

Raccomandazioni per l'applicazione in Piemonte delle misure di profilassi per esigenze di sanità pubblica e per l'adozione di provvedimenti nei confronti di soggetti affetti da alcune malattie infettive e nei confronti di loro conviventi e contatti.

(Circ. Min. N. 4 del 13 marzo 1998)

INTRODUZIONE

La seguente proposta, indirizzata a tutti gli operatori della Sanità Pubblica, intende integrare e rendere contestuali alla realtà piemontese le indicazioni fornite dal Ministero della Sanità con la Circolare n. 4 del 13.3.1998 in merito alle misure di profilassi da adottare nei confronti di soggetti affetti da alcune malattie infettive e nei confronti di loro conviventi e contatti.

In questa prima fase si è orientata la scelta sulle seguenti patologie infettive:

- Epatite A
- Epatite B
- Meningite da Haemophilus Influenzae
- Meningite Meningococcica
- Morbillo
- Parotite
- Pediculosi
- Pertosse
- Rabbia
- Rosolia
- Salmonellosi
- Scabbia
- Scarlattina ed infezioni da Streptococco di gruppo A

Tali patologie infettive sono state oggetto di approfondimento e revisione sulla base di criteri di:

- frequenza di notifica
- gravità effettiva o percepita
- applicabilità delle misure di profilassi proposte dalla Circolare Ministeriale.

Successivamente si renderà omogenea a questa revisione la restante parte di patologie comprese nella circolare.

Il gruppo di lavoro regionale delegato alla stesura del documento ha dapprima condotto una revisione della letteratura alla ricerca delle raccomandazioni esistenti e delle prove scientifiche della loro efficacia. Ha poi condotto collegialmente una analisi di fattibilità degli interventi proposti, cercando di contestualizzarli nella realtà epidemiologica ed organizzativa delle ASL piemontesi.

Le indicazioni operative che ne risultano rappresentano linee di indirizzo intese tra l'altro ad uniformare il comportamento degli operatori di Sanità Pubblica sull'intero territorio piemontese, senza peraltro negare margini di discrezionalità nella gestione di situazioni particolari, che, in relazione al rischio, possano richiedere misure più cautelative.

Particolare attenzione è stata posta nel garantire elasticità organizzativa a livello locale: fermo restando il ruolo di sorveglianza, coordinamento e indirizzo svolto dal Servizio Igiene Pubblica, le indicazioni regionali intendono sottolineare e rispettare il ruolo e la centralità del medico curante (sia esso il medico di famiglia o il medico specialista) nella gestione di misure terapeutiche e profilattiche che spesso si intersecano e sovrappongono.

Il medico curante rappresenta il riferimento di fiducia del paziente e dei suoi familiari, nonché il naturale tramite per la raccolta e la trasmissione di informazioni sanitarie nel rispetto della dignità e della riservatezza delle persone. Il medico curante, nel rilasciare le certificazioni per la scuola, presterà particolare cura affinché le informazioni fornite non violino il rispetto della riservatezza dei dati di salute personali.

Si sottolinea che non si possono adottare provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti per malattie che non si conoscono perché non sono state notificate; è riportata la classe di notifica di ciascuna malattia secondo il D.M. 15/12/1990.

Occorre considerare, inoltre, il ruolo svolto da altri servizi aziendali nella gestione di interventi preventivi (la pediatria di comunità, il SAST dove incaricato dell'attività vaccinale, la medicina scolastica per gli interventi nelle comunità scolastiche, ecc.), al fine di evitare interferenze o duplicazioni di attività.

Nell'attuale assetto organizzativo che vede una maggiore frammentazione e specializzazione anche delle attività di prevenzione, appare raccomandabile, dove un problema non possa essere affrontato da un unico servizio, adottare protocolli di intervento che definiscano la responsabilità del procedimento e le aree di rispettiva competenza, e che consentano di ridurre quanto più possibile il numero di interlocutori destinati a confrontarsi con il malato o i suoi familiari.

L'esperienza condotta in diverse realtà piemontesi suggerisce l'opportunità di utilizzare e valorizzare la scuola come tramite di messaggi formativi ed informativi presso gli alunni e le loro famiglie. La scuola rappresenta spesso il luogo dove si concentrano le preoccupazioni per la trasmissione dell'infezione e si mettono in atto interventi di controllo. A questo proposito si vuole richiamare l'attenzione su alcuni aspetti importanti relativi all'applicazione di misure profilattiche:

- la ricerca dei casi secondari deve essere intesa come ricerca dei soggetti che presentano i sintomi della malattia: è pertanto da scoraggiare l'esecuzione routinaria di esami ematochimici o microbiologici per la ricerca di casi o portatori asintomatici;
- non sempre la sorveglianza dei segni o dei sintomi richiede un intervento diretto del Servizio Igiene Pubblica: può essere consigliabile coinvolgere anche insegnanti e genitori nell'osservazione dei segni clinici e mantenere contatti periodici con il responsabile della collettività; inoltre i canali di comunicazione fra la scuola e la famiglia possono essere utilizzati per veicolare messaggi (fornire informazioni, consigli, indicare i sintomi che rendono necessario rivolgersi immediatamente al proprio medico curante);
- il diritto all'informazione dei contatti nella comunità non deve pregiudicare il diritto alla riservatezza nei confronti del malato; è opportuno che insegnanti e genitori ricevano tempestivamente le informazioni utili a prevenire la trasmissione di un'infezione, ma devono essere sempre taciute le notizie di carattere personale. Si trovano, in allegato, modelli esemplificativi di lettere di informazione.

Per quanto riguarda le raccomandazioni inerenti le misure di controllo di tipo ambientale, appare preferibile incoraggiare routinariamente l'utilizzo di misure igieniche "standard" (buone condizioni di pulizia e manutenzione dei servizi igienici, disponibilità di lavandini opportunamente attrezzati, utilizzo di guanti, igiene personale, ecc.) piuttosto che ricorrere alla risoluzione contingente dei problemi emergenti.

L'insorgenza di una malattia oggetto di campagna vaccinale (pertosse, morbillo, rosolia, parotite) potrebbe servire da stimolo per controllare e rafforzare il livello di copertura immunitaria della comunità specifica.

Non si entra nel dettaglio del controllo delle infezioni in ambiente ospedaliero, per le quali si rimanda alle raccomandazioni esistenti (es. linee guida CDC) o ai protocolli locali adottati nell'ambito della tutela della salute dei lavoratori (D.L. 626/94).

Le raccomandazioni inerenti le varie malattie infettive sono state riportate in forma schematica e sintetica perché intese come linee di indirizzo. La bibliografia utilizzata ai fini della presente stesura, ed i documenti preliminari presentati alla discussione del gruppo, sono stati comunque raccolti a cura del Dipartimento di Sanità Pubblica e di Microbiologia dell'Università di Torino, via Santena 5 bis, tel 011/6706564, e sono a disposizione degli operatori che li vogliono consultare.

MISURE DI PROFILASSI DI CARATTERE GENERALE

Misure di controllo di tipo ambientale e comportamentale

Lavaggio delle mani: è la principale misura comportamentale di tipo preventivo. Il lavaggio delle mani deve essere effettuato:

- ❖ prima e dopo la manipolazione o il consumo di alimenti;
- ❖ dopo ogni utilizzo dei servizi igienici;
- ❖ prima e dopo aver effettuato il cambio del pannolino ad un bimbo piccolo;
- ❖ prima e dopo avere prestato assistenza (pulizia, medicazione, ecc.) ad un malato;
- ❖ dopo la manipolazione di oggetti sporchi o potenzialmente contaminati.

I servizi igienici degli ambienti di vita collettiva devono disporre di sapone e asciugamani (preferibilmente sapone liquido e asciugamani monouso).

Sanificazione e disinfezione di superfici e ambienti: La rimozione dello sporco e la conseguente riduzione della carica batterica (sanificazione) costituiscono una importante misura nella prevenzione ed in ogni caso rappresentano le operazioni preliminari necessarie ad ogni procedura di disinfezione. Pavimenti, pareti lavabili, servizi igienici, superfici per il consumo dei pasti e superfici di lavoro devono essere sanificati con i normali detersivi del commercio con periodicità dipendente dalla frequenza dell'utilizzo e dal grado di imbrattamento. Per la disinfezione delle superfici, di routine o di emergenza, può essere utilizzato l'ipoclorito di sodio allo 0,1% (1000 ppm)(per superfici pulite) e 0,5% (5000 ppm) di cloro attivo (per superfici imbrattate).

Uso di guanti: l'utilizzo di guanti è indicato quando le mani debbano venire a contatto con materiale biologico (sangue, feci, ecc.); è raccomandato pertanto ad ogni cambio del pannolino negli asili nido, durante l'assistenza alla persona di soggetti affetti da malattia infettiva, ecc. Le mani devono essere comunque lavate una volta tolti i guanti, potendosi contaminare durante la rimozione degli stessi, e prima di indossare un nuovo paio.

Pulizia dei giocattoli: i giochi usati frequentemente negli asili devono essere lavati e disinfettati periodicamente. Deve essere scoraggiato l'uso di giocattoli morbidi non lavabili.

Regole per la riammissione: la riammissione scolastica a seguito di malattia infettiva è effettuata dal medico curante. Tale modalità appare altamente raccomandabile al fine di evitare disagi aggiuntivi a mamme e bambini e inutili duplicazioni di attività. Sono fatti salvi accordi diversi raggiunti in sede locale.

Nella direzione della semplificazione delle procedure, dove le caratteristiche della patologia lo consentano (es. assenza di contagiosità dopo un determinato periodo di tempo dall'esordio dei sintomi) il curante potrà rilasciare la certificazione in occasione di una qualsiasi visita di controllo purché venga dichiarata la data a partire dalla quale il bambino può essere riammesso a scuola.

Ove non altrimenti specificato la voce "Modalità di riammissione" è da riferirsi alla riammissione scolastica.

Utilizzo di gammaglobuline: si rammenta che ai sensi del D.M. 15 gennaio 1991 "La trasfusione di sangue, di emocomponenti e di emoderivati costituisce una pratica terapeutica non esente da rischi; necessita pertanto del consenso informato del ricevente".

GLOSSARIO

Contatto: possibilità di acquisire un'infezione da parte di persone o animali in seguito ad una qualche associazione con persone o animali infetti o ambiente contaminato.

Contatti stretti: soggetti che frequentino "regolarmente" (quotidianamente) il paziente: partners sessuali, compagni di classe, compagni di lavoro che condividano la stessa stanza, operatori sanitari esposti.

Conviventi: tutti coloro che condividono con il paziente la stessa abitazione.

Disinfestazione: ogni processo chimico o fisico che serva a distruggere o a rimuovere macroparassiti (pidocchi, acari) presenti sulla persona, sugli abiti o nell'ambiente.

Disinfezione: eliminazione di agenti patogeni presenti all'esterno del corpo attraverso l'esposizione diretta a sostanze chimiche o fisiche.

Disinfezione continua: disinfezione effettuata tempestivamente e sistematicamente dei materiali biologici eliminati dal paziente e degli oggetti da essi contaminati.

Disinfezione terminale: applicazione di misure di disinfezione dell'ambiente in cui il paziente ha soggiornato (soprattutto superficiali). La disinfezione terminale è attuata raramente; è sufficiente di solito la pulizia terminale (vedi Pulizia).

Epidemia: diffusione di una malattia infettiva in una popolazione con un numero di casi significativamente in eccesso rispetto al numero atteso. Il numero di casi oltre il quale si parla di epidemia è relativo alla usuale frequenza della malattia in una stessa area e nello stesso periodo dell'anno in una determinata popolazione. Anche solo due casi epidemiologicamente correlati possono costituire epidemia (es. epatite A). Nel caso di botulismo si parla di epidemia anche dopo la comparsa di un unico caso nella comunità.

Isolamento: separazione, per il periodo di contagiosità, delle persone infette (o degli animali) in luoghi o condizioni tali da prevenire o limitare la trasmissione diretta o indiretta dell'agente infettivo.

Isolamento domiciliare: allontanamento del paziente da tutte le comunità estranee allo stretto ambito familiare.

Isolamento ospedaliero: i *Centers for Diseases Control* (CDC) del Ministero della Sanità USA hanno proposto, nel 1996, nuove linee guida per le misure di isolamento da adottare negli ospedali. Le misure si dividono in quattro gruppi principali; per ognuno di questi sono proposte misure preventive graduate secondo l'importanza e il supporto scientifico.

1) **Precauzioni standard:** misure da adottare per l'assistenza di tutti i pazienti indipendentemente dalla diagnosi o dal presunto stato infettivo:

- lavare le mani dopo ogni contatto con liquidi organici, sangue, secrezioni, escrezioni ed oggetti contaminati;
- lavare le mani dopo l'uso di guanti;
- lavare le mani fra un paziente e il successivo;
- usare semplici saponi per il lavaggio, ad eccezione delle situazioni epidemiche;
- usare guanti non sterili per toccare sangue, liquidi organici, secrezioni, escrezioni ed oggetti contaminati;
- usare mascherine, occhiali o visiere per proteggersi durante le procedure che possono generare schizzi (interventi chirurgici, punture arteriose, etc);
- maneggiare lo strumentario contaminato con protezioni;
- controllare la pulizia ambientale;
- maneggiare la biancheria contaminata in modo da evitare spargimenti (usare contenitori resistenti ed impermeabili); non è necessaria una separazione fra biancheria infetta e non in quanto le procedure di trattamento devono essere identiche;
- usare i camici aggiuntivi quando si effettuano procedure che possono comportare vistose contaminazioni degli indumenti abituali (schizzi, spruzzi di sostanze organiche);
- porre attenzione ai taglienti: non reincappucciare, non togliere gli aghi con le mani, cercare di non passare di mano in mano i taglienti, usare contenitori specifici per il loro smaltimento; denunciare prontamente gli incidenti (tagli, punture o esposizione di mucose a liquidi organici);
- usare la camera singola solo per pazienti che non mantengono l'igiene personale.

2) **Precauzioni per malattie trasmesse per via aerea (precauzioni aeree):** in aggiunta alle precauzioni standard, usare le precauzioni per le malattie trasmesse per via aerea per i pazienti riconosciuti o sospettati di essere infetti da microrganismi trasmessi per via aerea attraverso nuclei di goccioline o particelle (piccole particelle residue di dimensione inferiore ai 5 micron, di goccioline evaporate contenenti microrganismi che restano sospesi nell'aria e che possono essere disperse ampiamente dalle correnti d'aria entro una stanza od a maggior distanza). Esempi: morbillo, tubercolosi, varicella.

Misure da adottare:

- porre il paziente in camera singola con pressione negativa dell'aria e monitoraggio della stessa; assicurare da 6 a 12 ricambi per ora, scarico appropriato dell'aria all'esterno o filtrazione ad alta efficienza; tenere la porta chiusa; ove ciò non fosse possibile si può procedere alla sistemazione in coorte;
- indossare protezioni respiratorie quando si entra nella stanza di un paziente con Tbc attiva sospetta o accertata;
- il personale recettivo non dovrebbe entrare in camere di pazienti con accertata o sospetta varicella o morbillo senza usare la mascherina;
- limitare il trasporto di pazienti e far loro usare la mascherina;
- per la Tbc sono previste precauzioni aggiuntive.

3) Precauzioni per le malattie trasmesse attraverso goccioline (precauzioni per goccioline):

in aggiunta alle precauzioni standard, usare le precauzioni per le malattie trasmesse attraverso goccioline, o equivalenti, per un paziente riconosciuto o sospetto di infezione da microrganismi trasmessi mediante goccioline (goccioline di grandi misure di dimensioni maggiori di 5 micron, che possono essere prodotte dal paziente tossendo, starnutando, parlando o durante l'esecuzione di manovre). Esempi: meningite, polmonite, scarlattina, influenza.

Misure da adottare:

- porre il paziente in camera singola; ove ciò non sia possibile si può ricorrere alla sistemazione in coorte, assicurando la separazione spaziale di almeno 1 metro tra il paziente e i visitatori;
- indossare la mascherina se ci si avvicina a meno di 1 metro dal paziente;
- limitare il trasporto del paziente ed eventualmente fargli usare la mascherina.

4) Precauzioni da contatto: in aggiunta alle precauzioni standard, impiegare le precauzioni da contatto o equivalenti per pazienti riconosciuti o sospetti di infezione o colonizzazione da microrganismi epidemiologicamente importanti che possono essere trasmessi per contatto diretto con il paziente (contatto con le mani o cute contro cute come può accadere durante l'esecuzione di attività assistenziali che richiedono di toccare la cute del paziente) o contatto indiretto, toccando superfici ambientali od oggetti, in uso per l'assistenza del paziente, presenti nell'ambiente. Esempi: epatite A, virus respiratorio sinciziale, infezioni enteriche da Clostridium difficile, congiuntiviti virali.

Misure da adottare:

- porre il paziente in camera singola; ove ciò non fosse possibile procedere alla sistemazione in coorte;
- indossare guanti (non sterili) se si entra in stanza;
- rimuovere i guanti prima di lasciare la camera e lavare le mani con antisettico/antimicrobico;
- usare camice pulito aggiuntivo se si è a rischio di contatto sostanziale con il paziente;
- limitare il trasporto del paziente;
- usare attrezzature riservate al singolo paziente (altrimenti disinfettare dopo l'uso);
- usare precauzioni per evitare resistenza alla vancomicina.

Pulizia: rimozione attraverso strofinamento, lavaggio, aspirazione di agenti infettivi e di materia organica dalle superfici su cui ed in cui gli agenti infettivi possono trovare condizioni favorevoli alla loro sopravvivenza o moltiplicazione.

Quarantena (o contumacia): restrizione delle attività dei contatti per il periodo di incubazione della malattia, onde prevenire la trasmissione della malattia nel caso in cui fosse stata contratta l'infezione.

Sorveglianza della persona supervisione medica o di altro tipo che consenta una rapida identificazione delle infezioni (attraverso controlli mirati) o della malattia (attraverso l'osservazione di segni e sintomi) senza limitazioni dei movimenti delle persone e per un periodo di tempo pari a quello massimo di incubazione della malattia.

Sterilizzazione: distruzione di tutti i microrganismi tramite calore, irradiazione, ossido di etilene, vapori di formaldeide (chemiclave), disinfezione "spinta" con gluteraldeide (10 ore).

EPATITE A

PERIODO DI INCUBAZIONE

Il periodo di incubazione va da 15 a 50 giorni, mediamente è di 28-30 giorni.

PERIODO DI CONTAGIOSITA'

Il periodo di contagiosità è massimo nell'ultima parte del periodo di incubazione e si protrae per alcuni giorni (circa 1 settimana) dopo la comparsa dell'ittero o, nei casi anitterici, dopo l'innalzamento dei livelli ematici degli enzimi epatici.

MODALITA' DI TRASMISSIONE

La trasmissione è interumana per via oro-fecale ed avviene per ingestione di alimenti contaminati o portando alla bocca mani o oggetti contaminati.

E' descritta eccezionalmente la trasmissione a seguito di trasfusioni.

PROVVEDIMENTI NEI CONFRONTI DEL MALATO

- NOTIFICA

Classe II

- ISOLAMENTO

In caso di ricovero *ospedaliero* devono essere osservate le precauzioni standard e da contatto per 15 giorni dalla diagnosi di epatite A, ma per non più di 1 settimana dalla comparsa dell'ittero.

In caso di insorgenza di epatite A nei reparti di neonatologia, tali precauzioni devono essere adottate per un periodo di tempo più lungo.

I soggetti infetti devono essere allontanati dalla comunità scolastica o da altre comunità per 7 giorni dalla comparsa dell'ittero.

- MODALITA' DI RIAMMISSIONE

La certificazione deve essere rilasciata dal medico curante.

PROVVEDIMENTI NEI CONFRONTI DEI CONVIVENTI E CONTATTI

- SORVEGLIANZA DELLA PERSONA

Si effettua la ricerca di casi secondari o di altri casi sfuggiti alla diagnosi tanto in ambito familiare quanto in ambito più allargato.

Qualora si sospetti un'epidemia da fonte di esposizione comune (viaggi in zona endemica, consumo di frutti di mare crudi) è necessaria un'indagine epidemiologica.

- PROFILASSI ATTIVA E PASSIVA

Per i conviventi sono indicati: immunoglobuline entro 2 settimane dall'esposizione o il vaccino entro 7 giorni (meglio 4-6 giorni) anche se l'esperienza relativa all'efficacia del vaccino nella profilassi post-esposizione è ancora limitata. Quando possibile è preferibile un uso precoce del vaccino.

Per quanto riguarda i contatti si configurano le seguenti possibilità:

- se si verifica un caso sporadico in un *asilo nido* è indicata la somministrazione di immunoglobuline o vaccino a tutti i contatti della classe (bambini ed operatori);
- se si verifica un'epidemia in un *asilo nido* la somministrazione deve essere indirizzata a tutti i soggetti frequentanti l'asilo nido (bambini ed operatori) ed anche ai contatti familiari e sessuali; in caso di epidemia in scuole di ordine superiore (materna, elementare, media inferiore e superiore) ed in altre comunità l'eventuale intervento verrà valutato caso per caso in base alle evidenze epidemiologiche;
- se si verifica un'epidemia in una *comunità chiusa* (carceri, strutture residenziali per minori e portatori di handicap) è indicato il vaccino.

PROVVEDIMENTI SULL'AMBIENTE

Se si verifica un caso sporadico in *comunità* è indicata soltanto la sorveglianza circa le applicazioni delle misure ambientali e comportamentali (sapone, lavaggio mani) (vd Misure di profilassi di carattere generale).

EPATITE B

PERIODO DI INCUBAZIONE

Il periodo di incubazione va da 45 a 180 giorni, mediamente è di 60-90 giorni.

PERIODO DI CONTAGIOSITA'

Il periodo di contagiosità inizia alcune settimane prima del manifestarsi della sintomatologia e permane per tutta la durata della malattia. Tutti i soggetti HBsAg positivi sono da considerarsi potenzialmente contagiosi.

MODALITA' DI TRASMISSIONE

Le principali vie di trasmissione dell'HBV sono i contatti con sangue, liquidi corporei, sperma, secreto vaginale.

Le modalità di trasmissione comprendono le emotrasfusioni o l'uso di emoderivati, la condivisione o il riutilizzo di siringhe o aghi non sterili, l'esposizione percutanea o mucosa a sangue o liquidi organici e l'attività sessuale.

La trasmissione congenita può verificarsi nel caso in cui la madre sia portatrice HBsAg (soprattutto se anche positiva per HBeAg).

PROVVEDIMENTI NEI CONFRONTI DEL MALATO

- NOTIFICA

Classe II

- ISOLAMENTO

In caso di ricovero *ospedaliero* devono essere osservate le precauzioni standard.

- MODALITA' DI RIAMMISSIONE

La certificazione deve essere rilasciata dal medico curante.

PROVVEDIMENTI NEI CONFRONTI DEI CONVIVENTI E CONTATTI

- SORVEGLIANZA DELLA PERSONA

E' necessario condurre una indagine epidemiologica per identificare la fonte del contagio.

E' da effettuare la ricerca dei casi secondari fra i conviventi ed i partners sessuali.

- PROFILASSI ATTIVA E PASSIVA

E' indicata la vaccinazione dei conviventi e contatti (familiari e partners sessuali).

Deve essere effettuata la vaccinazione dei conviventi e partners sessuali di soggetti portatori cronici di HBsAg (D.M. 04 ottobre 1991; G.U. n. 251 del 27 ottobre 1991).

In caso di esposizione nota a sangue o altri liquidi biologici (anche sessuale) è indicata la profilassi postesposizione con i seguenti criteri (Circolare Regionale: "Linee guida per la vaccinazione anti-EpatiteB" 11 dicembre 1996):

a) Soggetti non vaccinati

Somministrazione immediata di immunoglobuline specifiche alla dose di 0.06 ml/kg o 10-12 UI/kg per via i.m. (non oltre i 7 giorni) e inizio del ciclo vaccinale il più presto possibile (dopo 14 giorni dall'esposizione l'efficacia della immunoprofilassi è dubbia) secondo la scheda vaccinale: 0-1-2-12 mesi.

b) Soggetti vaccinati e immuni

Nessun trattamento.

c) Soggetti vaccinati e "non responders"

Immunoglobuline specifiche alla dose di 0.06 ml/kg o 10-12 UI/kg per via i.m. x 2 (a distanza di 1 mese).

d) Soggetti vaccinati con risposta anticorpale non nota

Determinazione del titolo antiHBs. Se il titolo è maggiore di 10 mUI/ml non si effettua alcun trattamento; se il titolo è inferiore a 10 mUI/ml si somministrano immunoglobuline alla dose di 0.06 ml/kg o 10-12 UI/kg per via i.m. e contemporaneamente una dose di vaccino.

Le soprariportate indicazioni potranno subire cambiamenti quando saranno aggiornate le "Linee Guida per la vaccinazione antiEpatiteB".

PROVVEDIMENTI SULL'AMBIENTE

Non è necessario alcun provvedimento.

MENINGITE DA HAEMOPHILUS INFLUENZAE

PERIODO D'INCUBAZIONE

Il periodo di incubazione non è noto e probabilmente varia notevolmente; mediamente è di 2-4 giorni.

PERIODO DI CONTAGIOSITA'

Il periodo di contagiosità dura fintanto che il microrganismo è presente nelle secrezioni orofaringee; l'infettività cessa entro 24-48 ore dall'inizio di un adeguato trattamento antibiotico.

MODALITA' DI TRASMISSIONE

La trasmissione avviene attraverso il contatto diretto o per inalazione di grandi goccioline di secrezioni nasali o faringee (diametro superiore a 5 micron).

PROVVEDIMENTI NEI CONFRONTI DEL MALATO

- **NOTIFICA**

Classe V (rientra nel sistema di sorveglianza delle meningiti batteriche istituito con la Circolare numero 400 2/15/5709 del 29/12/93)

- **ISOLAMENTO**

E' indicato l'isolamento per 24 ore dall'inizio di un trattamento antibiotico efficace.

In caso di ricovero ospedaliero devono essere osservate precauzioni standard e per goccioline per 24 ore dall'inizio di un trattamento antibiotico efficace.

- **MODALITA' DI RIAMMISSIONE**

Certificazione di riammissione del medico curante.

PROVVEDIMENTI NEI CONFRONTI DEI CONVIVENTI E CONTATTI

- **SORVEGLIANZA DELLA PERSONA**

Un'attenta osservazione dei contatti esposti in famiglia, reparti nido, asili nido, scuole materne e prima classe elementare è essenziale soprattutto se neonati e bambini di età inferiore a 6 anni.

- **CHEMIOPROFILASSI**

La rifampicina deve essere somministrata una volta al giorno per 4 giorni alla dose di 20 mg/kg/die (dose massima 600 mg). La dose per gli adulti è di 600 mg/die.

E' raccomandato effettuare il più presto possibile la profilassi con rifampicina a tutti i contatti familiari, di ogni età, in quelle famiglie in cui sono presenti, oltre al caso indice, bambini di età inferiore a 12 mesi, indipendentemente dalla vaccinazione del bambino, o bambini fino a 2 anni di età non adeguatamente vaccinati (vd Profilassi attiva).

Si attua la profilassi con rifampicina ai bambini di età inferiore a 2 anni non vaccinati o incompletamente vaccinati che frequentano comunità infantili in cui si sono verificati due o più casi di malattia invasiva nel giro di 60 giorni.

Nelle comunità infantili in cui si è verificato un solo caso di malattia invasiva e in cui sono presenti bambini non vaccinati o incompletamente vaccinati la profilassi con rifampicina è controversa.

Nel caso in cui i bambini abbiano età superiore a 2 anni, la profilassi con rifampicina non è utile.

- **PROFILASSI ATTIVA**

La vaccinazione è raccomandata nell'infanzia (primo anno di vita) (ciclo 3-5-11 mesi).

La vaccinazione può essere effettuata somministrando:

- tre dosi in soggetti di età inferiore a 12 mesi;
- due dosi in soggetti di età compresa tra 12 e 14 mesi;
- almeno una dose di vaccino ad una età superiore a 15 mesi

- **PROFILASSI PASSIVA**

Non è prevista.

- **PROVVEDIMENTI SULL'AMBIENTE**

Non è necessario alcun provvedimento.

MENINGITE MENINGOCOCCICA

PERIODO DI INCUBAZIONE

Il periodo di incubazione va da 1 a 10 giorni, in media è di 3-4 giorni.

PERIODO DI CONTAGIOSITA'

Il periodo di contagiosità dura fintanto che *N. meningitidis* è presente nelle secrezioni nasali e faringee. Il trattamento antimicrobico con farmaci a cui *N. meningitidis* è sensibile e che raggiungono adeguate concentrazioni nelle secrezioni faringee, determina la scomparsa dell'agente patogeno dal naso-faringe entro 24 ore.

MODALITA' DI TRASMISSIONE

La colonizzazione asintomatica delle alte vie respiratorie è frequente e costituisce la fonte di diffusione del microrganismo.

La trasmissione avviene attraverso grandi goccioline di secrezioni nasali o faringee (diametro superiore a 5 micron).

PROVVEDIMENTI NEI CONFRONTI DEL MALATO

- NOTIFICA

Classe II (rientra nel sistema di sorveglianza delle meningiti batteriche istituito con la Circolare numero 400 2/15/5709 del 29/12/93)

- ISOLAMENTO

E' indicato l'isolamento per 24 ore dall'inizio di un trattamento antibiotico efficace.

In caso di ricovero ospedaliero devono essere osservate precauzioni standard e per goccioline per 24 ore dall'inizio di un trattamento antibiotico efficace e disinfezione continua degli oggetti contaminati da escreti.

- MODALITA' DI RIAMMISSIONE

Certificazione di riammissione del medico curante.

PROVVEDIMENTI NEI CONFRONTI DEI CONVIVENTI E CONTATTI

- SORVEGLIANZA DELLA PERSONA

E' da effettuare la sorveglianza dei conviventi e contatti per 10 giorni, con inizio di appropriata terapia al primo segno di malattia (iperpiressia), specialmente se bambini piccoli (contatto nei 7 giorni precedenti all'asilo nido o alla scuola elementare). E' comunque necessario valutare attentamente, caso per caso la situazione di promiscuità dei bambini (esposizione diretta alle secrezioni del paziente attraverso baci, condivisione di spazzolini da denti o delle posate).

- CHEMIOPROFILASSI

La decisione di instaurare un regime di chemioantibiotico profilassi non deve dipendere dalla ricerca sistematica di portatori di *N. meningitidis*, che non riveste alcuna utilità pratica ai fini della profilassi.

Nei conviventi e nei contatti stretti di casi di meningite meningococcica la chemioprofilassi deve essere eseguita preferibilmente entro 24 ore dalla diagnosi del caso indice e non oltre 3-7 giorni mediante impiego dei seguenti farmaci ai seguenti dosaggi:

Adulti 600 mg di rifampicina due volte al dì per due giorni, oppure
250 mg di ceftriaxone in dose singola per via i.m. oppure
500 mg di ciprofloxacina in dose singola per os.

Bambini 10 mg/Kg/die di rifampicina per i bambini per età superiore ad 1 mese, 5 mg/Kg/die per quelli di età inferiore a 30 giorni, due volte al dì per due giorni, oppure
125 mg di ceftriaxone in dose singola per via i.m.

Farmaci alternativi devono essere utilizzati solo in caso di provata sensibilità del ceppo e in situazioni che ostacolano l'uso dei farmaci di prima scelta.

- PROFILASSI ATTIVA

Il vaccino attualmente disponibile comprende i ceppi A, C, Y e W-135. La vaccinazione di routine non è raccomandata.

- PROFILASSI PASSIVA

Non è prevista.

PROVVEDIMENTI SULL'AMBIENTE

Non è richiesta disinfezione terminale; è sufficiente procedere ad una accurata pulizia e ad una prolungata areazione dell'ambiente in cui il paziente ha soggiornato.

MORBILLO

PERIODO DI INCUBAZIONE

Il periodo di incubazione va da 7 a 18 giorni, mediamente è di 10-14 giorni.

PERIODO DI CONTAGIOSITA'

Il periodo di contagiosità va da 1-2 giorni prima dell'inizio dei sintomi (3-5 giorni prima dell'inizio dell'esantema) fino a 4 giorni dopo la comparsa dell'esantema.

MODALITA' DI TRASMISSIONE

La trasmissione avviene attraverso piccole particelle di secrezioni nasali o faringee (diametro inferiore a 5 micron), anche a lunga distanza, attraverso l'aria.

PROVVEDIMENTI NEI CONFRONTI DEL MALATO

- NOTIFICA

Classe II

- ISOLAMENTO

E' indicato l'isolamento domiciliare per 4 giorni dalla comparsa dell'esantema.

In caso di ricovero ospedaliero devono essere osservate le precauzioni standard ed aeree dall'inizio del periodo catarrale fino a 4 giorni dopo la comparsa dell'esantema.

- MODALITA' DI RIAMMISSIONE

Certificazione di riammissione del medico curante.

PROVVEDIMENTI NEI CONFRONTI DEI CONVIVENTI E CONTATTI

- SORVEGLIANZA DELLA PERSONA

La ricerca dei casi secondari non è necessaria.

Non è necessario l'allontanamento dei contatti suscettibili dalla collettività, ma se ne raccomanda la vaccinazione per controllare e prevenire epidemie.

- PROFILASSI ATTIVA

La vaccinazione antimorbillosa, anche nella combinazione antimorbillo-parotite-rosolia, effettuata entro 72 ore dall'esposizione può conferire protezione.

- PROFILASSI PASSIVA

La somministrazione di immunoglobuline specifiche entro 6 giorni dall'esposizione può prevenire o attenuare la malattia nelle persone suscettibili. Le immunoglobuline sono raccomandate per i contatti familiari suscettibili ad alto rischio di complicazioni, ed in particolare: bambini di età inferiore a 12 mesi, soggetti immunocompromessi, donne gravide, soggetti per i quali il vaccino è controindicato. I bambini di età inferiore a 6 mesi devono ricevere le immunoglobuline nel caso in cui alla madre sia diagnosticato il morbillo. Le immunoglobuline non sono indicate per i contatti familiari che abbiano ricevuto una dose del vaccino all'età di 12 mesi o più, a meno che non siano immunocompromessi.

PROVVEDIMENTI SULL'AMBIENTE

Non è necessario alcun provvedimento.

PAROTITE

PERIODO DI INCUBAZIONE

Il periodo di incubazione va da 12 a 25 giorni, mediamente è di 18 giorni.

PERIODO DI CONTAGIOSITA'

Il periodo di contagiosità va da 6-7 giorni prima fino a 9 giorni dopo la comparsa della tumefazione delle ghiandole salivari.

L'infettività è massima nelle 48 ore precedenti la comparsa dei segni clinici della malattia.

MODALITA' DI TRASMISSIONE

La trasmissione avviene attraverso grandi goccioline di secrezioni nasali o faringee (diametro superiore a 5 micron).

PROVVEDIMENTI NEI CONFRONTI DEL MALATO

- NOTIFICA

Classe II

- ISOLAMENTO

E' indicato l'isolamento domiciliare per 9 giorni dalla comparsa della tumefazione delle ghiandole salivari.

In caso di ricovero *ospedaliero* devono essere osservate precauzioni standard e per goccioline per 9 giorni dalla comparsa della tumefazione delle ghiandole salivari.

- MODALITA' DI RIAMMISSIONE

Certificazione di riammissione del medico curante.

PROVVEDIMENTI NEI CONFRONTI DEI CONVIVENTI E CONTATTI

- SORVEGLIANZA DELLA PERSONA

La ricerca dei casi secondari non è necessaria.

Non è ritenuto necessario l'allontanamento dei contatti dalla collettività nell'attuale situazione epidemiologica in quanto tale misura non è protettiva nei confronti del contatto. Il contenimento dell'epidemia può essere conseguito attraverso un innalzamento della immunità collettiva mediante offerta attiva della vaccinazione.

- PROFILASSI ATTIVA

E' consigliabile l'offerta della vaccinazione ai contatti non immunizzati per aumentare la copertura vaccinale, anche se il vaccino antiparotite non risulta efficace nella profilassi post-esposizione del caso specifico.

- PROFILASSI PASSIVA

Le immunoglobuline non sono in grado di prevenire l'infezione e il loro uso non è raccomandato.

PROVVEDIMENTI SULL'AMBIENTE

Non è necessario alcun provvedimento.

PEDICULOSI

PERIODO DI INCUBAZIONE

Il tempo che intercorre tra la deposizione delle uova (lendini) ed il momento in cui le larve si schiudono è di 6-10 giorni; altri 6-10 giorni sono necessari perché la larva si trasformi in una femmina adulta in grado di deporre le uova. I maschi adulti sono in grado di riprodursi dopo 2-3 settimane.

Il periodo totale d'incubazione è di 12- 20 giorni.

PERIODO DI CONTAGIOSITA'

Il periodo di contagiosità dura fintanto che uova, forme larvali o adulte sono presenti e vitali sulle persone infestate o su indumenti ed altri fomite.

I pidocchi generalmente non riescono a sopravvivere al di fuori dell'ospite per più di 1-2 giorni e le uova non possono sopravvivere a temperature ambientali inferiori a 24°C e superiori a 38°C.

La presenza di sole lendini non significa contagiosità del soggetto.

Il pidocchio del corpo non sopravvive in assenza di una fonte di sangue per più di 10 giorni.

MODALITA' DI TRASMISSIONE

La trasmissione di *P. capitis* avviene mediante contatto diretto "testa-testa" con scarsa evidenza del coinvolgimento di pettini, spazzole o capelli.

Le infestazioni da pidocchi del pube, più frequenti tra adolescenti e giovani adulti, si trasmettono mediante contatti sessuali.

Il pidocchio del corpo si trova generalmente su persone con scarsa igiene personale. I fomite giocano un ruolo nella sua trasmissione.

PROVVEDIMENTI NEI CONFRONTI DEL MALATO

- NOTIFICA

Classe IV - V

- ISOLAMENTO

Deve essere attuato l'isolamento del portatore di *P. capitis* fino ad avvio di idoneo trattamento disinfestante.

- MODALITA' DI RIAMMISSIONE

Il soggetto può essere riammesso in collettività il giorno dopo il primo trattamento, poiché il rischio di trasmissione è ridotto dalla terapia.

L'avvenuto trattamento può essere certificato dal medico curante o dichiarato per iscritto da uno dei genitori/tutori.

PROVVEDIMENTI NEI CONFRONTI DEI CONVIVENTI E CONTATTI

- SORVEGLIANZA DELLA PERSONA

I contatti familiari e i compagni di scuola devono essere controllati e trattati se presentano l'infestazione da *P. capitis*.

- TRATTAMENTO/PROFILASSI

Chi condivide il letto con il soggetto infestato da *P. capitis* o da pidocchi del pube deve essere trattato preventivamente.

Il trattamento consiste nell'applicazione, per 10 minuti, di preparati a base di *Permetrina* all'1% oppure di *Malathion* all'1%; si raccomanda un secondo trattamento a distanza di 7-10 giorni.

Se sono presenti solo lendini il soggetto deve comunque essere trattato.

Per quanto riguarda il pidocchio del corpo, il trattamento consiste nel miglioramento delle condizioni igieniche personali e nel trattamento dei vestiti con talco e permetrina (o altri principi attivi). I vestiti infestati devono essere lavati ad alte temperature; in tal caso non sono necessari pediculocidi.

PROVVEDIMENTI SULL'AMBIENTE E ALTRE MISURE

La disinfestazione dell'ambiente non è indicata.

Per minimizzare l'impatto sociale della pediculosi del capo le famiglie devono essere accuratamente informate su:

- modalità di trasmissione;
- assenza di rischi di contrarre malattie collegate con la pediculosi del capo;
- rischio molto limitato di contrarre l'infestazione (1-10%);
- assenza di correlazione tra l'infestazione e il grado di pulizia o l'igiene personale;
- corretto protocollo di trattamento;
- rischi di un sovratattamento e di un trattamento inappropriato (prurito e dermatite).

PERTOSSE

PERIODO DI INCUBAZIONE

Il periodo di incubazione va da 6 a 16 giorni.

PERIODO DI CONTAGIOSITA'

Il periodo di contagiosità va dall'inizio del periodo catarrale fino a 3 settimane dopo l'inizio della fase parossistica in pazienti non trattati con antibiotici; nei pazienti trattati con eritromicina il periodo di infettività generalmente è di 5 giorni dopo l'inizio della terapia.

MODALITA' DI TRASMISSIONE

La trasmissione avviene attraverso grandi goccioline di secrezioni nasali o faringee (diametro superiore a 5 micron).

PROVVEDIMENTI NEI CONFRONTI DEL MALATO

- NOTIFICA

Classe II

- ISOLAMENTO

E' indicato l'isolamento domiciliare per 5 giorni dall'inizio di appropriata terapia antibiotica o per 3 settimane dall'inizio dei parossismi se non è stata somministrata adeguata terapia.

In caso di ricovero ospedaliero devono essere osservate precauzioni standard e per goccioline per 5 giorni dall'inizio di appropriata terapia antibiotica o per 3 settimane dall'inizio dei parossismi se non è stata somministrata adeguata terapia.

- MODALITA' DI RIAMMISSIONE

Certificazione di riammissione del medico curante.

PROVVEDIMENTI NEI CONFRONTI DEI CONVIVENTI E CONTATTI

- SORVEGLIANZA DELLA PERSONA

La ricerca dei casi secondari non è necessaria.

Si consiglia la chemioprolifassi per i contatti non vaccinati o vaccinati con ciclo incompleto.

- PROFILASSI ATTIVA

E' consigliabile l'offerta della vaccinazione ai soggetti di età inferiore a 7 anni non vaccinati o incompletamente vaccinati (meno di 3 dosi) per aumentare la copertura vaccinale.

Il vaccino antipertosse non risulta efficace nella profilassi post-esposizione del caso specifico.

- PROFILASSI PASSIVA

Non è prevista.

- CHEMIOPROFILASSI

Ai conviventi e ai contatti stretti di età inferiore a 7 anni non vaccinati o incompletamente vaccinati o che non hanno superato la malattia è raccomandata la somministrazione di eritromicina alle dosi di 40 mg/kg/die per 14 giorni.

PROVVEDIMENTI SULL'AMBIENTE

Non è necessario alcun provvedimento.

RABBIA

PERIODO DI INCUBAZIONE

Il periodo di incubazione va da 4 giorni a più di un anno, mediamente è di 3-8 settimane.

La durata del periodo di incubazione è condizionata da: ceppo virale e quantità inoculata, sede e caratteristiche della lesione.

PERIODO DI CONTAGIOSITA'

Il periodo di contagiosità va da qualche giorno prima dell'inizio dei sintomi fino all'exitus.

MODALITA' DI TRASMISSIONE

La trasmissione avviene attraverso la contaminazione di mucose o ferite aperte (o cute non integra) da parte di morsi, leccature o materiale potenzialmente infetto (es. liquor o tessuto cerebrale).

PROVVEDIMENTI NEI CONFRONTI DEL MALATO

- NOTIFICA

Classe I

- ISOLAMENTO

E' indicata l'adozione di precauzioni standard per tutta la durata della malattia.

Deve essere praticata la disinfezione continua di tutti gli oggetti contaminati con saliva, liquor e, in caso di esecuzione di esame autoptico, di tessuto cerebrale del paziente.

PROVVEDIMENTI NEI CONFRONTI DEI CONVIVENTI E CONTATTI

Deve essere effettuato il trattamento post-esposizione a tutti coloro che abbiano avuto contaminazione di mucose o ferite aperte con saliva, liquor o con tessuto cerebrale del paziente .

- PROFILASSI ATTIVA E PASSIVA

Per il trattamento pre e post-esposizione si rimanda alla Circolare n° 36 del 10 settembre 1993.

Nel caso in cui sia necessario, il trattamento post-esposizione deve essere iniziato presso il Pronto Soccorso e può essere proseguito presso il SISP.

PROVVEDIMENTI IN CASO DI MORSICATURA

Ogni morsicatura deve essere tempestivamente segnalata dal Pronto Soccorso al Servizio Veterinario (Area A) e al SISP.

Se l'animale è *noto* il Servizio Veterinario procede all'osservazione per la durata di 10 giorni (secondo l'art. 86 del Regolamento di Polizia Veterinaria, DPR 320/54). Se non ci sono indicazioni contrarie da parte del Servizio Veterinario il SISP dopo 10 giorni archivia il caso senza notificarlo e senza mettere in atto alcuna misura di profilassi antirabbica.

Nel caso in cui l'animale sia *ignoto* e la morsicatura sia avvenuta in zona di confine o in un Paese in cui sia nota la situazione endemica per rabbia o in un Paese di cui non fosse nota la situazione epizootica, dovrà essere avviata la profilassi post-esposizione.

Nel caso in cui l'animale sia *ignoto* e la morsicatura non sia avvenuta in zona di confine o in un Paese in cui sia nota la situazione endemica per rabbia non deve essere messa in atto alcuna misura profilattica

Nel caso in cui la situazione epizootica italiana dovesse andare incontro ad un ritorno di endemia si provvederà alla reintroduzione del trattamento pre e post-esposizione secondo la Circolare n° 36 del 10 settembre 1993.

L'aggiornamento della situazione epizootica sarà fornito dai SISP sulla base del Bollettino Veterinario Regionale ai servizi interessati ogni 6 mesi (tranne indicazioni straordinarie).

PROVVEDIMENTI SULL'AMBIENTE

Non è necessario alcun provvedimento.

ROSOLIA

PERIODO DI INCUBAZIONE

Il periodo di incubazione va da 14 a 21 giorni, mediamente è di 16-18 giorni.

PERIODO DI CONTAGIOSITA'

Il periodo di contagiosità va da 7 giorni prima a non meno di 5-7 giorni dopo la comparsa dell'esantema.

I neonati affetti da Sindrome da Rosolia Congenita (SRC) possono eliminare virus rubeolico per molti mesi (fino a 1 anno).

MODALITA' DI TRASMISSIONE

La trasmissione avviene attraverso grandi goccioline di secrezioni nasali o faringee di diametro superiore a 5 micron.

I neonati affetti da SRC eliminano notevoli quantità di virus attraverso le secrezioni faringee e le urine.

PROVVEDIMENTI NEI CONFRONTI DEL MALATO

- NOTIFICA

Classe II

- ISOLAMENTO

E' indicato l'isolamento domiciliare per 7 giorni dalla comparsa dell'esantema.

I soggetti con SRC devono essere considerati contagiosi sino a 1 anno di età, a meno che le colture del secreto nasofaringeo e dell'urina risultino negative dopo i 3 mesi di vita.

In caso di ricovero ospedaliero devono essere osservate precauzioni standard e per goccioline per 7 giorni dalla comparsa dell'esantema; devono essere inoltre osservate anche le precauzioni da contatto per i lattanti con SRC confermata o sospetta nel primo anno di vita, a meno che le colture del secreto nasofaringeo e dell'urina risultino negative dopo i 3 mesi di vita.

- MODALITA' DI RIAMMISSIONE

Certificazione di riammissione del medico curante.

PROVVEDIMENTI NEI CONFRONTI DEI CONVIVENTI E CONTATTI

- SORVEGLIANZA DELLA PERSONA

La ricerca dei casi secondari non è da effettuare, ad eccezione delle donne in gravidanza che dovranno astenersi da qualsiasi contatto con il paziente fino a che lo stato immunitario non sia stato determinato.

Non è necessario l'allontanamento dei contatti dalla scuola.

- PROFILASSI ATTIVA

E' consigliabile l'offerta della vaccinazione ai soggetti non immunizzati per aumentare la copertura vaccinale. Il vaccino antirosolia non risulta efficace nella profilassi post-esposizione del caso specifico.

- PROFILASSI PASSIVA

Non è raccomandata la somministrazione di immunoglobuline poiché nella maggior parte dei casi non prevengono l'infezione né la viremia. L'unico caso in cui può essere presa in considerazione la somministrazione di immunoglobuline è quello in cui il contatto sia una donna gravida suscettibile che rifiuta a priori l'ipotesi di interruzione volontaria di gravidanza; in tal caso le immunoglobuline devono essere somministrate entro 72 ore dall'esposizione.

PROVVEDIMENTI SULL'AMBIENTE

Non è necessario alcun provvedimento.

SALMONELLOSI NON TIFOIDEE

PERIODO DI INCUBAZIONE

Il periodo di incubazione va da 6 a 72 ore; generalmente è di 12-36 ore.

PERIODO DI CONTAGIOSITA'

Il periodo di contagiosità si protrae per tutta la durata dell'infezione, da alcuni giorni prima a diverse settimane dopo la comparsa della sintomatologia clinica, ma la contagiosità è maggiore durante la fase acuta caratterizzata da vomito e diarrea.

La somministrazione di antibiotici può generare o prolungare lo stato di portatore.

MODALITA' DI TRASMISSIONE

La trasmissione avviene perlopiù attraverso l'ingestione di acqua e alimenti contaminati; raramente si verifica trasmissione interumana per via oro-fecale o per contatto diretto con animali infetti (tartarughe acquatiche, pulcini, etc).

Generalmente per determinare la malattia è necessaria una elevata carica infettante (10^3-10^5).

PROVVEDIMENTI NEI CONFRONTI DEL MALATO

- NOTIFICA

Classe II-IV

- ISOLAMENTO

E' indicata l'esclusione dal lavoro e/o dalla frequenza di comunità di soggetti sintomatici solo se appartengono ai seguenti gruppi a maggior rischio di trasmissione:

- alimentaristi addetti alla manipolazione di cibi non confezionati da consumare crudi o senza ulteriore cottura;
- personale addetto all'assistenza diretta o alla alimentazione di soggetti in cui un'infezione intestinale potrebbe provocare importanti conseguenze (pazienti ospedalizzati, immunocompromessi o debilitati, ospiti di case di riposo e bambini in asili nido)
- bambini di età inferiore ai 5 anni
- bambini e adulti che presentano difficoltà all'osservanza delle norme di igiene personale o si trovano in un contesto ambientale inadeguato.

In caso di ricovero *ospedaliero* devono essere adottate le precauzioni standard.

- MODALITA' DI RIAMMISSIONE

La riammissione in collettività e al lavoro può avvenire a partire da 48 ore dalla normalizzazione dell'alvo.

Il personale sanitario ospedaliero addetto all'assistenza diretta di pazienti ad alto rischio deve essere escluso dall'attività fino alla negativizzazione di due coproculture effettuate su campioni prelevati a non meno di 24 ore di distanza e a non meno di 48 ore dalla sospensione del trattamento antimicrobico.

In tutti gli altri casi, compresi i soggetti per i quali non è previsto l'allontanamento, non è scientificamente giustificata l'analisi microbiologica delle feci, in presenza di comportamenti e situazioni ambientali igienicamente adeguati, ai fini della riammissione.

La sospensione e/o la riammissione sono a carico della Direzione Sanitaria Ospedaliera per il personale sanitario, del SISP o del SIAN per gli alimentaristi e del medico curante per gli altri casi; è pertanto altamente raccomandabile che il medico curante raccolga informazioni sull'attività lavorativa del paziente.

PROVVEDIMENTI NEI CONFRONTI DEI PORTATORI

La ricerca sistematica dei portatori non è scientificamente giustificata ai fini della prevenzione del contagio.

Nel caso sia noto che nel soggetto convalescente persista lo stato di portatore sono indicate solo misure di educazione sanitaria. I bambini piccoli o i soggetti istituzionalizzati che non sono in grado di garantire comportamenti igienici adeguati dovrebbero essere accompagnati in bagno da una persona che supervisioni il corretto lavaggio delle mani dopo l'utilizzo della toilette.

PROVVEDIMENTI NEI CONFRONTI DEI CONVIVENTI E CONTATTI

- SORVEGLIANZA DELLA PERSONA

Non è necessaria l'esecuzione di coproculture ai conviventi e contatti asintomatici.

Deve essere effettuata la sorveglianza dei componenti dei gruppi a rischio precedentemente individuati.

In presenza di epidemie deve essere condotta un'indagine epidemiologica finalizzata ad individuare la fonte ed interrompere la catena del contagio.

PROVVEDIMENTI SULL'AMBIENTE

Il lavaggio delle mani prima di preparare o servire alimenti, dopo ogni utilizzo del bagno, dopo ogni contatto con pazienti o materiali infetti, rappresenta la misura di profilassi più efficace; è importante poter disporre di servizi igienici e lavandini in numero adeguato, di sapone liquido e asciugamani monouso.

Nella collettività è consigliabile che le toilette, i lavandini, i rubinetti e le maniglie delle porte del bagno siano puliti e disinfettati almeno giornalmente (o più spesso in caso di necessità) con soluzioni a base di ipoclorito di sodio.

Per la biancheria è sufficiente il lavaggio in lavatrice a caldo.

Per maggiori dettagli vedi "Misure di profilassi di carattere generale".

SCABBIA

PERIODO DI INCUBAZIONE

Il periodo di incubazione va da 2 a 8 settimane in caso di persone non infestate in precedenza, da 1 a 4 giorni in caso di reinfestazione.

I sintomi di scabbia possono comparire anche 2 mesi dopo l'esposizione.

PERIODO DI CONTAGIOSITA'

La contagiosità permane fino a che gli acari e le uova non siano stati distrutti da adeguato trattamento.

La contagiosità dura per tutto il periodo in cui il paziente rimane infestato e non trattato, anche prima della comparsa dei sintomi.

MODALITA' DI TRASMISSIONE

La trasmissione avviene tramite stretto contatto interpersonale/sessuale o contatto con tessuti (es. lenzuolo, asciugamani) utilizzati da persona affetta .

La scabbia norvegese è maggiormente trasmissibile per il gran numero di acari presenti nelle scaglie di desquamazione.

PROVVEDIMENTI NEI CONFRONTI DEL MALATO

- NOTIFICA

Classe IV-V

- ISOLAMENTO

E' indicato l'isolamento per 24 ore dall'inizio del trattamento.

- MODALITA' DI RIAMMISSIONE

La certificazione di avvenuto trattamento deve essere rilasciata dal medico curante.

PROVVEDIMENTI NEI CONFRONTI DEI CONVIVENTI E CONTATTI

- SORVEGLIANZA DELLA PERSONA

La ricerca dei casi secondari deve essere effettuata fra i conviventi e i contatti stretti.

- PROFILASSI

E' fortemente raccomandato effettuare la profilassi nei conviventi e contatti stretti (permetrina al 5%) soprattutto in caso di epidemia.

- PROVVEDIMENTI SULL'AMBIENTE

La biancheria deve essere riposta senza scuotere, in sacchi destinati al lavaggio. Il lavaggio deve essere effettuato a macchina con acqua a temperatura maggiore di 60°C; i tessuti non lavabili con acqua calda devono essere tenuti da parte per una settimana in sacchi impermeabili. E' anche possibile ridurre a 24 ore il tempo di permanenza nel sacco impermeabile spruzzando il materiale con prodotti a base di piretroidi.

Gli ambienti in cui ha soggiornato il soggetto affetto devono essere puliti accuratamente e le superfici non lavabili (moquettes) devono essere trattate con vapore fluente.

SCARLATTINA

PERIODO DI INCUBAZIONE

Il periodo di incubazione va da 2 a 5 giorni.

PERIODO DI CONTAGIOSITA'

Il periodo di contagiosità va da 10 a 21 giorni a partire dalla comparsa dell'esantema nei casi non trattati e complicati mentre è di 48 ore dall'inizio di un adeguato trattamento antibiotico.

MODALITA' DI TRASMISSIONE

La trasmissione avviene attraverso grandi goccioline di secrezioni nasali o faringee (diametro superiore a 5 micron) o attraverso contatto diretto o intimo con il malato

PROVVEDIMENTI NEI CONFRONTI DEL MALATO

- NOTIFICA

Classe II

- ISOLAMENTO

E' indicato l'isolamento domiciliare per 48 ore dall'inizio di un trattamento antibiotico efficace.

In caso di ricovero *ospedaliero* devono essere osservate le precauzioni standard e per goccioline per 48 ore dall'inizio di un trattamento antibiotico efficace.

- MODALITA' DI RIAMMISSIONE

Certificazione di riammissione del medico curante.

PROVVEDIMENTI NEI CONFRONTI DEI PORTATORI

Poiché è poco probabile la trasmissione da parte di un portatore, non è indispensabile il trattamento del portatore a meno che non si tratti di un familiare o di un contatto stretto di un soggetto affetto da malattia reumatica o nefrite o ripetute infezioni da Streptococco di gruppo A.

PROVVEDIMENTI NEI CONFRONTI DEI CONVIVENTI E CONTATTI

- SORVEGLIANZA DELLA PERSONA

La sorveglianza di conviventi e contatti stretti (inclusi i compagni di classe e gli insegnanti) deve essere effettuata per 7 giorni dall'ultimo contatto con il caso.

- PROFILASSI ATTIVA E PASSIVA

Non si effettua alcun tipo di profilassi.

PROVVEDIMENTI SULL'AMBIENTE

Non è necessario alcun provvedimento.

ESEMPI DI LETTERE DI INFORMAZIONE PER FAMIGLIE/SCUOLE

Nella classe xx della Scuola yy si è verificato un caso di Epatite A.

Si tratta di una malattia virale che colpisce il fegato e che si manifesta a distanza di 15-50 giorni dal contagio con senso di spossatezza, febbre, sintomi gastroenterici, urine scure e, talvolta, ittero. La malattia si risolve nel giro di alcune settimane con la guarigione completa.

La trasmissione è di tipo oro-fecale, cioè la malattia si contrae attraverso l'ingestione di alimenti contaminati o attraverso l'ingestione di virus portati direttamente alla bocca dalle mani contaminate durante l'uso del bagno. La trasmissione persona-persona richiede quindi un contatto molto stretto, situazione che generalmente non si verifica a scuola fra bambini che abbiano raggiunto il controllo sfinterico.

La prevenzione del contagio interpersonale, secondo le indicazioni della letteratura scientifica, si fonda sull'osservanza di comportamenti igienicamente corretti (lavaggio accurato delle mani dopo ogni utilizzo del bagno, pulizia accurata di servizi igienici, maniglie e rubinetti e disinfezione almeno giornaliera dei servizi) e sulla somministrazione di immunoglobuline entro 15 giorni o il vaccino entro 7 giorni (meglio 4-6 giorni) dal contagio.

L'uso delle immunoglobuline si è rivelato efficace nel prevenire l'80% dei casi secondari; dati recenti indicano che l'uso precoce del vaccino ha pari efficacia: tuttavia il loro uso nelle comunità scolari (ad esclusione degli asili nido) è raccomandato solamente in caso di situazioni epidemiche.

Si raccomanda quindi di rassicurare i genitori e raccomandare ad alunni, insegnanti ed operatori scolastici l'osservanza dei comportamenti igienici già citati.

E' opportuno altresì che i genitori riferiscano tempestivamente al medico curante l'insorgere di sintomatologia sospetta nei prossimi 30 giorni.

Si raccomanda inoltre alla S.V. di garantire l'accurata pulizia delle aule e dei refettori, la disinfezione delle superfici con i prodotti reperibili in commercio a base di ipoclorito di sodio, la presenza di carta igienica, asciugamani monouso e detergente liquido per le mani nei servizi igienici.

Si rimane a disposizione di genitori ed insegnanti per i chiarimenti del caso (numeri telefonici di riferimento).

Distinti saluti.

ESEMPI DI LETTERE DI RISPOSTA

Oggetto: epidemia di pediculosi in una scuola elementare: richiesta di intervento.

- 1) Il pidocchio del capo si trasmette prevalentemente per contatto diretto "testa a testa", con scarsa evidenza del coinvolgimento di pettini, spazzole o cappelli.
- 2) Non esiste il rischio di contrarre malattie collegate con la pediculosi del capo.
- 3) Non esistono collegamenti tra la pediculosi e la pulizia o l'igiene personale.
- 4) Non sono di grande utilità ai fini preventivi gli interventi di diagnosi collettiva dell'infestazione sulle scolaresche, poiché trattasi di interventi episodici che non impediscono il riverificarsi delle epidemie anche a breve distanza di tempo.
- 5) Di assoluta inopportunità e inefficacia sono la chiusura e la disinfestazione della Scuola.
- 6) Il più efficace intervento di prevenzione della trasmissione dell'infestazione è la terapia corretta dei casi. Un trattamento inappropriato o un sovratrattamento possono causare dermatiti e prurito.
- 7) La diagnosi di pediculosi deve essere posta dal medico curante del soggetto (medico di medicina generale o pediatra di libera scelta) che prescrive anche adeguata terapia.
- 8) Il Servizio di Igiene Pubblica in caso di epidemia interviene proponendo incontri di informazione sanitaria ai genitori e agli insegnanti sulla natura dell'infestazione e sulle modalità di prevenzione e terapia. Nel caso specifico si propone il seguente calendario di incontri presso la Direzione Didattica. Ad ogni riunione parteciperanno un medico ed una assistente sanitaria.
- 9) Anche se gli oggetti non giocano un ruolo importante nella trasmissione dell'infestazione, alcuni soggetti possono desiderare di disinfestare cappelli, federe, lenzuola o asciugamani (lavaggio a temperature superiori a 53,5°C per 5 minuti), spazzole e pettini (per chi lo desidera è indicato il lavaggio con insetticida o in acqua calda). Anche il lavaggio a secco è efficace così come la conservazione in sacchi di plastica per 10 giorni.
- 10) Per casi familiari particolarmente problematici si suggerisce di contattare il Servizio di Assistenza Sociale che, se già conosce gli interessati, può effettuare un'opera di educazione più efficace.
- 11) A livello scolastico un canale da utilizzare per sensibilizzare i genitori potrebbe inoltre essere costituito dai rappresentanti dei genitori stessi.

Cordiali saluti