Linee operative per la sorveglianza delle febbri estive in Regione Veneto, anno 2013

Giugno 2013

Premessa

Il presente protocollo integra e parzialmente modifica le linee operative indicate nella precedente versione (luglio 2012), sulla base dell'esperienza e delle criticità osservate e discusse collettivamente, e delle proposte emerse durante le sessioni di formazione decentrata a Venezia, Verona e Treviso (maggio 2013). Scopo del protocollo rimane quello di favorire l'identificazione precoce del maggior numero possibile di casi delle malattie trasmesse da vettori nel nostro territorio, facilitando in tal modo la presa in carico clinica dei pazienti e la sorveglianza epidemiologica, e permettendo di intraprendere tempestivamente le necessarie misure di controllo ove fosse necessario, in sinergia con la sorveglianza entomologica e veterinaria. Molte delle criticità precedentemente osservate erano già state efficacemente risolte con il protocollo 2012, in particolare per la compilazione delle schede, il flusso informativo e i denominatori (totale dei soggetti sottoposti a sorveglianza). In generale, il 2012 è stato un anno in cui il sistema ha funzionato in modo soddisfacente, permettendo di avere un quadro accurato della situazione epidemiologica della nostra Regione.

Razionale

Le principali criticità tuttora non risolte sono:

a) *Un numero inferiore al previsto di soggetti febbrili al rientro da un viaggio sottoposti a screening per dengue e chikungunya*
b) *Ritardo nella diagnostica e nel flusso informativo per alcuni casi febbrili in viaggiatori, che avrebbe potuto determinare conseguenze negative in concomitanza di alta densità vettoriale di Aedes albopictus*
c) *Il problema dei codici PS "di uscita" che determina nel caso delle febbri, anche di importazione, il pagamento totale delle prestazioni se il paziente non viene per qualche motivo ricoverato;*
d) *Alcuni problemi nella diagnostica di laboratorio di primo livello, come: i. la sensibilità non ottimale del test ICT chikungunya (i due casi confermati nel 2012 erano risultati negativi); ii. la scarsa specificità, al contrario, dell'ELISA di I livello per West Nile, con notevole impegno del laboratorio regionale per la conferma con il test di neutralizzazione; iii) nella febbre di West Nile il test di biologia molecolare si è dimostrato più sensibile su urina che su sangue; iv. Ancora molti campioni sono stati accompagnati da schede di richiesta sbagliate o scorrettamente compilate, inoltre nella scheda semplificata mancano alcuni dati necessari; v. vi è stato in alcuni casi un uso eccessivo dei test rapidi per dengue e chikungunya anche per casi autoctoni.*

Principali soluzioni proposte alle criticità osservate

Per rispondere alle criticità sopra segnalate, si sono convenute le seguenti modifiche alle linee operative previste. Il sistema di notifica e richiesta esami viene ulteriormente semplificato. In particolare:

a) Tutti i casi risultati negativi alla ricerca della malaria e quelli che rispondono alla definizione di caso possibile (pag. 7) devono essere sottoposti ai test rapidi per dengue e chikungunya

L'operatore del SISP che riceve la segnalazione di un caso risultato positivo al test rapido (caso probabile) deve contattare l'IZSV per la valutazione delle misure da intraprendere in relazione alla densità vettoriale della zona.

b) E' in itinere la definizione di un percorso che preveda la gratuità totale o parziale delle prestazioni date ad un viaggiatore sintomatico.
c) Per i casi possibili o probabili di dengue, chikungunya e West-Nile le U.O. malattie infettive e i Laboratori di Microbiologia invieranno una SCHEDA UNICA (Allegato 5) al Laboratorio di riferimento di Padova e la tabella riassuntiva (allegato 4) che rimane invariata alla Direzione Prevenzione. La scheda di notifica andrà compilata, per le tre malattie (All 6 e 7), **solo per i casi confermati** dal Laboratorio di riferimento di Padova. La notifica dovrà essere effettuata dal medico richiedente l'esame. Infine, per eventuali dubbi sulla possibile esecuzione dei test rapidi nei casi autoctoni (senza storia di viaggio) possono essere contattati i responsabili scientifici (Dr. Bisoffi, Dr. Gobbi, CMT Negrar, n 0456013326 o 0456014642, o medico reperibile al n. centralino 0456013111)

Linee operative

d) Per le febbri autoctone il periodo di sorveglianza va dal 15 giugno al 30 novembre 2013, per le febbri di importazione la sorveglianza viene effettuata TUTTO L'ANNO.

1) LIVELLO A. Medici Medicina Generale, Unità Pronto Soccorso,:

1.1 Casi febbrili di importazione

Soggetti febbrili (con T° ascellare ≥ 38 °C), di qualsiasi età, con storia di viaggio in paese tropicale: i pazienti dovranno essere inviati all'**UNITÀ OPERATIVA DI MALATTIE INFETTIVE/TROPICALI di riferimento della propria zona per VISITA ENTRO LE 24 ORE.**

1.2 Casi febbrili senza storia recente di viaggi in paesi endemici

Soggetti febbrili (**con T° ascellare ≥ 38 °C**)**,** senza storia di viaggio recente, di età ≥ 15 anni[1] che si presentano al medico curante o al PS degli ospedali e rispondono alla definizione di caso sospetto autoctono dovranno essere inviati **PER VISITA ENTRO LE 24 ORE ALL'UNITÀ OPERATIVA DI MALATTIE INFETTIVE/ TROPICALI di riferimento per la propria zona che seguirà l'iter previsto.**

2) LIVELLO B. Unità operative di malattie infettive/tropicali), U.O. di microbiologia e/o laboratori di Padova, Belluno, Legnago, Negrar, Rovigo, Santorso, Treviso, Venezia-Mestre, Verona, Vicenza.

2.1 Casi febbrili di importazione (Dengue, Chikungunya)

L'unità operativa dovrà procedere al normale work-up diagnostico per le febbri di importazione (**compresa la ricerca tempestiva della malaria qualora vi siano i presupposti**

[1] Si propone in una prima fase di limitare il protocollo agli adulti per la maggior frequenza di febbri aspecifiche – esantematiche nei bambini, oltre alla minor frequenza e gravità di WNV negli stessi

epidemiologici) e, nei casi che rispondano alla definizione di **caso possibile,** alla gestione clinica, all'esecuzione dei test rapidi (vedi **allegato 3**), e all'invio al Laboratorio di riferimento di Padova, per il test di conferma, dei campioni risultati positivi (accompagnati dalla SCHEDA UNICA allegato 5).

NB. I test rapidi vengono eseguiti presso l'U.O. di Malattie Infettive per Treviso , nel laboratorio per tutti gli altri centri.

NB. La SCHEDA UNICA e la tabella riassuntiva (All 4) devono essere sempre compilate per ogni caso sottoposto a test rapido, anche se negativo. I campioni (di siero come da precedente protocollo e se possibile anche di urina) vanno conservati **anche per i casi risultati negativi ai test rapidi**, e inviati alla prima occasione al laboratorio di riferimento. Qualora i campioni non vengano inviati nelle 24 ore, possono essere conservati refrigerati (+ 2 / + 8 °C) per 72 ore, o congelati se per un periodo più lungo.

Se un test rapido risulta positivo, il caso diventa **probabile e va segnalato immediatamente (per telefono, fax o e-mail)** al SISP dell'ULSS competente territorialmente con la **SCHEDA UNICA** (Allegato 5). La stessa scheda accompagnerà l'invio del campione al Laboratorio di riferimento di Padova **e sostituirà ogni altro modulo di richiesta**. Il medico del SISP che riceve la segnalazione la inoltrerà alla Direzione Prevenzione via fax 041 2791355, tel 041 2791358) e segnalerà il caso telefonicamente ai seguenti numeri dell'IZSV: Tel 049 8084380 (348 7297079), per la valutazione delle misure da intraprendere in relazione alla densità vettoriale della zona.

Il Servizio Igiene e Sanità Pubblica delle Az. Ulss avvierà tempestivamente le misure di controllo vettoriale alla conferma del caso, mentre avvierà le azioni di preallerta in attesa della conferma

2.2 Casi febbrili autoctoni prevalentemente di West-Nile

L'unità operativa di Malattie infettive/tropicali dovrà procedere al normale work-up diagnostico del caso febbrile e, nei casi che rispondano alla definizione di **caso possibile,** al prelievo del campione ematico sul quale verranno eseguiti i test immunoenzimatici (Laboratorio di riferimento di **PD** e U.O. di Microbiologia di **RO, TV, VE, VR, Santorso**), e/o di conferma (Laboratorio di riferimento di PD), e alla compilazione della tabella riassuntiva(All 4) e della SCHEDA UNICA (Allegato 5). **Oltre ai campioni ematici verrà raccolto un campione di urina**. Qualora i campioni non vengano inviati nelle 24 ore, possono essere conservati refrigerati o congelati con le stesse modalità descritte nel paragrafo precedente. L'esecuzione dei test di primo livello e il conseguente invio dei campioni a PD (sangue e urina) dei pazienti risultati positivi dovrebbe avvenire prima possibile.

Nel caso di un elevato sospetto clinico per dengue o chikungunya si procederà all'iter diagnostico anche per queste ultime, pur in assenza di storia di viaggio.

Modalità organizzative particolari per la provincia di Treviso
Il caso possibile può essere inviato con SCHEDA UNICA (Allegato 5) direttamente a un centro prelievi abilitato della ULSS 7 (Pieve di Soligo e Conegliano) e della ULSS 8 (Asolo, Montebelluna e Castelfranco Veneto), che provvederanno a inviare i campioni all'U.O. di Microbiologia dell'Ospedale Ca' Foncello di Treviso. Le risposte saranno inviate da quest'ultima ai centri prelievi richiedenti. I campioni risultati positivi dovranno essere inviati per la conferma al Laboratorio Regionale di riferimento di Padova.

3) LIVELLO C. Laboratorio Regionale di riferimento (U.O. di Microbiologia, Padova).
Il Laboratorio Regionale di riferimento riceve i campioni accompagnati dalla SCHEDA UNICA, esegue i test rapidi e immunoenzimatici se non precedentemente eseguiti, e i test di conferma come indicato in **Allegato 3.**
Il caso confermato viene segnalato dal Laboratorio Regionale di riferimento, entro le 24 ore dal completamento del test (per fax o e-mail), con invio del risultato dei test di conferma al SISP dell'ULSS competente territorialmente, al laboratorio richiedente, e alla Direzione Prevenzione.

Definizioni di caso febbrile "importato" (dengue, chikungunya)

a) Caso possibile paziente con:
- Febbre (≥38 °C) iniziata da 7 giorni o meno;
- Recente (≤ 15 gg.) rientro da area potenzialmente endemica di dengue e/o chikungunya (VEDI MAPPE EPIDEMIOLOGICHE IN **ALLEGATO 8**)[2];
- Assenza di causa evidente dello stato febbrile (come infezione vie urinarie, infezione vie respiratorie, faringotonsillite);
- Assenza di leucocitosi (GB totali < 10000/µl) .

b) Caso probabile: caso sospetto con test rapido positivo.
c) Caso confermato: caso confermato dal laboratorio di riferimento mediante PCR, isolamento virale e/o sieroconversione o aumento di titolo di test anticorpali.

NB. Il caso probabile di dengue complicata (v. allegato 9) va immediatamente notificato per via telefonica e fax al SISP.

Definizioni di caso autoctono (West Nile Fever)

a) Caso possibile:
- Febbre (≥38 °C) di recente insorgenza (≤ 7 giorni);
- Assenza di meningoencefalite o altri sintomi e segni di malattia neuroinvasiva **(NB in presenza di tali segni e/o di meningoencefalite a liquor limpido andrà immediatamente**

[2] **Nota bene: molte delle aree indicate sono anche a rischio malarico, la febbre può essere l'unico sintomo di una malaria!**

attivato quanto previsto dalla Circolare Ministeriale "Sorveglianza dei casi umani delle malattie trasmesse da vettori con particolare riferimento alla Chikungunya, Dengue e West Nile Disease –2013")

- Assenza di causa evidente dello stato febbrile (come infezione vie urinarie, infezione vie respiratorie, faringotonsillite);
- Assenza di leucocitosi (GB totali < 10000/µl)

b) Caso probabile:

- Positività al test di I° livello

c) Caso confermato:

- Test di conferma positivo

SCHEMA RIASSUNTIVO PROCEDURE E RESPONSABILI

STRUTTURA DI LIVELLO A:
-medici di famiglia -medici di pronto soccorso
STRUTTURA DI LIVELLO B:
U.O. di malattie infettive/tropicali. U.O. di Microbiologia o Laboratori di Verona, Treviso, Vicenza, Rovigo, Venezia, Belluno, Legnago, Santorso
STRUTTURA DI LIVELLO C: Laboratorio Regionale di riferimento di Padova.

DENGUE E CHIKUNGUNYA	DEFINIZIONE DI CASO	LIVELLO	AZIONE
CASO POSSIBILE	-febbre ≥ 38° da meno di 7 gg. -recente (< 15 gg) rientro da area endemica -assenza di causa evidente	A	Invio a U.O malattie infettive/tropicali per VISITA ENTRO LE 24 ORE
	v. sopra, e assenza leucocitosi (GB <10.000/μL)	B	Eseguire test rapido, compilare Tabella (Allegato 4) e SCHEDA UNICA (Allegato 5)
CASO PROBABILE	Caso possibile con test rapido positivo	B	Invio campione a PD con SCHEDA UNICA, e stessa scheda al SISP (entro 24 h)*
CASO CONFERMATO	Caso probabile con test di conferma positivo	C	Invio risultato all'U.O. richiedente, al SISP * (entro 24 h) e comunicazione via mail alla Direzione Prevenzione

WEST NILE FEVER	DEFINIZIONE DI CASO	LIVELLO	AZIONE
CASO POSSIBILE	-febbre > 38° da meno di 7 gg. -assenza di causa evidente	A	Invio a U.O Malattie infettive/tropicali per VISITA ENTRO LE 24 ORE con SCHEDA UNICA (allegato 5)
	v. sopra, e assenza leucocitosi(GB <10.000/μL)	B	Invio campione con SCHEDA UNICA (All.5)
CASO PROBABILE	v. sopra, test sierologici I liv. positivi	B (lab)	Invio campione PD con SCHEDA UNICA All.5 (entro 24 h)
CASO CONFERMATO	Test di II livello positivo	C	Invio risultato al medico richiedente e al SISP* (entro 24 h) e comunicazione via mail alla Direzione Prevenzione

* Il medico richiedente che riceve la diagnosi di caso confermato dovrà compilare la scheda di segnalazione (All 6 e 7 rispettivamente) e inviarla per la via rapida al SISP, che ne controllerà il completamento

Tabella 1. Dati relativi agli anni precedenti.

	2008	2009	**2010**	**2011**	**2012**
DENGUE	2	4	14/79 (17,7%)	2/29 (6,9%) + 8 prima del 15/6	7/126 (7,9%)
CHIK	1	0	1/79 (1,2%)	0/29	2/126 (1,6%)
WNF	1 retr.	0	4/38 (11%)	3/51 (5,9%)	16/319 (5,3%)
WNND	5 (4 retr.)	6 (1 decesso)	3/57 (5%)	8 (2 decessi)	22 (2 decessi in post acuzie)