Dott. Giorgio Carlo Steri Medico Chirurgo Speciali in Medicina del Lavoro di. 335.6165161 Cod. 1.30. STE GGC 53H17 B354F



. Uinistere del Lavere, della Salute

e delle Pelitiche Sociali

DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE E DELLA COMUNICAZIONE DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA SETTORE SALUTE

UFFICIO V - MALATTIE INFETTIVE E PROFILASSI INTERNAZIONALE

Prot.

TELEFAX A \ ASSESSORATI ALLA SANITA' REGIONI STATUTO ORDINARIO E SPECIALE LORO SEDI

ASSESSORATI ALLA SANITA' PROVINCE AUTONOME TRENTO E BOLZANO LORO SEDI

E p.c. UFFICI DI SANITA' MARITTIMA, AEREA E DI FRONTIERA LORO SEDI

ALL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' ROMA

Roma,

Ministero della Salute 0025263-P-01/06/2009 DGPREV I.4.c.a.9/2009/14



OGGETTO: Rafforzamento delle attività di sorveglianza e raccolta dati su casi confermati da nuovo virus del tipo A/H1N1.

Facendo seguito alle note del 28 aprile, del 2 maggio e del 20 maggio 2009, di pari oggetto si comunica quanto segue.

Nell'attuale fase di diffusione dell'influenza da nuovo virus A/H1N1 è cruciale rafforzare e mantenere attivi i sistemi di sorveglianza dell'influenza, esistenti al livello nazionale ed internazionale, e provvedere ad individuare sistemi in grado di raccogliere informazioni utili per delineare il quadro epidemiologico e definire i parametri di diffusione della malattia sia nella fase attuale che per il monitoraggio durante la prossima stagione influenzale. Va sottolineato che quanto previsto in questa comunicazione si aggiunge al flusso previsto dalla Circolare del 20 maggio 2009 e non sostituisce la scheda di segnalazione di caso già prevista.

Indagine Epidemiologica dei casi confermati di influenza da nuovo virus A/H1N1

Al fine di acquisire informazioni essenziali alla comprensione dell'epidemiologia delle infezioni nel nostro Paese e disporre di dati per la stima di parametri epidemiologici dettagliati e biologici della diffusione del virus A/H1N1 si richiede, per i soli casi confermati di infezione, la raccolta di dati aggiuntivi.

Al riguardo, si sottolinea la necessità di disporre in tempi rapidi dei dati necessari.

I dati devono essere disponibili entro 12 ore dalla conferma e, quindi, è necessario avviare la raccolta egli stessi, mediante compilazione della scheda cartacea (vedi ALLEGATO 1) allegata fin dall'identificazione di soggetti rispondenti alla definizione di "caso probabile".

L'indagine epidemiologica sui casi confermati di influenza da nuovo virus A/H1N1 è a cura della ASL di competenza, e prevede la raccolta di specifiche informazioni (anche con successivi aggiornamenti almeno a distanza di 15 giorni fino al completamento delle indagini) sulle:

- caratteristiche cliniche della patologia ed esito della malattia,
- possibili esposizioni di contagio,
- '- occasioni di ulteriore trasmissione,
- dati dettagliati sui contatti.

A proposito dei dati anagrafici e dei recapiti di casi e contatti, si precisa che questi saranno raccolti e registrati come tali per la ASL competente, mentre Ministero ed ISS non avranno accesso né ai dati anagrafici dei casi e dei contatti né alle informazioni necessarie per contattarli (per esempio, numero di telefono), inseriti nel sistema.

I dati devono essere inviati all'Istituto Superiore di Sanità – Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, che effettua tale rilevazione su mandato del Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali, in accordo con quanto previsto a livello internazionale, per mezzo di scheda informatizzata (vedi ALLEGATO 1) entro 12 ore dalla conferma del caso. Il sito sul quale sarà possibile inserire ed aggiornare (per il follow-up del caso e per valutare l'insorgere di eventuali complicanze) i dati del singolo caso è https://www.iss.it/site/fluff100/login.aspx. Nel caso in cui non sia fattibile l'inserimento dei dati via web le schede devono essere inviate via fax al Reparto Epidemiologia delle Malattie Infettive del CNESPS in ISS 06-44.23.24.44.

La richiesta dello username e password protetta per la compilazione della scheda via web saranno fornite alla prima richiesta collegandosi al sito https://www.iss.it/site/fluff100/login.aspx.

Per quanto concerne la raccolta dei dati, nel profilo di accesso dei vari livelli ognuno potrà vedere solo i propri dati. Per i profili di accesso Ministero ed ISS, questi non avranno accesso ai né ai dati anagrafici dei casi e dei contatti né alle informazioni necessarie per contattarli (per esempio, numero di telefono), inseriti nel sistema.

Le informazioni saranno rese disponibili al Ministero del Lavoro, Salute e Politiche sociali anche per ottemperare alla tempestiva trasmissione dal Ministero all'OMS secondo le richieste delle Regolamento Sanitario Internazionale 2005.

Tale sistema rimarrà in vigore fino all'accumulo di dati sufficiente a descrivere le infezioni osservate. Al momento attuale c'è consenso internazionale per la raccolta di dati su un campione di almeno 200 casi confermati.

Sistemi informativi rapidi per il monitoraggio durante la prossima stagione influenzale

Per monitorare la situazione epidemiologica in Italia nella prossima stagione influenzale appare utile potenziare strumenti già esistenti che possano essere usati nell'immediato o durante la prossima stagione influenzale. Questo per garantire dati tempestivi e quanto più rappresentativi possibili del territorio nazionale, senza ulteriore aggravio di tempo e risorse. Per questo motivo appare utile valutare la disponibilità sul territorio di sistemi informativi rapidi per la rilevazione:

- degli accessi ai Pronto Soccorso (per settimana, cause e fasce di età),
- dei ricoveri ospedaneri (per settimana, cause e fasce di età),
- della mortalità (per settimana, polmonite ed influenza e/o tutte le cause e fasce di età).

Infatti, anche se questi dati non sono disponibili su tutto il territorio nazionale, alcune aree potrebbero fungere da sentinella e fornire indicazione a regioni che decidano di organizzare sistemi simili di monitoraggio per la prossima stagione influenzale.

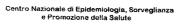
La disponibilità di tali sistemi deve essere segnalata al CNESPS, dell'ISS all'indirizzo e-mail: outbreak@iss.it, per successiva valutazione della raccolta dei dati disponibili.

AC

Il Direttore dell'Ufficio V

Dr.ssa Maria Grazia Polinpa





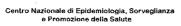


SCHEDA PER L'INDAGINE EPIDEMIOLOGICA DEI CASI CONFERMATI DI NUOVA INFLUENZA A/H1N1 [COMPILARE IN STAMPATELLO IN MODO LEGGIBILE]

Dettagli di chi compila la scheda
Data segnalazione
Servizio Servizi regionali (Agenzia Regionale/ Osservatorio Epidemiologico Regionale)
Se ASL, specificare denominazione Se altro
<u>Dati compilatore</u>
Nome Cognome telefono fisso telefono cellulare e-mail
Dettaglio anagrafica paziente (i dati resteranno in dettaglio per la ASL e non saranno accessibili a livello centrale)
Le informazioni sul paziente vengono da: paziente stesso altro se altro.
telefono fisso telefono cellulare
NOME COGNOME Sesso M F Data di nascita
Se femmina <50 aa di età, è in stato di gravidanza? ☐ si ☐ no ☐ non noto se si, mese di gestazione │ se no, passare alla domanda successiva
Indirizzo attuale domicilio (ultimi 10 gg) CAP LILILI Città Paese
il paziente è un operatore sanitario? Sì no non noto se si, lavora a diretto contatto con i pazienti? Sì no non noto (inclusi medici, infermieri, studenti di medicina, volontari, operatori tecnici ausiliari, addetti alle pulizie, altro) se no, specificare professione

Condizioni preesistenti del pazier	nte .
Ha fatto il vaccino antinfluenzale Ha fatto il vaccino antinfluenzale Ha fatto il vaccino anti-pneumocc	nel 2009?
se sì: Oseltamivir, specifica	orima dell'insorgenza dei sintomi?
doxic	sì no Non noto cicillina amoxicillina+ac. clavulanico cefotaxime ciclina cefuroxima claritromicina loxacina moxifloxacina
specificare data inizio tera	pia antibíotica / durata in gg
	ortare in note il tipo, la data inizio della terapia e la durata in giorni):
Note [se assunto più di un antibiotico ripi	ortare în note il tipo, la data înizio della terapia e la durata în giorni]: Si
Note [se assunto più di un antibiotico ripro	Sì no non noto Tumore Sì no non noto
Note [se assunto più di un antibiotico ripro	Sì no non noto Tumore Sì no non noto Diabete Sì no no non noto
Note [se assunto più di un antibiotico ripro	Si no non noto Tumore Si no non noto Diabete Si no non noto Malattie cardiovascolari Si no no non noto
Note [se assunto più di un antibiotico ripro	Sì no non noto Tumore Sì no non noto Diabete Sì no non noto Malattie cardiovascolari Si no non noto
Note [se assunto più di un antibiotico ripi	Sì no non noto Tumore Sì no non noto Diabete Sì no non noto Malattie cardiovascolari Sì no non noto Deficit immunitari Sì no non noto Malattie respiratorie Sì no no non noto
Note [se assunto più di un antibiotico ripi	Sì no non noto Tumore Sì no non noto Diabete Sì no non noto Malattie cardiovascolari Si no non noto Deficit immunitari Sì no non noto Malattie respiratorie Sì no non noto Malattie renali Sì no non noto







SCHEDA PER L'INDAGINE EPIDEMIOLOGICA DEI CASI CONFERMATI DI NUOVA INFLUENZA A/H1N1

[COMPILARE IN STAMPATELLO IN MODO LEGGIBILE]

Dettagli di chi compila la scheda
Data segnalazione _ /
Regione N.ro Protocolio
Regione/ASL
Servizio Servizi regionali (Agenzia Regionale/ Osservatorio Epidemiologico Regionale) ASL Se ASL, specificare denominazione
, and the second
Se altro
<u>Dati compilatore</u>
Nome Cognome
telefono fisso cellulare
e-mail
Dettaglio anagrafica paziente
Le informazioni sul paziente vengono da: paziente stesso altro
se altro specificare:
telefono fisso cellulare
Nome Cognome
se data nascita non disponibile, specificare età
se disponibile, Codice Fiscale
Se femmina <50 aa di età, è in stato di gravidanza? si no non noto se si, mese di gestazione se no, passare alla domanda successiva
Indirizzo attuale domicilio (ultimi 10
CAP Città Paese
il paziente è un operatore sanitario? se si, lavora a diretto contatto con i pazienti? Si no non noto (inclusi medici, infermieri, studenti di medicina, volontari, operatori tecnici ausiliari, addetti alle pulizie, altro) se no specificare professione

se si quali? Tumore	Oznalistani vasastat - ** *				
Ha fatto il vaccino antinfluenzale nel 2009? Si	Condizioni preesistenti d	ei paziente			
se si:	Ha fatto il vaccino antinfli	uenzale nel 2009? neumococcico?		Si	noto
Se si, specificare quale: amoxicillina amoxicillina+ac. clavulanico cefotaxime doxiciclina cefuroxima claritromicina LevofloxacinA Amoxifloxacina specificare data inizio terapia antibiotica / / durata in gg Note [se assunto più di un antibiotico riportare in note il tipo, la data inizio della terapia e la durata in giorni]: Ha patologie croniche? Si no non noto se si quali? Tumore Si no non noto Malattie cardiovascolari Si no non noto non noto non noto HIV/altri deficit immunitari Si no non noto non noto Malattie respiratorie Si no non noto non noto Malattie metaboliche Si no non noto non noto altro Si no non noto non noto non noto altro Si no non noto non noto non noto non noto altro Si no non noto non not	se si: Oseltamivir, spe	ecificare data inizio profila cificare data inizio profilas	ssi / / si / /	durata in q	99
Ha patologie croniche?	Se si, specificare quale: [[amoxicillina	llina+ac. clavula ma	nnico	
Ha patologie croniche?	Note [se assunto più di un antibio	otico riportare in note il tipo, la data	nizio della terapia e l	durata in giorni):	
Malattie cardiovascolari Si no non noto HIV/altri deficit immunitari Si no non noto Malattie respiratorie Si no non noto Malattie renali Si no non noto Malattie metaboliche Si no non noto non noto altro	Ha patologie croniche? se si quali? noto	سے ۱۰۰۰ لیبا ۱۰۰۰ لیبا	non noto	☐ Si no	 non
se altro specificare:		Malattie cardiovascolari HIV/altri deficit immunita Malattie respiratorie Malattie renali Malattie metaboliche	Si	non noto non noto non noto non noto non noto	
	se altro specificare:				

•

Informazioni cliniche							
Data insorgenza sintomi				_ _ / _ _ / _			
Data primo contatto con SSI	N (med	lico, c	speda	le, PS) _ _ / _			
Ricovero		se si,		, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,			
paziente in isolamento?				∏si	☐ no 「	non noto	
				_		~	
data ricovero _ _ / _ / _ se no, data dimissione _ _ /[e è and	cora ricovera	ato?∏Si	no non	noto
Sintomi del caso	Si	No	Non noto	Sintomi all'insorgenz a*	Sintomi dopo insorgenza	Se dopo, specificare data	Durata gg.
ebbre ≥ 38°C							
Febbre senza storia di misurazione							
Mal di gola		П	П	П			
Raffreddore (con starnuti)			ā	☐	Ī		
Fosse (specificare se secca o produttiva)						1_1/1_1//_1	
Difficoltà respiratoria							****
Congluntivite						LLMLLMLLI	
Diarrea							
∖ausea ∕omito							Fallence and common fee
Aal di testa					片		
Astenia	H	H	H		H		MARKET TORSE.
Convulsioni						1.1.1/1.1.1/1.1.1	
Alterazioni della coscienza						_ _ / _ / _	
olori muscolari							penenocologos.
olori articolari Iltro (specificare)						<u> </u>	
	L.J	Ш		L	<u></u>	'	
Specificare se ogni sintomo è insi della malattia o dopo e se dopo, sp					all'inizio della	sezione Caratteri	stiche
Note				_			
Status del paziente al mome	nto de	lla rile	evazio	ne:			
guarito	Jsi □ <u>n</u>	_		pecificare in	che data	1_1_1/1_1_1/1_1_1_	_1
presenza di complicanzo complicanze insorte nel caso	e L	si	no s	se si, eseguire follov	v up a 15 gg del j	paziente sulle possibili	
]si □r	no s	se si, sı	pecificare in	che data		.1
deceduto,]si 🗍						_]
[follow up a 15 gg del paziente	suile p	ossib	ili comp	olicanze insori	te nel casol.	•	
Se presenza complicanze, s				Polmonite:	io noi ousoj.	•	
	-	Po	lmonite	influenzale pi	rimaria 🔲	Si 🗌 no 🔲 Non	noto
	-	-		batterica sec	h]Si	
	Ļ.	-		nza respirato	oria con ve	ntilazione assis	tita
se Polmonite. Py Toraco aca	L	j Altı dino		n noniki0	П с:	П. П.	
se Polmonite, Rx Torace con Se si, specificare data del pr					∐ Si	noNon //	noto
, oposinosi e usta del pi	ano K	L 0011	achiii (ai poimointe	I_I_I	/ _ _//	_
							••
					,		•

Nome Laboratorio ch diagnosi	e ha effettuato	la 	······································	
Esami di laboratorio	Data prelievo	Data 1° campionamento positivo	Laboratorio che ha effettuato analisi	Tipo di materiale
RT-PCR A			periferico regionale nazionale	Tampone nasale Tampone faringeo altro
RT-PCR spec. A/H1N1	month of the second		periferico regionale nazionale	Tampone nasale Tampone faringeo altro
SIEROCONVERSIONE		_/_/_	periferico regionale nazionale	Siero/Sangue altro
ISOLAMENTO VIRALE		1_1_	periferico regionale nazionale	Tampone nasale Tampone faringeo Sangue

14066.	

Esposizione del caso co	onfermato nei 10 giori	ni prima dell'insorgenza sint	omi:
Negli ultimi 10 giorni, p siano stati confermati c	rima dell'insorgenza asi di influenza da nu	dei sintomi, il caso si è recai ovo virus A/H1N1 in Italia o a	to in un'area dove ill'estero?
		si	no 🗌 non noto
Se si, specificare dove			
data del ritorno presso			
(se si è recato in più luo	ghi, specificare]		
dove data del ritorno presso			
data del ritorno presso	domicilio abituale	1_1_1/1_1_1/1_1_1	
dove			
dove data del ritorno presso	domicilio abituale		
		(m) became (m)	
dove	-11-11	1 1 1/1 1 1/1 1 1 1 1	
data del ritorno presso	domicilio abituale	1_1_1/1_1_1/1_1_1_1	
stretto / parlato a disi influenza da virus A/H1i	tanza ravvicinata) ad N1? non noto	dei sintomi, il caso è stato d un caso probabile o con	fermato di nuova
Se si, specificare dove:		data esposizione	
[se esposto a caso prot	oabile o confermato s	pecificare in più luoghi, spe	cifciare]
dove			
data esposizione	_ _ / / _		
dove			
data esposizione			
•	from how f. from fame). I can fame fame procep		
dove data esposizione	1 1 1/1 1 1/1 1 1 1 1		
uata esposizione			

Negli ultimi 10 glorni, prima dell'insorgenza di sintomi, ha utilizzato trasporti pubblici? _si _no _non noto
Se si, tipo di mezzo:
se altro, specificare:
data:
durata
[se ha utilizzato più mezzi, ripetere per i mezzi usati] Tipo di mezzo: ☐ treno ☐ aereo ☐ nave/barca
Tipo di mezzo:
data:
durata
Tipo di mezzo:
data:
durata
Tipo di mezzo: ☐treno ☐aereo ☐nave/barca ☐metro ☐bus ☐taxi
data:
durata [1]gg Presenza sintomi ai momento dell' dulizzo? [15] [10] [10] Titoli
Negli ultimi 10 giorni, prima dell'insorgenza dei sintomi, ha frequentato luoghi pubblici affollati? si
durata gg
[se ha frequentato più luoghi pubblici affollati, ripetere per tutti i luoghi frequentati] Dove: Cinema Iteatro Stadio Altro
Dove: cinema teatro stadio altro data: _ /
durata
Dove: pinema teatro stadio altro data:
data:
Dove: Cinema teatro stadio altro
data: _ / _ / _ note durata _
aniam IIII Ba

[compliare la parte sottostante per ognuno dei contatti stretti° indicati dal caso] ° per definizione di contatto stretto vedi Circolare Ministeriale del 20 maggio 2009

Nome	Co	gnome	,	
Sesso M F I	Data di nascita	_ _ / / _	_ _	Età _ _
Indirizzo domicilio	M 4000 (A 000 To	. '		waterway and the second
CAP	Città	P	aese	
telefono fisso		cellulare		
E' sottoposto a profilassi?	□si □no	☐non noto		
Se si con quali antivirali?	☐ Oseltamivir ☐ Zanamivir ☐ altro			
se altro, specificare:				
Il contatto è diventato un ca	aso: Probabile Conferma		□non n	
Se si, compilare la scheda	di sorveglianza e	pidemiologica di	caso	

[specificare il/i giorno/i in cui è/sono avvenuto/i il/i contatto/i con il caso confermato nei 10 giorni precedenti e successivi all'insorgenza dei sintomi]

II caso esentava
mi? [si, no]
-

^{*} Domicilio/lavoro/scuola/luogo pubblico/mezzo di trasporto pubblico/operatore sanitario, altro

[compilare la parte sottostante per ognuno dei contatti stretti° indicati dal caso] ° per definizione di contatto stretto vedi Circolare Ministeriale del 20 maggio 2009

Nome	Cognome
Sesso M F Data	di nascita
Indirizzo domicilio	
CAP Città	Paese
telefono fisso	cellulare
E' sottoposto a profilassi? [si	
Se si con quali antivirali? Ose	namivir
se altro, specificare:	
Il contatto è diventato un caso:	Probabile si no noto
Se si, compilare la scheda di sor	veglianza epidemiologica di caso

[specificare il/i giorno/i in cui è/sono avvenuto/i il/i contatto/i con il caso confermato nei 10 giorni precedenti e successivi all'insorgenza dei sintomi]

Data	Tipo di contatto*	Se altro [Specificare]	Ha condiviso la stanza con il caso? [Si, no, non noto]	Se si, per quanto tempo? [specificare numero ore, o minuti]	II caso presentava sintomi? [si, no]
-10					
-9			7-1		
-8					
-7					
-6					
-5					
-4					
-3					
-2					
-1					
0 (ineorgenza sintomi)					
eintomi) 1					
2					
3					w
4					
5					
6					
7					
В					····
9					·
10					
				coloneratore sanitari	

Domicilio/lavoro/scuola/luogo pubblico/mezzo di trasporto pubblico/operatore sanitario, altro