

## DOCUMENTO OPERATIVO PER OPERATORI SANITARI DEI CENTRI DI ACCOGLIENZA IMMIGRATI

### Misure di profilassi, per esigenze di sanità pubblica, da adottare in eventuali casi di malattie infettive riscontrabili negli immigrati che vengono indirizzati alle Strutture di Accoglienza

Fermo restando l'obbligo di notifica di malattia infettiva, previsto dal DM 15/12/1990, ed i provvedimenti da adottare per esigenze di Sanità Pubblica, previsti dalla Circolare del Ministero della Salute n.4 del 13/03/1998, si trasmettono di seguito le misure da adottare per le principali patologie riscontrabili

#### **Tubercolosi** (Classe di notifica: III)

---

**Periodo di incubazione:** circa 4-12 settimane dall'infezione alla comparsa di una lesione primaria dimostrabile o della positività del test alla tubercolina. L'infezione può persistere allo stato latente per tutta la vita; il rischio di evoluzione verso la tubercolosi polmonare e/o extrapolmonare è massimo nei primi due anni dopo la prima infezione.

---

**Periodo di contagiosità:** fintanto che bacilli tubercolari sono presenti nell'escreato ed in altri fluidi biologici. La terapia antimicrobica con farmaci efficaci determina la cessazione della contagiosità entro 4-8-settimane.

---

**Provvedimenti nei confronti del malato:** trasferimento in strutture di cura, nell'attesa [isolamento respiratorio](#) in stanze separate; [sorveglianza sanitaria](#) per almeno 6 mesi. In caso di scarsa compliance alla terapia, di sospetta farmacoresistenza, o di condizioni di vita che possono determinare l'infezione di altre persone, in caso di recidiva è indicato il controllo diretto dell'assunzione della terapia antitubercolare.

---

#### **Provvedimenti nei confronti di conviventi e di contatti:**

- [sorveglianza sanitaria](#) di [conviventi](#) e [contatti stretti](#) per la ricerca di altri casi di infezione o malattia.
- Esecuzione di test Mantoux (da considerare positivo se il diametro dell'infiltrato è uguale o superiore a 10 mm a 48/72 ore dall'inoculazione) con successiva radiografia del torace dei casi positivi e, in caso di negatività, ripetizione del test a distanza di 2-3 mesi dal momento della cessazione dell'esposizione.
- Chemiopprofilassi nei [contatti stretti](#) cutipositivi; questa è, altresì, indicata per i contatti cutinegativi ad alto rischio di sviluppare la malattia.

**Per maggiori dettagli consultare il documento del Ministero della Salute emanato nel 2010: Aggiornamento delle raccomandazioni per le attività di controllo della tubercolosi "Politiche efficaci a contrastare la tubercolosi nella popolazione immigrata"**

## **Poliomielite** (Classe di notifica: I)

---

**Periodo di incubazione:** da 3 a 35 giorni, con una media di 7-14 giorni per i casi di polio paralitica.

---

**Periodo di contagiosità:** non definibile con precisione; la contagiosità sussiste fintanto che i *poliovirus* vengono escreti. I *poliovirus* sono dimostrabili nelle secrezioni oro-faringee e nelle feci rispettivamente dopo 36 e 72 ore dall'esposizione, con persistenza fino ad una settimana nel faringe e per 3-6 settimane ed oltre nelle feci. Indagini di campo hanno dimostrato che per ogni caso di poliomielite paralitica si verificano da 100 a 1.000 infezioni sub-cliniche.

---

**Provvedimenti nei confronti del malato:** pur essendo altamente auspicabili, le [precauzioni enteriche](#) sono di scarso significato in ambiente domiciliare perchè al momento della comparsa dei sintomi tutti i [contatti](#) sono già stati infettati. Trasferimento in strutture di cura.

---

### **Provvedimenti nei confronti di conviventi e di contatti:**

- [sorveglianza clinica](#) di [conviventi](#) e [contatti stretti](#) per individuazione di altri casi di paralisi flaccida acuta o di meningite asettica.
- Immediata somministrazione di una dose di IPV a tutti i [conviventi](#), i [contatti stretti](#) e a tutti i bambini di età compresa tra 0 e 5 anni residenti nella zona (quartiere, comune, provincia), a prescindere dal loro stato vaccinale antipolio.
- Attuazione di campagne straordinarie di vaccinazione antipolio in situazione epidemica (nella attuale situazione italiana, in cui non si registrano casi autoctoni di poliomielite da virus selvaggio dal 1983, un caso costituirebbe di per sé un'epidemia).
- Astensione dalla pratica di iniezioni intramuscolari non strettamente necessarie e differimento degli interventi chirurgici otorinolaringoiatrici fino a definizione e controllo della situazione.

**Rosolia**  
(Classe di notifica: II)

---

**Periodo di incubazione:** da 14 a 21 giorni, mediamente 16-18 giorni.

---

**Periodo di contagiosità:** da una settimana prima a non meno di 4 giorni dopo la comparsa dell'esantema. I neonati affetti da sindrome da rosolia congenita possono eliminare *rubivirus* per molti mesi.

---

**Provvedimenti nei confronti del malato:** Allontanamento del malato dalla struttura per 7 giorni dalla comparsa dell'esantema.

In ambiente ospedaliero o in altre istituzioni, [isolamento da contatto](#) ed utilizzazione di stanza separata per 7 giorni dalla comparsa dell'esantema.

---

**Provvedimenti nei confronti di conviventi e di contatti:**

- [sorveglianza sanitaria](#) per l'individuazione di [contatti](#) suscettibili, in particolare 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.
- La vaccinazione dei [contatti](#) non immuni, anche se non controindicata, con l'eccezione dello stato di gravidanza, non previene in tutti i casi l'infezione o la malattia.
- Un'epidemia di rosolia in una collettività, d'altra parte, giustifica l'effettuazione di una campagna straordinaria di vaccinazione.

## **Morbillo**

(Classe di notifica: II)

---

**Periodo di incubazione:** da 7 a 18 giorni, mediamente 10-14 giorni.

---

**Periodo di contagiosità:** da poco prima dell'inizio del periodo prodromico fino a 4 giorni dopo la comparsa dell'esantema.

---

**Provvedimenti nei confronti del malato:** [isolamento](#) per 5 giorni dalla comparsa dell'esantema. In caso di ricovero ospedaliero, [isolamento respiratorio](#) per analogo periodo.

---

### **Provvedimenti nei confronti di conviventi e di contatti:**

- [sorveglianza sanitaria](#) per la ricerca di soggetti suscettibili, cui va offerta la vaccinazione antimorbillosa (o antimorbillo-parotite-rosolia). La vaccinazione, effettuata entro 72 ore dall'esposizione, ha efficacia protettiva. Possibile anche la somministrazione di immunoglobuline specifiche che va effettuata, previa acquisizione di consenso informato, tassativamente entro 6 giorni dall'esposizione: la somministrazione di immunoglobuline oltre il terzo giorno del periodo di incubazione non è in grado di prevenire la malattia.
- Anche se non sono previste restrizioni o particolari condizioni per la frequenza scolastica e dell'attività lavorativa di [conviventi](#) e [contatti](#) suscettibili in caso di morbillo, se ne raccomanda la vaccinazione per controllare e prevenire epidemie nell'ambito di collettività.

## **Varicella** (Classe di notifica: II)

---

**Periodo di incubazione:** da 2 a 3 settimane, abitualmente 13-17 giorni. Il periodo di incubazione può essere prolungato in caso di soggetti con alterazione dell'immunocompetenza o sottoposti ad immunoprofilassi passiva.

---

**Periodo di contagiosità:** da 5 giorni prima a non più di 5 giorni dopo la comparsa della prima gittata di vescicole. Il periodo di contagiosità può essere prolungato in caso di soggetti con alterazione dell'immunocompetenza o sottoposti ad immunoprofilassi passiva.

---

**Provvedimenti nei confronti del malato:** [isolamento domiciliare](#) per almeno 5 giorni dalla comparsa della prima gittata di vescicole, con restrizione dei contatti con altri soggetti suscettibili, in particolar modo donne in stato di gravidanza e neonati.  
In caso di ricovero ospedaliero, [isolamento stretto](#) in considerazione della possibilità di trasmissione dell'infezione a soggetti suscettibili immunodepressi.

---

### **Provvedimenti nei confronti di conviventi e di contatti:**

- nessuna restrizione per la frequenza scolastica o di altre collettività.
- In caso di ricovero ospedaliero dei [contatti](#), per altre cause, è indicata la separazione per un periodo di 10-21 giorni, prolungato a 28 giorni in caso di somministrazione di immunoglobuline specifiche, dall'ultimo contatto con un caso di varicella.
- Vaccinazione dei soggetti ad alto rischio di complicanze da infezione con virus V-Z secondo le indicazioni della circolare n° 8 del 10 marzo 1992.

## Meningite meningococcica (Classe di notifica: II)

---

**Periodo di incubazione:** da 2 a 10 giorni, in media 3-4 giorni.

---

**Periodo di contagiosità:** fintanto che *N. meningitidis* è presente nelle secrezioni nasali e faringee. Il trattamento antimicrobico con farmaci nei confronti dei quali è conservata la sensibilità di *N. meningitidis* e che raggiungano adeguate concentrazioni nelle secrezioni faringee, determina la scomparsa dell'agente patogeno dal naso-faringe entro 24 ore.

---

**Provvedimenti nei confronti del malato:** [isolamento respiratorio](#) per 24 ore dall'inizio della chemioantibioticoterapia.

[Disinfezione continua](#) degli escreti naso-faringei e degli oggetti da essi contaminati.

Non è richiesta la [disinfezione terminale](#) ma soltanto una accurata pulizia della stanza di degenza e degli altri ambienti in cui il paziente ha soggiornato.

---

### Provvedimenti nei confronti di conviventi e di contatti:

- [sorveglianza sanitaria](#) di [conviventi](#) e [contatti stretti](#) per 10 giorni, con inizio immediato di appropriata terapia al primo segno sospetto di malattia, in particolare modo iperpiressia.
- Nei [conviventi](#) e [contatti stretti](#) di casi di meningite meningococcica chemioantibioticoprofilassi eseguita mediante impiego dei seguenti farmaci ai seguenti dosaggi:  
**adulti:** 600 mg di rifampicina due volte al dì per due giorni, oppure 250 mg di ceftriaxone in dose singola per via i.m., oppure 500 mg di ciprofloxacina in dose singola per os;  
**bambini:** 10 mg/Kg/die di rifampicina per i bambini di età superiore ad 1 mese, 5 mg/Kg/die per quelli di età inferiore a 30 giorni, oppure 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.
- La decisione di instaurare un regime di chemioantibioticoprofilassi non deve dipendere dalla ricerca sistematica di portatori di *N. Meningitidis*, che non riveste alcuna utilità pratica ai fini della profilassi.

## **Meningite da Haemophilus influenzae B** (Classe di notifica: V<sup>1</sup>)

---

**Periodo di incubazione:** non definito, probabilmente 2-4 giorni

---

**Periodo di contagiosità:** fintanto che il microorganismo è presente nelle secrezioni oro-faringee; l'infettività cessa entro 48 ore dall'inizio di un adeguato trattamento antimicrobico

---

**Provvedimenti nei confronti del malato:** [isolamento respiratorio](#) per 24 ore dall'inizio di appropriata terapia

---

### **Provvedimenti nei confronti di conviventi e di contatti:**

- [Sorveglianza sanitaria](#) di [conviventi](#) e [contatti stretti](#);
- chemioantibioticoprofilassi con rifampicina per tutti i contatti domestici in ambienti familiari in cui siano presenti bambini, oltre al caso indice, di età inferiore a 6 anni;
- chemioantibioticoprofilassi per i bambini fino a 6 anni e per il personale di scuole materne o asili nido.
- Il dosaggio consigliato è 20 mg/Kg/die, fino ad un massimo di 600 mg in un'unica dose giornaliera per 4 giorni.
- Vaccinazione dei bambini di età compresa tra 0 e 6 anni.
- La pregressa vaccinazione non esclude il trattamento profilattico.
- I contatti di età inferiore a 6 anni sono esclusi dalla frequenza di comunità e possono essere riammessi al termine del periodo di profilassi, a meno che non siano già stati vaccinati con scheda appropriata per l'età

**Scabbia**  
(Classe di notifica: IV)

---

**Periodo di incubazione:** da 2 a 6 settimane in caso di persone non esposte in precedenza, da 1 a 4 giorni in caso di reinfezione

---

**Periodo di contagiosità:** fino a che gli acari e le uova non siano stati distrutti da adeguato trattamento. Possono essere necessari 2 o più cicli di trattamento, eseguiti ad intervalli di una settimana.

---

**Provvedimenti nei confronti del malato:** Allontanamento dalla struttura o dal lavoro fino al giorno successivo a quello di inizio del trattamento. Per soggetti ospedalizzati o istituzionalizzati, [isolamento da contatto](#) per 24 ore dall'inizio del trattamento.

---

**Provvedimenti nei confronti di conviventi e di contatti:**

- [Sorveglianza clinica](#) per la ricerca di altri casi di infestazione; per i familiari e per i soggetti che abbiano avuto contatti cutanei prolungati con il caso è indicato il trattamento profilattico simultaneo.
- In caso di epidemie è indicato il trattamento profilattico dei [contatti](#).
- Lenzuola, coperte e vestiti vanno lavati a macchina con acqua a temperatura maggiore di 60 °C; i vestiti non lavabili con acqua calda vanno tenuti da parte per una settimana, per evitare reinfestazioni.

**Per maggiori informazioni riguardo la sanificazione/disinfestazione degli automezzi e delle strutture mobili destinate all'accoglienza migranti consultare il documento "Istruzione Operativa" dell'U.O.C. HACCP-RSO**

## **Pediculosi - ftiriasi** (Classe di notifica: IV)

---

**Periodo di incubazione:** in condizioni ottimali per il ciclo vitale dei pidocchi, da 6 a 10 giorni in caso di infestazione con uova.

---

**Periodo di contagiosità:** fintanto che uova, forme larvali o adulte sono presenti e vitali sulle persone infestate o su indumenti ed altri *fomites*.

---

**Provvedimenti nei confronti del malato:** In caso di infestazione da *P. humanus corporis* [isolamento da contatto](#) per non meno di 24 ore dall'inizio di un adeguato trattamento disinfestante. Il trattamento disinfestante consiste nell'applicazione di polvere di talco contenente DDT al 10% oppure Malathion all'1% oppure permetrina allo 0,5% o altri insetticidi.

Gli indumenti vanno trattati con gli stessi composti applicati sulle superfici interne oppure lavati con acqua bollente.

In caso di infestazioni da *P. humanus capitis*, restrizione della frequenza di collettività fino all'avvio di idoneo trattamento disinfestante, certificato dal medico curante.

Il trattamento disinfestante, consistente in applicazione di shampoo medicati contenenti permetrina all'1 % o piretrine associate a piperonil-butossido, o benzilbenzoato o altri insetticidi, deve essere periodicamente ripetuto ogni 7-10 giorni per almeno un mese.

Pettini e spazzole vanno immersi in acqua calda per 10 minuti e/o lavati con shampoo antiparassitario.

In caso di infestazioni da *Phthirus pubis* le zone interessate vanno rasate; i trattamenti disinfestanti sono simili a quelli da adottare per il *P. humanus capitis* e, se non sufficienti, vanno ripetuti dopo 4-7 giorni di intervallo. **Provvedimenti nei confronti di conviventi e di contatti:**

---

- [Sorveglianza sanitaria](#) per l'identificazione di altri casi di parassitosi, e conseguente trattamento disinfestante.

I compagni di letto ed i partners sessuali di soggetti infestati da *P. pubis* devono essere trattati in via profilattica con gli stessi prodotti impiegati per i casi di infestazione conclamata.

## **Dermatofitosi**

(Classe di notifica: IV)

---

**Periodo di incubazione:** da 4 a 10 giorni per *Tinea cruris* e *Tinea corporis*; da 10 a 14 giorni per *Tinea capitis* e *Tinea barbae*; non definito per le altre forme.

---

**Periodo di contagiosità:** fintanto che sono presenti le lesioni e che i miceti vitali persistono sui materiali contaminati.

---

**Provvedimenti nei confronti del malato:** in caso di *Tinea capitis* nessuna restrizione, purchè venga seguito un trattamento appropriato.

Se il paziente è ospedalizzato [precauzioni per drenaggi/secrezioni](#).

Esclusione della frequenza di palestre e piscine in caso di *Tinea corporis*, *cruris* e *pedis* per tutta la durata del trattamento; se il paziente è ospedalizzato [precauzioni per drenaggi/secrezioni](#).

---

### **Provvedimenti nei confronti di conviventi e di contatti:**

- ricerca di altri casi di infezione nei [conviventi](#) e nei [contatti](#) scolastici e ricerca della fonte di infezione, oltre che nei contatti umani, negli animali domestici, spesso portatori inapparenti.
- Educazione sanitaria dei [conviventi](#) e [contatti](#) allo scopo di impedire la condivisione di oggetti contaminati.

### **Febbri emorragiche virali (Ebola, Marburg, Lassa)**

(Classe di notifica: I) **Periodo di incubazione:** febbre di Ebola: da 3 a 21 giorni; febbre di Marburg: da 2 a 21 giorni; febbre di Lassa: da 6 a 21 giorni.

**Periodo di contagiosità:** nella fase conclamata della malattia e fintanto che particelle virali sono presenti nel sangue e nei fluidi biologici.

**Provvedimenti nei confronti del malato:** trasferimento in strutture di con unità di alto isolamento o in reparti specializzati per malattie infettive, in stanze dotate di sistema di ventilazione con cappe a flusso laminare, con rigide procedure per lo smaltimento degli escreti e dei fluidi biologici.

Disinfezione continua di escreti e fluidi biologici e di tutti i materiali che siano stati a contatto con il paziente, inclusi strumenti e materiale di laboratorio, con soluzioni di ipoclorito di Na allo 0,5%, oppure di fenolo allo 0,5%, oppure mediante trattamento in autoclave, oppure mediante termodistruzione.

Scrupoloso rispetto delle precauzioni standard ed utilizzazione, in tutte le fasi dell'assistenza al malato, compresa l'esecuzione degli esami di laboratorio, di indumenti e mezzi di protezione individuale (mascherine, guanti, occhiali), possibilmente monouso.

Esecuzione degli esami di laboratorio per la ricerca ed identificazione degli agenti virali responsabili di febbri emorragiche in strutture dotate di sistemi di alto isolamento con livello di sicurezza biologica 4 (BSL 4); gli esami ematochimici di routine possono essere eseguiti in strutture con livello di sicurezza biologica (BSL 3).

Per quanto riguarda i casi di malattia da virus Ebola-Marburg, astensione dai rapporti sessuali fino a dimostrazione di assenza dei virus dallo sperma (circa 3 mesi).

#### **Provvedimenti nei confronti di conviventi e di contatti:**

- ricerca attiva delle persone che hanno avuto contatti con il caso durante le tre settimane seguenti all'inizio della malattia e sorveglianza sanitaria delle stesse per tre settimane dall'ultimo contatto, con misurazione della temperatura corporea due volte al dì ed ospedalizzazione, con isolamento, al riscontro di temperature superiori a 38,3 °C.

Per ulteriori dettagli si rimanda alle Circolari del Ministero della Sanità n° 400.2/113.3.74/2808 dell'11 maggio 1995 e 100/67301/4266 del 26 maggio 1995. Decreto del Ministero dell'Interno, Affari Esteri, Ministero della Difesa e Ministero della Salute del 23/11/2010 (procedura nazionale relativa al trasporto di paziente in alto biocontenimento).

**Malattie trasmesse da vettori (Dengue, Chikungunya, West Nile Disease )**

(Classe di notifica: Vedi circolare (\*)) **Periodo di incubazione:** febbre Dengue: da 3 a 14 giorni, di solito 5-7 giorni; febbre Chikungunya : da 3 a 11 giorni; febbre West Nile Disease: da 2 e 14 giorni, ma può essere anche di 21 giorni nei soggetti con deficit a carico del sistema immunitario

**Periodo di contagiosità:** non c'è prova di trasmissione da persona a persona. Per quanto riguarda la dengue i pazienti sono di solito contagiosi per le zanzare da poco prima della fine del periodo febbrile, di solito per un periodo di 3-5 giorni; la zanzara Aedes aegypti diventa contagiosa 8-12 giorni dopo aver ingerito sangue viremico e rimane tale per il resto della vita

**Provvedimenti nei confronti del malato:** proteggere i soggetti malati dalle zanzare per evitare ulteriori trasmissioni fino alla scomparsa della febbre (zanzariere, repellenti ecc...)

**Provvedimenti nei confronti di conviventi e di contatti:** determinare il luogo di residenza del malato durante le due settimane precedenti l'esordio della malattia e condurre delle ricerche per identificare i casi non notificati o non diagnosticati.

Circolare prot.n. 14381 del 15/06/2011 del Ministero della Salute "Sorveglianza dei casi umani delle malattie trasmesse da vettori con particolare riferimento alla Chikungunya, Dengue e West Nile Disease-2011"

(\*) Circolare prot.n. 0016581-17/06/2014-DGPRES-COD\_UO-P del Ministero della Salute "Sorveglianza dei casi umani delle malattie trasmesse da vettori con particolare riferimento alla Chikungunya, Dengue e West Nile Disease-2014"

## Dissenteria bacillare (shigellosi) (Classe di notifica: V)

---

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

---

**Periodo di contagiosità:** durante l'infezione acuta e fino a che l'agente patogeno è presente nelle feci (abitualmente 4 settimane)

---

**Provvedimenti nei confronti del malato:** [Precauzioni enteriche](#), nei casi che richiedono l'ospedalizzazione, fino a risultato negativo di due coprocolture eseguite su campioni fecali raccolti a non meno di 24 ore di distanza l'uno dall'altro e a non meno di 48 ore dalla cessazione del trattamento antimicrobico. In caso di positività persistente il soggetto, una volta dimesso, andrà sottoposto a [sorveglianza sanitaria](#) fino a negativizzazione, con allontanamento dalle attività che comportino direttamente o indirettamente la manipolazione di alimenti e dalle attività di assistenza sanitaria e all'infanzia.

---

### **Provvedimenti nei confronti di conviventi e di contatti:**

- [Sorveglianza sanitaria](#) per almeno 7 giorni dall'ultimo contatto con il paziente ed effettuazione di coprocoltura di controllo per i [conviventi](#) ed i [contatti](#) sintomatici; trattamento dei positivi.
- Coprocoltura di controllo nei [conviventi](#) e [contatti](#), anche asintomatici, impegnati in attività che comportino manipolazione di alimenti o assistenza sanitaria e all'infanzia e loro esclusione da tali attività in caso di risultato positivo.
- Coprocoltura di controllo nelle situazioni in cui sia verosimile un alto rischio di trasmissione.
- Istruzione dei [conviventi](#) e dei [contatti](#) sulla necessità all'accurato lavaggio delle mani e dello spazzolamento delle unghie dopo l'uso dei servizi igienici e prima della manipolazione di alimenti o della cura di malati e bambini.

## Raccomandazioni di immunoprofilassi in relazione all'emergenza immigrati

### D.A. n° :0820/12 REGIONE SICILIA "CALENDARIO VACCINALE PER LA VITA"

Vaccino	Nascita	3° mese <sup>1</sup> (dal 61° giorno)	5° mese	6° mese	11°-12° mese	13°-15° mese	5 - 6 anni	12° anno	14°-15° anno	19-49 anni	50-64 anni	≥ 65 anni
DTP		DTP	DTP		DTP							
IPV		IPV	IPV		IPV							
HBV	HBV <sup>2</sup>	HBV	HBV		HBV							
Hib		Hib	Hib		Hib							
PCV13		PCV13	PCV13		PCV13							
Anti- Rotavirus	Rotavirus <sup>3*</sup>											
MenC <sup>6</sup> conjugato						MenC			MenC			
MPR <sup>4***</sup>												
Anti- Varicella <sup>4</sup>						MPR + Var	MPR + Var		Var <sup>10</sup>			
dTp												dTp <sup>9</sup>
DTP <sup>****</sup> + IPV							DTP <sup>5</sup> + IPV/ DTpIPV					
dTp <sup>****</sup> + IPV									dTp <sup>11</sup> + IPV/ dTpIPV			
Meningo ACW135Y conjugato									Men ACW135Y <sup>***</sup>			
HPV <sup>8</sup>								HPV		fino a 45 anni		
Anti- Influenzale									Influenza			
Anti- Pneumoco- ccico								PPV23			PCV13 / PPV23	PCV13 / PPV23

Per i bambini immigrati da 0 a 14 anni, come previsto dalla Circolare Ministeriale n.8 del 23/3/1993 "Documenti di vaccinazione per minori immigrati", che contiene indicazioni tutt'ora valide:

a) **il bambino non è mai stato vaccinato:** andrà vaccinato seguendo il nostro vigente calendario regionale, in rapporto all'età;

b) **il bambino è stato vaccinato regolarmente nel Paese d'origine e lo stato vaccinale è sufficientemente documentato:** andrà seguito il nostro vigente calendario regionale, per l'eventuale completamento del ciclo vaccinale primario e/o i richiami;

c) **la documentazione è insufficiente e lo stato vaccinale è dubbio:** si dovranno somministrare i vaccini anti polio, anti morbillo-parotite-rosolia, anti Hib, anti HBV, anti difto-tetano-pertosse (per quest'ultimo vaccino è opportuno non superare come numero le somministrazioni previste nel calendario vaccinale, per il maggiore rischio di reazioni avverse legate alla componente contro il tetano).

Nel caso in cui sia prevista la permanenza del minore nel nostro Paese, sarà possibile completare il ciclo vaccinale, come da vigente Calendario regionale, tenendo conto dello schema riportato di seguito:

- vaccinazione anti-polio con vaccino IPV: ciclo completo (3 dosi di vaccino),

- vaccinazione anti-HBV: ciclo completo (3 dosi di vaccino),

- vaccinazione anti-Hib: ciclo completo (numero di dosi di vaccino da somministrare in rapporto all'età),

- vaccinazione anti morbillo-parotite-rosolia: ciclo completo (2 dosi di vaccino)

- vaccinazione anti difto-tetano-pertosse: previa valutazione dello stato immunitario nei confronti del tetano, ai bambini di età <7 anni verrà somministrato il vaccino DTPa a dose piena; ai bambini di età >7anni, la formulazione ridotta, in uso per adulti (dTp, che, tuttavia, non è indicato come prima dose del ciclo

primario: nei soggetti di età >7anni, mai immunizzati in precedenza, dovrà, pertanto, essere somministrato il vaccino Td per le prime due dosi, il vaccino dTpa per la terza dose).

Per gli **adulti immigrati**, provenienti dai Paesi affetti o che dovessero diventare tali per il cambiamento del profilo epidemiologico:

- a) **in presenza di lesioni a rischio di tetano**: effettuazione della profilassi anti-tetanica post-esposizione, secondo le indicazioni nazionali vigenti (Circolare del Ministero della Sanità n.16/96);
- b) **per tutti**: verifica dello stato vaccinale nei confronti della polio, che dovrà essere documentato da certificato di vaccinazione valido;
- c) **soggetti che dichiarino di non essere mai stati vaccinati**: effettuazione della vaccinazione anti-polio (ciclo completo);
- d) **soggetti sprovvisti di adeguata documentazione e con stato vaccinale dubbio**: somministrazione di almeno 1 dose di vaccino anti-polio.

#### **Ulteriori indicazioni di Sanità Pubblica:**

- a) registrare puntualmente tutte le vaccinazioni effettuate, sia nei bambini che negli adulti, prendendo nota oltre che dei dati anagrafici del soggetto vaccinato anche del tipo e del lotto di vaccino;
- b) aggiornare la documentazione attestante lo stato vaccinale del soggetto, nei casi in cui sia stata esibita, o rilasciare un libretto vaccinale personale ex novo, se bambini (da dare ai genitori o tutori), o un certificato attestante l'avvenuta vaccinazione, se adulti.

Nel libretto vaccinale e nel certificato di vaccinazione dovranno essere indicati tipo e lotto del vaccino somministrato;

- c) segnalare gli eventuali eventi avversi a vaccinazione.

Conservare presso l'archivio del Centro di Vaccinazione copia della scheda vaccinale dei soggetti sottoposti ad immunoprofilassi.

#### **Vaccinazione antitubercolare**

La vaccinazione antitubercolare dovrà essere effettuata in :

- neonati e bambini di età inferiore a 5 anni, con test tubercolinico negativo, conviventi o aventi contatti stretti con persone affette da tubercolosi in fase contagiosa, qualora ogni altra misura, incluso l'allontanamento del caso, sia fallita o impossibile da attuare.

**Per ulteriori informazioni consultare i documenti seguenti:**

**Aggiornamento delle raccomandazioni per le attività di controllo della tubercolosi "Politiche efficaci a contrastare la tubercolosi nella popolazione immigrata" Ministero della Salute 2010;**

**"Documento operativo rivolto agli operatori sanitari ed ai responsabili delle strutture di accoglienza per gli immigrati provenienti dal Nord Africa per la sorveglianza e la gestione di eventuali casi di malattie infettive" del Ministero della Salute prot.DGPREV 0008636-P-07/04/2011**

**ELENCO LABORATORI REGIONALI DI RIFERIMENTO**  
**PER LE MALATTIE TRASMESSE DA ARTROPODI**

**REGIONE EMILIA-ROMAGNA:**

UOC virologia Universitaria  
Azienda Ospedaliero - Universitaria Pisana  
PISA  
Tel. 050/2213642 Fax: 050/2213643  
cell. 334 6969040  
e mail: luca.ceccherini-nelli@med.unipi.it  
**Referente:** Prof. Luca Ceccherini Nelli

Laboratorio di microbiologia e virologia  
Azienda Ospedaliero - Universitaria Careggi  
FIRENZE  
tel. 055/7949239 Fax. 055/7949289  
e mail: rossolinig@aou-careggi.it

**Referente:** Prof. Gian Maria Rossolini

Laboratorio Microbiologia e Virologia  
Azienda Ospedaliero - Universitaria Senese  
SIENA  
e mail: cusi@unisi.it  
tel. 0577/233850 Fax 0577/233870  
**Referente:** Prof. Maria Grazia Cusi

**REGIONE LOMBARDIA:**

Laboratorio di Microbiologia  
AZIENDA OSPEDALIERA "L. Sacco"  
via G. B. Grassi, 74  
20157 MILANO  
tel. 02.39042239  
**Referente:** dott.ssa M. Rita Gismondo

IRCCS S. MATTEO  
V.le C. Golgi, 19  
27100 PAVIA  
tel. 0382.502635-34-33  
**Referente:** dott. Fausto Baldanti

**REGIONE PIEMONTE**

Laboratorio di Microbiologia e Virologia del Dipartimento di Malattie infettive  
Ospedale Amedeo di Savoia di Torino  
Corso Svizzera, 164  
10149 TORINO  
tel. 011 4393838  
valeria.ghisetti@unito.it  
**Referente:** dott.ssa. Valeria Ghisetti

**REGIONE PUGLIA:**

Unità Operativa Complessa di Igiene  
Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Bari  
Piazza Giulio Cesare  
70124-BARI

**Direttore:** Prof. Michele Quarto

**Referente:** Prof.ssa Rosa Prato

**REGIONE SARDEGNA:**

A.O.U. di Cagliari c/o San Giovanni di Dio  
Via Ospedale  
09124 CAGLIARI

**Referente:** Dott. Ferdinando Coghe

**REGIONE SICILIA:**

Patologie diffuse di interesse regionale c/o Dipartimento di Medicina Clinica e delle Patologie  
Emergenti

Azienda Ospedaliera Universitaria "P. Giaccone" C.R.R.

Via del Vespro, 141

90127 PALERMO

**Referente:** Dott.ssa Giustina Vitale

**PROVINCIA AUTONOMA TRENTO:**

Unità Operativa Laboratorio di Sanità Pubblica

Centro per i Servizi Sanitari

Palazzina C

Viale Verona

38123 TRENTO

**Referente:** Dott. Italo Dell'Eva

**REGIONE VENETO:**

Centro Regionale di Riferimento di Genofenotipizzazione ed Epidemiologia molecolare degli agenti  
da infezione per la Diagnostica microbiologica e virale c/o U.O.C. di Microbiologia e Virologia

Azienda Ospedaliera di Padova

Via Giustiniani, 2

35128 PADOVA

**Referente:** Prof. Giorgio Palù

**SCHEDA DI NOTIFICA E SORVEGLIANZA DI CASO DI:**

**CHIKUNGUNYA**

**DENGUE**

**ZIKA virus**

**IMPORTATO**

**AUTOCTONO**

**POSSIBILE/PROBABILE**

**ACCERTATO**

ASL \_\_\_\_\_ |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_|      Distretto \_\_\_\_\_ |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_|

Data di segnalazione al SISP: gg |\_\_\_\_\_| mm |\_\_\_\_\_| aa |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_|      Data intervista : gg |\_\_\_\_\_| mm |\_\_\_\_\_| aa |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_|

Cognome \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Sesso: M  F       Data di nascita gg |\_\_\_\_\_| mm |\_\_\_\_\_| aa |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_|

Luogo di nascita \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_  
Via/piazza e numero civico \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Domicilio abituale: \_\_\_\_\_  
Via/piazza e numero civico \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Recapito telefonico del paziente o familiare \_\_\_\_\_

Permanenza all'estero nei 15 giorni precedenti l'inizio dei sintomi: **SI**  **NO**  se sì specificare

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
Località \_\_\_\_\_ data inizio \_\_\_\_\_ data fine \_\_\_\_\_

Permanenza in Italia in zone diverse dal domicilio abituale nei 15 giorni precedenti l'inizio dei sintomi: **SI**  **NO**   
se sì specificare:

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
Località \_\_\_\_\_ data inizio \_\_\_\_\_ data fine \_\_\_\_\_

Contatto con altri casi nei 15 giorni precedenti l'inizio dei sintomi **SI**  **NO**  Se sì specificare i nominativi:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gravidanza **SI**  **NO**  se **SI**: settimane |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_|

**Ricovero** **SI**  **NO**  se **SI** ospedale \_\_\_\_\_

Reparto \_\_\_\_\_ UTI **SI**  **NO**

Data ricovero gg |\_\_\_\_\_| mm |\_\_\_\_\_| aa |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_|      Data dimissione gg |\_\_\_\_\_| mm |\_\_\_\_\_| aa |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_|

Se non ricovero: visita medica **SI**  **NO**  se sì **MMG/PDF**  **Guardia Medica/Pronto Soccorso**

Data inizio sintomatologia gg |\_\_\_\_\_| mm |\_\_\_\_\_| aa |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_|

<b>Segni e sintomi</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NN</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NN</b>
Febbre > 38,5°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artralgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mialgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rash	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolore retro-orbitale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meningo-encefalite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Altri segni/sintomi (specificare): \_\_\_\_\_

**Dengue emorragica/Dengue con Shock**

**Segni e sintomi**      **SI**      **NO**      **NN**

Febbre >38,5°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NN</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NN</b>
Segni emorragici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ipoproteinemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trombocitopenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prova del laccio (del tourniquet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emoconcentrazione (HCT ≥20%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Segni e sintomi di shock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ascite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Versamento pleurico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

**Stato del paziente a 30 giorni:** guarigione  persistenza sintomi  decesso  data decesso gg |\_\_|\_\_| mm |\_\_|\_\_| aa |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| NN

**Test di laboratorio**

Laboratorio di riferimento regionale

**Ricerca anticorpi IgM nel siero**

Data 1° prelievo |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Titolo Dengue \_\_\_\_\_ Titolo Chikungunya \_\_\_\_\_  
Titolo Zika \_\_\_\_\_

Data 2° prelievo |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Titolo Dengue \_\_\_\_\_ Titolo Chikungunya \_\_\_\_\_  
Titolo Zika \_\_\_\_\_

**Ricerca anticorpi IgG nel siero (sieroconversione)**

Data 1° prelievo |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Titolo Dengue \_\_\_\_\_ Titolo Chikungunya \_\_\_\_\_  
Titolo Zika \_\_\_\_\_

Data 2° prelievo |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Titolo Dengue \_\_\_\_\_ Titolo Chikungunya \_\_\_\_\_  
Titolo Zika \_\_\_\_\_

**Ricerca anticorpi Ig totali siero**

Data 1° prelievo |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Titolo Dengue \_\_\_\_\_ Titolo Chikungunya \_\_\_\_\_  
Titolo Zika \_\_\_\_\_

Data 2° prelievo |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Titolo Dengue \_\_\_\_\_ Titolo Chikungunya \_\_\_\_\_  
Titolo Zika \_\_\_\_\_

Laboratorio di riferimento nazionale

**Ricerca anticorpi IgM**

Data 1° prelievo |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Titolo Dengue \_\_\_\_\_ Titolo Chikungunya \_\_\_\_\_  
Titolo Zika \_\_\_\_\_

Data 2° prelievo |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Titolo Dengue \_\_\_\_\_ Titolo Chikungunya \_\_\_\_\_  
Titolo Zika \_\_\_\_\_

**Ricerca anticorpi IgG**

Data 1° prelievo |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Titolo Dengue \_\_\_\_\_ Titolo Chikungunya \_\_\_\_\_  
Titolo Zika \_\_\_\_\_

Data 2° prelievo |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Titolo Dengue \_\_\_\_\_ Titolo Chikungunya \_\_\_\_\_  
Titolo Zika \_\_\_\_\_

**Ricerca anticorpi Ig totali**

Data 1° prelievo |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Titolo Dengue \_\_\_\_\_ Titolo Chikungunya \_\_\_\_\_  
Titolo Zika \_\_\_\_\_

Data 2° prelievo |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Titolo Dengue \_\_\_\_\_ Titolo Chikungunya \_\_\_\_\_  
Titolo Zika \_\_\_\_\_

**PCR nel siero o sangue**

Data prelievo |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Lab. di riferimento regionale Dengue \_\_\_\_\_ POS  NEG  NN  Chikungunya POS  NEG  NN

Lab. di riferimento nazionale Dengue \_\_\_\_\_ POS  NEG  NN  Chikungunya POS  NEG  NN

Lab. di riferimento regionale Zika \_\_\_\_\_ POS  NEG  NN

Lab. di riferimento nazionale Zika \_\_\_\_\_ POS  NEG  NN



