



Linee operative per la sorveglianza delle arbovirosi nella Regione Veneto

Anno 2016

Versione 15/06/2016

ALLEGATI

Allegato 1. Diagramma di flusso delle arbovirosi “autoctone” (possibili casi di WNF, pz con età > 15 anni).

Allegato 2. Diagramma di flusso delle arbovirosi “di importazione” (soggetti di tutte le età).

Allegato 3. Test diagnostici.

Allegato 4. Diagramma di flusso per sospetta infezione da Virus Zika in gravidanza.

Allegato 5. SCHEDA UNICA per richiesta esami West-Nile Fever, Dengue, Chikungunya e Virus Zika.

Allegato 6. SCHEDA DI NOTIFICA E SORVEGLIANZA ARBOVIROSI.

Allegato 7. SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI CASO DI WEST NILE DISEASE.

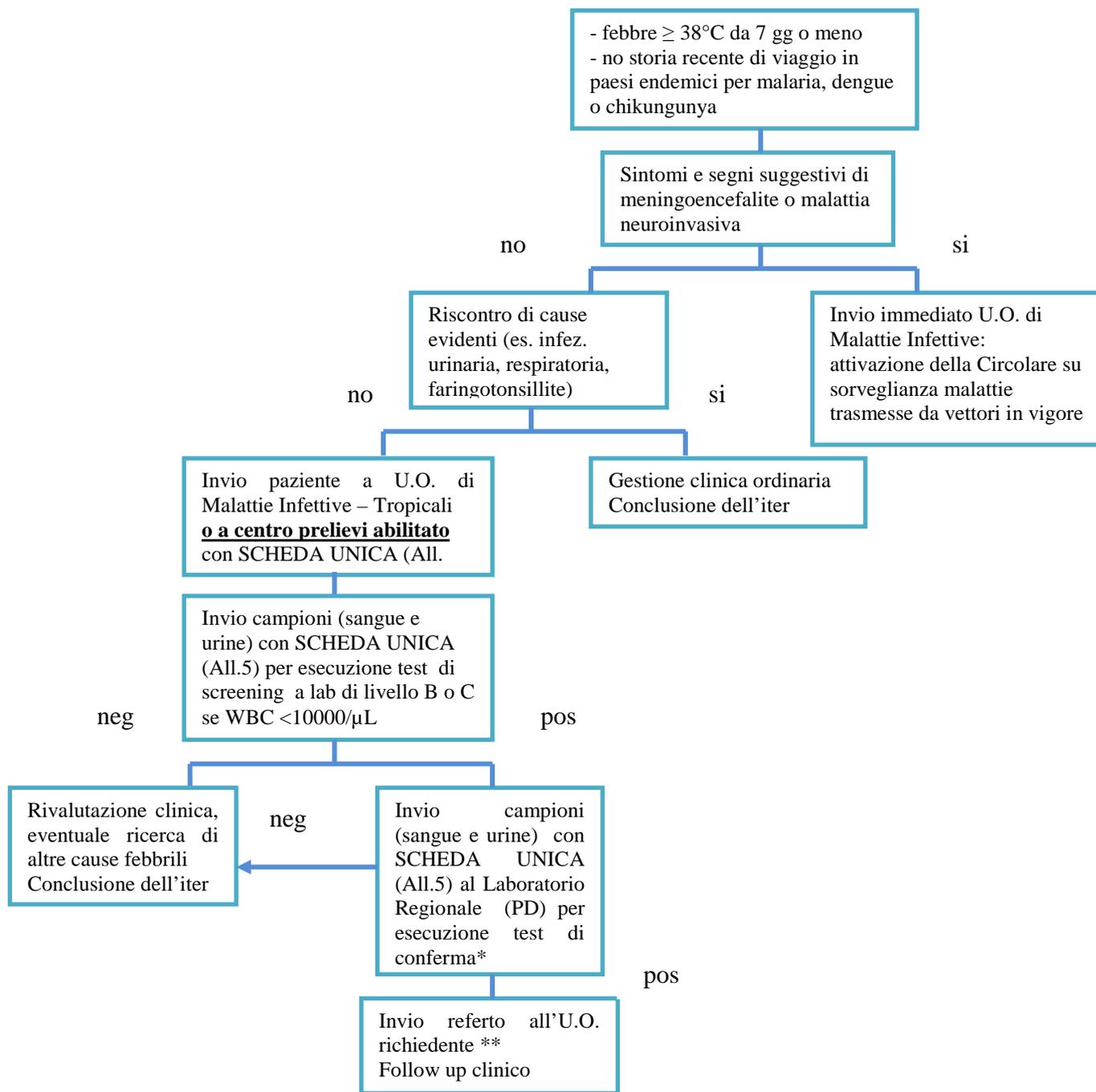
Allegato 8. Mappe epidemiologiche di OMS (Dengue e Chikungunya) e ECDC (Virus Zika).

Allegato 9. Scheda di segnalazione di caso di Dengue complicata.

Allegato 10. Tabella settimanale dei casi sottoposti a test di I liv. per Dengue, Chikungunya e West-Nile.

Allegato 11. Protocollo operativo per la disinfestazione di emergenza in presenza di caso probabile o confermato di Chikungunya, Dengue o Zika virus.

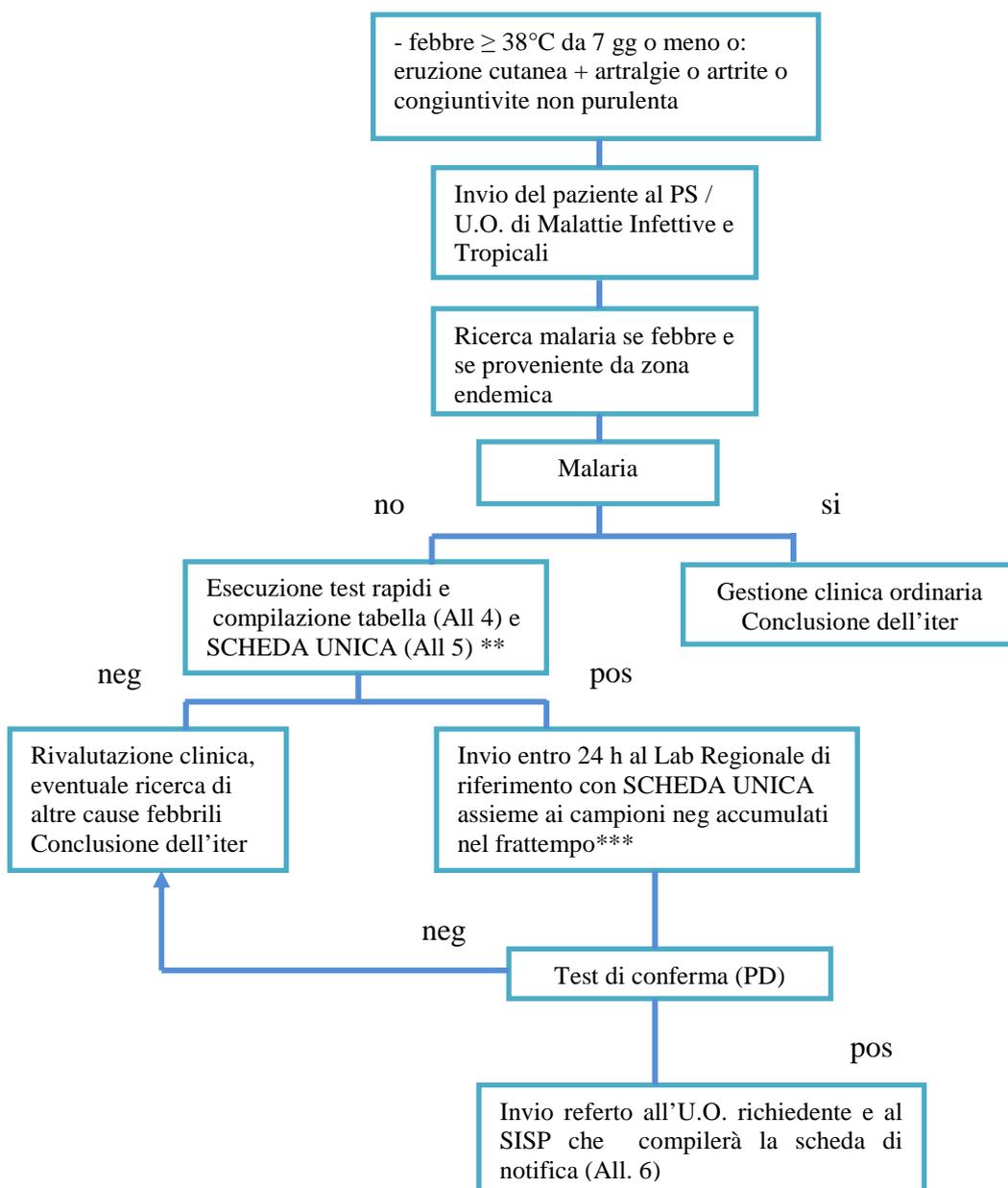
**Allegato 1. Diagramma di flusso delle arbovirosi "autoctone"
(possibili casi di WNF, pz con età > 15 anni).**



* Copia della scheda per fax al Servizio Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica (041 2791355)

** Copia al SISP entro le 24 ore. Il SISP attiva l'inchiesta epidemiologica e si coordina con medico richiedente per compilazione scheda di notifica (All. 7).

Allegato 2. Diagramma di flusso delle arbovirosi di importazione (soggetti di tutte le età)*.



* In caso di gravidanza, riferirsi all'Allegato n. 4

**Per ogni nuovo test eseguito, inviare settimanalmente la tabella aggiornata per fax al Servizio Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica (041 2791355)

*** Fax della scheda deve essere inviata al SISP che la trasmetterà al Settore Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica (041 2791355), e che contatterà immediatamente l'IZSV per via telefonica (n. 049 8084380 o 348 7297079)

Allegato 3. Test diagnostici.

Test diagnostici di screening, strutture di livello B (U.O. Malattie Infettive e Tropicali, Microbiologia di Verona, Microbiologia di Treviso, Microbiologia di Venezia-Mestre)

a) Dengue test rapidi: Ag Dengue (ICT). Individua l'antigene NS1. Ab anti-dengue (ICT): IgM e IgG. I due test vanno sempre eseguiti entrambi, la positività di almeno uno di essi configura il **caso probabile**. La sensibilità dei due test eseguiti assieme è molto elevata.

b) Chikungunya: Ab anti-chikungunya (ICT): IgM. È stato testato presso il CMT Negrar su 116 pazienti il test rapido OnSite Chikungunya IgM Rapid test (Mistretta 2009), con una concordanza di 108/116 rispetto all'IFAT, sens 85% (17/20), spec 95% (91/96). Falsi negativi nei primi 7 giorni di febbre quando le IgM possono non essere ancora comparse.

Nei casi con alto sospetto clinico per una delle due malattie il campione va inviato a PD anche se il test rapido è negativo.

c) West Nile Fever: non sono disponibili test rapidi. I centri che optano per eseguire in sede i test di I livello potranno eseguire ricerca di IgM ed IgG con metodo immunoenzimatico. Possibili falsi negativi nei primi 5 giorni dall'inizio dei sintomi, quando le IgM possono non essere comparse.

d) Infezione da virus Zika: non sono disponibili test rapidi. I test sierologici possono dare risultati falsi negativi nei primi 14 giorni dall'inizio dei sintomi, quando le IgM possono non essere comparse.

In alternativa, campioni possono essere spediti direttamente a Padova con le seguenti modalità:

Modalità di prelievo e invio dei campioni al Laboratorio regionale (le stesse modalità valgono per le infezioni da West Nile virus, dengue virus, chikungunya virus, Zika virus)

Inviare i seguenti campioni:

Se inizio sintomi ≤ 4 settimane (oppure, per infezione da Zika virus: paziente asintomatico rientrato da area endemica o esposizione da ≤ 4 settimane):

- a. N = 2 provette di sangue in EDTA (provette da emocromo).
- b. N = 1 provetta di sangue senza anticoagulante (provetta da sierologia)
- c. N = 1 campione di urina in contenitore o provetta sterile (per WNV, DENV, ZIKV)..
- d. N = 1 campione di saliva in contenitore sterile (per ZIKV) (opzionale).

Se inizio sintomi > 4 settimane (oppure, per infezione da Zika virus: paziente asintomatico rientrato da area endemica o esposizione da > 4 settimane):

- a. N = 1 provetta di sangue senza anticoagulante (provetta da sierologia)

I campioni devono essere conservati a $+4^{\circ}\text{C}$ e consegnati al laboratorio di Padova entro 72 ore dal prelievo.

Oppure (se non è possibile l'invio a PD entro 72 ore, ad es. durante fine settimana), centrifugare le provette per ottenere le seguenti aliquote di campioni:

- a. N = 2 aliquote da 1.5 mL di plasma (dalle provette in EDTA).
- b. N = 1 aliquota di siero (dalla provetta da sierologia)
- c. N = 1 campione di urina (non centrifugata)

d. N = 1 campione di saliva (non centrifugata) (opzionale)

I campioni devono essere conservati a -80°C (se impossibile, accettabile anche a -20°C) e inviati congelati al laboratorio di Padova.

Orario di consegna al Laboratorio:

Lunedì-venerdì ore 08:00-17:30

Sabato ore 08:00-12:00

I campioni devono essere sempre accompagnati dalla SCHEDA UNICA di accompagnamento dei campioni per WEST NILE FEVER, DENGUE, CHIKUNGUNYA, ZIKA compilata in ogni sua parte.

N.B: per tutte e quattro le virosi, in casi clinicamente sospetti, conservare un'aliquota anche dei negativi, da inviare a Padova in un secondo tempo, e/o ripetere il test dopo 7-10 gg.

Per la raccolta dei campioni da conservare e inviare successivamente conservare almeno 2 aliquote di plasma da 1.5 mL, una aliquota di siero da 1,5 mL e un campione di urina a -80°C (se impossibile, accettabile anche a -20°C).

Test di conferma, struttura di livello C (Laboratorio di riferimento regionale)

a) Dengue

- Ricerca di anticorpi IgM ed IgG su siero con metodica immunoenzimatica e conferma con test di neutralizzazione.
- Ricerca di DENV-RNA mediante real-time RT-PCR su plasma, urina, saliva e tipizzazione dei casi positivi mediante real-time RT-PCR tipo-specifica e sequenziamento.
- Nei casi positivi alla PCR, isolamento virale in coltura.

b) Chikungunya

- Ricerca di anticorpi IgM ed IgG su siero mediante test in immunofluorescenza.
- Ricerca di CHIKV-RNA mediante real-time RT-PCR ed RT-PCR su plasma.
- Sequenziamento genomico dei casi positivi e ricerca della mutazione A226V nel gene E1.
- Nei casi positivi alla PCR, isolamento virale in coltura.

c) West Nile

- Ricerca di anticorpi IgM ed IgG su siero (e liquor) con metodica immunoenzimatica e conferma con test di neutralizzazione.
- Ricerca di WNV-RNA mediante real-time RT-PCR su plasma, urina, saliva.
- Sequenziamento genomico dei casi positivi.
- Nei casi positivi alla PCR, isolamento virale in coltura.

La ricerca di WNV-RNA è eseguita anche su liquor nei casi di sospetta malattia neuroinvasiva.

d) Zika virus

- Ricerca di anticorpi IgM ed IgG su siero (e liquor) con metodica immunoenzimatica e conferma con test di neutralizzazione.

- Ricerca di ZIKV-RNA su plasma, urina, saliva mediante real-time RT-PCR*.
- Sequenziamento genomico dei casi positivi.
- Nei casi positivi alla PCR, isolamento virale in coltura.

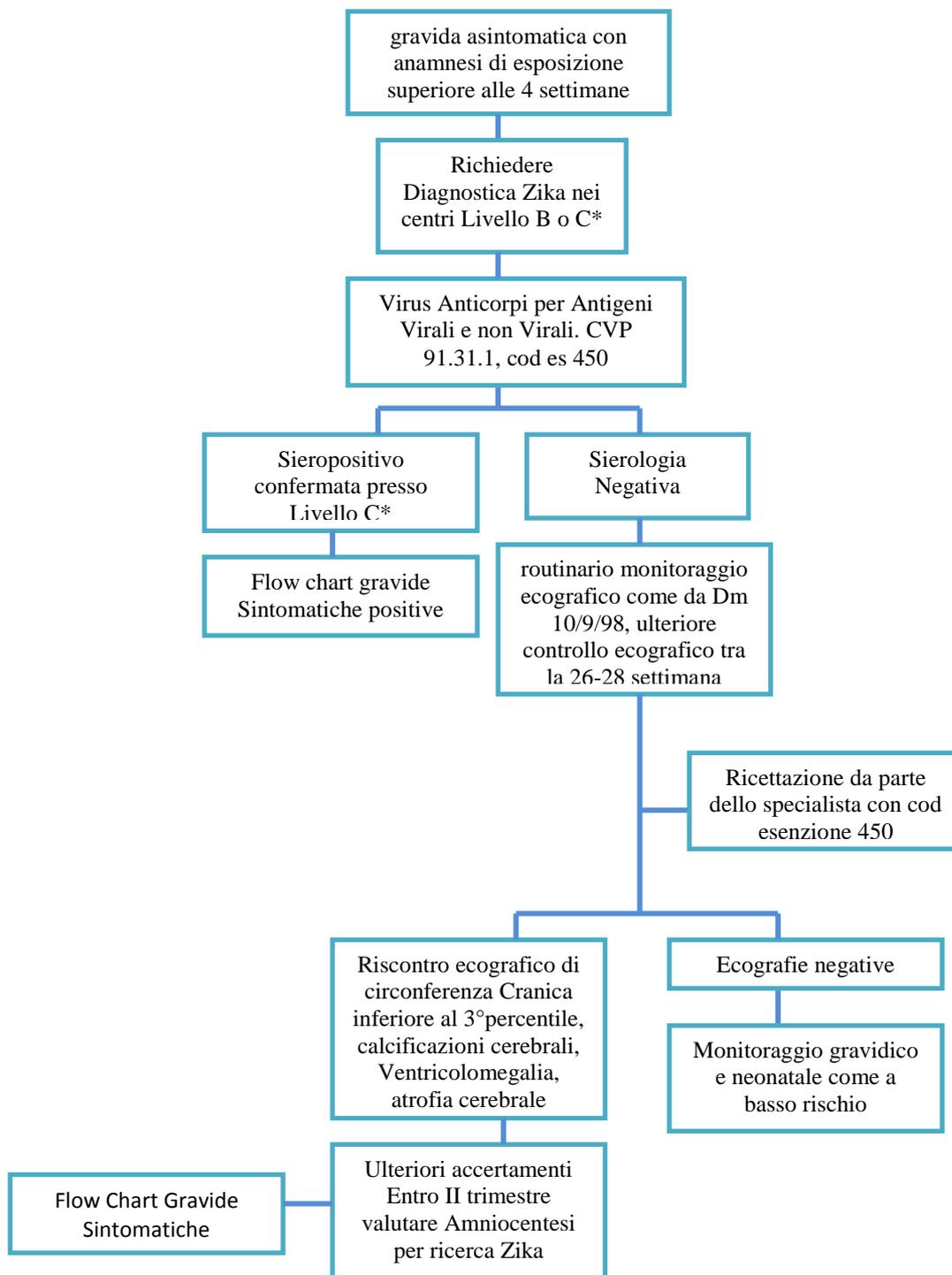
La ricerca di ZIKV-RNA può essere eseguita anche su liquor, liquido seminale, liquido amniotico.

Allegato 4. Diagramma di flusso per sospetta infezione da Virus Zika in gravidanza.

Flow Chart Gravida Asintomatica con anamnesi di esposizione > 4 settimane.

GRAVIDA ESPOSTA A ZIKA: anamnesi positiva 1 per viaggi durante la gestazione in aree endemiche 2 rapporti sessuali con partner con anamnesi di viaggi in zone endemiche con periodo finestra di 6 mesi.

RICETTAZIONE: redatta esclusivamente dallo specialista ginecologo/infettivologo in esenzione con codice 450 "gravidanza a rischio".



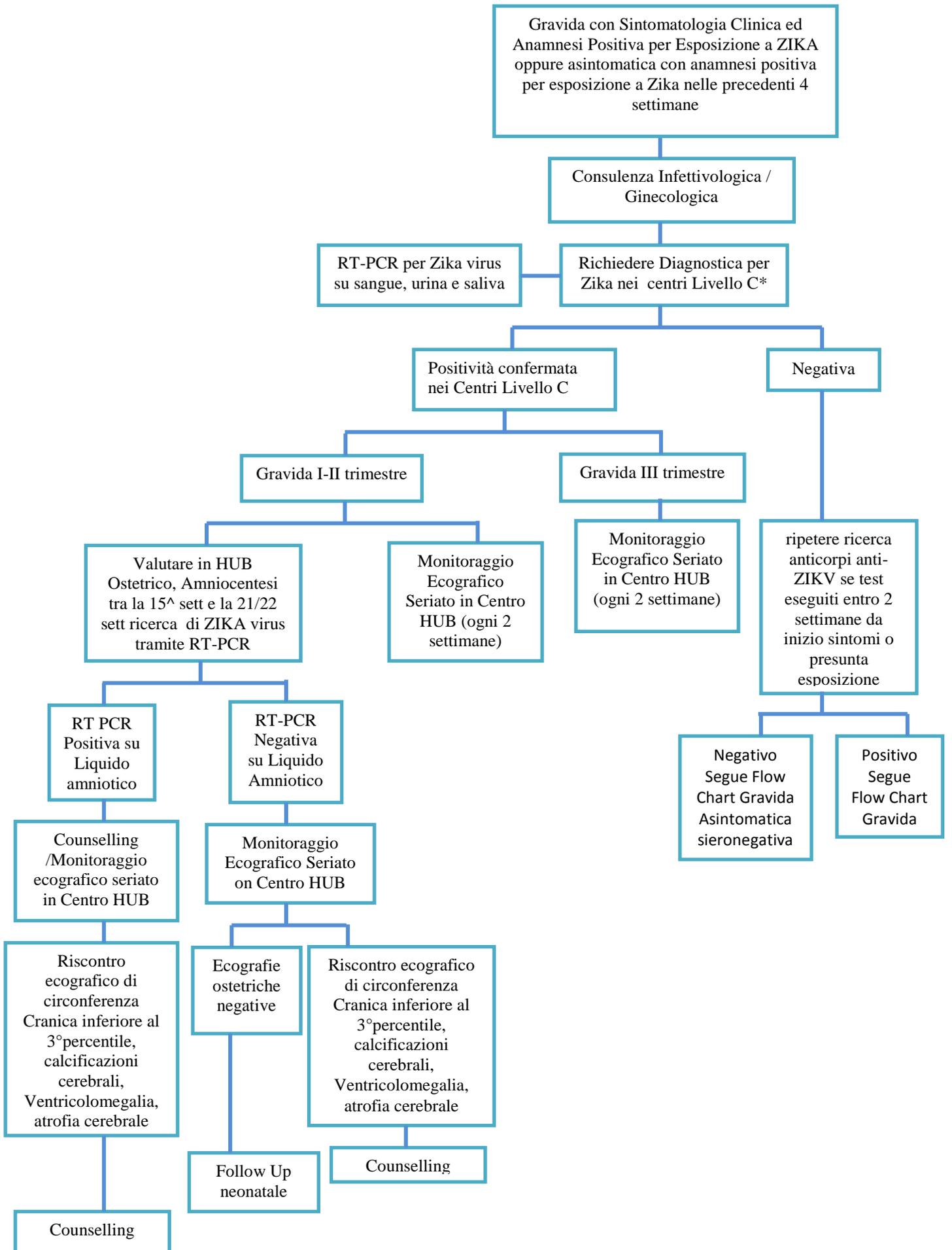
Flow Chart Gravida Sintomatica o Asintomatica con anamnesi di esposizione ≤ 4 settimane (v. flow-chart pagina successiva).

La gravida oltre all'anamnesi positiva per esposizione (1 per viaggi durante la gestazione in aree endemiche 2 rapporti sessuali con partner con anamnesi di viaggi in zone endemiche con periodo finestra di 6 mesi) presenta nelle precedenti 4 settimane la seguente sintomatologia:

- febbre ad esordio acuto
- eruzioni cutanee esantematiche a partenza dal volto con diffusione a tutto il corpo

e almeno uno dei seguenti:

- artralgia o artrite in particolare alle mani e ai piedi
- dolori muscolari
- congiuntivite non mucopurulenta
- cefalea



COUNSELING PRECONCEZIONALE

DONNA:

1. nessuna evidenza che Zika causi infezioni congenite in gravidanze con concepimento avvenuto dopo la risoluzione della viremia materna (CDC apr 2016)
2. La donna esposta o con infezione da Zika deve attendere per un concepimento almeno 8 settimane dall'esordio dei sintomi
3. metodiche contraccettive

UOMO:

1. Zika è stato isolato nel liquido seminale dalla 2 settimana fino alla 10 settimane
2. il maschio con infezione da Zika deve attendere per un concepimento almeno 6 mesi dall'esordio dei sintomi
3. il maschio esposto asintomatico deve attendere per un concepimento almeno 8 settimane dopo la possibile esposizione.

Allegato 5.

SCHEDA UNICA di richiesta esami per WEST NILE FEVER DENGUE CHIKUNGUNYA ZIKA Virus

Azienda Sanitaria _____ Ospedale/U.O. _____

COGNOME - NOME _____ F M

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

COMUNE DI RESIDENZA _____ PROV _____

NAZIONALITA' _____ Telefono _____

SOGGIORNO (anche altra provincia italiana) NEI 30 GG PRECEDENTI si no

Paese/Località _____ data inizio _____ data fine _____

Pregressa DENGUE si no Pregressa CHIKUNGUNYA si no

VACCINAZIONI PREGRESSE Febbre gialla Encefalite giapponese TBE

DATA INIZIO SINTOMI _____

Temperatura max. riferita _____ Temperatura max registrata _____

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Artralgie | <input type="checkbox"/> Prurito |
| <input type="checkbox"/> Mialgie | <input type="checkbox"/> Rash cutaneo |
| <input type="checkbox"/> Cefalea | <input type="checkbox"/> Linfadenopatia |
| <input type="checkbox"/> Astenia marcata | <input type="checkbox"/> Segni meningei |
| <input type="checkbox"/> Altro..... | |

ESAMI DI LABORATORIO (se disponibili):

data _____ WBC _____ HCT _____ PLT _____

_____ data richiesta

_____ timbro e firma Medico richiedente

ESITI esami I livello - Laboratorio di Microbiologia e Virologia di _____

- ICT Dengue IgM pos neg IgG pos neg NS1 Dengue pos neg

- ICT Chikungunya IgM pos neg

- West Nile ELISA IgM pos neg IgG pos neg

_____ data

_____ timbro e firma Medico

GRAVIDANZA SI NO

SETTIMANA GESTAZIONE

Fax a cui inviare esiti esami: _____

U.O. richiedente

SISP

Allegato 6.

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. _____ | _____ | _____ |
| <small>Stato Estero/Comune</small> | <small>data inizio</small> | <small>data fine</small> |

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

Gravidanza SI NO se si: 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 si, 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"/> | <input type="checkbox"/> |
| Artralgie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mialgia | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> |
| Astenia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Meningo-encefalite | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <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

Allegato 7. SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI CASO DI WEST NILE DISEASE.

1. Regione Veneto – Azienda Sanitaria/Ospedale _____

2. Servizio/Reparto _____

3. Dati relativi al paziente: Cognome: _____ Nome: _____

Sesso: M F Codice Fiscale _____

Luogo di nascita: _____ Data di nascita: _____

Domicilio abituale: _____
(Via/Piazza) (numero civico) (Comune/Provincia)

4. Permanenza all'estero nelle tre settimane precedenti l'inizio della sintomatologia:

Nazione: _____ data inizio _____ Data fine _____

5. Anamnesi positiva per trasfusione di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti la diagnosi/segnalazione?

SI NO Non noto (NN)

5bis. Anamnesi positiva per donazione di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti la diagnosi/segnalazione?

SI NO Non noto (NN)

6. Vaccinazione nei confronti di altri flavivirus:

Tick borne encephalitis SI NO Non noto (NN)

Encefalite Giapponese SI NO Non noto (NN)

Febbre Gialla SI NO Non noto (NN)

7. Informazioni cliniche:

Febbre > 38.5°C SI NO Non noto (NN) Se sì, data inizio febbre _____
(gg/mm/aaaa)

Eruzione cutanea Cefalea Artralgie Mialgie Astenia Linfadenopatia

Malattia neuroinvasiva: SI NO

Encefalite Meningite Poliradiculoneurite (Sindrome di Guillain Barrè atipica) Paralisi Flaccida Acuta

Altro _____

(specificare)

8. Campione inviato al Laboratorio di riferimento Regionale: SI NO Non noto (NN)

9. Campione inviato al Laboratorio di riferimento Nazionale: SI NO Non noto (NN)

10. Esami di Laboratorio effettuati: Liquor data prelievo: _____
(gg/mm/aaaa)

Metodica [è possibile indicare più di una risposta]:

IgM-ELISA/IF pos neg PCR pos neg
 IgG- ELISA/IF pos neg
 Isolamento virale pos neg
 Sangue, data prelievo: _____
(gg/mm/aaaa)

Metodica [è possibile indicare più di una risposta]:

IgM- ELISA/IF pos neg Isolamento virale pos neg
 IgG- ELISA/IF pos neg Test di neutralizzazione pos neg
 PCR pos neg
 Siero, data prelievo: _____
(gg/mm/aaaa)

Metodica [è possibile indicare più di una risposta]:

IgM- ELISA/IF pos neg Test di neutralizzazione pos neg
 IgG- ELISA/IF pos neg
 PCR pos neg
 Urine, data prelievo: _____
(gg/mm/aaaa)

Metodica [è possibile indicare più di una risposta]:

| | | |
|---|---|-------|
| <input type="checkbox"/> PCR | <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg | |
| <input type="checkbox"/> Presenza di sieroconversione IgM a IgG o aumento di 4 volte del titolo anticorpale su due prelievi consecutivi | data 1° prelievo: | _____ |
| | data 2° prelievo: | _____ |

11. Esito del caso al momento della segnalazione:

Guarito Quadro clinico in via di miglioramento
 Quadro clinico grave Deceduto Non noto

12. Esito del caso al follow-up [30 giorni]:

Guarito Quadro clinico in via di miglioramento
 Quadro clinico grave Deceduto Non noto

DIAGNOSI FINALE: WNF (West Nile Fever) WNND (West Nile Neuroinvasive Disease)

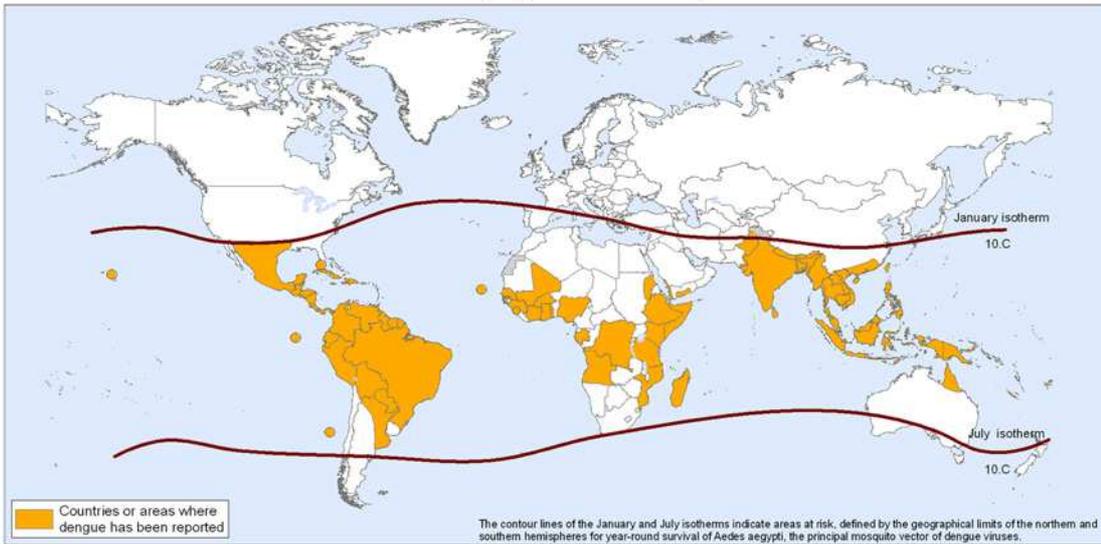
Data segnalazione _____ Medico compilatore _____

telefono _____ telefax _____ e-mail _____

QUESTA SCHEDA DEVE ESSERE INVIATA VIA FAX AL SISP

Allegato 8. Mappe epidemiologiche di OMS (Dengue e Chikungunya) e ECDC (Virus Zika).

Distribuzione geografica della dengue



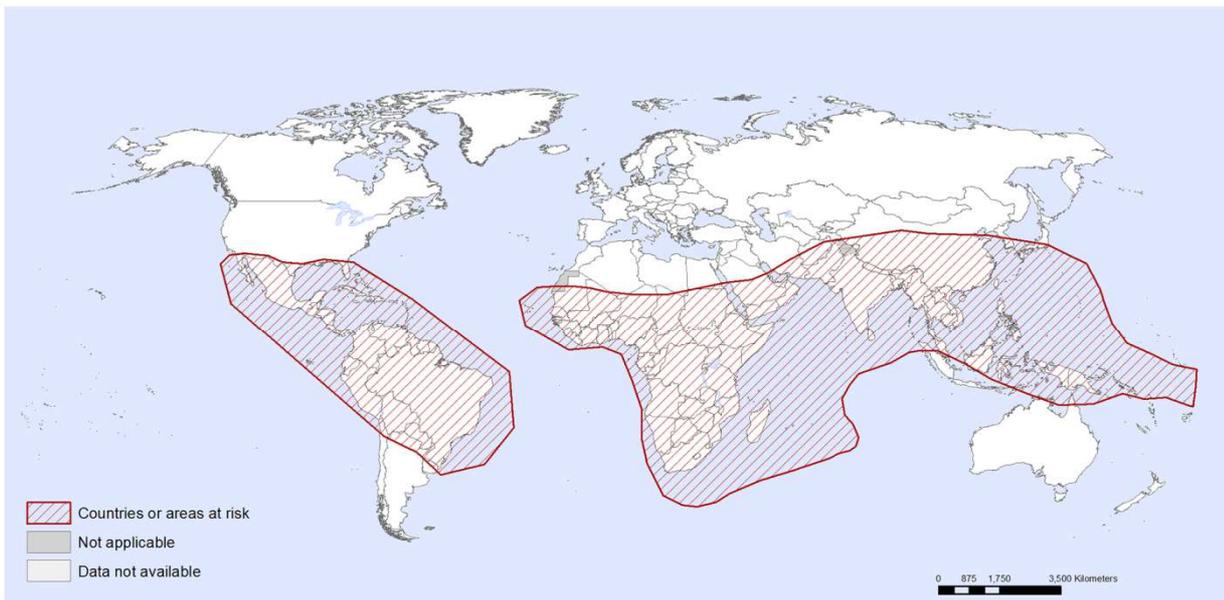
The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: World Health Organization
Map Production: Public Health Information and Geographic Information Systems (GIS)
World Health Organization

World Health Organization
© WHO 2010. All rights reserved.

Distribuzione geografica della Chikungunya

Chikungunya, countries or areas at risk in 2015



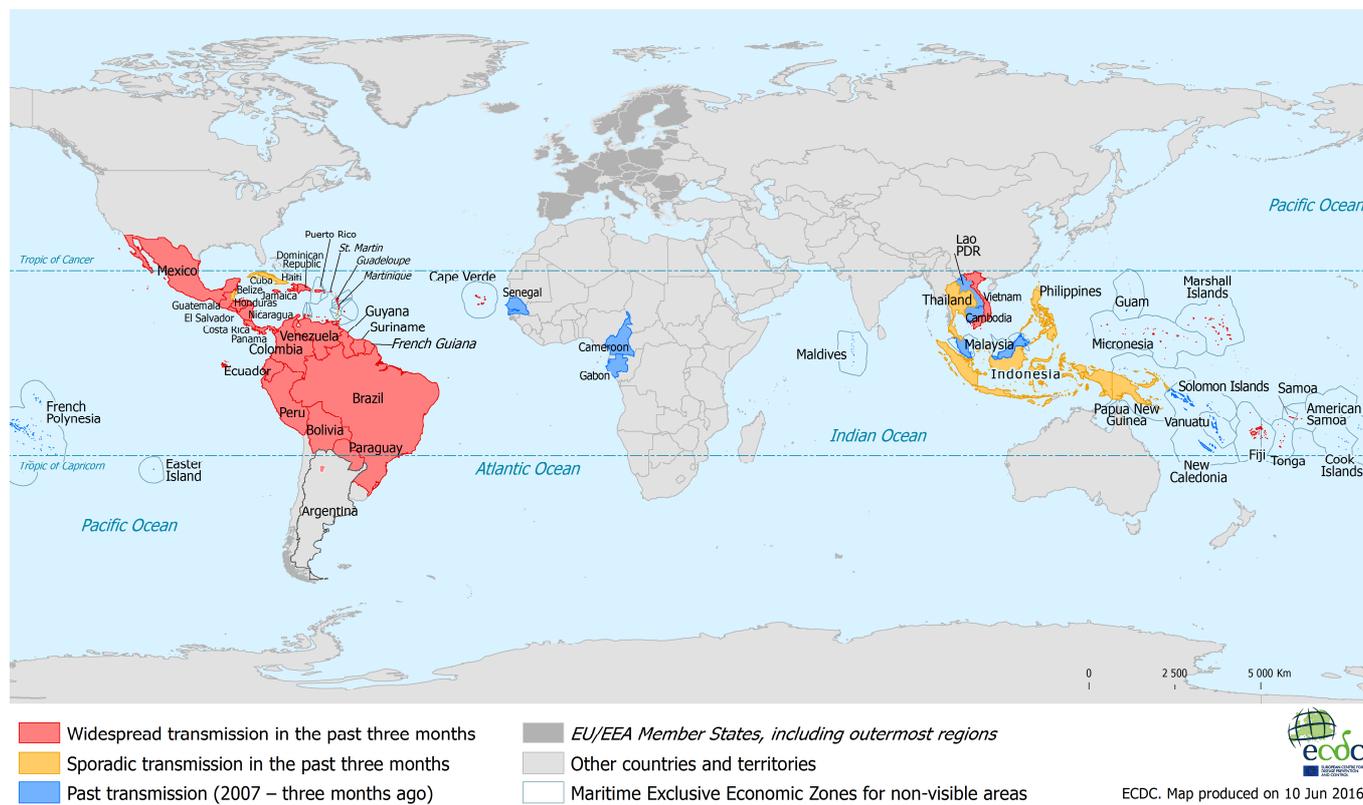
The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: Adapted from Fields virology
5th ed. Vol. 1. Philadelphia,
Lippincott Williams & Wilkins, 2006:1047.
Map Production: International Travel and Health (ITH)
World Health Organization

World Health Organization

© WHO 2015. All rights reserved.

Distribuzione geografica del Virus Zika (ECDC, 10 giugno 2016).



N.B. Situazione in costante evoluzione, per aggiornamento (ECDC):

http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/zika_virus_infection/zika-outbreak/Pages/Zika-countries-with-transmission.aspx

Allegato 9. Scheda di segnalazione di caso di Dengue complicata.

Scheda di segnalazione di caso di dengue grave o complicata. La scheda va inviata assieme alla scheda di segnalazione di caso (allegato 6) e si basa sui Criteri WHO 2009 per la classificazione della Dengue.

| | |
|--|---|
| Cognome _____ | Nome: _____ |
| Sesso: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | Data di nascita gg __ __ mm __ __ aa __ __ __ __ |

| SEGNI DI ALLARME | | DENGUE GRAVE Grave perdita di plasma che conduce a : |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> nausea, vomito | <input type="checkbox"/> dolore addominale | <input type="checkbox"/> shock (DSS) |
| <input type="checkbox"/> vomito persistente | <input type="checkbox"/> edemi rilevati clinicamente | <input type="checkbox"/> accumulo di fluidi con distress respiratorio |
| <input type="checkbox"/> leucopenia | <input type="checkbox"/> sanguinamento delle mucose | <input type="checkbox"/> Sanguinamento grave rilevato clinicamente |
| <input type="checkbox"/> test del tourniquet positivo | <input type="checkbox"/> letargia | <input type="checkbox"/> AST o ALT > 1.000 |
| <input type="checkbox"/> qualunque segno di allarme | <input type="checkbox"/> epatomegalia (>2 cm) | <input type="checkbox"/> SNC: alterazione della coscienza |
| | <input type="checkbox"/> aumento ematocrito con concomitante diminuzione delle piastrine | <input type="checkbox"/> insufficienza cardiaca |
| | | <input type="checkbox"/> insufficienza a carico di altri organi (specificare) |
| | | _____ |
| | | _____ |

Allegato 10. Tabella settimanale dei casi sottoposti a test di I liv. per Dengue, Chikungunya e West-Nile.

Tabella di tutti i casi possibili di DENGUE/CHIKUNGUNYA/WEST NILE sottoposti a test di I livello (sia positivi che negativi).

(da compilare per tutti i pazienti sottoposti a test)

U.O. Malattie Infettive e Tropicali di / Lab. – Microbiologia di.....

Settimana dal lun..... a dom.....2016

| N° PZ | INIZIALI PZ | DATA | M/F | ETA' | Ultimo Paese visitato | Data ritorno | NS1 dengue P o N | Ig M Dengue P o N | Ig M Chiku P o N | Ig M WNV P o N |
|-------|-------------|------|-----|------|-----------------------|--------------|------------------|-------------------|------------------|----------------|
| 1 | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |

Nome Cognome compilatore _____ Firma _____

(Inviare settimanalmente al Settore Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica via fax 041 2791355 o e-mail: francesca.zanella@regione.veneto.it).

Allegato 11. Protocollo operativo per la disinfestazione di emergenza in presenza di caso probabile o confermato di Chikungunya, Dengue o Zika virus.

FASE 1 - Comunicazione

La segnalazione va fatta dal Dipartimento di Prevenzione - SISP a:

Regione

Francesca Russo - francesca.russo@regione.veneto.it

Francesca Zanella - francesca.zanella@regione.veneto.it

IZSve di Legnaro

Gioia Capelli - gcapelli@izsvenezie.it

Fabrizio Montarsi - fmontarsi@izsvenezie.it

e p.c. Simone Martini - martini@entostudio.com

Il Dipartimento di Prevenzione provvederà a preallertare il Comune in attesa dell'esito del sopralluogo da parte del personale del Dipartimento di Prevenzione.

FASE 2 - Sopralluogo

Il sopralluogo viene eseguito dal personale SISP (medico e tecnico) interessato dalla segnalazione seguendo le seguenti indicazioni:

1. **Nel caso in cui esista un monitoraggio attivo (con ovitrappole in numero di 1 ovitrappola ogni 5 ettari, verificata 2 volte al mese)** il personale dovrà comunicare entro 24 ore i dati all'IZSve per la valutazione del livello di infestazione.
2. **Nel caso in cui non esista un sistema di monitoraggio attivo** che fornisca informazioni sulla presenza in quel determinato periodo/territorio della zanzara tigre, il personale del SISP dovrà procedere tempestivamente (entro 24 ore dalla segnalazione) a posizionare una trappola BG-Sentinel all'interno o in prossimità dell'abitazione. Queste trappole vanno lasciate in funzione dal primo mattino al crepuscolo.
Oltre all'accertamento della presenza di adulti è necessario verificare l'esistenza di focolai larvali (sottovasi, bidoni, tombini).
I campioni, nel caso in cui non si abbia la possibilità di riconoscere gli adulti di zanzara tigre, dovranno essere conferiti al laboratorio di parassitologia dell'IZSve il giorno successivo alla raccolta.

Ogni ULSS dovrà dotarsi di almeno 2 trappole BG Sentinel per poter effettuare il monitoraggio a seguito della segnalazione.

FASE 3a – Attivazione protocollo di emergenza

L'attivazione del protocollo di emergenza dovrà avvenire a seguito della valutazione del livello di presenza di zanzara tigre sulla base delle seguenti evidenze:

- **Aree dove è presente un monitoraggio attivo:** i dati del monitoraggio inviati all' IZSve verranno elaborati e sulla base della valutazione verrà stabilito se attivare il protocollo di emergenza;
- **Nelle Aree prive di monitoraggio attivo l'attivazione del protocollo di emergenza avverrà a seguito:**
 - delle catture di adulti di zanzara tigre nelle trappole BG Sentinel;
 - al rinvenimento di focolai larvali con presenza di larve di Aedes albopictus;

FASE 3b

- comunicazione dell'esito del sopralluogo al Comune;
- nel caso in cui sia richiesto l'attivazione del protocollo di emergenza si darà indicazione al Comune di emettere l'ordinanza di emergenza ed avviare le misure di controllo vettoriale secondo le indicazioni riportate nel Piano Vettori.

Il Servizio Igiene e Sanità Pubblica delle Aziende Ulss avvierà tempestivamente le misure di controllo vettoriale **entro 24 ore dalla segnalazione del caso probabile.**