



URGENTE

- Ai Direttori Generali
e, per il loro tramite, a tutte le articolazioni interne
- *delle Aziende Sanitarie Locali*
- Ai Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione
e, per il loro tramite,
ai Direttori dei Servizi Veterinari SIAV A-C
ai Direttori dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica SISP
ai Direttori Servizi di Sicurezza sui Luoghi di Lavoro SPESAL
- *delle Aziende Sanitarie Locali*
- All' Istituto Zooprofilattico Sperimentale di Puglia e Basilicata
- Ai Direttori Generali
e, per il loro tramite, a tutte le articolazioni interne
- *delle Aziende Ospedaliere Universitarie*
 - *degli IRCCS pubblici*
 - *degli IRCCS/EE privati*
- Alle Associazioni e Rappresentanze di Categoria:
- *dei MMG/PLS*
 - *delle Strutture Private Accreditate*
 - *dei Donatori di Sangue*
- Al Coordinatore del Centro Regionale Sangue
- Agli Ordini Professionali dei Medici, dei Medici Veterinari e dei Farmacisti
- Al Presidente ANCI Puglia
- Al Presidente UPI Puglia
- Alle Associazioni di categoria degli allevatori
- All' Autorità aeroportuale della Puglia
- All' Autorità di sistema portuale del mar Adriatico meridionale
- e, p.c.*
- Al Dirigenti USMAF sedi Puglia
- Al Coordinatore e Componenti Rete Infettivologica Pugliese
- Al Referente Scientifico OER Puglia
- All' Osservatorio Epidemiologico Veterinario di Puglia (OEVR)
- Ai Dirigenti dei Servizi e delle Sezioni del Dipartimento
- Al Direttore Generale ARESS Puglia
- Al Direttore del Dipartimento Ambiente, Paesaggio e Qualità Urbana
- Al Direttore del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere animale
- Al Presidente della Giunta

Oggetto: WND e USUTU – Dengue, Chikungunya e Zika – Linee operative gestione sospetto clinico – Notifica.

Facendo seguito alle comunicazioni prot. AOO/005/0004409 del 07.06.2023 ¹ e prot. 0190156/2024 del 18.04.2024 ², si trasmettono in allegato alla presente le sotto indicate linee operative:

¹ Notifica circolare Ministero Salute prot. 13307 del 19.05.2023 e Indicazioni operative per la prevenzione, la sorveglianza e l'esecuzione degli interventi per contrastare l'insorgenza di casi di infezione di West Nile Virus (WNV)

² Trasmissione Determinazione Dirigenziale n.96/2024 contenente il Piano operativo regionale per la sorveglianza veterinaria della West Nile Disease e dell'USUTU Puglia 2024



1. Linee operative per la gestione del sospetto clinico, della diagnosi e della segnalazione di Dengue, Chikungunya e Zika complete della scheda di notifica e sorveglianza;
2. Linee operative per la gestione del sospetto clinico, della diagnosi e della segnalazione della malattia da West Nile Virus (WNV) e da Usutu Virus (USUV) complete della scheda per la segnalazione di caso umano.

Le linee operative sono state predisposte dai Gruppi di lavoro istituiti per l'attuazione del Programma Libero 16 "Vettori" del Piano Regionale della Prevenzione nonché per l'attuazione del Piano Nazionale Arboviroosi.

Si fa presente, con l'occasione, che il Piano Nazionale Arboviroosi 2020-2025 è stato recepito con Deliberazione della Giunta regionale n.197 del 04.03.2024 (BURP n.27 del 02.04.2024).

In uno con la PEC di trasmissione della presente comunicazione sono resi disponibili anche i formati editabili delle schede di notifica e segnalazione sopra richiamate.

Si invitano gli Enti indirizzo a voler dare massima diffusione e puntuale applicazione di quanto qui comunicato e trasmesso.

F.to I funzionari istruttori

Viviana Vitale
Mariangela Dafne Vincenti

Il Dirigente del Servizio

Promozione della Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro

Nehludoff Albano

Il Dirigente della Sezione

Promozione della Salute e del Benessere

Onofrio Mongelli



Linee operative per la gestione del sospetto clinico, della diagnosi e della segnalazione di Dengue, Chikungunya e Zika

Raccolta anamnestica

Paziente che riferisce nelle 2 settimane precedenti l'insorgenza dei sintomi:

- una storia di viaggio o residenza in un'area con trasmissione documentata e sostenuta di Dengue, Chikungunya o Zika ([Allegato 1](#))
- oppure*
- residenza in Italia e di essere stato punto da zanzare

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.

Sospetto clinico

Qualunque persona che si presenta all'attenzione del medico con:

Dengue	Chikungunya	Zika
<p>Febbre e <u>almeno 2 dei seguenti sintomi</u>: nausea, vomito, dolore oculare o retro-orbitale, cefalea, esantema cutaneo maculo-papulare, mialgia, artralgie (febbre spaccaossa!!)</p> <p>Attenzione ai segni predittivi di dengue grave: dolore addominale o dolorabilità, vomito persistente, accumulo di fluidi, sanguinamento dalle mucose, letargia, ingrossamento del fegato, irrequietezza</p> <p>Dengue grave si manifesta con grave fuoriuscita plasmatica che porta a shock o accumulo di liquidi con difficoltà respiratoria; grave sanguinamento; o grave insufficienza d'organo come transaminasi elevate ≥ 1000 UI/L, alterazione della coscienza o insufficienza cardiaca</p>	<p>Esordio acuto di febbre e poliartralgia grave (tale da limitare le normali attività quotidiane), in assenza di altre cause</p>	<p>Esantema cutaneo, con o senza febbre e <u>almeno uno</u> dei seguenti segni o sintomi:</p> <ul style="list-style-type: none">• artralgia• mialgia• congiuntivite non purulenta/ipеремia

Consigli in pillole
*In presenza di sospetto clinico di Febbre Dengue **NON** somministrare acido acetilsalicilico o altri farmaci antinfiammatori non steroidei perché aumentano il rischio di sanguinamento!!!*

Sorveglianza epidemiologica

Segnalazione ENTRO 12 ore sul Sistema informativo regionale per la gestione delle attività di sorveglianza epidemiologica (IRIS/PREMA) al link: <https://iris.sanita.puglia.it>

E

invio della scheda di segnalazione ([Allegato 2](#)) a malinf@regione.puglia.it e al gruppo malinf territorialmente competente:

ASL BA: malinf@asl.bari.it
ASL BT: malinf@aslbati.it
ASL BR: malinf@asl.brindisi.it
ASL FG: malinf@aslfg.it
ASL LE: malinf@asl.lecce.it
ASL TA: malinf@asl.taranto.it

Accertamento diagnostico

Raccolta e invio al **Laboratorio Regionale di Riferimento** dei seguenti campioni biologici:

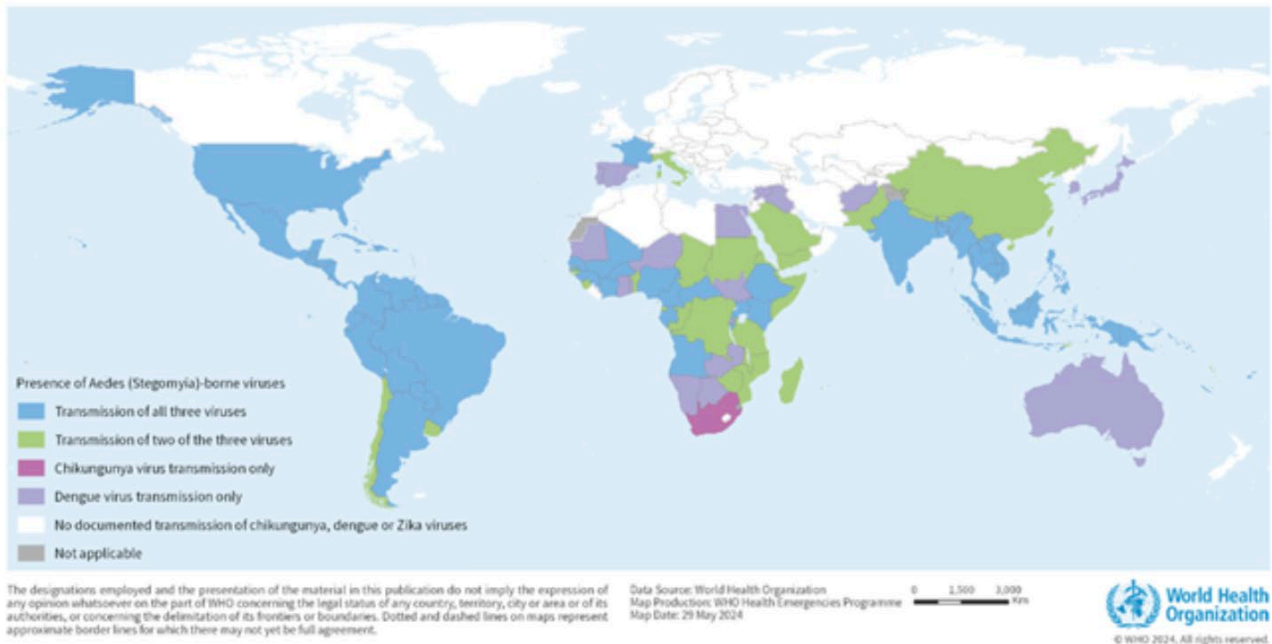
- **siero** per ricerca di IgM e IgG anti-Dengue virus, Chikungunya virus, Zika virus
- **sangue intero, urine** per ricerca diretta in real-time PCR di Dengue virus, Chikungunya virus, Zika virus

Indirizzo: Laboratorio di Epidemiologia Molecolare e Sanità Pubblica, UOC Igiene, AOUC Policlinico di Bari, Piazza Giulio Cesare 11, 70124 Bari

Referente: Prof.ssa Maria Chironna (maria.chironna@uniba.it; 080/5597478)

ATTENZIONE LA DISTRIBUZIONE GEOGRAFICA DELLE ARBOVIROSI È IN CONTINUA EVOLUZIONE
Per gli aggiornamenti più recenti consultare i link sottostanti

Paesi con precedente o attuale trasmissione locale di dengue, chikungunya e/o Zika al 30 aprile 2024



<https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2024-DON518>

<https://www.ecdc.europa.eu/en/dengue-monthly>

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/12-month-chikungunya-virus-disease-case-notification-rate-100-000-population-3>

<https://wwwnc.cdc.gov/travel/page/zika-travel-information>

<https://www.epicentro.iss.it/arbovirosi/bollettini>

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

Vaccinazioni nei confronti di altri Flavivirus:

Tick bome encephalitis S N Non noto; Febbre Gialla S N Non noto; Encefalite Giapponese S N Non noto

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

Ricerca anticorpi IgM nel siero

Data prelievo _____ Tipo metodica usata: _____
Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____ Titolo Zika _____ Titolo Altro _____
Dengue POS NEG Dubbio Chikungunya POS NEG Dubbio Zika POS NEG Dubbio
Altro _____ POS NEG Dubbio

Ricerca anticorpi IgG nel siero

Data prelievo _____ Tipo metodica usata: _____
Titolo Dengue _____ Titolo Chikungunya _____ Titolo Zika _____ Titolo Altro _____
Dengue POS NEG Dubbio Chikungunya POS NEG Dubbio Zika POS NEG Dubbio
Altro _____ POS NEG Dubbio

Identificazione antigene virale

Data prelievo _____ Tipo metodica usata: _____
Dengue (NS1) _____ POS NEG NN

Test di neutralizzazione

Data prelievo _____ Titolo _____

PCR

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

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

Data prelievo _____
Dengue POS NEG Dubbio Chikungunya POS NEG Dubbio Zika POS NEG Dubbio
Altro _____ POS NEG Dubbio

Se Dengue, specificare tipo: DENV1 DENV2 DENV3 DENV4

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

Note (scrivere in stampatello):

Data di compilazione gg | ___ | mm | ___ | aa | ___ |
Operatore sanitario che ha compilato la scheda (timbro e firma)

ISTRUZIONI E NOTE PER LA COMPILAZIONE

La scheda va compilata per tutti i casi probabili o confermati di Chikungunya, Dengue, Zika e altri Arbovirus
Flusso di trasmissione per i casi che insorgono nel periodo di attività del vettore:

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

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

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

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



Linee operative per la gestione del sospetto clinico, della diagnosi e della segnalazione della malattia da West Nile Virus (WNV) e da USUTU Virus (USUV)

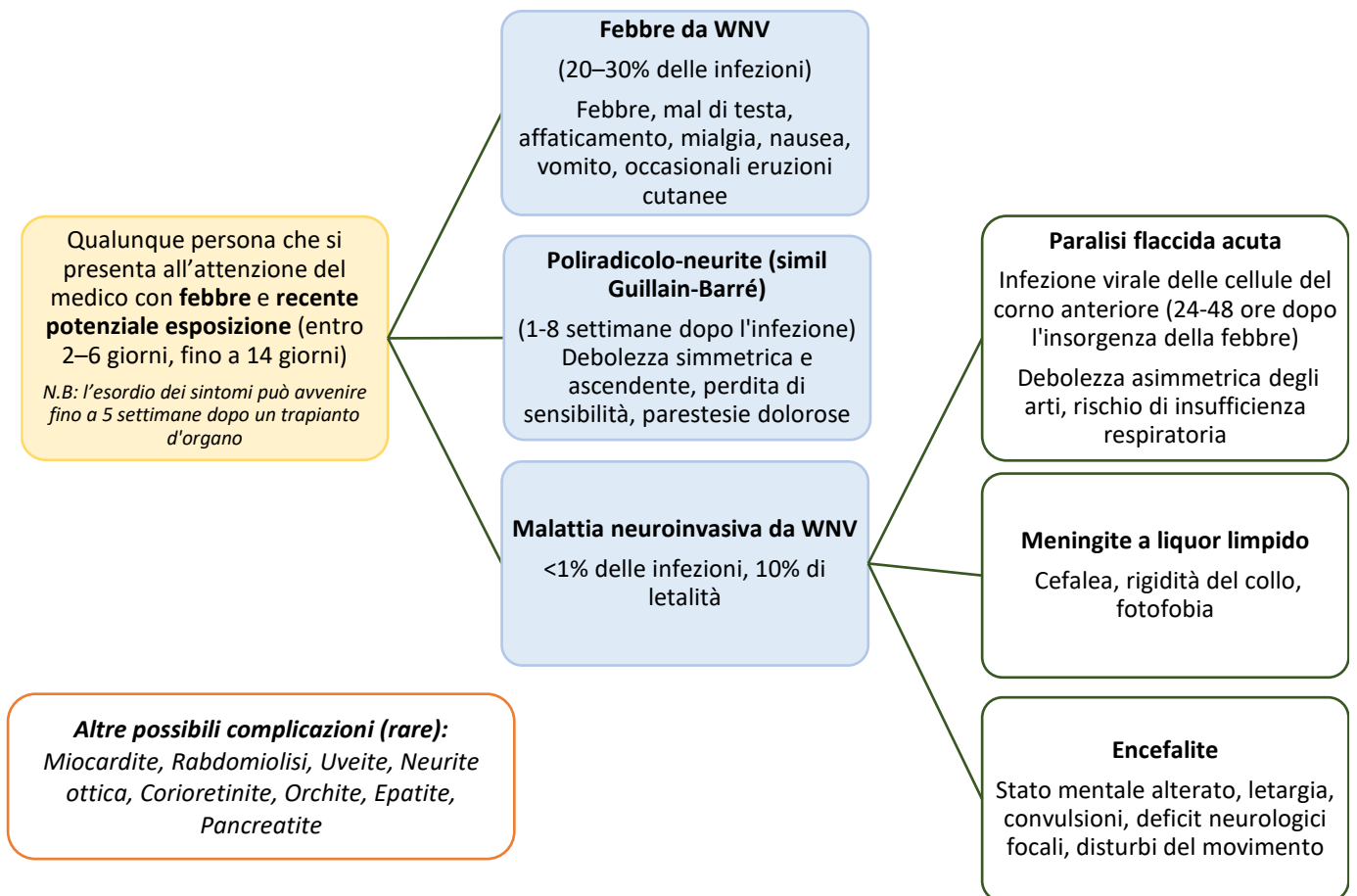
Potenziale esposizione al WNV

Puntura di zanzare – Trasfusioni di sangue –
Trapianti di organi – Esposizione in laboratorio –
Da madre a feto

Fattori di rischio per la malattia grave da WNV

Età ≥60 anni – Ipertensione – Diabete
Neoplasie maligne – Malattia cronica renale
– Immunodepressione – Abuso di alcol

Sospetto clinico di malattia da WNV



(Adattamento in italiano del "Diagnostic Testing Algorithm for Suspected West Nile Virus Disease", U.S. Centers for Disease Control and Prevention; <https://www.cdc.gov/west-nile-virus/hcp/diagnosis-testing/diagnostic-testing-algorithm.html>)

Sospetto clinico di malattia da USUV

Attualmente non sono disponibili dati di dettaglio sull'incidenza dell'infezione da USUV, sul rapporto tra casi sintomatici/asintomatici e sullo spettro clinico. La sintomatologia dei casi documentati di infezione 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, come **encefalite, meningite a liquor limpido, poliradicolo-neurite (simil Guillain-Barré) o paralisi flaccida acuta**.

Sorveglianza epidemiologica

Segnalazione **ENTRO 12 ore** sul Sistema informativo regionale per la gestione delle attività di sorveglianza epidemiologica "IRIS" al link: <https://iris.sanita.puglia.it> che provvede automaticamente ad alimentare il sistema nazionale PREMAL

E

invio della scheda di segnalazione (Allegato 1) a **malinf@regione.puglia.it** e al gruppo malinf territorialmente competente:

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

Accertamento diagnostico

Raccolta e invio al **Laboratorio Regionale di Riferimento** dei seguenti campioni biologici:

- **siero** per risposta anticorpale IgM e IgG specifica al WNV e IgG specifica all'USUV
- **plasma (provetta EDTA), urine e/o liquor** per l'isolamento o l'identificazione dell'acido nucleico del WNV/USUV

Indirizzo: Laboratorio di Epidemiologia Molecolare e Sanità Pubblica, UOC Igiene, AOUC Policlinico di Bari, Piazza Giulio Cesare 11, 70124 Bari

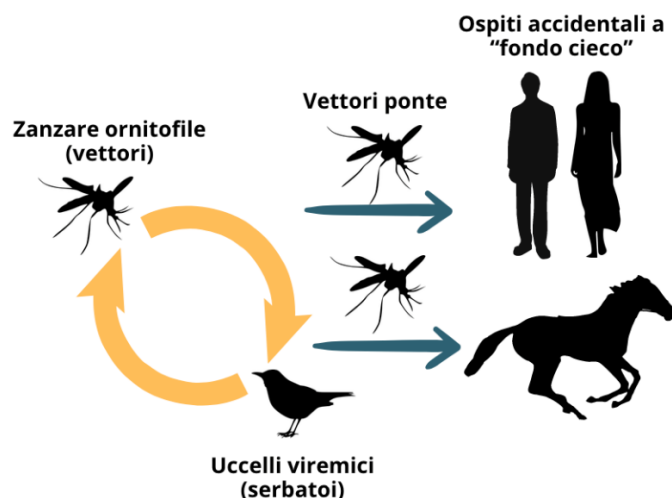
Referente: Prof.ssa Maria Chironna
(maria.chironna@uniba.it - 080/5597478)

Informazioni generali

La febbre **West Nile** è una malattia causata dal virus West Nile, appartenente alla famiglia dei Flaviviridae, isolato per la prima volta nel 1937 nel distretto di West Nile in Uganda. Attualmente WNV è diffuso in Africa, Medio Oriente, Nord America, Asia Occidentale ed Europa, dove è stato segnalato a partire dal 1958. In **Italia**, dal 2008 al 2024, sono stati segnalati **oltre 1.000 casi umani autoctoni confermati di malattia neuro-invasiva da West Nile**.

Il meno noto virus flavivirus **Usutu** è stato isolato per la prima volta in Europa nel 1996; in Italia, a partire dal 2017, sono stati segnalati **25 casi**.

Per entrambi i virus il serbatoio di infezione è rappresentato dagli uccelli selvatici (Passeriformi, Ciconiformi, Caradriformi, Falconiformi e Strigiformi). Il vettore è rappresentato dalle zanzare (soprattutto *Culex* spp.) che possono infettare i mammiferi, incluso l'uomo. In questi ospiti non si raggiunge una viremia sufficiente per infettare altre zanzare e quindi propagare l'infezione. Altre modalità di trasmissione umana, sebbene rari, includono trapianti di organo, trasfusioni di sangue e trasmissione madre-feto durante la gravidanza.





SCHEDA PER LA SEGNALAZIONE DI UN CASO UMANO DI INFEZIONE DA VIRUS WEST NILE - USUTU



I dati della scheda dovranno essere inseriti nel portale al seguente indirizzo <https://www.iss.it/site/rmi/arbo/>²⁷

West Nile Virus (WNV) |__| Usutu Virus (USUV) |__| Coinfezione WNV / USUV |__|

Dati della segnalazione

Data di segnalazione: |_____|

Regione: |_____| Asl: |_____|

Dati di chi compila la scheda

Nome e Cognome del Medico: |_____|

Telefono: |_____| E-mail: |_____|

Informazioni Generali

Nome: |_____| Cognome: |_____|

Sesso: M|__| F|__| Data di nascita: |_____| 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: (presenza nel luogo nelle 3 settimane precedenti l'inizio della sintomatologia)

Nazione: |_____|

Se ITALIA, Indirizzo: |_____| Comune: |_____|

Indicare se si tratta di: Domicilio abituale|__| Altro domicilio|__|

Anamnesi

Per TRASFUSIONE di sangue o emocomponenti nei 28 giorni precedenti l'inizio dei sintomi? Sì|__| No|__| Non noto|__|

Per TRAPIANTI di organi/tessuti/cellule nei 28 giorni precedenti l'inizio dei sintomi? Sì|__| No|__| Non noto|__|

Informazioni sullo 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 |__|

²⁷ Solo nel caso in cui non sia possibile l'inserimento dei dati nel portale, compilare la scheda in stampatello in modo leggibile e inviarla via fax o email sia al Ministero della Salute (fax: 06 59943096 e-mail: malinf@sanita.it) che all'ISS (fax 06 49902476 email: sorveglianza.arbovirosti@iss.it).

Poliradiculoneurite (Sindrome di Guillain Barrè atipica)
Paralisi flaccida acuta
Altro, *specificare* _____

Condizioni di rischio pre-esistenti: Si No Non noto

Se si, *specificare* _____

Il paziente è stato ricoverato? Si No Non noto

Se si, **Data ricovero:** | _____ | **Nome Ospedale:** | _____ |

Esami di Laboratorio

LIQUOR: Si No Non noto

Data prelievo del campione: | _____ |

IgM Pos Neg Dubbio

IgG Pos Neg Dubbio

PCR Pos Neg Dubbio

Isolamento virale Pos Neg

SIERO / SANGUE: Si No Non noto

Data prelievo del campione: | _____ |

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: Si No Non noto **Data prelievo del campione:** | _____ |

PCR Pos Neg Dubbio

Solo per WNV, se effettuato il sequenziamento indicare: Lineage 1: Lineage 2: Altro: | _____ |

Invio del campione al Laboratorio presso ISS: Si No se si, **Data di invio:** | _____ |

Esito e Follow-up (aggiornare a 30 giorni)

Esito: Guarito **Data Esito (ultimo aggiornamento):** | _____ |

In miglioramento

Grave

Deceduto*

Non noto

Non applicabile

Comparsa di sintomi successiva a riscontro NAT positiva

Classificazione

	CONFERMATO	PROBABILE
Caso: Neuroinvasivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solo Febbre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sintomatico altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Donatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asintomatico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 casi notificati per cui il decesso è ragionevolmente attribuibile all'infezione notificata.