



**OBBLIGO E MODALITA' DI NOTIFICA DELLE
MALATTIE INFETTIVE: LINEE-GUIDA**

SCHEDE DI NOTIFICA MALATTIE INFETTIVE

OPUSCOLI INFORMATIVI

A CURA DI:

dr.ssa Giuseppina Bartolomei – Servizio Igiene e Sanità Pubblica

dr. Pietro Manzi – Direttore Medico Presidio Ospedaliero Unificato

dr. Giampaolo Natalini Raponi – Responsabile U.O.C. Malattie Infettive

dott. Michele Bizzoca – Direttore U.O.C Comunicazione e Marketing

CONTENUTI

Il D.M. 15 dicembre 1990: "*Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive*" ribadisce:

- l'obbligo della denuncia, da parte del medico all'autorità sanitaria competente, di tutti i casi di malattia infettiva e diffusiva o sospetta di esserlo, pericolosa per la salute pubblica, non solo quando sia giunto a formulare la diagnosi, ma anche quando ne sia venuto comunque a conoscenza nell'esercizio della sua professione e ne stabilisce i flussi informativi.

"Obbligo e modalità di notifica delle malattie infettive: linee - guida.

Per i Medici vuole essere un utile strumento di consultazione; un ausilio valido per attuare a seconda dei casi, le procedure di notifica in modo corretto.

Trattazione separata è fatta per alcune malattie infettive soggette a normativa specifica.

Le singole schede di notifica sono visualizzabili e scaricabili tramite lo specifico link.

Uno link internet è dedicato agli opuscoli informativi.

MALATTIE INFETTIVE DI CLASSE I
MODALITA' DI NOTIFICA

"Malattie per le quali si richiede segnalazione immediata o perché soggette al Regolamento Sanitario Internazionale o perché rivestono particolare interesse" (indicate in grassetto le malattie infettive soggette a normativa specifica)

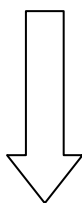
1. Colera
2. Febbre Gialla
3. Febbre ricorrente epidermica
4. **Febbri emorragiche virali (febbre di Lassa, Marburg, Ebola)**
5. Peste
6. Poliomielite
7. Tifo esantematico
8. **Botulismo**
9. Difterite
10. Influenza con isolamento virale
11. Rabbia
12. **Tetano**
13. Trichinosi
14. **Malattia di Creutzfeldt - Jakob**
15. **Variante della malattia di Creutzfeldt - Jakob**
16. **Sindrome di Gerstmann - Straussler - Scheinker**
17. **Insonnia familiare letale**
18. **Sindromi correlate alle ultime quattro malattie**

CLASSE I

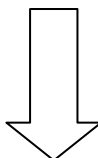
Deve essere osservato il seguente flusso informativo:

Medico U.O. segnala il caso anche solo sospetto entro 12 ore

Invia MOD. 1



**AREA IGIENE OSPEDALIERA
DIREZIONE MEDICA**
(per via breve: Fax 0746/278440)



Azienda USL
Servizio Igiene e Sanità Pubblica
Tel. 0746/278614
Fax: 0746/278754
e-mail: ser.epidemiologia@asl.rieti.it
g.bartolomei@asl.rieti.it

MOD 1

SCHEDA DI NOTIFICA OBBLIGATORIA DI MALATTIA INFETTIVA E DIFFUSA

N.B. - per i quesiti seguiti da rettangolino barrare in modo evidente quello che fa al caso

1 - DIAGNOSI Indicare la diagnosi per esteso. Inoltre barrare il rettangolo corrispondente alla malattia nell'elenco sottostante. Le malattie sono nell'ordine di pubblicazione della G.U. n. 6 dell'8-1-1991 01 <input type="checkbox"/> AIDS (1) 02 <input type="checkbox"/> Blenorragia (2) 03 <input type="checkbox"/> Brucellosi 04 <input type="checkbox"/> Butulismo 05 <input type="checkbox"/> Colera 06 <input type="checkbox"/> Dermatofitosi (tigna) 07 <input type="checkbox"/> Diarree infettive non da salmonelle 08 <input type="checkbox"/> Differite 09 <input type="checkbox"/> Epatite virale A 10 <input type="checkbox"/> Epatite virale B 11 <input type="checkbox"/> Epatite virale nanb 12 <input type="checkbox"/> Epatite virale non specificata 13 <input type="checkbox"/> Febbre gialla 14 <input type="checkbox"/> Febbre ricorrente epidemica 15 <input type="checkbox"/> Febbri emorragiche virali (febbre di Lassa, Marburg, Ebola) 16 <input type="checkbox"/> Febbre tifoide 17 <input type="checkbox"/> Infezioni, tossinfezioni ed infestazioni di origine alimentare 18 <input type="checkbox"/> Influenza con isolamento virale 19 <input type="checkbox"/> Lebbra 20 <input type="checkbox"/> Legionellosi 21 <input type="checkbox"/> Leishmaniosi cutanea 22 <input type="checkbox"/> Leishmaniosi viscerale 23 <input type="checkbox"/> Leptosirosi 24 <input type="checkbox"/> Listeriosi 25 <input type="checkbox"/> Malaria 26 <input type="checkbox"/> Meningite ed encefalite acuta virale 27 <input type="checkbox"/> Meningite meningococcica 28 <input type="checkbox"/> Micobatteriosi non tubercolare 29 <input type="checkbox"/> Morbillo 30 <input type="checkbox"/> Parotite 31 <input type="checkbox"/> Pediculosi 32 <input type="checkbox"/> Pertosse 33 <input type="checkbox"/> Peste 34 <input type="checkbox"/> Poliomielite 35 <input type="checkbox"/> Rabbia 36 <input type="checkbox"/> Rickettiosi diversa da tifo esantematico 37 <input type="checkbox"/> Rosolia 38 <input type="checkbox"/> Salmonellosi 39 <input type="checkbox"/> Scabbia 40 <input type="checkbox"/> Scarlattina 41 <input type="checkbox"/> Sifilide (2) 42 <input type="checkbox"/> Tetano 43 <input type="checkbox"/> Tifo esantematico 44 <input type="checkbox"/> Trichinosi 45 <input type="checkbox"/> Tubercolosi 46 <input type="checkbox"/> Tularemia 47 <input type="checkbox"/> Varicella 48 <input type="checkbox"/> Malattia di Creutzfeldt - Jakob 49 <input type="checkbox"/> Variante della malattia di Creutzfeldt - Jakob 50 <input type="checkbox"/> Sindrome di Gerstmann - Straussler - Scheinker 51 <input type="checkbox"/> Insonnia familiare letale 52 <input type="checkbox"/> Eventuali sindromi correlate	Cognome e nome del paziente Indirizzo _____ Via o Frazione _____ Comune _____ Provincia _____ Data della denuncia da parte del medico curante _____ 2 - TIPO DELLA DIAGNOSI Accertata 1 <input type="checkbox"/> Sospetta 2 <input type="checkbox"/> 3 - LUOGO DI DENUNCIA Provincia _____ <input type="checkbox"/> Comune _____ <input type="checkbox"/> 4 - LUOGO IN CUI SI E' MANIFESTATA LA MALATTIA Stesso Comune da quello di denuncia 1 <input type="checkbox"/> Comune diverso da quello di denuncia ma della stessa Provincia. Specificare il Comune _____ 2 <input type="checkbox"/> Provincia diversa da quella di denuncia. Specificare _____ Provincia _____ 3 <input type="checkbox"/> Comune _____ Estero _____ 4 <input type="checkbox"/> 5 - DATA DI INIZIO MALATTIA Giorno _____ Mese _____ Anno _____ 6 - SESSO DEL PAZIENTE Maschio 1 <input type="checkbox"/> Femmina 2 <input type="checkbox"/> 7 - ETA' COMPIUTA ALL'INIZIO DELLA MALATTIA Meno di un anno. Mesi da OO a 11 1 <input type="checkbox"/> Un anno e oltre. Anni da 01 a 99 - oltre 99 indicare sempre 99 2 <input type="checkbox"/> 8 - LUOGO DI DIMORA Casa privata 1 <input type="checkbox"/> Collettività 2 <input type="checkbox"/> Accertamenti diagnostici _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ DATA _____ IL PRIMARIO _____
---	---

- Flusso informativo: direttamente dal Medico alla Regione ed al Ministero della Sanità.
Circolari Ministero Sanità 13 febbraio 1987 n. 5 e 13 febbraio 1988 n. 14.
- Flusso informativo: Anonimato del paziente Legge n. 837 del 25-7-1956.

IL DIRETTORE SANITARIO

Normativa specifica:

- **Botulismo**
- **Tetano**
- **Febbri emorragiche virali (Ebola)**
- **Malattia di Creutzfeldt - Jakob**

- BOTULISMO: Circolare del Ministero n. 9, 1° luglio 1996

L'isolamento non è necessario.

Immediata segnalazione da parte del medico dell'U.O. che individua il caso, alla Farmacia del Presidio Ospedaliero, che richiederà il siero *antibotulinum* al Dipartimento di Prevenzione del Ministero della Sanità - Ufficio III°.

- TETANO: Circolare del Ministero della Sanità n. 52 del 9 agosto 1982.

Obbligatorietà della vaccinazione antitetanica per i nuovi nati (legge n. 166 del 27.4.1981) e anche per alcune categorie di lavoratori a rischio, atleti e militari.

Schema di vaccinazione:

	1° inoculazione di anatossina tetanica
dopo 6-8 settimane	2° inoculazione di anatossina tetanica
dopo 6-12 mesi	3° inoculazione di anatossina tetanica

Rivaccinazione:

- dopo 4-5 anni una 1° inoculazione di richiamo
- dopo 10 anni successive inoculazioni di richiamo

- **FEBBRI EMORRAGICHE VIRALI (Ebola) : Nota del Ministero della Sanità 100/673/01/4266 del 26 maggio 1995.**

"Aggiornamento linee guida per la gestione dei soggetti con sospetta infezione da virus Ebola".

Tutti i casi sospetti o accertati di FEV vanno immediatamente notificati, secondo la normativa vigente, telefonando ai numeri: **06/59943905** (Dirigente Responsabile: Dottoressa Maria Grazia Pompa) o via Fax: **06/59943096**

- **MALATTIA DI CREUTZFELDT - JAKOB: Ordinanza 12 febbraio 2001.**
"Ordinanza contingibile ed urgente per la sorveglianza della Malattia di Creutzfeldt-Jakob".

La malattia di Creutzfeldt - Jakob appartenente al gruppo delle encefalopatie spongiformi subacute, e una malattia neurovegetativa ad esito letale, che può presentarsi in tre forme epidemiologiche denominate: forma sporadica, forma familiare e forma iatrogena e che la conferma diagnostica è possibile al momento, soltanto mediante esami istologici sull'encefalo.

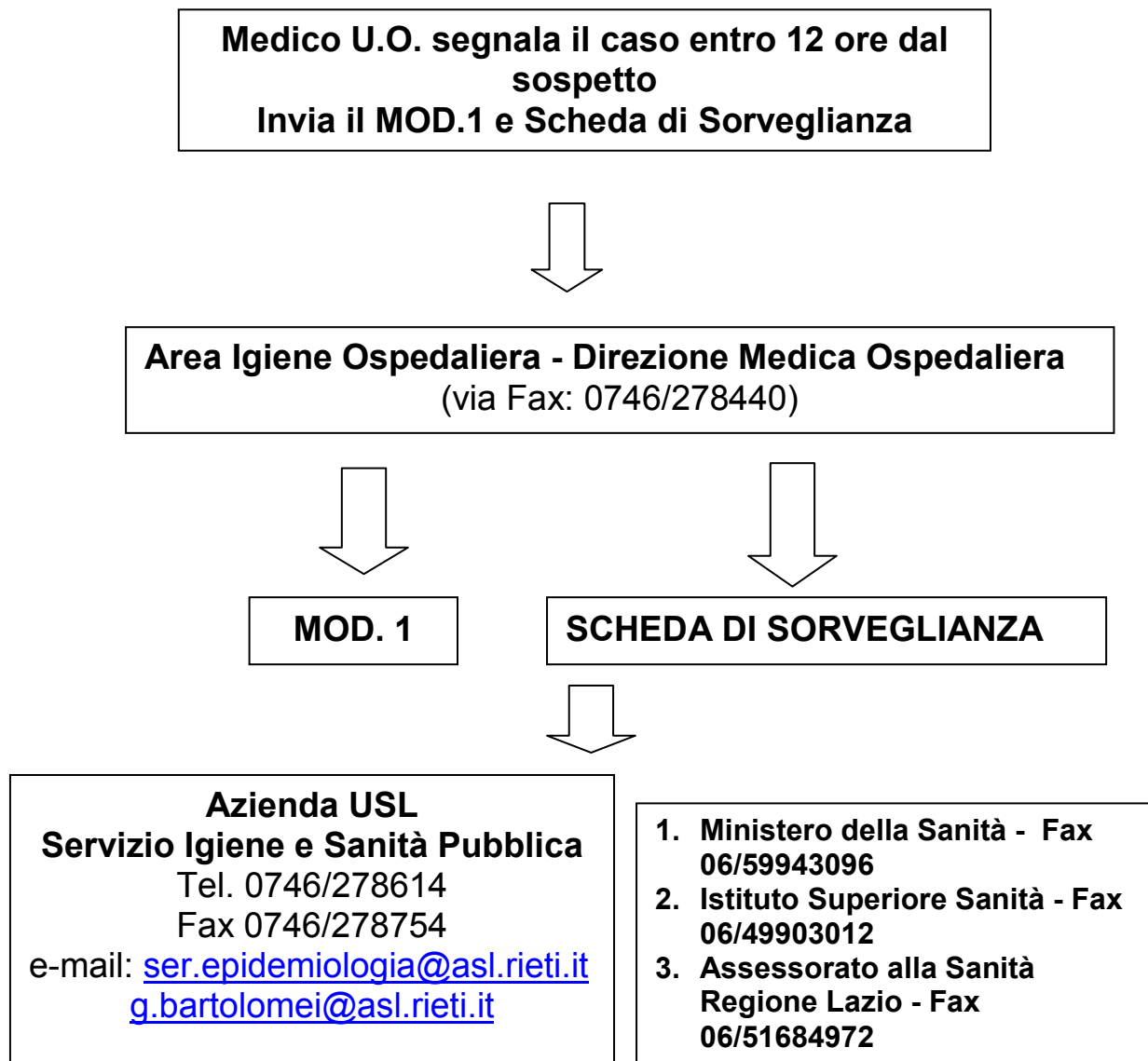
Riconosciuta la necessità, alla luce dell'accertamento di casi sporadici di encefalopatia spongiforme del bovino (ESB) in Italia, di monitorare l'incidenza della malattia di Creutzfeldt-Jakob, integrando tale malattia e le sindromi ad essa correlate nell'elenco delle malattie infettive e diffuse che danno luogo a particolari misure di sanità pubblica, questa ordinanza, aggiunge all'elenco delle malattie di cui alla classe I del Decreto Ministeriale 15 dicembre 1990 la malattia di Creutzfeldt-Jakob, la sindrome di Gerstmann-Straussler-Scheinker, l'insonnia familiare letale, ed eventuali sindromi ad esse correlate. Per la notifica di tali malattie deve essere osservato il flusso informativo descritto più avanti (art. 1 ordinanza 12 febbraio 2001).

Nei pazienti deceduti con sospetto clinico di malattia di Creutzfeldt-Jakob è obbligatorio l'esame neuroistopatologico (art.2, ordinanza 12 febbraio 2001).

Malattia di Creutzfeldt - Jakob e sindromi correlate: Ordinanza 12 febbraio 2001

"Ordinanza contingibile ed urgente per la sorveglianza della malattia di Creutzfeldt - Jakob"

Deve essere osservato il seguente flusso informativo:



N.B.: Comunicazione dell'esito sia positivo che negativo, dell'esame neuroistopatologico, agli indirizzi indicati sulla scheda di sorveglianza.

Gli enti cui viene comunicato il sospetto, coordinati del Dipartimento della Prevenzione del Ministero della Sanità collaborano, con il medico e con l'azienda unità sanitaria locale per il compimento dell'iter diagnostico e per l'eventuale indagine epidemiologica.

N.B.: L'art. 2 di detta Ordinanza, ordna che nei pazienti deceduti con sospetto clinico di malattia di Creutzfeldt - Jakob è obbligatorio l'esame neuroistopatologico.

Ministero della Sanità
Dipartimento della prevenzione
Ufficio V
(Malattie infettive e profilassi internazionale-OEN)
Via Giorgio Ribotta 5
00144 Roma
Fax 06/59943096
e-mail: dpv.oemi@sanita.it

Istituto superiore di sanità
Laboratorio di virologia
Registro nazionale della malattia di
Creutzfeldt-Jakob e sindrome correlate
Viale Regina Elena 299
00161 Roma
Fax 06/49903012
e-mail: pocchia@iss.it

SCHEDA PER LA SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA DELLA MALATTIA DI CREUTZFELDT-JAKOB

Iniziali del paziente: _____
medico segnalatore: _____
indirizzo dell'ospedale: _____
tel. _____ Fax _____ e-mail _____

Codice paziente (riservato ISS): _____

numero cartella clinica _____
data di nascita del paziente _____
comune e provincia di nascita _____
comune e provincia di residenza _____
data di esordio della malattia _____
(mese/anno)

sintomo di esordio _____

segnalare la presenza di:

disturbi psichiatrici nelle prime fasi della malattia _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
decadimento intellettivo-demenza _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
mioclon _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
segni piramidali _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
segni extrapiramidali _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
segni cerebellari _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
segni visivi _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
mutismo acinetico _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
crisi epilettiche _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
parastesie/disestesie _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
ECG caratteristico* _____	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

*(complessi trifasici periodici punta onda, 1-2 c/s. questo tracciato compare nella maggior parte dei pazienti con malattia di Creutzfeldt-Jakob. Può essere assente nelle fasi iniziali o terminali della malattia. Qualora l'EEG non fosse tipico, si consigliano ripetute registrazioni).

Altri esami strumentali effettuati**

TC	RMN	PET	SPECT
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

**allegare eventuali

Familiarità per la malattia SI NO

Fattori di rischio***

(***esempi: registrazioni EEG con elettrodi corticali, interventi neurochirurgici, terapia con ormone della crescita di tipo estrattivo, impianto di dura madre, trapianto di cornea).

Professioni esercitate dal paziente: _____

MALATTIE INFETTIVE DI CLASSE II
MODALITA' DI NOTIFICA

"Malattie rilevanti perché ad elevata frequenza e/o passibili di interventi di controllo": (indicate in grassetto le malattie infettive soggette a normativa specifica)

19) Blenorragia

20) Brucellosi

21) Diarree infettive non da salmonelle

22) Epatite virale A

23) Epatite virale B

24) Epatite virale NANB

25) Epatite virale non specificata

26) Febbre tifoide

27) Legionellosi

28) Leishmaniosi cutanea

29) Leishmaniosi viscerale

30) Leptosirosi

31) Listeriosi

32) Meningite ed encefalite acuta virale

33) Meningite meningococcica

34) Morbillo

35) Parotite

36) Pertosse

37) Rickettsiosi diversa da tifo esantematico

38) Rosolia

39) Salmonellosi non tifoide

40) Scarlattina

41) Sifilide

42) Tularemia

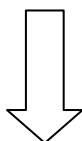
43) Varicella

CLASSE II

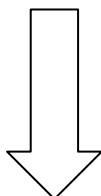
Deve essere osservato il seguente flusso informativo:

**Medico U.O. segnala il caso entro 48 ore dalla diagnosi;
immediatamente per la meningite e sepsi meningococcica anche
solo sospette e per le salmonellosi non tifoide**

Invia MOD. 1



**AREA IGIENE OSPEDALIERA
DIREZIONE MEDICA**
(per via breve: Fax 0746/278440)



Azienda USL
Servizio Igiene e Sanità Pubblica
Tel. 0746/278614
Fax 0746/278754
e-mail: ser.epidemiologia@asl.rieti.it
g.bartolomei@asl.rieti.it

MOD. 1

SCHEMA DI NOTIFICA OBBLIGATORIA DI MALATTIA INFETTIVA E DIFFUSA

N.B. - per i quesiti seguiti da rettangolino barrare in modo evidente quello che fa al caso

<p>1 - DIAGNOSI</p> <hr/> <p>Indicare la diagnosi per esteso. Inoltre barrare il rettangolo corrispondente alla malattia nell'elenco sottostante. Le malattie sono nell'ordine di pubblicazione della G.U. n. 6 dell'8-1-1991</p> <p>01 <input type="checkbox"/> AIDS (1)</p> <p>02 <input type="checkbox"/> Blenorragia (2)</p> <p>03 <input type="checkbox"/> Brucellosi</p> <p>04 <input type="checkbox"/> Butulismo</p> <p>05 <input type="checkbox"/> Colera</p> <p>06 <input type="checkbox"/> Dermatofitosi (tigna)</p> <p>07 <input type="checkbox"/> Diarree infettive non da salmonelle</p> <p>08 <input type="checkbox"/> Differite</p> <p>09 <input type="checkbox"/> Epatite virale A</p> <p>10 <input type="checkbox"/> Epatite virale B</p> <p>11 <input type="checkbox"/> Epatite virale nanb</p> <p>12 <input type="checkbox"/> Epatite virale non specificata</p> <p>13 <input type="checkbox"/> Febbre gialla</p> <p>14 <input type="checkbox"/> Febbre ricorrente epidemica</p> <p>15 <input type="checkbox"/> Febbri emorragiche virali (febbre di Lassa, Marburg, Ebola)</p> <p>16 <input type="checkbox"/> Febbre tifoide</p> <p>17 <input type="checkbox"/> Infezioni, tossinfezioni ed infestazioni di origine alimentare</p> <p>18 <input type="checkbox"/> Influenza con isolamento virale</p> <p>19 <input type="checkbox"/> Lebbra</p> <p>20 <input type="checkbox"/> Legionellosi</p> <p>21 <input type="checkbox"/> Leishmaniosi cutanea</p> <p>22 <input type="checkbox"/> Leishmaniosi viscerale</p> <p>23 <input type="checkbox"/> Leptosirosi</p> <p>24 <input type="checkbox"/> Listeriosi</p> <p>25 <input type="checkbox"/> Malaria</p> <p>26 <input type="checkbox"/> Meningite ed encefalite acuta virale</p> <p>27 <input type="checkbox"/> Meningite meningococcica</p> <p>28 <input type="checkbox"/> Micobatteriosi non tubercolare</p> <p>29 <input type="checkbox"/> Morbillo</p> <p>30 <input type="checkbox"/> Parotite</p> <p>31 <input type="checkbox"/> Pediculosi</p> <p>32 <input type="checkbox"/> Pertosse</p> <p>33 <input type="checkbox"/> Peste</p> <p>34 <input type="checkbox"/> Poliomielite</p> <p>35 <input type="checkbox"/> Rabbia</p> <p>36 <input type="checkbox"/> Rickettsiosi diversa da tifo esantematico</p> <p>37 <input type="checkbox"/> Rosolia</p> <p>38 <input type="checkbox"/> Salmonellosi</p> <p>39 <input type="checkbox"/> Scabbia</p> <p>40 <input type="checkbox"/> Scarlattina</p> <p>41 <input type="checkbox"/> Sifilide (2)</p> <p>42 <input type="checkbox"/> Tetano</p> <p>43 <input type="checkbox"/> Tifo esantematico</p> <p>44 <input type="checkbox"/> Trichinosi</p> <p>45 <input type="checkbox"/> Tubercolosi</p> <p>46 <input type="checkbox"/> Tularemia</p> <p>47 <input type="checkbox"/> Varicella</p> <p>48 <input type="checkbox"/> Malattia di Creutzfeldt - Jakob</p> <p>49 <input type="checkbox"/> Variante della malattia di Creutzfeldt - Jakob</p> <p>50 <input type="checkbox"/> Sindrome di Gerstmann - Straussler - Scheinker</p> <p>51 <input type="checkbox"/> Insonnia familiare letale</p> <p>52 <input type="checkbox"/> Eventuali sindromi correlate</p>	<p>Cognome e nome del paziente</p> <hr/> <p>Indirizzo _____</p> <p>Via o Frazione _____</p> <p>Comune _____ Provincia _____</p> <p>Data della denuncia da parte del medico curante _____</p> <p>2 - TIPO DELLA DIAGNOSI Accertata 1 <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Sospetta 2 <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>3 - LUOGO DI DENUNCIA</p> <p>Provincia _____ <input type="checkbox"/></p> <p>Comune _____ <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>4 - LUOGO IN CUI SI E' MANIFESTATA LA MALATTIA</p> <p>Stesso Comune da quello di denuncia 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Comune diverso da quello di denuncia ma della stessa Provincia. Specificare il</p> <p>Comune _____ 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Provincia diversa da quella di denuncia. Specificare _____</p> <p>Provincia _____ 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Comune _____</p> <p>Estero _____ 4 <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>5 - DATA DI INIZIO MALATTIA</p> <p>Giorno _____ Mese _____ Anno _____</p> <hr/> <p>6 - SESSO DEL PAZIENTE</p> <p>Maschio 1 <input type="checkbox"/> Femmina 2 <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>7 - ETA' COMPIUTA ALL'INIZIO DELLA MALATTIA</p> <p>Meno di un anno. Mesi da 00 a 11 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Un anno e oltre. Anni da 01 a 99</p> <p>- oltre 99 indicare sempre 99 2 <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>8 - LUOGO DI DIMORA</p> <p>Casa privata 1 <input type="checkbox"/> Collettività 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Accertamenti diagnostici _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>DATA _____ IL PRIMARIO _____</p>
---	---

2. Flusso informativo: direttamente dal Medico alla Regione ed al Ministero della Sanità. Circolari Ministero Sanità 13 febbraio 1987 n. 5 e 13 febbraio 1988 n. 14.

2. Flusso informativo: Anonimato del paziente Legge n. 837 del 25-7-1956.

IL DIRETTORE SANITARIO

Normativa specifica:

- **Blenorragia**
 - **Legionellosi**
 - **Meningite meningococcica**
 - **Sifilide**
-
- **BLÉNORRAGIA e SIFILIDE**, la segnalazione, ai sensi della **legge 25 luglio 1956 n. 837**, è anonima.

Qualora il "*Medico Provinciale, ove ragioni di sanità lo richiedono può fare obbligo ai sanitari di specificare le generalità degli assistiti affetti da malattie veneree in stato contagioso..... omissis*" (art.5, comma 2).

Pertanto, qualora il medico segnalatore non specifichi lo stato di contagiosità della malattia (in particolare, per quanto concerne la sifilide, non precisando se trattasi o no di un primo accertamento per il paziente), ovvero non specifichi la fonte dell'infezione o non indichi i provvedimenti adottati nei confronti del caso e degli eventuali contatti, l'ASL ha sufficienti "*ragioni di sanità*" per richiedere le generalità del paziente al fine di consentire l'indagine sul caso ed adottare gli opportuni interventi di profilassi.

- **MENINGITE MENINGOCOCCICA, meningiti batteriche in genere:**
(Nota del Ministero della Sanità n. 400.2/15/3290 del 27 luglio 1994)

Fatto salvo quanto previsto nelle regole generali di segnalazione delle malattie di classe II, per queste è stata introdotta un'apposita **Scheda di Sorveglianza (MOD. 2)**.

Tale scheda vale anche per la meningite tubercolare (notificabile come malattia di classe III) e per le altre meningiti batteriche (*Neisseria Meningitidis* e *Haemophilus Influenzae*).

Deve essere compilata solo per i casi confermati da parte del medico che pone la diagnosi.

N.B.: Tale scheda non sostituisce la notifica prevista dal D.M. 15.12.90, ma la integra.

Per i casi di meningite da *Neisseria meningitidis* e *Haemophilus Influenzae* è altresì richiesto l'invio del ceppo batterico isolato al Reparto di malattie batteriche, gastroenteriche e neurologiche – Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate (Dr.sse Mastrantonio Paola e Stefanelli Paola); Per concordare le modalità di invio, contattare il numero 06/49902335.

La scheda dovrà essere compilata in ogni sua parte ed in modo leggibile. In particolare:

- la parte sovrastante la breve introduzione riguardante il n° della scheda e del ceppo non dovrà essere compilata
 - per "*recapito*" del compilatore si intende il n. telefonico del lavoro;
 - i dati relativi alla Regione ed al Comune dovranno essere iscritti per esteso e non in codice;
 - per "*domicilio abituale*" si dovrà intendere il luogo dove il paziente vive stabilmente, indipendentemente dal fatto che vi risieda o meno;
 - per "comune inizio sintomi" si dovrà intendere il primo luogo dove gli stessi si sono manifestati; in questi ultimi due casi, qualora si tratti di piccoli comuni, andrà sempre citata la sigla della provincia di appartenenza;
 - per "*stato di immunodepressione*" si dovrà intendere la presenza di una patologia e/o di un trattamento terapeutico che indichi una compromissione del sistema immunitario del paziente.
-
- **per qualunque informazione è disponibile il sito dell'Istituto Superiore di Sanità: www.simi.it/meningite_batterica.htm**

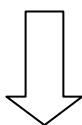
Meningiti batteriche:

Deve essere osservato il seguente flusso informativo:

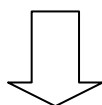
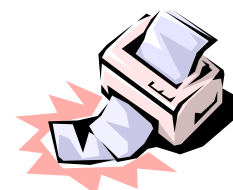
Medico U.O. segnala il caso immediatamente



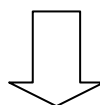
**Invia MOD.1 e
SCHEDA DI SORVEGLIANZA
(MOD.2)**



**AREA IGIENE OSPEDALIERA
DIREZIONE MEDICA**
(per via breve: Fax 0746/278440)



MOD. 1

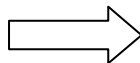


MOD. 2

Azienda USL
Servizio Igiene e Sanità Pubblica
Tel. 0746/278614
Fax 0746/278754
e-mail: ser.epidemiologia@asl.rieti.it
g.bartolomei@asl.rieti.it

- 1. Assessorato alla Sanità Regione Lazio**
Fax 0651684972
- 2. Istituto Superiore di Sanità**
Centralino Tel. 06-49902335-2331
Fax 06-49387112
(Dipartimento Malattie Infettive,
Parassitarie ed Immunomediate)
- 3. Ministero della Sanità**
(Dipartimento di Prevenzione)
Centralino Tel. 06-59941
o Ufficio V° - Malattie Infettive
Tel. 06-59943905
Fax 06-59943096

N.B.: Per i casi di meningite da *Neisseria meningitidis* e da *Haemophilus influenzae*, insieme alla scheda deve essere inviato il ceppo batterico isolato



**Reparto di Malattie Batteriche,
Gastroenteriche e Neurologiche**
Viale Regina Elena, 299
00161 Roma

MOD. 1**SCHEDA DI NOTIFICA OBBLIGATORIA DI MALATTIA INFETTIVA E DIFFUSA****N.B.** - per i quesiti seguiti da rettangolino barrare in modo evidente quello che fa al caso

1 - DIAGNOSI Indicare la diagnosi per esteso. Inoltre barrare il rettangolo corrispondente alla malattia nell'elenco sottostante. Le malattie sono nell'ordine di pubblicazione della G.U. n. 6 dell'8-1-1991 01 <input type="checkbox"/> AIDS (1) 02 <input type="checkbox"/> Blenorragia (2) 03 <input type="checkbox"/> Brucellosi 04 <input type="checkbox"/> Butulismo 05 <input type="checkbox"/> Colera 06 <input type="checkbox"/> Dermatofitosi (tigna) 07 <input type="checkbox"/> Diarree infettive non da salmonelle 08 <input type="checkbox"/> Differite 09 <input type="checkbox"/> Epatite virale A 10 <input type="checkbox"/> Epatite virale B 11 <input type="checkbox"/> Epatite virale nanb 12 <input type="checkbox"/> Epatite virale non specificata 13 <input type="checkbox"/> Febbre gialla 14 <input type="checkbox"/> Febbre ricorrente epidemica 15 <input type="checkbox"/> Febbri emorragiche virali (febbre di Lassa, Marburg, Ebola) 16 <input type="checkbox"/> Febbre tifoide 17 <input type="checkbox"/> Infezioni, tossinfezioni ed infestazioni di origine alimentare 18 <input type="checkbox"/> Influenza con isolamento virale 19 <input type="checkbox"/> Lebbra 20 <input type="checkbox"/> Legionellosi 21 <input type="checkbox"/> Leishmaniosi cutanea 22 <input type="checkbox"/> Leishmaniosi viscerale 23 <input type="checkbox"/> Leptosirosi 24 <input type="checkbox"/> Listeriosi 25 <input type="checkbox"/> Malaria 26 <input type="checkbox"/> Meningite ed encefalite acuta virale 27 <input type="checkbox"/> Meningite meningococcica 28 <input type="checkbox"/> Micobatteriosi non tubercolare 29 <input type="checkbox"/> Morbillo 30 <input type="checkbox"/> Parotite 31 <input type="checkbox"/> Pediculosi 32 <input type="checkbox"/> Pertosse 33 <input type="checkbox"/> Peste 34 <input type="checkbox"/> Poliomielite 35 <input type="checkbox"/> Rabbia 36 <input type="checkbox"/> Rickettiosi diversa da tifo esantematico 37 <input type="checkbox"/> Rosolia 38 <input type="checkbox"/> Salmonellosi 39 <input type="checkbox"/> Scabbia 40 <input type="checkbox"/> Scarlattina 41 <input type="checkbox"/> Sifilide (2) 42 <input type="checkbox"/> Tetano 43 <input type="checkbox"/> Tifo esantematico 44 <input type="checkbox"/> Trichinosi 45 <input type="checkbox"/> Tubercolosi 46 <input type="checkbox"/> Tularemia 47 <input type="checkbox"/> Varicella 48 <input type="checkbox"/> Malattia di Creutzfeldt - Jakob 49 <input type="checkbox"/> Variante della malattia di Creutzfeldt - Jakob 50 <input type="checkbox"/> Sindrome di Gerstmann - Straussler - Scheinker 51 <input type="checkbox"/> Insomniia familiare letale 52 <input type="checkbox"/> Eventuali sindromi correlate	Cognome e nome del paziente Indirizzo _____ Via o Frazione _____ Comune _____ Provincia _____ Data della denuncia da parte del medico curante _____ 2 - TIPO DELLA DIAGNOSI Accertata 1 <input type="checkbox"/> Sospetta 2 <input type="checkbox"/> 3 - LUOGO DI DENUNCIA Provincia _____ <input type="checkbox"/> Comune _____ <input type="checkbox"/> 4 - LUOGO IN CUI SI E' MANIFESTATA LA MALATTIA Stesso Comune da quello di denuncia 1 <input type="checkbox"/> Comune diverso da quello di denuncia ma della stessa Provincia. Specificare il Comune _____ 2 <input type="checkbox"/> Provincia diversa da quella di denuncia. Specificare _____ Provincia _____ 3 <input type="checkbox"/> Comune _____ Estero _____ 4 <input type="checkbox"/> 5 - DATA DI INIZIO MALATTIA Giorno _____ Mese _____ Anno _____ 6 - SESSO DEL PAZIENTE Maschio 1 <input type="checkbox"/> Femmina 2 <input type="checkbox"/> 7 - ETA' COMPIUTA ALL'INIZIO DELLA MALATTIA Meno di un anno. Mesi da OO a 11 1 <input type="checkbox"/> Un anno e oltre. Anni da 01 a 99 - oltre 99 indicare sempre 99 2 <input type="checkbox"/> 8 - LUOGO DI DIMORA Casa privata 1 <input type="checkbox"/> Collettività 2 <input type="checkbox"/> Accertamenti diagnostici _____ _____ _____ _____ _____ _____ DATA _____ IL PRIMARIO _____
--	---

3. Flusso informativo: direttamente dal Medico alla Regione ed al Ministero della Sanità.
Circolari Ministero Sanità 13 febbraio 1987 n. 5 e 13 febbraio 1988 n. 14.

2. Flusso informativo: Anonimato del paziente Legge n. 837 del 25-7-1956.

IL DIRETTORE SANITARIO

SORVEGLIANZA DELLE MENINGITI BATTERICHE

N° SCHEDA _____ N° CEPPO _____

La presente scheda va compilata per tutti i casi di meningite in cui sia stata accertata un'etiologia batterica. Nei casi ad etiologia da *Neisseria meningitidis*, viene richiesta la segnalazione anche per le forme di infezione invasiva senza meningite. La presente scheda, una volta compilata in tutte le sue parti va inviata per vie brevi al locale Assessorato alla Sanità, al Ministero della Sanità (Direzione Generale Servizi Igiene Pubblica), all'Istituto Superiore di Sanità (Laboratorio di Bacteriologia e Micologia Medica). Nel caso di malattie batteriche invasive da *Neisseria meningitidis* o *Haemophilus influenzae* viene richiesto anche l'invio del ceppo batterico isolato al Lab. B.M.M. dell'Istituto Superiore di Sanità.

Segnalazione effettuata da: Regione _____ ASL _____ DATA COMPILAZIONE _____
gg mm aa

Nome compilatore: _____ Recapito: _____

Ospedale di ricovero: _____ Reparto: _____

Indirizzo: _____

INFORMAZIONI SUL PAZIENTE

Cognome: _____ Nome _____

Sesso M F età _____ Se inferiore ad un anno, in mesi: _____

Comune di domicilio abituale e indirizzo: _____

Comune inizio primi sintomi: _____

Occupazione: 1) Studente 2) Militare 3) Sanitario 4) Altro (specificare)

Vaccinato contro la specifica patologia: SI NO IGNOTO

Data di inizio sintomi: _____ Stato di immunodepressione: SI NO
gg mm aa

Contatto con un caso di meningite nei 30 giorni prima dell'inizio dei sintomi: SI NO

Quadro clinico: 1 Meningite 2 Sepsi 4 Altro (specificare)

Esame liquor: 1 Purulento 2 Torbido 4 Non eseguito

Diagnosi: 1 Clinica 2 Clinica+isolamento colturale 3 Clinica + esame microscopico/ricerca antigenica

Agente eziologico (specificare il sierogruppo)

1 Streptococco* _____ 2 Pneumococco* 3 Meningococco
4 Haemophilus influenzae* 5 Micobatterio tubercolare 6 Listeria
8 Altro (specificare) _____ 9 Non identificato

Materiale di isolamento: 1 Liquor 2 Sangue 8 Altro (specificare)

Condizioni del paziente al momento della segnalazione: S Deceduto N in trattamento

³
Solo per il meningococco
E' stata effettuata profilassi dei contatti NO Se si: 1 Entro 24 h dalla diagnosi 2 Tra 24-48 h 3 Dopo 48 h
Con: 1 Sulfamidici 2 Rifampicina 8 Altro (specificare) _____
Sierogruppo _____
Sensibilità a: Sulfamidici Penicillina Cefasporine III gen
 Rifampicina Ampicillina Cloramfenicolo
Compilare con: S = Sensibile
I = Intermedio
R = Resistente

IL DIRETTORE SANITARIO

- **LEGIONELLOSI: Circolare del Ministero della Sanità n. 400.2/9/5708 del 29 dicembre 1993;**
Documento 4 Aprile 2000: "Linee-guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi".

Per i casi di legionellosi, secondo le disposizioni ministeriali del 29 dicembre 1993 è stata introdotta un'apposita Scheda di Sorveglianza che deve essere compilata dal medico che pone la diagnosi. Questa deve essere inviata a cura della Direzione Medica Ospedaliera - Area Igiene Ospedaliera, al Servizio di Igiene dell'Azienda USL e all'ISS - Reparto Malattie Batteriche, Respiratorie e Sistemiche – Dipartimento Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate - Registro Centrale delle Legionellosi (Figura1).

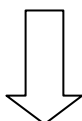
Al succitato **Laboratorio, insieme alla scheda**, devono essere inviati i **ceppi di Legionella** eventualmente **isolati**, e quanto possibile un campione di **siero prelevato a distanza di 15-20 giorni dall'inizio della sintomatologia**.

Legionellosi:

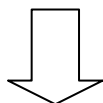
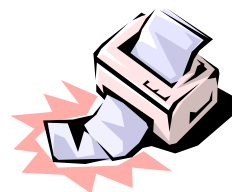
Deve essere osservato il seguente flusso informativo:

Medico U.O. segnala il caso entro 48 ore dalla diagnosi

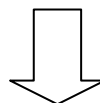
Invia MOD.1 e Scheda di Sorveglianza



**AREA IGIENE OSPEDALIERA
DIREZIONE MEDICA**
(per via breve: Fax 0746/278440)



MOD. 1



SCHEDA DI SORVEGLIANZA

Azienda USL
Servizio Igiene e Sanità Pubblica
Tel. 0746/278614
Fax 0746/278754
e-mail: ser.epidemiologia@asl.rieti.it
g.bartolomei@asl.rieti.it

Istituto Superiore di Sanità
(Reparto di Malattie Batteriche,
Respiratorie e Sistemiche))
Registro Centrale delle Legionellosi
Tel. 06-49902856 / Fax 06-49387292
(Dirigente Responsabile: Dr.ssa Ricci Maria Luisa)

MOD. 1

SCHEDA DI NOTIFICA OBBLIGATORIA DI MALATTIA INFETTIVA E DIFFUSA

N.B. - per i quesiti seguiti da rettangolo barrare in modo evidente quello che fa al caso

1 - DIAGNOSI Indicare la diagnosi per esteso. Inoltre barrare il rettangolo corrispondente alla malattia nell'elenco sottostante. Le malattie sono nell'ordine di pubblicazione della G.U. n. 6 dell'8-1-1991 01 <input type="checkbox"/> AIDS (1) 02 <input type="checkbox"/> Blenorragia (2) 03 <input type="checkbox"/> Brucellosi 04 <input type="checkbox"/> Butulismo 05 <input type="checkbox"/> Colera 06 <input type="checkbox"/> Dermatofitosi (tigna) 07 <input type="checkbox"/> Diarree infettive non da salmonelle 08 <input type="checkbox"/> Differite 09 <input type="checkbox"/> Epatite virale A 10 <input type="checkbox"/> Epatite virale B 11 <input type="checkbox"/> Epatite virale nanb 12 <input type="checkbox"/> Epatite virale non specificata 13 <input type="checkbox"/> Febbre gialla 14 <input type="checkbox"/> Febbre ricorrente epidemica 15 <input type="checkbox"/> Febbri emorragiche virali (febbre di Lassa, Marburg, Ebola) 16 <input type="checkbox"/> Febbre tifoide 17 <input type="checkbox"/> Infezioni, tossinfezioni ed infestazioni di origine alimentare 18 <input type="checkbox"/> Influenza con isolamento virale 19 <input type="checkbox"/> Lebbra 20 <input type="checkbox"/> Legionellosi 21 <input type="checkbox"/> Leishmaniosi cutanea 22 <input type="checkbox"/> Leishmaniosi viscerale 23 <input type="checkbox"/> Leptospirosi 24 <input type="checkbox"/> Listeriosi 25 <input type="checkbox"/> Malaria 26 <input type="checkbox"/> Meningite ed encefalite acuta virale 27 <input type="checkbox"/> Meningite meningococcica 28 <input type="checkbox"/> Micobatteriosi non tubercolare 29 <input type="checkbox"/> Morbillo 30 <input type="checkbox"/> Parotite 31 <input type="checkbox"/> Pediculosi 32 <input type="checkbox"/> Pertosse 33 <input type="checkbox"/> Peste 34 <input type="checkbox"/> Poliomielite 35 <input type="checkbox"/> Rabbia 36 <input type="checkbox"/> Rickettiosi diversa da tifo esantematico 37 <input type="checkbox"/> Rosolia 38 <input type="checkbox"/> Salmonellosi 39 <input type="checkbox"/> Scabbia 40 <input type="checkbox"/> Scarlattina 41 <input type="checkbox"/> Sifilide (2) 42 <input type="checkbox"/> Tetano 43 <input type="checkbox"/> Tifo esantematico 44 <input type="checkbox"/> Trichinosi 45 <input type="checkbox"/> Tubercolosi 46 <input type="checkbox"/> Tularemia 47 <input type="checkbox"/> Varicella 48 <input type="checkbox"/> Malattia di Creutzfeldt - Jakob 49 <input type="checkbox"/> Variante della malattia di Creutzfeldt - Jakob 50 <input type="checkbox"/> Sindrome di Gerstmann - Straussler - Scheinker 51 <input type="checkbox"/> Insonnia familiare letale 52 <input type="checkbox"/> Eventuali sindromi correlate	Cognome e nome del paziente Indirizzo Via o Frazione _____ Comune _____ Provincia _____ Data della denuncia da parte del medico curante _____ 2 - TIPO DELLA DIAGNOSI Accertata 1 <input type="checkbox"/> Sospetta 2 <input type="checkbox"/> 3 - LUOGO DI DENUNCIA Provincia _____ <input type="checkbox"/> Comune _____ <input type="checkbox"/> 4 - LUOGO IN CUI SI E' MANIFESTATA LA MALATTIA Stesso Comune da quello di denuncia 1 <input type="checkbox"/> Comune diverso da quello di denuncia ma della stessa Provincia. Specificare il Comune _____ 2 <input type="checkbox"/> Provincia diversa da quella di denuncia. Specificare _____ Provincia _____ 3 <input type="checkbox"/> Comune _____ Estero _____ 4 <input type="checkbox"/> 5 - DATA DI INIZIO MALATTIA Giorno _____ Mese _____ Anno _____ 6 - SESSO DEL PAZIENTE Maschio 1 <input type="checkbox"/> Femmina 2 <input type="checkbox"/> 7 - ETA' COMPIUTA ALL'INIZIO DELLA MALATTIA Meno di un anno. Mesi da OO a 11 1 <input type="checkbox"/> Un anno e oltre. Anni da 01 a 99 - oltre 99 indicare sempre 99 2 <input type="checkbox"/> 8 - LUOGO DI DIMORA Casa privata 1 <input type="checkbox"/> Collettività 2 <input type="checkbox"/> Accertamenti diagnostici _____ _____ _____ _____ _____ _____ DATA _____ IL PRIMARIO _____
--	--

4. Flusso informativo: direttamente dal Medico alla Regione ed al Ministero della Sanità. Circolari Ministero Sanità 13 febbraio 1987 n. 5 e 13 febbraio 1988 n. 14.
2. Flusso informativo: Anonimato del paziente Legge n. 837 del 25-7-1956.

IL DIRETTORE SANITARIO

SCHEDA DI SORVEGLIANZA DELLA LEGIONELLOSI

N. Scheda _____ Data _____

Ospedale notificante _____

Cognome Nome del paziente: _____

Data di nascita _____ Sesso : M F
gg mm aa

Indirizzo di residenza : _____

Occupazione: _____ presso _____

Data insorgenza sintomi _____
gg mm aa

Data Ricovero ospedaliero _____
gg mm aa

Data Dimissione _____
gg mm aa

Esito:
- Miglioramento / Guarigione
- Decesso
- Non noto

Manifestazioni cliniche (barrare la casella che interessa)

	SI	NO	NON SO	SI	NO	NON SO
Febbre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nausea/Vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brividi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolori addome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cefalee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tosse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Peritonite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espettorazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Confusione mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispnea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atassia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emoftoe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Afasia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toracoalgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Extrapiramidale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versamento pleurico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aritmia cardiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ipossia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pericardite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opacità polmonare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteartromialgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Altre manifestazioni cliniche rilevanti _____
Specificare: _____

Malattie concomitanti SI NO
Specificare: _____

In terapia sistemica con corticosteroidi o immunosoppressori SI NO
Antibiotici (e dosi) assunti durante il ricovero: SI NO

Specificare: _____

Cure odontoiatriche nelle due settimane precedenti l'esordio: SI NO

Ricovero ospedaliero nelle due settimane precedenti l'esordio: SI NO

Ospedale: _____ Reparto: _____

Periodo: da _____ a _____

Soggiorno nelle due settimane precedenti l'esordio, in luoghi diversi dalla propria abitazione SI

NO

Specificare tipo di struttura recettiva: (es. albergo, terme, campeggio, nave, ecc.)

• Nome e località _____ n. stanza _____

• Eventuale operatore turistico _____

• In gruppo individuale

• Periodo: da _____ a _____

Frequentazione di piscine nelle due settimane SI NO

Abitudine al fumo di sigaretta SI NO quantità _____

Specificare da quanto tempo _____

Abitudine all'alcool: SI NO

Specificare quantità: _____

Diagnosi di legionellosi basata su:

isolamento del germe

Specificare da quale materiale patologico: _____

Sierologia	<input type="checkbox"/>	gg. da inizio sintomi	titolo	Specie e sierogruppo
1° siero	_____	_____	_____	_____
2° siero	_____	_____	_____	_____
3° siero	_____	_____	_____	_____

Rilevazione antigene urinario SI NO

Indagine ambientale SI NO

Se SI specificare materiale analizzato _____

Se SI Positiva Negativa

Se Positiva specificare Specie e Sierogruppo _____

Nome e recapito del medico compilatore:

Nome: _____

Cognome: _____

Ospedale: _____

Reparto: _____

Indirizzo: _____

Tel.: _____ Fax: _____

Data di compilazione _____

IL DIRETTORE SANITARIO

MALATTIE INFETTIVE DI CLASSE III
MODALITA' DI NOTIFICA

44) AIDS

45) Lebbra

46) Malaria

47) Micobatteriosi non tubercolare

48) Tubercolosi

Per queste malattie infettive sono previsti flussi informativi particolari e differenziati.

- **AIDS: Circolari del Ministero della Sanità 13 febbraio, 1987 n. 5 (G.U. n. 48 del 27 febbraio 1987) e 13 febbraio 1988, n. 14** nelle quali vengono riportate indicazioni che limitano il flusso informativo dal medico direttamente alla Regione e al Ministero (C.O.A. presso ISS).

La nuova scheda di notifica è in triplice copia: per il medico segnalatore, per l'Assessorato Regionale alla Sanità, per il **Centro Operativo AIDS (C.O.A.) presso l'ISS**. *Questa scheda può essere richiesta dalla Direzione Sanitaria al numero **06/83060401** (Dr.sse Carboni Angela e Berni Paola).*

L'utilizzazione di un'unica scheda per la notifica dei casi adulti e di quelli pediatrici (<13 anni) consente di agevolare il flusso della notifica stessa e di superare il limite della notifica di quei casi adulti, infettatisi in età pediatrica, che non trovano nell'attuale scheda indicazione sul fattore di rischio di infezione.

La scheda è suddivisa in 2 parti collegate tra loro da un codice prestampato:

- una parte (a) contiene solo le informazioni anagrafiche,
- l'altra parte (b) contiene le informazioni generali, le malattie indicative di AIDS, le modalità di trasmissione dell'infezione, i dati clinici, le informazioni sul centro segnalatore ed uno spazio per eventuali note.

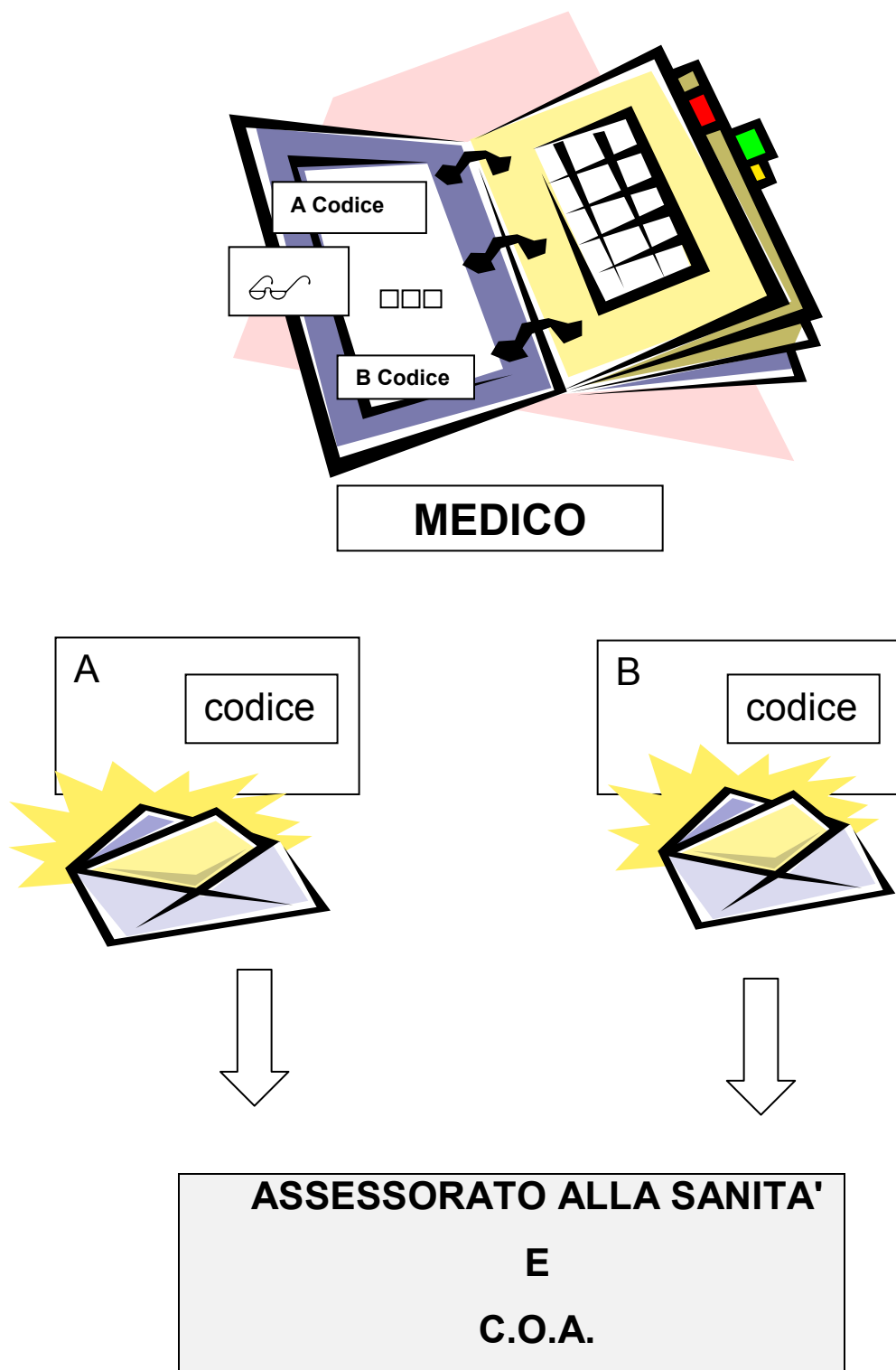
Per la notifica dei casi di AIDS devono essere utilizzate esclusivamente le schede in originale con i codici prestampati che sono state fornite agli Assessorati dal C.O.A.

Per favorire la riservatezza dei dati, le due parti della scheda devono essere spedite contemporaneamente ma in buste separate, evitando, nella prima parte della scheda (contenente i dati anagrafici del caso) qualsiasi riferimento alla patologia notificata. A tal fine, per l'invio al C.O.A. sono state predisposte delle buste che accompagnano le nuove schede di notifica con il seguente indirizzo prestampato: **Istituto Superiore di Sanità LEB - 35 V.le Regina Elena 299, 00161 Roma.**

Si raccomanda l'invio contemporaneo delle due parti della scheda per agevolare la raccolta e la validazione dei casi a livello centrale.

AIDS:

Deve essere osservato il seguente flusso informativo:



- MALARIA: Circolare del Ministero della Sanità n. 22 del 12 maggio 1992

N.B. Dal centro di diagnosi preparato emoscopico e MOD 3 (tramite corriere espresso) - Ministero della Sanità, Dipartimento della Prevenzione - Ufficio V° Malattie Infettive - Via Giorgio Ribotta 5 - 00144 Roma.

La notifica va inviata anche per i soggetti deceduti per sospetta malaria.

La scheda di notifica di questa patologia è suddivisa in 4 sezioni.

Nella **prima sezione o generale** devono essere indicati la classificazione del caso e i dati relativi al territorio in cui è stato diagnosticato il caso (regione, provincia, comune, azienda ASL).

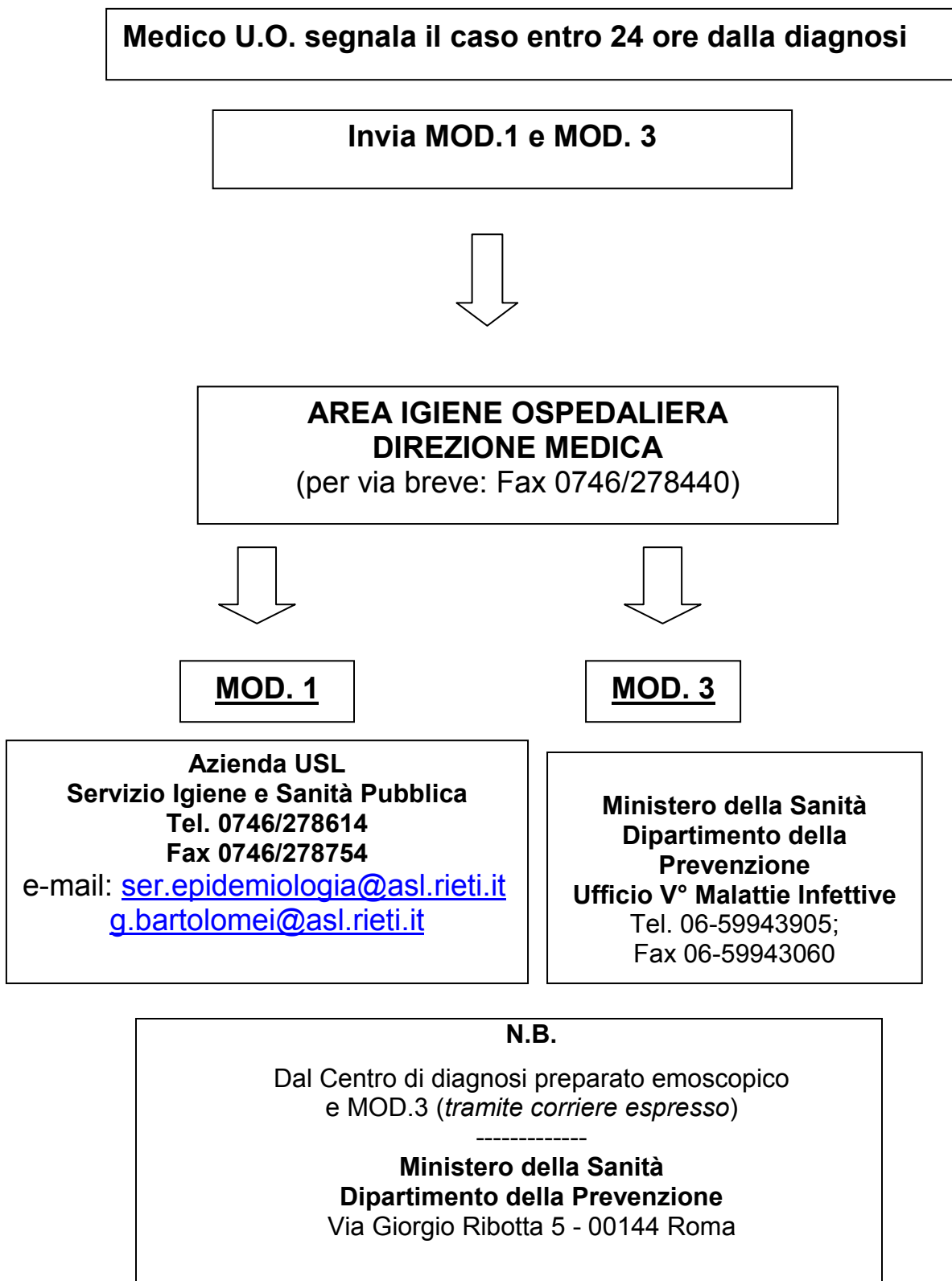
La **sezione A** è utilizzata per i dati anagrafici del paziente (cognome, nome, età, sesso, codice SSN, professione e titolo di studio, cittadinanza, residenza con provincia e comune, etc.,etc.) e viene inviata dal Ministero della Sanità all'ISTAT.

Nella **sezione B** vanno indicati i dati epidemiologici relativi all'eventuale viaggio del paziente in relazione con la malattia (paese visitato, continente, motivo del viaggio, mansioni in caso di viaggio per lavoro, data di rientro in Italia, data inizio sintomi), i dati clinici e quelli relativi all'eventuale ricovero (luogo di ricovero con provincia, data di ricovero, data della diagnosi clinica, data della diagnosi emoscopica, data della guarigione clinica, data di dimissione se ricoverato, specie di plasmodio evidenziata emoscopicamente o sospettata clinicamente, tipo di farmaco eventualmente utilizzato dal soggetto per la chemioprolifassi, tipi di farmaci antimalarici utilizzati per la terapia, eventuale farmacoresistenza riscontrata, eventuale stato di gravidanza o concomitanza di patologie in atto).

La **sezione C** è riservata al Ministero della Sanità.

Malaria:

Deve essere osservato il seguente flusso informativo:



MOD. 1

SCHEDA DI NOTIFICA OBBLIGATORIA DI MALATTIA INFETTIVA E DIFFUSA

N.B. - per i quesiti seguiti da rettangolino barrare in modo evidente quello che fa al caso

1 - DIAGNOSI Indicare la diagnosi per esteso. Inoltre barrare il rettangolo corrispondente alla malattia nell'elenco sottostante. Le malattie sono nell'ordine di pubblicazione della G.U. n. 6 dell'8-1-1991 01 <input type="checkbox"/> AIDS (1) 02 <input type="checkbox"/> Blenorragia (2) 03 <input type="checkbox"/> Brucellosi 04 <input type="checkbox"/> Butulismo 05 <input type="checkbox"/> Colera 06 <input type="checkbox"/> Dermatofitosi (tigna) 07 <input type="checkbox"/> Diarree infettive non da salmonelle 08 <input type="checkbox"/> Differite 09 <input type="checkbox"/> Epatite virale A 10 <input type="checkbox"/> Epatite virale B 11 <input type="checkbox"/> Epatite virale nanb 12 <input type="checkbox"/> Epatite virale non specificata 13 <input type="checkbox"/> Febbre gialla 14 <input type="checkbox"/> Febbre ricorrente epidemica 15 <input type="checkbox"/> Febbri emorragiche virali (febbre di Lassa, Marburg, Ebola) 16 <input type="checkbox"/> Febbre tifoide 17 <input type="checkbox"/> Infezioni, tossinfezioni ed infestazioni di origine alimentare 18 <input type="checkbox"/> Influenza con isolamento virale 19 <input type="checkbox"/> Lebbra 20 <input type="checkbox"/> Legionellosi 21 <input type="checkbox"/> Leishmaniosi cutanea 22 <input type="checkbox"/> Leishmaniosi viscerale 23 <input type="checkbox"/> Leptosirosi 24 <input type="checkbox"/> Listeriosi 25 <input type="checkbox"/> Malaria 26 <input type="checkbox"/> Meningite ed encefalite acuta virale 27 <input type="checkbox"/> Meningite meningococcica 28 <input type="checkbox"/> Micobatteriosi non tubercolare 29 <input type="checkbox"/> Morbillo 30 <input type="checkbox"/> Parotite 31 <input type="checkbox"/> Pediculosi 32 <input type="checkbox"/> Pertosse 33 <input type="checkbox"/> Peste 34 <input type="checkbox"/> Poliomielite 35 <input type="checkbox"/> Rabbia 36 <input type="checkbox"/> Rickettiosi diversa da tifo esantematico 37 <input type="checkbox"/> Rosolia 38 <input type="checkbox"/> Salmonellosi 39 <input type="checkbox"/> Scabbia 40 <input type="checkbox"/> Scarlattina 41 <input type="checkbox"/> Sifilide (2) 42 <input type="checkbox"/> Tetano 43 <input type="checkbox"/> Tifo esantematico 44 <input type="checkbox"/> Trichinosi 45 <input type="checkbox"/> Tubercolosi 46 <input type="checkbox"/> Tularemia 47 <input type="checkbox"/> Varicella 48 <input type="checkbox"/> Malattia di Creutzfeldt - Jakob 49 <input type="checkbox"/> Variante della malattia di Creutzfeldt - Jakob 50 <input type="checkbox"/> Sindrome di Gerstmann - Straussler - Scheinker 51 <input type="checkbox"/> Insomnia familiare letale 52 <input type="checkbox"/> Eventuali sindromi correlate	Cognome e nome del paziente Indirizzo _____ Via o Frazione _____ Comune _____ Provincia _____ Data della denuncia da parte del medico curante _____ 2 - TIPO DELLA DIAGNOSI Accertata 1 <input type="checkbox"/> Sospetta 2 <input type="checkbox"/> 3 - LUOGO DI DENUNCIA Provincia _____ <input type="checkbox"/> Comune _____ <input type="checkbox"/> 4 - LUOGO IN CUI SI E' MANIFESTATA LA MALATTIA Stesso Comune da quello di denuncia 1 <input type="checkbox"/> Comune diverso da quello di denuncia ma della stessa Provincia. Specificare il Comune _____ 2 <input type="checkbox"/> Provincia diversa da quella di denuncia. Specificare _____ Provincia _____ 3 <input type="checkbox"/> Comune _____ Estero _____ 4 <input type="checkbox"/> 5 - DATA DI INIZIO MALATTIA Giorno _____ Mese _____ Anno _____ 6 - SESSO DEL PAZIENTE Maschio 1 <input type="checkbox"/> Femmina 2 <input type="checkbox"/> 7 - ETA' COMPIUTA ALL'INIZIO DELLA MALATTIA Meno di un anno. Mesi da 00 a 11 1 <input type="checkbox"/> Un anno e oltre. Anni da 01 a 99 - oltre 99 indicare sempre 99 2 <input type="checkbox"/> 8 - LUOGO DI DIMORA Casa privata 1 <input type="checkbox"/> Collettività 2 <input type="checkbox"/> Accertamenti diagnostici _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ DATA _____ IL PRIMARIO _____
---	--

5. Flusso informativo: direttamente dal Medico alla Regione ed al Ministero della Sanità.

Circolari Ministero Sanità 13 febbraio 1987 n. 5 e 13 febbraio 1988 n. 14.

2. Flusso informativo: Anonimato del paziente Legge n. 837 del 25-7-1956.

IL DIRETTORE SANITARIO

MOD. 3

**SCHEDA DI NOTIFICA
DI MALATTIA INFETTIVA - CLASSE III**

**MINISTERO DELLA SANITA'
MOD.15 - SANITA' PUBBLICA
CLASSE III**

MALARIA _____ autoctona
_____ importata
_____ post-trasfusionale

REGIONE _____ PROVINCIA _____

COMUNE _____ U.S.L. _____

SEZIONE A

_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
-------	-------	-------	----------------------------	----------------------------

Cognome Nome Età Sesso

Codice SSN _____

_____	_____
-------	-------

Professione e titolo di studio Cittadinanza

_____	_____
-------	-------

Residenza (compilare con Provincia e Comune) U.S.L.

_____	_____
-------	-------

Domicilio abituale Luogo e data di nascita

SEZIONE B

_____	_____
-------	-------

Paese visitato Continente

_____	_____
-------	-------

Motivo del viaggio Se per lavoro, indicare le mansioni

Ricoverato presso _____ Provincia di _____

Rientrato il _____ Inizio sintomi _____ Data di ricovero _____

Data diagnosi clinica _____ Data diagnosi emoscopica _____

Data guarigione clinica _____ Data di dimissione _____ / No

Specie plasmodio _____ Se si, chemioprolifassi attuata _____

_____	_____
-------	-------

Terapia effettuata Eventuale farmacoresistenza a

Indicare eventuale stato di gravidanza o concomitanza di patologie in atto.

SEZIONE C

RISERVATO A MINISTERO DELLA SANITA'/ ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'

Diagnosi emoscopica pervenuta _____

Diagnosi emoscopica di controllo _____

Esito: _____

IL DIRETTORE SANITARIO

- TUBERCOLOSI e MICOBATTERIOSI NON TUBERCOLARE: Nota del Ministero della Sanità n. 400/34.1/2022 del 27/3/95.

La segnalazione da parte del medico curante di tutti i casi di tubercolosi sospetti o accertati al Servizio di Igiene Pubblica della ASL di diagnosi, deve essere fatta entro 3 giorni.

Nel caso in cui l'ASL di diagnosi sia diversa da quella di residenza o di domicilio abituale del paziente, le informazioni disponibili dovranno essere immediatamente comunicate a quest'ultima, al fine di permettere la messa in atto degli interventi di prevenzione e controllo.

N.B.: devono essere notificati tutti i nuovi casi e le recidive di T.B.C. attiva polmonare ed extrapolmonare, indipendentemente dalla contagiosità, inclusi i casi di complesso primario attivo (cioè non calcifico).

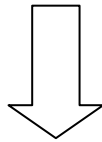
Il Decreto Ministeriale 29 Luglio 1998 (G.U. n° 200 del 28 Agosto 1998) reca “modificazioni alla scheda di notifica di caso di Tubercolosi e Micobatteriosi non tubercolare allegata al Decreto Ministeriale 15 Dicembre 1990”.

Tubercolosi:

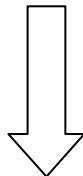
Deve essere osservato il seguente flusso informativo:

Medico U.O. segnala il caso sospetto o accertato entro 3 giorni

Invia MOD. 1 e MOD. 15



**AREA IGIENE OSPEDALIERA
DIREZIONE MEDICA**
(per via breve: Fax 0746/278440)



Azienda USL
Servizio Igiene e Sanità Pubblica
Tel. 0746/278614
Fax 0746/278754
e-mail: ser.epidemiologia@asl.rieti.it
g.bartolomei@asl.rieti.it

MOD. 15 - SANITÀ PUBBLICA CLASSE III
(Da inviare a Regione Ministero Sanità e ISTAT (solo dati anagrafici))
() Tubercolosi () Micobatteriosi Non Tuberculare
Regione () Provincia ()
Comune () ASL ()
DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE
Cognome Nome Sesso
Data di Nascita Paese di nascita
Se nato all'estero, anno di arrivo in Italia
È Iscritto al SSN ? () no ...() non noto ... ()
Professione ... Studente () Pensionato/invalido () Casalinga ()
Disoccupato () Occupato () Specificare
È senza fissa dimora ? ... () non noto ... ()
Vive in collettività ... () non noto () Se sì, specificare
Domicilio :
Regione Provincia
Comune Codice ISTAT (.....)
Data di Inizio della Terapia antitubercolare (se diagnosi post- mortem, data di decesso) (.....)
CRITERI DIAGNOSTICI
Ha avuto diagnosi di tubercolosi in passato ? () mese ed anno (....) No () ... Non noto ()
Classificazione in relazione a precedenti trattamenti:
Nuovo Caso .. () Paziente mai trattato per TBC
Recidiva .. () Paziente trattato per TBC in passato e dichiarato guarito
Agente eziologico (solo casi con coltura positiva)
M. Tuberculosis complex .. () M. Tuberculosis .. ()
M. Bovis .. () M. Africanum .. () Micobatterio non tubercolare ... ()
Specificare

Diagnosi basata su: (rispondere a tutte le voci)
(Positivo - Negativo - Non effettuato - Non noto)
(Se positivo, specificare il tipo di materiale)
Esame colturale escreato (Positivo - Negativo - Non effettuato - Non noto)
Esame colturale altro materiale (Positivo - Negativo - Non effettuato - Non noto)
Esame diretto escreato (Positivo - Negativo - Non effettuato - Non noto)
Esame diretto altro materiale (Inclusi esami istologici ricerca micobatteri) (Positivo - Negativo - Non effettuato - Non noto)
Clinica (Positivo - Negativo - Non noto)
Mantoux (Positivo - Negativo - Non effettuato - Non noto)
Rx torace - Esami strumentali (Positivo - Negativo - Non effettuato - Non noto)
Risposta alla terapia antitubercolare (Positivo - Negativo - Non noto)
Riscontro autoptico di TB attiva (Positivo - Negativo - Non effettuato - Non noto)
Sede anatomica (la localizzazione polmonare deve essere barrata sempre anche se secondaria o disseminata)
Polmonare - Trachea - Bronchi ()
Extrapolmonare 1. ICD IX ()
Extrapolmonare 2. ICD IX ()
Disseminata (più di 2 localizzazioni, miliare, isolamento da sangue) ()
Timbro e firma di chi ha compilato la notifica
Data di notifica
Recapito Telefonico

MALATTIE INFETTIVE DI CLASSE IV
MODALITA' DI NOTIFICA

"Malattie per le quali alla segnalazione del singolo caso da parte del medico deve seguire la segnalazione dell'Azienda Sanitaria Locale solo quando si verificano focolai epidermici":

49) Dermatofitosi (tigna);

50) Infezioni, tossinfezioni ed infestazioni di origine alimentare;

51) Pediculosi;

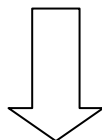
52) Scabbia.

CLASSE IV:

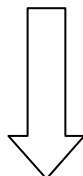
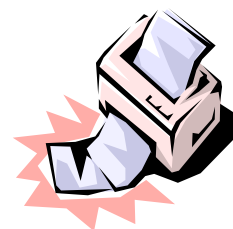
Deve essere osservato il seguente flusso informativo:

Medico U.O. che pone la diagnosi inoltra la segnalazione del singolo caso entro 24 ore dall'osservazione; entro 12 ore per le malattie di origine alimentare

Invia MOD. 1



**AREA IGIENE OSPEDALIERA
DIREZIONE MEDICA**
(per via breve: Fax 0746/278440)



Azienda USL
Servizio Igiene e Sanità Pubblica
Tel. 0746/278614
Fax 0746/278754
e-mail: ser.epidemiologia@asl.rieti.it
g.bartolomei@asl.rieti.it

MALATTIE INFETTIVE DI CLASSE V
MODALITA' DI NOTIFICA

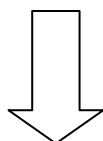
Della classe V fanno parte le malattie infettive non comprese nelle classi precedenti, tra cui le zoonosi previste dal Regolamento di polizia veterinaria (carbonchio, morva, psittacosi, ect.), le parassitosi da protozoi ed elminti (amebiasi, teniasi, ect.), la malattia di Lyme, la sindrome emolitica uremica.

CLASSE V:

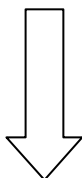
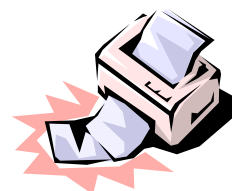
Deve essere osservato il seguente flusso informativo:

Medico U.O. segnala il caso entro 48 ore dall'osservazione

Invia MOD. 1



**AREA IGIENE OSPEDALIERA
DIREZIONE MEDICA**
(per via breve: Fax 0746/278440)



Azienda USL
Servizio Igiene e Sanità Pubblica
Tel. 0746/278614
Fax 0746/278754
e-mail: ser.epidemiologia@asl.rieti.it
g.bartolomei@asl.rieti.it

MOD. 1

SCHEMA DI NOTIFICA OBBLIGATORIA DI MALATTIA INFETTIVA E DIFFUSA

N.B. - per i quesiti seguiti da rettangolino barrare in modo evidente quello che fa al caso

1 - DIAGNOSI <hr/> <p>Indicare la diagnosi per esteso. Inoltre barrare il rettangolo corrispondente alla malattia nell'elenco sottostante. Le malattie sono nell'ordine di pubblicazione della G.U. n. 6 dell'8-1-1991</p> <p>01 <input type="checkbox"/> AIDS (1) 02 <input type="checkbox"/> Blenorragia (2) 03 <input type="checkbox"/> Brucellosi 04 <input type="checkbox"/> Butulismo 05 <input type="checkbox"/> Colera 06 <input type="checkbox"/> Dermatofitosi (tigna) 07 <input type="checkbox"/> Diarree infettive non da salmonelle 08 <input type="checkbox"/> Differite 09 <input type="checkbox"/> Epatite virale A 10 <input type="checkbox"/> Epatite virale B 11 <input type="checkbox"/> Epatite virale nanb 12 <input type="checkbox"/> Epatite virale non specificata 13 <input type="checkbox"/> Febbre gialla 14 <input type="checkbox"/> Febbre ricorrente epidemica 15 <input type="checkbox"/> Febbre emorragiche virali (febbre di Lassa, Marburg, Ebola) 16 <input type="checkbox"/> Febbre tifoide 17 <input type="checkbox"/> Infezioni, tossinfezioni ed infestazioni di origine alimentare 18 <input type="checkbox"/> Influenza con isolamento virale 19 <input type="checkbox"/> Lebbra 20 <input type="checkbox"/> Legionellosi 21 <input type="checkbox"/> Leishmaniosi cutanea 22 <input type="checkbox"/> Leishmaniosi viscerale 23 <input type="checkbox"/> Leptosirosi 24 <input type="checkbox"/> Listeriosi 25 <input type="checkbox"/> Malaria 26 <input type="checkbox"/> Meningite ed encefalite acuta virale 27 <input type="checkbox"/> Meningite meningococcica 28 <input type="checkbox"/> Micobatteriosi non tubercolare 29 <input type="checkbox"/> Morbillo 30 <input type="checkbox"/> Parotite 31 <input type="checkbox"/> Pediculosi 32 <input type="checkbox"/> Pertosse 33 <input type="checkbox"/> Peste 34 <input type="checkbox"/> Poliomielite 35 <input type="checkbox"/> Rabbia 36 <input type="checkbox"/> Rickettiosi diversa da tifo esantematico 37 <input type="checkbox"/> Rosolia 38 <input type="checkbox"/> Salmonellosi 39 <input type="checkbox"/> Scabbia 40 <input type="checkbox"/> Scarlattina 41 <input type="checkbox"/> Sifilide (2) 42 <input type="checkbox"/> Tetano 43 <input type="checkbox"/> Tifo esantematico 44 <input type="checkbox"/> Trichinosi 45 <input type="checkbox"/> Tubercolosi 46 <input type="checkbox"/> Tularemia 47 <input type="checkbox"/> Varicella 48 <input type="checkbox"/> Malattia di Creutzfeldt - Jakob 49 <input type="checkbox"/> Variante della malattia di Creutzfeldt - Jakob 50 <input type="checkbox"/> Sindrome di Gerstmann - Sraussler - Scheinker 51 <input type="checkbox"/> Insonnia familiare letale 52 <input type="checkbox"/> Eventuali sindromi correlate</p>	Cognome e nome del paziente <hr/> <p>Indirizzo _____ Via o Frazione _____ Comune _____ Provincia _____ Data della denuncia da parte del medico curante _____</p> <p>2 - TIPO DELLA DIAGNOSI Accertata 1 <input type="checkbox"/> Sospetta 2 <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>3 - LUOGO DI DENUNCIA</p> <p>Provincia _____ <input type="checkbox"/> Comune _____ <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>4 - LUOGO IN CUI SI E' MANIFESTATA LA MALATTIA</p> <p>Stesso Comune da quello di denuncia 1 <input type="checkbox"/> Comune diverso da quello di denuncia ma della stessa Provincia. Specificare il Comune _____ 2 <input type="checkbox"/> Provincia diversa da quella di denuncia. Specificare _____ Provincia _____ 3 <input type="checkbox"/> Comune _____ Estero _____ 4 <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>5 - DATA DI INIZIO MALATTIA Giorno _____ Mese _____ Anno _____</p> <hr/> <p>6 - SESSO DEL PAZIENTE</p> <p>Maschio 1 <input type="checkbox"/> Femmina 2 <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>7 - ETA' COMPIUTA ALL'INIZIO DELLA MALATTIA</p> <p>Meno di un anno. Mesi da 00 a 11 1 <input type="checkbox"/> Un anno e oltre. Anni da 01 a 99 - oltre 99 indicare sempre 99 2 <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>8 - LUOGO DI DIMORA</p> <p>Casa privata 1 <input type="checkbox"/> Collettività 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Accertamenti diagnostici _____ _____ _____ _____ _____</p> <hr/> <p>DATA _____</p> <p style="text-align: right;">IL PRIMARIO _____</p>
---	--

8. Flusso informativo: direttamente dal Medico alla Regione ed al Ministero della Sanità.
 Circolari Ministero Sanità 13 febbraio 1987 n. 5 e 13 febbraio 1988 n. 14.

2. Flusso informativo: Anonimato del paziente Legge n. 837 del 25-7-1956.

IL DIRETTORE SANITARIO

BIBLIOGRAFIA

- D.M. 15 dicembre 1990. "Sistema informativo delle malattie infettive e diffuse"
- Circolare Ministero della Sanità 17 dicembre 1990, n. 36: "Decreto ministeriale 15 dicembre 1990 concernente: sistema informativo delle malattie infettive e diffuse.
- Circolare Ministero della Sanità 13 febbraio 1987, n. 5. "Decreto ministeriale 28 novembre 1986-modifiche al decreto ministeriale 5 luglio 1975 riportante l'elenco delle malattie infettive diffuse sottoposte a denuncia obbligatoria.
- Decreto del Presidente della Repubblica 21 settembre 1994. " Atto d indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome in materia di morbo di Hansen.
- Linee guida e norme di sicurezza da osservare in caso di riscontro autoptico su soggetti con probabile malattia Creutzfeldt-Jakob o sindromi correlate. Ministero della Sanità 2 dicembre 1996.
- Aggiornamento linee-guida per la gestione dei soggetti con sospetta infezione da virus Ebola. Ministero della Sanità 26 maggio 1995.
- Ordinanza Ministero della Sanità 12 febbraio 2001. "Ordinanza contingibile ed urgente per la sorveglianza della malattia di Creutzfeldt-Jakob.
- Circolare Ministero della Sanità 13 febbraio 1998 n. 14. "Revisione della scheda di notifica di caso di AIDS".
- Decreto del Presidente della Repubblica 8 marzo 2000. "Progetto obiettivo AIDS 1998-2000".
- Documento 4 aprile 2000. "Linee -guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi. Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano.
- Circolare Ministero Sanità n. 400.2/9/5708 29 dicembre 1993.
- Circolare Ministero della Sanità 1 luglio 1996, n. 9. "Misure di prevenzione e controllo delle intossicazioni da botulino".
- Nota Assessorato Regionale alla Sanità Regione Calabria n. 7929, 21 aprile 1999. "Distribuzione di siero antitotulinico. Trasferimento competenze".
- Circolare Ministero della Sanità 9 agosto 1982, n. 52. "Nuovo calendario della vaccinazione antitetanica".
- Legge 25 luglio 1956 n. 837.
- Nota Ministero Sanità n. 400.2/15/3290, 27 luglio 1994.
- Circolare Ministero Sanità 12 maggio 1992, n. 22.
- Nota Ministero Sanità n. 400/34.1/2022, 27 marzo 1995
- Decreto Ministeriale 29 Luglio 1998 (G.U. n° 200 del 28 Agosto 1998) reca "modificazioni alla scheda di notifica di caso di Tubercolosi e Micobatteriosi non tubercolare allegata al Decreto Ministeriale 15/12/90".