



Linee operative per la gestione del sospetto clinico, della diagnosi e della segnalazione delle arbovirosi

Stagione vettoriale 2026 - Aggiornamento

Dengue, Chikungunya e Zika · West Nile virus e Usutu virus · Toscana virus e encefalite da zecche

Sommario

Segnalazione e accertamento diagnostico: regole comuni a tutte le arbovirosi	<i>valido per tutte le parti</i>
Parte A – Dengue, Chikungunya e Zika	<i>arbovirosi trasmesse da Aedes albopictus</i>
Parte B – West Nile virus e Usutu virus	<i>arbovirosi trasmesse da Culex spp.</i>
Parte C – Toscana virus ed encefalite da zecche (TBE)	<i>flebotomi e zecche</i>
Cosa dire al paziente · Attenzione ai cluster · Contatti	<i>riquadri operativi</i>
Allegato 1 – Distribuzione geografica delle arbovirosi	<i>fonti da consultare</i>
Allegato 2 – Scheda di segnalazione di arbovirosi (eccetto WNV e USUV)	<i>modello ministeriale</i>
Allegato 3 – Scheda di segnalazione di WNV e USUV	<i>modello ministeriale</i>

Per i profili sindromici di riferimento e per lo schema operativo diagnostico completo si rinvia agli Allegati 1 e 2 della Circolare ministeriale 1510/2026. Le presenti Linee operative si applicano fino al termine della stagione vettoriale e comunque fino a diversa comunicazione: le temperature medie più alte della norma prolungano l'attività dei vettori fino ad autunno inoltrato.

SEGNALAZIONE E ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO: REGOLE COMUNI A TUTTE LE ARBOVIROSI

Quando e come segnalare	– Entro 12 ore dal sospetto clinico, senza attendere l'esito di laboratorio, sul sistema informativo regionale IRIS (https://iris.sanita.puglia.it), che alimenta il sistema nazionale PREMAL. – Vanno segnalati anche i casi soltanto sospetti; la segnalazione è poi aggiornata con l'esito di laboratorio e con la classificazione finale del caso. – Solo in caso di indisponibilità della piattaforma: scheda di segnalazione (Allegato 2 o Allegato 3) al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) della ASL competente per territorio e, per conoscenza, a malinf@regione.puglia.it, esclusivamente da casella istituzionale. – La trasmissione al Ministero della Salute e all'Istituto Superiore di Sanità è effettuata dalla Regione: non utilizzare i recapiti nazionali riportati sui modelli ministeriali. – L'obbligo di segnalazione riguarda tutti i medici e tutte le strutture, comprese le strutture e i laboratori privati.
Attenzione ai cluster	La comparsa ravvicinata di più casi febbrili nella stessa famiglia, nello stesso edificio, quartiere o comunità, in assenza di storia di viaggio e durante la stagione di attività dei vettori, è segnale di possibile circolazione locale di arbovirus: va segnalata immediatamente al SISP anche senza rash o artralgie e impone l'accertamento diagnostico su tutti i casi.



Quali campioni e quando	– Fase acuta (0–15 giorni dall’esordio): siero, sangue intero in EDTA e urine per il test molecolare; per la dengue anche antigene NS1 (0–10 giorni); siero per IgM/IgG. – Forme neurologiche: aggiungere sempre il liquor, per test molecolare e per IgM/IgG. – Secondo prelievo di siero dopo almeno 14 giorni dal primo, per la valutazione della sieroconversione. – Conservare aliquote a –20/–80 °C; i campioni, anche con esito negativo, sono conservati e messi a disposizione su richiesta del Laboratorio di Riferimento Regionale o nazionale. – Inviare i campioni al Laboratorio di Riferimento Regionale in categoria B (UN3373), accompagnati dalla scheda di segnalazione (Allegato 2 o Allegato 3) compilata in tutte le sue parti. – Indicare sempre nella richiesta le vaccinazioni per febbre gialla, encefalite da zecche ed encefalite giapponese e i viaggi pregressi in aree endemiche per flavivirus: incidono sull’interpretazione dei test sierologici per l’estesa cross-reattività tra orthoflavivirus.
Come leggere gli esiti	– Test molecolare positivo: caso confermato. – Antigene NS1 positivo (dengue): caso confermato; se ottenuto con test rapido immunocromatografico va confermato con test molecolare o con sieroconversione. – IgM specifiche per WNV nel liquor: caso confermato. – IgM e/o IgG positive in assenza di test molecolare positivo: caso probabile, da confermare con test di neutralizzazione presso il Laboratorio di Riferimento Regionale. – Esito negativo: non esclude l’infezione. Ripetere la sierologia dopo almeno 14 giorni su campione successivo e valutare la diagnosi differenziale con le altre arbovirosi, comprese quelle non testate a livello locale.
Dove inviare i campioni	Laboratorio di Riferimento Regionale: UOC Laboratorio di Sanità Pubblica – AOU Consorziiale Policlinico di Bari, Piazza Giulio Cesare 11, 70124 Bari. Referente: Prof.ssa Maria Chironna – maria.chironna@uniba.it; labsanitapubblica@policlinico.ba.it tel. 080/5597478. Tutti i laboratori pubblici e privati che eseguono test per arbovirus su soggetti residenti o domiciliati in Puglia trasmettono al Laboratorio di Riferimento Regionale i campioni e gli esiti, anche positivi e anche se ottenuti con test rapidi, per la conferma e la caratterizzazione virologica.
Protezione dei dati	Le schede contenenti dati identificativi dei pazienti sono trattate e trasmesse nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003: sono inviate esclusivamente da caselle istituzionali agli indirizzi indicati, non vanno inoltrate a soggetti diversi da quelli competenti e non devono transitare su canali non istituzionali.

Tempistiche di riferimento. Segnalazione del medico al SISP entro 12 ore (art. 5 del DM 7 marzo 2022); trasmissione del caso dalla ASL alla Regione entro 24 ore, completo di indagine epidemiologica; notifica immediata della Regione al sistema di sorveglianza nazionale. Per l’encefalite da zecche e per il Toscana virus vige il flusso dedicato: 12 ore all’Azienda sanitaria, 48 ore al sistema nazionale per i casi probabili e confermati. Quando la positività umana precede l’evidenza veterinaria, il SISP informa il Servizio veterinario aziendale e regionale e l’IZS per l’avvio dell’indagine epidemiologica congiunta entro 24 ore dalla segnalazione del caso.



PARTE A – DENGUE, CHIKUNGUNYA E ZIKA

La trasmissione avviene prevalentemente attraverso la puntura di zanzare *Aedes* infette; ***Aedes albopictus*** rappresenta il vettore competente di maggiore rilevanza sul territorio regionale dalla primavera all'autunno inoltrato. Sono documentate anche vie di trasmissione non vettoriale, comprese la trasmissione trasfusionale, mediante trapianto e verticale madre-feto. Per Zika virus la trasmissione sessuale è ben documentata. Non si verifica ordinariamente trasmissione interumana attraverso i comuni contatti sociali.

Raccolta anamnestica

Ai fini della definizione del sospetto clinico, il criterio epidemiologico è considerato soddisfatto quando, nelle 3 settimane precedenti l'insorgenza dei sintomi, ricorre almeno una delle seguenti condizioni:

- viaggio o permanenza, anche per scalo, in un Paese con trasmissione documentata di Dengue, Chikungunya o Zika (Allegato 1);

oppure

- permanenza in un Comune, o in un'area sub-comunale, del territorio italiano in cui sia stata documentata nella stagione corrente trasmissione autoctona (consultare il bollettino ISS arbovirosi e le comunicazioni della Sezione PSS);

oppure

- collegamento epidemiologico – convivenza, soggiorno in prossimità, rapporti sessuali per Zika – con un caso probabile o confermato, importato o autoctono.

Per Zika indagare anche eventuali contatti sessuali nei 3 mesi (uomo) o 2 mesi (donna) precedenti con un caso confermato di Zika o con una persona che abbia soggiornato in un'area endemica per Zika virus (indicazioni OMS sulla prevenzione della trasmissione sessuale di Zika virus). Nelle donne in gravidanza con esposizione compatibile valutare l'accertamento diagnostico anche in assenza di sintomi, concordandolo con il Laboratorio di Riferimento Regionale.

Sospetto clinico

A	In presenza del criterio epidemiologico: qualunque persona con febbre, o storia di febbre recente anche trattata con antipiretici, non attribuibile ad altra causa.
B	In assenza del criterio epidemiologico, durante la stagione di attività vettoriale: sindrome febbrile acuta, o recente storia di febbre, associata ad almeno uno tra rash; dolore articolare e/o retro-orbitale; coinvolgimento d'organo neurologico, epatico o cardiologico; cluster spazio-temporale di casi febbrili di non chiara origine (stessa famiglia, edificio, quartiere o comunità).



Elementi clinici di orientamento

Dengue	Chikungunya	Zika
Febbre elevata a esordio acuto, generalmente associata a cefalea intensa, dolore retro-orbitario, mialgie e artralgie, nausea e/o vomito e rash cutaneo; può essere presente linfadenopatia. Attenzione ai segni predittivi di dengue grave: dolore o dolorabilità addominale, vomito persistente, accumulo di fluidi, sanguinamento dalle mucose, letargia, epatomegalia, irrequietezza. Dengue grave: grave perdita plasmatica con shock o accumulo di liquidi con distress respiratorio; grave sanguinamento; grave insufficienza d'organo, inclusi interessamento epatico con transaminasi ≥ 1.000 UI/L, alterazione dello stato di coscienza o insufficienza cardiaca. Nei bambini piccoli, negli anziani, nelle donne in gravidanza e nei pazienti con comorbidità o condizioni di fragilità è richiesta particolare cautela nella valutazione clinica; anche in assenza di segni di allarme può essere considerata la gestione ospedaliera sulla base della valutazione individuale.	Esordio acuto di febbre e poliartralgia grave, tale da limitare le normali attività quotidiane, in assenza di altre cause. Rash morbilliforme tipicamente 3–5 giorni dopo l'esordio della febbre, nel 20% dei casi con prurito; assenza di enantema.	Esantema cutaneo, solitamente associato a prurito, e congiuntivite non purulenta con iperemia. Rash maculo-papulare meno diffuso e confluyente rispetto alla dengue; molto rari petecchie e fenomeni emorragici.

CONSIGLI IN PILLOLE

In presenza di sindrome febbrile acuta compatibile con arbovirosi da Aedes, evitare acido acetilsalicilico e altri FANS fino all'esclusione della dengue, per il rischio emorragico. Per il controllo iniziale di febbre e dolore utilizzare paracetamolo, in assenza di controindicazioni.

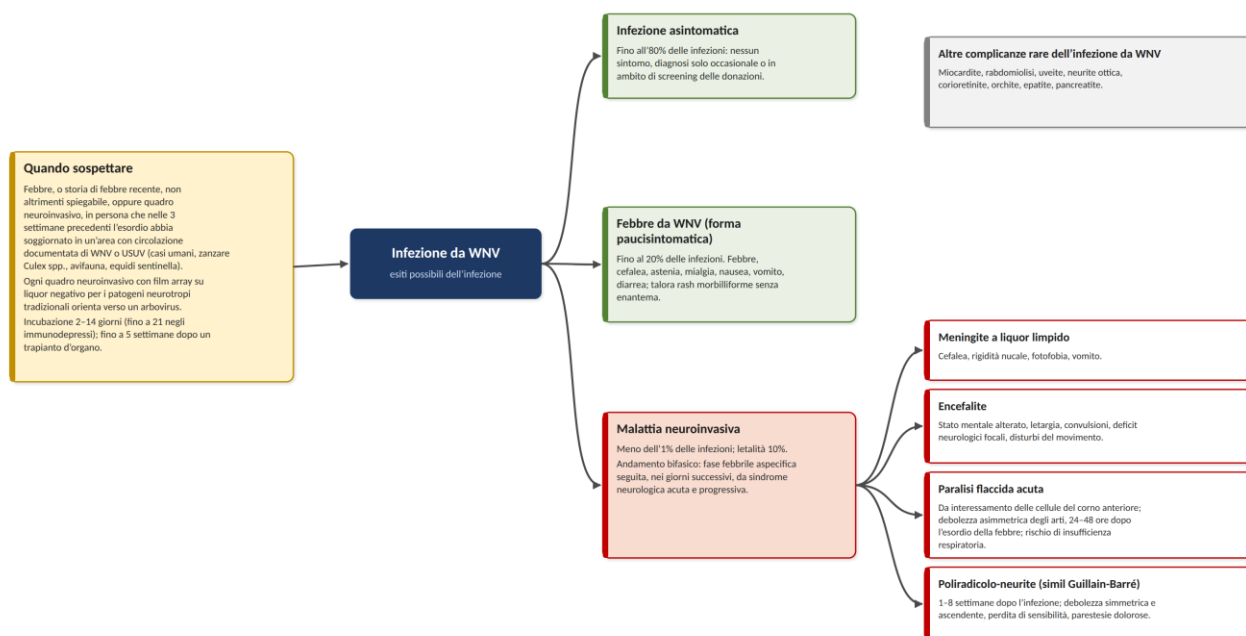


PARTE B – WEST NILE VIRUS E USUTU VIRUS

Vettore: zanzare del genere *Culex* spp., attive prevalentemente nelle ore serali e notturne. Il serbatoio è costituito dagli uccelli selvatici; l'uomo e gli equidi sono ospiti accidentali a fondo cieco, nei quali non si raggiunge una viremia sufficiente a infettare altre zanzare. Sono documentate anche la trasmissione trasfusionale, da trapianto d'organo, l'esposizione di laboratorio e la trasmissione madre-feto.

Potenziale esposizione	Fattori di rischio per la malattia grave
Puntura di zanzara · trasfusione di sangue ed emocomponenti · trapianto di organi, tessuti e cellule · esposizione in laboratorio · trasmissione da madre a feto	Età ≥ 60 anni · ipertensione · diabete · neoplasie maligne · malattia renale cronica · immunodepressione · abuso di alcol

Sospetto clinico di malattia da West Nile Virus (WNV)



Fattori di rischio per la forma grave: età > 60 anni, ipertensione, diabete, neoplasie maligne, malattia renale cronica, immunodepressione, abuso di alcol.

Frequenze: Circolare Mds 1510/2026 (Gould CV et al., JAMA 2025). Adattamento del "Diagnostic Testing Algorithm for Suspected West Nile Virus Disease", U.S. CDC. Elaborazione Regione Puglia - Sezione PSS, 2026.

Specificità diagnostiche per WNV e USUV

Si applicano le regole comuni riportate in apertura del documento.

In particolare: nelle forme neuroinvasive prelevare sempre il liquor, oltre a siero, sangue intero in EDTA e urine; la positività delle IgM specifiche per WNV nel liquor soddisfa da sola i criteri di laboratorio di conferma; la positività delle sole IgM/IgG su siero configura un caso probabile, da confermare con test di neutralizzazione su un secondo campione prelevato ad almeno 14 giorni di distanza.

Il campione di urine mantiene utilità diagnostica anche oltre il quindicesimo giorno dall'esordio.

Sospetto clinico di malattia da Usutu virus

Non sono attualmente disponibili dati di dettaglio sull'incidenza dell'infezione da USUV, sul rapporto tra casi sintomatici e asintomatici e sullo spettro clinico.

La sintomatologia dei casi documentati varia da una sindrome febbrile, che può essere accompagnata da rash cutaneo, epatite e ittero, fino a manifestazioni neurologiche gravi molto simili alla malattia neuro-invasiva da West Nile, quali encefalite, meningite a liquor limpido, poliradicolo-neurite (simil Guillain-Barré) o paralisi flaccida acuta. Nei pazienti immunocompromessi il quadro neuroinvasivo è descritto con maggiore frequenza.

La diagnosi differenziale con WNV è laboratoristica: i test vanno richiesti congiuntamente.

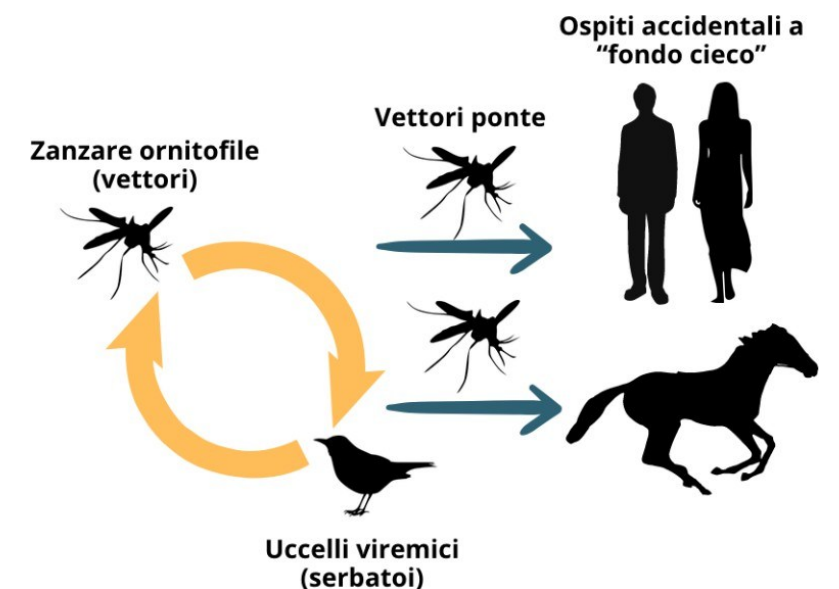
Informazioni generali

La febbre West Nile è causata dal virus West Nile, appartenente alla famiglia Flaviviridae, isolato per la prima volta nel 1937 nel distretto di West Nile in Uganda. Il virus è oggi diffuso in Africa, Medio Oriente, Nord America, Asia occidentale ed Europa, dove è segnalato a partire dal 1958.

In Italia, dall'inizio della sorveglianza al 09/09/2026, sono stati segnalati 594 casi confermati di infezione da WNV nell'uomo, di cui 306 si sono manifestati nella forma neuroinvasiva, e 12 casi di Usutu virus.

Anche in Puglia, nella stagione **2026** sono stati confermati diversi casi umani di WNV, con positività documentate anche in equidi e in zanzare Culex spp.

La circolazione del virus sul territorio regionale rende necessario mantenere elevato il sospetto diagnostico per tutta la stagione vettoriale.



Ciclo di trasmissione del virus West Nile: l'uomo e gli equidi sono ospiti accidentali a fondo cieco.

Fonti

- Febbre West Nile – Epicentro, Istituto Superiore di Sanità: <https://www.epicentro.iss.it/westnile/>
- West Nile Disease (WND) – Ministero della Salute, Sanità animale: <https://www.salute.gov.it/portale/sanitaAnimale/dettaglioContenutiSanitaAnimale.jsp?lingua=italiano&id=214&tab=1>
- World Health Organization – West Nile virus, Fact sheet: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/west-nile-virus>
- U.S. Centers for Disease Control and Prevention – Clinical Diagnosis, Treatment, and Prevention of Usutu Virus Disease: <https://www.cdc.gov/usutu/hcp/clinical-diagnosis-treatment/index.html>
- Piano Nazionale di prevenzione, sorveglianza e risposta alle Arbovirosi (PNA) 2020-2025, novembre 2019, prorogato al 31 dicembre 2026 con Atto della Conferenza Stato-Regioni n. 245 del 18 dicembre 2025.
- Circolare del Ministero della Salute prot. 0001510-28/04/2026-DGEME-MDS-P – Arbovirosi, stagione vettoriale 2026.



PARTE C – TOSCANA VIRUS (TOSV) ED ENCEFALITE DA ZECCHÉ (TBE)

Il Toscana virus, trasmesso dai flebotomi (pappataci), è endemico nell'Italia centro-meridionale ed è una delle cause più frequenti di meningite a liquor limpido nella stagione estiva; l'encefalite da zecche è invece legata a soggiorni in aree endemiche del Nord-Est italiano e dell'Europa centro-orientale. Entrambe rientrano nella sorveglianza del PNA e nell'Obiettivo 8 della Circolare ministeriale 1510/2026 e vanno considerate nella diagnosi differenziale delle sindromi neurologiche estive.

Quando sospettare	– Meningite a liquor limpido, meningoencefalite o encefalite, in particolare tra maggio e ottobre, con film array su liquor negativo per i patogeni neurotropi tradizionali. – Toscana virus: esposizione a flebotomi in contesti rurali, periurbani o costieri, anche senza ricordo della puntura; l'infezione può presentarsi anche come sindrome febbrile con cefalea intensa senza segni meningei. – TBE: morso di zecca o soggiorno in aree endemiche (Nord-Est italiano, Europa centro-orientale) nelle 4 settimane precedenti oppure consumo di latte crudo o prodotti lattiero-caseari non pastorizzati provenienti da aree a rischio; andamento tipicamente bifasico, con una fase febbrile seguita, dopo un intervallo libero, dalla fase neurologica.
Campioni	– Fase acuta: liquor, siero, sangue intero in EDTA e urine per il test molecolare; siero e liquor per IgM/IgG. – Secondo prelievo di siero dopo almeno 14 giorni per la valutazione della sieroconversione; conferma mediante test di neutralizzazione presso il Laboratorio di Riferimento Regionale. – Invio al Laboratorio di Riferimento Regionale con la scheda di segnalazione (Allegato 2), barrando la casella "TBE" o "Virus Toscana".
Segnalazione	– Entro 12 ore dal sospetto: segnalazione in IRIS da parte del medico che pone il sospetto. – Entro 48 ore: notifica dei casi probabili e confermati al sistema di sorveglianza nazionale, a cura della Regione. – Per ogni caso probabile vanno completati gli accertamenti diagnostici necessari alla conferma.
Prevenzione da richiamare al paziente	– TOSV: protezione dalle punture di flebotomi nelle ore serali e notturne, con repellenti, zanzariere a maglia fitta e abbigliamento coprente. – TBE: nelle aree endemiche, abbigliamento protettivo e ispezione della cute dopo escursioni in ambienti boschivi; rimozione precoce della zecca. È disponibile una vaccinazione, indicata per chi soggiorna o lavora in aree endemiche.

**RIQUADRI OPERATIVI****COSA DIRE AL PAZIENTE CON SOSPETTA ARBOVIROSI**

- Nei 7 giorni successivi all'esordio dei sintomi, periodo in cui il virus può essere presente nel sangue, proteggersi dalle punture di zanzara con repellenti cutanei, abbigliamento coprente, zanzariere e permanenza in ambienti climatizzati: è la misura che impedisce alle zanzare presenti sul territorio di acquisire il virus e trasmetterlo ad altre persone.
- Non donare sangue, emocomponenti, organi, tessuti o cellule fino a diversa indicazione del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica. Riferire al medico se si sono effettuate donazioni nei 28 giorni precedenti l'esordio dei sintomi.
- Fino all'esclusione della dengue evitare acido acetilsalicilico e FANS. Mantenere un'adeguata idratazione e rivolgersi immediatamente al medico/Pronto Soccorso in presenza di segni di allarme.
- Per Zika applicare inoltre le misure di prevenzione della trasmissione sessuale previste dalle raccomandazioni WHO, con particolare attenzione in presenza di gravidanza.
- Rivolgersi immediatamente al medico o al Pronto Soccorso in presenza di segni di allarme: dolore addominale intenso, vomito persistente, sanguinamenti, prostrazione, alterazione dello stato di coscienza.

CONTATTI

Segnalazione dei casi	IRIS – https://iris.sanita.puglia.it . In caso di indisponibilità della piattaforma: casella malinf della ASL competente (vedi sotto) e casella regionale malinf@regione.puglia.it
Caselle malinf delle ASL	ASL BA malinf@asl.bari.it · ASL BT malinf@aslbat.it · ASL BR malinf@asl.brindisi.it · ASL FG malinf@aslfg.it · ASL LE malinf@asl.lecce.it · ASL TA malinf@asl.taranto.it
Laboratorio di Riferimento Regionale	UOC Laboratorio di Sanità Pubblica – AOU Consorziale Policlinico di Bari, Piazza Giulio Cesare 11, 70124 Bari. Referente Prof.ssa Maria Chironna – maria.chironna@uniba.it ; labsanitapubblica@policlinico.ba.it ; tel. 080/5597478
Referenti Regionali Arbovirosi – parte umana	NEHLUDOFF ALBANO VIVIANA VITALE – punto di contatto per le Aziende e per il raccordo con il Gruppo Operativo Arbovirosi nazionale
Sezione Promozione della Salute e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro	PEO salutelavoro@regione.puglia.it · malinf@regione.puglia.it · PEC sezionepps.regione@pec.rupar.puglia.it · Via Gentile 52, 70126 Bari



ALLEGATO 1 – DISTRIBUZIONE GEOGRAFICA DELLE ARBOVIROSI

La distribuzione geografica delle arbovirosi è in continua evoluzione. Le mappe e gli elenchi dei Paesi con trasmissione documentata vanno consultati al momento della valutazione del paziente: di seguito le fonti istituzionali di riferimento, aggiornate periodicamente.

Ambito	Fonte da consultare
Dengue	Global dengue surveillance – OMS: https://worldhealthorg.shinyapps.io/dengue_global/ Dengue monthly report – ECDC: https://www.ecdc.europa.eu/en/dengue-monthly
Zika	Countries and territories with current or previous Zika virus transmission – OMS Zika virus disease – ECDC: https://www.ecdc.europa.eu/en/zika-virus-disease
Chikungunya	Chikungunya virus disease – ECDC: https://www.ecdc.europa.eu/en/chikungunya-virus-disease
West Nile e Usutu	West Nile virus infection – ECDC, mappe settimanali europee Sorveglianza WNV – Epicentro ISS: https://www.epicentro.iss.it/westnile/
Aree italiane con trasmissione autoctona nella stagione corrente	Bollettino ISS sulle arbovirosi: https://www.epicentro.iss.it/arbovirosi/bollettini Comunicazioni della Sezione Promozione della Salute e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro

Nota. Ai fini della valutazione del criterio epidemiologico rileva la permanenza nelle 3 settimane precedenti l'esordio dei sintomi, comprese le soste per scalo. Le aree italiane con trasmissione autoctona documentata nella stagione corrente vanno considerate al pari dei Paesi endemici.

**ALLEGATO 2 – SCHEDA DI SEGNALAZIONE DI UN CASO DI ARBOVIROSI (ECCEZIONE WNV E USUV)**

AVVERTENZA. La scheda riproduce il modello ministeriale (Allegato 13 del PNA 2020-2025). La segnalazione si effettua sul sistema informativo regionale IRIS; la scheda cartacea va utilizzata solo in caso di indisponibilità della piattaforma e trasmessa al SISP della ASL competente e a malinf@regione.puglia.it. La trasmissione al Ministero della Salute e all'Istituto Superiore di Sanità è curata dalla Regione: non utilizzare gli indirizzi e i numeri di fax riportati sul modello ministeriale. Ai fini dell'indagine considerare i luoghi di permanenza nelle almeno 3 settimane precedenti l'esordio dei sintomi, anche se il modello ministeriale riporta 15 giorni.

Patologia sospettata: ☐ Chikungunya ☐ Dengue ☐ Virus Zika ☐ TBE ☐ Virus Toscana ☐ Altro _____	
DATI DELLA SEGNALAZIONE	
Data di segnalazione	_____ Regione: PUGLIA ASL: _____
DATI DI CHI COMPILA LA SCHEDA	
Nome e cognome del medico	_____ _____
Telefono / E-mail	_____ _____
INFORMAZIONI ANAGRAFICHE	
Nome e cognome	_____ _____
Sesso / Data di nascita	☐ M ☐ F _____
Comune di residenza	_____ _____
LUOGO DI ESPOSIZIONE (permanenza nelle 3 settimane precedenti l'esordio dei sintomi)	
Nazione	_____ _____
Se in Italia: indirizzo e Comune	_____ _____
Tipologia	☐ Domicilio abituale ☐ Altro domicilio
Eventuali scali / soste durante il viaggio	_____ _____
VIA DI TRASMISSIONE	
Indicare la via di trasmissione	☐ Vettore ☐ Sessuale ☐ Trasfusione/Trapianto ☐ Alimentare (prodotti non pastorizzati) ☐ Altro _____
INFORMAZIONI GENERALI	
Donatore	☐ Sì ☐ No Tipo: ☐ Sangue ☐ Cellule ☐ Tessuti ☐ Organi
Ha donato nei 28 giorni precedenti l'inizio dei sintomi	☐ Sì ☐ No
Anamnesi per trasfusione di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti	☐ Sì ☐ No
Anamnesi per trapianto di organi, tessuti o cellule nei 28 giorni precedenti	☐ Sì ☐ No



Gravidanza	☐ Sì ☐ No Se sì, n. di settimane: _____
STATO VACCINALE	
Il soggetto è stato vaccinato per	Tick Borne Encephalitis: ☐ Sì ☐ No ☐ Non noto Febbre gialla: ☐ Sì ☐ No ☐ Non noto Encefalite giapponese: ☐ Sì ☐ No ☐ Non noto
INFORMAZIONI CLINICHE	
Presenza di sintomi / data inizio	☐ Sì ☐ No Data inizio sintomi: _____
Manifestazione clinica	☐ Febbre ☐ Astenia/cefalea ☐ Artralgia ☐ Poliartralgia grave ☐ Mialgia ☐ Esantema ☐ Nausea/vomito ☐ Dolore oculare o retro-orbitale ☐ Congiuntivite non purulenta/iperemia ☐ Encefalite ☐ Meningite ☐ Poliradicoloneurite (simil Guillain-Barré atipica) ☐ Meningo-encefalite ☐ Encefalomielite
Altro (specificare)	_____ _____
Condizioni di rischio preesistenti	☐ Sì ☐ No ☐ Non noto Se sì: _____
Ricovero ospedaliero	☐ Sì ☐ No ☐ Non noto Data ricovero: _____ Ospedale: _____
ESAMI DI LABORATORIO (indicare il patogeno cui si riferiscono: ☐ Chikungunya ☐ Dengue ☐ Zika ☐ TBE ☐ Toscana)	
Liquor	☐ Sì ☐ No ☐ Non noto Data prelievo: _____ IgM ☐ Pos ☐ Neg ☐ Dubbio IgG ☐ Pos ☐ Neg ☐ Dubbio PCR ☐ Pos ☐ Neg ☐ Dubbio Isolamento ☐ Pos ☐ Neg
Siero / sangue	☐ Sì ☐ No ☐ Non noto Data prelievo: _____ IgM ☐ Pos ☐ Neg ☐ Dubbio IgG ☐ Pos ☐ Neg ☐ Dubbio Neutralizzazione ☐ Pos ☐ Neg ☐ Dubbio PCR ☐ Pos ☐ Neg ☐ Dubbio Isolamento ☐ Pos ☐ Neg Antigene NS1 (solo dengue) ☐ Pos ☐ Neg ☐ Dubbio
Urine	☐ Sì ☐ No ☐ Non noto Data prelievo: _____ PCR ☐ Pos ☐ Neg ☐ Dubbio
Invio del campione al Laboratorio di Riferimento Regionale	☐ Sì ☐ No Se sì, data: _____
ESITO E FOLLOW-UP (aggiornare l'esito almeno una volta a distanza di 30 giorni)	
Esito	☐ Guarito ☐ In miglioramento ☐ Grave ☐ Deceduto ☐ Non noto ☐ Non applicabile (es. donatore asintomatico) Data: _____ (se deceduto, indicare la data del decesso)
CLASSIFICAZIONE DEL CASO	
Caso	☐ Confermato ☐ Probabile



Tipo di caso	☐ Autoctono, stessa Regione ☐ Autoctono, proveniente da altra Regione ☐ Importato, da Stato estero
Note	

Si raccomanda di indicare nel sistema di sorveglianza come “deceduti” solo i casi per cui il decesso sia ragionevolmente attribuibile all’infezione da arbovirus. Compilare in stampatello in modo leggibile.

**ALLEGATO 3 – SCHEDA DI SEGNALEZIONE DI UN CASO UMANO DI INFEZIONE DA WEST NILE
VIRUS O USUTU VIRUS**

AVVERTENZA. La scheda riproduce il modello ministeriale. La segnalazione si effettua sul sistema informativo regionale IRIS; la scheda cartacea va utilizzata solo in caso di indisponibilità della piattaforma e trasmessa al SISP della ASL competente e a malinf@regione.puglia.it. La trasmissione al Ministero della Salute e all'Istituto Superiore di Sanità è curata dalla Regione: non utilizzare gli indirizzi, i portali e i numeri di fax riportati sul modello ministeriale.

Agente: ☐ West Nile Virus (WNV) ☐ Usutu Virus (USUV) ☐ Coinfezione WNV / USUV	
DATI DELLA SEGNALEZIONE	
Data di segnalazione	_____ Regione: PUGLIA ASL: _____
DATI DI CHI COMPILA LA SCHEDA	
Nome e cognome del medico	_____ _____
Telefono / E-mail	_____ _____
INFORMAZIONI GENERALI	
Nome e cognome	_____ _____
Sesso / Data di nascita	☐ M ☐ F _____
Comune di residenza	_____ _____
Donatore	☐ Sì ☐ No Ha donato nei 28 giorni precedenti: ☐ Sì ☐ No Tipologia di donatore: ☐ Sangue ☐ Cellule ☐ Tessuti ☐ Organi
Luogo di più probabile esposizione (permanenza nelle 3 settimane precedenti l'esordio)	Nazione: _____ Se in Italia, indirizzo e Comune: _____ ☐ Domicilio abituale ☐ Altro domicilio
ANAMNESI	
Trasfusione di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti l'inizio dei sintomi	☐ Sì ☐ No ☐ Non noto
Trapianto di organi, tessuti o cellule nei 28 giorni precedenti l'inizio dei sintomi	☐ Sì ☐ No ☐ Non noto
STATO VACCINALE	
Il paziente è stato vaccinato per	Tick Borne Encephalitis: ☐ Sì ☐ No ☐ Non noto Febbre gialla: ☐ Sì ☐ No ☐ Non noto Encefalite giapponese: ☐ Sì ☐ No ☐ Non noto
INFORMAZIONI CLINICHE	
Presenza di sintomi	☐ Sì ☐ No Febbre: ☐ Sì ☐ No ☐ Non noto Data inizio febbre/altri sintomi: _____



Manifestazione clinica	☐ Encefalite ☐ Meningite ☐ Poliradicoloneurite (simil Guillain-Barré atipica) ☐ Paralisi flaccida acuta Altro (specificare): _____
Condizioni di rischio preesistenti	☐ Sì ☐ No ☐ Non noto Se sì: _____
Ricovero ospedaliero	☐ Sì ☐ No ☐ Non noto Data ricovero: _____ Ospedale: _____
ESAMI DI LABORATORIO	
Liquor	☐ Sì ☐ No ☐ Non noto Data prelievo: _____ IgM ☐ Pos ☐ Neg ☐ Dubbio IgG ☐ Pos ☐ Neg ☐ Dubbio PCR ☐ Pos ☐ Neg ☐ Dubbio Isolamento virale ☐ Pos ☐ Neg
Siero / sangue	☐ Sì ☐ No ☐ Non noto Data prelievo: _____ IgM ☐ Pos ☐ Neg ☐ Dubbio IgG ☐ Pos ☐ Neg ☐ Dubbio Neutralizzazione ☐ Pos ☐ Neg ☐ Dubbio PCR ☐ Pos ☐ Neg ☐ Dubbio Test NAT ☐ Pos ☐ Neg ☐ Dubbio Isolamento virale ☐ Pos ☐ Neg
Urine	☐ Sì ☐ No ☐ Non noto Data prelievo: _____ PCR ☐ Pos ☐ Neg ☐ Dubbio
Solo per WNV: sequenziamento	Lineage 1 ☐ Lineage 2 ☐ Altro: _____
Invio del campione al Laboratorio di Riferimento Regionale	☐ Sì ☐ No Se sì, data di invio: _____
ESITO E FOLLOW-UP (aggiornare a 30 giorni)	
Esito	☐ Guarito ☐ In miglioramento ☐ Grave ☐ Deceduto ☐ Non noto ☐ Non applicabile ☐ Comparsa di sintomi successiva a riscontro NAT positivo Data esito: _____
CLASSIFICAZIONE	
Caso	Confermato: ☐ Neuroinvasivo ☐ Solo febbre ☐ Sintomatico altro ☐ Donatore ☐ Asintomatico Probabile: ☐ Neuroinvasivo ☐ Solo febbre ☐ Sintomatico altro ☐ Donatore ☐ Asintomatico
Tipo di caso	☐ Autoctono, stessa Regione ☐ Autoctono, proveniente da altra Regione ☐ Importato, da Stato estero
Note	_____ _____ _____

Si raccomanda di indicare nel sistema di sorveglianza come “deceduti” solo i casi notificati per cui il decesso sia ragionevolmente attribuibile all’infezione notificata.