



*Ministero del Lavoro, della Salute
e delle Politiche Sociali*

DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE E DELLA COMUNICAZIONE
DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA
SETTORE SALUTE
UFFICIO V - MALATTIE INFETTIVE E PROFILASSI INTERNAZIONALE

Prot.

Roma,

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

Ministero della Salute

0025263-P-01/06/2009

DGPREV I.4.c.a.9/2009/14



42994006

**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 ospedalieri (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 Pompa





Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza
e Promozione della Salute



Ministero del Lavoro, della Salute
e delle Politiche Sociali

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 Protocollo Regione/ASL _____

Servizio Servizi regionali (Agenzia Regionale/ Osservatorio Epidemiologico Regionale)
 ASL

Se ASL, specificare denominazione _____

Se altro _____

Dati compilatore

Nome _____

Cognome _____

telefono fisso _____

telefono cellulare _____

e-mail _____

Dettaglio anagrafica paziente

Le informazioni sul paziente vengono da: paziente stesso
altro

se altro, specificare: _____

telefono fisso _____ telefono cellulare _____

Iniziale NOME _____ Iniziale COGNOME _____

Sesso M F Data di nascita |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

se data nascita non disponibile, specificare età _____

se disponibile, Codice Fiscale _____

Se femmina <50 aa di età, è in stato di gravidanza? sì no non noto

se sì, mese di gestazione |_| se no, passare alla domanda successiva

Indirizzo attuale domicilio (ultimi 10 gg) _____

CAP |_|_|_|_| Città _____ Paese _____

il paziente è un operatore sanitario? sì no non noto

se sì, 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 paziente

Ha fatto il vaccino antinfluenzale nel 2008?

sì no non noto

Ha fatto il vaccino antinfluenzale nel 2009?

sì no non noto

Ha fatto il vaccino anti-pneumococcico?

sì no non noto

se sì, specificare l'anno _____

Ha fatto profilassi con antivirali prima dell'insorgenza dei sintomi?

sì no non noto

se sì: Oseltamivir, specificare data inizio profilassi |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| durata in gg |_|

Zanamivir, specificare data inizio profilassi |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| durata in gg |_|

sono stati notati eventi avversi?

sì no non noto

Ha fatto terapia antibiotica?

sì no Non noto

Se sì, specificare quale:

amoxicillina

amoxicillina+ac. clavulanico

cefotaxime

doxiciclina

cefuroxima

claritromicina

levofloxacina

moxifloxacina

azitromicina

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?

sì no non noto

sesiquali?

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 non noto

Malattie renali

sì no non noto

Malattie metaboliche

sì no non noto

altro

sì no non noto

se altro, specificare: _____

Informazioni cliniche

Data insorgenza primi sintomi |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Data primo contatto con SSN (medico, ospedale, PS) |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Ricovero sì no se sì, dove _____
 paziente in isolamento? sì no non noto

data ricovero |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| il paziente è ancora ricoverato? sì no non noto
 se no, data dimissione |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

paziente in isolamento domiciliare? sì no non noto
 se sì, specificare se in isolamento stessa ASL di notifica
 ASL diversa da quella di notifica
 altra regione, specificare _____

Sintomi del caso	Sì	No	Non noto	Sintomi all'insorgenza*	Sintomi dopo insorgenza*	Se dopo, specificare data	Durata gg*
Febbre ≥ 38°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ / _ _ _ _	—
Febbre senza storia di misurazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ / _ _ _ _	—
Febbre ≤ 38°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ / _ _ _ _	—
Mal di gola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ / _ _ _ _	—
Raffreddore (con starnuti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ / _ _ _ _	—
Tosse (specificare se secca o produttiva)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ / _ _ _ _	—
Difficoltà respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ / _ _ _ _	—
Congiuntivite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ / _ _ _ _	—
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ / _ _ _ _	—
Nausea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ / _ _ _ _	—
Vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ / _ _ _ _	—
Mal di testa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ / _ _ _ _	—
Astenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ / _ _ _ _	—
Convulsioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ / _ _ _ _	—
Alterazioni della coscienza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ / _ _ _ _	—
Dolori muscolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ / _ _ _ _	—
Dolori articolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ / _ _ _ _	—
Altro (specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_ _ / _ _ / _ _ _ _	—
Note:						_ _ / _ _ / _ _ _ _	—

*Specificare se ogni sintomo sì è manifestato alla "data di insorgenza primi sintomi", riportata all'inizio della sezione "informazioni cliniche", o, se successivamente, specificare la data;

° da completare al follow-up a 15 gg, se necessario.

Note _____

Status del paziente al momento della rilevazione:

guarito sì no se sì, specificare in che data |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

presenza di complicanze sì no se sì, eseguire follow up a 15 gg, sulle possibili complicanze insorte nel caso

ancora sintomatico sì no se sì, specificare in che data |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

deceduto, sì no se sì, specificare in che data |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

[follow up del paziente a 15 gg, sulle possibili complicanze insorte nel caso]:

Se presenza complicanze, specificare:

- Polmonite:
- Polmonite influenzale primaria sì no Non noto
 - Polmonite batterica secondaria sì no Non noto

Insufficienza respiratoria con ventilazione assistita

Altro: _____

se Polmonite, Rx Torace con segni di polmonite positivo?
Se sì, specificare data del primo Rx con segni di polmonite

sì no Non noto
|_|_|/|_|_|/|_|_|_|

Nome Laboratorio che ha effettuato la diagnosi _____

Esami di laboratorio	Data prelievo	Data 1° campionamento positivo	Laboratorio che ha effettuato analisi	Tipo di materiale
RT-PCR A	__/__/__	__/__/__	periferico <input type="checkbox"/> regionale <input type="checkbox"/> nazionale <input type="checkbox"/>	Tampone nasale <input type="checkbox"/> Tampone faringeo <input type="checkbox"/> altro _____
RT-PCR spec. A/H1N1	__/__/__	__/__/__	periferico <input type="checkbox"/> regionale <input type="checkbox"/> nazionale <input type="checkbox"/>	Tampone nasale <input type="checkbox"/> Tampone faringeo <input type="checkbox"/> altro _____
SIEROCONVERSIONE	__/__/__	__/__/__	periferico <input type="checkbox"/> regionale <input type="checkbox"/> nazionale <input type="checkbox"/>	Siero/Sangue <input type="checkbox"/> altro _____
ISOLAMENTO VIRALE	__/__/__	__/__/__	periferico <input type="checkbox"/> regionale <input type="checkbox"/> nazionale <input type="checkbox"/>	Tampone nasale <input type="checkbox"/> Tampone faringeo <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> altro _____
NON NOTO	__/__/__	__/__/__	periferico <input type="checkbox"/> regionale <input type="checkbox"/> nazionale <input type="checkbox"/>	Tampone nasale <input type="checkbox"/> Tampone faringeo <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> altro _____

Note: _____

Esposizione del caso confermato nei 10 giorni prima dell'insorgenza sintomi:

Negli ultimi 10 giorni, prima dell'insorgenza dei sintomi, il caso si è recato in un'area dove siano stati confermati casi di influenza da nuovo virus A/H1N1 in Italia o all'estero? sì no non noto

Se sì, specificare dove _____
data del ritorno presso domicilio abituale |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

[se si è recato in più luoghi, specificare]

dove _____
data del ritorno presso domicilio abituale |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

dove _____
data del ritorno presso domicilio abituale |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

dove _____
data del ritorno presso domicilio abituale |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Negli ultimi 10 giorni, prima dell'insorgenza dei sintomi, il caso è stato esposto (contatto stretto / parlato a distanza ravvicinata) ad un caso probabile o confermato di nuova influenza da virus A/H1N1?

sì no non noto

Se sì, specificare dove: _____ data esposizione |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

[se esposto a caso probabile o confermato specificare in più luoghi, specificare]

dove _____
data esposizione |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

dove _____
data esposizione |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

dove _____
data esposizione |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Negli ultimi 10 giorni, prima dell'insorgenza di sintomi, ha utilizzato trasporti pubblici?

sì no non noto

Se sì, tipo di mezzo:

treno aereo nave/barca
 metro bus taxi altro

se altro, specificare: _____

data: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| da _____ a _____

durata |_|_|gg

[se ha utilizzato più mezzi, ripetere per i mezzi usati]

Tipo di mezzo:

treno aereo nave/barca
 metro bus taxi

data: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| da _____ a _____

durata |_|_|gg Presenza sintomi al momento dell'utilizzo? sì no non noto

Tipo di mezzo:

treno aereo nave/barca
 metro bus taxi

data: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| da _____ a _____

durata |_|_|gg Presenza sintomi al momento dell'utilizzo? sì no non noto

Tipo di mezzo:

treno aereo nave/barca
 metro bus taxi

data: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| da _____ a _____

durata |_|_|gg Presenza sintomi al momento dell'utilizzo? sì no non noto

Negli ultimi 10 giorni, prima dell'insorgenza dei sintomi, ha frequentato luoghi pubblici affollati?

sì no

Se sì, dove:

cinema teatro stadio altro

data: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| note _____

durata |_|_|gg

[se ha frequentato più luoghi pubblici affollati, ripetere per tutti i luoghi frequentati]

Dove: cinema teatro stadio altro

data: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| note _____

durata |_|_|gg

Dove: cinema teatro stadio altro

data: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| note _____

durata |_|_|gg

Dove: cinema teatro stadio altro

data: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| note _____

durata |_|_|gg

[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 |_|_|/|_|_|/|_|_| Età |_|_|
 Indirizzo domicilio _____
 CAP |_|_|_|_|_| Città _____ Paese _____
 Recapito telefonico _____
 E' sottoposto a profilassi? sì no non noto
 Se sì, con quali antivirali?
 Oseltamivir
 Zanamivir
 altro
 se altro, specificare: _____

Il contatto è diventato un caso: Probabile sì no non noto
 Confermato sì no non noto

Se sì, compilare la scheda di sorveglianza 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? [Sì, no, non noto]	Se sì, per quanto tempo? [specificare numero ore, o minuti]	Il caso presentava sintomi? [sì, no]
-10					
-9					
-8					
-7					
-6					
-5					
-4					
-3					
-2					
-1					
0 [insorgenza sintomi]					
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

* 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 |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| Età |_|_|
 Indirizzo domicilio _____
 CAP |_|_|_|_|_| Città _____ Paese _____
 telefono fisso _____ cellulare _____
 E' sottoposto a profilassi? sì no non r
 Sesicon quali antivirali? Oselt ivir
 Zanamivir
 altro
 se altro, specificare: _____

Il contatto è diventato un caso: Probabile sì no non noto
 Confermato sì no non noto

Se sì, compilare la scheda di sorveglianza 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? [Sì, no, non noto]	Se sì, per quanto tempo? [specificare numero ore, o minuti]	Il caso presentava sintomi? [sì, no]
-10					
-9					
-8					
-7					
-6					
-5					
-4					
-3					
-2					
-1					
0 [insorgenza sintomi]					
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

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