

Unità Operativa	Tipo Documento	Numero Locale
CIO	LGA	001

DENUNCIA, ISOLAMENTO E PROFILASSI DELLE MALATTIE INFETTIVE

Azienda Ospedaliera SAN PAOLO

- POLO UNIVERSITARIO -

MILANO

Stato delle modifiche

Ed.	Descrizione modifica	Verificato	Approvato	Data
00	Prima emissione	Commissione Controllo Infezioni Ospedaliere	DS	05/12/05
		SQA		
01				
02				
03				
04				

INDICE

1	SCOPO	3
2	APPLICABILITÀ	3
3	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO	3
3.1	COLLEGATI	3
3.2	GENERATI	3
4	DESCRIZIONE	4
4.1	ABBREVIAZIONI E GLOSSARIO	4
4.2	RESPONSABILITÀ	4
4.2.1	Modulistica	4
4.2.2	Denuncia	4
4.2.3	Invio di materiale microbiologico all'Istituto Superiore di Sanità.....	5
4.2.4	Isolamento.....	5
4.3	DESCRIZIONE E PROVVEDIMENTI SPECIFICI NEI CONFRONTI DELLE PRINCIPALI MALATTIE	
INFETTIVE	6
	ANTRACE.....	6
	BOTULISMO ALIMENTARE	7
	BRUCELLOSI.....	8
	COLERA	9
	CONGIUNTIVITE	10
	DERMATOFITOSI	11
	DIARREE INFETTIVE	12
	EPATITI VIRALI.....	13
	FEBBRE GIALLA	18
	GONORREA.....	19
	LEISHMANIOSI CUTANEA E MUCOSA.....	20
	LEISHMANIOSI VISCERALE	21
	LEGIONELLOSI.....	21
	LEPTOSPIROSI	23
	LISTERIOSI.....	23
	MALARIA	24
	MALATTIE INVASIVE BATTERICHE (Meningiti/Sepsi)	25
	MALATTIA MANI-PIEDI-BOCCA.....	29
	MEGALOERITEMA INFETTIVO.....	30
	MOLLUSCO CONTAGIOSO	31
	MONONUCLEOSI	31
	MORBILLO	32
	PARASSITOSI INTESTINALI.....	33
	PAROTITE.....	37
	PEDICULOSI DEL CAPO	37
	PERTOSSE	38
	PESTE.....	39
	RABBIA.....	40
	RICKETTSIOSI.....	41
	ROSOLIA.....	43
	SALMONELLOSI.....	44
	SCABBIA.....	45
	SCARLATTINA.....	46
	SIFILIDE.....	47
	TIFO (FEBBRE TIFOIDEA/PARATIFOIDEA)	48
	TETANO	49
	VARICELLA	50

1 Scopo

Scopo di questa procedura è descrivere il comportamento che il personale sanitario dell'Azienda Ospedaliera San Paolo deve adottare in caso di sospetto o diagnosi certa di malattia infettiva riguardo a:

- gestione del soggetto affetto da malattia infettiva e degli eventuali contatti (v. anche CIO_LGA_002)
- segnalazione di malattia infettiva alle Autorità Sanitarie competenti

2 Applicabilità

La presente procedura si applica in tutte le UU.OO e i Servizi dell'Azienda Ospedaliera San Paolo, secondo gli standard JCI di gestione per la Qualità.

3 Documenti di riferimento

3.1 Collegati

Codice	Titolo
n.a.	Ministero della Sanità – Commissione Nazionale per la Lotta contro l'AIDS, 6 settembre 1989 – “Linee Guida di comportamento per gli operatori sanitari per il controllo dell'infezione da HIV”
Legge 5 giugno 1990, n 135	“Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS”
D.M. 28 settembre 1990	“Norme di protezione dal contagio, professionale da HIV nelle strutture sanitarie e assistenziali pubbliche e private”
D.M. 15 dicembre 1990	“Sistema informativo delle malattie infettive e diffuse”
D.Lgs 19.09.1994 n.626	“Attuazione delle direttive 89/391/CEE, 89/654/CEE, 89/655/CEE, 89/656/CEE, 90/269/CEE, 90/270/CEE, 90/394/CEE e 90/679/CEE riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro”
D. Lgs 19 marzo 1996, n.242	“Modifiche e integrazione al D.Lgs n.626, norme di protezione dal contagio professionale da HIV nelle strutture sanitarie ed assistenziali pubbliche e private”
Circ. Min. San. 13 marzo 1998, n.4	- “Misure di profilassi per esigenze di sanità pubblica - Provvedimento da adottare nei confronti di soggetti affetti da alcune malattie infettive e nei confronti di loro conviventi e contatti”
R. L. 3 marzo 1999, prot. 16355	“Misure di Profilassi per Esigenze di Sanità Pubblica in Regione Lombardia”
R. L. 8.11.1999, prot. H1.99.60415	“Sorveglianza e Controllo delle Legionellosi”
D.M. 21.12.2001	“Sorveglianza obbligatoria della Malattia di Creutzfeldt-Jacob”
R. L., 13.03.2002, D.C.R. n. VII/462	“Piano Socio-Sanitario Regionale 2002 - 2004”
R. L.30.09.2004, Deliberazione n. VII/18853	“Sorveglianza, notifica, controllo delle malattie infettive:revisione e riordino degli interventi di prevenzione in Regione Lombardia”
R. L. 10.12.2004, D.G.R. n. VII/19767	“Attuazione della D.C.R. 13 marzo 2002, n. VII/462 Piano Socio-Sanitario Regionale 2002 - 2004: Prevenzione, sorveglianza e controllo della malattia tubercolare.
DGS N. 6332 29.04.2005	“Linee guida per la sorveglianza, prevenzione e controllo delle meningiti batteriche e malattie invasive da meningococco, enofilo e pneumococco, in Regione Lombardia.”
n.a.	Società Italiana di Igiene - Gruppo Italiano Studio Igiene Ospedaliera - “Norme di Comportamento per il Controllo delle Infezioni Trasmissibili per Via Ematica”
PCI	Standard Joint Commission International “Prevenzione e controllo delle infezioni”
CIO_LGA_002	“Misure di isolamento in Ospedale”

3.2 Generati

Codice	Titolo
CIO_MOD_001	Scheda di segnalazione di malattia infettiva

4 Descrizione

Hanno partecipato alla elaborazione del presente documento:

Responsabile stesura	U.O./Servizio	Argomento
Dott.ssa V. Bettamio	Direzione Sanitaria	Impostazione, monitoraggio, validazione e diffusione del documento.
Dott.ssa M. Cainarca	Laboratorio Analisi	Aspetti microbiologici
ICI Gabriella Gaddi	g.o.C.I.O.	Collaborazione nella stesura e diffusione documento
AFD ICI Daniela Panigati	g.o.C.I.O.	Collaborazione nella stesura e diffusione documento
Dott. R. Ranieri	U.O. Medicina II	Aspetti clinici e infettivologici

4.1 Abbreviazioni e glossario

UU.OO	Unità Operative	g.o.C.I.O.	Gruppo operativo Controllo Infezioni Ospedaliere
U.O.	Unità Operativa	C.C.I.O.	Commissione Controllo Infezioni Ospedaliere
A.O.S.P.	Azienda Ospedaliera San Paolo	I.O.	Infezioni Ospedaliere
A.S.L.	Azienda Sanitaria Locale	DPI	Dispositivi di protezione individuale
D. Lgs	Decreto legislativo	D.M.	Decreto Ministeriale
C.S.S.	Consiglio Superiore di Sanità	D.G.R.	Decreto Giunta Regionale
D.C.R.	Decreto Consiglio Regionale		

4.2 Responsabilità

4.2.1 Modulistica

➤ Direzione Sanitaria/CIO

La Direzione Sanitaria/Responsabile del Comitato per il Controllo delle Infezioni Ospedaliere ha il compito di fornire a tutte le UU.OO. la modulistica specifica, in forma aggiornata, per:

- la *segnalazione* di malattia infettiva e diffusiva sia accertata che sospetta (CIO_MOD_001)
- i sistemi paralleli di *sorveglianza speciale*.

➤ Unità Operative e Servizi

È responsabilità del Capo Sala/Capo Ostetrica/Capo Servizio mantenere tale modulistica presso la propria U.O./Servizio e provvedere all'eliminazione di quella obsoleta.

4.2.2 Denuncia

➤ Medico che fa la diagnosi

È responsabilità del Medico che fa la diagnosi o che pone il sospetto di malattia infettiva:

- redigere, timbrare e firmare la *Scheda di Segnalazione di Malattia Infettiva* (CIO_MOD_001), sia accertata sia sospetta, al momento stesso della diagnosi/sospetto
- inviare immediatamente la modulistica, debitamente compilata, alla Direzione Sanitaria
- segnalare, a seguito di una denuncia di malattia infettiva e diffusiva sospetta, l'avvenuto accertamento della malattia tramite indagini diagnostiche
- per le patologie per le quali è stato attivato un sistema di sorveglianza nazionale o parallelo (meningiti batteriche, legionellosi, rosolia, malaria, malattia di Creutzfeldt-Jakob): redigere, timbrare e firmare la relativa *Scheda di Sorveglianza* e farla pervenire tempestivamente alla Direzione Sanitaria.

➔ nei giorni festivi e nelle ore serali e notturne (dalle 20.00 alle 8.00) in caso di malattie infettive per le quali siano previste l'attivazione di sistemi di allerta o misure di profilassi urgenti, ovvero:

* botulismo	* rabbia
* colera	* SARS
* differite	* tossinfezioni alimentari
* febbre gialla	* sepsi da Meningococco e da Haemophilus
* febbri emorragiche virali	* tifo esantematico
* febbre ricorrente epidemica	* tetano
* febbre tifoide	* trichinosi
* meningiti da meningococco e da haemophilus	* sospette azioni di bioterrorismo
* peste	* paziente proveniente da paesi in cui siano stati segnalati particolari eventi epidemici
* poliomielite	

dovrà essere attivata direttamente la Guardia Igienica cittadina della A.S.L. (**335.5686271**) dandone contestualmente immediata comunicazione al Medico reperibile della Direzione Sanitaria (**348.7104079**).

➤ Direzione Sanitaria

La deliberazione n. VII/18853 del 30.09.2004 riguardante il riordino degli interventi di prevenzione delle malattie infettive in Regione Lombardia, prevede due sole tempistiche per la segnalazione di malattia infettiva:

- **invio immediato** (per le patologie per le quali è necessario il pronto intervento di profilassi): comunicazione telefonica o fax immediato alla A.S.L. al numero 02.8578.8590
- **invio differito** (per le patologie la cui rilevazione ha solo scopo epidemiologico): invio tramite fax alla A.S.L. al numero 02.8578.8590

E' responsabilità del personale della Direzione Sanitaria:

- rispettare la tempistica di invio delle Schede di Segnalazione di Malattia Infettiva al Dipartimento di Prevenzione della A.S.L.
- effettuare l'invio delle Schede di Sorveglianza all'Autorità Sanitaria competente
- archiviare copia delle denunce inviate alle Autorità Sanitarie competenti.

4.2.3 Invio di materiale microbiologico all'Istituto Superiore di Sanità

Nei casi di:

- isolamento colturale di Neisseria meningitidis
- isolamento colturale di Haemophilus influenzae
- vetrino con lo striscio di sangue sul quale è stata effettuata la diagnosi di malaria

è obbligatorio provvedere all'invio del materiale microbiologico all'Istituto Superiore di Sanità. Pertanto, il Laboratorio analisi provvederà al corretto confezionamento del materiale che verrà quindi inviato a Roma tramite la Direzione Sanitaria.

4.2.4 Isolamento

➤ Responsabile di Unità Operativa

È compito del Responsabile di U.O. (o suo delegato) fornire indicazioni al personale sanitario, di supporto e al personale addetto alla sanificazione ambientale per l'attuazione delle metodiche di isolamento e per l'utilizzo dei dispositivi di protezione individuali opportuni per la patologia diagnosticata (CIO_LGA_002).

➤ Personale Sanitario e di supporto

È responsabilità del personale medico, infermieristico, di supporto e del personale addetto alla sanificazione ambientale:

- rispettare le indicazioni di isolamento ed utilizzare correttamente i dispositivi di protezione individuale (CIO_LGA_002)

È responsabilità del personale medico e del personale infermieristico:

- fornire ai visitatori del paziente sottoposto a isolamento nonché al paziente stesso, nozioni di educazione sanitaria volte ad interrompere la catena di trasmissione della malattia (CIO_LGA_002).

4.3 Descrizione e provvedimenti specifici nei confronti delle principali malattie infettive

Di seguito vengono riportate le schede specifiche per le principali malattie infettive e diffuse, secondo lo schema dato nella Deliberazione della Regione Lombardia del 30.09.2004 n. VII/18853, "Sorveglianza, notifica, controllo delle malattie infettive: revisione e riordino degli interventi di prevenzione in Regione Lombardia" che ne prevede:

1. Descrizione clinica: viene di norma utilizzata la descrizione contenuta nella "Decisione che stabilisce la definizione di casi ai fini della dichiarazione delle malattie trasmissibili alla rete di sorveglianza comunitaria" (2002/253/CE);
2. Criteri diagnostici di laboratorio: ugualmente è utilizzata la classificazione UE, che indica i diversi test ritenuti idonei a dare conferma di laboratorio della malattia;
3. Definizione di caso: secondo la Comunità Europea i casi di malattia infettiva possono essere classificati in possibili, probabili, confermati: utilizzando tale metodo per ciascuna malattia viene tradotto il criterio che ne determina la notificabilità alla Regione da parte della A.S.L.;
4. Agente eziologico;
5. Diffusione: vengono indicati sintetici dati epidemiologici, riferiti perlopiù alla situazione nazionale;
6. Fonte di infezione: vengono riportati dati di letteratura
7. Modalità di trasmissione: vengono riportati dati di letteratura
8. Periodo di incubazione: vengono riportati dati di letteratura
9. Periodo di contagiosità: vengono riportati dati di letteratura
10. Segnalazione e notifica: vengono precisati tempi e modi del *sistema informativo nazionale* (obbligatorietà e classe di notifica); inoltre viene riportato quanto previsto, relativamente alla tempistica, dalla Deliberazione n. VII/18853 del 30.09.2004 riguardante la revisione e il riordino degli interventi di prevenzione delle malattie infettive in *Regione Lombardia*;
11. Provvedimenti nei confronti del malato: vengono illustrati gli interventi da attuarsi a fronte di un caso di malattia infettiva (isolamento, periodo contumacia, controlli ed accertamenti)
12. Provvedimenti nei confronti dei contatti: vengono illustrati gli interventi da attuarsi a fronte di un caso di malattia infettiva nei confronti dei contatti ad esso esposti (isolamento, controlli ed accertamenti, immuno-vaccino-chemiopprofilassi).

ANTRACE

Descrizione clinica

Antrace da inalazione: dopo l'inalazione di *Bacillus anthracis* ed un breve prodromo insorge un collasso respiratorio acuto febbrile con ipossia, dispnea e prove radiologiche di allargamento mediastinico.

Antrace cutaneo: una lesione cutanea che si evolve da una papula ad una fase vescicolare ed infine ad un'escara ribassata di colore scuro con edema circostante; la lesione è in genere indolore, ma possono essere presenti sintomi sistemici (febbre e malessere).

Antrace gastrointestinale: in seguito al consumo di cibo contaminato non cotto insorge una sindrome caratterizzata da acuto dolore addominale, diarrea, febbre e setticemia.

Criteri diagnostici di laboratorio

- Individuazione e conferma del *B. Anthracis* da campioni raccolti in un sito normalmente sterile (ad esempio, sangue o liquido cerebrospinale) o lesione di altro tessuto colpito (cute, polmoni o intestino).
- Entrambi i casi precedenti e:
 - individuazione del DNA del *B. anthracis* (ad esempio, attraverso esame PCR) in campioni raccolti da un sito normalmente sterile (ad esempio, sangue o liquido cerebrospinale) o lesione di altro tessuto colpito (cute, polmoni o intestino)
 - individuazione del *B. anthracis* in un campione clinico attraverso prova immunoistochimica del tessuto colpito (cute, polmoni o intestino).
- Un tampone nasale senza indicazione della malattia non contribuisce alla diagnosi di un caso.

Definizione di caso

- Possibile: quadro clinico indicativo
- Probabile:
 - caso di malattia clinicamente compatibile senza individuazione del *B. anthracis* e in mancanza di diagnosi alternativa, ma con individuazione in laboratorio del *B. anthracis* attraverso una prova di laboratorio di supporto;
 - caso clinicamente compatibile di antrace collegato dal punto di vista epidemiologico a un'esposizione ambientale confermata, ma senza prove di laboratorio sufficienti di un'infezione da *B. anthracis*.
- Confermato: caso clinicamente compatibile confermato in laboratorio.

Agente eziologico

La malattia è sostenuta da un battere gram positivo, sporigeno, il *Bacillus anthracis*, estremamente resistente come spora all'azione dei disinfettanti chimici e fisici; nel suolo e nei prodotti animali può mantenere la patogenicità per molti anni.

Diffusione

Interessa prevalentemente gli erbivori, mentre l'uomo e gli animali carnivori sono ospiti accidentali. L'infezione nell'uomo è rara e sporadica nei Paesi industriali; rappresenta soprattutto un rischio occupazionale. La malattia è endemica in tutte le aree agricole del mondo in cui il carbonchio è comune negli animali.

Fonte di infezione

Nel carbonchio trasmesso dagli animali, gli erbivori (sia domestici che selvatici) sono il principale serbatoio del battere.

Ai fini di bioterrorismo vi può essere la produzione in laboratorio di spore e quindi la disseminazione per via aerea o per contaminazione di materiali o di oggetti di uso comune, come verificatosi nel 2001 negli Stati Uniti.

Modalità di trasmissione

La trasmissione naturale all'uomo avviene attraverso il contatto con animali infetti o con prodotti contaminati dagli animali infetti. La trasmissione inter-umana è estremamente rara.

L'infezione può inoltre essere trasmessa per inalazione di spore o in particolari attività industriali oppure quando il battere è utilizzato quale arma biologica a seguito di contatto con materiale contaminato (polveri).

Periodo di incubazione

Da 1 a 7 giorni, con possibilità di periodi più lunghi, anche fino a 60 giorni.

Periodo di contagiosità

Gli oggetti e il suolo contaminati dalle spore possono rimanere infettanti per decenni.

Segnalazione/Notifica

Sistema informativo delle malattie infettive D.M. 15-12-1990:

obbligatoria di classe V; criterio di validazione:quadro clinico

Sistema di sorveglianza malattie infettive Regione Lombardia:

segnalazione immediata all'ASL da parte del medico curante, specialmente se del tipo da inalazione; invio notifica immediata dall'ASL all'U.O. Prevenzione Regione Lombardia; criterio di validazione: quadro clinico (caso probabile)

Provvedimenti nei confronti del malato

Isolamento del paziente per tutta la durata della malattia, sia nel caso di carbonchio cutaneo che da inalazione. La terapia antibiotica permette di ottenere la sterilizzazione della lesione entro 24 ore.

I materiali contaminati devono essere inceneriti o autoclavati a temperature di 120°C per 30 minuti oppure disinfettati con formaldeide al 4% per più di 12 ore.

Nel caso di disinfezione continua al letto del malato può essere usata una soluzione di ipoclorito al 10%.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti

Nei confronti degli esposti è sempre necessario procedere a sorveglianza sanitaria e solo in caso di sicura inalazione di spore procedere ad effettuare la chemiopprofilassi con ciprofloxacina o doxiciclina

Misure preventive in caso di bioterrorismo

Devono essere seguite le linee guida ministeriali e regionali sul bio-terrorismo.

Terapia

In tutte le forme è essenziale instaurare rapidamente una terapia antibiotica, poichè il ritardo anche di poche ore, diminuisce significativamente la possibilità di sopravvivenza; l'antibiotico di scelta è la ciprofloxacina, in alternativa può essere usata la penicillina

La durata della terapia antibiotica deve essere almeno di 60 giorni, a causa della possibilità di germinazione ritardata delle spore.

BOTULISMO ALIMENTARE

Descrizione clinica

Quadro clinico compatibile con il botulismo, vale a dire sintomi quali diplopia, visione appannata e debolezza bulbare. La paralisi simmetrica può progredire rapidamente.

Criteri diagnostici di laboratorio

- Individuazione della tossina botulinica nel siero, nelle feci, nel contenuto dello stomaco o negli alimenti del paziente.
- Individuazione del *Clostridium botulinum* nelle feci.

Classificazione dei casi

Possibile: quadro clinico compatibile

Probabile: un caso clinicamente compatibile con un collegamento epidemiologico.

Confermato: un caso clinicamente compatibile confermato in laboratorio.

Agente eziologico

Il botulismo alimentare è causato dalle tossine prodotte dal *Clostridium botulinum*, bacillo anaerobico gram-positivo, sporigeno.

Diffusione

Diffuso in tutto il mondo; casi sporadici e epidemie in ambito familiare o gruppi più ampi.

Fonte di infezione

Le spore sono ubiquitarie nel suolo e nelle acque marine e lacustri, dove spesso contaminano i prodotti agricoli ed ittici. La produzione di tossina avviene dopo la germinazione delle spore e la moltiplicazione delle forme vegetative: il processo è favorito dall'anaerobiosi assoluta e dalle temperature superiori a 30°C.

Modalità di trasmissione

Ingestione di alimenti in scatola o insaccati contenenti la tossina; si tratta quasi sempre di vivande preparate e conservate in casa, meno frequentemente di prodotti industriali.

Periodo di incubazione

L'intossicazione alimentare si manifesta in media 12-36 ore dopo l'ingestione del cibo contaminato. In generale, tanto più breve è il periodo d'incubazione tanto più grave è la malattia e tanto più alto il tasso di letalità.

Periodo di contagiosità

Non sono documentati casi di trasmissione secondaria interpersonale di botulismo.

Segnalazione/Notifica

Sistema informativo delle malattie infettive D.M. 15-12-1990:

obbligatoria di classe 1; criterio di validazione: quadro clinico

Sistema di sorveglianza malattie infettive Regione Lombardia:

segnalazione immediata all'ASL da parte del medico curante; notifica a Regione, per il successivo invio a Ministero della Salute e ISS; criterio di validazione: quadro clinico+esposizione sospetta.

Provvedimenti nei confronti del malato

Nessuno. Gli alimenti contaminati vanno detossificati tramite bollitura prima di essere eliminati, gli utensili contaminati vanno sterilizzati con bollitura.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti

Nessuna particolare procedura per i contatti diretti del malato, salvo l'inchiesta per l'identificazione di persone che abbiano ingerito alimenti contaminati. Non è raccomandata una profilassi passiva per i soggetti asintomatici che hanno ingerito cibi contenenti tossina.

BRUCELLOSI

Descrizione clinica

Quadro clinico caratterizzato da una insorgenza acuta o insidiosa di febbre, sudori notturni, stanchezza anormale, anoressia, perdita di peso, cefalea ed artralgia.

Criteri diagnostici di laboratorio

- dimostrazione di una risposta specifica degli anticorpi;
- dimostrazione con immunofluorescenza della presenza di *Brucella sp.* in un campione clinico;
- individuazione di *Brucella sp.* in un campione clinico;
- un unico titolo elevato (> 1:160)

Definizione di caso

Possibile: quadro clinico compatibile

Probabile: caso clinicamente compatibile con un collegamento epidemiologico, oppure un caso con un unico titolo elevato.

Confermato: caso clinicamente compatibile confermato in laboratorio

Agente eziologico

Coccobacilli gram-negativi piccoli e immobili. Le specie in grado di infettare l'uomo sono la *B. abortus* (biovarianti 1-6 e 9), la *B. melitensis* (biovarianti 1-3), la *B. suis* (biovarianti 1-5) e raramente la *B. canis*.

Diffusione

Ubiquitaria; è prevalentemente una malattia occupazionale che colpisce coloro che lavorano con animali infetti o con i tessuti provenienti da questi animali

Fonte di infezione

Animali domestici e selvatici; il serbatoio è rappresentato maggiormente dai bovini, ovini, caprini, suini ed occasionalmente i cani

Modalità di trasmissione

L'infezione può essere trasmessa:

- per contatto diretto, in presenza di abrasioni cutanee, con tessuti, sangue, urine feti abortivi e placente di animali infetti.
- per inalazione di aerosol contaminati
- attraverso la mucosa congiuntivale
- per ingestione di prodotti caseari non pastorizzati.

Periodo di incubazione

Variabile da 5 giorni a 60 giorni; raramente di alcuni mesi

Periodo di contagiosità

Non è accertata la trasmissione interumana

Segnalazione/Notifica

Sistema informativo delle malattie infettive D.M. 15-12-1990:

obbligatoria di classe II; criterio di validazione: clinica+sierologia

Sistema di sorveglianza malattie infettive Regione Lombardia:

segnalazione differita entro il mese all'Asl da parte del medico curante; invio notifica mensile dall'ASL all'U.O. Prevenzione Regione Lombardia, criterio di validazione: clinica+collegamento epidemiologico o accertamento sierologico con titolo elevato

Provvedimenti nei confronti del malato

Non sono necessari provvedimenti di isolamento, oltre alle comuni precauzioni.

Provvedimenti nei confronti dei contatti

L'inchiesta epidemiologica è volta ad individuare la fonte di contagio, onde adottare i provvedimenti di bonifica. Nessun provvedimento nei confronti dei contatti.

COLERADescrizione clinica

Quadro clinico compatibile con il colera, quando è presente diarrea acquosa e/o vomito. La gravità può variare.

Criteri diagnostici di laboratorio

- Individuazione del *Vibrio cholerae* 01 o 0139 tossinogeno (vale a dire produttore di tossina colerica) nelle feci o nel vomito.
- Dimostrazione di una risposta specifica antitossina e vibriocida degli anticorpi

Definizione di caso

Possibile: quadro clinico compatibile

Probabile: un caso clinicamente compatibile con un collegamento epidemiologico.

Confermato: un caso clinicamente compatibile confermato in laboratorio.

Agente eziologico

Vibrio cholerae, battere gram negativo, sierogruppo 01 (biotipi Classico e El Tor, ciascuno suddiviso nei sierotipi Inaba, Ogawa e, raramente, Hikojima). Il *Vibrio cholerae* 0139 è l'agente responsabile delle ultime epidemie diffuse in Asia, sostituendo così il ceppo 01.

Diffusione

Negli ultimi trent'anni il colera si è diffuso con epidemie dall'India e Sud-est asiatico all'Africa, Medio Oriente, Europa meridionale, Oceania, Americhe.

Fonte di infezione

Uomo; negli ultimi anni sono stati dimostrati serbatoi ambientali, associati a zooplancton nelle acque stagnanti o negli estuari.

Modalità di trasmissione

Attraverso l'ingestione di pesce o molluschi eduli consumati crudi o poco cotti, carni crude o poco cotte, cibi contaminati durante la manipolazione, verdure contaminate da acque inquinate, acqua per uso umano ma contaminata alla fonte o durante la distribuzione. Il vibrione sopravvive bene in alcuni cibi, come il riso, ma non sopravvive in ambiente caldo o acido (bevande gassate).

La trasmissione interumana diretta è rara.

Periodo di incubazione

Da poche ore a 5 giorni, abitualmente 2-3 giorni

Periodo di contagiosità

Per tutto il periodo di incubazione e fintanto che il vibrione colerico è presente nelle feci, abitualmente per alcuni giorni dopo la guarigione clinica; occasionalmente può instaurarsi lo stato di portatore cronico, con escrezione del patogeno per alcuni mesi.

Segnalazione/Notifica

Sistema informativo delle malattie infettive D.M. 15-12-1990:

obbligatoria di classe I ; criterio di validazione: clinica + laboratorio.

Sistema di sorveglianza malattie infettive Regione Lombardia:

segnalazione immediata all'ASL da parte del medico curante; invio notifica immediata dall'ASL all'U.O. Prevenzione Regione Lombardia; criterio di validazione: criterio clinico + collegamento epidemiologico.

Provvedimenti nei confronti del malato

Ospedalizzazione con precauzioni enteriche fino alla negatività di 3 coproculture eseguite a giorni alterni dopo la guarigione clinica, di cui la prima eseguita almeno 3 giorni dopo la sospensione della terapia antimicrobica. La riammissione in collettività, scolastiche o lavorative, è dunque ammessa, dopo la dimissione e comunque solo successivamente alle verifiche della coprocultura, a cura dell'ASL.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti

Sorveglianza sanitaria per 5 giorni dall'ultima esposizione dei conviventi e delle persone che hanno condiviso alimenti e bevande con il malato. Ricerca di eventuali portatori tra i conviventi mediante coprocultura. Allontanamento delle persone sottoposte a sorveglianza sanitaria dalle attività che comportino direttamente o indirettamente la manipolazione di alimenti per almeno 5 giorni dall'ultimo contatto con il caso.

In caso di elevata probabilità di trasmissione secondaria in ambito domestico, chemioprophilassi dei conviventi con tetraciclina o doxiciclina ai seguenti dosaggi:

- adulti: 500 mg di tetraciclina per 4 volte al giorno per tre giorni, oppure 300 mg/die di doxiciclina in dose singola per tre giorni;
- bambini: 6 mg/kg di doxiciclina in dose singola per tre giorni oppure 50 mg/kg/die di tetraciclina divisi in 4 somministrazioni giornaliere per tre giorni.

In caso di ceppi di *V. cholerae* resistenti alla tetraciclina, i trattamenti alternativi sono rappresentati da:

- adulti: 100 mg di furazolidone 4 volte die per un giorno oppure 2 gr 2 volte al dì di cotrimossazolo per un giorno;
- bambini: 1,25 mg di furazolidone 4 volte al dì per un giorno oppure 50 mg/Kg di co-trimossazolo in due assunzioni giornaliere.

CONGIUNTIVITE

Descrizione clinica

Processo infiammatorio uni o bilaterale della congiuntiva, con manifestazioni cliniche che possono differenziarsi a seconda dell'agente microbico in causa.

Criteri diagnostici di laboratorio

Non sono previsti specifici accertamenti.

Agente eziologico

Tra i batteri più frequentemente isolati: *Haemophilus Influenzae*, *Streptococco Pneumoniae*, *Stafilococco aureus*; tra i virus : *Adenovirus* (tipico delle forme epidemiche). Altri agenti coinvolti: *Neisseria meningitidis*, *Corynebacterium diphtheriae*, *Moraxella*, *C. Trachomatis*, *N. Gonorrhoeae*, *Herpes simplex*, *enterovirus*, *coxsackie*, *influenza*, *rickettsie*, *clamidie*, *miceti*, *elminti*.

Diffusione

Largamente diffusa nel mondo, in particolare nei paesi caldi; frequentemente a carattere epidemico, nelle comunità infantili.

Fonte di infezione

Uomo.

Modalità di trasmissione

Contatto diretto con secrezioni congiuntivali o delle vie respiratorie di soggetti infetti, con dita o con oggetti contaminati.

Periodo di incubazione

E' in relazione all'agente eziologico.

24 -72 ore nella batterica

5-12 giorni e più in adenovirus .

Periodo di contagiosità

Per tutto il periodo attivo dell'infezione nelle forme batteriche; anche fino a 14 giorni dall'insorgenza dell'infezione nelle forme virali.

Segnalazione/Notifica

Non è prevista la segnalazione, né la notifica sia nel sistema informativo nazionale, che in quello dell'Unione Europea.

Provvedimenti nei confronti del malato

L'allontanamento dalla comunità deve essere previsto ove siano presenti bambini di età inferiore ai 5 anni; la riammissione può avvenire a trattamento iniziato, senza periodi di isolamento.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti

Vanno adottate le precauzioni universali nell'accudimento del malato (lavaggio ripetuto delle mani, evitare l'uso in comune di asciugamani, lavaggio a 60° della biancheria). In caso di epidemie in collettività infantili, deve essere effettuato il trattamento immediato ed adeguato dei contatti più stretti, anche in assenza di sintomatologia.

? Non è soggetta a sorveglianza europea né nazionale.

DERMATOFITOSI

Descrizione clinica

Termine generico con cui si definiscono malattie micotiche di aree cheratizzate del corpo (capelli, cute e unghie); in aree del capo esordisce con la comparsa di papula che si diffonde lasciando zone di calvizia temporanea.

Sono suddivise in base al sito dell'infezione: TINEA CAPITIS E BARBAE, TINEA CORPORIS, TINEA CRURIS, TINEA PEDIS, TINEA UNGUIUM.

Una forma emergente è costituita dalla Tinea versicolor, o pityriasis versicolor, caratterizzata da desquamazione e lesioni a chiazze maculari ovali, ipo o iperpigmentate, localizzate soprattutto al tronco.

Criteri diagnostici di laboratorio

- Isolamento colturale dei miceti responsabili da appropriati campioni biologici
- Identificazione di spore e filamenti miceliali mediante osservazione a fresco di materiale corneo.

Agente eziologico

Trichophyton tonsurans è il prevalente nella tinea capitis; nella tinea corporis si ritrovano funghi del genere *Trichophyton* e *Microsporum canis*; *Epidermophyton floccosum* ed alcune specie di *Trichophyton* sono responsabili della tinea cruris e pedis. La *malassezia furfur* è responsabile della Tinea versicolor.

Diffusione

Negli ultimi anni si è registrato, anche in Italia, un aumento della patologia micotica di cute e annessi, con particolare riguardo alla tinea corporis.

Fonte di infezione

L'uomo per il *Trichophyton tonsurans*, *schonleinii*, *audouinii*; gli animali specie gatti, cani, mucche per gli altri generi.

Modalità di trasmissione

Per contatto cutaneo diretto o in modo indiretto tramite il contatto con materiale contaminato come schienali di sedili, forbici, articoli di toeletta, pettini, spazzole, indumenti ecc.. La contagiosità è ritenuta limitata al di fuori dell'ambito domestico, richiedendo un contatto prolungato e ravvicinato.

Periodo di incubazione

Da 10 a 14 giorni.

Periodo di contagiosità

Il fungo persiste a lungo sugli oggetti contaminati; il contagio delle lesioni persiste verosimilmente sino a trattamento.

Segnalazione/Notifica

Sistema informativo delle malattie infettive D.M. 15-12-1990:

casi isolati: obbligatoria di classe V; criterio di validazione: quadro clinico. Focolaio epidemico: obbligatoria di classe IV, criterio di validazione: clinica+collegamento epidemiologico.

Sistema di sorveglianza malattie infettive Regione Lombardia:

segnalazione immediata all'ASL da parte del medico curante, sia di casi isolati che epidemici; invio notifica mensile dall'ASL all'U.O. Prevenzione Regione Lombardia; criterio di validazione: quadro clinico + accertamento di laboratorio o collegamento epidemiologico.

Provvedimenti nei confronti del malato

Deve essere attuato in forma immediata il trattamento ed attuato, sino a risoluzione delle lesioni, l'isolamento da contatto; la frequenza di collettività non è preclusa, a condizione che le lesioni siano protette.

Provvedimenti nei confronti di contatti o conviventi

L'inchiesta epidemiologica sui contatti stretti, ha la finalità di individuare, più che casi secondari, altri esposti alla medesima fonte (es.:animali domestici).

DIARREE INFETTIVE

Descrizione clinica

Si tratta di infezioni che colpiscono l'apparato gastroenterico che, di regola, interessano maggiormente l'intestino tenue e il colon più che lo stomaco, spesso in assenza di una risposta infiammatoria.

Le diarree di origine infettiva sono patologie frequentemente accompagnate da fenomeni flogistici a carico della mucosa intestinale. Nella maggior parte dei casi la clinica è caratterizzata da un'aumentata frequenza delle defecazioni con feci di consistenza diminuita. L'esordio può essere acuto o subacuto e l'eziologia è estremamente varia, con maggiori responsabili virus e batteri.

Criteri diagnostici di laboratorio

Individuazione dell'agente eziologico in un campione clinico

Per *Cryptosporidium*:

- Dimostrazione della presenza di oocisti nelle feci
- Dimostrazione della presenza dell'antigene nelle feci

Per *Escherichia coli enteroemorragica*

- Individuazione di E.coli appartenente ad un sierogruppo del quale è nota l'azione enteroemorragica
- Conferma sierologica in pazienti che presentano Sindrome uremico-emolitica o Porpora trombotica trombocitopenica
- Per i casi probabili, individuazione dei geni codificanti per la produzione di Stx1/Stx2

Agenti etiologici

Oltre a Salmonella non tifoidee, cui appartengono oltre 2300 sierotipi, S thyphi e S parathyphi , già trattate in specifiche schede, troviamo batteri prevalentemente coinvolti in infezioni contratte all'estero – Shigella, Escherichia coli -ETEC -; virus responsabili di piccole epidemie in età infantile e non – rotavirus, adenovirus, enterovirus, norwalk virus, calicivirus, astrovirus; batteri o loro tossine, veicolati da alimenti – Stafilococco aureo, Vibrio parahaemolyticus, Clostridium perfringens, Yersinia enterocolica, Bacillus cereus, Campylobacter Jejunii - . In alcuni casi la diarrea infettiva è il risultato di infezione in soggetti immunodepressi, ove l'agente è spesso un patogeno opportunista – Cryptosporidium, Clostridium difficile. Un quadro clinico particolare è costituito dalla diarrea da Escherichia coli enteroemorragica – EHEC: il ceppo 0157:h7 è il più frequentemente coinvolto; provoca un quadro di colite emorragica, che può evolvere in sindrome uremico-emolitica o in propora trombotica trombocitopenica.

Diffusione

La prevalenza e l'incidenza sono diverse a seconda delle regioni e, soprattutto, delle stagioni: importanti focolai epidemici sono osservabili in situazioni di basso livello economico e nelle comunità chiuse.

Fonte di infezione

In relazione all'agente eziologico in causa comunque in genere uomo o animale

Modalità di trasmissione

Dipende dall'agente etiologico in causa, generalmente attraverso veicoli, soprattutto alimenti, o per contatto interumano.

Periodo di incubazione

Variabile a seconda dell'agente microbico che ha causato l'infezione.

Periodo di contagiosità

Variabile a seconda dell'agente microbico che ha causato l'infezione.

Segnalazione/Notifica

Sistema informativo delle malattie infettive D.M. 15-12-1990:

casi isolati: obbligatoria di classe II; criterio di validazione: quadro clinico + coltura; focolaio epidemico: obbligatoria di classe IV, criterio di validazione: clinica+collegamento epidemiologico.

Sistema di sorveglianza malattie infettive Regione Lombardia:

segnalazione immediata all'ASL da parte del medico curante; invio notifica mensile dall'ASL all'U.O. Prevenzione Regione Lombardia; criterio di validazione: quadro clinico + coltura o collegamento epidemiologico.

Provvedimenti nei confronti del malato

Va attuato l'isolamento funzionale di tipo enterico, sino ad identificazione dell'agente eziologico. In generale, anche nelle situazioni ove non vi è isolamento colturale dell'agente patogeno responsabile, deve essere attuato l'allontanamento dall'attività lavorativa o scolastica e dalla frequenza di collettività (piscina, palestra etc), fino alle 24 ore successive all'ultima scarica diarroica; per i frequentanti asili nido o collettività di soggetti non in grado di mantenere la propria igiene personale, va richiesta la presentazione di un certificato medico che attesti la guarigione clinica; per la riammissione in comunità scolastica o lavorativa non è richiesta l'esecuzione di coprocolture.

In caso di isolamento, precauzioni aggiuntive sono richieste per le patologie per le quali vi è rischio di contagio interumano:

- Diarrea da EHEC- 0157:H7 : allontanamento immediato del caso e riammissione dopo almeno due coprocolture negative
- Shigellosi : per la riammissione in asili nido o collettività di soggetti non in grado di mantenere la propria igiene personale deve essere effettuata la coprocoltura prima del rientro, con almeno una negatività.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti

Oltre che verificare la presenza di altri casi sintomatici tra i famigliari è opportuna l'effettuazione di coprocoltura a tutti i conviventi o esposti al medesimo consumo di alimenti che si suppone essere stato il veicolo di infezione.

Dovrà essere effettuata sorveglianza sanitaria per 5-7 giorni, negli ambienti scolastici o lavorativi eventualmente frequentati. Tale sorveglianza consisterà nell'individuare tempestivamente ulteriori casi sintomatici. Se il malato era addetto ad attività di produzione, preparazione e somministrazione di alimenti si effettuerà la ricerca di eventuali casi asintomatici, tramite coprocoltura.

Sono opportuni interventi di sanificazione, sia nell'ambiente ove soggiorna o ha soggiornato il malato, sia nella struttura ove si ritiene sia stata contratta l'infezione; sono invece inutili interventi di disinfezione.

Si ritengono misure non fondate su evidenza scientifica l'esecuzione della coprocoltura a tutti i frequentanti se non sintomatici, l'esclusione di eventuali portatori dalla frequenza in collettività, la terapia antibiotica come bonifica dei portatori o come misura di profilassi nei contatti.

? Sono soggetti al sistema di sorveglianza europeo i singoli quadri clinici ed in particolare: infezione da campylobacter, cryptosporidiosi, infezione da escherichia coli enteroemorragica, shigellosi, yersiniosi

EPATITI VIRALI

Descrizione clinica

Processo infiammatorio a carico del fegato provocato da agenti virali, nei casi sintomatici con quadro clinico caratterizzato da lieve sintomatologia (malessere, anoressia, astenia, nausea e dolori addominali, talvolta febbre) e ittero, ovvero notevole aumento delle transaminasi.

Epatite virale di tipo A

Criteri diagnostici di laboratorio

- Anticorpo IgM positivo al virus dell'epatite A (anti-HAV).
- Individuazione dell'antigene nelle feci.
- Individuazione dell'acido nucleico nel siero.

Definizione di caso

Possibile: quadro clinico compatibile

Probabile: un caso che rispetta la definizione clinica ed ha un collegamento epidemiologico

Confermato: un caso che corrisponde alla definizione clinica ed è confermato in laboratorio

Agente eziologico

Il virus HAV è un Hepatovirus a Rna appartenente alla famiglia Picornaviridae.

Diffusione

Diffusa in tutto il mondo.

Fonte di infezione

Uomo, raramente altri primati non umani.

Modalità di trasmissione

Trasmissione attraverso la via oro-fecale, o con veicoli quali alimenti contaminati, raramente acque destinate al consumo umano contaminate, ma soprattutto da persona a persona in ambienti familiari o comunità ove esistono contatti stretti.

Periodo di incubazione

Da 15 a 50 giorni, mediamente 28-30 giorni.

Periodo di contagiosità

La massima concentrazione del virus nelle feci si ha da 2 settimane prima ad 1 settimana dopo la comparsa dell'ittero oppure, nei casi anitterici o asintomatici, durante il picco dei livelli ematici degli enzimi epatocellulari. Sebbene la viremia si verifichi precocemente e possa persistere per parecchie settimane dopo la comparsa dei sintomi, la trasmissione dell'HAV per via ematica non è frequente.

Segnalazione/Notifica

Sistema informativo delle malattie infettive D.M. 15-12-1990:

obbligatoria di classe II.

Sistema di sorveglianza malattie infettive Regione Lombardia:

segnalazione immediata all'ASL da parte del medico curante; invio notifica mensile dall'ASL all'U.O. Prevenzione Regione Lombardia.

Provvedimenti nei confronti del malato

Isolamento enterico del soggetto per 7 giorni dall'inizio dei sintomi e allontanamento dalla collettività per la durata di 7 giorni.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti

Sorveglianza sanitaria presso la collettività rilevando gli assenti una volta la settimana dal 15° al 50° giorno dopo l'ultima presenza del caso.

La vaccinazione antiepatite A va praticata, entro 8 giorni dall'esordio dei sintomi nel caso, a:

- contatti sessuali e conviventi
- compagni e operatori di asili nido e scuole materne
- compagni delle classi di scuola elementare che utilizzano gli stessi servizi igienici.

La vaccinazione in epoca successiva è utile per la prevenzione di casi terziari.

Immunoglobuline normali contemporaneamente al vaccino nei seguenti casi:

- la persona esposta è a particolare rischio di un esito sfavorevole dopo infezione da HAV (età > 50 anni, o presenza di cirrosi epatica, o pre-esistente infezione da HCV o HBV)
- individuazione di contatti stretti oltre gli 8 giorni utili all'esecuzione della vaccinazione. Le IG possono essere effettuate fino a 14 giorni dall'esordio dei sintomi del caso; oltre tale periodo, fino ad un massimo di 28 giorni, possono attenuare forme gravi di malattia.

Altre misure:

- distribuzione, alle famiglie dei contatti di casi scolastici, di fogli informativi sulla malattia, (modalità di trasmissione, periodo d'incubazione, sintomi d'esordio, ecc) e sulla necessità di una tempestiva comunicazione di eventuale nuovo caso
- indagine per la ricerca di possibili altri casi sia in ambito familiare che tra i conoscenti
- ricerca di possibili fonti di contagio (tenendo presente che nella nostra regione prevalgono le forme da importazione) così da risalire alla fonte di infezione o all'alimento sospetto (indagine capillare sugli alimenti consumati negli ultimi due mesi dal paziente, verificando la provenienza di alimenti sospetti).

Epatite virale di tipo B

Criteri diagnostici di laboratorio:

- Anticorpo IgM positivo all'antigene "core" dell'epatite B (antiHBc)
- Individuazione dell'acido nucleico dell'HBV nel siero

Definizione di caso:

Possibile: quadro clinico compatibile

Probabile: un caso che sia positivo all'HbsAg e che presenti un quadro clinico compatibile con un'epatite acuta.

Confermato: un caso confermato in laboratorio.

Agente eziologico

Il virus dell'HBV è un hepadnavirus, a DNA, contenente l'antigene di superficie (HBsAg), l'antigene core (HBcAg) e l'antigene e (HBeAg).

Diffusione

In tutto il mondo. Nel nostro Paese l'introduzione della vaccinazione ha determinato una decisa contrazione dei casi di epatite virale di tipo B registrati, e dei casi di nuova infezione.

Fonte di infezione

Uomo.

Modalità di trasmissione

Direttamente da soggetto infetto attraverso il sangue e suoi derivati, liquidi biologici (saliva, liquor, liquido peritoneale, pleurico, pericardico, sinoviale, amniotico, sperma ed il secreto vaginale), quindi per contatto familiare, sessuale e da madre infetta a feto.

Periodo di incubazione

Da 45 a 180 giorni, mediamente 60-90 giorni

Periodo di contagiosità

Da diverse settimane prima dell'inizio della sintomatologia, permanendo per tutta la durata della malattia. L'infettività cronica varia dalla condizione di alta contagiosità (HBeAg positivo) a quella di bassa contagiosità (HBeAb positivi)

Segnalazione/Notifica

Sistema informativo delle malattie infettive D.M. 15-12-1990:

obbligatoria di classe II.

Sistema di sorveglianza malattie infettive Regione Lombardia:

segnalazione immediata all'ASL da parte del medico curante; invio notifica mensile dall'ASL all'U.O. Prevenzione Regione Lombardia.

Provvedimenti nei confronti del malato

Isolamento ematico del malato e del portatore e adozione delle precauzioni standard per prevenire l'esposizione ed il contatto con il sangue ed altri fluidi biologici. Non è previsto allontanamento da collettività.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti

In tabella sono indicate le tipologie di esposizione ed in provvedimenti di profilassi in relazione al soggetto esposto.

Tipo di esposizione	Soggetto non vaccinato	Soggetto vaccinato responder	Soggetto vaccinato non responder	Soggetto vaccinato con risposta non nota
Accidentale percutanea/ Permucoale	Vaccinazione + HBIG	Non trattamento	HBIG + rivaccinazione	Ricerca antiHBs; se inadeguato HBIG + dose Booster (prosecuzione ciclo vaccinale se risposta inadeguata)
Contatto familiare di HbsAg positivo	Vaccinazione	Non trattamento	Non trattamento	Ricerca antiHBs ; se inadeguata dose Booster
Contatto familiare di caso acuto con esposizione certa al sangue	Vaccinazione + HBIG	Non trattamento	HBIG 2 dosi a distanza di un mese oppure 1 dose HBIG + rivaccinazione	Ricerca antiHBs se inadeguata HBIG + dose booster (prosecuzione ciclo vaccinale se ancora risposta inadeguata)
Perinatale	Vaccinazione + HBIG	-	-	-
Sessuale-infezione acuta	Vaccinazione + HBIG	Non trattamento	HBIG 2 dosi oppure HBIG + rivaccinazione	Ricerca antiHBs se inadeguata HBIG + dose Booster
Sessuale-portatore Cronico	Vaccinazione	Non trattamento	Non trattamento	Ricerca antiHBs se inadeguata dose Booster

Per l'esecuzione della vaccinazione contro l'epatite virale di tipo B e relativi schemi di intervento, si rimanda ai relativi Decreto e Circolare del Ministero della sanità.

Epatite virale di tipo C

Descrizione clinica

Nel 10-20% dei casi la malattia si manifesta con sintomi aspecifici - anoressia, malessere dolori addominali, astenia, ecc.; nel 20-30% ittero; nel 60-70% dei casi nessun sintomo. Il tempo medio di sieroconversione dopo esposizione è di 8-9 settimane; entro 6 mesi il 97% dei soggetti sieroconverte. Eccezionali le sieroconversioni dopo 9 mesi.

Criteri diagnostici di laboratorio:

- Individuazione di anticorpi specifici all'HCV
- Individuazione di acido nucleico dell'HCV nei campioni clinici

Definizione di caso

Possibile: quadro clinico compatibile

Probabile: un caso che sia positivo all'HCV-Ab e che presenti un quadro clinico compatibile con un'epatite acuta.

Confermato: un caso confermato in laboratorio

Agente eziologico

Virus a RNA appartenente alla famiglia dei Flaviviridae.

Diffusione

In tutto il mondo

Fonte di infezione

Uomo

Modalità di trasmissione

HCV è trasmesso attraverso esposizione percutanea a grandi quantità o per ripetute piccole esposizioni a sangue infetto o suoi derivati.

- Trasfusioni di sangue ed emoderivati: rischio bassissimo (attorno allo 0) per i controlli effettuati su donatori e ogni unità di sangue donato.
- Immunoglobuline: nessun caso da somministrazione i.m., qualche segnalazione in passato da somministrazione e.v. ora devono essere HCV Ab negative.
- Uso di droghe e.v.: rischio altissimo (infezione più rapida rispetto ad HIV in quanto vi sono più tossicodipendenti infetti e quindi il rischio di esposizione è maggiore)
- Interventi sanitari: a particolare rischio gli emodializzati. Probabilmente le pratiche odontoiatriche sono all'origine di quel 10% di casi in cui non è stata identificata alcuna modalità particolare di acquisizione dell'infezione; non vi sono però studi in tal senso.
- Il rischio di trasmissione da operatore infetto a paziente è bassissimo (non sono previste restrizioni lavorative per gli operatori HCV Ab positivi, anche se HCV RNA positivi).
- Operatori sanitari: non hanno prevalenza di infezione più alta di quella della popolazione generale; il rischio di contrarre l'infezione dopo esposizione accidentale a sangue infetto è 10 volte più basso che per l'HBV (rischio medio dopo esposizione a sangue certamente infetto: 1.8% - range 0 - 7%). Ripetute esposizioni accidentali aumentano il rischio.
- Altre esposizioni percutanee: ad oggi nessuno studio dimostra che la pratica del tatuaggio o del piercing siano a rischio particolare per la trasmissione dell'HCV.
- Attività sessuale: è riportata associazione tra infezione e rapporto sessuale non protetto con soggetto con storia di epatite o che ha avuto molti partner. La trasmissione è 4 volte più efficace dall'uomo alla donna.

Bassa prevalenza è stata invece riscontrata in partner di soggetti con infezione cronica da HCV che non abbiano altri fattori di rischio. In conclusione, la trasmissione può avvenire ma è evento estremamente raro.

- Contatti familiari: non esistono rischi particolari
- Trasmissione verticale: correlata alla positività per HCV RNA della madre al momento della nascita (rischio 5-6% - range 0-25%). Il rischio aumenta a più del 14% (range 5-36%) se la mamma è anche HIV positiva. Non esistono differenze tra parto cesareo e vaginale né vi è correlazione tra infezione e allattamento al seno.

Pertanto, lo screening per la ricerca degli anti-HCV è raccomandato per:

- persone che hanno ricevuto trasfusioni o trapianti in epoca antecedente lo screening dei donatori;
- pazienti emofilici trasfusi con emoderivati prima dell'introduzione di efficaci sistemi di inattivazione;
- tossicodipendenti anche se le droghe iniettive sono state utilizzate solo sporadicamente;
- soggetti in trattamento emodialitico;
- personale sanitario che ha avuto esposizione percutanea o a livello delle mucose con sangue HCV positivo;

- bambini nati da madre positiva.

Periodo di incubazione

Variabile da 2 settimane a 6 mesi, mediamente 6-9 settimane; nel 10-20% dei casi la malattia si manifesta con sintomi aspecifici - anoressia, malessere dolori addominali, astenia, ecc.; nel 20-30% ittero; nel 60-70% dei casi nessun sintomo. Il tempo medio di sieroconversione dopo esposizione è di 8-9 settimane; entro 6 mesi il 97% dei soggetti sieroconverte. Eccezionali le sieroconversioni dopo 9 mesi.

Periodo di contagiosità

Da una o più settimane prima dell'esordio dei primi sintomi; nella maggior parte degli infettati persiste indefinitamente.

Segnalazione/Notifica

Sistema informativo delle malattie infettive D.M. 15-12-1990:

obbligatoria di classe II.

Sistema di sorveglianza malattie infettive Regione Lombardia:

segnalazione differita all'ASL da parte del medico curante; invio notifica mensile dall'ASL all'U.O. Prevenzione Regione Lombardia.

Provvedimenti nei confronti del malato.

- Isolamento ematico del malato e del portatore adozione delle precauzioni standard per prevenire l'esposizione ed il contatto con il sangue ed altri fluidi biologici.
- Proposta di vaccinazione contro l'epatite A e B dopo verifica di suscettibilità

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti.

- Ricerca dell'HCV Ab nel partner sessuale (ricerca della fonte) al tempo 0; se negativo, consigliare test dopo 6 mesi per rilevare eventuale contagio.
- Ricerca dell'HCV Ab solo in quei contatti in cui vi può essere stato scambio ematico (uso in comune di rasoi/spazzolini da denti, puntura accidentale, soccorso per ferite, ecc.) come ricerca della fonte; ricerca dell'HCV al tempo 0 e dopo 6 mesi nelle seguenti situazioni: contaminazione cutanea o mucosa a sangue del malato - a contatti con esposizione nei 2 -3 mesi precedenti la comparsa della malattia (ricerca casi secondari).
- Adozione di misure preventive comportamentali atte ad evitare il contagio.

Altri provvedimenti.

- Inchiesta epidemiologica per la ricerca della fonte/modalità di acquisizione dell'infezione. Cercare eventuali episodi di contaminazione con sangue nei confronti di terzi avvenute nei 2-3 mesi precedenti (possibili casi secondari).

Epatite virale di tipo D

Il virus dell'epatite virale di tipo D può contagiare solo se unitamente al B (HBV) o superinfettare un soggetto portatore di quest'ultimo.

Pertanto si rimanda al capitolo relativo all'epatite virale di tipo B.

Epatite virale di tipo E

Criteri diagnostici di laboratorio

- Anticorpo IgM ed IgG anti-HEV.
- Test di PCR per evidenziare l'HEV-RNA nel siero e nelle feci.
- Test in immunofluorescenza a blocco anticorpale per evidenziare gli anticorpi antiantigeneHEV nel siero e nel fegato.

Definizione di caso

Possibile: quadro clinico compatibile

Probabile: un caso che rispetta la definizione clinica ed ha un collegamento epidemiologico

Confermato: un caso confermato in laboratorio

Agente eziologico

Il virus HEV è a RNA a singola elica sembrerebbe appartenere ad una propria famiglia, in passato classificato nella famiglia dei Caliciviridae.

Diffusione

In tutto il mondo. E' il principale agente eziologico delle epatiti nonA nonB a trasmissione enterica.

Epidemie si sono verificate in Paesi con insufficiente livello sanitario.

Fonte di infezione

Uomo; va considerata anche la possibilità di un serbatoio animale (maiali).

Modalità di trasmissione

Trasmissione attraverso la via oro-fecale; l'acqua contaminata da feci è il veicolo più conosciuto.

Periodo di incubazione

Da 15 a 64 giorni mediamente 26-42 giorni

Periodo di contagiosità

Non è noto; l'eliminazione del virus sembrerebbe avvenire attraverso le feci per circa 14 giorni dopo l'ittero.

Segnalazione/Notifica

Sistema informativo delle malattie infettive D.M. 15-12-1990:

obbligatoria di classe II.

Sistema di sorveglianza malattie infettive Regione Lombardia:

segnalazione differita all'ASL da parte del medico curante; invio notifica mensile dall'ASL all'U.O.

Prevenzione Regione Lombardia.

Provvedimenti nei confronti del malato

Isolamento enterico del soggetto e allontanamento da collettività per la durata di almeno 15 giorni dalla comparsa dell'ittero e comunque a seguito di riscontro di negatività della ricerca di HEV-RNA nelle feci.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti

Individuazione della probabile fonte di contagio.

Sorveglianza sanitaria per familiari e contatti scolastici sino a 30 giorni dall'esordio del caso, onde evidenziare ulteriori casi.

Epatite virale di tipo G

Agente eziologico

Virus a RNA appartenente alla famiglia dei Flaviviridae, di cui sono allo stato attuale conosciuti due virus: HGV e GBV-C

Fonte di infezione

Uomo

Modalità di trasmissione

Direttamente da soggetto infetto attraverso la via parenterale percorrendo le vie di trasmissione dell'HCV e quindi attraverso trasfusioni di sangue e suoi derivati, attraverso scambio di siringhe, nei soggetti in emodialisi, attraverso rapporti sessuali e da madre a figlio. In bibliografia sono descritte coinfezioni con HBV, HCV e HIV.

Segnalazione/Notifica

Sistema informativo delle malattie infettive D.M. 15-12-1990:

obbligatoria di classe II.

Sistema di sorveglianza malattie infettive Regione Lombardia:

segnalazione differita all'ASL da parte del medico curante; invio notifica mensile dall'ASL all'U.O.

Prevenzione Regione Lombardia.

Provvedimenti nei confronti del malato.

Isolamento ematico dell'infetto e del malato e adozione delle precauzioni standard per prevenire l'esposizione ed il contatto con il sangue ed altri fluidi biologici.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti.

Fondamentale l'adozione di misure preventive comportamentali atte ad evitare il contagio.

Sorveglianza sanitaria sui conviventi.

FEBBRE GIALLA

Descrizione clinica

Malattia virale caratterizzata da una sintomatologia improvvisa e sintomi costituzionali seguiti da breve remissione e ripresa della febbre, con le seguenti manifestazioni: epatite, albuminuria e, in alcuni casi, blocco renale, shock ed emorragie generalizzate.

Criteri diagnostici di laboratorio

- Dimostrazione di una risposta specifica degli anticorpi alla febbre gialla presso un soggetto che non presenti precedenti di vaccinazioni recenti contro la febbre gialla ed esclusione di reazioni causate da altri flavivirus.
- Individuazione del virus.
- Individuazione dell'antigene della febbre gialla.
- Individuazione dell'acido nucleico della febbre gialla.

Definizione di caso

Possibile: caso clinicamente compatibile

Probabile: caso clinicamente compatibile con un collegamento epidemiologico.

Confermato: caso clinicamente compatibile confermato in laboratorio.

Agente eziologico

Arbovirus appartenente alla famiglia dei Flaviviridae.

Diffusione

Il virus è endemico in certe zone tropicali dell'Africa e dell'America centrale e australe. Il numero delle epidemie è in aumento dai primi anni ottanta.

Fonte di infezione

Nelle aree urbane l'uomo e le zanzare, prevalentemente *Aedes aegypti*; nelle foreste i vertebrati (principalmente scimmie) e zanzare.

Modalità di trasmissione

Nelle aree urbane e in certe aree rurali è trasmessa per la puntura di zanzare *Aedes aegypti*. Nelle foreste altre zanzare infettano prevalentemente le scimmie, ma anche l'uomo. Le zanzare generalmente pungono nelle ore diurne; la trasmissione avviene fino a 2.500 metri di altitudine. La malattia è altamente trasmissibile dove coesistono molte persone suscettibili e una larga presenza di zanzare vettori; non è trasmissibile per contatto e attraverso veicoli comuni.

Periodo di incubazione

Da 3 a 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 della malattia. Il periodo di incubazione estrinseco nell'*Aedes aegypti* è comunemente di 9-12 giorni; una volta infettate, le zanzare rimangono contagiose per sempre.

Segnalazione/Notifica

Sistema informativo delle malattie infettive D.M. 15-12-1990:

obbligatoria di classe I; criterio di validazione: clinica.

Sistema di sorveglianza malattie infettive Regione Lombardia:

segnalazione immediata all'ASL da parte del medico curante; invio notifica immediata dall'ASL all'U.O.

Prevenzione Regione Lombardia; criterio di validazione: segnalazione di caso da parte del medico, su criterio clinico.

Provvedimenti nei confronti del malato

In caso di ricovero ospedaliero devono essere osservate le precauzioni standard.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti

Non sono necessari interventi.

GONORREA

Descrizione clinica.

Quadro clinico caratterizzato da uretrite, cervicite o salpingite.

Negli uomini la manifestazione clinica più comune è l'uretrite non complicata con disuria e perdite uretrali. Nelle donne la manifestazione più comune è la cervicite, che solo nella metà dei casi si manifesta clinicamente, con perdite vaginali, dolore al basso addome e dispareunia; nel 20-40% dei casi si ha coinfezione con clamidia

Criteri diagnostici di laboratorio:

- individuazione di *Neisseria Gonorrhoeae* a partire da un campione clinico;
- rilevazione dell'antigene o dell'acido nucleico della *N.Gonorrhoeae*;
- dimostrazione della presenza di diplococchi endocellulari gram-negativi in uno striscio uretrale effettuato su un soggetto maschile.

Definizione dei casi:

Possibile: caso clinico compatibile

Probabile: caso clinico con collegamento epidemiologico

Confermato: caso confermato in laboratorio.

Agente eziologico.

Diplococco Gram-negativo denominato *Neisseria gonorrhoeae*.

Diffusione

In tutto il mondo. Alta prevalenza nelle comunità con basso livello socio economico.

Fonte di infezione

Uomo

Modalità di trasmissione

Per contatto diretto con le lesioni, nella gran parte dei casi attraverso l'attività sessuale e durante il parto.

Periodo di incubazione

Di solito 2-7 giorni

Periodo di contagiosità

Per tutto il periodo di infezione e sino all'avvio di una terapia efficace, in assenza del trattamento il rischio di contagio è notevole.

Segnalazione/Notifica

Sistema informativo delle malattie infettive D.M. 15-12-1990:

obbligatoria di classe II; criterio di validazione: quadro clinico compatibile + esame diretto

Sistema di sorveglianza malattie infettive Regione Lombardia:

segnalazione differita all'ASL da parte del medico curante; invio notifica mensile dall'ASL all'U.O.

Prevenzione Regione Lombardia; criterio di validazione: quadro clinico compatibile + esame diretto

Provvedimenti nei confronti del malato.

Va data indicazione al malato di evitare rapporti sessuali fino a completamento del trattamento; inoltre i rapporti dovranno essere evitati con partner infetti non trattati.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti

Sorveglianza sanitaria e indagine sui contatti, adottando misure atte a tutelare la riservatezza e di comunicazione concordata con l'interessato, al fine di sottoporre ad accertamenti i contatti sessuali con casi sintomatici nei 30 giorni precedenti ed i contatti di casi sintomatici nei precedenti 60 giorni.

Fondamentale l'adozione di misure preventive atte ad evitare il contagio.

LEISHMANIOSI CUTANEA E MUCOSA

Descrizione clinica

Malattia protozoaria polimorfa, a trasmissione vettoriale, a carico di cute e mucose, con lesioni ulcerative, singole o multiple, che possono essere seguite, a distanza di anni, da estesa distruzione dei tegumenti.

Criteri diagnostici di laboratorio

- Dimostrazione di forme intracellulari del parassita in strisci di materiale prelevato dalle lesioni o in prelievi biotici;
- Isolamento colturale di ceppi di Leishmania da campioni biologici.

Definizione di caso

Possibile: quadro clinico compatibile

Probabile: quadro clinico compatibile con esposizione.

Confermato: caso clinicamente compatibile confermato in laboratorio

Agente eziologico

Protozoo del Genere Leishmania di varie Specie: L.tropica, major, aethiopica donovani presenti nell'emisfero orientale; brasiliensis, mexicana chagasi nell'emisfero occidentale .

Le leishmanie sono parassiti intracellulari obbligati dei fagociti mononucleati.

Diffusione

La malattia è diffusa in Medio Oriente ed in alcuni Paesi asiatici e africani, dell'America centrale e meridionale; casi sono segnalati nei Paesi dell'ex Unione sovietica e dell'Europa meridionale

Fonte di infezione

Molte specie di animali, selvatici e domestici, costituiscono la fonte di infezione per l'uomo. Il vettore della malattia è un flebotomo, la mosca della sabbia.

Modalità di trasmissione

Attraverso la puntura di flebotomi femmine infette. Sono state riportate trasmissioni interpersonali e attraverso emotrasfusioni e rapporti sessuali ma sono molto rare.

Segnalazione/Notifica

Sistema informativo delle malattie infettive D.M. 15-12-1990:

obbligatoria di classe II; criterio di validazione: quadro clinico compatibile + esame diretto

Sistema di sorveglianza malattie infettive Regione Lombardia:

segnalazione differita all'ASL da parte del medico curante; invio notifica mensile dall'ASL all'U.O.

Prevenzione Regione Lombardia;criterio di validazione: quadro clinico compatibile + esame diretto

Provvedimenti nei confronti del malato

Non vi sono provvedimenti specifici, in relazione al ciclo e modalità di trasmissione.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti

Nessun provvedimento, eccetto che l'indagine epidemiologica, volta a riconoscere eventuali esposizioni comuni al malato.

? La Leishmaniosi non è soggetta al sistema di sorveglianza comunitaria delle malattie trasmissibili istituite dalla Commissione delle Comunità Europee il 19 marzo 2002.

LEISHMANIOSI VISCERALE

(kala-azar)

Descrizione clinica

Quadro clinico caratterizzato da febbre anoressia epatosplenomegalia, linfadenopatia, anemia, dimagrimento, astenia progressiva; nei casi non trattati la malattia conduce a cachessia e morte.

Criteri diagnostici di laboratorio

- Dimostrazione di parassiti intracellulari nell'aspirato splenico o altri campioni biologici
- Isolamento colturale di ceppi di leishmania oppure positività prova biologica su cavia.

Definizione di caso

Possibile : quadro clinico compatibile

Probabile: quadro clinico compatibile, con esposizione

Confermato: quadro clinico compatibile con accertamento di laboratorio.

Agente eziologico

Tipicamente, ma non in modo esclusivo: Leishmania donovani , infantum, chagasi, tropica

Diffusione

Zone rurali di aree tropicali subtropicali compreso il bacino mediterraneo .

Fonte di infezione

Uomo, canidi selvatici e cani domestici.

Modalità di trasmissione

Tramite puntura di flebotomo infetto.

Periodo di incubazione

Da 10 giorni fino ad anni, in genere da due a sei mesi.

Periodo di contagiosità

Non è trasmessa da uomo ad uomo ma i flebotomi sono infettati finchè sono presenti parassiti nel sangue o nella cute dei mammiferi serbatoio.

Segnalazione/Notifica

Sistema informativo delle malattie infettive D.M. 15-12-1990:

obbligatoia di classe II; criterio di validazione: quadro clinico compatibile + esame diretto

Sistema di sorveglianza malattie infettive Regione Lombardia:

segnalazione differita all'ASL da parte del medico curante; invio notifica mensile dall'ASL all'U.O.

Prevenzione Regione Lombardia; criterio di validazione: quadro clinico compatibile + esame diretto

Provvedimenti nei confronti del malato

Nessun provvedimento.

Provvedimenti nei confronti di contatti e conviventi

Nessun provvedimento.

? La Leishmaniosi non è soggetta al sistema di sorveglianza comunitaria delle malattie trasmissibili istituito dalla Commissione della Comunità Europea il 19 marzo 2002.

LEGIONELLOSI

Descrizione clinica

Si tratta di una malattia batterica acuta caratterizzata da due manifestazioni cliniche distinte, "la malattia del legionario" e "la febbre di Pontiac".

La prima è caratterizzata clinicamente da un quadro di polmonite; la seconda da una sintomatologia simile all'influenza caratterizzata da febbre, cefalea, mialgia e da tosse secca, con guarigione spontanea senza terapia dopo 2-5 giorni e con nessun segno di polmonite.

Criteri diagnostici di laboratorio

- Individuazione di qualsiasi organismo di legionella a partire da secrezioni respiratorie, tessuto polmonare o sangue.

- Dimostrazione di una risposta specifica degli anticorpi al sierogruppo 1 o ad altri sierogruppi della Legionella Pneumophila oppure ad altre specie di Legionella mediante test indiretto a immunofluorescenza o prova di microagglutinazione:
- Individuazione dell'antigene specifico della Legionella nelle urine utilizzando reagenti convalidati.

Per i casi probabili:

- Un unico titolo elevato degli anticorpi sierici al sierogruppo 1 della L. Pneumophila ovvero altri sierogruppi o altre specie di Legionella.
- Individuazione dell'antigene specifico della Legionella nelle secrezioni respiratorie ovvero individuazione mediante prova di fluorescenza diretta (DFA) della presenza dell'organismo nelle secrezioni respiratorie o nel tessuto polmonare, utilizzando reagenti monoclonali.

Definizione di caso

Possibile : quadro clinico compatibile

Probabile: caso clinicamente compatibile con criteri diagnostici sopra segnalati, oppure un caso clinicamente compatibile con un collegamento epidemiologico.

Confermato: caso clinicamente compatibile confermato in laboratorio.

Agente eziologico

Sono stati identificati oltre 42 differenti tipi di Legionella; meno della metà sono patogeni per l'uomo.

Legionella Pneumophila è responsabile di oltre il 90% delle legionellosi nell'uomo. Sono state identificati più di 14 sierotipi di Legionella pneumophila; il sierogruppo 1 è responsabile dell'80% dei casi.

Diffusione

In tutto il mondo; anche se i casi possono verificarsi durante tutto il corso dell'anno, sono più comuni in estate e in autunno. Gli ultimi rapporti dell'Istituto Superiore di Sanità indicano un incremento dei casi notificati (639 nel 2002), con una riduzione percentuale di quelli contratti in ambito nosocomiale o durante viaggi.

Fonte e Serbatoio di infezione

Uomo. Il serbatoio naturale è rappresentato dai corpi idrici quali, specchi lacustri, corsi d'acqua, acquedotti, impianti idrici, sistemi di riscaldamento dell'acqua, piscine, torri di raffreddamento dei sistemi di condizionamento dell'aria, oppure condensatori di evaporazione, umidificatori, vasche a getto d'acqua, apparecchiature per terapie respiratorie.

Modalità di trasmissione

La trasmissione avviene per inalazione di aerosol contaminati; raramente può verificarsi attraverso ingestione e/o aspirazione di acqua contaminata. Quadri clinici di malattia più grave tendono a verificarsi con l'aumentare dell'età (la maggior parte dei casi ha almeno 50 anni).

Periodo di incubazione

Per la malattia dei legionari abitualmente da 2 a 10 giorni, più frequentemente 5-6 giorni. Per la febbre di Pontiac da 5 a 66 ore più frequentemente 24-48 ore.

Periodo di contagiosità

Non sono descritti casi dovuti a contagio interumano.

Segnalazione/Notifica

Sistema informativo delle malattie infettive D.M. 15-12-1990:

obbligatoria di classe II; è previsto un sistema di sorveglianza specifico per la legionellosi (Circolare Ministeriale 400.2/9/5708 del 29/12/93, come revisionata con il Documento di linee-guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi adottato dalla Conferenza Stato Regioni del 4 aprile 2000) in base al quale il medico che fa diagnosi è tenuto all'invio della scheda di sorveglianza, per i casi confermati, all'ASL ed all'Istituto Superiore di Sanità, cui è trasmesso anche il ceppo batterico.

Sistema di sorveglianza malattie infettive Regione Lombardia:

segnalazione immediata all'ASL da parte del medico curante; invio mensile da parte dell'ASL all'U.O. Prevenzione Regione Lombardia, comprensivo della scheda di vigilanza speciale .

Provvedimenti nei confronti del malato

Raccomandate le precauzioni standard.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti

Nessun intervento è necessario nei confronti di familiari e collettività scolastiche o lavorative. E' tuttavia importante condurre un'accurata inchiesta epidemiologica, col significato di individuare eventuali altri soggetti esposti alla fonte di infezione, da sottoporre a sorveglianza sanitaria, per circa 10 - 15 giorni.

Altre misure preventive

Vanno sottoposti a disinfezione e pulizia periodica (almeno semestrale) gli impianti di condizionamento "aperti" (ove cioè l'acqua di raffreddamento o umidificazione viene a contatto con

l'aria immessa nell'ambiente), i sistemi di accumulo e riscaldamento (bollitori) dell'acqua calda ad uso igienico, anche in caso non vi sia stato isolamento dell'agente patogeno.

Controllo, con prelievo, degli impianti di condizionamento e di distribuzione dell'acqua potabile.

Eventuale bonifica e disinfezione degli stessi mediante clorazione e/o riscaldamento dell'acqua circolante a temperature superiori a 60°C.

Indicazioni più dettagliate sono presenti nei Documenti ministeriali e regionali citati.

LEPTOSIROSIS

Descrizione clinica

Malattia infettiva caratterizzata da febbre, cefalea, brividi, mialgia, congiuntivite e, meno frequentemente, meningite, eritema, ittero o insufficienza renale.

Criteri diagnostici di laboratorio

- individuazione di leptospira a partire da un campione clinico
- dimostrazione di un incremento specifico del titolo di agglutinazione di leptospira
- dimostrazione della presenza di leptospira in un campione clinico mediante immunofluorescenza
- individuazione dell'anticorpo IgM alla leptospira nel siero

Definizione di caso

Possibile: quadro clinico compatibile

Probabile: quadro clinico compatibile con collegamento epidemiologico

Confermato: caso clinicamente compatibile confermato in laboratorio

Agente eziologico

Trattasi di Spirochete; le specie borgpetersenii, inadai, interrogans, kirscheneri, noguchii, santarosai e weilii comprendono la maggior parte delle leptospire patogene.

Diffusione

Malattia diffusa in tutto il mondo. Rappresenta un rischio occupazionale per i contadini, per gli addetti ai servizi fognari, per gli allevatori, per i veterinari, per gli addetti ai macelli.

Può rappresentare un rischio anche per quanti vengono a contatto con acque di fiume o di lago, contaminate accidentalmente da urine o tessuti di animali infetti.

Fonte di infezione

Molte specie di animali selvatici e domestici (cani, ratti, e bestiame) possono fungere da serbatoio; la trasmissione da persona a persona è rara.

Modalità di trasmissione

Attraverso contatto della cute abrasa e delle mucose con acqua, suolo umido, vegetazione contaminata o per contatto diretto con urine o tessuti di animali infetti; talvolta per inalazione di goccioline aerosolizzate di fluidi contaminati.

Periodo di incubazione

E' generalmente di 7-13 giorni con un range da 2 a 26

Periodo di contagiosità

La trasmissione diretta da persona a persona è rara. Le leptospire possono essere escrete nelle urine dall'animale infetto dal primo ad oltre il terzo mese dopo la malattia acuta; negli animali portatori asintomatici la leptospiuria può persistere per lungo periodo.

Segnalazione /notifica

Sistema informativo delle malattie infettive D.M. 15-12-1990:

obbligatoria di classe II, criterio di validazione: clinica+sierologia

Sistema di sorveglianza malattie infettive Regione Lombardia:

segnalazione differita entro il mese all'Asl da parte del medico curante, invio notifica mensile dall'ASL all'U.O. Prevenzione Regione Lombardia; criterio di validazione: clinica+accertamento di laboratorio

Provvedimenti nei confronti del malato

Sono raccomandate le precauzioni standard durante il ricovero ospedaliero ed in particolare disinfezione continua di oggetti contaminati con urine.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti

Nessun provvedimento.

LISTERIOSIS

Descrizione clinica

Infezione che può provocare una o più sindromi cliniche, fra cui mortalità neonatale, aborto, meningoencefalite e/o setticemia nei neonati e negli adulti.

Criteri diagnostici di laboratorio

Individuazione di *Listeria monocytogenes* in un sito solitamente sterile (ad esempio, sangue o liquido cerebrospinale, ovvero, più raramente, liquido articolare, pleurico o della regione pericardica).

Definizione di caso

Possibile: quadro clinico compatibile

Probabile: quadro clinico compatibile con collegamento epidemiologico

Confermato: caso clinicamente compatibile confermato in laboratorio

Agente eziologico

La *L. Monocytogenes* è un bacillo Gram positivo, piccolo, aerobio che non forma spore; nell'uomo le infezioni sono di solito determinate dalle sierovarianti 1/2a, 1/2b e 4b.

Diffusione

E' ampiamente diffusa nell'ambiente, in tutto il mondo, specialmente nella catena alimentare.

Fonte di infezione

I serbatoi principali sono costituiti dal suolo, dal foraggio, dall'acqua, dal fango e dai silos dove vengono riposte le granaglie.

Altri serbatoi comprendono gli animali domestici e selvatici infetti.

Lo stato di portatore fecale asintomatico è di riscontro frequente nell'uomo (circa il 10%).

Modalità di trasmissione

E' soprattutto di tipo indiretto, attraverso gli alimenti (latte non pastorizzato, formaggi morbidi, verdure contaminate, carni poco cotte); nelle infezioni neonatali la trasmissione avviene prevalentemente dalla madre al feto in utero o durante il passaggio attraverso il canale del parto, se infetto. Sono state segnalate epidemie in reparti nido attribuite a materiale contaminato.

Periodo di incubazione

Abitualmente tre settimane per la trasmissione per via alimentare; può variare da 3 a 70 giorni dopo esposizione o consumo di prodotto contaminato.

Periodo di contagiosità

La *Listeria* può essere presente per mesi nelle feci di individui infetti.

Dopo il parto l'eliminazione del germe attraverso le secrezioni vaginali e le urine può avvenire per 7-10 giorni.

Segnalazione/Notifica

Sistema informativo delle malattie infettive D.M. 15-12-1990:

obbligatoria di classe II; criterio di validazione: clinica+coltura.

Sistema di sorveglianza malattie infettive regione Lombardia:

segnalazione immediata all'ASL da parte del medico curante; invio notifica mensile dall'ASL all'U.O.

Prevenzione Regione Lombardia; criterio di validazione: clinica+accertamento di laboratorio.

Provvedimenti nei confronti del malato

Isolamento enterico e adozione delle comuni norme igieniche.

Non sono previste restrizioni alla frequenza di collettività.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti

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

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

MALARIA

Descrizione clinica

Si tratta di malattia protozoaria a decorso acuto o subacuto, caratterizzata da febbre e sintomatologia associata, che comprende cefalee, dolori lombari, brividi, sudore, mialgia, nausea, vomito, diarrea e tosse.

Criteri diagnostici di laboratorio

- Individuazione dei parassiti della malaria nel sangue;
- Individuazione dell'acido nucleico del Plasmodium.

Definizione di caso

Possibile: quadro clinico compatibile

Probabile: caso clinico con esposizione

Confermato: episodio confermato in laboratorio di parassitemia della malaria (sintomatica o asintomatica).

Agente eziologico.

P.Falciparum, P.Ovale, P.vivax, P.malariae, possono causare la malattia nell'uomo.

Diffusione

In ampie zone dei Tropici e aree sub tropicali. Aree ad alta trasmissione si trovano ai bordi delle foreste in Sud America, Sud est asiatico e Africa sub sahariana. In Italia la malaria endogena è stata eradicata e si registrano alcune centinaia di casi annui da importazione.

Fonte di infezione.

Uomo

Modalità di trasmissione.

Attraverso le punture di zanzara (femmina) Anopheles.

Descritti casi anche a seguito di emotrasfusioni.

Periodo di incubazione.

Varia a seconda del Plasmodio in causa; mediamente 7-14 giorni.

Periodo di contagiosità.

E' in relazione alla possibilità delle zanzare di infettarsi, che permane sino alla presenza di gametofiti nel sangue di ammalati.

Segnalazione/Notifica

Sistema informativo delle malattie infettive D.M. 15-12-1990:

obbligatoria di classe III; oltre alla segnalazione è prevista la compilazione di specifica scheda Circolare 22 del 12 maggio 1992 e l'invio del vetrino al Ministero della Salute.

Sistema di sorveglianza malattie infettive Regione Lombardia:

segnalazione immediata all'ASL da parte del medico curante; invio mensile da parte dell'ASL all'U.O. Prevenzione Regione Lombardia, comprensivo della scheda di cui sopra.

Provvedimenti nei confronti del malato.

Raccomandate le precauzioni standard, oltre che effettuare una inchiesta epidemiologica.

Provvedimenti nei confronti dei contatti e conviventi.

Effettuazione di inchiesta epidemiologica per accertare eventuale fonte di infezione comune (medesimo viaggio del malato, soggiorno, escursioni, ecc. analoghe).

MALATTIE INVASIVE BATTERICHE (Meningiti/Sepsi)

Numerosi agenti patogeni sono in grado di causare infezioni invasive con il coinvolgimento delle meningi ad ogni età, ma i tre agenti più comuni trattati di seguito sono: Neisseria meningitidis, Haemophilus influenzae tipo b e Streptococcus Pneumoniae.

Agenti eziologici batterici meno comuni come stafilococchi, enterobatteriacee, streptococchi di gruppo B e Listeria, colpiscono persone con particolari condizioni di suscettibilità (come neonati e pazienti con immunodeficienze) o sono la conseguenza di un trauma cranico.

La sorveglianza deve essere attuata in tutte le forme invasive batteriche, sia che si manifestino col quadro di meningite che di sepsi.

Per quanto riguarda gli interventi di profilassi e controllo, di seguito sono indicati quelli da mettere in atto nei confronti di Meningococco, Haemophilus influenzae tipo b, Pneumococco; nei casi di meningite batterica senza identificazione eziologica ci si atterrà a quanto previsto per le forme meningococciche.

Meningite o sepsi da Haemophilus influenzae

Descrizione clinica

Quadro clinico compatibile con affezione invasiva, vale a dire batteriemia, meningite, artrite, epiglottide, osteomielite o cellulite.

Criteri diagnostici di laboratorio

- Individuazione di Haemophilus influenzae tipo b in un sito solitamente sterile
- Rilevazione dell'acido nucleico o antigene H. influenzae in un sito solitamente sterile

Definizione dei casi

Possibile: caso con quadro clinico compatibile ed identificazione solo in un sito normalmente non sterile

Probabile: caso clinicamente compatibile con rilevazione dell'antigene come specificato in precedenza.

Confermato: caso clinicamente compatibile confermato in laboratorio.

Agente eziologico

Coccobacillo Gram-negativo, di cui sono riconosciuti sei tipi capsulati, antigenicamente distinti tra loro (a-f); in epoca pre-vaccinale, quello maggiormente coinvolto nelle infezioni invasive dei bambini era il sierotipo b (Hib). Il tipo f è il secondo tipo più frequente responsabile di infezioni invasive.

Diffuso in tutto il mondo, colpisce prevalentemente dai due mesi ai tre anni; la meningite è rara oltre i cinque anni.

Fonte di infezione

Uomo.

Modalità di trasmissione

Attraverso la via aerea, per mezzo di droplets e secrezioni naso-faringee.

Periodo di incubazione

Si ipotizza breve, mediamente 2-4 giorni.

Periodo di contagiosità

Per tutto il periodo di permanenza del microorganismo nelle secrezioni orofaringee; l'infettività cessa dopo 24-48 ore dall'inizio di un adeguato trattamento antimicrobico.

Segnalazione/Notifica

Sistema informativo delle malattie infettive D.M. 15-12-1990:

obbligatoria di classe V; è previsto un sistema di sorveglianza specifico per le meningiti batteriche (Circolare Ministeriale n. 400 del 27 luglio 1994 e Circolare Regionale del 14 dicembre 1994) in base al quale il medico che fa diagnosi è tenuto all'invio della scheda di sorveglianza, per i casi confermati, al Ministero della Salute e del ceppo batterico al Laboratorio di Batteriologia all'Istituto Superiore di Sanità.

Sistema di sorveglianza malattie infettive Regione Lombardia:

segnalazione immediata all'ASL da parte del medico curante; invio mensile da parte dell'ASL all'U.O. Prevenzione Regione Lombardia.

Provvedimenti nei confronti del malato

Isolamento respiratorio per 24-48 ore dopo l'inizio di adeguata terapia, anche in caso di solo sospetto di meningite batterica.

Provvedimenti nei confronti di contatti e conviventi

Sorveglianza sanitaria per 10 giorni dei contatti stretti e conviventi di età inferiore a 6 anni. I bambini esposti che sviluppano una malattia febbrile devono essere prontamente valutati da un medico, indipendentemente da una eventuale copertura vaccinale contro l'Hib.

Chemioprofilassi

Offerta attiva e gratuita da effettuarsi con rifampicina 20 mg/Kg/die (max 600 mg/die) una volta al giorno per 4 giorni e da iniziare il più rapidamente possibile, anche se si ritiene possa ancora avere qualche efficacia ove somministrata dopo 7 giorni dall'ospedalizzazione del malato.

Deve essere offerta a:

- tutti i contatti familiari e di collettività infantili (anche adulti) dove è presente almeno un bambino (oltre il caso indice) al di sotto dei 12 mesi di età, anche se vaccinato, o di 1 – 3 anni di età (oltre il caso indice) che non sia stato adeguatamente vaccinato.
- tutti i familiari se è presente un bambino immunocompromesso, indipendentemente dal suo stato di immunizzazione contro l'Hib
- tutti i bambini e il personale di scuole materne se vi è stata l'insorgenza di almeno due casi di malattia invasiva entro un intervallo di 60 giorni e ci siano bambini non vaccinati o che non abbiano completato la scheda vaccinale (a questi la vaccinazione deve essere proposta o completata).

Altre misure preventive

I bambini colpiti da malattia invasiva da Hib prima dei 24 mesi di età, anche se già vaccinati in modo completo, devono essere nuovamente vaccinati secondo la scheda adeguata all'età come se non avessero mai ricevuto dosi del vaccino. La nuova vaccinazione deve essere intrapresa appena possibile, dopo che sia trascorso un mese dall'esordio della malattia.

I bambini ammalatisi dopo i 24 mesi non necessitano più di essere vaccinati, indipendentemente dal precedente stato vaccinale, in quanto la malattia avrà indotto un'adeguata risposta anticorpale.

Prima della dimissione, il malato dovrebbe assumere chemioprofilassi a meno che la malattia non sia stata trattata con antibiotici di provata efficacia nell'eradicazione dello stato di portatore.

Meningite o sepsi da *Neisseria meningitidis*

Descrizione clinica

Quadro clinico compatibile con infezione invasiva, vale a dire meningite e/o meningite che può evolvere rapidamente con porpora fulminante, shock e decesso. Sono possibili altre manifestazioni, tra cui l'esordio brusco in shock settico, con porpora, coagulazione intravascolare disseminata, shock, coma e morte entro alcune ore, nonostante adeguata terapia.

Criteria diagnostici di laboratorio:

- Individuazione di *Nisseria meningitidis* in un sito solitamente sterile (ad esempio, sangue o liquido cerebrospinale, ovvero, più raramente, liquido articolare, pleurico o della regione pericardica).
- Rilevazione dell'acido nucleico della *N. meningitidis* in un sito solitamente sterile.
- Rilevazione dell'antigene della *N. meningitidis* in un sito solitamente sterile.
- Dimostrazione della presenza di diplococchi Gram-negativi in un sito solitamente sterile tramite esame microscopico.
- Per casi probabili: un unico titolo elevato di anticorpi antimeningococco nel siero di un paziente convalescente.

Definizione di caso

Possibile: quadro clinico indicativo, ma non confermato o probabile.

Probabile: quadro clinico compatibile con la patologia meningococcica invasiva senza alcuna conferma di laboratorio ovvero con identificazione della *N. meningitidis* in un sito solitamente sterile, ovvero con elevati livelli di anticorpi anti meningococco nel siero di un paziente convalescente.

Confermato: caso clinicamente compatibile confermato in laboratorio.

Agente eziologico

Diplococco Gram-negativo di cui sono noti 13 sierogruppi, quelli maggiormente coinvolti nelle forme patologiche sono: A,B,C,Y,W135.

Diffusione

In tutto il mondo, in forma epidemica o sporadica. Nel nostro Paese l'incidenza maggiore si ha durante l'inverno e la primavera e più del 90% dei casi si manifesta in forma sporadica; i sierogruppi prevalenti sono il B e il C. Nell'ultimo decennio, in alcuni Paesi europei, si è assistito ad un incremento percentuale del sierogruppo di tipo C. Pur essendo una malattia che colpisce di preferenza i bambini con meno di 5 anni, non mancano casi nei giovani e negli adulti.

Fonte di infezione

Uomo sia malato che portatore.

Il tasso di portatori asintomatici, con colonizzazione del nasofaringe, può raggiungere il 5% - 10% della popolazione (fino al 25% tra i 15 e i 19 anni).

Modalità di trasmissione

Per contatto diretto e tramite goccioline nasali e faringee da persone infette; l'infezione di solito causa soltanto una nasofaringite acuta oppure un'infezione sub-clinica della mucosa nasofaringea.

Può esistere una prevalenza di portatori maggiore del 25% senza che si verifichino casi di meningite.

La trasmissione attraverso i fomite è trascurabile.

Periodo di incubazione

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

Periodo di contagiosità

Per tutto il periodo in cui la *N. meningitidis* è presente nelle secrezioni naso-faringee.

Lo specifico trattamento antimicrobico con farmaci a cui *Neisseria meningitidis* è sensibile e che raggiungono adeguate concentrazioni nelle secrezioni naso-faringee, determina la scomparsa dell'agente patogeno dal naso-faringe entro 24 ore.

Segnalazione/Notifica

Sistema informativo delle malattie infettive D.M. 15-12-1990:

obbligatoria di classe II; è previsto il sistema di sorveglianza specifico per le meningite batteriche (Circolare Ministeriale n. 400 del 27 luglio 1994 e Circolare Regionale del 14 dicembre 1994) in base al quale il medico che fa diagnosi è tenuto all'invio della scheda di sorveglianza, per i casi confermati, al Ministero della Salute e del ceppo batterico al Laboratorio di Bacteriologia all'Istituto Superiore di Sanità.

Sistema di sorveglianza malattie infettive Regione Lombardia:

segnalazione immediata all'ASL da parte del medico curante; invio mensile da parte dell'ASL all'U.O. Prevenzione Regione Lombardia.

Provvedimenti nei confronti del malato

Isolamento respiratorio da attuarsi non appena venga avanzato il sospetto di meningite, specie se a liquor torbido, e comunque dall'inizio del trattamento antimicrobico ritenuto più efficace, con sanificazione continua dei secreti naso-faringei e degli oggetti da essi contaminati.

Prima della dimissione il malato dovrebbe assumere chemioprophilassi a meno che la malattia non sia già stata trattata con antibiotici di provata efficacia nell'eradicazione dello stato di portatore.

La disinfezione degli ambienti ove ha soggiornato il malato non è da considerarsi una misura efficace alla prevenzione di altri casi.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti

Sorveglianza sanitaria dei contatti e conviventi per 10 giorni da attuarsi in stretta collaborazione con i Responsabili delle strutture collettive (scolastiche, lavorative, ecc) e con la partecipazione attiva dei PLS e MMG, dando tempestivamente informazione ai genitori e al personale direttamente coinvolto sulle misure preventive da adottarsi.

Chemioprofilassi

Considerato che più del 90% dei casi si manifesta in forma sporadica e che il numero di casi secondari nella casistica italiana è molto piccolo (meno del 2% di tutti i casi), la letteratura evidenzia un rischio assoluto e relativo elevato solo per le persone che convivono negli stessi spazi confinati dove si è verificato il caso di meningite meningococcica (ad esempio l'ambiente familiare). Il rischio di ammalarsi è più alto nei primi 7 giorni (fino a 300 volte) dopo che si è verificato il caso e decade rapidamente durante le settimane successive. I contatti occasionali con il caso indice non sono considerati un importante fattore di rischio alla malattia.

La chemioprofilassi, da iniziarsi il più precocemente possibile e comunque non oltre 14 giorni, è raccomandata dunque per i contatti stretti del caso durante i 10 giorni prima la comparsa della malattia. In particolare:

- conviventi: tutti coloro che condividano quotidianamente lo stesso spazio/ambiente di riposo.
- soggetti esposti direttamente alle secrezioni del malato attraverso baci, condivisione dello spazzolino da denti o delle posate, ecc..
- soggetti che hanno mangiato o dormito frequentemente nella stessa abitazione del paziente indice durante il periodo di incubazione della malattia.
- contatti stretti in collettività: compagni di classe, colleghi di lavoro, ecc., che condividano regolarmente (quotidianamente) lo stesso locale.

La chemioprofilassi non è raccomandata per:

- contatto occasionale: nessuna storia di esposizione diretta alle secrezioni orali del malato (es. frequentare lo stesso edificio scolastico, viaggiare sullo stesso autobus, ecc.).
- contatto indiretto: contatto esclusivamente con un contatto stretto, nessun contatto diretto con il paziente affetto.

La decisione di instaurare un regime di chemioprofilassi non deve dipendere dalla ricerca sistematica di portatori di *N. meningitidis*, che non riveste alcuna utilità pratica ai fini della profilassi.

La chemioprofilassi è da effettuarsi come da schema seguente:

Adulti	600 mg di rifampicina due volte al dì per due giorni. È il farmaco di prima scelta; può interferire con l'efficacia di contraccettivi orali, alcuni antiepilettici e anticoagulanti; può macchiare le lenti a contatto morbide.
	250 mg di ceftriaxone in dose singola per via i.m. Per ridurre il dolore dovuto all'iniezione, diluire con lidocaina all' 1%.
	500 mg di ciprofloxacina in dose singola per os Non raccomandato per l'utilizzo in gravidanza e in soggetti di età inferiore a 18 anni.
Bambini con età > 1 mese	10 mg/Kg/ di rifampicina due volte al dì per due giorni (max 600 mg/die)
	125 mg di ceftriaxone in dose singola per via i.m.
Bambini con età < 1 mese	5 mg/Kg/ di rifampicina due volte al dì per due giorni
	125 mg di ceftriaxone in dose singola per via i.m.

Farmaci alternativi debbono essere utilizzati solo in caso di provata sensibilità del ceppo e in situazioni che ostacolano l'uso dei farmaci di prima scelta.

Meningite o sepsi da Streptococco Pneumoniae

Descrizione clinica

Si tratta di infezioni invasive e compatibili dal punto di vista sintomatologico con le caratteristiche cliniche della meningite batterica.

Criteri diagnostici di laboratorio

- Individuazione dello S. Pneumoniae in un sito solitamente sterile (ad esempio, sangue, liquido cerebrospinale o, meno comunemente, liquido delle articolazioni, della pleura o del pericardio);
- Rilevazione dell'acido nucleico dello S. Pneumoniae in un sito solitamente sterile.

Definizione di caso

Possibile: caso clinicamente compatibile senza alcuna conferma di laboratorio oppure con identificazione solo da un sito non sterile.

Probabile: caso clinicamente compatibile che è positivo all'antigene.

Confermato: caso clinicamente compatibile confermato in laboratorio.

Agente eziologico

Battere di cui sono noti 90 sierotipi di cui 23 tipi capsulari sono responsabili di oltre il 90% delle infezioni batteriche.

Diffusione

Ubiquitaria; più frequente durante i mesi invernali. Colpisce più frequentemente persone immunocompromesse e anziani. Circa il 20% dei pazienti segnalati aveva meno di 5 anni, mentre la metà dei casi identificati aveva più di 51 anni.

Fonte di infezione

Uomo.

Modalità di trasmissione

Indiretta, attraverso la via aerea per mezzo di secrezioni respiratorie.

Periodo di incubazione

Può essere particolarmente breve, mediamente da 1 a 3 giorni.

Periodo di contagiosità

Per tutto il periodo di permanenza del microorganismo nelle secrezioni respiratorie; l'infettività cessa entro 24-48 ore dall'inizio di un efficace trattamento antimicrobico.

Segnalazione/Notifica

Sistema informativo delle malattie infettive D.M. 15-12-1990:

obbligatoria di classe V; è previsto il sistema di sorveglianza specifico per le meningiti batteriche (Circolare Ministeriale n. 400 del 27 luglio 1994 e Circolare Regionale del 14 dicembre 1994) in base al quale il medico che fa diagnosi è tenuto all'invio della scheda di sorveglianza, per i casi confermati, al Ministero della Salute e all'Istituto Superiore di Sanità.

Sistema di sorveglianza malattie infettive Regione Lombardia:

segnalazione immediata all'ASL da parte del medico curante; invio mensile da parte dell'ASL all'U.O. Prevenzione Regione Lombardia.

Provvedimenti nei confronti del malato

Isolamento respiratorio oltre che adozione di precauzioni standard.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti

Non è raccomandata la chemioprophilassi nelle comunità scolastiche e lavorative.

MALATTIA MANI-PIEDI-BOCCA (Stomatite vescicolare con esantema)

Definizione di caso

Malattia virale caratterizzata da lesioni vescicolari diffuse sulle superfici buccali delle guance e delle gengive e sulla lingua e lesioni papulovesvicolari sul palmo delle mani, sulle dita, sui piedi e a volte sui glutei.

Diffusione

Diffusa in tutto il mondo in forma sia sporadica che epidemica, con incidenza maggiore in estate e inizio autunno, soprattutto nei bambini sotto i 10 anni.

Agente eziologico

Diversi virus, soprattutto coxsackievirus gruppo A, tipo A16.

Fonte di infezione

Uomo

Modalità di trasmissione

Contatto diretto con secrezioni nasali e della gola e con feci di persone infette anche asintomatiche.

Periodo di incubazione

In genere da 3 a 5 giorni.

Periodo di contagiosità

Per tutta la durata della fase acuta di malattia.

Segnalazione/Notifica

Non è prevista segnalazione o notifica.

Provvedimenti nei confronti del malato

Debbono essere adottate le precauzioni universali; in caso di epidemie è opportuno l'allontanamento di bambini sintomatici dalle collettività infantili.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti.

L'indagine sui contatti non ha valore se non nel riconoscimento di altri casi in gruppi di bambini in età scolare.

? Non è soggetta a sorveglianza europea né nazionale

MEGALOERITEMA INFETTIVO (Va malattia)

Descrizione clinica

Malattia virale caratterizzata da febbre, con esantema caratteristico di color rosso intenso con l'aspetto di "guance schiaffeggiate". Negli adulti il rash è spesso atipico o assente ma possono manifestarsi artralgie o artriti che durano da qualche giorno a qualche anno. Nelle persone affette da anemia si possono verificare complicazioni quali crisi aplastiche transitorie. Il 25% e oltre delle infezioni è asintomatico.

Criteri diagnostici di laboratorio:

- evidenziazione di anticorpi specifici IgM anti parvovirus B19
- aumento degli anticorpi IgG
- evidenziazione antigeni virali a DNA

Definizione dei casi

Possibile: quadro clinico compatibile

Probabile: quadro clinico compatibile, con collegamento epidemiologico

Confermato: quadro clinico compatibile e confermato in laboratorio

Agente eziologico

Parvovirus B19 umano a DNA; si replica soprattutto nei precursori cellulari della serie rossa.

Diffusione

In tutto il mondo, è molto comune nei bambini. Nelle zone temperate epidemie in inverno e primavera con una periodicità di 3/7 anni.

Fonte di infezione.

Uomo unico ospite conosciuto

Modalità di trasmissione.

Attraverso il contatto con secrezioni respiratorie infette; inoltre per trasmissione verticale da madre a feto. La contagiosità in ambito familiare è intorno al 30%; in comunità scolastiche sono riportati dati variabili dal 10 al 60%.

Periodo di incubazione.

Variabile; da 4 a 20 giorni. L'esantema e i sintomi articolari compaiono dopo 2-3 settimane dall'infezione.

Periodo di contagiosità

Nelle persone con il sintomo di solo rash la contagiosità è maggiore prima dell'esordio del rash e probabilmente nullo dopo.

I soggetti con crisi aplastica sono contagiosi fino a una settimana dopo l'esordio; i soggetti immunosoppressi con infezione cronica e anemia possono rimanere contagiosi per mesi o anni.

Segnalazione/Notifica

Non è prevista segnalazione secondo il D.M. 15-12-1990, né nel sistema di sorveglianza europeo.

Provvedimenti nei confronti del malato

Isolamento funzionale di tipo respiratorio, con adozione di precauzioni standard. Non devono essere previsti né l'allontanamento né periodi di esclusione dalla frequenza in collettività.

Provvedimenti nei confronti di contatti e conviventi

Precauzioni per le secrezioni respiratorie (lavaggio frequente delle mani, eliminazione fazzoletti, non commistione nell'uso delle posate). Donne in gravidanza: devono seguire le precauzioni standard ed

evitare il contatto ravvicinato bocca-bocca. Possono eseguire test sierologico per la ricerca di anticorpi IgM e IgG anti B19 per determinare la suscettibilità all'infezione.

? Non è soggetta a sorveglianza europea né nazionale

MOLLUSCO CONTAGIOSO

Descrizione clinica

Malattia della cute con papule a superficie liscia, sferiche, di aspetto biancastro, traslucide, generalmente localizzate a livello addominale, del pube, dei genitali o nella parte interna delle cosce; nei bambini le lesioni si osservano più spesso al volto, al tronco e alle estremità.

Criteri diagnostici di laboratorio

La diagnosi è generalmente clinica.

Diffusione

Diffusa in tutto il mondo.

Agente eziologico

Molluscipoxvirus, della famiglia Poxviridae

Fonte di infezione

Uomo.

Modalità di trasmissione

Contatto diretto, anche per via sessuale, o attraverso oggetti contaminati.

Periodo di incubazione

Secondo i dati clinici, da 7 giorni fino a 6 mesi.

Periodo di contagiosità

Non noto, presumibilmente fino a quando sono presenti le lesioni.

Provvedimenti nei confronti del malato

Non è necessario alcun provvedimento di allontanamento e nessuna restrizione della frequenza di comunità.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti.

Qualora possibile, esame dei partners sessuali.

? Non è soggetta a sorveglianza europea né nazionale

MONONUCLEOSI

Descrizione clinica.

Trattasi di malattia infettiva il cui quadro clinico è caratterizzato da febbre, angina, linfadenopatia, epatosplenomegalia e linfocitosi atipica.

Criteri diagnostici di laboratorio:

- linfocitosi che supera il 50% e che comprende il 10% di forme anomale
- positività del test per la ricerca di anticorpi eterofili (reazione di Paul Bunnell Davidsohn) >1:40
- dimostrazione di anticorpi contro gli antigeni precoci (EA) mediante IF oppure
- dimostrazione nello stesso siero di presenza di anticorpi antiVCA e di assenza di anticorpi anti- EBNA (antigene nucleare), segno di infezione in atto o recente.

Definizione dei casi:

Possibile: quadro clinico compatibile

Probabile: quadro clinico compatibile, con collegamento epidemiologico

Confermato: quadro clinico compatibile e confermato in laboratorio

Agente eziologico

Il virus di Epstein-Barr è un Herpes-Virus a DNA.

Diffusione

In tutto il mondo. E' largamente diffusa nella prima infanzia nei Paesi in via di sviluppo e in popolazioni con basso tenore socio economico. Nei paesi occidentali più del 90% della popolazione oltre i 30 anni ha una sierologia positiva per anti EBV, essendo molto comune l'infezione nelle comunità frequentate per lo più da adolescenti.

Fonte di infezione

Uomo.

Modalità di trasmissione.

La trasmissione è generalmente diretta, a mezzo della saliva, ma è possibile anche contatti bocca a bocca ravvicinati. La trasmissione dell'infezione può avvenire direttamente anche attraverso trasfusioni di sangue.

Periodo di incubazione

Generalmente da 30 a 50 giorni.

Periodo di contagiosità

Di difficile determinazione in quanto normalmente dura per molto tempo in relazione all'eliminazione del virus attraverso la via respiratoria che persiste a lungo. E' frequente inoltre (15-20%) lo stato di portatori del virus nell'oro-faringe.

Segnalazione/Notifica

Sistema informativo delle malattie infettive D.M. 15-12-1990:

obbligatoria di classe V; criterio di validazione: quadro clinico compatibile.

Sistema di sorveglianza malattie infettive Regione Lombardia:

segnalazione differita all'ASL da parte del medico curante; invio notifica mensile dall'ASL all'U.O. Prevenzione Regione Lombardia; criterio di validazione: quadro clinico compatibile

Provvedimenti nei confronti del malato

Attuazione dell'isolamento funzionale di tipo respiratorio, con adozione di precauzioni standard in caso di ospedalizzazione. Le donazioni di sangue devono essere sospese per almeno sei mesi dall'esordio della malattia. Non è necessario l'allontanamento, nè periodi di esclusione dalla frequenza in collettività.

Provvedimenti nei confronti di contatti e conviventi

Dovrà essere prestata attenzione alle condizioni microclimatiche degli ambienti, così da favorire una adeguata aerazione dei locali; sono inutili interventi di disinfezione che prevedono l'utilizzo di sostanze chimiche.

? La mononucleosi infettiva non è soggetta alla rete di sorveglianza europea

MORBILLO

Descrizione clinica

Si tratta di malattia infettiva caratterizzata da un punto di vista clinico da esantema generalizzato di durata superiore a 3 giorni e con febbre superiore a 38 °C e uno o più dei seguenti sintomi: tosse, rinite, macchie di Koplick, congiuntivite.

Criteri diagnostici di laboratorio

- Individuazione di anticorpi IgM al morbillo in mancanza di vaccinazione recente.
- Dimostrazione di una risposta specifica degli anticorpi contro il morbillo in mancanza di vaccinazione recente.
- Individuazione del virus del morbillo (esclusi ceppi da vaccino) in un campione clinico.

Definizione di caso

Possibile: caso diagnosticato da un medico come morbillo

Probabile: caso clinicamente compatibile

Confermato: caso confermato in laboratorio oppure un caso clinicamente compatibile con un collegamento epidemiologico. Un caso confermato in laboratorio non deve necessariamente rispettare la definizione clinica di caso.

Agente eziologico

Virus a RNA appartenente alla famiglia dei Paramixoviridae.

Diffusione

Ubiquitaria; nelle zone temperate si manifesta soprattutto in inverno inoltrato e primavera, mentre nei climi tropicali si manifesta nella stagione secca. In Italia, a seguito delle campagne vaccinali che non hanno raggiunto la copertura necessaria all'eliminazione, si è verificato un allungamento dei periodi interepidemici ed uno spostamento dei casi verso l'età giovane-adulta.

Fonte di infezione

Uomo.

Modalità di trasmissione

La trasmissione avviene per via aerea, attraverso le goccioline respiratorie o secrezioni nasali o faringee, con contatti ravvicinati. La trasmissibilità è elevata, con tasso di riproduzione pari a 14-18 contagiati da ciascun caso.

Periodo di incubazione

Da 7 a 18 giorni, mediamente 10-14 giorni.

Periodo di contagiosità

Da 1-2 giorni prima dell'inizio dei sintomi (3-5 giorni prima dell'inizio dell'esantema) fino a 4 giorni la comparsa dell'esantema.

Segnalazione/Notifica

Sistema informativo delle malattie infettive D.M. 15-12-1990:

obbligatoria di classe II; criterio di validazione: quadro clinico

Sistema di sorveglianza malattie infettive Regione Lombardia:

segnalazione immediata all'ASL da parte del medico curante; invio notifica mensile dall'ASL all'U.O. Prevenzione Regione Lombardia; criterio di validazione : segnalazione di caso da parte del medico, su criterio clinico.

Ai fini del raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano Regionale di eliminazione del morbillo, a fronte di casi di malattia verificatisi in bambini frequentanti collettività nel periodo immediatamente precedente l'esordio clinico, è necessario attivare, a cura dell'ASL, l'indagine epidemiologica volta ad identificare in fase precoce epidemie di morbillo.

A tale proposito l'ASL, che riceve la segnalazione immediata da parte del medico curante, concorderà con quest'ultimo le modalità per condurre l'accertamento sierologico che potrà essere costituito da:

- test per la ricerca di IgM specifiche su sangue prelevato in fase acuta e a condizione che il soggetto non abbia ricevuto nel mese precedente il vaccino;
- test per la ricerca di IgG specifiche effettuato su due campioni di sangue, prelevati in fase acuta e convalescente.

Ciascuna ASL programmerà le modalità per l'effettuazione (presso Ospedali, ambulatori vaccinali, ambulatori PLS, ecc.) e il conferimento del prelievo presso laboratori accreditati e che effettuino tali test; tutti gli accertamenti non dovranno comportare alcun onere per il paziente (indagini di sanità pubblica).

L'accertamento sierologico per la conferma dei casi dovrà essere condotto nei primi 5-10 casi onde monitorare l'esordio di possibili epidemie; di tali accertamenti sarà data comunicazione anche all'U.O. Prevenzione della Regione Lombardia per la valutazione di eventuali ulteriori accertamenti, quali l'isolamento virologico.

Provvedimenti nei confronti del malato

Isolamento di tipo respiratorio ed allontanamento da collettività per 5 giorni dal giorno successivo la comparsa dell'esantema; in caso di ricovero ospedaliero devono essere osservate le precauzioni standard ed aeree dall'inizio del periodo catarrale fino a 4 giorni dopo la comparsa dell'esantema.

Non sono necessari interventi di disinfezione ambientale, mentre andranno adottati gli interventi di sanificazione ambientale, finalizzati a migliorare le condizioni microclimatiche, con adeguata aerazione, così da favorire l'azione dei disinfettanti naturali.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti

L'attuazione del piano regionale di eliminazione del morbillo e rosolia congenita, impone misure di controllo di livello elevato, che consistono in

- sorveglianza sanitaria per 15 giorni, in caso di frequenza in strutture collettive nei cinque giorni antecedenti la fase sintomatica;
- vaccinazione nei confronti dei suscettibili entro 72 ore dalla comparsa dell'esantema a scopo di profilassi individuale ;
- vaccinazione dei contatti di collettività scolastiche elementari e medie inferiori, anche oltre le 72 ore, se compresi nella campagna di recupero straordinaria e non ancora raggiunti dalla proposta attiva.

PARASSITOSI INTESTINALI

(Amebiasi, Giardiasi, Ascaridiosi, Strongiloidosi, Teniasi, Ossiuriasi)

Vi sono numerosi tipi e specie di parassiti che, pur con cicli biologici estremamente diversi, colonizzano l'apparato intestinale. Nella presente scheda verranno trattati nel dettaglio amebiasi, giardiasi, teniasi ed ossiuriasi, rinviando a testi specifici per le altre parassitosi che, nella quasi totalità dei casi, si caratterizzano come malattie da importazione; sotto il profilo del controllo e profilassi saranno adottate le norme generali fornite per l'amebiasi.

Amebiasi

Descrizione clinica

Parassitosi intestinale, con quadri clinici di severità variabile da diarrea cronica moderata a dissenteria acuta fulminante; più rare le manifestazioni extraintestinali, tra cui l'ascenso epatico.

Criteri diagnostici di laboratorio

- isolamento di cisti o trofozoiti in campioni di feci
- isolamento di trofozoiti in biopsie tissutali

Definizione di caso

Possibile: quadro clinico indicativo, senza accertamenti

Probabile: quadro clinico chiaro, senza accertamenti specifici

Confermato: caso che risponde alla definizione clinica di caso, con accertamenti positivi.

Agente eziologico

Entamoeba histolytica è un protozoo riclassificato in due specie: E.histolytica ed E.dispar, morfologicamente identiche, e quindi indistinguibili ai comuni accertamenti, ma l'una patogena e causa del quadro clinico, la seconda non invasiva, né patogena.

Ciò sta a significare che il riscontro di un Entamoeba h. nelle feci, sia in forma cistica che di trofozoita, in assenza di un quadro clinico compatibile, non è significativo di amebiasi.

Diffusione

Malattia ubiquitaria; la forma invasiva colpisce prevalentemente giovani adulti; gli ascessi epatici sono predominanti nei maschi. L'amebiasi è rara al di sotto dei 5 anni; è diffusa maggiormente in aree con condizioni igieniche carenti (alcune regioni dei tropici), in istituti per pazienti psichiatrici e tra omosessuali maschi promiscui. In aree con buone condizioni igieniche la malattia è limitata a gruppi familiari o istituzioni.

Fonte di infezione

E' normalmente rappresentata dall'uomo, malato o portatore asintomatico di cisti.

Modalità di trasmissione

Prevalentemente di tipo indiretto attraverso l'ingestione di acqua o alimenti contaminati da feci e contenenti cisti, relativamente resistenti al cloro; la trasmissione diretta interessa per lo più omosessuali attivi.

Periodo di incubazione

Variabile da qualche giorno a diversi mesi, di solito 2-4 settimane.

Periodo di contagiosità

Per tutto il periodo di escrezione delle cisti, che può durare anni.

Segnalazione/Notifica

Sistema informativo delle malattie infettive D.M. 15-12-1990:

obbligatoria di classe V; criterio di validazione: quadro clinico compatibile + isolamento

Sistema di sorveglianza malattie infettive Regione Lombardia:

segnalazione differita all'ASL da parte del medico curante; invio notifica mensile dall'ASL all'U.O.

Prevenzione Regione Lombardia; criterio di validazione: quadro clinico compatibile + isolamento.

Provvedimenti nei confronti del malato

Va attuato un rigoroso isolamento enterico, con allontanamento dal comunità infantili o scolastiche nella fase sintomatica. Terminato il trattamento, deve essere accertata l'avvenuta negativizzazione, presupposto indispensabile per il rientro nelle comunità infantili e nella scuola materna-elementare.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti

I contatti familiari o conviventi ed i contatti stretti di comunità devono essere sottoposti ad esami di controllo, solo se sintomatici o se hanno condiviso la presumibile esposizione (ad esempio soggiorno in aree endemiche).

? L'amebiasi non è soggetta al sistema di sorveglianza comunitaria delle malattie trasmissibili istituito dalla Commissione della Comunità Europea il 19 marzo 2002.

Giardiasi

Descrizione clinica

Quadro clinico compatibile con un'infezione da Giardia lamblia, caratterizzata da diarrea, crampi addominali, gonfiore addominale, perdita di peso, cattivo assorbimento.

Criteri diagnostici di laboratorio

- dimostrazione della presenza di cisti di G. lamblia nelle feci.
- dimostrazione della presenza di trofozoiti di G. lamblia nelle feci, nel liquido duodenale o nei prelievi per biopsia dell'intestino tenue.
- dimostrazione della presenza dell'antigene di G. lamblia nelle feci.

Definizione di caso

Possibile: quadro clinico indicativo, senza accertamenti

Probabile: quadro clinico chiaro con un collegamento epidemiologico

Confermato: caso che risponde alla definizione clinica di caso, con accertamenti positivi.

Agente eziologico

Protozoo flagellato, che esiste in forma di trofozoita o di cisti, quest'ultima rappresenta la forma infettiva.

Diffusione

E' diffusa in tutto il mondo. I bambini risultano maggiormente colpiti rispetto agli adulti.

Fonte di infezione

Uomo, anche se animali quali il castoreo, il cane il gatto e altri animali domestici possono infettare le acque con feci contenenti cisti.

Modalità di trasmissione

Attraverso la via oro-fecale, con il veicolo mani, oppure attraverso il consumo di acque o alimenti contaminati.

Periodo di incubazione

Da 3 a 30 giorni ma anche oltre, mediamente 7-10 giorni.

Periodo di contagiosità

Per tutto il periodo di infezione, a volte anche per mesi.

Segnalazione/Notifica

Sistema informativo delle malattie infettive D.M. 15-12-1990:

obbligatoria di classe V; criterio di validazione: quadro clinico compatibile + isolamento

Sistema di sorveglianza malattie infettive Regione Lombardia:

segnalazione differita all'ASL da parte del medico curante; invio notifica mensile dall'ASL all'U.O.

Prevenzione Regione Lombardia; criterio di validazione: quadro clinico compatibile + isolamento o collegamento epidemiologico

Provvedimenti nei confronti del malato

Isolamento enterico del soggetto e allontanamento dalle collettività scolastiche e lavorative durante la fase sintomatica.

In famiglia e nelle comunità va verificata l'applicazione rigorosa e costante di norme igieniche, quali il lavaggio delle mani, prima e dopo l'utilizzo dei servizi igienici, la loro sanificazione quotidiana e l'allontanamento dei pannolini (nelle collettività 0-3 anni) e dei rifiuti imbrattati da materiale fecale.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti

Sorveglianza sanitaria dei contatti stretti – famigliari, conviventi e compagni di asili nido e scuole materne in modo da evidenziare ulteriori casi, con effettuazione dell'esame coproparassitologico nei sintomatici .

Non risulta necessaria l'individuazione dei portatori asintomatici in quanto la bonifica si è rilevata il più delle volte inefficace, come pure il loro allontanamento dalle collettività.

Teniasi e Cisticercosi

Descrizione clinica

La teniasi si presenta con modesti sintomi gastrointestinali, quali dolore addominale, nausea, diarrea.

La cisticercosi è determinata dalla presenza di cisti della tenia del maiale, che possono collocarsi a livello cerebrale, provocando convulsioni, idrocefalo o altri sintomi neurologici, nel midollo, con disturbi della deambulazione, dolore o mielite trasversa.

Criteri diagnostici di laboratorio

Dimostrazione di proglottidi o uova nelle feci o regione perianale.

Definizione di caso

Possibile: quadro clinico indicativo, senza accertamenti

Probabile: quadro clinico chiaro con un collegamento epidemiologico

Confermato: caso che risponde alla definizione clinica di caso, con accertamenti positivi.

Agente eziologico

Forma adulta della *Taenia saginata* (del bovino) o della *Taenia solium* (del maiale).

La diagnosi di neurocisticercosi si basa sulla TAC o sulla RNM

Diffusione

E' diffusa in tutto il mondo, più elevata in zone precarie dal punto di vista igienico-sanitario .

Fonte di infezione

Uomo: ospite definitivo di entrambe la specie.

Modalità di trasmissione

Attraverso la via oro-fecale, con il veicolo mani, oppure attraverso il consumo di alimenti contaminati (carne cruda o poco cotta).

Periodo di incubazione

Da 3 a 30 giorni ma anche oltre, mediamente 7-10 giorni.

Periodo di contagiosità

Per tutto il periodo di infezione, a volte anche per mesi/anni.

Segnalazione/Notifica

Sistema informativo delle malattie infettive D.M. 15-12-1990:

obbligatoria di classe V; criterio di validazione: quadro clinico compatibile + isolamento

Sistema di sorveglianza malattie infettive Regione Lombardia:

segnalazione differita all'ASL da parte del medico curante; invio notifica mensile dall'ASL all'U.O.

Prevenzione Regione Lombardia; criterio di validazione: quadro clinico compatibile + isolamento o collegamento epidemiologico

Provvedimenti nei confronti del malato

Isolamento enterico del soggetto e allontanamento dalle collettività scolastiche e lavorative durante la fase sintomatica.

In famiglia e nelle comunità va verificata l'applicazione rigorosa e costante di norme igieniche, quali il lavaggio delle mani, prima e dopo l'utilizzo dei servizi igienici, la loro sanificazione quotidiana e l'allontanamento dei pannolini (nelle collettività 0-3 anni) e dei rifiuti imbrattati da materiale fecale.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti

Sorveglianza sanitaria dei contatti stretti - familiari, conviventi e compagni di asili nido e scuole materne - in modo da evidenziare ulteriori casi, con effettuazione dell'esame coproparassitologico in sintomatici .

Non risulta necessaria l'individuazione dei portatori asintomatici in quanto la bonifica si è rilevata il più delle volte inefficace, come pure il loro allontanamento dalle collettività.

Ossiuriasi

Descrizione clinica

Comune parassitosi intestinale, spesso asintomatica; possibili manifestazioni sono prurito perianale, disturbi del sonno ed irritabilità.

Criteri diagnostici di laboratorio

Dimostrazione di parassiti nelle feci

Dimostrazione delle uova in regione perianale (scotch test , la mattina al risveglio); talvolta le uova sono dimostrabili anche nelle feci, tramite coproparassitologico.

Definizione di caso

Possibile: quadro clinico indicativo

Probabile: quadro clinico indicativo, con collegamento epidemiologico

Confermato: caso che risponde alla definizione clinica di caso, con accertamenti positivi.

Agente eziologico

Enterobius vermicularis è un nematode intestinale.

Diffusione

Malattia ubiquitaria; prevalente nei bambini in età scolare, anche per il meccanismo di autoinfezione.

Fonte di infezione

Uomo.

Modalità di trasmissione

Attraverso l'ingestione di uova veicolate dalle mani o indirettamente da abiti o effetti lettereci.

Periodo di incubazione

Dall'ingestione delle uova, il ciclo biologico con maturazione delle femmine che depongono nuovamente le uova richiede da 2 a 6 settimane.

Periodo di contagiosità

Per tutto il periodo di deposizione delle uova in regione perianale; le uova sopravvivono nell'ambiente esterno circa 2 settimane.

Segnalazione/Notifica

Sistema informativo delle malattie infettive D.M. 15-12-1990:

obbligatoria di classe V; criterio di validazione: quadro clinico compatibile + isolamento

Sistema di sorveglianza malattie infettive Regione Lombardia:

segnalazione differita all'ASL da parte del medico curante; invio notifica mensile dall'ASL all'U.O.

Prevenzione Regione Lombardia; criterio di validazione: quadro clinico compatibile + isolamento

Provvedimenti nei confronti del malato

Va attuato l'isolamento enterico, con particolare attenzione, nei bambini più piccoli dell'igiene personale e del lavaggio ripetuto delle mani. Non è previsto l'allontanamento.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti

Nei contatti familiari o conviventi è opportuna la ricerca delle uova, tramite scotch test.

PAROTITE

Descrizione clinica

Quadro clinico caratterizzato da manifestazione acuta di tumefazione unilaterale o bilaterale dolorosa della parotide o di un'altra ghiandola salivare, di durata superiore a due giorni, senza altre cause apparenti.

Criteri diagnostici di laboratorio

- Individuazione dell'anticorpo IgM del virus della parotite
- Dimostrazione di una risposta specifica degli anticorpi del virus della parotite in mancanza di vaccinazione recente
- Individuazione del virus della parotite (esclusi ceppi da vaccino) in un campione clinico.
- Individuazione dell'acido nucleico del virus della parotite.

Definizione di caso

Possibile: quadro clinico indicativo, senza accertamento o collegamento epidemiologico.

Probabile: caso che rispetta la definizione clinica e che ha un collegamento epidemiologico .

Confermato: caso confermato in laboratorio.

Agente eziologico

Virus appartenente alla famiglia dei Paramixovirus.

Diffusione

Ubiquitaria; la maggiore incidenza si verifica in inverno e primavera. La diagnosi di parotite epidemica si rivela complessa, specie nelle forme paucisintomatiche o monolaterali.

Fonte di infezione

Uomo.

Modalità di trasmissione

La trasmissione avviene per via aerea, attraverso le goccioline respiratorie o secrezioni nasali o faringee, con contatti ravvicinati.

Periodo di incubazione

Da 12 a 25 giorni, mediamente 15-18 giorni.

Periodo di contagiosità

Da 2 giorni prima dell'inizio della malattia (ma può esserlo anche 7 gg prima) fino a 5 giorni dopo la comparsa della malattia (ma si può arrivare anche a 9 gg). L'infettività è massima nelle 48 ore precedenti la comparsa dei segni clinici della malattia.

Segnalazione/Notifica

Sistema informativo delle malattie infettive D.M. 15-12-1990:

obbligatoria di classe II; criterio di validazione:quadro clinico

Sistema di sorveglianza malattie infettive Regione Lombardia:

segnalazione differita all'ASL da parte del medico curante; invio notifica mensile dall'ASL all'U.O.

Prevenzione Regione Lombardia; criterio di validazione: quadro clinico

Provvedimenti nei confronti del malato

I bambini frequentanti scuola e comunità devono essere allontanati fino a 5 giorni dopo l'inizio della tumefazione parotideica con isolamento domiciliare.

Per il paziente ospedalizzato è indicato l'isolamento respiratorio.

Non sono necessari interventi di disinfezione ambientale, mentre andranno adottati gli interventi di sanificazione, finalizzati a migliorare le condizioni microclimatiche, con adeguata aerazione, così da favorire l'azione dei disinfettanti naturali.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti.

Non è stata dimostrata l'efficacia del vaccino e delle immunoglobuline specifiche per la parotite nella profilassi postesposizione.

PEDICULOSI DEL CAPO

Descrizione clinica

Infestazione del cuoio capelluto. Può provocare prurito intenso e lesioni da grattamento, complicate da infezioni secondarie (impetigine e foruncolosi) con linfadenite regionale.

Criteri diagnostici

Riscontro di esemplari adulti o larve o lendini adese al cuoio capelluto, attraverso lente di ingrandimento o microscopio.

Definizione di caso

Confermato: quadro compatibile con infestazione da pidocchi, con riscontro del parassita.

Agente eziologico

Pediculus humanus capitis. E' un ospite specifico dell'uomo, che si alimenta di sangue. Infesta l'uomo in forma di pidocchio adulto, ninfa e uova (lendini).

Diffusione

Diffusa in tutto il mondo. Epidemie di pediculosi del cuoio capelluto sono comuni tra i bambini in ambiente scolastico e in istituti e non sono sinonimo di scarsa igiene o di trascuratezza.

Fonte di infezione

Uomo.

Modalità di trasmissione

Contatto diretto con persona infestata o contatto indiretto attraverso veicoli.

Periodo di incubazione

Non esiste un periodo di incubazione vero e proprio.

Il tempo che intercorre tra la deposizione delle uova ed il momento in cui queste si schiudono è di 7–10 giorni; le uova non si schiudono a temperature <22°C.

Le larve completano il loro sviluppo in 7 – 13 giorni; il ciclo uovo-uovo dura in media 3 settimane.

Periodo di contagiosità

Presumibilmente fino a quando i pidocchi adulti, le larve e le lendini sono vitali sull'ospite infestato o su oggetti. La vita media del pidocchio adulto è di circa un mese; lontano dall'ospite il pidocchio può vivere per una settimana; le uova possono restare vitali sugli abiti, ma non possono schiudersi a temperature <22°C.

Segnalazione/Notifica

Sistema informativo delle malattie infettive D.M. 15-12-1990:

obbligatoria di classe IV; criterio di validazione: riscontro del parassita

Sistema di sorveglianza malattie infettive Regione Lombardia:

segnalazione differita all'ASL da parte del medico curante; invio notifica mensile dall'ASL all'U.O.

Prevenzione Regione Lombardia; criterio di validazione: riscontro del parassita.

Provvedimenti nei confronti del malato

Restrizione della frequenza di collettività fino all'effettuazione del primo trattamento, considerato che è opportuno un secondo trattamento dopo 7 – 10 giorni dalla prima applicazione del prodotto.

Non è indicato l'allontanamento dalla collettività.

Non sono giustificate procedure sistematiche di screening per la ricerca di casi di infestazione o interventi diretti degli operatori dell'ASL all'interno di una comunità scolastica.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti

Informazione ai contatti circa la necessità di procedere all'ispezione del capo, per rilevare la presenza di parassiti o uova che richiedano il trattamento.

L'ASL provvede alla distribuzione alle comunità scolastiche di adeguato materiale informativo sulla malattia (modalità di riconoscimento del parassita, modalità di trasmissione, trattamento), da utilizzare in presenza di casi di pediculosi.

La terapia è specifica e si basa sull'utilizzo di farmaci pediculocidi per l'eradicazione dei parassiti. Il lavaggio della testa non è sufficiente.

Poiché i prodotti utilizzati non sono ovocidi al 100%, è necessario rimuovere meccanicamente le singole lendini, previo lavaggio con aceto che ne favorisce il distacco.

I prodotti antiparassitari non vanno utilizzati a scopo preventivo, perché sono inefficaci nel prevenire il contagio.

Non è indicata la disinfestazione degli ambienti.

? La pediculosi non è soggetta alla rete di sorveglianza europea.

PERTOSSE

Descrizione clinica

Quadro clinico caratterizzato da tosse della durata di almeno due settimane, associata a uno dei seguenti sintomi: tosse convulsa, sibilo inspiratorio ovvero vomito, senza alcun'altra causa apparente.

Criteri diagnostici di laboratorio

- Dimostrazione di una risposta specifica degli anticorpi alla pertosse in mancanza di vaccinazione recente
- Individuazione dell'acido nucleico
- Individuazione della Bordetella pertussis da un campione clinico.

Definizione di caso

Possibile: caso che corrisponde alla definizione del caso clinico.

Probabile: caso che corrisponde alla definizione del caso clinico e che ha un collegamento epidemiologico.

Confermato: caso confermato in laboratorio.

Agente eziologico

Batterio Gram negativo: Bordetella Pertussis. La sua tossina provoca lesioni alle mucose dei bronchi e dei bronchioli con conseguente broccospasmo.

Diffusione

Ubiquitaria. Endemica, con epidemie ogni 4-5 anni. Il picco di incidenza si verifica in inverno e in primavera. Può colpire in qualsiasi età, in particolare quella scolare. Molto contagiosa.

Fonte di infezione

Uomo.

Modalità di trasmissione

Contatto diretto con muco o saliva di paziente infetto, oppure con le goccioline di Flüge

Periodo di incubazione

Da 6 a 20 giorni, mediamente 7-10 giorni.

Periodo di contagiosità

Soprattutto nella fase catarrale prima degli accessi parossistici, poi diminuisce, ma può durare fino a 3-4 settimane. Gli antibiotici iniziati precocemente diminuiscono la contagiosità e permettono al paziente di non essere più infettivo dopo 5 gg dall'inizio della terapia

Segnalazione/Notifica

Sistema informativo delle malattie infettive D.M. 15-12-1990:

obbligatoria di classe II; criterio di validazione:quadro clinico

Sistema di sorveglianza malattie infettive Regione Lombardia:

segnalazione differita all'ASL da parte del medico curante; invio notifica mensile dall'ASL all'U.O.

Prevenzione Regione Lombardia; criterio di validazione: quadro clinico.

Provvedimenti nei confronti del malato.

Allontanamento e restrizione della frequenza in collettività per almeno 5 giorni, dall'inizio della terapia antibiotica. Nei casi sospetti restrizione dai contatti con soggetti suscettibili, particolarmente se si tratta di bambini di meno di 1 anno, per almeno 5 gg dall'inizio di adeguata terapia antibiotica.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti.

Sorveglianza sanitaria per i soggetti suscettibili, per 4 settimane dall'inizio della terapia antibiotica del caso. Somministrazione, a prescindere dallo stato vaccinale, di eritromicina a tutti i conviventi e contatti di età inferiore a 7 anni, per ridurre il pericolo di contagio. Restrizione della frequenza scolastica e da altre collettività infantili, di contatti non adeguatamente vaccinati (per 14 gg dall'ultima esposizione) o per 5 gg dall'inizio di antibiotico profilassi. Nei bambini di età inferiore ai 7anni è indicata una dose di richiamo di DTPa se sono trascorsi più di 3 anni dall'ultima somministrazione.

PESTE

Descrizione clinica

La patologia è caratterizzata da febbre, brividi, cefalea, senso di malessere, prostrazione e leucocitosi, con le seguenti manifestazioni cliniche principali:

- linfadenite regionale (peste bubbonica)
- setticemia senza bubbone visibile (peste setticemica)
- peste polmonare
- faringite e linfadenite cervicale.

Criteri diagnostici di laboratorio

- Individuazione della Yersinia pestis da un campione clinico.
- Dimostrazione di una risposta specifica degli anticorpi all'antigene F1 di Y. pestis.

Per casi probabili:

- Aumento del titolo sierico degli anticorpi dell'antigene F1 di Y. Pestis (senza che sia documentato un cambiamento specifico) in un paziente che non sia stato precedentemente vaccinato.
- Individuazione dell'antigene F1 in un campione clinico mediante test con immunofluorescenza.

Definizione di caso

Possibile: un caso clinicamente compatibile

Probabile: un caso clinicamente compatibile con risultati di laboratorio probabili.

Confermato: un caso clinicamente compatibile con risultati di laboratorio confermati.

Agente eziologico

Bacillo gram negativo: *Yersinia pestis*.

Diffusione

La peste nei roditori selvatici si ritrova in Sud America, zona occidentale degli USA, centro-nord ed est Africa, Asia centrale e sud-orientale, estremità sud-orientali dell'Europa. La peste urbana si è manifestata in diversi Paesi dell'Africa. La peste è endemica in Cina, Mongolia, India e sud-est asiatico.

Fonte di infezione

I roditori selvatici sono i serbatoi naturali della peste. Una fonte di infezione per l'uomo possono essere conigli, lepri, carnivori selvatici, ma anche gatti domestici. Il microrganismo può rimanere vitale per diverse settimane nell'acqua e nei pasti umidi come nelle granaglie; viene ucciso con alcune ore di esposizione alla luce solare.

Modalità di trasmissione

È una zoonosi specifica che interessa prevalentemente i roditori e le pulci che li parassitano: queste ultime trasferiscono l'infezione a vari animali e all'uomo. La peste polmonare si trasmette per via aerea attraverso aerosol o goccioline. Occasionalmente i gatti infetti possono trasmettere l'infezione attraverso morsi o graffi; altre fonti di infezione possono essere la manipolazione di pelli o fluidi di animali infetti.

Periodo di incubazione

Da 1 a 7 giorni.

Periodo di contagiosità

Le pulci possono rimanere infettanti per mesi in particolari condizioni di temperatura e umidità. La peste bubbonica non è generalmente trasmessa direttamente da uomo a uomo, a meno che non vi sia contatto con pus di bubboni in suppurazione. La peste polmonare può essere altamente contagiosa in appropriate condizioni climatiche; il sovraffollamento facilita la trasmissione. La suscettibilità è generale; l'immunità dopo guarigione è relativa.

Segnalazione/Notifica

Sistema informativo delle malattie infettive D.M. 15-12-1990:

obbligatoria di classe I; criterio di validazione: clinica.

Sistema di sorveglianza malattie infettive Regione Lombardia:

segnalazione immediata all'ASL da parte del medico curante; invio notifica immediata dall'ASL all'U.O. Prevenzione Regione Lombardia; criterio di validazione: segnalazione di caso da parte del medico, su criterio clinico.

Provvedimenti nei confronti del malato

Isolamento ospedaliero; in caso di peste polmonare isolamento respiratorio per tre giorni dopo l'inizio di appropriata terapia antibiotica. Disinfezione continua di escreato e secrezioni purulente; pulizia terminale. Disinfestazione degli abiti e bagagli.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti

In caso di peste polmonare eseguire chemiopprofilassi per i contatti stretti, con sorveglianza sanitaria per 7 giorni.

Altre misure preventive

Eseguire attività di disinfestazione se la trasmissione della malattia coinvolge animali o pulci.

Il bacillo della peste può essere usato come arma biologica a fini di bioterrorismo: in caso di sospetto attivare le procedure previste dalle linee guida sul bioterrorismo.

RABBIA

Descrizione clinica

La rabbia è un'encefalomielite acuta la cui evoluzione presenta quasi sempre coma o decesso entro 10 giorni dalla manifestazione dei primi sintomi.

Criteri diagnostici di laboratorio

- Individuazione della presenza di antigeni virali mediante immunofluorescenza diretta su un campione clinico (preferibilmente tessuto cerebrale o tessuto nervoso che circonda i follicoli piliferi della nuca).
- Individuazione dell'acido nucleico della rabbia nei campioni clinici.
- Individuazione (in una coltura cellulare o in una cavia) del virus della rabbia a partire da saliva, liquido cerebrospinale, ovvero tessuto del sistema nervoso centrale.
- Identificazione di un titolo di anticorpo neutralizzante specifico (neutralizzazione totale) nel siero o nel liquido cerebrospinale di un soggetto non vaccinato. (DEF. EUROPEA)

Definizione dei casi

Possibile: caso clinicamente compatibile senza conferma di laboratorio.

Probabile: caso clinicamente compatibile con collegamento epidemiologico

Confermato: un caso clinicamente compatibile confermato in laboratorio.

Agente eziologico

Virus a RNA della famiglia dei *Rhabdoviridae*.

Diffusione

In tutto il mondo. La rabbia urbana, strettamente legata al randagismo dei cani è scomparsa in Italia, mentre sono stati segnalati casi di *rabbia silvestre*, cioè in animali selvatici.

Fonte di infezione

Animali sia domestici che selvatici.

Modalità di trasmissione

L'infezione è trasmessa all'uomo con la morsicatura e il graffiamento o, molto raramente, attraverso un'abrasione della cute o mucose intatte. La trasmissione interumana non è documentata.

Periodo di incubazione

Generalmente da 3 a 8 settimane, fino a 7 anni.

Periodo di contagiosità

Dipende dal tipo di animale; in cani e gatti, da 3 a 7 giorni prima dell'esordio dei segni clinici e per tutta la durata della malattia.

Segnalazione/Notifica

Sistema informativo delle malattie infettive D.M. 15-12-1990:

obbligatoria di classe I ; criterio di validazione: clinica .

Sistema di sorveglianza malattie infettive Regione Lombardia:

segnalazione immediata all'ASL da parte del medico curante; invio notifica immediata dall'ASL all'U.O. Prevenzione Regione Lombardia; criterio di validazione: criterio clinico.

Provvedimenti nei confronti del malato

Non sono necessari specifici provvedimenti; l'inchiesta epidemiologica comporta l'individuazione della fonte di contagio, con l'invio all'osservazione del Servizio Veterinario del cane morsicatore, quando conosciuto.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti

Non sono necessari specifici provvedimenti.

RICKETTSIOSI

Trattasi di un gruppo di malattie clinicamente simili causate da Rickettsie; sono trasmesse da pidocchi, pulci, acari o zecche.

Rickettsiosi trasmesse da zecche

Descrizione clinica

Malattie caratterizzate da febbre moderata o alta, con malessere generale e frequente comparsa di eritema generalizzato maculopapulare, a partenza dalle estremità, in terza-quinta giornata.

Criteri diagnostici di laboratorio

- Test immunoenzimatici e di immunofluorescenza.
- Test di fissazione del complemento che fanno uso di antigeni gruppo specifici della febbre esantematica.
- Per casi probabili: reazioni di Weil-Felix con *Proteus OX-19* e *Proteus OX-2*, che sono poco specifiche.

Definizione di caso

Possibile: caso clinicamente compatibile

Probabile: caso clinicamente compatibile con collegamento epidemiologico o risultati di laboratorio probabili.

Confermato: caso clinicamente compatibile con risultati di laboratorio confermati.

Agente eziologico

Febbre esantematica delle montagne rocciose: *Rickettsia rickettsii*

Febbre bottonosa: *Rickettsia conorii*

Febbre da morso di zecca africana: *Rickettsia africae*

Tifo da zecca di Queensland: *Rickettsia australis*

Febbre da zecca dell'Asia settentrionale: *Rickettsia siberica*

Diffusione

Febbre esantematica delle montagne rocciose: Americhe

Febbre bottonosa: Africa, India, Paesi mediterranei di Europa e Medio Oriente.

Febbre da morso di zecca africana: Africa sub sahariana

Tifo da zecca di Queensland: Australia

Febbre da zecca dell'Asia settentrionale: Russia asiatica, Mongolia e Cina settentrionale

Fonte di infezione

Zecche, che trasmettono la malattia all'uomo, a cani e altri animali.

Modalità di trasmissione

Di solito per il morso di una zecca infetta. La zecca deve rimanere attaccata almeno per 4-6 ore nutrendosi di sangue prima che le Rickettsie possano riattivarsi in modo tale da divenire infettive per l'uomo. L'infezione può essere provocata inoltre da contaminazione di soluzioni di continuità di cute e mucose con feci o tessuti schiacciati della zecca.

Periodo di incubazione

Febbre esantematica delle montagne rocciose: da 3 a 14 giorni.

Febbre bottonosa: da 5 a 7 giorni.

Febbre da morso di zecca africana: da 1 a 15 giorni.

Tifo da zecca di Queensland: da 7 a 10 giorni

Febbre da zecca dell'Asia settentrionale: da 2 a 7 giorni.

Periodo di contagiosità

Non è direttamente trasmessa da persona a persona. La zecca rimane infetta per tutta la vita.

Segnalazione/Notifica

Sistema informativo delle malattie infettive D.M. 15-12-1990:

obbligatoria di classe V; criterio di validazione: clinica, sierologia.

Sistema di sorveglianza malattie infettive Regione Lombardia:

segnalazione immediata all'ASL da parte del medico curante; invio notifica mensilmente dall'ASL all'U.O. Prevenzione Regione Lombardia; criterio di validazione: segnalazione di caso da parte del medico, su criterio clinico e di laboratorio.

Provvedimenti nei confronti del malato

Non sono necessari provvedimenti; l'inchiesta epidemiologica deve ricercare la fonte tra animali parassitati da zecche.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti

Nessun provvedimento.

? Le rickettsiosi non sono inserite nelle malattie soggette alla rete di sorveglianza europea

Rickettsiosi trasmesse da pidocchi, pulci, acari

Descrizione clinica

Malattie caratterizzate da febbre moderata o alta, con malessere generale e frequente comparsa di eritema generalizzato maculopapulare, a partenza dal tronco, in quinta-settima giornata.

Criteri diagnostici di laboratorio

Per rickettsia prowazeki:

- Isolamento di R.p. dal sangue
- Incremento pari o superiore a 4 volte il titolo anticorpale tra fase acuta e convalescenza
- Riscontro di titoli anticorpali <1:64 mediante immunofluorescenza,RIA, emoagglutinazione indiretta

Definizione di caso

Possibile: caso clinicamente compatibile

Probabile: caso clinicamente compatibile con risultati di laboratorio probabili.

Confermato: caso clinicamente compatibile con risultati di laboratorio confermati.

Agente eziologico

Tifo esantematico o petecchiale: Rickettsia prowazekii

Febbre tifosa endemica da pulci o tifo murino: Rickettsia typhi

Tifo della boscaglia o Febbre tifosa da acari: Rickettsia orientalis tsutsugamushi

Diffusione

Tifo esantematico o petecchiale: nei climi freddi dove le persone possono vivere in condizioni non igieniche e sono infestate da pidocchi

Febbre tifosa endemica da pulci o tifo murino: in tutto il mondo

Tifo della boscaglia o Febbre tifosa da acari: in Asia.

Fonte di infezione

Tifo esantematico o petecchiale: uomo.

Febbre tifosa endemica da pulci o tifo murino: ratti e topi.

Tifo della boscaglia o Febbre tifosa da acari: acaro

Modalità di trasmissione

Tifo esantematico o petecchiale: attraverso il pidocchio del corpo.

Febbre tifosa endemica da pulci o tifo murino: attraverso le pulci infette.

Tifo della boscaglia o Febbre tifosa da acari: attraverso il morso di larve di acari infetti.

Periodo di incubazione

Tifo esantematico o petecchiale: da 1 a 2 settimane, di solito 12 giorni.

Febbre tifosa endemica da pulci o tifo murino: da 1 a 2 settimane, di solito 12 giorni.

Tifo della boscaglia o Febbre tifosa da acari: da 6 a 21 giorni, di solito 10-12 giorni.

Periodo di contagiosità

Non è direttamente trasmessa da persona a persona.

Segnalazione/Notifica

Sistema informativo delle malattie infettive D.M. 15-12-1990:

obbligatoria di classe I per il tifo esantematico, classe V per altre; criterio di validazione: clinica.

Sistema di sorveglianza malattie infettive Regione Lombardia:

segnalazione immediata all'ASL da parte del medico curante; invio notifica immediata dall'ASL all'U.O.

Prevenzione Regione Lombardia; criterio di validazione: segnalazione di caso da parte del medico, su criterio clinico.

Provvedimenti nei confronti del malato

Nessun isolamento né allontanamento da collettività.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti

Sorveglianza epidemiologica sui contatti stretti per due settimane. Ricerca della fonte di infezione e relativa disinfezione.

? Le rickettsiosi non sono inserite nelle malattie soggette alla rete di sorveglianza europea

ROSOLIA

Descrizione clinica

Quadro clinico caratterizzato da esantema generalizzato maculopapulare e artralgia/artrite, linfadenopatia o congiuntivite.

Criteri diagnostici di laboratorio

- Individuazione degli anticorpi immunoglobulina M alla rosolia in mancanza di vaccinazione recente.
- Dimostrazione di una risposta specifica degli anticorpi alla rosolia in mancanza di vaccinazione recente.
- Individuazione del virus della rosolia in mancanza di vaccinazione recente.
- Individuazione dell'acido nucleico della rosolia in un campione clinico.

Definizione di caso

Possibile: quadro clinico compatibile

Probabile: caso clinicamente compatibile che ha un collegamento epidemiologico

Confermato: caso clinicamente compatibile confermato in laboratorio.

Agente eziologico

Virus a RNA, appartenente alla famiglia dei Togaviridae.

Diffusione

Ubiquitaria - picco di incidenza: tardo inverno – inizio primavera. Il tasso di riproduzione (Ro) è pari 5-6. Attualmente, a seguito della patomorfosi delle malattie esantematiche oltre che alla presenza di una quota elevata di vaccinati, la diagnosi clinica di rosolia si rivela complessa e spesso solo sospetta.

Fonte di infezione

Uomo.

Modalità di trasmissione

Perinatale; postnatale: contatto diretto o goccioline delle secrezioni naso-faringee

Periodo di incubazione

Da 14 a 21 giorni, mediamente 16-18 giorni.

Periodo di contagiosità

Postnatale: da una settimana (2-3 gg.) prima a 5-7 gg. (non meno di 4) dalla comparsa dell'esantema.

Congenita: i neonati affetti da sindrome da rosolia congenita possono eliminare subvirus fino ad un anno o più'. In circa il 10-20% di questi pazienti il virus può essere isolato quando il lattante ha 6 mesi di vita

Segnalazione/Notifica

Sistema informativo delle malattie infettive D.M. 15-12-1990:

obbligatoria di classe II; criterio di validazione: quadro clinico.

Sistema di sorveglianza malattie infettive Regione Lombardia:

segnalazione differita all'ASL da parte del medico curante; invio notifica mensile dall'ASL all'U.O.

Prevenzione Regione Lombardia; criterio di validazione: quadro clinico.

Provvedimenti nei confronti del malato.

Rosolia postnatale: allontanamento dalla scuola o comunità per 7 gg. dalla comparsa dell'esantema.

In ambiente ospedaliero o in altre istituzioni isolamento da contatto ed utilizzo di stanze separate per 7gg.

Rosolia congenita: devono essere considerati contagiosi fino ad un anno, a meno che le colture del nasofaringe e delle urine non siano negative. Le madri devono essere messe a conoscenza del rischio potenziale che rappresentano i loro figli per i soggetti suscettibili in stato di gravidanza.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti.

Sorveglianza sanitaria per l'individuazione di contatti suscettibili, in particolar modo donne in gravidanza, che dovranno astenersi da qualsiasi contatto con il paziente e sottoporsi ad esami sierologici per la determinazione del loro stato immunitario nei confronti della rosolia.

Il vaccino post-esposizione non previene la malattia, anche se non controindicato; è comunque opportuno che i soggetti suscettibili non precedentemente vaccinati, ricevano il vaccino, nell'ambito del piano regionale per l'eliminazione di morbillo e rosolia congenita.

SALMONELLOSI

Descrizione clinica

Malattia batterica che si manifesta generalmente come gastroenterite acuta con diarrea, dolori addominali, nausea e a volte vomito.

Criteri diagnostici di laboratorio

Individuazione della salmonella non tifoidea e non paratifoidea da un campione clinico

Definizione di caso

Possibile : quadro clinico senza accertamento né collegamento epidemiologico

Probabile: un caso isolato e confermato in laboratorio senza informazioni cliniche, oppure un caso clinicamente compatibile che ha un collegamento epidemiologico.

Confermato: un caso clinicamente compatibile e confermato in laboratorio.

Agente eziologico

Lo spettro eziologico è ampio e la prevalenza dei sierotipi cambia da paese a paese; in genere in una data area, la maggioranza dei casi è rappresentata da un numero limitato di sierotipi.

Nei Paesi Europei, i sierotipi più frequentemente isolati sono *S. typhimurium* e *S. enteritidis*.

Diffusione

Malattia diffusa in tutto il mondo, con un tasso di incidenza maggiore tra neonati e bambini; può manifestarsi in forma di piccole epidemie.

Fonte di infezione

E' rappresentata da un'ampia varietà di animali domestici e selvatici, tra i quali polli, suini, bovini, roditori e animali domestici come cani, gatti, tartarughe marine ed acquatiche, iguane, pulcini.

L'uomo può fungere da serbatoio, nel caso di pazienti convalescenti, malati con forme lievi d'infezione o malattia non diagnosticata.

Modalità di trasmissione.

Oro-fecale, attraverso l'ingestione di alimenti contaminati dalle feci di una persona o di un animale infetto. Gli alimenti che più frequentemente agiscono da veicolo dell'infezione sono uova, latte e derivati, carne e pollame e loro derivati.

La trasmissione oro-fecale da persone a persona è possibile, specialmente quando è presente diarrea; bambini e adulti con incontinenza fecale rappresentano un rischio più elevato di trasmissione rispetto ai portatori asintomatici.

Periodo di incubazione

Da 6 a 72 ore, generalmente 12 - 36 ore.

Periodo di contagiosità

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

E' possibile l'instaurarsi di uno stato di portatore cronico, soprattutto nei bambini, favorito dalla somministrazione di antibiotici.

Segnalazione/Notifica

Sistema informativo delle malattie infettive D.M. 15-12-1990:

obbligatoria di classe II; criterio di validazione: quadro clinico + positività colturale

Sistema di sorveglianza malattie infettive Regione Lombardia:

segnalazione immediata all'ASL da parte del medico curante; invio mensile da parte dell'ASL all'U.O.

Prevenzione Regione Lombardia; criterio di validazione: quadro clinico + collegamento epidemiologico o accertamento di laboratorio senza informazioni cliniche o quadro clinico + accertamento di laboratorio.

Il caso solo sospetto, cioè il caso clinicamente compatibile ma senza conferma di laboratorio o collegamento epidemiologico non è ammissibile ai fini della notifica.

Provvedimenti nei confronti del malato

- Allontanamento dall'attività lavorativa o scolastica e dalla frequenza di collettività (piscina, palestra etc), fino a guarigione clinica avvenuta. Per la riammissione in comunità scolastica o lavorativa non è richiesta l'esecuzione di coproculture.

- Se il malato è un addetto alla manipolazione o distribuzione di alimenti, all'assistenza sanitaria a pazienti ospedalizzati o istituzionalizzati, all'assistenza all'infanzia : allontanamento dall'attività lavorativa e dalla frequenza di collettività fino a guarigione clinica avvenuta. Per la riammissione all'attività lavorativa si richiede l'esecuzione di 2 coproculture consecutive. Le coproculture vanno eseguite su campioni di feci prelevati a non meno di 24 ore di distanza l'una dall'altra e non meno di 48 ore dalla sospensione di qualsiasi trattamento antimicrobico.

Nel caso in cui l'esito delle coproculture rimanga positivo, il soggetto sarà comunque riammesso all'attività lavorativa e si segnalerà il caso al SIAN.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti.

Sorveglianza sanitaria per almeno 7 giorni, nel caso in cui l'inchiesta epidemiologica evidenzi l'esposizione ad una fonte comune di contagio.

Nei conviventi e/o contatti asintomatici non è indicata l'esecuzione di coproculture.

SCABBIA

Descrizione clinica

Malattia parassitaria della cute che si manifesta con eruzioni pruriginose, dovute a fenomeni di ipersensibilità.

Una forma più severa di malattia, conosciuta come scabbia norvegese, è comune in soggetti con sistema immunitario compromesso ed è altamente contagiosa.

Criteri diagnostici di laboratorio

- osservazione diretta di parassiti estratti da cunicoli e vescicole terminali, oppure
- osservazione microscopica di parassiti, uova o feci di acaro in prelievi cutanei macerati in potassa caustica al 20%

Definizione di caso

Possibile: quadro clinico indicativo, ma non caso confermato o probabile.

Probabile: quadro clinico chiaro, ovvero collegato epidemiologicamente a un caso confermato.

Confermato: quadro clinico compatibile, confermato dall'osservazione diretta o microscopica di parassiti o loro residui.

Agente eziologico

Sarcoptes scabiei, un acaro.

Diffusione

Largamente diffusa, endemica in molti paesi in via di sviluppo. Può colpire persone di qualsiasi livello socioeconomico.

Fonte di infezione

Uomo.

Modalità di trasmissione

La trasmissione avviene per contatto cutaneo diretto o durante il contatto sessuale.

La trasmissione per contatto indiretto si verifica solo se gli effetti lettereschi o i vestiti sono stati contaminati da poco.

Il rischio di trasmissione è elevato nelle situazioni in cui c'è contatto frequente pelle a pelle, come nei contatti sessuali ed in particolari ambiti quali quelli familiari, istituti/RSA.

Periodo di incubazione

Da 2 a 6 settimane prima dell'esordio del prurito, nei soggetti infestati per la prima volta, da 1 a 4 giorni in caso di reinfestazioni.

Periodo di contagiosità

Fino a quando acari e uova non sono distrutti da adeguato trattamento.

Segnalazione/Notifica

Sistema informativo delle malattie infettive D.M. 15-12-1990:

obbligatoria di classe IV.

Sistema di sorveglianza malattie infettive Regione Lombardia:

segnalazione immediata all'ASL da parte del medico curante; invio notifica mensile dall'ASL all'U.O. Prevenzione Regione Lombardia.

Provvedimenti nei confronti del malato

Restrizione dalla frequenza di collettività fino all'avvenuto trattamento previa verifica da parte dell'ASL.

Sorveglianza attiva sulla restrizione della frequenza di collettività.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti

Sorveglianza sanitaria per 60 giorni finalizzata alla ricerca della fonte di infestazione e ricerca dei casi secondari.

Indicazioni al trattamento profilattico di tutti i conviventi e dei contatti sessuali.

Fornire indicazioni specifiche in merito alla bonifica ambientale.

SCARLATTINA

Descrizione clinica

Malattia ad inizio brusco con febbre elevata, angina essudativa, esantema (lingua a fragola bianca poi a lampone). Dopo 1-2 giorni compare esantema maculo-papuloso puntiforme ad evoluzione centripeta che dura 7 giorni, quando comincia una desquamazione che dura 3-4 settimane.

Criteri diagnostici di laboratorio

- isolamento di Streptococco beta-emolitico gruppo A da appropriati campioni biologici
- riscontro di significativi titolo anticorpali antistreptococcici

Definizione di caso

Possibile: quadro clinico compatibile

Probabile: quadro clinico con collegamento epidemiologico.

Confermato: quadro clinico e sintomatologico compatibile confermato in laboratorio

Agente eziologico

Streptococco beta-emolitico eritrogenico (gruppo A Lancefeld; 1, 2, 3, 4 e 12, 25, 49 Griffith).

Diffusione

Ubiquitaria ad andamento endemico; scarsamente diffusiva; periodo autunno-inverno; colpisce soprattutto dai 3 ai 10 anni d'età. Il tasso di riproduzione (R_0) è pari a 4-6.

Fonte di infezione

Uomo .

Modalità di trasmissione

Via respiratoria diretta o goccioline di Flügge e percutanea (suppurazioni).

Periodo di incubazione

1-3 giorni, raramente più lungo.

Periodo di contagiosità

Da 10 a 21 giorni dalla comparsa dell'esantema nei casi non trattati e non complicati. La terapia antibiotica (con penicillina o altri antibiotici appropriati) determina cessazione della contagiosità entro 24 ore.

Segnalazione/Notifica

Sistema informativo delle malattie infettive D.M. 15-12-1990:

obbligatoria di classe II; criterio di validazione: quadro clinico.

Sistema di sorveglianza malattie infettive Regione Lombardia:

segnalazione differita all'ASL da parte del medico curante; invio notifica mensile dall'ASL all'U.O.

Prevenzione Regione Lombardia; criterio di validazione: quadro clinico.

Provvedimenti nei confronti del malato

Isolamento domiciliare e precauzione per secrezioni, liquidi biologici infetti, per 24 ore dall'inizio della terapia antibiotica. In caso di ricovero ospedaliero, disinfezione continua di secrezioni purulente e degli oggetti da queste contaminati.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti

Esecuzione sistematica di indagini colturali (tampone farinegei) solo nelle situazioni ad alto rischio (2 o più casi di febbre reumatica o nefriti in ambiti ristretti come famiglie e scuole o forme invasive di streptococco emolitico di gruppo A) .

Non è indicata la ricerca sistematica dei portatori, né la loro bonifica ai fini di prevenzione.

? La scarlattina non è soggetta al sistema di sorveglianza comunitaria delle malattie trasmissibili istituite dalla Commissione della Comunità Europea il 19 marzo 2002.

SIFILIDE

Descrizione clinica

E' una malattia infettiva acuta o cronica distinta in tre stadi:

- Sifilide primaria : è caratterizzata da una o più ulcere con essudato sieroso (sifiloma primario) che interessano la cute e le membrane mucose colpendo per lo più i genitali e possono differire nell'aspetto clinico;
- Sifilide secondaria : è lo stadio successivo dell'infezione che inizia dopo 1-2 mesi, ed è caratterizzato dalla comparsa di lesioni maculo-papulari localizzate o diffuse, che classicamente coinvolgono il palmo delle mani e la pianta dei piedi. Possono essere presenti linfadenopatia generalizzata, febbre, malessere, splenomegalia e artralgia.
- Sifilide terziaria : si verifica nel 15-20% dei luetici non trattati, da 1 a 10-20 anni dopo l'infezione. E' caratterizzata dalla sifilide cardiovascolare, dalla comparsa di gomme cutanee, ossee e viscerali che si presentano dopo alcuni anni dall'infezione primaria.

La sifilide latente decorre nel periodo che segue l'infezione ed in cui il soggetto è sieroreattivo, ma non presenta nessuna sintomatologia anche se sono presenti i patogeni nell'organismo della persona infetta. Se l'infezione è stata acquisita entro l'anno precedente viene definita sifilide latente precoce, tutti gli altri casi vengono indicati come sifilide latente tardiva.

Criteri diagnostici di laboratorio

Sifilide primaria

- Individuazione dell'IgM specifico mediante EIA
- Dimostrazione della presenza del *Treponema pallidum* nei campioni clinici, mediante microscopia a campo scuro, immunofluorescenza diretta (DFA-TP) o metodi equivalenti

Per casi probabili:

- una reazione sierologia positiva (non treponemico: Laboratorio di ricerca sulle malattie veneree (VDRL) treponemico: test d'immunofluorescenza treponemica assorbita (FTA-ABS) oppure test di microemoagglutinazione per gli anticorpi del *T. pallidum* (MHA-TP)

Sifilide secondaria

- Dimostrazione della presenza di *T. pallidum* nei campioni clinici, mediante microscopia a campo scuro, immunofluorescenza diretta (DFA-TP) o metodi equivalenti

Per casi probabile:

- Una reazione sierologia positiva (non treponemico: Laboratorio di ricerca sulle malattie veneree (VDRL)
- Plasma rapido reagin (PRR) treponemico: test di immunofluorescenza treponemica assorbita (FTA-ABS)
- Test di microemoagglutinazione per gli anticorpi del *T. Pallidum* (MHA-TP)

Sifilide latente

Dimostrazione di una reazione positiva con EIA specifico, ma negativo all'esame di laboratorio per la sifilide infettiva (cfr. sifilide primaria o secondaria)

Definizione di caso

Sifilide primaria

Possibile: quadro clinico indicativo, ma non caso confermato o probabile.

Probabile: un caso clinicamente compatibile con una o più ulcere veneree corrispondente a una sifilide primaria con reazione sierologia positiva.

Confermato: un caso clinicamente compatibile confermato in laboratorio.

Sifilide secondaria

Possibile: quadro clinico indicativo, ma non caso confermato o probabile.

Probabile: un caso clinicamente compatibile con un test sierologico positivo.

Confermato: un caso clinicamente compatibile confermato in laboratorio

Sifilide latente

Possibile: quadro clinico compatibile

Probabile: nessun segno clinico o sintomo di sifilide e test di laboratorio positivo come descritto in precedenza.

Confermato: quadro clinico compatibile con accertamento di laboratorio.

Agente eziologico

Il *Treponema pallidum* è una spirocheta estremamente fragile e scarsamente resistente nell'ambiente.

Diffusione

E' diffusa ovunque. La sifilide è più prevalente nelle aree urbane che in quelle rurali e in alcune culture più nei maschi che nelle femmine, predilige l'età giovanile, epoca di maggiore attività e promiscuità sessuale.

Fonte di infezione

Uomo.

Modalità di trasmissione

La sifilide si trasmette per contatto diretto con gli essudati infetti delle lesioni, di cute e di mucose di persone infette, prevalentemente durante i contatti sessuali.

La trasmissione può avvenire anche tramite trasfusioni di sangue se il donatore si trova nelle fasi iniziali della malattia.

La trasmissione fetale si verifica per passaggio diretto dell'agente infettante dalla madre al feto attraverso la placenta o durante il parto. L'avvenuto contagio, può determinare aborto, ritardo di accrescimento fino ad un quadro di sifilide congenita che presenta lesioni a carico delle ossa, delle cartilagini, della cute e delle mucose.

Periodo di incubazione

Varia da 10 a 90 giorni, di solito 3 settimane.

Periodo di contagiosità

La contagiosità è possibile quando sono presenti le lesioni mucocutanee umide della sifilide primaria e secondaria. Le lesioni della sifilide secondaria possono recidivare con frequenza sempre minore durante i primi 4 anni dall'infezione ed è comunque rara dopo il primo anno.

I neonati infetti possono presentare lesioni umide mucocutanee più diffuse rispetto a quelle della madre, e rappresentano pertanto una fonte potenziale di infezione.

Segnalazione/Notifica

Sistema informativo delle malattie infettive D.M. 15-12-1990:

obbligatoria di classe II, criterio di validazione: clinica e sierologia.

Sistema di sorveglianza delle malattie infettive Regione Lombardia:

segnalazione differita all'ASL da parte del medico curante; invio mensile da parte dell'ASL all'U.O. Prevenzione Regione Lombardia; criterio di validazione: clinica e sierologia.

Provvedimenti nei confronti del malato

Isolamento da contatto ed ematico sino a risoluzione clinica, dopo trattamento. I pazienti devono astenersi dai rapporti sessuali fino a completamento di adeguata terapia ed alla scomparsa delle lesioni.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti

Identificare, sottoporre a controlli sierologici e trattare adeguatamente tutti i contatti sessuali con persone affette da sifilide acquisita negli ultimi 3 mesi.

I neonati di madri sieroreattive devono essere trattati con specifico antibiotico, indipendentemente dal trattamento effettuato dalla madre in gravidanza.

TIFO (FEBBRE TIFOIDEA/PARATIFOIDEA)

Descrizione clinica

Patologia causata dalla *Salmonella typhi* o *paratyphi* spesso caratterizzata da una manifestazione insidiosa di febbre continua, cefalea, malessere, anoressia, bradicardia relativa, stitichezza o diarrea e tosse secca. Si verificano peraltro numerose infezioni lievi e atipiche.

Criteri diagnostici di laboratorio

Individuazione della *S. typhi* o *paratyphi* nel sangue, nelle feci o in altri campioni clinici

Definizione dei casi

Possibile: caso clinicamente compatibile

Probabile: caso isolato e confermato in laboratorio senza informazioni cliniche oppure un caso con sintomi clinici che ha un collegamento epidemiologico.

Confermato: caso clinicamente compatibile confermato in laboratorio

Agente eziologico

Salmonella typhi, *Salmonelle paratyphi* A, B, C.

Diffusione

In tutto il mondo, con particolare concentrazione nelle aree a basso tenore igienico-sanitario.

Fonte di infezione.

Uomo. Raramente animali domestici per la paratifoide.

Modalità di trasmissione

Cibo e acqua contaminati da feci e urine di pazienti e portatori. Lo stato di portatore può far seguito ad una malattia acuta o ad infezioni moderate o anche sub cliniche; è più comune in persone infettatesi nella mezza età, specialmente donne; i portatori presentano di frequente anomalie del tratto biliare.

In alcune parti del mondo importanti veicoli comprendono frutti di mare, latte e prodotti di latte contaminati. Le mosche possono infettare cibi in cui gli organismi poi si moltiplicano.

Periodo d'incubazione

Abitualmente da 1 a 3 settimane, ma può variare da 3 giorni a 3 mesi a seconda della dose infettante.

Periodo di contagiosità.

Fintanto che i microrganismi sono presenti nelle feci, dalla prima settimana di malattia per tutta la durata della convalescenza, nei soggetti sottoposti a terapia antibiotica efficace; nel 10% dei casi non trattati l'eliminazione può continuare anche per mesi dall'esordio. Il 2-5% dei pazienti diviene portatore cronico.

Segnalazione/Notifica

Sistema informativo delle malattie infettive D.M. 15-12-1990:

obbligatoria di classe II; criterio di validazione: quadro clinico + sierologia

Sistema di sorveglianza malattie infettive Regione Lombardia:

segnalazione immediata all'ASL da parte del medico curante; invio notifica mensile dall'ASL all'U.O. Prevenzione Regione Lombardia; criterio di validazione: quadro clinico + conferma di laboratorio o collegamento epidemiologico oppure caso confermato in laboratorio senza informazioni cliniche (la positività colturale o sierologica è ammissibile solo in assenza di informazioni cliniche non di quadro clinico negativo, poiché in tal caso si tratterebbe di un probabile portatore).

Provvedimenti nei confronti del malato.

Isolamento enterico ed allontanamento da collettività o da attività lavorative quali manipolazione di alimenti, assistenza sanitaria ed all'infanzia, fino a 3 coproculture eseguite a giorni alterni, da effettuarsi non prima di due giorni dalla sospensione della terapia antimicrobica. In caso di persistente positività, mantenimento delle misure e ripetizione della procedura dopo un mese di distanza.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e di contatti

Sorveglianza sanitaria per la ricerca di altri casi di infezione e della fonte di esposizione, con particolare riguardo a storie di viaggi in aree endemiche e alle abitudini alimentari ed effettuazione di coprocultura ai conviventi e ai contatti stretti.

Se il caso è avvenuto in asilo nido o scuola materna e non emerge chiaramente dall'indagine epidemiologica la fonte di infezione, la coprocultura va estesa alla classe coinvolta.

Allontanamento dei conviventi e dei contatti stretti dalle attività che comportino la manipolazione o distribuzione di alimenti, l'assistenza sanitaria e quella all'infanzia, fino a risultato negativo di 2 coproculture eseguite su campioni prelevati a non meno di 24 ore di distanza l'uno dall'altro.

La vaccinazione antitetica è di valore limitato in caso di esposizione a casi conclamati, mentre può essere utile in caso di convivenza con portatori cronici.

TETANO

Descrizione clinica

Quadro clinico compatibile con un'infezione tetanica, manifestazione improvvisa di ipertonie/contrazioni mascellari dolorose, nonché spasmi muscolari generalizzati senza altra causa clinica.

Criteri diagnostici

- Individuazione dell'anticorpo alla tossina del tetano in un paziente non vaccinato e non sottoposto a terapia.
- Dimostrazione di una risposta specifica degli anticorpi alla tossina del tetano.

Definizione di caso

Possibile - Probabile: poiché il caso confermato è dato come clinicamente compatibile, ciò riassume anche le definizioni di caso possibile/probabile

Confermato: caso clinicamente compatibile

Agente eziologico

Clostridium tetani è un bacillo gram-positivo, tossigeno e sporigeno.

Diffusione

In tutto il mondo: sporadico e poco frequente nei paesi sviluppati, è importante causa di morte in alcuni paesi dell'Asia, Africa e Sud America in particolare nelle zone rurali.

Fonte di infezione

Il Clostridium t. è ospite innocuo dell'intestino dei cavalli, di altri animali e dell'uomo; eliminato con le feci contamina terreno che ne diventa il serbatoio.

Modalità di trasmissione

Le spore del tetano penetrano nell'organismo attraverso ferite puntiformi contaminate da terra, polvere, feci; lacerazioni, ustioni e ferite non notate, uso di droghe da strada contaminate; manovre chirurgiche eseguite con modalità non sterili.

Periodo di incubazione

Da 3 a 21 giorni, ma può oscillare da un giorno a diversi mesi in relazione al tipo di ferita, estensione localizzazione; in media è di 10 giorni.

Periodo di contagiosità

La malattia non si trasmette da uomo a uomo.

Segnalazione/Notifica

Sistema informativo delle malattie infettive D.M. 15-12-1990:

obbligatoria di classe 1;

Sistema di sorveglianza malattie infettive Regione Lombardia:

segnalazione immediata all'ASL da parte del medico curante; notifica a Regione, per il successivo invio a Ministero della Salute e ISS.

Provvedimenti nei confronti del malato

Non sono necessari specifici interventi di profilassi o isolamento, in quanto non sussiste il contagio interumano.

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e contatti

Nessun provvedimento.

TUBERCOLOSI E MICOBATTERIOSI ATIPICHE

La particolarità e complessità della materia impone il rinvio a specifiche Linee guida, emanate a livello nazionale e regionale.

VARICELLA

Descrizione clinica

Malattia virale acuta sistemica caratterizzata da febbre, sintomi generali e comparsa di un esantema che da maculo-papuloso evolve rapidamente in vescicolare, con successiva trasformazione delle lesioni in croste, in assenza di altre patologie (impetigine, reazione tossica a farmaci). L'infezione può decorrere anche in forma sub clinica o asintomatica. (fonte: D.M. 15 dicembre 1990).

Criteri diagnostici di laboratorio

- isolamento di virus varicella-zoster da campioni biologici
- incremento significativo del titolo anticorpi antivariella, determinato con metodiche sierologiche standard
- positività della ricerca delle IgM anti-virus varicella-zoster.

Definizione di caso

Possibile: quadro clinico indicativo, senza accertamenti sierologici o collegamento epidemiologico

Probabile: quadro clinico chiaro, ovvero collegato epidemiologicamente a un caso confermato.

Confermato: un caso confermato in laboratorio o che risponde alla definizione clinica di caso ed ha un collegamento epidemiologico.

Agente eziologico

Virus varicella-zoster (VZV) è un herpesvirus.

Diffusione

Ubiquitaria; nei climi temperati si manifesta con picchi di incidenza nel tardo inverno e all'inizio della primavera. In Italia, studi sieropidemiologici hanno rilevato una percentuale di positività dell'82% nei soggetti tra i 10 ed i 14 anni di età. Il tasso di riproduzione (Ro) è pari a 10-11.

Fonte di infezione

Uomo.

Modalità di trasmissione

Via aerea mediante aerosol o tramite contatto diretto con lesioni da varicella o zoster. La trasmissione può avvenire per via indiretta attraverso oggetti contaminati di fresco con le secrezioni delle vescicole oppure delle mucose delle persone infette.

Periodo di incubazione

Da 2 a 3 settimane, mediamente 13-17 giorni.

Periodo di contagiosità

Da 5 giorni prima a 5-6 giorni dopo la comparsa della prima gittata vescicolare.

La contagiosità può prolungarsi fino all'intero periodo dell'eruzione di nuove lesioni nei pazienti con stato immunitario alterato o sottoposti ad immunoprofilassi passiva.

Segnalazione/Notifica

Sistema informativo delle malattie infettive D.M. 15-12-1990:

obbligatoria di classe II; criterio di validazione: quadro clinico compatibile

Sistema di sorveglianza malattie infettive Regione Lombardia:

segnalazione differita all'ASL da parte del medico curante; invio notifica mensile dall'ASL all'U.O.

Prevenzione Regione Lombardia; criterio di validazione: quadro clinico compatibile.

Provvedimenti nei confronti del malato

Isolamento domiciliare per almeno 5 gg dalla comparsa della prima gittata vescicolare, con restrizione dei contatti con altri soggetti suscettibili, in particolar modo donne in stato di gravidanza, neonati, soggetti immunodepressi.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti

Nessuna restrizione per la frequenza scolastica o di altre collettività.

I contatti stretti di casi di varicella che, per motivi diversi, siano ricoverati dovranno riferire dell'esposizione, cosicchè siano assolutamente evitati contatti con soggetti immunodepressi, per tutto il periodo di possibile incubazione.

La vaccinazione post-esposizione è indicata entro le 72 ore e non oltre le 120 ore dal contatto, ma solo per gli adulti con anamnesi negativa, che siano conviventi col malato; una estensione a compagni di scuola o altri soggetti in età infantile comporterebbe una strategia inadeguata all'eliminazione della malattia.

Quando la vaccinazione sia controindicata – es.:soggetti immunodepressi- sono da somministrare le immunoglobuline, limitatamente ai seguenti casi:

- bambini o adulti immunocompromessi conviventi
- neonati da madre che abbia manifestato la varicella nei 5 giorni precedenti o nelle 48 ore successive al parto;
- gravide conviventi con soggetto malato.

? La varicella non è soggetta al sistema di sorveglianza comunitaria delle malattie trasmissibili istituito dalla Commissione della Comunità Europea il 19 marzo 2002.