



# Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA  
Ufficio V – Prevenzione delle malattie trasmissibili e profilassi internazionale

**A:**  
ASSESSORATI ALLA SANITÀ REGIONI  
STATUTO ORDINARIO E SPECIALE  
LORO SEDI

ASSESSORATI ALLA SANITÀ PROVINCE  
AUTONOME TRENTO E BOLZANO  
LORO SEDI

**e, per conoscenza**  
UFFICI DI SANITÀ MARITTIMA, AEREA  
E DI FRONTIERA  
LORO SEDI

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ  
ROMA

ISTITUTI ZOOPROFILATTICI SPERIMENTALI  
LORO SEDI

**OGGETTO: Sorveglianza delle arbovirosi diverse da Chikungunya, Dengue, Zika e West Nile, e hantavirus - 2016.**

Esistono oltre 100 virus classificati come arbovirus, sia autoctoni sia di possibile importazione, in grado di causare malattia nell'uomo. La maggior parte di questi sono stati classificati in famiglie e generi tra i quali i *Togaviridae* (*Alphavirus*), i *Flaviridae* (*Flavivirus*) e i *Bunyaviridae* (*Bunyavirus* e *Phlebovirus*) sono i più noti.

La sorveglianza dei casi umani ed il controllo dei vettori sono considerati i capisaldi nella prevenzione di queste infezioni, così come una corretta informazione della popolazione perché attui le misure di prevenzione personale per evitare la puntura dei diversi artropodi vettori e la loro proliferazione.

Il Centro Europeo per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie ha attivato un sistema di sorveglianza che raccoglie i dati dei paesi dell'Unione Europea e dello Spazio Economico Europeo: in particolare nel 2014 sono stati notificati in totale 1.986 casi di encefalite da zecche e 3.752 casi di hantavirus, mentre l'Italia non ha segnalato casi.

Recentemente si è avuta notizia dai media di casi di encefalite da zecche e di encefalite da virus Toscana verificatisi in alcune Regioni italiane senza che fossero stati notificati ufficialmente, come raccomandato nella circolare ministeriale n. 17200 del 16 giugno 2016.

Si richiama pertanto l'attenzione delle Regioni e Province Autonome sulla necessità di segnalare eventuali casi umani di arbovirus e hantavirus elencati in tabella 1, tramite la scheda di notifica (allegato 1) presente all'interno della Circolare ministeriale n. 17200 del 16 giugno 2016, seguendo lo stesso flusso informativo, che ad ogni buon fine si riporta.

Un caso di infezione da arbovirus e hantavirus tra quelli elencati in Tabella 1 deve essere segnalato secondo il seguente flusso:

- 1) il medico che sospetta il caso, sulla base della sintomatologia clinica, deve segnalarlo entro 12 ore all'Azienda sanitaria competente ed inviare tempestivamente i campioni per la diagnosi di laboratorio. I test diagnostici necessari dovranno essere inviati (previo contatto diretto per concordare tipo di esami e modalità di invio):
  - al laboratorio di riferimento regionale, ove identificato (Allegato 2);
  - e/o al laboratorio di riferimento nazionale (Dipartimento Malattie Infettive Parassitarie ed Immunomediate – Istituto Superiore di Sanità, tel. 06 49902663, fax 06 49902813; e-mail: arbo.mipi@iss.it);
- 2) Una volta stabilita la positività agli esami di laboratorio sulla base dell'organizzazione regionale, il caso va immediatamente segnalato dalla struttura dell'Azienda sanitaria che si occupa della sorveglianza epidemiologica alla Regione/PA e da questa, entro 12 ore al Ministero della Salute (Fax 0659943096; e-mail: malinf@sanita.it) e all'Istituto Superiore di Sanità (Fax 0644232444 - 0649902813; e-mail: sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it), mediante l'apposita scheda (allegato 1).

Si prega di voler dare la massima diffusione alla presente nota circolare ai servizi ed ai soggetti interessati.

IL DIRETTORE GENERALE  
\*F.to. RANIERO GUERRA

Il Direttore dell'Ufficio V  
Dott. Francesco Maraglino

*Referente/Responsabile del procedimento:*  
Patrizia Parodi – 06.59943144  
email: p.parodi@sanita.it

*\*“firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell’art. 3, comma 2, del d. Lgs. N. 39/1993”*

**Tabella 1.** Altri arbovirus e hantavirus per i quali si richiede la segnalazione in caso di diagnosi.

Arbovirus (trasmissione)	Classificazione	Autoctono in Italia/aree a rischio	Sintomatologia/forme cliniche
Virus Toscana (puntura di flebotomi, in particolare: <i>Phlebotomus perniciosus</i> e <i>Phlebotomus perfiliewi</i> )	Famiglia <i>Bunyaviridae</i> , genere <i>Phlebovirus</i> .	Autoctono / Paesi del bacino del Mediterraneo	Febbre, meningite, meningoencefalite.
Virus dell'encefalite da zecca (TBE: puntura di zecche del genere <i>Ixodes</i> )	Famiglia <i>Flaviviridae</i> , genere <i>Flavivirus</i> .	Autoctono / Presente in molte aree di Europa (in particolare: Austria, Repubblica Ceca, Estonia, Germania, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovenia, Svezia, Svizzera) e Asia (in particolare: Cina, Giappone, Mongolia, Corea del Sud).	L'andamento della malattia è tipicamente bifasico, con una sindrome febbrile seguita in alcuni casi dalle manifestazioni neurologiche (meningite, encefalite, meningoencefalite), con possibili sequele a lungo termine.
Virus USUTU (puntura di zanzare appartenenti al genere <i>Culex</i> )	Famiglia <i>Flaviviridae</i> , genere <i>Flavivirus</i> .	Autoctono / Europa e Africa	Possibile associazione con forme neuro-invasive.
Virus dell'encefalite Giapponese (JEV: puntura di zanzare appartenenti al genere <i>Culex</i> )	Famiglia <i>Flaviviridae</i> , genere <i>Flavivirus</i> .	Asia	Febbre, mal di testa, vomito, stato confusionale, difficoltà motorie; in alcuni casi si sviluppa encefalite e coma.
Virus Rift Valley Fever (puntura di numerose specie di zanzare, in particolare, quelle del genere <i>Aedes</i> )	Famiglia <i>Bunyaviridae</i> , genere <i>Phlebovirus</i> .	Africa	I sintomi, quando presenti, sono generalmente lievi e includono febbre, debolezza, mal di schiena, vertigini. In alcuni casi più gravi si possono avere anche emorragie, e coinvolgimento neurologico.
Virus della Febbre Gialla (YFV: puntura di numerose specie di zanzare, in particolare, quelle del genere <i>Aedes</i> e <i>Haemagogus</i> )	Famiglia <i>Flaviviridae</i> , genere <i>Flavivirus</i> .	Alcune aree di Sud-America e Africa	Febbre, brividi, mal di testa, mal di schiena, dolori muscolari. In circa il 15% dei casi si può avere un grave coinvolgimento epatico e manifestazioni emorragiche.
Hantavirus (roditori selvatici e domestici)	Famiglia <i>Bunyaviridae</i> , genere <i>Hantavirus</i>	Estremo Oriente, Balcani, penisola scandinava, Russia, continente Americano.	Le forme "classiche" sono caratterizzate da febbre, cefalea, stato letargico, dolori addominali e lombari, fotofobia, petecchie, a cui possono poi seguire emorragie multiple e coma. In altri casi, si ha prevalente interessamento a carico dell'apparato respiratorio e insufficienza respiratoria acuta.

**SCHEDA DI NOTIFICA E SORVEGLIANZA ARBOVIROSI**

Regione \_\_\_\_\_

ASL \_\_\_\_\_

Data di segnalazione: gg |\_\_| mm |\_\_| aa |\_\_|\_\_|\_\_|

Data intervista: gg |\_\_| mm |\_\_| aa |\_\_|\_\_|\_\_|

**Informazioni sul caso**

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

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

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

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

Nazionalità \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Permanenza **all'estero o in Italia** in zone diverse dal domicilio abituale nei 15 giorni precedenti l'inizio dei sintomi: SI  NO

1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
Stato Estero/Comune	data inizio	data fine

Contatto con altri casi nei 15 giorni precedenti l'inizio dei sintomi SI  NO   
Se si specificare i nominativi ed i relativi contatti:

Anamnesi positiva per trasfusione di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti la diagnosi/segnalazione SI  NO   
 Anamnesi positiva per donazione di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti la diagnosi/segnalazione SI  NO   
 Vaccinazioni nei confronti di altri Flavivirus:  
 Tick borne encephalitis S N  Non noto; Febbre Gialla S N Non noto; Encefalite Giapponese S N  Non noto

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

**Solo per Zika:**  
rapporti sessuali con partner maschile (anche asintomatico) che ha viaggiato in aree endemiche/epidemiche SI  NO

**Informazioni cliniche**

Data inizio sintomatologia gg |\_\_| mm |\_\_| aa |\_\_|\_\_|\_\_|  
 Ricovero SI  NO  se sì, Data ricovero gg |\_\_| mm |\_\_| aa |\_\_|\_\_|\_\_| Data dimissione gg |\_\_| mm |\_\_| aa |\_\_|\_\_|\_\_|  
 Ospedale \_\_\_\_\_ Reparto: \_\_\_\_\_ UTI: SI  NO

Se ricovero no, visita: MMG/PLS/Guardia Medica  Pronto Soccorso

Segni e sintomi	SI	NO	NN	SI	NO	NN
Febbre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artralgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mialgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rash	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolore retro-orbitale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meningo-encefalite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Congiuntivite non purulenta /iperemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altri segni e sintomi _____						

**Rilevazione di eventi correlabili a un'infezione da Zika virus:**  
Sindrome di Guillain-Barré o altre polineuriti, mieliti, encefalomieliti acute o altri disturbi neurologici gravi: SI  NO   
 Data di insorgenza gg |\_\_| mm |\_\_| aa |\_\_|\_\_|\_\_|  
Segni di malformazione in nati da madre esposta: SI  NO   
 Data rilevazione gg |\_\_| mm |\_\_| aa |\_\_|\_\_|\_\_| Età gestazionale in settimane |\_\_|  
 Tipo di malformazione: \_\_\_\_\_  
 Metodo di rilevazione: \_\_\_\_\_  
 Esito della gravidanza: Nato vivo  Nato morto  Aborto spontaneo  IVG  Data gg |\_\_| mm |\_\_| aa |\_\_|\_\_|\_\_|

Se gravidanza a termine: Cognome neonato \_\_\_\_\_ Nome neonato \_\_\_\_\_

### Test di laboratorio

#### Ricerca anticorpi IgM nel siero

Data prelievo |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Tipo metodica usata: \_\_\_\_\_

Titolo Dengue \_\_\_\_\_ Titolo Chikungunya \_\_\_\_\_ Titolo Zika \_\_\_\_\_ Titolo Altro \_\_\_\_\_

Dengue POS  NEG  Dubbio  Chikungunya POS  NEG  Dubbio  Zika POS  NEG  Dubbio   
Altro \_\_\_\_\_ POS  NEG  Dubbio

#### Ricerca anticorpi IgG nel siero

Data prelievo |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Tipo metodica usata: \_\_\_\_\_

Titolo Dengue \_\_\_\_\_ Titolo Chikungunya \_\_\_\_\_ Titolo Zika \_\_\_\_\_ Titolo Altro \_\_\_\_\_

Dengue POS  NEG  Dubbio  Chikungunya POS  NEG  Dubbio  Zika POS  NEG  Dubbio   
Altro \_\_\_\_\_ POS  NEG  Dubbio

#### Identificazione antigene virale

Data prelievo |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Tipo metodica usata: \_\_\_\_\_

Dengue (NS1) \_\_\_\_\_ POS  NEG  NN

#### Test di neutralizzazione

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

#### PCR

Siero	Saliva	Urine
Data prelievo  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Data prelievo  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Data prelievo  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
<u>Dengue</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	<u>Dengue</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	<u>Dengue</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>
<u>Chikungunya</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	<u>Chikungunya</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	<u>Chikungunya</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>
<u>Zika</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	<u>Zika</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	<u>Zika</u> POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>
<u>Altro</u> _____ POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	<u>Altro</u> _____ POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>	<u>Altro</u> _____ POS <input type="checkbox"/> NEG <input type="checkbox"/> Dubbio <input type="checkbox"/>

Isolamento virale (specificare materiale: siero  e/o saliva  e/o urine

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

Dengue POS  NEG  Dubbio  Chikungunya POS  NEG  Dubbio  Zika POS  NEG  Dubbio   
Altro \_\_\_\_\_ POS  NEG  Dubbio

Se Dengue, specificare tipo: DENV1 DENV2 DENV3 DENV4

<b>Classificazione di caso:</b>	Chikungunya:	PROBABILE <input type="checkbox"/>	CONFERMATO <input type="checkbox"/>
	Dengue:	PROBABILE <input type="checkbox"/>	CONFERMATO <input type="checkbox"/>
	Zika:	PROBABILE <input type="checkbox"/>	CONFERMATO <input type="checkbox"/>
	Altre Arbovirosi, specificare: _____		
<b>Tipo caso:</b>		IMPORTATO <input type="checkbox"/>	AUTOCTONO <input type="checkbox"/>

#### Note (scrivere in stampatello):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data di compilazione gg |\_|\_| mm |\_|\_| aa |\_|\_|\_|\_|\_|

Operatore sanitario che ha compilato la scheda (timbro e firma)

#### ISTRUZIONI E NOTE PER LA COMPILAZIONE

La scheda va compilata per tutti i casi probabili o confermati di Chikungunya, Dengue, Zika e altri Arbovirus

Flusso di trasmissione per i casi che insorgono nel periodo di attività del vettore:

Medico → entro 12h → ASL | Dipartimento Prevenzione ASL → immediatamente → Regione | Regione → entro 12h → Ministero Salute/ ISS

Flusso di trasmissione per i casi che insorgono nel periodo di ridotta attività del vettore:

Medico → entro 24h → ASL | Dipartimento Prevenzione ASL → solo casi confermati – periodicità mensile → Regione | Regione → solo casi confermati – periodicità mensile → Ministero Salute/ ISS

Inviare a: - Ministero della Salute: via fax: 06/5994.3096 o via mail a [malinf@sanita.it](mailto:malinf@sanita.it); - Istituto Superiore di Sanità, via fax: 06/44232444 – 06/49902813 o via email a [sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it](mailto:sorveglianza.epidemiologica@pec.iss.it);

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

**REGIONE EMILIA-ROMAGNA:**

Laboratorio CRREM c/o Unità Operativa di Microbiologia Azienda Ospedaliero, Universitaria di Bologna

Via Massarenti, 9

40138-BOLOGNA

Email: [mariapaola.landini@unibo.it](mailto:mariapaola.landini@unibo.it); [giada.rossini@unibo.it](mailto:giada.rossini@unibo.it)

Tel: 0512144316

Fax: 0512143076

**Referente:** Prof.ssa Maria Paola Landini

**REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA:**

UCO Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e della Salute, Università di Trieste

Via dell'Istria, 65/1

34137 TRIESTE

Email: [dagaro@burlo.trieste.it](mailto:dagaro@burlo.trieste.it)

Tel: 0407734333; 0403785209/845

Fax: 0407600324

**Referente:** Prof. Pierlanfranco D'Agaro

**REGIONE LAZIO:**

Unità Operativa Complessa Laboratorio di Virologia e Laboratori di Biosicurezza I.N.M.I. - I.R.C.C.S. "Lazzaro Spallanzani"

Via Portuense, 292

00149-ROMA

Email: [maria.capobianchi@inmi.it](mailto:maria.capobianchi@inmi.it); [segreviro@inmi.it](mailto:segreviro@inmi.it);

tel: 0655170434; 0655170690

Fax: 065594555

**Referente:** Dott.sa Maria R. Capobianchi

**REGIONE LIGURIA**

Dipartimento di Scienze della Salute (DiSSal) dell'Università degli studi di Genova, UO Igiene

Via Pastore, 1

16132 Genova

e-mail: [icardi@unige.it](mailto:icardi@unige.it)

Tel. 010/5552996

Fax. 010/5556745

**Referente:** Prof. Giancarlo Icardi

**REGIONE LOMBARDIA:**

Laboratorio di Microbiologia, Azienda Ospedaliera "L. Sacco"

Via G. B. Grassi, 74

20157 MILANO

Email: [microbiologia@hsacco.it](mailto:microbiologia@hsacco.it)

Tel: 0239042239; 02.50319831

Fax: 0250319832

**Referente:** Dott.ssa M. Rita Gismondo

S.S. Virologia Molecolare, S.C. Microbiologia e Virologia, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo  
Via Taramelli 5  
27100 PAVIA  
Email: [f.baldanti@smatteo.pv.it](mailto:f.baldanti@smatteo.pv.it)  
Tel: 0382502633; 0382502283  
Fax: 0382502599  
**Referente:** Prof. Fausto Baldanti

**REGIONE MARCHE:**

SOD Virologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona  
Via Conca 71 Torrette di Ancona  
60020 - Ancona  
Email: [p.bagnarelli@univpm.it](mailto:p.bagnarelli@univpm.it)  
Tel: 0715964928; 0715964849  
Fax: 0715964850  
**Referente:** Prof.ssa Patrizia Bagnarelli

**REGIONE PIEMONTE:**

Laboratorio di Microbiologia e Virologia del Dipartimento di Malattie infettive, Ospedale Amedeo di Savoia di Torino  
Corso Svizzera, 164  
10149 TORINO  
Email: [valeria.ghisetti@unito.it](mailto:valeria.ghisetti@unito.it)  
Tel: 0114393838  
Fax: 0114393912  
**Referente:** Dott.ssa. Valeria Ghisetti

**REGIONE PUGLIA:**

Unità Operativa Complessa di Igiene, Laboratorio di Epidemiologia molecolare, Azienda Ospedaliero-Universitaria  
Policlinico di Bari  
Piazza Giulio Cesare  
70124 BARI  
Email: [maria.chironna@uniba.it](mailto:maria.chironna@uniba.it)  
Tel: 0805592328  
Fax: 0805478472  
**Direttore:** Prof. Michele Quarto  
**Referente:** Prof.ssa Maria Chironna

**REGIONE SARDEGNA:**

A.O.U. di Cagliari c/o San Giovanni di Dio  
Via Ospedale  
09124 CAGLIARI  
Email:  
Tel: 0706092224  
Fax: 0706092516  
**Referente:** Dott. Ferdinando Coghe

**REGIONE SICILIA:**

U.O. DIPARTIMENTALE DIAGNOSTICA SPECIALISTICA PATOLOGIE DIFFUSIVE

Azienda Ospedaliera Universitaria "P. Giaccone" di PALERMO

Via del Vespro, 141

90127 PALERMO

Email: [giustina.vitale@unipa.it](mailto:giustina.vitale@unipa.it)

Tel:

Fax:

Cell: 3294170977

**Referente:** Dott.ssa Giustina Vitale**REGIONE TOSCANA:**

UOC virologia Universitaria Azienda Ospedaliero - Universitaria Pisana

PISA

Email: [mauro.pistello@med.unipi.it](mailto:mauro.pistello@med.unipi.it)

Tel: 0502213781

Fax: 0502213524

**Referente:** Prof. Mauro Pistello

Laboratorio di microbiologia e virologia Azienda Ospedaliero, Universitaria Careggi

FIRENZE

Email: [gianmaria.rossolini@unifi.it](mailto:gianmaria.rossolini@unifi.it)

Tel: 0557949285; 0557949287; 0557945749

Fax:

Cell. 3488513062

**Referente:** Prof. Gian Maria Rossolini

Laboratorio microbiologia e virologia, Azienda Ospedaliero - Universitaria Senese

SIENA

Email: [cusi@unisi.it](mailto:cusi@unisi.it)

Tel: 0577233850

Fax: 0577233870

**Referente:** Prof. Maria Grazia Cusi**PROVINCIA AUTONOMA TRENTO:**

Unità Operativa Laboratorio di Sanità Pubblica, Centro per i Servizi Sanitari Palazzina C

Viale Verona

38123 TRENTO

Email: [laboratoriosanita@apss.tn.it](mailto:laboratoriosanita@apss.tn.it)

Tel: 0461902801; 0461902800

Fax: 0461902815

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

Centro Regionale di Riferimento di Genofenotipizzazione ed Epidemiologia molecolare degli agenti da infezione per la Diagnostica microbiologica e virale, U.O.C. di Microbiologia e Virologia, Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova

Via Giustiniani, 2

35128 PADOVA

Email: [giorgio.palu@unipd.it](mailto:giorgio.palu@unipd.it)

Tel: 0498272350; 0498211325

Fax: 0498211997

**Referente:** Prof. Giorgio Palù