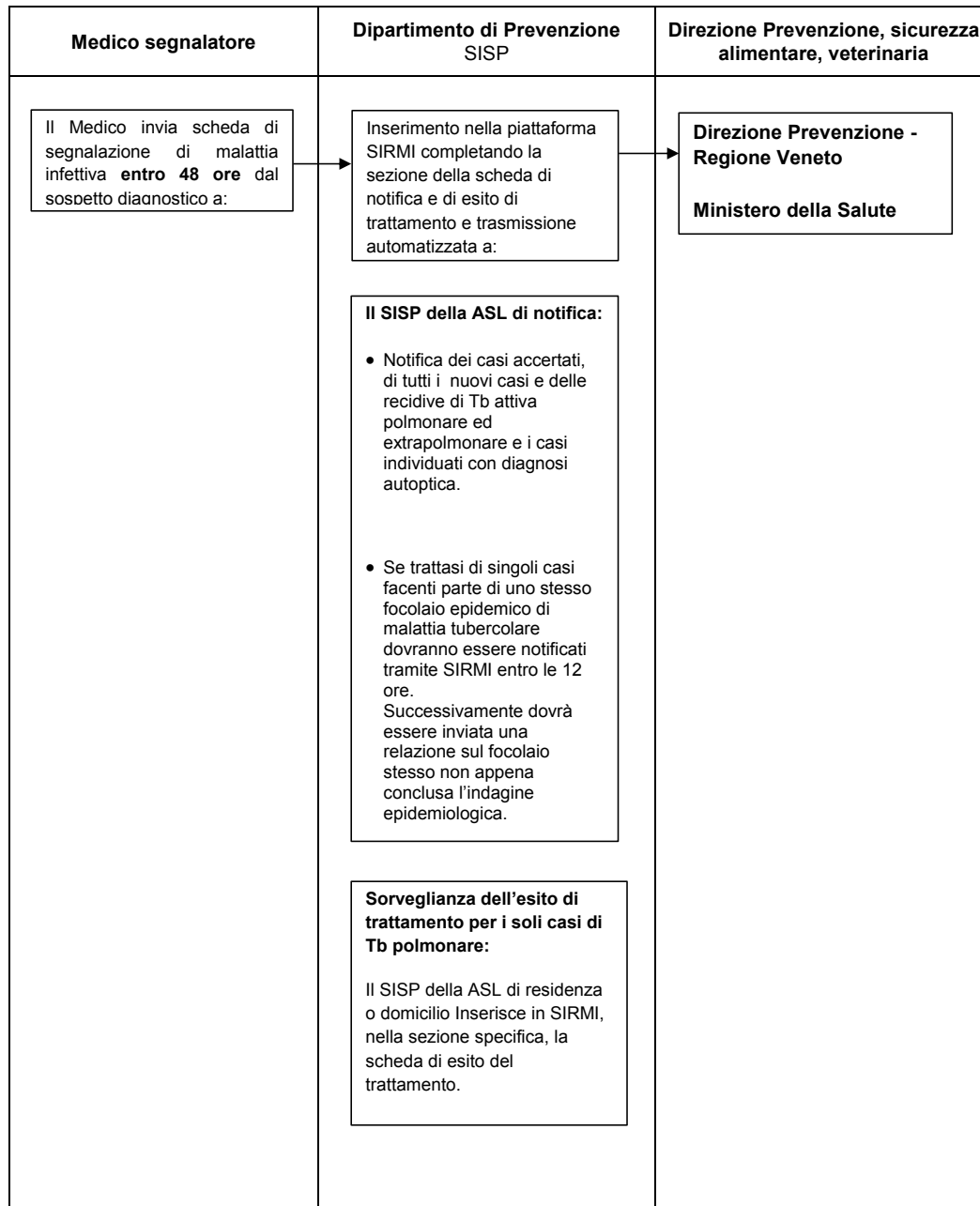


ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 362 di 392

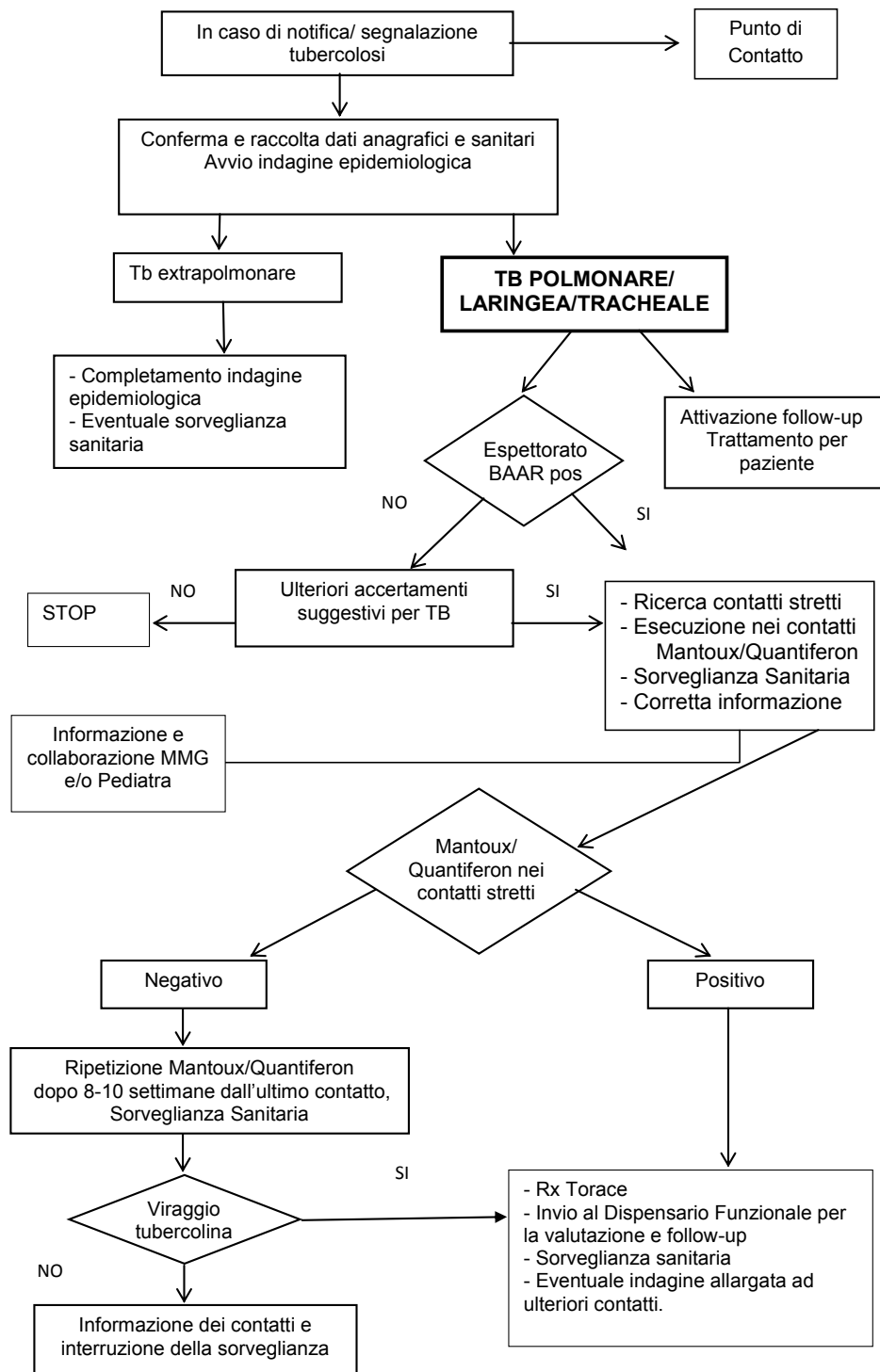
Flusso Segnalazione

TUBERCOLOSI





ISTRUZIONI OPERATIVE TUBERCOLOSI



VAIOLO DELLE SCIMMIE (Infezione da Monkeypox virus o MPXV)

Descrizione:

Il vaiolo delle scimmie (monkey pox o MPX) è una zoonosi virale causata da un virus a DNA a doppio filamento rivestito (i.e. capsulato), che appartiene alla specie Monkeypox virus (MPV o MPXV) genere Orthopoxvirus della sottofamiglia Chordopoxvirinae (poxvirus che infettano i vertebrati), famiglia Poxviridae. Fu scoperto nel 1958, durante degli studi per la polio effettuati sulla scimmia.

Il virus è originario delle foreste pluviali dell'Africa centro-occidentale; è suddiviso in 2 cladi principali: "africano occidentale" e "bacino del Congo" (più virulento). Il ciclo enzootico sarebbe mantenuto da roditori (es. scoiattoli) e primati non umani nelle foreste africane. Tuttavia, esiste il rischio che possa diventare una zoonosi endemica, infettando fauna "competente" (es. scoiattoli) locale. L'infezione può essere trasmessa dall'animale (roditori, primati non umani) all'uomo tramite morsi e/o contatti con fluidi corporei, e da uomo a uomo tramite contatto stretto con materiale infetto di lesioni cutanee, droplet respiratori in caso di contatto faccia a faccia, e tramite oggetti contaminati (es. abiti, lenzuola).

Clinicamente è distinguibile una fase iniziale (prodromica) caratterizzata da sintomi aspecifici: febbre, mal di testa, dolori muscolari, linfadenopatia rilevante, brividi, astenia. In questa fase potrebbe esserci contagiosità. Dopo pochi giorni dalla fase prodromica il paziente sviluppa un rash, che solitamente inizia dal viso e che si estende in modo progressivo ad altre parti del corpo. La conformazione delle lesioni è spesso a grappolo e può progredire originando macule, papule, vescicole, pustole e escare con possibili infezioni batteriche secondarie. Le escare sono la lesione a più lenta risoluzione, ma di solito cadono in 1-2 settimane (la caduta dell'ultima escara segna la fine della fase contagiosa). La malattia dura in genere 2-4 settimane. La mortalità varia dallo 0 al 11% nei focolai delle zone endemiche (la severità clinica aumenta col ridursi dell'età anagrafica). E' verosimile che i soggetti immunocompromessi (es. HIV+) abbiano quadri clinici più gravi.

Tempi di segnalazione:

Entro le 12h al Servizio Igiene e Sanità Pubblica di competenza

Scheda Specifica di Flusso: Si

Periodo di incubazione:

mediamente 6-14 giorni, ma può variare da 5 a 21. In questa fase non ci sarebbe contagiosità.

Periodo di contagiosità:

dalla fase prodromica fino alla caduta dell'ultima escara.

Modalità di trasmissione:

L'infezione può essere trasmessa dall'animale (roditori, primati non umani) all'uomo tramite morsi e/o contatti con fluidi corporei da uomo a uomo tramite contatto stretto con materiale infetto di lesioni cutanee, droplet respiratori in caso di contatto faccia a faccia, e tramite oggetti contaminati (es. abiti, lenzuola).

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica per rilevare informazioni sulla catena del contagio e sorvegliare eventuali contatti. Isolamento dei soggetti fino a risoluzione delle lesioni cutanee con distacco dell'escara e ripristino dell'integrità cutanea.

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e contatti:

Quarantena per 21 giorni dall'ultimo contatto a rischio.

Provvedimenti sull'ambiente

In generale i poxvirus sono resistenti nell'ambiente; ciò spiega come mai oggetti e campioni biologici infetti restino infettivi per molto tempo. Sono tuttavia sensibili a molti dei comuni disinfettanti, anche se sono meno sensibili ai disinfettanti organici, rispetto ad altri possano essere meno sensibili ai disinfettanti organici rispetto ad altri virus capsulati, a causa del ridotto contenuto di lipidi dell'involucro. Raccomandazioni per la pulizia in presenza di casi MPX:



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 365 di 392

- evitare di sollevare molta polvere
- evitare di creare aerosol
- usare comuni prodotti per la pulizia, e successivamente ipoclorito di sodio allo 0.1% (diluizione 1:50, se si usa candeggina domestica, che di norma ha una concentrazione del 5%)
- pulire soprattutto superfici e servizi igienici toccati di frequente
- indumenti e biancheria contaminati devono essere lavati almeno a 60°C
- per pulire usare prodotti monouso (panno, spugna, ecc.), in loro assenza i prodotti vanno disinfettati con ipoclorito di sodio allo 0.1%. In caso di impossibilità di ricorrere alle due soluzioni precedenti, i prodotti vanno eliminati
- garze o altro materiale contaminati con materiali biologici di casi MPX andrebbero gestiti come rifiuti speciali, da parte di strutture sanitarie

Profilassi

Non esistono terapie specifiche antivirali. Esiste un vaccino (Imvanex) con virus attenuato (ceppo Ankara) licenziato nel 2019 per prevenire il MPX; tuttavia è un vaccino ancora a disponibilità limitata, ed è effettuato in due dosi (28 giorni di distanza minima tra dosi).



Flusso di segnalazione

VAIOLO DELLE SCIMMIE (MONKEYPOX)



VARICELLA

Descrizione:

La varicella è una malattia infettiva altamente contagiosa provocata dal virus a DNA *Varicella-Zoster virus* (VZV) noto anche come *Herpesvirus 3* (HHV-3) del genere *Varicellovirus* della famiglia Herpesviridae. Insieme a rosolia, morbillo, pertosse e parotite, la varicella è annoverata fra le malattie contagiose dell'infanzia, che nella maggioranza dei casi colpisce i bambini tra i 5 e i 10 anni.

L'uomo è l'unico serbatoio noto.

Dopo un'incubazione di 2 o 3 settimane, l'esordio è caratterizzato da rash, febbre lieve/moderata, e lievi sintomi generali (es. malessere, cefalea). Per 3-4 giorni, si ha comparsa di papule pruriginose su tutto il corpo. Le papule evolvono in vescicole, poi in pustole e infine in croste granulari, destinate a cadere. Tipicamente l'esantema è costituito da alcune centinaia di lesioni.

La varicella è in genere una malattia benigna che guarisce nel giro di 4-10 giorni. La malattia tende ad avere un quadro clinico più severo a partire dall'adolescenza, e può essere molto grave in soggetti immunodepressi. Rare sono le complicazioni nei bambini. Tra le complicazioni ci possono essere polmoniti, encefaliti, artriti, epatiti, superinfezioni batteriche delle lesioni cutanee, trombocitopenia. Tra gli adulti la complicanza più comune è la polmonite.

Essere guariti dall'infezione garantisce immunità permanente nell'immunocompetente.

Il virus non viene però realmente debellato, ma si latenzia nei gangli nervosi da cui, nel 10-20% dei casi, può risvegliarsi a distanza di anni (in generale è più facile avvenga dopo i 50 anni di età) dando luogo all'herpes zoster ("fuoco di Sant'Antonio") che tipicamente si manifesta con rash cutaneo in corrispondenza del decorso dei dermatomeri, con dolore e/o prurito. Questo può a sua volta originare delle complicanze (es. nevralgia post-erpetica, ulcere corneali con rischio di compromissione della vista).

Se la varicella viene contratta da una donna all'inizio di una gravidanza (nei primi due trimestri di gestazione) può trasmettersi al feto, causando una embriopatia (sindrome della varicella congenita). I bambini che sono stati esposti al virus della varicella in utero dopo la ventesima settimana di gestazione possono sviluppare una varicella asintomatica e successivamente herpes zoster nei primi anni di vita. Se invece la madre ha avuto la malattia da cinque giorni prima a due giorni dopo il parto, può verificarsi una forma grave di varicella del neonato, la cui mortalità può arrivare fino al 30%, la varicella neonatale.

Tempi di segnalazione:

48 ore, al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica.

Scheda specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

Mediamente 14-16 giorni. Range 10-21 giorni.

Periodo di contagiosità:

La contagiosità inizia da 1 o 2 giorni prima della comparsa dell'eruzione e può durare fino alla comparsa delle croste.

Durante la gravidanza, il virus può essere trasmesso all'embrione o al feto attraverso la placenta.

Modalità di trasmissione:

La varicella è una delle malattie infettive più contagiose, soprattutto nei primi stadi dell'eruzione. La trasmissione da persona a persona avviene per via aerea mediante le goccioline respiratorie diffuse nell'aria quando una persona affetta tossisce o starnutisce, o tramite contatto diretto con lesione da varicella o zoster.



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 368 di 392

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica. In generale, si consiglia di isolare i pazienti per evitare la diffusione del contagio. È raccomandato che i bambini colpiti dalla malattia restino a casa da scuola per almeno cinque giorni dalla comparsa delle prime vescicole.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

In generale non è previsto alcun provvedimento.

Vaccinare le persone suscettibili di 12 mesi o più, entro 72 ore dall'esposizione, può prevenire o modificare significativamente la malattia.

Profilassi:

vaccinazione: Il vaccino della varicella appartiene ai vaccini vivi attenuati. Il vaccino esiste in forma monovalente, oppure tetravalente, contro morbillo, parotite, rosolia e varicella (MPRV).

Si consiglia una prima dose di Varicella prima del 24° mese di vita, preferibilmente al 12-15° mese, con un richiamo verso 5-6 anni o 11-12 anni. Fino al 6°-9° mese, il neonato può essere protetto dagli anticorpi che gli vengono trasmessi dalla madre se immunizzata.

Per i soggetti anamnesticamente negativi per varicella, è prevista la somministrazione di due dosi di vaccino a distanza di ≥ 1 mese l'una dall'altra.



Flusso di segnalazione

VARICELLA

Medico segnalatore	Dipartimento di Prevenzione SISP	Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria
<p data-bbox="311 728 587 846">Il Medico invia scheda di segnalazione di malattia infettiva entro 48 ore dal sospetto diagnostico a:</p>	<p data-bbox="646 728 933 817">Inserimento nella piattaforma SIRMI e notifica automatizzata a:</p> <p data-bbox="646 846 933 902">Indagine epidemiologica</p>	<p data-bbox="997 728 1284 846">Direzione Prevenzione - Regione Veneto Ministero della Salute</p>



Infezione da virus WEST- NILE

Descrizione:

E' una malattia infettiva provocata arbovirus morbovirus (mosquito-borne virus > arbovirus diffuso da zanzare) a RNA a filamento singolo positivo del genere Flavivirus, famiglia Flaviviridae, specie West Nile Virus (WNV). WNV è trasmesso dalla puntura di zanzare infette all'uomo e agli animali, generalmente equini ed uccelli. Le zanzare più importanti nel ciclo vitale del WNV appartengono al genere Culex (principalmente C. pipiens). Come serbatoio di infezione sono state identificate oltre 70 specie di uccelli, soprattutto passeriformi e corvidi, dove il virus può persistere da alcuni giorni a qualche mese. Di fatto, le specie aviarie sono il vero ospite amplificatore (capace cioè di incrementare numericamente di molto la popolazione virale).

Come capita tipicamente coi Flavivirus, la maggior parte delle persone infette è asintomatica ((0%) non manifesta sintomi (80%). Le forme sintomatiche si manifestano con sintomi aspecifici simil-influenzali lievi, febbre, cefalea, dolori muscolo- articolari, raramente accompagnati da rash cutaneo. Meno dell'1% degli infettati sviluppa una malattia neuroinvasiva (West-Nile Neuroinvasive Disease o WNDD), con meningite, encefalite o paralisi flaccida; questa forma può svilupparsi nelle persone di qualsiasi età, tuttavia gli anziani, i soggetti immunocompromessi, le persone affette da alcune patologie e le persone sottoposte a trapianto sono a maggior rischio. La letalità della malattia, nelle forme di tipo meningo-encefalitico, è in media del 10%.

Attualmente il West Nile Virus (WNV) è diffuso in Africa, Medio Oriente, Nord America, Asia Occidentale ed Europa, dove è stato segnalato a partire dal 1958. In Italia il primo focolaio di West Nile Disease (WND) è stato confermato nella tarda estate del 1998 nella zona umida denominata Padule di Fucecchio in Toscana, con alcuni casi clinici nei cavalli. Dal 2008, la circolazione del WNV è stata segnalata ogni anno nelle persone, negli animali e nelle zanzare, in diversi territori italiani. Il Veneto è considerato zona a circolazione endemica.

Tempi di segnalazione:

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

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

il periodo di incubazione va da 2 a 14 giorni dal momento della puntura della zanzara infetta, ma mediamente è di 2-6 giorni. Può essere più lungo fino a 21 giorni nei soggetti immunocompromessi. Il periodo di incubazione estrinseco (EIP) di Culex sp. è circa 16-25 giorni.

Periodo di contagiosità:

il virus può essere trasmesso attraverso il sangue. Vanno esclusi dalle donazioni per 28 giorni coloro che hanno soggiornato almeno una notte nelle province dove è stata registrata la positività positività nelle zanzare o positività negli equidi o caso umano di febbre WN o di caso di malattia neuroinvasiva). Vanno esclusi dalle donazioni per 4 mesi dalla completa guarigione i soggetti con diagnosi di infezione.

Modalità di trasmissione:

la malattia è trasmessa prevalentemente da zanzare del genere Culex, L'uomo rappresenta un ospite accidentale (a vicolo cieco) in cui il virus non riesce a causare viremie capaci di infettare eventuali zanzare che dovessero mordere l'ospite infetto. Tuttavia il virus può essere trasmesso, anche se più raramente, per trasfusione di sangue infetto e trapianto d'organo. Per la prevenzione dell'infezione è importante lo screening dei donatori di sangue e organi.

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica, anche se data l'attuale endemizzazione e i tempi di latenza del WNV spesso lunghi, ha un ruolo marginale. Non esiste terapia specifica, solo di supporto; ricovero necessario solo nei casi più gravi.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 371 di 392

nessuno in particolare. Adottare le misure di precauzione per evitare le punture di zanzare (ad esempio, utilizzo di repellenti e di pantaloni lunghi e camicie a maniche lunghe quando si è all'aperto, soprattutto all'alba e al tramonto).

Provvedimenti sull'ambiente:

controlli periodici della popolazione di zanzare; periodici interventi di disinfestazione; eliminazione delle raccolte d'acqua, soprattutto in prossimità di abitazioni; applicazione di zanzariere alle finestre; programmi di sorveglianza mirata riguardanti gli equidi, gli uccelli appartenenti a specie bersaglio e gli insetti vettori e programmi di sorveglianza dei casi umani.

Profilassi:

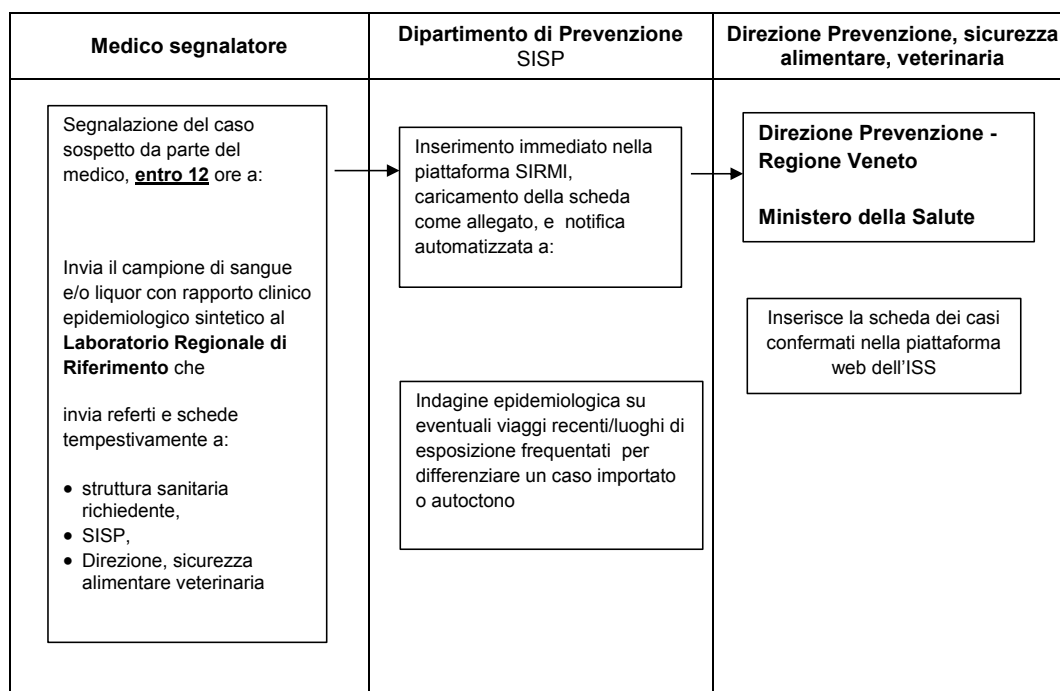
- vaccinazione e chemioprolassi: vaccino non disponibile;
- adottare le misure di precauzione per evitare le punture di zanzare.



Flusso di segnalazione

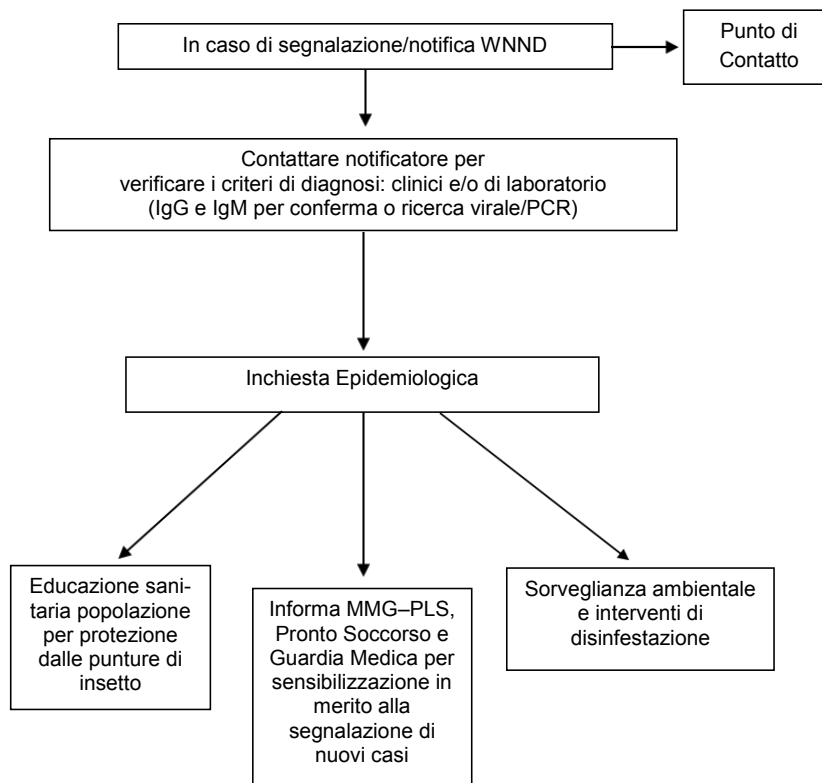
WEST-NILE

(Sorveglianza dei casi umani di infezione da West-Nile o di malattia neuro-invasiva da West-Nile)





**ISTRUZIONI OPERATIVE
MALATTIA NEUROINVASIVA DA WEST NILE VIRUS (WNND)**



YERSINIOSI

Descrizione:

Infezioni causate dalle specie *enterocolitica* e *pseudotuberculosis* del batterio gram-negativo *Yersinia*, anaerobio facoltativo, appartenente alla famiglia delle Enterobacteriaceae. Costituiscono la quarta zoonosi più comunemente riscontrata, con 7.048 casi umani in Europa nel 2019 ed una tendenza stabile nel periodo 2015-2019 (tasso di notifica 1,7:100.000 abitanti). Particolarmente colpita è la fascia d'età dei bambini sotto i 5 anni.

- *Y. enterocolitica* causa enterite in diverse specie animali (ad esempio cincillà, cavie, suini domestici, cinghiali, cervi, cani e gatti). In Unione Europea è la specie più frequentemente associata a casi di infezione umana, con manifestazioni che vanno da infezioni enteriche auto-limitanti fino a gravi setticemie: i sintomi più comuni sono febbre, diarrea, soprattutto nei bambini, pseudo-appendicite (dolore addominale destro e febbre), soprattutto negli adulti; manifestazioni extraintestinali sono rare.
- *Y. pseudotuberculosis* è responsabile di malattie a carattere diffusivo in numerose specie animali e nell'uomo, nel quale infezioni enteriche associate a *Y. pseudotuberculosis* sono state riportate soprattutto nei paesi del nord Europa ed in Russia. Sintomi principali sono febbre, eritema cutaneo, manifestazioni gastroenteriche.

Di solito la sintomatologia si rimette totalmente dopo guarigione. Può capitare che si sviluppino artralgie persistenti per alcuni mesi dopo l'infezione.

Tempi di segnalazione: 48 ore

Scheda specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

Tipicamente 3-7 giorni (in un intervallo che va da 1 a 14 giorni). Sono documentati casi d'infezione anche prolungata in condizioni di asintomaticità.

Periodo di contagiosità:

Eccezionale la trasmissione interumana. Il microorganismo viene escreto in genere per 2-3 settimane, fino a 2-3 mesi nei casi non trattati.

Modalità di trasmissione:

Il maiale è il principale serbatoio e la carne suina la principale fonte d'infezione alimentare nell'uomo, anche se yersinie enteropatogene sono state isolate anche da altri alimenti quali carni rosse, latte, vegetali e succhi di origine vegetale. Inoltre, i bambini possono essere infettati se chi li accudisce abbia manipolato cibi contaminati senza lavarsi le mani e li tocchi o tocchi loro giocattoli o oggetti come bicchieri e bottiglie.

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica per tracciare l'eventuale fonte di contagio e i contatti. Allontanamento del malato da attività a rischio e rispetto delle precauzioni standard. Attenzione specifica va rivolta al contatto con materiale fecale, con particolare riguardo ai bambini, che necessitano di accudimento in quanto non autosufficienti. Di solito non occorre terapia antibiotica e ci si limita a terapie sintomatiche; tuttavia, nelle forme più severe può essere necessario l'uso degli antibiotici.



Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

Indagine epidemiologica sui contatti, al fine di individuare la probabile fonte di contagio ed informazione ed educazione sanitaria in merito soprattutto al corretto lavaggio delle mani, igienizzazione delle superfici, conservazione degli alimenti. Ricerca attiva del patogeno in casi a- o pre-sintomatici mediante accertamenti di clinici/di laboratorio, solo in casi selezionati (ad esempio, operatori nel settore alimentare).

Provvedimenti sull'ambiente:

Sopralluogo e prelievo di campioni biologici al fine di individuare la sorgente del contagio. Bonifica delle eventuali fonti dell'infezione.

Profilassi:

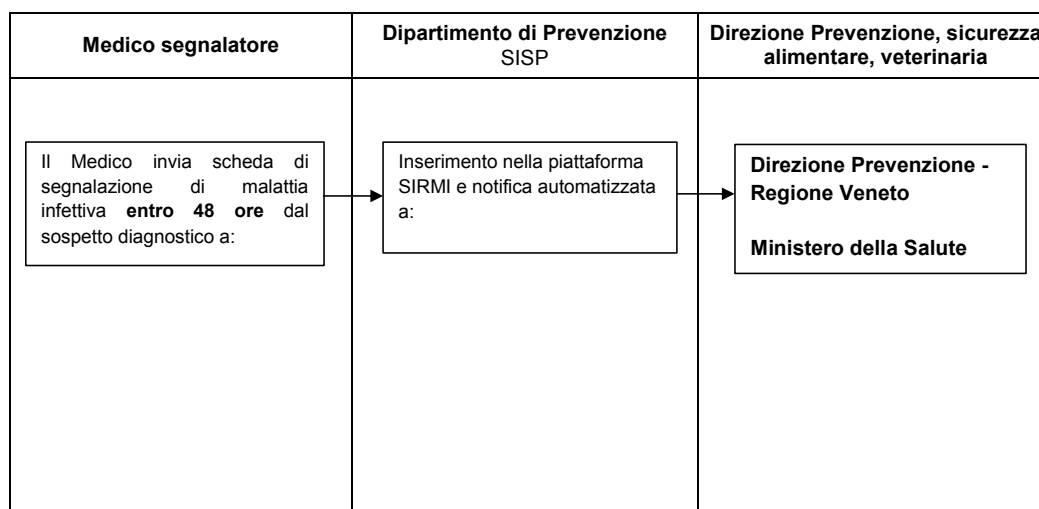
Le misure profilattiche principali consistono nella rigorosa igiene delle mani negli operatori della filiera alimentare (specialmente delle carni e, fra queste, nella fattispecie quelle di suino) e nel controllo delle riserve idriche. Per ridurre il rischio di tossinfezione alimentare, la carne di maiale dev'essere cotta adeguatamente e va evitata la conservazione prolungata nei frigoriferi. L'igiene degli spazi domestici destinati alla preparazione degli alimenti riduce il rischio di contaminazione di altri alimenti. Giacché non sono rari casi di yersiniosi attribuibili al consumo di verdura cruda (confezionata e non), le medesime raccomandazioni sono da applicarsi anche alla produzione e preparazione di quest'ultimo genere alimentare.



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 376 di 392

Flusso di segnalazione

YERSINIOSI

BIBLIOGRAFIA - SITOGRAFIA**Antrace**

Red Book 2018-2021, Report of the Committee of Infectious Diseases XXXI Edizione; American Academy of pediatrics
CDC: Anthrax: Prevention
<https://www.cdc.gov/anthrax/>
www.epicentro.it
Hendricks KA, Wright ME, Shadomy SV, et al: Centers for Disease Control and Prevention Expert Panel meetings on prevention and treatment of anthrax in adults. Emerg Infect Dis 20(2), 2014. doi: 10.3201/eid2002.130687
John S. Bradley et al; Pediatrics May 2014, 133 (5) e1411-e1436
Ministero Della Salute - Direzione Generale della Prevenzione - Ufficio III (Malattie infettive e profilassi internazionale - Osservatorio Epidemiologico Nazionale): agenti biologici categoria a (alta priorità)

Botulismo

www.epicentro.it
<https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/malattie-infettive/batteri-anaerobi/botulismo>
<https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/b/botulismo>
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/botulism>
<https://www.cdc.gov/botulism>
Red Book 2018-2021, Report of the Committee of Infectious Diseases XXXI Edizione; American Academy of pediatrics
*Circolare del Ministero della Salute prot. 28167 del 06/07/2017 "Botulismo e sicurezza alimentare: indirizzi operativi"

Brucellosi

"Zoonosi e Sanità Pubblica" – 2010, E. Matassa (Springer)
Red Book 2018-2021, Report of the Committee of Infectious Diseases XXXI Edizione; American Academy of pediatrics.
<http://www.salute.gov.it/portale/sanitaAnimale/dettaglioContenutiSanitaAnimale.jsp?lingua=italiano&id=263&tab=1>
<https://www.epicentro.iss.it/brucellosi/>
<https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/malattie-infettive/bacilli-gram-negativi/brucellosi>
<https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2020/travel-related-infectious-diseases/brucellosis>
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/brucellosis>
<https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2020/travel-related-infectious-diseases/brucellosis>

Candida auris

DGPRES n° 19275-05/06/2020 avente oggetto "Aggiornamento delle raccomandazioni per il controllo dell'infezione da Candida auris in Italia"
ECDC, Rapid risk assessment: Candida auris in healthcare settings – Europe, 23 Apr 2018
<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/RRA-Candida-auris-European-Union-countries-first-update.pdf>
Ministero della Salute, Malattie infettive A-Z: Candida Auris,
<https://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioSchedeMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=249&area=Malattie%20infettive&menu=indiceAZ&tab=1>
CDC, Treatment and Management of Infections and Colonization, <https://www.cdc.gov/fungal/candida-auris/c-auris-treatment.html>

Chikungunya

WHO, Fact sheets, Chikungunya, Settembre 2020
<https://www.epicentro.iss.it/chikungunya/>
<https://www.cdc.gov/chikungunya>
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chikungunya>



https://www.who.int/health-topics/chikungunya#tab=tab_1

Colera

<https://www.epicentro.iss.it/colera/>

Nota Reg. n.408770/50.03.50 del 03.06.2005 “Nuovo vaccino anticolerico”

Circolare del Ministero della Salute prot. n.° 400.2/113.2/60/59/3934 del 17/09/94 “Linee guida per la prevenzione del colera

<https://www.cdc.gov/cholera/illness.html>

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cholera>

Creutzfeldt Jakob

“Preclinical transmission of prions by blood transfusion is influenced by donor genotype and route of infection” – 2021, E.F. Houston et. al (PLOS pathogens)

“Elucidating the function of the prion protein” – 2017, G. Legname (PLOS pathogens)

“Zoonosi e Sanità Pubblica” – 2010, E. Matassa (Springer)

<https://www.epicentro.iss.it/creutzfeldt-jakob/>

<https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/malattie-neurologiche/malattie-prioniche/malattia-di-creutzfeldt-jakob>

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

<https://www.medscape.com/answers/1138235-192574/what-eeg-findings-are-characteristic-of-creutzfeldt-jakob-disease-cjd>

<https://www.cdc.gov/prions/cjd/clinical-pathologic-characteristics.html>

Dengue

http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=215&area=Malattie_trasmesse_da_vettori

<https://www.epicentro.iss.it/febbre-dengue/>

Red Book 2018-2021, Report of the Committee of Infectious Diseases XXXI Edizione; American Academy of pediatrics

<https://www.cdc.gov/dengue/symptoms/index.html>

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>

Difterite

<https://www.cdc.gov/diphtheria>

<https://www.epicentro.iss.it/difterite/>

Red Book 2018

Epidemiology and Prevention of vaccine-preventable diseases, 14th Ed (2021)

Encefalite da zecche (Tick-borne encephalitis)

https://www.who.int/health-topics/tick-borne-encephalitis#tab=tab_1

<https://www.cdc.gov/tick-borne-encephalitis/>

<https://www.ecdc.europa.eu/en/tick-borne-encephalitis/facts/factsheet>

<https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2020/travel-related-infectious-diseases/tickborne-encephalitis#:~:text=Approximately%20two%2Dthirds%20of%20infections,manifestation%20of%20TBE%20virus%20infection>

http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=242&area=Malattie_trasmesse_da_vettori

[https://www.epicentro.iss.it/zecche/meningoencefalite#:~:text=La%20meningoencefalite%20da%20zecche%20\(Tbe,febbre%20gialla%20e%20della%20dengue](https://www.epicentro.iss.it/zecche/meningoencefalite#:~:text=La%20meningoencefalite%20da%20zecche%20(Tbe,febbre%20gialla%20e%20della%20dengue)

<https://salute.regione.veneto.it/mobilevac/Malattie/Dettaglio?Id=TBE>

Epatite A, B, C, D, E

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

Red Book 2018-2021, Report of the Committee of Infectious Diseases XXXI Edizione; American Academy of pediatrics

<https://www.epicentro.iss.it/epatite/epatite-b>



<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>
<https://www.cdc.gov/hepatitis/hav>
<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-a>
<https://www.epicentro.iss.it/epatite/epatite-c>
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>
<https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2020/travel-related-infectious-diseases/hepatitis-c>
<https://www.cdc.gov/hepatitis/hcv/HepatitisCTesting.htm>
<https://www.epicentro.iss.it/epatite/epatite-d>
<https://www.epicentro.iss.it/epatite/epatite-e>

Febbri emorragiche virali (VHFs) Ebola e Marburg, Febbre di Lassa

Red Book 2018-2021, Report of the Committee of Infectious Diseases XXXI Edizione; American Academy of pediatrics
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_3943_listaFile_itemName_0_file.pdf
<https://www.epicentro.iss.it/ebola/>
<https://www.epicentro.iss.it/marburg/>
<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/marburg-virus-disease>

Febbre di Lassa

[https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Ing=IT&Expert=99824#:~:text=La%20febbre%20di%20Lassa%20\(LF,e%20insufficienza%20sistemica%20multi%20Dorgano](https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Ing=IT&Expert=99824#:~:text=La%20febbre%20di%20Lassa%20(LF,e%20insufficienza%20sistemica%20multi%20Dorgano)
<https://www.epicentro.iss.it/lassa/>

Febbre tifoide

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana
<https://www.cdc.gov/typhoid-fever/>
<https://www.epicentro.iss.it/tifoide/>
<https://salute.regione.veneto.it/mobilevac/Malattie/Dettaglio?Id=TIF>
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/typhoid>
<http://www.emro.who.int/health-topics/typhoid-fever>

Febbre Gialla

www.epicentro.it <http://www.cdc.gov/yellowfever/index.html>
<https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/f/febbre-gialla#prevenzione>

HIV

Practice of Infectious Diseases – Mandell et al., 9th Ed. (2020)
<https://www.cdc.gov/hiv/default.html>
 European Centre for Disease Prevention, HIV/AIDS surveillance in Europe, 2021;
 Ministero della Salute, Cos'è l'Aids, nov 2020. Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana
www.epicentro.iss.it

Influenza

FAQ-influenza e vaccinazione antinfluenzale. Ministero della Salute.
http://www.salute.gov.it/portale/p5_1_1.jsp?lingua=italiano&id=103 "Manuale per il controllo delle malattie trasmissibili", 18ª edizione DEA Ed. Red Book 2009, AAP
 Circolare Ministero della Salute "Monitoraggio dell'andamento delle forme gravi e complicate di influenza confermata, stagione 2021-22"



<https://www.epicentro.iss.it/influenza/influenza>
<https://www.cdc.gov/flu/about/keyfacts.htm>
<https://www.who.int/health-topics/influenza-seasonal>
Encyclopedia of Virology – 4th Ed (Academic Press)

Legionella

“La legionellosi in Italia nel 2006” - Notiziario dell'ISS – Volume 21; numero 1, gennaio 2008; ISSN 0394 – 9303
Linee Guida EWGLI: “European Guidelines for Control and Prevention of Travel Associated Legionnaires' Disease”
Red Book 2018-2021, Report of the Committee of Infectious Diseases XXXI Edizione; American Academy of pediatrics.
<https://www.epicentro.iss.it/legionellosi/>
<https://www.cdc.gov/legionella>
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/legionellosis>

Leishmaniosi

salute.gov.it - Argomenti - Malattie Infettive A-Z/Leishmaniosi umana
American Academy of Pediatrics. Red Book, 2018-2021
Circolare n. 33122 del 14/10/2020 “Prevenzione e controllo della leishmaniosi in Italia”
www.epicentro.iss.it/leishmaniosi/
<https://www.cdc.gov/dpdx/leishmaniasis>
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/leishmaniasis>
DM 2 novembre 2015 “Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti” Allegato III

Leptospirosi

Manuale per il Controllo delle Malattie Trasmissibili – David L. Heymann M.D. - 18° Edizione - Dea Editrice
Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana
<https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu//leptospirosi#sintomi>
<https://www.cdc.gov/leptospirosis>
<https://www.paho.org/en/topics/leptospirosis>
Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 9th Edition (ELSEVIER)

Listeriosi

B.E.N.
<https://www.epicentro.iss.it/listeria/>
Red Book 2018-2021, Report of the Committee of Infectious Diseases XXXI Edizione; American Academy of pediatrics.
<https://www.cdc.gov/listeria>
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/listeriosis>
Encyclopedia of Microbiology – 4th Ed.(Academic Press)

Malaria

CDC - Health information for International Travel - 2010 - The Yellow Book “International Travel and Health” – WHO – 2010
“Linee Guida per la profilassi antimalarica” - Z. Bisoffi, G. Napoletano, F. Castelli, R. Romi. Giornale Italiano di Medicina Tropicale, Vol. 8, N 1-4, 2003
Manuale per il Controllo delle Malattie Trasmissibili – David L. Heymann M.D. - 18^a Edizione - Dea Editrice



Red Book 2018-2021, Report of the Committee of Infectious Diseases XXXI Edizione;
American Academy of pediatrics.
<https://www.epicentro.iss.it/malaria/>
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malaria>
<https://www.cdc.gov/malaria/>
Indicazioni della profilassi antimalarica nei viaggiatori in area endemica (revisione 2018)
della Società Italiana di Medicina Tropicale (SIMET)

Forma invasiva meningococcica

Manuale per il Controllo delle Malattie Trasmissibili – David L. Heymann M.D. - 18^a
Edizione - Dea Editrice
Red Book 2018-2021, Report of the Committee of Infectious Diseases XXXI Edizione;
American Academy of pediatrics– XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana
<https://www.epicentro.iss.it/meningite/>
<https://www.cdc.gov/meningococcal/about/causes-transmission.html>
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/meningitis>
<https://jamanetwork.com> “Risk factors for meningococcal disease in college students.”

Forma invasiva pneumococcica

Manuale per il Controllo delle Malattie Trasmissibili – David L. Heymann M.D. - 18^a
Edizione - Dea Editrice
Red Book 2018-2021, Report of the Committee of Infectious Diseases XXXI Edizione;
American Academy of pediatrics.
<https://www.cdc.gov/pneumococcal/clinicians/streptococcus-pneumoniae.html>
<https://www.who.int/teams/health-product-policy-and-standards/standards-and-specifications/vaccine-standardization/pneumococcal-disease>
<https://www.epicentro.iss.it/meningite/>

Forma invasiva da *Haemophilus influenzae*

<https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/h/haemophilus-influenzae>
<https://www.cdc.gov/hi-disease/index.html>
<https://www.who.int/teams/health-product-policy-and-standards/standards-and-specifications/vaccine-standardization/hib>

MERS CoV Sindrome respiratoria medio-orientale

Red Book 2018-2021, Report of the Committee of Infectious Diseases XXXI Edizione; American
Academy of pediatrics.
Encyclopaedia of Virology FOURTH Edition 4th-ap (2022)
https://www.who.int/health-topics/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-mers#tab=tab_3
<https://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioSchedeMalattieInfettive->

Morbillo

Manuale per il Controllo delle Malattie Trasmissibili – David L. Heymann M.D. - 18^a Edizione - Dea
Editrice
Red Book 2018-2021, Report of the Committee of Infectious Diseases XXXI Edizione; American
Academy of pediatrics.
“Vaccini e vaccinazioni” - Giorgio Bartolozzi ; 2^a edizione
<https://www.cdc.gov/measles>
<https://www.who.int/health-topics/measles>
<https://www.epicentro.iss.it/morbillo/morbillo>

Morbo di Hansen



Red Book 2018-2021, Report of the Committee of Infectious Diseases XXXI Edizione; American Academy of pediatrics.

www.epicentro.iss.it

<https://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioSchedeMalattieInfettive>

<https://www.cdc.gov/leprosy>

<https://www.who.int/health-topics/leprosy>

Peste

Mandell douglas and bennett's principles and practice of infectious diseases – 9th Ed (Elsevier)

<https://www.who.int/health-topics/plague>

<https://www.cdc.gov/plague>

<https://www.epicentro.iss.it/peste/>

Poliomielite /Paralisi Flaccide Acute

Encyclopaedia of Virology FOURTH EDition 4th-ap (2022)

https://www.who.int/health-topics/poliomyelitis#tab=tab_2

<https://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioSchedeMalattieInfettive>

Red Book 2018-2021, Report of the Committee of Infectious Diseases XXXI Edizione; American Academy of pediatrics.

Rabbia

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

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

Red Book 2018-2021, Report of the Committee of Infectious Diseases XXXI Edizione; American Academy of pediatrics.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rabies>

<https://www.epicentro.iss.it/rabbia/>

https://www.who.int/rabies/en/WHO_recommendation_post_exp_treatment.pdf

Rosolia in gravidanza/Sindrome da Rosolia congenita

Encyclopedia of Virology (4th Ed.) – Academic

Press <https://www.cdc.gov/rubella/pregnancy.html#:~:text=Pregnant%20women%20who%20contract%20rubella,Deafness>

<https://www.who.int/publications/m/item/vaccine-preventable-diseases-surveillance-standards-crs>

<https://www.epicentro.iss.it/rosolia/bollettino>

Vaiolo delle scimmie (infezione da Monkeypox virus)

Circolare del Ministero della Salute 26837 (26/05/2022)

Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 9th Ed. (Elsevier)

Encyclopedia of Virology, 4th Ed. (Elsevier)

Encyclopedia of Microbiology, 4th Ed. (Academic Press) <https://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioSchedeMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=254&area=Malattie%20infettive&menu=indiceAZ&tab=7>

<https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox>

<https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON385>

<https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON385>

Varicella

<https://www.epicentro.iss.it/varicella/>

<https://www.cdc.gov/chickenpox>

Encyclopedia of Virology - 4th Ed. (Academic Press)



Rosolia, Rosolia in gravidanza/sindrome da rosolia congenita

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

Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. Accordo tra il Ministero della salute, le regioni e le province autonome di Trento e Bolza- no recante: "Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita" – Gazzetta Ufficiale N. 297 del 23 dicembre 2003. Suppl. Ordinario n. 195

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

Pink Book - CDC - 8^ ed. febb. 2004

Red Book 2018-2021, Report of the Committee of Infectious Diseases XXXI Edizione; American Academy of pediatrics.

Principles and Practice of Infectious Disases –Mandell et al., 9th Ed. (2020)

<https://www.epicentro.iss.it/rosolia/>

<https://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioSchedeMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=11&area=Malattie%20infettive&menu=indiceAZ&tab=4>

Salmonellosi

American Academy of Pediatrics. Red Book, 2018-2021

<https://www.epicentro.iss.it/salmonella/>

<https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2020/travel-related-infectious-diseases/salmonellosis-nontyphoidal>

[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/salmonella-\(non-typhoidal\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/salmonella-(non-typhoidal))

Scabbia

American Academy of Pediatrics. Red Book, 2018-2021

<https://www.cdc.gov/parasites/scabies>

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/scabies>

<https://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioSchedeMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=210&area=Malattie%20infettive&menu=indiceAZ&tab=1>

Shigellosi

<https://www.cdc.gov/shigella/>

World Health Organization - Guidelines for the control of shigellosis, including epidemics due to Shigella dysenteriae type 1

American Academy of Pediatrics. Red Book, 2018-2021

Circolare n. 4 del 13 marzo 1998 "MISURE DI PROFILASSI PER ESIGENZE DI SANITÀ' PUBBLICA Provvedimenti da adottare nei confronti di soggetti affetti da alcune malattie infettive e nei confronti di loro conviventi o contatti"

Tetano

<https://www.epicentro.iss.it/tetano>

<https://www.cdc.gov/tetanus/>

<https://www.who.int/health-topics/tetanus>

Tossinfezioni alimentari

Red Book 2018-2021, Report of the Committee of Infectious Diseases XXXI Edizione; American Academy of pediatrics.

<https://www.epicentro.iss.it/tossinfezioni/>

https://www.who.int/health-topics/foodborne-diseases#tab=tab_1

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

www.foodsafety.org



Tubercolosi

Red Book 2018-2021, Report of the Committee of Infectious Diseases XXXI Edizione; American Academy of Pediatrics.

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

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

<https://www.who.int/health-topics/tuberculosis>

<https://www.epicentro.iss.it/tubercolosi/>

Trichinellosi

<https://www.cdc.gov/parasites/trichinellosis>

Foodborne parasitic infections: Trichinellosis (FAO and WHO 2020)

<https://www.epicentro.iss.it/trichinella/>

Varicella

<https://www.cdc.gov/chickenpox/about/index.html>

<https://www.who.int/teams/health-product-and-policy-standards/standards-and-specifications/vaccine-standardization/varicella>

<https://www.epicentro.iss.it/varicella/>

Yersiniosi

<https://www.izsvenezie.it/temi/malattie-patogeni/yersiniosi/>

<https://www.ecdc.europa.eu/en/yersiniosis>

European Centre for Disease Prevention and Control. Yersiniosis. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2019. Stockholm: ECDC; 2021.

American Academy of Pediatrics. Red Book, 2018-2021

West-Nile

Encyclopedia of Virology (4th Ed.) - Academic Press

Mosquitoes of the World – JH University Press (2021)

American Academy of Pediatrics. Red Book, 2018-2021

salute.gov.it - Argomenti - Malattie Infettive A-Z/West Nile virus (infezione da)

Piano nazionale di prevenzione, sorveglianza e risposta alle Arbovirosi (PNA) 2020-2025.

DM 2 novembre 2015 “Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti” Allegato III

<https://www.salute.gov.it/portale/sanitaAnimale/dettaglioContenutiSanitaAnimale.jsp?lingua=italiano&id=214&tab=1>

<https://www.epicentro.iss.it/westnile/>

<https://www.cdc.gov/westnile/>

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/west-nile-virus>

Zika virus

WHO guidelines for the prevention of sexual transmission of Zika virus – 2020

Encyclopedia of Virology (4th Ed) – Academic Press

salute.gov.it Argomenti - Malattie infettive A-Z / Zika

American Academy of Pediatrics. Red Book, 2018-2021

Circolare del Ministero della Salute 14502 del 17/05/2019 “Virus Zika: aggiornamento sulla situazione epidemiologica internazionale e sulle misure di prevenzione della trasmissione per via sessuale”

<https://www.cdc.gov/zika/hc-providers/clinical-guidance/sexualtransmission.html>

https://www.centronazionalesangue.it/wp-content/uploads/2017/09/Prot.-n.-2547.CNS_2019_Aggiornamento-misure-di-prevenzione-ZIKAV-e-segnalazione-caso-autoctono-confermato-nel-Dipartimento-del-Var-Francia.pdf



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 385 di 392

<https://www.ecdc.europa.eu/en/zika-virus-infection/facts/factsheet>
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/zika-virus>



RIFERIMENTI NORMATIVI**RIFERIMENTI NORMATIVI GENERALI (malattie infettive)**

- R. D. n. 1265 del 27/07/1934 T.U.LL.SS. art.253-263 *“Provvedimenti contro le malattie infettive e sociali”*
- Decisione della Commissione del 19.03.02 – Gazzetta Ufficiale delle Comunità Europee- *“Definizione dei casi della dichiarazione delle malattie trasmissibili alla rete di sorveglianza Comunitaria ...”*
- Decisione della Commissione del 17.07.03 – Gazzetta Ufficiale delle Comunità Europee *“Modifica decisione n.2119/98/CE, n.2000/96/CE, n.2002/253/CE”*
- Decisione della Commissione del 28.04.08 – Gazzetta Ufficiale delle Comunità Europee recante modifica della decisione n.2002/253/CE che stabilisce la definizione dei casi della dichiarazione delle malattie trasmissibili alla rete di sorveglianza comunitaria ...”
- Circ. Min. Sanità n.° 4 del 13/03/98: *“Misure di profilassi per esigenze di sanità pubblica. Provvedimenti da adottare nei confronti di soggetti affetti da alcune malattie infettive e nei confronti dei loro conviventi e contatti”*
- Nota Reg. Veneto n.° 5443/20313 del 09/04/98- *“Protocollo di intervento per il controllo delle malattie infettive nella scuola elementare, media e superiore”*
- Circ. Min. Sanità n.° 6 del 20/04/00 *“Soggiorni di vacanza per minori: misure sanitarie per l'ammissione”*
- Nota regione Veneto n.° 6793/5003 del 09.05.2001 *“Soggiorni di vacanza per minori: requisiti sanitari per l'ammissione di minori ed adulti e aggiornamento della modulistica”*
- Decreto Min. Sanità 15/12/90 *“Sistema informativo delle malattie infettive e diffuse”*
- Circ. Min. Sanità n. 36 del 17/12/90 *“Decreto ministeriale 15/12/90 concernente sistema informativo delle malattie infettive”*
- D.P.R. n. 320 del 08/02/54 Regolamento di Polizia Veterinaria. Cap. II *“Malattie infettive e diffuse degli animali soggette a provvedimenti sanitari”*
- Nota Reg. Veneto prot. n. 28739/20313 del 08/10/91 *“Sistema informativo delle malattie infettive e diffuse”*
- Nota regione Veneto 826852/50.03.50 del 06.12.2005. *“Avvio nuovo flusso di sorveglianza con sistema SIMIWEB”*
- Nota Reg. Veneto prot. n. 848647/50.03.50 del 30/12/04 *“Invio nuova scheda segnalazione caso di malattia infettiva”*
- Nota Reg. Veneto prot. n. 28690/20313 del 05/07/93 *“Istituzione flussi informativi speciali: tubercolosi, malaria, meningite meningococcica e epatiti virali acute”*
- Nota Reg. Veneto prot. n. 08442/20313 del 03/06/97 *“Sorveglianza malattie infettive. Modelli flusso speciale malaria e meningite”*
- Nota Reg. Veneto prot. n. 366367 del 08/08/2012 *“Sorveglianza delle malattie batteriche invasive. Invio nuova scheda di sorveglianza”*
- Nota Reg. Veneto prot. n. 500395 del 24.11.2014 *“Sorveglianza delle malattie batteriche invasive*
Trasmissione nuovo protocollo MIB e scheda di segnalazione”
- Nota Reg. Veneto prot. n. 09147/20313 del 16/06/97 *“Sorveglianza della tubercolosi: modifica del flusso informativo e della scheda di notifica”*
- Decreto Ministeriale 29/07/1998 G.U. n.200 del 28/02/98 *“Modificazione della scheda di notifica di caso di tubercolosi e micobatteriosi non tubercolare”*
- Comunicazione ISS del 04/10/10 *“Questionario SEIEVA – ver. 9-2010”*
- Comunicazione Reg. Veneto del 04/06/2014: *trasmissione nuova scheda SEIEVA vers. nov.2013*
- Nota Reg. Veneto prot. n. 139474/50.03.50 del 12/03/10 *“Corretta procedura di notifica dei foco- lai epidemici di tubercolosi e notifica delle malattie infettive”*
- Nota Reg. Veneto prot. n. 200935/50.03.50 del 10/04/09 *“Corretta procedura di notifica delle malattie infettive - integrazione”*
- *“Manuale per la prevenzione delle malattie infettive nelle comunità infantili e scolastiche”* anno 2010
www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Prevenzione/Malattie+Infettive/
- *“Malattie infettive: sorveglianze speciali”* anno 2010
www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Prevenzione/Malattie+Infettive/



RIFERIMENTI NORMATIVI, DISPOSIZIONI, LINEE GUIDA EMANATE PER SINGOLE PATOLOGIE IN ORDINE ALFABETICO**A.I.D.S.**

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

BOTULISMO

- Nota Reg. Veneto di trasmissione Circ. Min., n. 349275 del 14/08/2017, "Botulismo e sicurezza alimentare: indirizzi operativi"
- Circ. Min. della Salute n. 28167 del 06/07/2017, "Botulismo e sicurezza alimentare: indirizzi operativi"
- Circ. Min. della Salute n. 21834-P del 12/10/2012, "Sorveglianza, prevenzione e misure di controllo del botulismo"

COLERA

- Nota Reg. Veneto n. 408770/50.03.50 del 03/06/2005, "Nuovo vaccino anticolerico"
- Circ. Min. Sanità prot. n. 400.2/113.2/60/59/3934 del 17/09/94, "Linee guida per la prevenzione del colera"

CREUTZFELDT-JAKOB (MALATTIA DI)

- Nota Min. della Salute del 27.08.2002, "Malattia di Creutzfeldt-Jakob, chiarimenti in merito all'applicazione delle linee guida per l'assistenza ai pazienti e il controllo delle infezioni ospedaliere"
- Decreto Min. della Salute del 21.12.2001, "Sorveglianza obbligatoria della malattia di Creutzfeldt-Jakob"

DIFTERITE

- Circ. Min. Sanità n. 6 del 19/03/97, "Difterite: misure di profilassi, cenni di terapia"

EPATITE A

- Circ. Min. della Salute prot. n. 23039 del 26/07/2017 Aggiornamento delle raccomandazioni di prevenzione e immunoprofilassi in relazione alla epidemia di Epatite A.
- Circ. Min. della Salute prot. n. 32982 del 16/12/2014, "Sorveglianza dell'epatite A in Italia"
- Circ. Min. della Salute DGISAN 50498-P- del 16/12/2013, "Epatite A e consumo sicuro di frutti di bosco. Richiesta diffusione locandina informativa"
- Circ. Min. della Salute prot. n. 11949 del 23/05/2013, "Individuazione di casi di epatite A in Italia"

FEBBRI EMORRAGICHE VIRALI

- Nota Reg. Veneto prot. n.° 200123 del 03.05.2022 Trasmissione Circolare del Ministero della Salute prot. n. 23638 del 30.04.22 "Epidemia da malattia da virus Ebola (MVE) in Repubblica Democratica del Congo – Riattivazione della sorveglianza sanitaria nei confronti di personale di organizzazioni governative e non governative e cooperanti impiegati nei Paesi affetti"
- Circ. Min. della Salute prot. n. 23638 del 30.04.2022 "Epidemia da malattia da virus Ebola (MVE) in Repubblica Democratica del Congo – Riattivazione della sorveglianza sanitaria nei confronti di personale di organizzazioni governative e non governative e cooperanti impiegati nei Paesi affetti"
- Nota Reg. Veneto prot. n.° 77164 del 18.02.2022 Trasmissione Circolare del Ministero della Salute prot. n. 11215 del 11.02.22 "Epidemia da malattia da virus Ebola (MVE) in Repubblica Democratica del Congo – Interruzione della sorveglianza sanitaria nei confronti di personale di organizzazioni governative e non governative e cooperanti impiegati nella Repubblica Democratica del Congo"



- Circ. Min. della Salute prot. n. 11215 del 11.02.22 "Epidemia da malattia da virus Ebola (MVE) in Repubblica Democratica del Congo – Interruzione della sorveglianza sanitaria nei confronti di personale di organizzazioni governative e non governative e cooperanti impiegati nella Repubblica Democratica del Congo"
- Circ. Min. della Salute prot. n. 7565 del 13.02.2015 "Malattia da virus Ebola in Africa occidentale (MVE). Sorveglianza sanitaria nei confronti di personale e organizzazioni non governative e coopera"
- Nota Reg. Veneto prot. n.° 527174 del 09.12.2014 "Trasmissione documento di indirizzo regionale Malattia da virus Ebola"
- Nota Reg. Veneto prot. n. 485725 del 14.11.2014 "Nota di integrazione Protocollo malattia da virus Ebola del 06.11.2014"
- Nota Reg. Veneto prot. n.° 472711 del 07.11.2014 "Trasmissione procedura regionale malattia da virus Ebola del 06.11.2014"
- Circ. Min. della Salute n. 26708 del 06/10/2014, "Aggiornamento eds errata corregge nota circolare n. 26377 del 01/10/14 Malattia da virus Ebola – Protocollo centrale per la gestione dei casi e dei contatti sul territorio nazionale."
- Circ. Min. della Salute n. 26377 del 01/10/2014, "Malattia da virus Ebola (MVE) - Protocollo centrale per la gestione dei casi e dei contatti sul territorio nazionale"
- Circ. Ministero della Salute n. 22841 del 13/08/2014, "Segnalazione e gestione di eventuali casi sospetti di Malattia da Virus Ebola (MVE)"
- Nota Reg. Veneto n. 365516 del 01/06/2014, "Invio protocollo regionale malattia da virus ebola"
- Nota Reg. Veneto n. 172648 del 17/04/2014, Invio circolare DGPREV9671-04/04/2014- Ma- Malattia virus Ebola (EVD) in Africa occidentale. Misure di sorveglianza ai punti di ingresso internazionali in Italia e documento di sintesi
- Circ. Min. della Salute n. 24349 del 16/10/2006, "Febbri emorragiche virali. Raccomandazioni e indicazioni per il trasporto"
- Circ. Min. della Salute n. 100/673/01/4266 del 26/05/1995, "Aggiornamento linee-guida per la gestione dei soggetti con sospetta febbre emorragica da virus Ebola"
- Circ. Min. della Salute n. 400.2/113.2.74/2808 del 11/05/1995, "Febbri emorragiche virali (Ebola, Marburg, Lassa). Linee guida per la prevenzione ed il controllo"

INFLUENZA

- Circolari e disposizioni annuali.
- Circ. Min. della Salute n. 11313 del 16/05/2013, "Infezione da virus influenzale A (H7N9) nell'uomo"
- Nota Reg. Veneto prot. n. 210473 del 17/05/2013 "Invio circolari ministeriali: Infezione da nuovo coronavirus e infezione da virus influenzale A (H7N9) nell'uomo"
- Nota Reg. Veneto n. 431238/50.03.50 del 31/07/2009, "Protocollo per la gestione della sindrome influenzale del nuovo virus del tipo A/H1N1 versione 6."
- Circ. Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali n.34102 del 27/07/2009 "Aggiornamento delle indicazioni relative alla prevenzione, sorveglianza e controllo della nuova influenza da virus influenzale A(H1N1).
- Nota Reg. Veneto N. 408974/50.03.50 del 23/07/2009, "Influenza da nuovo virus A/H1N1.
- Nota Reg. Veneto prot. 395229/50.03.50 del 17.07.2009 "Indicazioni antivirali nuovo virus del tipo A/H1N1."
- Circ. Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali n.25263P del 01/06/2009 "Rafforzamento delle attività di sorveglianza e raccolta dati su casi confermati da nuovo virus del tipo A/H1N1."
- Circ. Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali n. 23277P del 20/05/2009 "Sindrome influenzale da nuovo virus tipo A/H1N1 - Aggiornamento al 20/05/2009."
- Direttiva ministeriale n. 45 del 05.05.2009
- Ministero del Lavoro, della salute e delle politiche sociali Ordinanza 04.05.2009 Ministero dell'istruzione, dell'Università e della Ricerca
- D.G.R. n. 323 del 13/02/2007, "Piano regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale"
- Nota Reg. Veneto n. 444015/50.03.50 del 25/07/2006, "Linee guida per la gestione di un focolaio di influenza aviaria"
- Nota Reg. Veneto n. 21967/50.03.50 del 12/01/2006, "Protocollo per la gestione di un focolaio di influenza aviaria"



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 389 di 392

- Nota Reg. Veneto n. 47692/50.03.50 del 09/10/2003, "Vaccinazione contro l'influenza nelle persone sane. Vaccinazione contro l'influenza e SARS"

LEBBRA

- Conferenza Stato Regioni GU n.176 del 29-7-1999 "Linee guida per il controllo del morbo di Hansen in Italia"

LEGIONELLOSI

- Nota Reg. Veneto n. 437571 del 29/10/2015, "Trasmissione DGRV n.1250 del 28.09.2015 recepimento Linee guida per la prevenzione e il controllo della Legionellosi 2015".
- Nota Min. della Salute n. 31301 del 18/12/2006, "Azioni di monitoraggio igienico- sanitario ed ambientale per la ricerca di Legionella pneumophila".
- Nota Reg. Veneto n. 272449/50.03.50 del 03/05/06, "Invio nota ISS del 20 aprile 2006"
- G.U. n. 28 del 04/02/05 "Linee guida recanti indicazioni sulla legionellosi per i gestori delle strutture turistico-ricettive e termali"
- Circ. Min. Sanità n. 400.3/9/380 del 06/03/00 "Linee guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi"

LEPTOSPIROSI

- Circ. Min. Sanità prot. n. 400.2/2.5/2739 del 10/06/96, "Sorveglianza delle leptospirosi umane"

LISTERIOSI

- Circ. Min. Salute n. 10053 del 29/03/2017, Rettifica alla nota circolare "Sorveglianza e prevenzione della Listeriosi"
- Circ. Min. Salute n. 8252 del 13/03/2017, Nota circolare "Sorveglianza e prevenzione della Listeriosi"
- Nota Reg. Veneto prot. n. 42119/20311 del 22/09/93 "Notifica Listeriosi - D.M. 15/12/90"

MALARIA

- Circ. Min. della Salute n. 36391 del 27/12/2016, "Prevenzione e controllo della malaria in Italia"
- Nota Reg. Veneto prot. n. 00646/20313 del 19/01/1998 "Linee guida per la prevenzione e il controllo della malaria. Trasmissione circolare ministeriale"
- Circ. Min. della Salute n. 14 del 11/11/1997, "Linee guida per la prevenzione ed il controllo della malaria"

MALATTIE INVASIVE DA HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B, DA STREPTOCOCCO PNEUMONIAE E DA NEISSERIA MENINGITIDIS

- Nota Reg. Veneto di trasmissione Circ. Min., n. 259935 del 30/06/2017, Trasmissione Circolare "Prevenzione e controllo delle malattie batteriche invasive prevenibili con vaccinazione"
- Circ. Min. della Salute, n. 14381 del 09/05/2017, "Prevenzione e controllo delle malattie batteriche invasive prevenibili con vaccinazione"
- Nota Reg. Veneto di trasmissione Circ. Min., n. 93438 del 08/03/2016, Trasmissione Circolare Ministeriale prot. n. 5783 del 1.03.2016 "Malattia invasiva da meningococco C in Toscana - Potenziamento della segnalazione di casi e indicazioni per chi si reca in Toscana"
- Nota Reg. Veneto prot. n. 7462/20313 del 02/10/95 "Misure di sanità pubblica per la prevenzione dei casi secondari di malattie invasive da Haemophilus influenzae tipo "b" e da Neisseria meningitidis"

MERS –COV

- Nota Reg. Veneto n. 210473 del 17/05/2013, "Invio circolari ministeriali: Infezione da nuovo coronavirus e infezione da virus influenzale A (H7N9) nell'uomo"
- Circ. Min. Sanità n. 11311 del 16/05/2013, "Infezione da nuovo coronavirus"



MORBILLO-PAROTITE-ROSOLIA

- Circ. Min della Salute del 12/11/2018 prot. N. 0033189 "Aggiornamento del sistema di sorveglianza integrata del morbillo e della rosolia, per il rafforzamento degli obiettivi di eliminazione"
- Nota Reg. Veneto n. 343294 del 12/08/2013, Invio circolare "Sorveglianza della rosolia congenita a dell'infezione da virus della rosolia in gravidanza alla luce del nuovo Piano Nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015"
- Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) 2010- 2015"
- Nota Reg. Veneto n. 622452/50.03.50 del 26/11/10, "Aggiornamento epidemiologico del morbillo nella Regione Veneto, 26 novembre 2010. Nuove disposizioni per invio campioni di materiale biologico"
- Circ. Min della Salute del 20/04/2007, "Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita: istituzione di un sistema di sorveglianza speciale per il morbillo"

PESTE

- Circ. Min. Sanità prot. n. 400.2/113.2.70/4210 del 28/09/94, "Linee guida per la prevenzione ed il controllo della peste"

POLIOMIELITE

- Circ. Min. Salute prot. n.30756 del 20.09.2014 "*Diffusione internazionale di poliovirus selvaggi: aggiornamento delle raccomandazioni OMS*"
- Circ. Min. Salute prot. n. 12942 del 9.05.2014 "*Aggiornamento delle raccomandazioni di immuno-profilassi in relazione alla protratta emergenza immigrati dall'Africa settentrionale ed al rischio di re-introduzione di poliovirus in Italia*"
- Circ. Min. della Salute DGPRES 25801 del 19/11/2013, "*Aggiornamento sullo stato delle paralisi flaccide acute e del contenimento di laboratorio dei poliovirus selvaggi in Italia. Anni 2008-2012*" 28 e 29/04/2014 Dichiarazione dell'OMS sulla riunione del comitato di emergenza regolamento sanitario internazionale riguardante la diffusione di poliovirus selvaggio
- Circ. Min. Sanità n. 400.2/28/911 del 07/02/1995, "*Sorveglianza della paralisi flaccida acuta*"
- Nota Reg. Veneto n.3988/50.03.50 del 28/01/2003 "*Sorveglianza delle paralisi flaccide acute*" Circ. Min. Sanità prot. n.° 400.3/28/1374 del 18/03/03 "*Attività per l'eradicazione della poliomielite: stato della sorveglianza della paralisi flaccida acuta (APF) e del contenimento di laboratorio dei poliovirus selvaggi in Italia*"
- Circ. Min. Sanità n. 400.3/28/352 del 26/01/1998, "*Sorveglianza della paralisi flaccida acuta (APF) ai fini della certificazione dell'eradicazione della poliomielite*"

RABBIA

- Nota Reg. Veneto n. 715668/50.03.50 del 23/12/2009, "Piano di vaccinazione delle volpi: implicazioni di sanità pubblica"
- Nota Reg. Veneto n. 680038/50.03.50 del 03/12/2009, "Vaccinazione antirabbica delle categorie a rischio"
- Nota Reg. Veneto n.662705/50.03.50 del 26/11/2009, "Casi di rabbia silvestre nella provincia di Belluno: rafforzamento delle misure di prevenzione"
- Circ. Min. Sanità n. 36 del 10/09/93, "Trattamento antirabbico pre e post-esposizione"

ROSOLIA E ROSOLIA IN GRAVIDANZA E SINDROME/INFEZIONE DA ROSOLIA CONGENITA

- Nota Reg. Veneto n. 343284 del 12/08/2013, Invio circolare "Sorveglianza della rosolia congenita e dell'infezione da virus della rosolia in gravidanza alla luce del nuovo Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita 2010-2015"
- Circ. Min. della Salute n. 16471 del 17/07/2013, "Sorveglianza della rosolia congenita e dell'infezione da virus della rosolia in gravidanza alla luce del nuovo Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita 2010-2015"
- C.M. esplicativa n. 2 del 5/08/2005, "Notifica obbligatoria della infezione da rosolia in gravidanza e della sindrome/infezione da rosolia congenita", fornisce le informazioni cliniche, epidemiologiche e di laboratorio a supporto del D.M. sopraccitato



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 391 di 392

- D.M. del 14/10/2004, "Sorveglianza nazionale della sindrome/infezione della rosolia in gravidanza e della rosolia congenita"

SALMONELLOSI DA S. ENTERITIDIS

- Circ. Min. Sanità prot. n. 2426/EB/12 del 24/01/92 "Provvedimenti urgenti per la notifica e il contenimento di epidemie da salmonella enteritidis"

SCABBIA

- Delibera Reg. Veneto n. 877 del 11/03/97, "Linee guida per il controllo della scabbia nella Regione Veneto"

TETANO

- DGR n. 2150 del 13/12/11 "Misure di profilassi in materia di tetano"
- Nota Reg. Veneto prot. n. 421178/05.02.00 del 13/09/11 "Tetano: misure di profilassi"
- Circ. Min. Sanità n. 16 del 11/11/96 "Tetano: misure di profilassi"

TOSSINFEZIONI ALIMENTARI

- D. Lgs. n.191 del 04/04/2006, "Attuazione della direttiva 2003/99/CE sulle misure di sorveglianza delle zoonosi e degli agenti zoonotici"

TUBERCOLOSI

- Nota Reg. Veneto n. 464328 del 04/11/2014, "Approvazione delle linee guida regionali Prevenzione e sorveglianza della tubercolosi negli operatori sanitari. Aggiornamento e parziale modifica delle Linee guida approvate con DGR 2053 del 30.07.2007 e integrate con DGR 602 del 07.08.2007. Trasmissione DGR 1875 del 14.10.2014"
- Min. della Salute, Raccomandazione 21/05/2010 "Aggiornamento delle raccomandazioni per le attività di controllo della tubercolosi – politiche efficaci a contrastare la tubercolosi nella popolazione immigrata"
- DGR n. 2602 del 07/08/2007, "Nuove linee guida per il controllo della TBC nella Regione Veneto e costituzione del comitato strategico per la lotta alla TBC. Approvazione allegati ed integrazione" Ministero della Salute Guida 31 dicembre 2009 "Aggiornamento delle raccomandazioni per le attività di controllo della tubercolosi - gestione dei contatti e della tubercolosi in ambito assistenziale"
- DGR n. 2025 del 03/07/2007, "Nuove linee guida per il controllo della TBC nella Regione Veneto e costituzione del comitato strategico per la lotta alla TBC."
- Deliberazione Ulss n.1 n. 977 del 31/08/2005, "Istituzione del Dispensario funzionale per il controllo della tubercolosi. D. Lgs.31/03/1998 n.112, art.115."
- DGR n. 4290 del 29/12/2004, "Istituzione del dispensario funzionale per il controllo della tubercolosi. Decreto Legislativo 31.03.1998 n.112, art 115."
- Min. Sanità G.U. n.°40 del 18/02/1999, "Linee guida per il controllo della malattia tubercolare"
- Nota Reg. Veneto n. 8934/20313 del 10/06/1998 "Programma nazionale di controllo della tubercolosi. Il monitoraggio degli esiti del trattamento"
- Del. Reg. Veneto n. 2824 del 05/08/1997, "Linee guida per la organizzazione dei laboratori per la diagnostica dei micobatteri"
- Nota Reg. Veneto n. 6447/20313 del 30/04/1997, "Sorveglianza della tubercolosi"
- Circ. Reg. Veneto n. 36 del 01/12/1994, "Attività di screening per il controllo della Tubercolosi"

VARICELLA

- Circ. Min. Sanità prot. n. 12/20/1142 del 10/03/92 "Indicazioni della vaccinazione antivariella in categorie di soggetti a rischio"

PREVENZIONE MALATTIE TRASMESSE DA VETTORI

- ISS Rapporti ISTISAN 09/11, "Linee guida per il controllo di culicidi potenziali vettori di arbovirus in Italia"
- Ordinanza 18/12/2008, "Norme sul divieto di utilizzo e di detenzione di esche o bocconi avvelenati" Atto d'intesa tra comuni della Conferenza dei Sindaci e l'ULSS n.1 (SISP) per la lotta agli insetti molesti (zanzare e mosche) e ai ratti nel territorio dell'ULSS n.1 (DGR 324 del 14/02/2006)



ALLEGATO G DGR n. 766 del 29 giugno 2022

pag. 392 di 392

- DGR n. 342 del 14/02/2006, "Linee guida per l'organizzazione e la gestione delle attività di disinfezione e disinfestazione da ratti e zanzare"

WEST NILE DISEASE

- Circ. Min. della Salute del 17/08/2010, "Sorveglianza della malattia di West Nile in Italia – 2010: nota esplicativa alla circolare"
- Circ. Min. della Salute del 21/07/2010, "Sorveglianza della malattia di West Nile in Italia – 2010"
- Nota Coordinamento regionale per le attività trasfusionali prot. n. 463/2010/V del 07/06/10 "Azioni per la sicurezza trasfusionale: misure di prevenzione dell'infezione da W.N."
- DGR n. 3677 del 25/11/2008, "Piano regionale di sorveglianza di West Nile Disease (WND). Approvazione"

MALATTIE TRASMESSE DA VETTORI

- Circolare Ministeriale 08 giugno 2018 , n. 17500 Piano Nazionale di sorveglianza e risposta all'encefalite virale da zecche e altre arbovirus e hantavirus non sottoposti a specifici piani di sorveglianza e risposta - 2018
- Nota Reg. Veneto prot. n. 269376 del 30/06/2015 "Piano di sorveglianza delle malattie trasmesse da vettori anno 2015"
- Nota Reg. Veneto prot. n. 276936 del 27/06/2014: Piano sorveglianza malattie trasmesse da vettori – anno 2014
- Nota Reg. Veneto n. 273038 del 26/06/2013, "Sorveglianza malattie trasmesse da vettori – Circolare ministeriale "Sorveglianza dei casi umani delle malattie trasmesse da vettori con particolare riferimento alla Chikungunya, Dengue e West Nile Disease – 2012" – Linee operative per la sorveglianza delle febbri estive in Regione Veneto, anno 2013"
- Nota Reg. Veneto prot. n.130136 del 26/03/2013, "Strategia operativa per il controllo delle malattie trasmesse da vettori"
- Nota Reg. Veneto n. 377775 del 08/08/2011, "Sorveglianza malattie trasmesse da vettori – Circolare ministeriale "Sorveglianza dei casi umani delle malattie trasmesse da vettori con particolare riferimento alla Chikungunya, Dengue e West Nile Disease – 2012" – Linee operative per la sorveglianza delle febbri estive in Regione Veneto, anno 2012"
- Nota Reg. Veneto n. 377775 del 08/08/2011, "Sorveglianza e lotta al vettore chikungunya, dengue e west nile"
- Nota Reg. Veneto n. 316274/05.02.00 del 01/07/2011, "Sorveglianza malattie trasmesse da vettori – Circolare ministeriale "Sorveglianza dei casi umani delle malattie trasmesse da vettori con particolare riferimento alla Chikungunya, Dengue e West Nile Disease – 2011" – Protocollo di sorveglianza delle febbri estive, anni 2011-2012"
- Nota Reg. Veneto n. 406234/50.03.50 del 27/07/2010, "Rafforzamento sorveglianza malattie trasmesse da vettori – West-Nile e Chikungunya"
- Nota Reg. Veneto n. 406733/50.03.50 del 22/07/2009, "Rafforzamento sorveglianza malattie trasmesse da vettori – West-Nile e Chikungunya"
- Piano Regionale per la lotta alla zanzara tigre e per la prevenzione delle malattie trasmesse dal vettore anno 2008
- Nota Reg. Veneto n.498961/50.03.50 del 11/09/2007, "Febbre da virus Chikungunya"
- Circ. Min. della Salute del 04/08/2006, "Sorveglianza chikungunya o dengue"
- Piano Nazionale di prevenzione e controllo delle arbovirus 2020-2025
- D.g.r 891 del 30/06/2021 "Approvazione delle Linee operative per la sorveglianza delle arbovirus nella regione del Veneto anno 2021"

ZECHE

- Circ. Min. Sanità n. 10 del 13/07/2000, "Malattie trasmesse da zecche: cenni di epidemiologia - misure di prevenzione"

