

The background of the slide is a light gray gradient with several realistic water droplets of various sizes scattered across it. The droplets have highlights and shadows, giving them a three-dimensional appearance. The text is centered in the middle of the slide.

# **LA SORVEGLIANZA DELLE MALATTIE INFETTIVE**

LA **SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA** È UN “**ESERCIZIO DI CONTINUO SCRUTINIO E DI VIGILANZA SULLA DISTRIBUZIONE E DIFFUSIONE DELLE INFEZIONI E DEI FATTORI AD ESSE CORRELATI, DI SUFFICIENTE COMPLETEZZA ED ACCURATEZZA DA ESSERE PERTINENTE PER UN CONTROLLO EFFICACE**” (OMS)

E' FONDAMENTALE PER

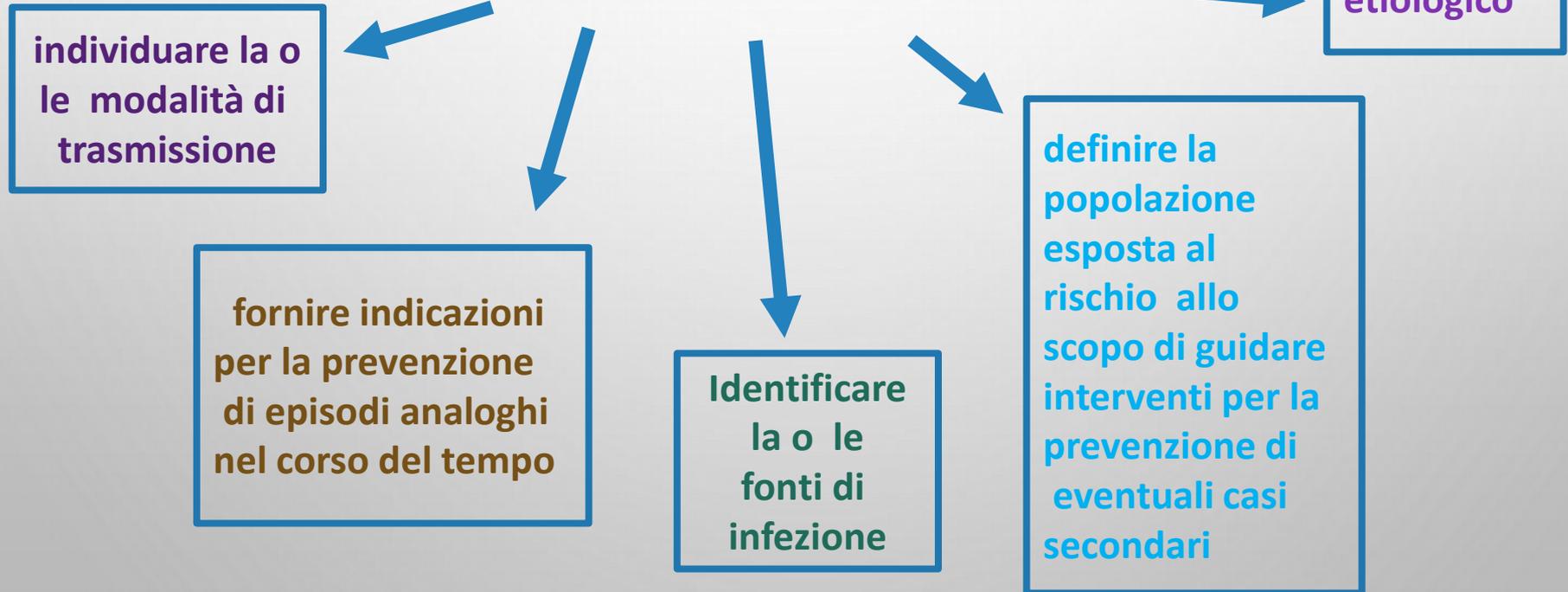
- MONITORARE **L'ANDAMENTO DI UNA MALATTIA NEL TEMPO**, QUANTIFICANDONE L'INCIDENZA
- VALUTARE LA **PRESENZA DI RISCHI E DETERMINANTI** CHE POSSONO CAUSARE LA PATOLOGIA
- INDIVIDUARE **EVENTI SENTINELLA** ED ACCERTARSI DELL'ASSENZA DI CASI DI ALCUNE PATOLOGIE
- ASSICURARE IL **TEMPESTIVO INTERVENTO DEI DIPARTIMENTI DI SANITÀ PUBBLICA** CON AZIONI UTILI DI PREVENZIONE E CONTROLLO.

BENCHE' IN ITALIA LE MALATTIE INFETTIVE NON SIANO PIU' LE CAUSE PRINCIPALI DI MORBOSITÀ E/O MORTALITÀ, QUESTE PATOLOGIE, IN RAGIONE DELLA LORO TRASMISSIBILITÀ, POSSONO DETERMINARE ANCORA IMPORTANTI PROBLEMI SANITARI ED ESSERE MOTIVO DI ALLARME SOCIALE. **RAPPRESENTANO QUINDI UNA PRIORITÀ DI SANITÀ PUBBLICA**

# INCHIESTA EPIDEMIOLOGICA

E' UN'INDAGINE ATTUATA DA *PERSONALE DELL'ASL* (SOLITAMENTE DEL DSP) A SEGUITO DELLA SEGNALAZIONE DI UNO O PIÙ CASI DI MALATTIA INFETTIVA

**HA LO SCOPO DI:**



## L'INCHIESTA EPIDEMIOLOGICA

- VIENE INIZIATA IL PRIMA POSSIBILE
- NELL'AMBITO DELLA SORVEGLIANZA E DEL CONTROLLO DELLE MALATTIE INFETTIVE È UNO DEI COMPITI PIÙ IMPORTANTI DEL DIPARTIMENTO DI SANITÀ PUBBLICA
- PRESUPPONE UN RUOLO ATTIVO DI COORDINAMENTO E GESTIONE DA PARTE DEL DIPARTIMENTO DI SANITÀ PUBBLICA CHE HA FUNZIONE DI COORDINAMENTO E LA RESPONSABILITÀ DEI DEBITI FORMATIVI DI COMPETENZA

# MALATTIE ANALIZZATE

- MALATTIE PREVENIBILI DA VACCINAZIONE
  - Morbillo
  - Meningococco
  - Varicella
  - Influenza
  - Rosolia, Parotite, Tetano, Pertosse
- MALATTIE ORO-FECALI
  - MTA
  - Salmonellosi
- MALATTIE TROPICALI
  - Malaria
  - West Nile
  - Dengue, Amebiasi, Leishmaniosi
- ALTRE MALATTIE DI INTERESSE EPIDEMIOLOGICO
  - TBC
  - Legionellosi
  - HIV/AIDS

# Inchiesta epidemiologica ed interventi di Profilassi

➔ INTERVISTA

➔ RACCOLTA E GESTIONE DEI DATI:

- Vengono raccolti i dati clinici e di laboratorio;
- Compilazione scheda di inchiesta,
- Compilazione scheda di sorveglianza speciale,
- Effettuazione Studio epidemiologico,
- Relazioni e report
- Registrazione dati di attività

➔ PROVVEDIMENTI NEI CONFRONTI DEL MALATO:

- Vengono adottate le misure di prevenzione e controllo della diffusione dell'agente microbico
- Educazione sanitaria

➔ PROVVEDIMENTI NEI CONFRONTI DI CONVIVENTI, CONTATTI E COESPOSTI:

- Individuazione dei contatti e classificazione in tipologie predefinite;
- Proposta attiva di profilassi e/o controlli sanitari;
- Fornitura e supervisione all'assunzione della chemioprofilassi;
- Immunoprofilassi e vaccinoprofilassi;
- Sorveglianza clinica;
- Educazione sanitaria

# REGIO DECRETO 27 LUGLIO 1934, N.1265, ART. 254

## “APPROVAZIONE DEL TESTO UNICO DELLE LEGGI SANITARIE”

IL SANITARIO CHE NELL'ESERCIZIO DELLA SUA PROFESSIONE SIA VENUTO A CONOSCENZA DI UN CASO DI MALATTIA INFETTIVA E DIFFUSIVA O SOSPETTA DI ESSERLO, PERICOLOSA PER LA SALUTE PUBBLICA, DEVE IMMEDIATAMENTE FARNE DENUNZIA AL PODESTÀ E ALL'UFFICIALE SANITARIO COMUNALE E COADIUVARLI, SE OCCORRA, NELLA ESECUZIONE DELLE DISPOSIZIONI EMANATE PER IMPEDIRE LA DIFFUSIONE DELLE MALATTIE STESSE E NELLE CAUTELE IGIENICHE NECESSARIE.

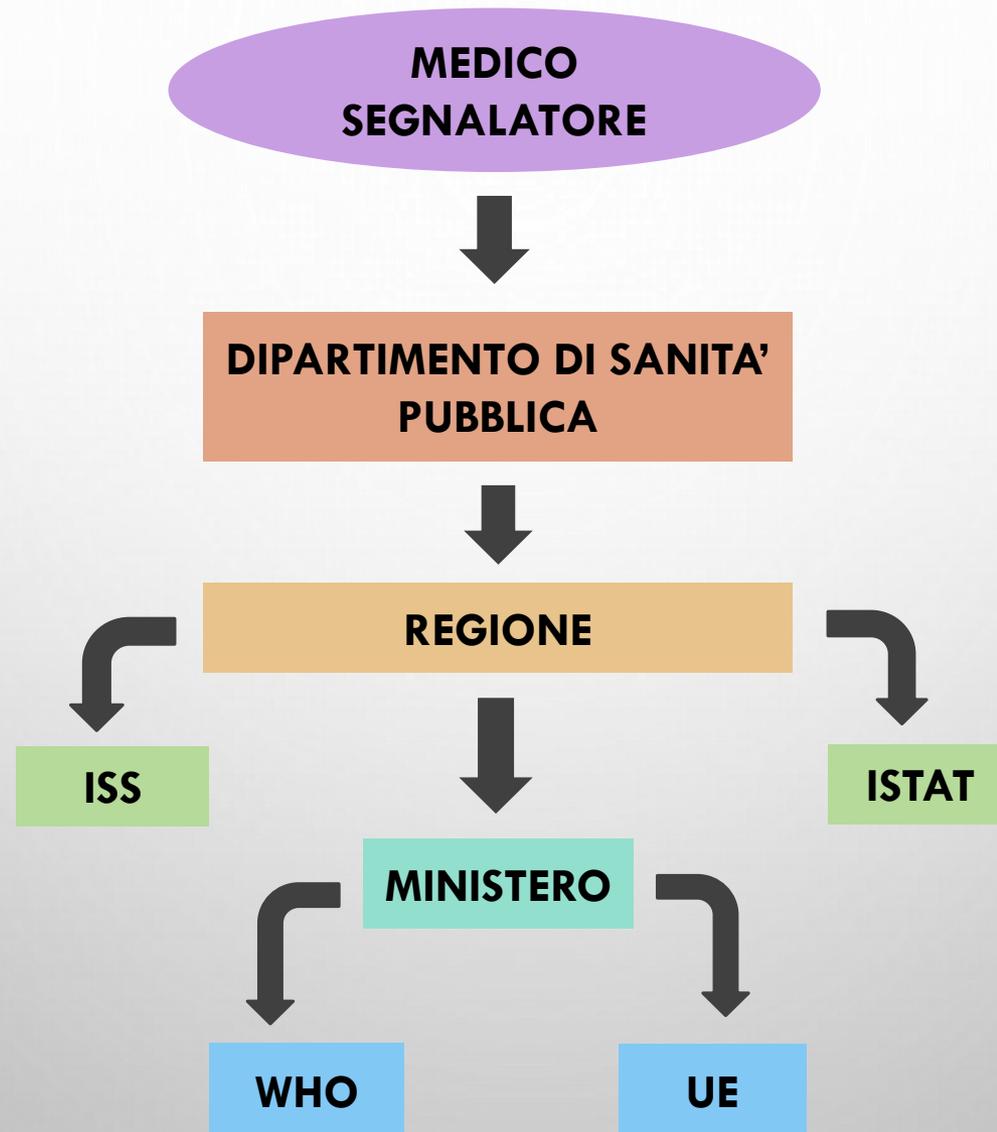
## D.M. 15 DICEMBRE 1990

RIBADISCE L'OBBLIGO DI NOTIFICA DA PARTE DEL MEDICO SECONDO IL REGIO DECRETO, E RIPORTA UN ALLEGATO CON LE MODALITÀ SECONDO LE QUALI LE UNITÀ SANITARIE LOCALI SONO TENUTE A COMUNICARE LE INFORMAZIONI RICEVUTE DAI MEDICI.

## D.M. 29 LUGLIO 1998

VIENE MODIFICATA LA SCHEDA DI NOTIFICA DI TUBERCOLOSI E MICOBATTERIOSI NON TUBERCOLARE

# SEGNALAZIONE DI UNA MALATTIA INFETTIVA



## PRIMA

Malattie per le quali si richiede segnalazione immediata o perché soggette al Regolamento sanitario internazionale o perché rivestono particolare interesse

### **SEGNALAZIONE IN 12 ORE**

Colera, botulismo, febbre gialla, febbre ricorrente epidemica, influenza con isolamento virale, febbri emorragiche virali (febbre di Lassa, Marburg, Ebola), rabbia, peste, tetano, poliomielite, trichinosi, tifo esantematico, difterite

## SECONDA

Malattie rilevanti perché ad elevata frequenza e/o passibili di interventi di controllo

### **SEGNALAZIONE IN 48 ORE**

Blenorragia, brucellosi, diarree infettive non da salmonella, epatite virale A, B, NANB, epatite virale non specificata, febbre tifoide, legionellosi, leishmaniosi cutanea, leishmaniosi viscerale, leptospirosi, listeriosi, meningite ed encefalite acuta virale, meningite meningococcica, morbillo, parotite, pertosse, rickettsiosi diversa da tifo esantematico, rosolia, salmonellosi non tifoidee, scarlattina, sifilide, tularemia, varicella

## TERZA

Malattie per le quali sono richieste particolari documentazioni

### **SEGNALAZIONE IN 48 ORE**

AIDS - HIV, lebbra, malaria, micobatteriosi non tubercolare, tubercolosi

## QUARTA

Malattie per le quali alla segnalazione del singolo caso da parte del medico deve seguire la segnalazione dell'unità sanitaria locale solo quando si verificano focolai epidemici

### **SEGNALAZIONE IN 24 ORE**

dermatofitosi (tigna), infezioni, tossinfezioni ed infestazioni di origine alimentare, pediculosi, scabbia

## QUINTA

Malattie infettive e diffuse notificate all'unità sanitaria locale e non comprese nelle classi precedenti, zoonosi indicate dal regolamento di polizia veterinaria di cui al decreto del Presidente della Repubblica 8 febbraio 1954, n. 320, e non precedentemente menzionato

*Le notifiche di classe V vengono comunicate annualmente, in un riepilogo, al Ministero. Solo quando assumano le caratteristiche di focolaio epidemico, devono essere segnalate con le modalità previste per la Classe IV.*

# IL SISTEMA DI SEGNALAZIONE RAPIDA

Con la *Delibera della Giunta Regionale* n° 186 del 7 febbraio 2005 e la successiva determina n° 1925 del 16 febbraio 2006

E' stato approvato un documento che disciplina il Sistema di Segnalazione Rapida di eventi epidemici ed eventi sentinella nelle strutture sanitarie e nella popolazione generale

Integra ciò che è previsto dalla normativa nazionale D.M. 15 dicembre 1990 e D.M. 29 luglio 1998

**Questo sistema è stato concepito con l'obiettivo di:**

Individuare eventi che richiedono un'accurata indagine ed un intervento tempestivo per bloccarne la diffusione e coordinati;

Fornire supporto tecnico da parte delle strutture regionali alle aziende sanitarie, ove opportuno, per l'indagine, la valutazione dei rischi, il controllo dell'episodio infettivo e l'informazione e presa in carico dei soggetti esposti.

Registrare, seguire e analizzare l'evoluzione degli eventi infettivi in modo da adottare tempestivamente misure di controllo a livello regionale.

- Dispone l'adozione di una nuova scheda di “**Segnalazione di caso di malattia infettiva**”, da utilizzare per comunicare al servizio competente di ciascuna azienda sanitaria il manifestarsi di una qualsiasi malattia infettiva e diffusiva o sospetta di esserlo;
- Definisce i **Tempi di segnalazione** delle malattie infettive a **livello locale**, individuando le malattie per le quali è necessario un intervento tempestivo nelle singole aziende sanitarie;
- Definisce i **Tempi di segnalazione** rapida a **livello regionale**, per l'adozione di interventi a livello sovra aziendale, degli specifici eventi di seguito elencati:
  - a) singoli casi di malattie infettive che richiedono interventi tempestivi;
  - b) isolamento di microrganismi con profilo di resistenza anomalo;
  - c) epidemie di malattie infettive in particolari collettività in ambito territoriale;
  - d) epidemie e cluster epidemici di infezioni acquisite nel corso dell'assistenza sanitaria o socio- sanitaria,(quali epidemie di infezioni da stafilococco meticillina-resistente o di infezioni da enterococco resistente ai glicopeptidi, epidemie di infezioni da batteri gram-negativi, epidemie di legionellosi, aspergillosi, epatite virale, tubercolosi, etc.)

# Sono coinvolti

I medici curanti, i laboratori di microbiologia ed, in generale, **tutti coloro che vengono a conoscenza di una malattia infettiva e diffusiva o sospetta di esserlo, che sono tenuti a segnalare** tale evento ai servizi preposti di ciascuna azienda sanitaria;

**Le direzioni sanitarie delle aziende sanitarie, attraverso i servizi a ciò deputati** (dipartimenti di sanità pubblica, presidi ospedalieri, comitati per il controllo delle infezioni correlate a pratiche assistenziali), che sono tenute alla verifica delle informazioni pervenute e integrazione dei dati mancanti, attuazione degli interventi di profilassi e controllo, trasmissione delle informazioni ai livelli regionali e, ove opportuno, nazionali;

La **regione con la direzione generale sanità e politiche sociali e l'agenzia sanitaria regionale**, con funzioni sia di supporto tecnico per le indagini e il controllo delle malattie infettive, sia per disporre eventuali provvedimenti di controllo a livello sovra-aziendale.

# Eventi Oggetto di Segnalazione Rapida

***Infezioni che per le loro caratteristiche configurano un'emergenza infettiva*** (malattie di classe I e infezioni emergenti o correlate a bioterrorismo; malattie infettive «nuove» cioè precedentemente non verificatesi in regione, ad es. Chikungunya)

***Casi singoli di malattie infettive che si presentano in particolari condizioni epidemiologiche, i cosiddetti «eventi sentinella»*** (tubercolosi, meningite batterica, legionellosi)

***Casi singoli di infezioni acquisite nel corso dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, insorte in pazienti o operatori***

In questa categoria rientrano anche malattie infettive che hanno acquisito una rilevanza epidemiologica particolare, ad esempio il morbillo e la rosolia nel 2008, per le quali è stata richiesta la segnalazione tempestiva, precedentemente non prevista;

***Isolamento di microrganismi con profilo di resistenza inusuale***

***Epidemie di malattie infettive in particolari collettività in ambito territoriale***

***Epidemie e cluster epidemici di infezioni acquisite nel corso dell'assistenza sanitaria o sociosanitaria***





SEGNALAZIONE DI CASO DI MALATTIA INFETTIVA - SSCMI/2006

MALATTIA: Sospetta  Accertata

Barrare la casella che interessa:

- Antrace  **R**  **Fax**
- Blemorragia
- Botulismo  **R**  **Fax**
- Brucellosi
- Campilobatteriosi
- Colera  **R**  **Fax**
- Criptosporidiosi
- Differtite  **R**  **Fax**
- Echinococci
- Encefalite trasmessa da zecche
- Encefaliti virali
- Epatite virale A
- Epatite virale B
- Epatite virale C
- Altre epatiti virali acute
- Febbri emorragiche virali  **R**  **Fax**
- Febbre gialla  **R**  **Fax**
- Febbre
- Febbre ricorrente epidemica  **R**  **Fax**
- Febbre tifoide
- Giardiasi
- Influenza con isolamento virale  **R**  **Fax**
- Lebbra
- Legionellosi  **R**  **Fax**
- Leishmaniosi cutanea
- Leishmaniosi viscerale
- Leptospirosi
- Listeriosi
- Malaria
- Malattia di Creutzfeldt-Jacob  **R**  **Fax**
- Malattia da E. coli patogeno
- Malattia di Lyme
- Malattia invasiva da H.influenzae  **R**  **Fax**
- Malattia invasiva da meningococco  **R**  **Fax**
- Malattia invasiva da pneumococco  **R**  **Fax**
- Meningite batterica n.s.  **R**  **Fax**
- Morbillo
- Paratifo
- Parotite
- Pediculosi
- Pertosse
- Peste  **R**  **Fax**
- Poliomielite  **R**  **Fax**
- Psittacosi/Ornitosi
- Rabbia  **R**  **Fax**
- Rickettsiosi
- Rosolia
- Rosolia congenita
- Salmonellosi
- SARS  **R**  **Fax**
- Scabbia
- Scarlattina
- Shigellosi
- Sifilide
- Tetano  **R**  **Fax**
- Tifo esantematico  **R**  **Fax**
- Tossinfezione alimentare
- Toxoplasmosi
- Trichinosi  **R**  **Fax**
- Tuberculosis extrapolmonare  **R**  **Fax**
- Tuberculosis polmonare  **R**  **Fax**
- Tularemia
- Verisinosi
- Vaiolo  **R**  **Fax**
- Varicella
- Altro (specificare)

DATI RELATIVI AL PAZIENTE

Cognome/Nome: .....

Data di nascita: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sesso:  F  M

Comune di nascita: .....

Domicilio: Via .....

Comune ..... Prov. |\_\_|\_|

Residenza (se diversa da domicilio) Via .....

Comune ..... Prov. |\_\_|\_|

Recapito telefonico: .....

Professione .....

Collettività frequentata: (es: scuola materna, casa di riposo...)

Inizio sintomi: Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Comune .....

Viaggi/soggiorno all'estero  si, spec. ....

Ricovero ospedaliero:  si, spec. ....

Gravidanza  si Specificare età gestazionale settimana |\_\_|\_|

Precedentemente vaccinato:  si  no  non so

Criteri di diagnosi:

Clinica .....

Sierologia .....

Esame diretto/citologico .....

Esame culturale .....

Altro .....

Acquisita nel corso dell'assistenza sanitaria?  si  no  non so

Altri casi di malattia potenzialmente correlati?  si  no  non so

Commenti: .....

DATI RELATIVI AL MEDICO (accettabile anche un rimbuto)

Cognome e Nome: .....

N° telefonico: ..... Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma del medico .....

Come segnalare al Dipartimento di Sanità Pubblica (tramite la direzione sanitaria e il presidio, se medico ospedaliero)

Segnalazione **immediata** per esigenze di profilassi (al massimo entro 12 ore), per telefono (n° ..... ) o per Fax (n° ..... ) (se giorni festivi al numero di reperibilità);

Segnalazione **per via ordinaria** (si chiama non oltre le 48 ore), per posta (Via ..... ) o e-mail ( ..... )

A CURA DEL DSP (segnalazione rapida a livello regionale)

Legionellosi:  struttura turistica  struttura sanitaria  terme

Meningite batterica:  strutture a rischio  età < 24 anni  personale scuole

TBC:  collettività a rischio  polmonare (operatore)  polm. (paziente)

Malattia correlata a pratiche assistenziali

Come segnalare alla Regione

**R** Comunicazione **immediata** al n° telefonico: 051-6397030

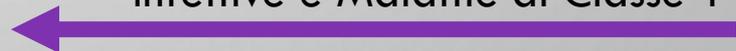
**R** **Fax** Comunicazione **immediata** (12 ore max) per Fax: 051-6397065; sabato, domenica e festivi anche e-mail: [aler@regione.emilia-romagna.it](mailto:aler@regione.emilia-romagna.it)

**R** **B** Trasmissione tempestiva della scheda al massimo entro 24 ore per e-mail [aler@regione.emilia-romagna.it](mailto:aler@regione.emilia-romagna.it) (se requisiti per segnalazione rapida)

Segnalazione Rapida ed Ordinaria



Segnalazione rapida Emergenze Infettive e Malattie di Classe 1



# **VALUTAZIONE SSCMI**

Indipendentemente dall'effettuazione o meno dell'ie, ogni scheda di segnalazione di caso di malattia infettiva deve essere valutata in merito a:

- La correttezza dei dati anagrafici (dubbi sulla calligrafia; paziente non residente/domiciliato nel territorio ausl)
- La correttezza e la precisione della malattia indicata (possibili errori; incertezza diagnostica)
- La titolarità dell'inserimento nel programma informatizzato di sorveglianza malattie infettive – SMI (notifica alla regione da parte della ausl di diagnosi)
- La classificazione di caso

# ***DEFINIZIONE DI CASO DM 15/12/90***

- il medico segnala con la sscmi le malattie **accertate e sospette; il DSP notifica alla RER i casi**

***Come definiamo un caso?*** Considerando i criteri definiti da:

Ieri: DM 15/12/1990

Oggi: DM 15/12/1990 + specifiche definizioni di caso definite dal sistema di sorveglianza speciale

(es. Morbillo, Rosolia, Legionellosi, Chikungunya, Dengue...)

# **DEFINIZIONE DI CASO DM 15/12/90**

*Ad esclusione della classe V devono essere notificati solo i casi accertati*

*Il sistema prevede alcune criteri diagnostici da utilizzare per la definizione di caso:*

- Per la classe I: criteri variabili con la malattia
- Per la classe II: criterio clinico, coltura, esame diretto, sierologia
- Per la classe III
  - **AIDS e morbo di Hansen:** criteri specifici diagnosticati dai centri specialistici
  - **Tubercolosi, Micobatteriosi non tubercolare:** clinica, esame diretto, esame colturale, radiologia, mantoux;
  - **Malaria:** esame parassitologico

## ***Definizione di caso***

**DECISIONE DI ESECUZIONE (UE) 2018/945 DELLA COMMISSIONE del 22 giugno 2018 relativa alle malattie trasmissibili e ai problemi sanitari speciali connessi da incorporare nella sorveglianza epidemiologica, nonché alle pertinenti definizioni di caso**

- ***Caso confermato***: sono casi confermati in laboratorio e non devono necessariamente soddisfare i criteri clinici quali descritti nella definizione del caso (definizione altamente specifica e poco sensibile; si tratta di casi tutti veri ma alcuni possono sfuggire come capita per epatiti A-B-C, salmonellosi, ecc)
- ***Caso probabile***: soddisfa i criteri clinici e presenta una correlazione epidemiologica quali descritti nella definizione del caso
- ***Caso possibile***: soddisfa i criteri clinici quali descritti nella definizione del caso ma per il quale non esistono prove epidemiologiche o di laboratorio della malattia in questione. (Definizione molto sensibile e poco specifica. Permette di individuare la maggior parte dei casi, ma in tale categoria saranno inclusi anche alcuni casi falsi positivi).

## **CRITERI PER LA DEFINIZIONE DI CASO**

**DECISIONE DI ESECUZIONE (UE) 2018/945 DELLA COMMISSIONE DEL 22 GIUGNO 2018 RELATIVA ALLE MALATTIE TRASMISSIBILI E AI PROBLEMI SANITARI SPECIALI CONNESSI DA INCORPORARE NELLA SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA, NONCHÉ ALLE PERTINENTI DEFINIZIONI DI CASO**

**Criteri clinici: comprendono i segni e i sintomi comuni e rilevanti che singolarmente o in associazione costituiscono un quadro clinico chiaro o indicativo della malattia**

**Criteri di laboratorio: consistono in un elenco di metodi di laboratorio utilizzati a conferma di un caso**

**Criteri epidemiologici e correlazione epidemiologica: i criteri epidemiologici si considerano soddisfatti quando è possibile stabilire una correlazione epidemiologica**

# ***SISTEMI DI SORVEGLIANZA SPECIALE***

Le sorveglianze speciali sono dei sistemi informativi ad hoc che vengono istituiti ***parallelamente*** al sistema di notifica routinario, quando si ritiene ***necessario raccogliere informazioni aggiuntive***, mirate e dettagliate, su alcune patologie o agenti patogeni.

***Vengono mantenute per la durata necessaria a definire la situazione ed i possibili interventi.***

Possono utilizzare fonti d'informazione alternative (ad esempio, i laboratori per le analisi microbiologiche).

Le informazioni possono essere ***raccolte in modo attivo o passivo***, a seconda che si vadano a ricercare gli eventuali casi oppure si attendano le segnalazioni da parte dei medici.

La decisione di introdurre una sorveglianza speciale può essere regolata da specifici provvedimenti legali e può essere presa a livello nazionale o locale.

# **D.M. 15 DICEMBRE 1990 E 29 LUGLIO 1998**

## **Sistemi di Sorveglianza Speciale per**

- **Meningiti,**
- **Legionellosi,**
- **Malattia di Creutzfeld-Jacob,**
- **Tossinfezioni alimentari (*Salmonellosi, E.Coly 0157 VTEC, Campylobacter*),**
- **Morbillo (Sorveglianza integrata per Morbillo e Rosolia)**

**E alcune sorveglianze attivate dall'istituto superiore di sanità che riguardano le epatiti virali acute (SEIEVA), la sindrome emolitica-uremica (SEU), le malattie sessualmente trasmesse (MST).**

# I sistemi di sorveglianza nazionali-regionali

Nazionali	Regionali
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ AIDS/HIV</li><li>➤ Antibiotico-resistenza</li><li>➤ Botulismo</li><li>➤ Chikungunya e Dengue</li><li>➤ Influenza - FLU ISS</li><li>➤ Legionellosi</li><li>➤ Malaria</li><li>➤ Malattia di Creutzfeldt-Jacob (MCJ) e sindromi correlate</li><li>➤ Malattia da West Nile virus</li><li>➤ Malattie Sessualmente Trasmesse (MST)</li><li>➤ Malattie Invasive Batteriche (MIB)</li><li>➤ Malattie Trasmesse da Alimenti (MTA)</li><li>➤ Micronet</li><li>➤ Morbillo</li><li>➤ Morbo di Hansen</li><li>➤ Paralisi flaccide acute (PFA)</li><li>➤ Rete Internazionale di Sorveglianza delle Infezioni Enteriche (ENTERNET)</li><li>➤ Rosolia</li><li>➤ Rosolia in gravidanza</li><li>➤ Rosolia Congenita</li><li>➤ Sindrome Emolitico-Uremica (SEU)</li><li>➤ Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta (SEIEVA)</li><li>➤ SPES</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Infezioni Correlate all'Assistenza</li><li>➤ Leishmaniosi</li><li>➤ Malattia di Lyme</li><li>➤ Tetano</li><li>➤ Tubercolosi (clinico-epidemiologica + esito del trattamento)</li><li>➤ Toscana virus</li></ul>

## La Sorveglianza è anche vigilanza costante

- **Indicazioni operative riguardanti gli aspetti di follow up e notifica dei casi di infezione da Mycobacterium Chimaera in Italia** (infezioni correlate a dispositivi HCU) aggiornamento delle informazioni disponibili a seguito e completamento delle note dello scrivente ministero della salute - “raccomandazioni per il controllo dell’infezione da Mycobacterium Chimaera in Italia” del 9 gennaio 2019, prot. 6741 , e “indicazioni operative riguardanti gli aspetti di laboratorio in merito ai casi di infezione da Mycobacterium Chimaera in Italia e aggiornamento delle informazioni disponibili” del 10 aprile 2019
- **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.** La TBE è considerata un crescente problema di sanità pubblica in Italia, in Europa ed in altre parti del mondo. A livello europeo la malattia è notificabile dal 2012. Gli ultimi dati pubblicati dal centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) indicano che le aree endemiche sono in via di espansione, includendo aree ad altezze maggiori. Inoltre, con l’aumento della mobilità e dei viaggi, l’infezione può diffondersi più facilmente. Il virus della TBE viene generalmente trasmesso attraverso la puntura di zecche infette, tuttavia le persone possono infettarsi anche tramite il consumo di latte e prodotti a base di latte non pastorizzati.
- **Piano Nazionale di Preparazione e di Risposta ad una epidemia di Poliomelite (Ministero della Salute 07 marzo 2019)** In Italia è attiva la Sorveglianza delle Paralisi Flaccide Acute (PFA) e la sorveglianza della circolazione dei poliovirus nell’ambiente.

Per ottenere la certificazione di paese libero dalla poliomielite occorre che sia **verificata, attraverso un efficace sistema di sorveglianza delle PFA, l'assenza di casi di polio per almeno tre anni consecutivi.**

La commissione globale di certificazione (cgc), ha stabilito alcuni indicatori di qualità per la sorveglianza e per la cosiddetta “performance”, il cui raggiungimento è indicativo dell'efficienza del sistema di sorveglianza delle malattie infettive. Viene considerato efficiente un sistema di sorveglianza in grado di avere:

- 1) Tasso di incidenza di PFA pari o superiore ad 1 caso per 100.000 in soggetti di età inferiore a 15 anni (a partire dal 2011, nei paesi endemici o ad alto rischio di reintroduzione il tasso è stato portato a 2 per 100.000); completezza delle notifiche mensili da parte dei centri partecipanti alla sorveglianza della PFA pari o superiore al 90%;
- 2) tempestività delle notifiche (tempo intercorso tra inizio della sintomatologia e segnalazione entro 14 giorni) pari ad almeno l'80%;
- 3) Indagini cliniche avviate entro 48 ore dalla segnalazione per almeno l'80% dei casi;
- 4) Raccolta di due campioni di feci, a 24 ore di distanza l'uno dall'altro, entro 14 giorni dall'inizio della sintomatologia, per almeno l'80% dei casi;
- 5) Risultati degli esami di laboratorio in meno di 28 giorni;
- 6) Visita di controllo (follow-up) a 60 giorni con diagnosi definitiva.

## **Sorveglianza delle paralisi flaccide acute**

***La sorveglianza delle paralisi flaccide acute (PFA) rimane il gold standard di tutti i programmi di sorveglianza, non solo nei paesi endemici e ad alto rischio di reintroduzione, ma anche nei paesi polio-free per i quali il mantenimento degli standard di sorveglianza rappresenta un obiettivo fondamentale a garanzia dell'avvenuta eradicazione.***

La PFA è una sindrome ad inizio rapido ed improvviso, caratterizzato da paresi o paralisi degli arti con possibile concomitante interessamento dei muscoli respiratori e della deglutizione, che raggiunge il massimo grado di severità nel giro di 1-10 giorni. Sotto la definizione sintomatica di PFA sono comprese: la poliomielite paralitica, le sindromi simil-poliomielitiche sostenute da enterovirus, quali echovirus e coxsackie virus, la sindrome di guillain-barré, la mielite trasversa, la poliradiculoneurite, la neurite traumatica e quella neoplastica.

## La Sorveglianza è anche vigilanza costante

- **InfluNet**, sistema di sorveglianza per l'influenza. Viene effettuata una sorveglianza epidemiologica e virologica; vengono costantemente aggiornati i dati italiani (*salute.gov.it*)
- (Proroga) **Piano nazionale di sorveglianza e risposta alle arbovirosi trasmesse da zanzare invasive (*aedes sp.*)** Con particolare riferimento ai virus Chikungunya, Dengue e Zika – 2018 e piano nazionale di sorveglianza e risposta all'encefalite virale da zecche e altre arbovirosi e hantavirus non sottoposti a specifici piani di sorveglianza e risposta - 2018. (27 febbraio 2019)
- **Piano Nazionale Piano nazionale integrato di prevenzione, sorveglianza e risposta ai Virus West Nile e Usutu – 2019**

**Tabella 2.** Altri arbovirus e hantavirus per i quali si richiede la segnalazione in caso di diagnosi.

Arbovirus (trasmissione)	Classificazione	Autoctono in Italia/aree a rischio	Tempistica della segnalazione	Sintomatologia/forme cliniche
<b>Virus Toscana</b> (puntura di flebotomi, in particolare: <i>Phlebotomus perniciosus</i> e <i>Phlebotomus perfiliewi</i> )	Famiglia <i>Bunyaviridae</i> , genere <i>Phlebovirus</i> .	Autoctono / Paesi del bacino del Mediterraneo	24 ore	Febbre, meningite, meningoencefalite.
<b>Virus Crimea Congo Haemorrhagic Fever</b> (puntura di zecche del genere <i>Hyalomma</i> )	Famiglia <i>Bunyaviridae</i> genere <i>Nairovirus</i>	Alcuni paesi europei e dell'ex Unione Sovietica	Immediata massimo 12 ore	Febbre, mal di testa, mialgia, diarrea, nausea, vomito, manifestazioni emorragiche gravi. Può evolvere in epatite e deterioramento renale.
<b>Virus dell'Encefalite Giapponese (JEV):</b> puntura di zanzare appartenenti al genere <i>Culex</i> )	Famiglia <i>Flaviviridae</i> , genere <i>Flavivirus</i> .	Asia	Immediata massimo 12 ore	Febbre, mal di testa, vomito, stato confusionale, difficoltà motorie; in alcuni casi si sviluppa encefalite e coma.
<b>Virus Rift Valley Fever</b> (puntura di numerose specie di zanzare, in particolare, quelle del genere <i>Aedes</i> )	Famiglia <i>Bunyaviridae</i> , genere <i>Phlebovirus</i> .	Africa	Immediata massimo 12 ore	I sintomi, quando presenti, sono generalmente lievi e includono febbre, debolezza, mal di schiena, vertigini. In alcuni casi più gravi si possono avere anche emorragie, e coinvolgimento neurologico.
<b>Hantavirus</b> (roditori selvatici e domestici)	Famiglia <i>Bunyaviridae</i> , genere <i>Hantavirus</i>	Estremo Oriente, Balcani, penisola scandinava, Russia, continente Americano.	Immediata massimo 12 ore	Le forme "classiche" sono caratterizzate da febbre, cefalea, stato letargico, dolori addominali e lombari, fotofobia, petecchie, a cui possono poi seguire emorragie multiple e coma. In altri casi, si ha prevalente interessamento a carico dell'apparato respiratorio e insufficienza respiratoria acuta.

## **SORVEGLIANZA ENTOMOLOGICA**

Sono presenti in tutta  
l'Emilia Romagna 95  
trappole da metà maggio a  
metà ottobre 2019

# ***WEST NILE VIRUS e VIRUS USUTU***

## **SORVEGLIANZA VIROLOGICA**

Deve essere  
effettuata su  
campioni animali  
e campioni umani

## **SORVEGLIANZA VETERINARIA**

È prevista una  
sorveglianza su  
uccelli stanziali  
finalizzata al  
RILEVAMENTO  
PRECOCE della  
CIRCOLAZIONE di  
WN (Secondo Piano  
Regionale e  
Nazionale)  
Ed una sorveglianza  
clinica sui cavalli

## **SORVEGLIANZA DEI CASI UMANI DI MALATTIA NEUROINVASIVA**

assicurata in particolare su tutte le forme cliniche sospette insorte dal 1  
maggio al 30 novembre

RICERCATI WN ed USUTU in

- Sangue
- Liquor
- Urine

Per West Nile vengono ricercati anche gli anticorpi; i campioni vengono  
inviati al CRREM entro massimo 24 h dal sospetto diagnostico

Se confermato o probabile inserito in SMI dal DPS

**Indagine Epidemiologica ed informazioni al paziente e di coloro che assistono il paziente al domicilio**

**Eventuale ISOLAMENTO per il periodo VIREMICO in caso di Chikungunya/Dengue (circa 7 gg) e di Zika (circa 14 gg)**

**Accertarsi che venga effettuata la raccolta campioni biologici**

## **Dipartimento di Sanità Pubblica**

**Inserimento in SMI (Sistema informativo delle Malattie Infettive)**

**Attivazione Uffici Comunali Competenti per predisporre interventi di disinfestazione (entro 24 h da un caso anche solo sospetto)**

*Il livello della “prevenzione collettiva e sanità pubblica” include le attività e le prestazioni volte a tutelare la salute e la sicurezza della comunità da rischi infettivi, ambientali, legati alle condizioni di lavoro, correlati agli stili di vita.*

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 12 GENNAIO 2017  
DEFINIZIONE E AGGIORNAMENTO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA, DI CUI  
ALL'ARTICOLO 1, COMMA 7, DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992, N.  
502. (G.U. SERIE GENERALE , N. 65 DEL 18 MARZO 2017)

**A. Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali**

N.	Programmi / Attività	Componenti del programma	Prestazioni
A1	Sorveglianza epidemiologica della malattie infettive e diffuse	Gestione del sistema di segnalazione e notifica di malattia infettiva e diffusiva, e dei focolai epidemici, incluse le infezioni ospedaliere  Indagini epidemiologiche in caso di focolai  Sorveglianza sulla diffusione nell'ambiente di vita dei vettori di microrganismi patogeni, anche in relazione alle antropozoonosi  Sorveglianza sulla diffusione nell'ambiente di microrganismi patogeni  Attività di sorveglianza a supporto di piani di eliminazione/eradiazione di specifiche malattie infettive (es. Sorveglianza della PFA)  Analisi periodica dei dati, in termini di tempo, spazio e persona  Conduzione di eventuali studi analitici per indagare i fattori di rischio  Comunicazione e diffusione dei risultati sull'andamento delle malattie infettive/diffusive	Produzione periodica di report sull'andamento delle malattie infettive/diffusive  Comunicazione periodica a operatori sanitari, cittadini e istituzioni

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 12 GENNAIO 2017  
 DEFINIZIONE E AGGIORNAMENTO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA, DI  
 CUI ALL'ARTICOLO 1, COMMA 7, DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE  
 1992, N. 502. (G.U. SERIE GENERALE , N. 65 DEL 18 MARZO 2017)

<p><b>A2</b></p>	<p>Interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffuse</p>	<p>Predisposizione ed attuazione delle misure da adottare per il controllo delle malattie infettive</p> <p>Predisposizione ed attuazione delle azioni di controllo da attuare in caso di focolai epidemici</p> <p>Assistenza e vigilanza sulle operazioni pubbliche di disinfestazione e derattizzazione</p> <p>Programmi di educazione sanitaria</p> <p>Comunicazione e diffusione di informazioni sulle azioni di controllo intraprese</p>	<p>Profilassi immunitaria e chemioprofilassi dei contatti e dei soggetti a rischio</p> <p>Interventi di controllo su fonti e veicoli/vettori di trasmissione, quali alimenti, procedure diagnostiche o terapeutiche, artropodi</p> <p>Produzione periodica di report sugli interventi di controllo</p> <p>Comunicazione periodica a operatori sanitari, cittadini e istituzioni</p> <p>Esami analitici nell'ambito di interventi di prevenzione delle malattie infettive</p>
------------------	---	--	--

***GRAZIE PER***

***L'ATTENZIONE***