



*Ministero del Lavoro, della Salute  
e delle Politiche Sociali*

**DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA  
UFFICIO III**

**Prot. DGPREV.III/P/I.4.c.a. 9 /  
URGENTE**

**AGLI USMAF  
FAX LORO SEDI**

**ALLE UT  
FAX LORO SEDI**

**ALL'ENAC  
FAX 06 44 59 65 51 / 44596571**

**AL COMANDO GENERALE DEL CORPO  
DELLE CAPITANERIE DI PORTO  
CENTRALE OPERATIVA  
FAX 06 59084793**

**AGENZIA DELLE DOGANE -  
AREA CENTRALE VERIFICHE E  
CONTROLLI UFFICIO III  
00144 ROMA  
FAX 06 50243116**

**ALLA CROCE ROSSA ITALIANA  
REPARTO NAZIONALE DI SANITA' PUBBLICA  
00151 ROMA  
FAX : 06 6532983**

**UFFICIO DI GABINETTO - SETTORE SALUTE  
SEDE (FAX 5301)**

%

Ministero della Salute

0019945-P-02/05/2009

DGPREV I.4.c.a.9



40942119

**Allegato: 1**

DIREZIONE GENERALE DELLE RISORSE UMANE  
E PROFESSIONI SANITARIE  
UFFICIO II  
SEDE - Fax06-59942553

FACENDO SEGUITO ALLA PRECEDENTE NOTA ED IN RELAZIONE ALL'EVOLUZIONE DELLA SITUAZIONE DELL'INFLUENZA DA NUOVO VIRUS A(H1N1) SI RICHIEDE L'ATTIVAZIONE IMMEDIATA DI PERCORSI DIFFERENZIATI, OVVERO CANALI SANITARI, PER L'APPLICAZIONE DI MISURE DI SORVEGLIANZA SANITARIA SU PASSEGGERI E MEMBRI DELL'EQUIPAGGIO PROVENIENTI DIRETTAMENTE O INDIRETTAMENTE CON VETTORE AEREO DAL MESSICO.

L'USMAF DEL PRIMO SCALO AEROPORTUALE ITALIANO RACCOGLIERÀ MEDIANTE LA SCHEDA ALLEGATA (ALLEGATO 1) LE GENERALITÀ DEL PASSEGGERO/COMPONENTE DELL'EQUIPAGGIO E GLI ALTRI ELEMENTI UTILI PER GARANTIRE LA LORO RINTRACCIABILITÀ NEI QUATTORDICI GIORNI SUCCESSIVI ALL'ARRIVO E DISPORRÀ L'ESECUZIONE DI EVENTUALI ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, OVE NECESSARIO.

L'ENAC, CUI LA PRESENTE NOTA È DIRETTA IN INDIRIZZO DARÀ LE OPPORTUNE DISPOSIZIONI AI FINI DELLA FACILITAZIONE DELLA DISTRIBUZIONE, COMPILAZIONE E RACCOLTA DELLE SCHEDE DI SORVEGLIANZA SANITARIA E AFFINCHÉ I PASSEGGERI IN ARRIVO CON I PREDETTI VOLI SIANO ACCOMPAGNATI ALLA APPOSITA ZONA DEDICATA AI CONTROLLI SANITARI, COSÌ COME IDENTIFICATA DALLA AUTORITÀ SANITARIA AEROPORTUALE.

I PASSEGGERI/COMPONENTI EQUIPAGGIO CON SINTOMI SOSPETTI DI INFLUENZA SARANNO AVVIATI, SECONDO I PROTOCOLLI PRESTABILITI, ALLA STRUTTURA SANITARIA TERRITORIALE DI RIFERIMENTO PER I NECESSARI APPROFONDIMENTI DIAGNOSTICI E L'APPLICAZIONE DELLE MISURE PREVISTE PER LE MALATTIE INFETTIVE.

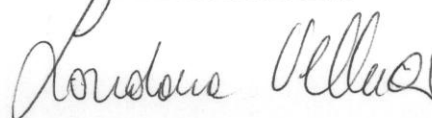
I PASSEGGERI/COMPONENTI EQUIPAGGIO SENZA SINTOMI DI INFLUENZA O QUELLI INDIVIDUATI COME "CONTATTI STRETTI" DI CASI CONFERMATI DI INFEZIONE DA VIRUS A(H1N1) SARANNO INVITATI A SOTTOPORSI PER UN PERIODO DI SETTE GIORNI DALL'ARRIVO IN ITALIA A SORVEGLIANZA SANITARIA PRESSO IL PROPRIO DOMICILIO. GLI USMAF FORNIRANNO ALLE COMPETENTI STRUTTURE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE, LE NECESSARIE INFORMAZIONI, UTILIZZANDO ALLO SCOPO LA APPOSITA PARTE DELLA SCHEDA SANITARIA DI SORVEGLIANZA ALLEGATA.

CON LO STESSO MEZZO VERRANNO COMUNICATE EVENTUALI VARIAZIONI CIRCA LE PROVENIENZE SU CUI ESERCITARE LA SORVEGLIANZA IN QUESTIONE.

DR. V. COSTANZO  
UFFICIO III

DR.SSA L.VELLUCCI  
DIRETTORE UFFICIO III

D'ORDINE DEL SOTTOSEGRETARIO DI STATO  
PROF. FERRUCCIO FAZIO





# Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali

Ministry of Labour, Health and Social Policies

Ufficio di Sanità Marittima, Aerea e di Frontiera – USMAF /Airport Health Office

## Influenza da nuovo virus A(H1N1)

RILEVAZIONE DATI PER SORVEGLIANZA SANITARIA/DATA RECORDING FOR HEALTH SURVEILLANCE  
(SI PREGA DI COMPILARE IN STAMPATELLO/PLEASE FILL IN USING BLOCK LETTERS)

Cognome/ surname .....

Nome/ name .....

sesso/sex M  F  nato a/place of birth.....

Stato/State..... il/date of birth

nazionalità/nationality .....passaporto/passport n. ....

arrivato il/arrived on  proveniente dal/coming from .....

con volo diretto/direct flight n.  Compagnia/Airline .....del/date

con volo indiretto/connecting flight n.  Compagnia/Airline .....del/date

posto occupato a bordo/seat on board n.  diretto a/going to.....

.....prosegue il viaggio a mezzo/travel continued by plane/ train/ taxi/ bus/ etc.)

.....residenza abituale/ home address: Città/Town.. ..

Prov./State.....CAP/Zip code .....Via/Street.....

domicilio (uno o più) nei successivi 14 giorni / address(one or more) in the next fourteen days:

1- Città/Town ..... Prov./State.....CAP/Zip code .....

Via/Street .....

2- Città/Town .....Prov./State.....CAP/Zip code.....

Via/Street .....

Recapiti telefonici/telephone contacts:

1-.....2-.....3-.....

Condizioni di salute all'arrivo /Health conditions on arrival: febbre/fever si/yes  no/no

tosse/cough si/yes  no/no

altro/other si/yes  no/no  specificare/specify

Data/date

Firma/Signature .....

Ai sensi dell'articolo 10 della legge 31/12/96, n.675, si informa che il trattamento dei dati contenuti nel presente questionario è riservato a scopi di sanità pubblica; per le medesime finalità si dichiara che responsabile del procedimento è il titolare dell'Ufficio di sanità marittima e aerea dell'Aeroporto di sbarco. Personal data will be used only by health authorities for health purposes.

### PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

#### ALL'ASSESSORATO ALLA SANITA' - REGIONE .....

Si prega di sottoporre la persona sopra generalizzata a sorveglianza sanitaria per giorni 7 , riferendone l'esito a:

Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali – Dir. Gen. Prevenzione Sanitaria Uff. III e Uff. o V – Via Giorgio Ribotta , 5 00144 Fax +39065994 3478 e 39065994 3096 ; e-mail [malinf@sanita.it](mailto:malinf@sanita.it)

Il medico di aeroporto .....