

Ministero della sanità  
D.M. 15-12-1990  
Sistema informativo delle malattie infettive e diffuse.  
Pubblicato nella Gazz. Uff. 8 gennaio 1991, n. 6.

## **D.M. 15 dicembre 1990 <sup>(1)</sup>.**

### **Sistema informativo delle malattie infettive e diffuse <sup>(2)</sup>.**

---

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

(2) Emanato dal Ministero della sanità.

---

#### 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 diffuse 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 diffuse 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 diffuse 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 <sup>(3)</sup>:

- 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 (mod. I).

*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, I.S.S., 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 (mod. 2 e 3).

*Classe terza*: Malattie per le quali sono richieste particolari documentazioni:

39) AIDS;

39-*bis*) HIV <sup>(4)</sup>;

40) lebbra;

41) malaria;

42) micobatteriosi non tubercolare;

42-*bis*) rosolia congenita <sup>(5)</sup>;

42-*ter*) rosolia in gravidanza <sup>(6)</sup>;

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 alla circolare 13 febbraio 1987, n. 5 (Gazzetta Ufficiale n. 48 del 27 febbraio 1987) e alla circolare 13 febbraio 1988, n. 14 entrambe del Ministero della sanità, nelle quali vengono riportate indicazioni che limitano il flusso informativo dal medico direttamente alla regione e al Ministero (C.O.A., presso I.S.S.).

Per la tubercolosi e le micobatteriosi non tubercolari il modello 15 deve essere conforme al modello riprodotto di seguito (mod. 4).

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, I.S.S. 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 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'I.S.S., 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 (mod. 5).

*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 della 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.

---

(3) L'*art. 1, O.M. 12 febbraio 2001* ha disposto che all'elenco delle malattie di cui alla classe I del presente decreto è aggiunta la malattia di Creutzfeldt-Jakob, la variante della malattia di Creutzfeldt-Jakob, la sindrome di Gerstmann-Straussler-Scheinker, l'insonnia familiare letale, ed eventuali sindromi ad esse correlate.

Per la notifica di tali malattie deve essere osservato il flusso informativo descritto nell'allegato alla stessa ordinanza.

(4) Infezione aggiunta ai sensi di quanto disposto dall'*art. 1, D.M. 31 marzo 2008*. Per le modalità di notifica vedi l'allegato 1 allo stesso decreto.

(5) Sindrome/infezione aggiunta ai sensi di quanto disposto dall'*art. 1, D.M. 14 ottobre 2004*. Per le modalità di notifica vedi l'allegato 1 allo stesso decreto.

(6) Sindrome/infezione aggiunta ai sensi di quanto disposto dall'*art. 1, D.M. 14 ottobre 2004*. Per le modalità di notifica vedi l'allegato 1 allo stesso decreto.

---

[Scarica il file](#)

Da inviare a Regione - Ministero - I.S.S.

## SCHEDA DI NOTIFICA DI MALATTIA INFETTIVA - CLASSE I

Regione _____	_____	Provincia _____	_____
Comune _____	_____	USL _____	_____
Caso di _____ completare per esteso il tratto 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 Difterite	<input type="checkbox"/> 071 Rabbia	
<input type="checkbox"/> 020 Peste	<input type="checkbox"/> 487 Influenza con isolamento virale	<input type="checkbox"/> 078 Febbri emorragiche virali	<input type="checkbox"/> 080 Tifo esantematico
<input type="checkbox"/> 124 Trichinosi			<input type="checkbox"/> 037 Tetano

## SEZIONE A

Cognome _____		Nome _____	
Codice SSN _____	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
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. _____ = 1 anno. Da 1 a _____ > 99 indicare sempre 99			
Data inizio primi sintomi _____	_____	_____	Comune inizio primi sintomi _____
gg	mm	aa	
Se esistente vaccino nei confronti della malattia indicare:			
Ricovero in luogo di cura <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non vaccinato <input type="checkbox"/> Non noto <input type="checkbox"/> Vaccinato			
Dose N° _____	Data ultima dose _____	_____	luogo _____ tipo di vaccino _____
	gg	mm	aa

## SEZIONE B

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

Luogo \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_



Le modalità di sorveglianza sanitaria intorno al caso (contatti, conviventi, etc.) dovranno essere comunicate in una relazione agli stessi enti predetti.

Il presente modulo e le successive comunicazioni vanno inviate a:

MINISTERO DELLA SANITÀ - D.S.G.S.I.P.  
Vie Sierra Nevada, 60  
00144 - Roma  
Tel. 06/ 5922100  
Telefax 06/ 5922116

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ  
LAB. EPIDEMIOLOGIA E BIOSTATISTICA  
Viale Regina Elena, 299  
00161- Roma  
Tel. 06/4990-273  
Telefax 06/4456688

[Scarica il file](#)

Allegato 2

Colore giallo - tre copie autocopianti  
Istruzioni sul retro

Ministero della Sanità  
Mod. 15 Sanità pubblica  
Classe II

Da inviare a Regione - ISTAT

SCHEDA DI NOTIFICA DI MALATTIA INFETTIVA - CLASSE II

Regione _____	____	Provincia _____	____
Comune _____	____	USL _____	____
Caso di _____	_____	CRITERIO	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 [1]
completare per esteso il tratto della malattia			
Barrare la casella corrispondente			
ICD-9		ICD-9	
<input type="checkbox"/> 023	Brucellosi	<input type="checkbox"/> 100	Leptosirosi
<input type="checkbox"/> 002.0	Febbre tifoide	<input type="checkbox"/> 047.9	Meningite e encefalite acuta virale
<input type="checkbox"/> 003	Salmonellosi non tifoidea	<input type="checkbox"/> 085.1	Leishmaniosi cutanea
<input type="checkbox"/> 008.0	Diarrea infettiva (non da salmonella)	<input type="checkbox"/> 085.0	Leishmaniosi viscerale
<input type="checkbox"/> 034.1	Scarlattina	<input type="checkbox"/> 070.1	Epatite A
<input type="checkbox"/> 055	Morbillo	<input type="checkbox"/> 070.3	Epatite B
<input type="checkbox"/> 072	Parotite epidemica	<input type="checkbox"/> 070.9	Epatite NANB
<input type="checkbox"/> 033	Pertosse	<input type="checkbox"/> 070	Epatite virale non spec.
<input type="checkbox"/> 056	Rosolia	<input type="checkbox"/> 482.8	Legionellosi
<input type="checkbox"/> 052	Varicella	<input type="checkbox"/> 082	Rickettsiosi (diverse da Tifo Esantematico)



Il modello deve essere compilato in tripla copia di cui la prima va all'ISTAT, la seconda all'Assessorato Regionale di Sanità e la terza rimane all'USL che notifica. Per i casi notificati in USL diverse da quelle di residenza, una fotocopia del modello deve essere inviata per conoscenza alla USL di residenza del paziente.

Le modalità di notifica sono riportate sul [D.M. 15 dicembre 1990](#).

La notifica è obbligatoria quando sussistono almeno tutti i criteri specificati qui di seguito e contrassegnati con la X per ogni malattia:

MALATTIA	CLINICA	COLTURA	ES. DIRETTO	SIEROLOGIA	NOTE
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	
Brucellosi	X			X	
Febbre Tifoide	X			X	
Salmonellosi non tifoidee	X	X			
Diarrea infettiva	X	X			Diversa da salmonellosi
Scarlattina	X				
Morbillo	X				
Parotite epidemica	X				
Pertosse	X				
Rosolia	X				
Varicella	X				
Leptosirosi	X			X	
Meningite e encefalite acuta virale	X				Esame liquorale compatibile
Leishmaniosi cutanea	X		X		
Leishmaniosi viscerale	X		X		
Epatite A	X			X	IgM anti HAV
Epatite B	X			X	HBsAg e/o IgM antiHbc
Epatite NANB	X			X	neg. ai precedenti e CMV e EBV
Epatite virate non spec.	X				
Legionellosi	X			X	
Rickettsiosi	X			X	
Meningite meningococcica	X		X		
Sifilide	X			X	
Blenorragia	X		X		
Tularemia	X	X			
Listeriosi	X	X			

Definizione dei criteri di notifica:

- 1** CLINICA: presenza di segni e sintomi indicativi di malattia acuta.
- 2** COLTURA: isolamento e crescita dell'agente eziologico in idonee condizioni. La positività colturale è criterio sufficiente per la notifica anche in assenza dell'esame diretto o sierologico.
- 3** ES. DIRETTO: identificazione dell'agente eziologico e dei suoi antigeni specifici mediante esami batterioscopico,



052 Varicella										
047.9 Menig. e Encef. acuta virale										
070.1 Epatite A										
070.3 Epatite B										
070.9 Epatite NANB										
070 Epatite vir. non sp.										
482.8 Legionellosi										
036 Meningite mening.										
090 Sifilide										
098 Blenorragia										
021 Tularemia										
085.1 Leishmaniosi cut.										
085.0 Leishmaniosi v.										
082 Rickettsiosi										
027.0 Listeriosi										

[Scarica il file](#)

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

Allegato 4 <sup>(7)</sup>  
Ministero della Sanità

Mod. 15 Sanità pubblica  
Classe III

SCHEDA DI NOTIFICA DI MALATTIA INFETTIVA

- CLASSE III -

TUBERCOLOSI

MICOBATTERIOSI NON TUBERCOLARE

Regione	_____	<input type="text"/>	Provincia	_____	<input type="text"/>

Comune \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_

---

**DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Sesso  M  F Data di nascita \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
g m a

Paese di nascita \_\_\_\_\_

se nato all'estero, anno di arrivo in Italia \_\_\_\_\_

È iscritto al SSN ?  si  no  non noto

Professione:

studente

pensionato/invalido

casalinga

disoccupato

occupato \_\_\_\_\_  
specificare

È senza fissa dimora?  si  no  non noto

Vive in collettività?  si  no  non noto

se si, 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 /  no  non noto  
mese anno

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

M. tuberculosis

M. bovis

M. africanum

Micobatterio non tubercolare \_\_\_\_\_  
specificare

Diagnosi basata (rispondere a tutte le voci) su:

Esame colturale escreato  positivo  negativo  non effettuato  non noto

Esame colturale altro  positivo  negativo  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

materiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	non noto		
Mantoux	<input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/>	negativo <input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	non noto		
Riscontro autoptico di TB attiva	<input type="checkbox"/>	positivo <input type="checkbox"/>	negativo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	non effettuato	<input type="checkbox"/>	non noto
Sede anatomica (la localizzazione polmonare deve essere barrata sempre anche se secondaria o disseminata)							
<input type="checkbox"/> polmonare/trachea/bronchi							
<input type="checkbox"/> extrapolmonare 1. _____ ICD IX <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
2. _____ ICD IX <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/> disseminata (più di 2 localizzazioni, miliare, isolamento da sangue)							

Timbro e firma di chi ha compilato la notifica

Data notifica

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
gg / m / a

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Recapito telefonico

## GUIDA ALLA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA PER LA NOTIFICA DI MALATTIA DI CLASSE III

RELATIVAMENTE ALLA TUBERCOLOSI E MICOBATTERIOSI NON TUBERCOLARE

### DIAGNOSI

È indispensabile che la casella che specifica la diagnosi (tubercolosi/micobatteriosi) sia barrata su tutte le schede.

Per la diagnosi, fare riferimento ai criteri diagnostici per la notifica dei casi di tubercolosi e di micobatteriosi riportati di seguito:

## 1. Criteri generali

Devono essere notificati solo i **casi accertati**.

Devono essere notificati tutti i nuovi casi e le recidive di TBC **attiva** polmonare ed extrapolmonare, indipendentemente dalla contagiosità, inclusi i casi di complesso primario attivo (cioè non calcifico), che soddisfino uno dei criteri diagnostici riportati di seguito.

Le notifiche devono essere **inviate al completamento dell'iter diagnostico**, quando siano cioè disponibili i risultati degli esami batteriologici (microscopici e colturali) eseguiti.

## 2. Criteri diagnostici per i casi di tubercolosi

Per caso accertato si intenderà un caso di tubercolosi polmonare ed extrapolmonare attiva che risponda ad uno dei criteri di seguito riportati:

**A) Isolamento colturale** di *M. tuberculosis complex* (*M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum*)

### **B) Diagnosi microscopico-clinica**

presenza di:

1. esame microscopico (diretto) di liquido biologico (ad es. escreato, liquor) con evidenza di bacilli alcool-acido resistenti (BAAR) **oppure** di preparato istologico (ad es. biopsia linfonodale, epatica) con evidenza di bacilli alcool-acido resistenti (BAAR) e/o granulomi tubercolari

e

2. segni clinici/radiologici suggestivi di TB attiva e/o terapia antitubercolare in corso con due o più farmaci.

### **C) Diagnosi clinica**

segni clinici suggestivi di TB attiva e almeno due dei seguenti:

1. indagini strumentali (ad es. Rx torace, TAC, ecc.) suggestive di TB attiva

2. risposta alla terapia antitubercolare con due o più farmaci (miglioramento clinico/radiologico) entro un limite massimo di 90 giorni

3. test tubercolinico (Mantoux) positivo

## D) Diagnosi autoptica

evidenza autoptica di TB attiva **non diagnosticata** in vita.

### 3. Criteri diagnostici per i casi di micobatteriosi

Isolamento colturale di un micobatterio diverso da *M. tuberculosis complex*, in presenza di sintomatologia clinica compatibile.

**REGIONE, PROVINCIA, COMUNE**

Riportare sia il nome che i codici ISTAT corrispondenti (ad esempio, Piemonte 01, Torino 01, Grugliasco 01120).

**ASL**

Riportare la denominazione della ASL.

Dati: anagrafici del paziente

**PAESE DI NASCITA E ANNO DI ARRIVO IN ITALIA**

Indicare il paese di nascita per tutti i casi notificati. Per i nati all'estero, indicare anche l'anno di arrivo in Italia.

La rilevazione accurata di queste informazioni è essenziale per quantificare la frequenza di tubercolosi nei soggetti provenienti da paesi ad alta endemia.

**ISCRIZIONE AL SSN**

Indicare se il paziente è iscritto o meno al Servizio Sanitario Nazionale.

**PROFESSIONE**

Per i soggetti non occupati, indicare se trattasi di studente, pensionato/invalido, casalinga, disoccupato. Per chi svolge una attività lavorativa riportare sinteticamente il tipo di occupazione, ponendo particolare attenzione alle categorie professionali a rischio quali gli operatori sanitari, il personale degli istituti di detenzione, gli allevatori, ecc.

**SENZA FISSA DIMORA**

Indicare se il soggetto è senza fissa dimora.

**VIVE IN COLLETTIVITÀ**

Per soggetti che vivono in collettività (es. «campo nomadi », «istituto di detenzione», «casa di riposo», «ospizio», «comunità di recupero tossicodipendenti», «lungodegenza»), riportare tale informazione, specificando il tipo di collettività.

**DOMICILIO**

Nel caso di soggetti senza fissa dimora, indicare il domicilio prevalente nei tre mesi immediatamente precedenti la malattia. Nel caso di soggetti che vivevano in collettività o al proprio domicilio, riportare il luogo ove il paziente era domiciliato al momento dell'inizio della malattia.

Indicare regione, provincia, comune e relativo codice ISTAT del comune.

**DATA DI INIZIO DELLA TERAPIA ANTITUBERCOLARE**

Indicare la data di inizio della terapia antitubercolare, definita come la data in cui il clinico raggiunge un grado di certezza diagnostica sufficiente ad iniziare una terapia antitubercolare completa. Nel caso di pazienti mai trattati perché diagnosticati solo post-mortem, riportare la data di decesso.

Criteria diagnostici

**DIAGNOSI DI TUBERCOLOSI**

Indicare se il paziente ha mai avuto una diagnosi di tubercolosi in precedenza. Se sì, indicare il mese e l'anno.

**CLASSIFICAZIONE IN RELAZIONE A PRECEDENTI TRATTAMENTI**

Indicare se il paziente è:

- *nuovo caso* (paziente mai trattato per tubercolosi in precedenza);
- *recidiva* (paziente trattato per tubercolosi in passato e dichiarato guarito).

I casi che ritornano dopo interruzione del trattamento e i casi cronici (già precedentemente notificati) non devono essere notificati nuovamente.

**AGENTE EZIOLOGICO**

Deve essere indicato solo in caso di coltura positiva, attenendosi ai seguenti criteri:

- **M. tuberculosis complex**, quando è stata effettuata la tipizzazione di gruppo;
- **M. tuberculosis hominis, M. bovis o M. africanum** quando è stata effettuata la tipizzazione di specie;
- **Micobatterio non tubercolare**, quando è stato isolato in coltura un micobatterio diverso da *M. tuberculosis complex*.

**DIAGNOSI BASATA SU:**

Compilare sempre tutte le variabili, anche in caso di esami non effettuati o non noti, barrando le caselle corrispondenti.

- **Esame colturale escreato/altro materiale:** si ribadisce che, prima di inviare la notifica, bisogna attendere il risultato dell'esame colturale, se effettuato; non è notificabile un caso in cui l'esame colturale sia «in corso». Nel caso di esame colturale positivo su materiale diverso dall'escreato, specificare il tipo di materiale.
- **Esame diretto escreato/altro materiale:** si intende l'esame microscopico di qualsiasi liquido biologico (escreato, liquor, feci ecc.).

Nel caso di esame diretto su materiale diverso dall'escreato, specificare il tipo di materiale. Includere in questa voce anche gli esami istologici (ad es. biopsia

linfonodale, epatica) con evidenza di bacilli alcool-acido resistenti (BAAR) e/o granulomi tubercolari.

- **Clinica:** presenza di segni clinici suggestivi di tubercolosi in fase attiva.
- **Mantoux:** test tubercolinico (intradermoreazione alla Mantoux).
- **Rx torace/esami strumentali:** indagini strumentali (ad es. Rx torace, TAC, ecc.) suggestive di TB attiva.
- **Risposta alla terapia antitubercolare:** risposta alla terapia antitubercolare con due o più farmaci (miglioramento clinico/radiologico) entro un limite massimo di 90 giorni.
- **Riscontro autoptico di TB attiva:** evidenza autoptica di TB attiva **non diagnosticata** in vita. Compilare questa variabile solo per i soggetti **non** diagnosticati prima della morte, per i quali il riscontro autoptico rappresenti la sola evidenza diagnostica.

<b>SEDE ANATOMICA</b>
-----------------------

### *Sede polmonare*

Si definisce polmonare solo la tubercolosi che coinvolge il parenchima polmonare, la trachea e i bronchi.

### *Sede extrapolmonare*

Si definisce extrapolmonare la tubercolosi a localizzazione diversa da quella polmonare sopra descritta.

Riportare sempre per esteso tutte le localizzazioni extrapolmonari e il/i codici corrispondenti (ad esempio meningite 013.0, TBC ossea 015.0), secondo la seguente Classificazione Internazionale delle Malattie - IX revisione (ICD-IX).

<b>012</b>	<b>Altra Tbc respiratoria (non polmonare)</b>	<b>016</b>	<b>Tbc genitourinaria</b>
012.0	Pleurite	016.0	Rene
012.1	Linfonodi intratoracici	016.1	Altro app. urinario
012.2	Trachea e bronchi	016.2	Epididimo
012.3	Laringite	016.3	Altro app. genitale
012.8	Altre	016.4	Genitali femminili
<b>013</b>	<b>Tbc meningi e SNC</b>	016.9	Non specificata
013.0	Meningite tubercolare	<b>017</b>	<b>Tbc di altri organi</b>
013.1	Tubercoloma meningi	017.0	Cute

013.8	Altre	017.1	Eritema nodoso
013.9	Non specificata	017.2	Linfonodi periferici
<b>014</b>	<b>Tbc apparato intestinale</b>	017.3	Occhio
<b>015</b>	<b>Tbc ossa-articolazioni</b>	017.4	Orecchio
015.0	Vertebre	017.5	Tiroide
015.1	Anca	017.6	Ghiandole surrenali
015.2	Ginocchio	017.7	Milza
015.7	Altre ossa	017.8	Altri organi
015.8	Altre articolazioni		
015.9	Non specificata		

## Localizzazioni multiple

**La localizzazione polmonare, quando presente, dovrà essere sempre segnalata.** Dovrà, quindi, essere segnalata anche quando rappresenta una localizzazione secondaria (includere le forme miliari).

Quando sono presenti **due diverse localizzazioni** (polmonare/extrapolmonare oppure due extrapolmonari) riportarle entrambe.

Nel caso di **tre o più localizzazioni** comportarsi come segue:

- barrare sempre la casella «disseminata»;
- se si tratta di localizzazione polmonare più diverse localizzazioni extrapolmonari, barrare la casella «polmonare» e riportare le due localizzazioni extrapolmonari considerate principali;
- se si tratta di tre o più localizzazioni extrapolmonari, riportare le due principali.

Nel caso di **isolamento da sangue**, riportare la voce «disseminata».

Nelle **forme miliari**, segnalare la localizzazione d'organo (ad esempio polmonare nelle forme miliari polmonari) e barrare la casella «disseminata».

---

(7) Allegato così sostituito ai sensi di quanto disposto dal [D.M. 29 luglio 1998](#).

---

[Scarica il file](#)

SCHEDA DI NOTIFICA DI FOCOLAIO EPIDEMICO - CLASSE IV

Regione \_\_\_\_\_    Provincia \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_     USL \_\_\_\_\_

Focolaio epidemico di \_\_\_\_\_  
completare per esteso il tratto della malattia

Barrare la casella corrispondente

ICD-9

- 132.0 Pediculosi
- 133.0 Scabbia
- 110 Dermatofitosi (Tigna)
- 005 Infezioni, tossinfezioni, infestazioni di origine alimentare

SEZIONE A

Comunità coinvolta:  Famiglia  
 Scuola  
 Caserma  
 altro spec. \_\_\_\_\_

N° totale di persone a rischio [1]

Indirizzo della comunità \_\_\_\_\_

Identificato  Sospetto

Agente eziologico \_\_\_\_\_

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

... di casi [4]

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

Data di notifica       Sanitario che ha compilato la notifica \_\_\_\_\_  
 gg mm aa

Recapito \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE  
MODELLO 15 - CLASSE IV**

Le modalità di notifica sono riportate sul [\*D.M. 15 dicembre 1990\*](#)

Si definisce «focolaio epidemico» il verificarsi di due o più casi della stessa malattia in un gruppo di persone appartenenti ad una stessa comunità (famiglia, scuola, caserma, istituti di ricovero, ecc.), o comunque esposti ad una comune fonte di infezione.

- [1] Compilare con il numero complessivo delle persone presenti nella comunità coinvolta (famiglia, scuola, caserma, istituti di ricovero, ecc.), o verosimilmente esposte al contagio.
- [2] Data inizio sintomi del primo caso osservato.
- [3] Distanza in giorni tra l'inizio dei sintomi del primo caso e l'inizio dell'ultimo caso.
- [4] Numero complessivo di casi della stessa malattia riconducibili alla medesima fonte di infezione.