

Decreto Ministeriale 15 dicembre 1990

Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive

(1) Pubblicato nella Gazz. Uff. 8 gennaio 1991, n. 6.

IL MINISTRO DELLA SANITÀ

Visti gli articoli 253 e 254 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con il regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive integrazioni e modifiche;

Visto il regio decreto 9 febbraio 1901, n. 45, che ha approvato il Regolamento generale sanitario;

Visto il decreto ministeriale 5 luglio 1975 concernente l'elenco delle malattie infettive e diffusive che danno origine a misure di sanità pubblica e successive modifiche;

Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833, di istituzione del Servizio sanitario nazionale;

Fermo restando l'obbligo per il medico di notificare all'autorità sanitaria competente qualunque malattia infettiva e diffusiva o sospetta di esserlo, di cui sia venuto a conoscenza nell'esercizio della sua professione;

Riconosciuta la necessità di aggiornare e modificare, alla luce delle attuali esigenze di controllo epidemiologico e di integrazione del sistema informativo sanitario nazionale, l'elenco delle malattie infettive e diffusive che danno origine a particolari misure di sanità pubblica;

Sentito il parere del Consiglio superiore di sanità;

Decreta

1. Ai sensi e per gli effetti degli articoli 253 e 254 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, permane l'obbligo di notifica, da parte del medico, di tutti i casi di malattie diffusive pericolose per la salute pubblica; le unità sanitarie locali, a loro volta, sono tenute a comunicare le informazioni, ricevute dai medici, secondo le modalità di cui all'allegato.

2. Il presente decreto entrerà in vigore dopo tre mesi dalla sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

ALLEGATO

Modalità di notifica di alcune malattie infettive e diffuse.

Il medico che nell'esercizio della sua professione venga a conoscenza di un caso di qualunque malattia infettiva e diffusiva o sospetta di esserlo, pericolosa per la salute pubblica, deve comunque notificarla all'autorità sanitaria competente. Per le seguenti malattie infettive e diffuse la predetta autorità è tenuta a comunicare le informazioni secondo le seguenti modalità.

CLASSE PRIMA: Malattie per le quali si richiede segnalazione immediata o perché soggette al Regolamento sanitario internazionale o perché rivestono particolare interesse:

- 1) colera;
- 2) febbre gialla;
- 3) febbre ricorrente epidemica;
- 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.

Modalità di notifica

Deve essere osservato il seguente flusso informativo:

- 1) segnalazione all'unità sanitaria locale, da parte del medico, per telefono o telegramma entro dodici ore dal sospetto di un caso di malattia;
- 2) segnalazione immediata dall'unità sanitaria locale alla regione e da questa al Ministero e all'Istituto superiore di sanità, per fonogramma telegramma, o telefax, in cui dovranno essere indicati almeno i seguenti dati: malattia sospettata; nome, cognome, data di nascita, sesso e residenza del paziente; eventuale luogo di ricovero; fondamenti del sospetto diagnostico; nome, cognome e recapito del medico segnalante;
- 3) segnalazione immediata da unità sanitaria locale a regione e da questa al Ministero e all'Istituto superiore di sanità via telefax o telegramma dei risultati dell'accertamento del caso (sia positivi che negativi);

4) segnalazione immediata del Ministero all'Organizzazione mondiale della sanità dell'accertamento del caso, ove previsto;

5) compilazione del modello 15 per i casi accertati ed invio dello stesso da parte dell'unità sanitaria locale alla regione e al Ministero. Quest'ultimo provvederà alla trasmissione all'ISTAT. Presso ogni unità sanitaria locale deve essere sempre disponibile, nell'ambito del servizio di igiene pubblica, un medico appositamente incaricato di compilare il modello 15 e che dovrà recarsi, all'occorrenza, nel luogo in cui si trova il paziente per ottenere direttamente, senza intermediari, le notizie richieste nel modulo. Il modello 15 e le istruzioni relative alla sua compilazione devono essere conformi al modello di seguito riprodotto.

CLASSE SECONDA: Malattie rilevanti perché ad elevata frequenza e/o passibili di interventi di controllo:

- 14) blenorragia;
- 15) brucellosi;
- 16) diarree infettive non da salmonelle;
- 17) epatite virale A;
- 18) epatite virale B;
- 19) epatite virale NANB;
- 20) epatite virale non specificata;
- 21) febbre tifoide;
- 22) legionellosi;
- 23) leishmaniosi cutanea;
- 24) leishmaniosi viscerale;
- 25) leptospirosi;
- 26) listeriosi;
- 27) meningite ed encefalite acuta virale;
- 28) meningite meningococcica;
- 29) morbillo;
- 30) parotite;
- 31) pertosse;
- 32) rickettsiosi diversa da tifo esantematico;
- 33) rosolia;
- 34) salmonellosi non tifoidee;
- 35) scarlattina;
- 36) sifilide;
- 37) tularemia;
- 38) varicella.

Modalità di notifica

Deve essere osservato il seguente flusso informativo:

- 1) segnalazione all'unità sanitaria locale, da parte del medico, per le vie ordinarie entro due giorni dall'osservazione del caso;
- 2) per i casi rispondenti ai criteri definiti e riportati nelle istruzioni del modello 15, compilazione ed invio dello stesso modello individuale di notifica dall'unità sanitaria locale alla regione e da questa all'ISTAT ed al Ministero per le vie

ordinarie. Alla regione devono essere inviate da parte dell'unità sanitaria locale, oltre i modelli individuali, anche i dati aggregati mensilmente, suddivisi per fasce di età e sesso (modello 16);

3) compilazione ed invio dei riepiloghi mensili suddivisi per provincia, fasce di età, sesso, da regione a Ministero, ISS, ISTAT per le vie ordinarie (mod. 16-bis). Il modello 15, le istruzioni per la compilazione e il modello 16-bis devono essere conformi ai modelli di seguito riprodotti.

CLASSE TERZA: Malattie per le quali sono richieste particolari documentazioni:

- 39) AIDS;
- 40) lebbra;
- 41) malaria;
- 42) micobatteriosi non tubercolare;
- 43) tubercolosi.

Modalità di notifica

Sono già previsti flussi informativi particolari e differenziati. I flussi informativi, ove non sia disposto diversamente da provvedimenti particolari, devono avere in comune una parte della scheda di notifica che verrà inviata all'ISTAT (sezione A), analoga per tutte le malattie notificabili, con i dati anagrafici del soggetto e l'indicazione della malattia. La sezione B dei moduli sarà invece differenziata per raccogliere informazioni epidemiologiche pertinenti. Per le modalità di notifica dell'AIDS si fa riferimento alle circolari del Ministero della sanità 13 febbraio 1987, n. 5 (Gazzetta Ufficiale 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).

Per la tubercolosi e le micobatteriosi non tubercolari il modello 15 deve essere conforme al modello riprodotto di seguito.

Alla regione devono essere inviati, da parte delle unità sanitarie locali, anche i dati aggregati mensilmente suddivisi per fasce di età e sesso. Un riepilogo mensile per provincia, fascia di età e sesso deve essere inviato dalla regione al Ministero, ISS e ISTAT per le vie ordinarie.

Per la malaria e la lebbra la sezione A del modello 15 e le modalità di notifica devono essere analoghe a quelle indicate per la tubercolosi, mentre per quanto riguarda la scheda epidemiologica si fa riferimento rispettivamente alla circolare del 28 novembre 1989, n. 32, e alla lettera circolare in 507/G.4/3136 del 13 maggio 1983.

CLASSE QUARTA: Malattie per le quali alla segnalazione del singolo caso da parte del medico deve seguire la segnalazione dell'unità sanitaria locale solo quando si verificano focolai epidemici:

- 44) dermatofitosi (tigna);
- 45) infezioni, tossinfezioni ed infestazioni di origine alimentare;
- 46) pediculosi;

47) scabbia.

Modalità di notifica

Deve essere osservato il seguente flusso informativo:

- 1) dal medico all'unità sanitaria locale entro ventiquattro ore;
- 2) dall'unità sanitaria locale alla regione e da questa al Ministero, all'ISS, all'ISTAT tramite modello 15.

Il modello 15, i criteri e le istruzioni relative alla sua compilazione devono essere conformi al modello di seguito riprodotto.

CLASSE QUINTA: Malattie infettive e diffuse notificate all'unità sanitaria locale e non comprese nelle classi precedenti, zoonosi indicate dal regolamento di polizia veterinaria di cui al decreto del Presidente della Repubblica 8 febbraio 1954, n. 320, e non precedentemente menzionato.

Modalità di notifica

Le unità sanitarie locali comunicheranno annualmente il riepilogo di tali malattie alla regione e questa al Ministero per le vie ordinarie. Ove tali malattie assumano le caratteristiche di focolaio epidemico, verranno segnalate con le modalità previste per la classe quarta.

MODALITÀ GENERALI DELLA NOTIFICA

Si precisa che il medico è tenuto ad effettuare la notifica indicando la malattia sospetta o accertata, gli elementi identificativi del paziente, gli accertamenti diagnostici eventualmente effettuati, la data di comparsa della malattia. I modelli in allegato devono essere invece compilati esclusivamente dai competenti servizi di igiene pubblica delle diverse unità sanitarie locali, attraverso la effettuazione delle inchieste epidemiologiche previste per legge. Per ciascuna delle classi prima, seconda e quarta, è stato predisposto uno specifico modello 15; per la classe terza i modelli 15 di segnalazione sono stati modificati in modo pertinente alla documentazione richiesta per ogni singola patologia inclusa; per la classe quinta è stato predisposto un modello 16 riepilogativo. Per tutti i casi notificati in unità sanitarie locali diverse da quella di residenza del paziente, questa dovrà trasmettere la notifica in tempi brevi all'unità sanitaria locale di residenza del malato, la quale dovrà eseguire le opportune inchieste epidemiologiche ed attuare i provvedimenti necessari. La compilazione del modello 15 va eseguita anche nei casi venuti a morte prima della notifica. In ogni regione dovrà essere previsto un modulo di segnalazione da parte del medico che diagnostica il caso, contenente i dati prima precisati di spettanza del medico stesso, rispondente a criteri di uniformità e semplicità, tali da garantire una corretta rilevazione dei dati. Il sistema informativo per le malattie infettive e diffuse, anche per quelle previste dai regolamenti locali di igiene, deve assicurare un flusso informativo integrato tra i vari servizi responsabili e specificamente interessati. Tale sistema sarà integrato con il sistema informativo nazionale.

(Si omettono i modelli) (2)

(2) I modelli sono stati modificati con D.M. 29 luglio 1998 (Gazz. Uff. 28 agosto 1998, n. 200).

SCHEDA DI NOTIFICA DI MALATTIA INFETTIVA - Classe I

Regione _____ Provincia _____

Comune _____ USL _____

Caso di _____
compilare per esteso il nome della malattia

Barrare la casella corrispondente:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 001 Colera | <input type="checkbox"/> 045 Poliomielite | <input type="checkbox"/> 005 Botulismo | <input type="checkbox"/> 087 Febbre ricorrente epidemica |
| <input type="checkbox"/> 060 Febbre gialla | <input type="checkbox"/> 032 Differite | <input type="checkbox"/> 071 Rabbia | <input type="checkbox"/> 080 Tifo esantematico |
| <input type="checkbox"/> 020 Peste | <input type="checkbox"/> 487 Influenza con isolamento virale | <input type="checkbox"/> 078 Febbri emorragiche virali | <input type="checkbox"/> 037 Tetano |
| <input type="checkbox"/> 124 Trichinosi | | | |

SEZIONE A

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F

Codice SSN _____

Professione _____ Cittadinanza _____

Residenza (Se non coincide con il domicilio abituale compilare anche la riga successiva) USL _____

Domicilio abituale _____

Età compiuta all'inizio della malattia: < 1 anno. Da 00 a 11 mesi ≥ 1 anno. Da 1 a 99 anni > 99 indicare sempre 99

Data inizio primi sintomi: Comune inizio primi sintomi _____

Ricovero in luogo di cura Sì No Se esistente vaccino nei confronti della malattia indicare:
 Non vaccinato Non noto Vaccinato

Dose N° Data ultima dose luogo _____ tipo di vaccino _____

SEZIONE B

Permanenza a qualunque titolo in Stati esteri nei 2 mesi precedenti la comparsa dei sintomi

Luogo _____ dal al

Luogo _____ dal al

Luogo _____ dal al

Ricerche diagnostiche eseguite o in corso:

Tipo ricerca _____ Data esame

Luogo _____ Risultati _____

Tipo ricerca _____ Data esame

Luogo _____ Risultati _____

Data di notifica Luogo di compilazione _____

Sanitario che ha compilato la notifica _____

Recapito _____ Tel. _____

SCHEDA DI DENUNCIA OBBLIGATORIA DI MALATTIA INFETTIVA - Classe II

Regione _____ Provincia _____

Comune _____ USL _____

Caso di _____
compilare per esteso il nome della malattia CRITERIO ¹⁾

Barrare la casella corrispondente

- | ICD-9 | ICD-9 |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 023 Brucellosi | <input type="checkbox"/> 100 Leptospirosi |
| <input type="checkbox"/> 002.0 Febbre tifoide | <input type="checkbox"/> 073 Ornitosi |
| <input type="checkbox"/> 003 Altre salmonellosi | <input type="checkbox"/> 085 Leishmaniosi cutanea |
| <input type="checkbox"/> 034.1 Scarlattina | <input type="checkbox"/> Leishmaniosi viscerale |
| <input type="checkbox"/> 055 Morbillo | <input type="checkbox"/> 070.1 Epatite A |
| <input type="checkbox"/> 072 Parotite epidemica | <input type="checkbox"/> 070.3 Epatite B |
| <input type="checkbox"/> 033 Pertosse | <input type="checkbox"/> 070.9 Epatite NANB |
| <input type="checkbox"/> 056 Rosolia | <input type="checkbox"/> 070. Epatite virale non spec. |
| <input type="checkbox"/> 052 Varicella | <input type="checkbox"/> 482.8 Legionellosi |
| <input type="checkbox"/> 036 Meningite meningococcica | <input type="checkbox"/> Rickettsiosi
(diverse da Tifo Esantematico) |
| <input type="checkbox"/> 090 Sifilide | |
| <input type="checkbox"/> 021 Tularemia | <input type="checkbox"/> 098 Blenorragia |

SEZIONE A

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F

Codice SSN

Professione _____

Residenza (Se non coincide con il domicilio abituale compilare anche la riga successiva)

Domicilio abituale _____

Età compiuta all'inizio della malattia:

< 1 anno. Da 00 a 11 mesi ≥ 1 anno. Da 1 a 99 anni > 99 indicare sempre 99

Data inizio primi sintomi: Comune inizio primi sintomi _____
gg mm aa

Ricovero in luogo di cura Sì No Se sì, specificare dove _____

Comune presunto del contagio²⁾ _____

Stato vaccinale nei confronti della malattia: Non vaccinato Non noto Vaccinato anno
aa

Data di denuncia Sanitario che ha compilato la denuncia _____
gg mm aa

Recapito _____ Tel. _____

1) Riportare i codici dei criteri riscontrati per definire il caso secondo le istruzioni sul retro.
2) Compilare solo per Leishmaniosi o Tularemia.

Da inviare a Regione-Ministero Sanità e ISTAT (solo dati anagrafici)

Allegato I
Ministero della Sanità
Mod. 15 Sanità pubblica
Classe III

SCHEDA DI NOTIFICA DI MALATTIA INFETTIVA - CLASSE III -

- TUBERCOLOSI
 MICOBATTERIOSI NON TUBERCOLARE

Regione _____ Provincia _____
Comune _____ ASL _____

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome _____ E' senza fissa dimora? si no non noto
Nome _____ Vive in collettività si no non noto
Sesso M F Data di nascita _____
g m a se si, specificare: _____
Paese di nascita _____
se nato all'estero, anno di arrivo in Italia _____
E' iscritto al SSN? si no non noto
Professione:
 studente
 pensionato/invalido
 casalinga
 disoccupato
 occupato _____ specificare
Domicilio:
Regione _____
Provincia _____
Comune _____
CODICE ISTAT _____
Data di inizio della terapia antitubercolare (se diagnosi post-mortem, data di decesso) _____
g m a

CRITERI DIAGNOSTICI

Ha avuto diagnosi di tubercolosi in passato? si _____ mese _____ 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 Micobatterio non tubercolare
 M. tuberculosis
 M. bovis
 M. africanum _____ specificare

Diagnosi basata su: (rispondere a tutte le voci)

Esame culturale escreato	<input type="checkbox"/> positivo	<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> non effettuato	<input type="checkbox"/> non noto	
Esame culturale altro materiale	<input type="checkbox"/> positivo	<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> non effettuato	<input type="checkbox"/> non noto	se positivo, specificare il tipo di materiale
Esame diretto escreato	<input type="checkbox"/> positivo	<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> non effettuato	<input type="checkbox"/> non noto	
Esame diretto altro materiale (inclusi esami istologici ricerca micobatteri)	<input type="checkbox"/> positivo	<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> non effettuato	<input type="checkbox"/> non noto	se positivo, specificare il tipo di materiale
Clinica	<input type="checkbox"/> positivo	<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> non noto		
Mantoux	<input type="checkbox"/> positivo	<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> non effettuato	<input type="checkbox"/> non noto	
Rx torace/ Esami strumentali	<input type="checkbox"/> positivo	<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> non effettuato	<input type="checkbox"/> non noto	
Risposta alla terapia antitubercolare	<input type="checkbox"/> positivo	<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> non noto		
Riscontro autoptico di TB attiva	<input type="checkbox"/> positivo	<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> non effettuato	<input type="checkbox"/> non noto	

Sede anatomica (la localizzazione polmonare deve essere barrata sempre anche se secondaria o disseminata)

polmonare/trachea/bronchi

extrapolmonare 1. _____ ICD IX _____
2. _____ ICD IX _____

disseminata (più di 2 localizzazioni, miliare, isolamento da sangue)

Timbro e firma di chi ha compilato la notifica

Data notifica

gg m a

SCHEDA DI DENUNCIA OBBLIGATORIA DI FOCOLAIO EPIDEMICO - Classe IV

Regione _____ Provincia _____

Comune _____ USL _____

Focolaio epidemico di _____
compilare per esteso il nome della malattia

Barrare la casella corrispondente

ICD-9

132.0 Pediculosi

133.0 Scabbia

Dermatofitosi (Tigna)

005 Infezioni, tossinfezioni, infestazioni di origine alimentare

SEZIONE A

Comunità coinvolta: Famiglia Scuola Caserma altro spec.

N° totale persone a rischio (1)

Indirizzo della comunità _____

Agente eziologico _____ Identificato Sospetto

Veicolo _____ Identificato Sospetto

Data inizio epidemia (2) se l'epidemia si è esaurita, indicare la durata (3)
gg mm aa giorni

N° di casi (4)

Presunto luogo di origine dell'epidemia: _____
Se in Italia indicare USL e Regione; se all'estero indicare Stato

Data di denuncia Sanitario che ha compilato la denuncia _____
gg mm aa

Recapito _____ Tel. _____