



**IL NUOVO SISTEMA
DI SEGNALAZIONE
DELLE MALATTIE
INFETTIVE**

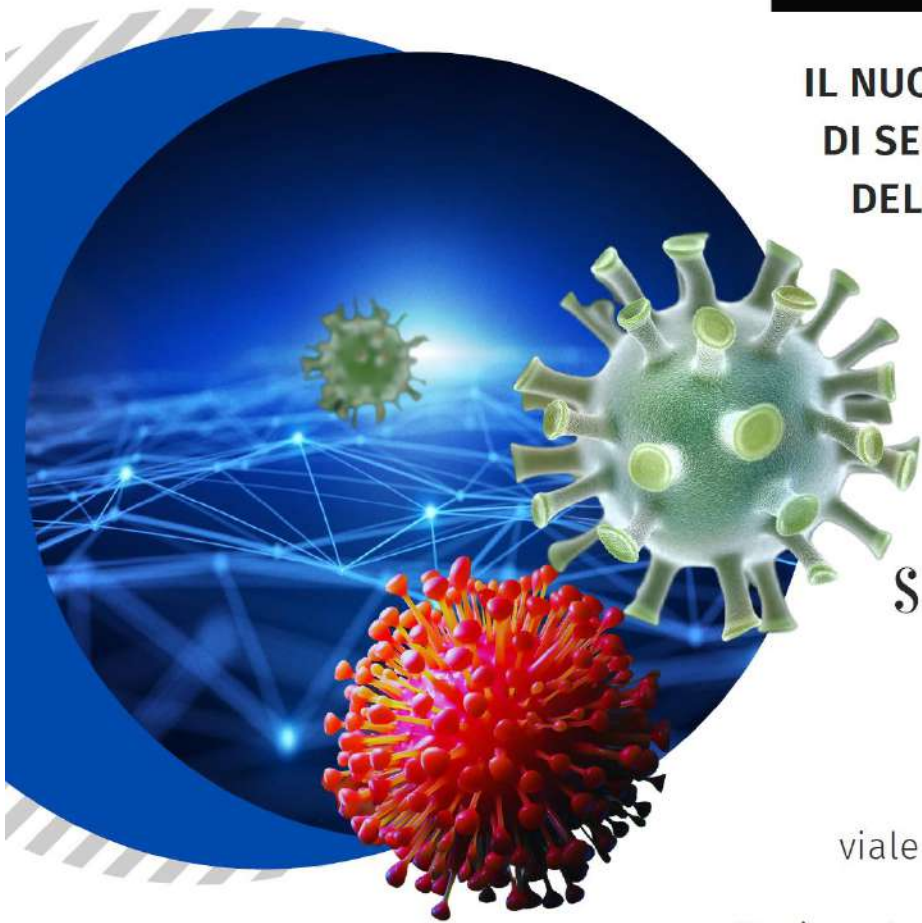
**Bologna,
25
settembre
2023**

9:30 - 16:00
viale Aldo Moro, 30
Aula Magna
Regione Emilia-Romagna

CPE e focolai nelle strutture

Carlo Gagliotti

**SETTORE INNOVAZIONE NEI SERVIZI
SANITARI E SOCIALI**





Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA SANITÀ PUBBLICA E DELL'INNOVAZIONE
DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE
Ufficio 05 Ex DGPREV
Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma

Oggetto: Circolare "Sorveglianza nazionale CPE
delle infezioni da Enterobatteri produttori di
carbapenemasi (CPE)"

Normativa precedente

Ministero della Salute

12/2013

09/17



118051674

Assessori Regionali alla Sanità delle Regioni
a Statuto Ordinario e Speciale e delle
Province Autonome di Trento e Bolzano
PEC

Istituto Superiore di Sanità
protocollo-centrale@iss.mailcert.it
ROMA

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive
I.R.C.C.S. "Lazzaro Spallanzani"
direzionesanitaria@pec.inmi.it
ROMA

Sorveglianza nazionale CPE

(Circolare ministeriale del 2013)

Focus su Enterobatteri produttori di carbapenemasi - CPE

Possibilità di segnalare anche se solo resistenza a carbapenemi

Microrganismo isolato:

Klebsiella pneumoniae

Escherichia coli

Isolamento da **sangue** prelevato in data ____/____/____

Criterio microbiologico per la definizione di caso:

non sensibilità (R/I) a imipenem e/o meropenem

conferma fenotipica della produzione di carbapenemasi:

conferma genotipica della produzione di carbapenemasi:

Produzione di carbapenemasi

KPC

Metallo-enzima

altro (specificare): _____

KPC

VIM

NDM

OXA-48

altro (specificare): _____



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA

UFFICIO 5 PREVENZIONE DELLE MALATTIE TRASMISSIBILI E PROFILASSI INTERNAZIONALE

OGGETTO: 2019 - Aggiornamento delle indicazioni per la sorveglianza e il controllo delle infezioni da Enterobatteri resistenti ai carbapenemi (CRE) –ERRATA CORRIGE.

La presente aggiorna e sostituisce, integralmente, la nota del 6 dicembre 2019, nr. prot. 35470, recante uguale titolo. Gli errata corrige riguardano esclusivamente le note a piè di pagina n. 26 e n. 27 a pagina 12 dell'Allegato 1.

3. La Sorveglianza Nazionale delle batteriemie da CRE

Il Dipartimento di Malattie Infettive dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha il compito di gestire la sorveglianza e il suo relativo ritorno di informazione, con il supporto dell'Ufficio 5 della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute.

Nuova circolare ministeriale del 2020

Nel titolo si fa riferimento agli Enterobatteri resistenti ai carbapenemi - CRE

Aggiornamenti SMI: maschera input e tracciato record

| Tracciato record ISS | | | | Campi corrispondenti SMI | | | |
|----------------------|----------------|--|--|--------------------------|--|-----------------------|---|
| nome | tipo | valori | Validazione | Nome dei campi | Etichetta | Tipo campo | Indicazioni per la trascodifica |
| codiceUnivoco | testo (C) | | Obbligatorio Codice univoco del sistema di origine | numero_schola | codific | DIRB (re antropomorf) | |
| codiceUnivoco | testo (C) | | Obbligatorio | nome | Nome | DIRB Salvataggio | |
| nome | testo (100) | | Obbligatorio | capome | Capome | DIRB Salvataggio | |
| dataNascita | giornomeseanno | | Obbligatorio in mancanza del valore nel campo anni | data_nasc | Data di nascita | DIRB Salvataggio | |
| anni | numerico | | Obbligatorio in mancanza del valore nel campo data di nascita | da_anni | da_anni | DIRB Obbligatorio | |
| numeroni | testo | | Se campo anni valorizzato e campo anni = 0, specificare mesi (0-11) | da_m | da_m | DIRB Obbligatorio | |
| Sesso | testo | M/F | | Sesso | Sesso | DIRB Salvataggio | |
| codiceIstat | testo (3) | codici istic | | razionalita | razionalita | DIRB Obbligatorio | |
| comuneCodice | testo (15) | codici istic | | comune_ricovero | comune_ricovero | DIRB Salvataggio | |
| comuneDenom | testo (35) | | | | | | |
| DatiAnnoDiCessione | giornomeseanno | | | data_insc_sistema | Data anno sistema | DIRB Salvataggio | |
| DatiAnnoDiCessione | giornomeseanno | | | Macroregione | Macroregione isolata | DIRB Salvataggio | |
| nomeStruttura | testo | Riborselli pronunciation / Escherichia coli | Obbligatorio | seg_ind_stru | Nome struttura | DIRB Salvataggio | |
| gruppoCompletri | testo (275) | | Obbligatorio | gruppo_completri | Gruppo completetri | DIRB Salvataggio | Inserire stringa di "Gruppo completetri_desc" |
| TutteLe | testo (50) | | | | | | |
| Etas | testo (50) | | | | | | |
| datiCompilazione | giornomeseanno | | | data_prima_compilazione | Data prima compilazione | DIRB Salvataggio | |
| nomeCompilatore | testo (500) | | | nome_compilatore | Esiguita da | DIRB Salvataggio | |
| Regione | testo (3) | codici istic | | regione | Regione | DIRB Salvataggio | |
| origine | testo | razionalita | | origine_infezione | Origine presunta dell'infezione | DIRB Salvataggio | |
| Organizzazione | testo (3) | codici istic | Se origine = "estero", compilare origine_nazione | Paese_infezione | | DIRB Salvataggio | |
| LuggeSistema | testo | Numero della macchina a sinistra | | luogo_insc_sistema | Al momento dell'inzia dei sistemi è paccibile il numero? | DIRB Salvataggio | |
| LuggeSistemaCodice | testo | Numero della macchina a destra | Se Luogoinitomi = "in ospedale, specificare LuogoinitomiCodice" | struttura_usc_sistema | Indicare la struttura | DIRB Salvataggio | |
| numero | numerico | vedere lista reparti (campo codice) | | reparto_insc_sistema | Se in ospedale indicare il reparto di diagnosi | DIRB Obbligatorio | |
| categoria | giornomeseanno | | Obbligatorio | data_infezione | Localmente da sanguig prelevato in data | DIRB Salvataggio | |
| CriterioResistenzaR | testo | sì/no | Obbligatorio Specificare almeno uno dei due criteri deve avere valore uguale a "sì" | criterio_microbiologico | Criterio microbiologico per la definizione di caso | DIRB Salvataggio | categoria NR1 "Non sensibile (R1) a impenem e/o meropenem" Modificare etichetta nella maschera input in "Resistenza (R) a carbapenem" |
| CriterioCategoriePCP | testo | sì/no | | | | DIRB Salvataggio | categoria PCP "Produzione di carbapenemasi" |
| FenKPC | testo | sì/no | | confirma_fenotipica | Conferma fenotipica della produzione di carbapenemasi | DIRB Obbligatorio | si categoria di "confirma_fenologica" KPC |
| FenKPC | testo | sì/no | | | | DIRB Obbligatorio | si categoria di "confirma_fenologica" OXA CATEGORIA AGGIUNTA |
| FenAmpC | testo | sì/no | Se campo CriterioCarbapenemasi = "sì", almeno uno dei seguenti campi deve essere valorizzato a "sì": FenKPC, FenMeropenem, FenDip, FenAmpC, FenOxa, FenVim, FenNim, FenOim, FenDin, FenDit, FenDit, FenDit | confirma_gemologica | Conferma genotipica per la produzione di carbapenemasi | DIRB Obbligatorio | si categoria di "confirma_fenologica" AME |
| FenAmpC | testo | sì/no | | | | DIRB Obbligatorio | si categoria di "confirma_genotipica" KPC |
| FenMeropenem | testo | sì/no | | | | DIRB Obbligatorio | si categoria di "confirma_genotipica" Vim |
| FenDip | testo | sì/no | | | | DIRB Obbligatorio | si categoria di "confirma_genotipica" NEM |
| FenDit | testo | sì/no | | | | DIRB Obbligatorio | si categoria di "confirma_genotipica" OXA ETICHETTA MODIFICATA nella maschera input |
| FenOim | testo | sì/no | | | | DIRB Obbligatorio | si categoria di "confirma_genotipica" MET CATEGORIA AGGIUNTA |
| FenVim | testo | sì/no | | | | DIRB Salvataggio | si categoria di "origine_infezione" 1 |
| FenNim | testo | sì/no | | | | DIRB Salvataggio | si categoria di "origine_infezione" 2 |
| FenDin | testo | sì/no | | | | DIRB Salvataggio | si categoria di "origine_infezione" 3 |
| FenDit | testo | sì/no | | | | DIRB Salvataggio | si categoria di "origine_infezione" 4 |
| FenOim | testo | sì/no | | | | DIRB Salvataggio | si categoria di "origine_infezione" 5 |
| FenVim | testo | sì/no | | | | DIRB Salvataggio | si categoria di "origine_infezione" 6 |
| FenNim | testo | sì/no | | | | DIRB Salvataggio | si categoria di "origine_infezione" 7 |
| FenDin | testo | sì/no | | | | DIRB Salvataggio | si categoria di "origine_infezione" 8 |
| FenDit | testo | sì/no | | | | DIRB Salvataggio | si categoria di "origine_infezione" 9 CATEGORIA AGGIUNTA |
| confezioneInfezione | giornomeseanno | | | data_prima_compilazione | Data prima compilazione | DIRB Salvataggio | |
| data | testo | dimesso / deceduto / in osservazione / decesso | | Etas | Etas | DIRB Salvataggio | |
| Etas | testo (40) | | | Etas | Etas | DIRB Obbligatorio | |

- E' stata lievemente modificata la maschera di input
- Il tracciato record SMI è stato reso compatibile con il nuovo tracciato nazionale (ISS)
- È stata implementata una routine di conversione da dataset RER a tracciato nazionale con possibilità scarico di file cumulativo (poi inviabile a ISS)

Microrganismo isolato: *Klebsiella pneumoniae*

Isolamento da sangue prelevato in data:

Criterio microbiologico per la definizione di caso²⁶:

- Resistenza a imipenem e/o meropenem e/o ertapenem
- Positività a test di conferma per Produzione di carbapenemasi (specificare nella tabella sottostante il tipo di conferma).

| Conferma fenotipica della produzione di carbapenemasi | Conferma del tipo di carbapenemasi mediante analisi molecolare |
|---|--|
| | |

Nonostante il cambio nel titolo dal 2013 al 2020 (prima CPE poi CRE) restano gli stessi criteri:

- *Resistenza ai carbapenemi*
- *Produzione di carbapenemasi*

N.B. *Regola in fase di input dati*

**Se produzione di carbapenemasi
obbligo di indicare fenotipo o
genotipo**

DATI DEL PAZIENTE

Data inizio sintomi di infezione:

Origine presunta dell'infezione: acquisita in Italia acquisita in Paese estero (indicare quale):

Al momento dell'inizio dei sintomi il paziente si trovava?

a domicilio in ospedale*:

in struttura residenziale territoriale (RSA o simili)

**indicare il nome dell'ospedale*

Se in ospedale, indicare l'area di degenza (indicare una sola opzione):

N.B. *Altre regole in fase di input dati*

- **Se infezione acquisita all'estero indicare paese** (*menù a tendina*)
- **Se infezione acquisita in ospedale indicare struttura** (*menù a tendina*)
- **Se infezione acquisita in ospedale indicare reparto** (*menù a tendina*)

Aggiornamento del Sistema di Segnalazione delle malattie infettive

Revisione del Sistema di Segnalazione delle Malattie Infettive alla luce del D.M. 7 marzo 2022 - G.U. n. 82 del 7 aprile 2022 e aggiornamento del Sistema Regionale di Segnalazione Rapida di eventi epidemici ed eventi sentinella nelle strutture sanitarie, socio-sanitarie, socio-assistenziali e nella popolazione generale.

Allegato 5 - Scheda di segnalazione rapida SSR2/2023

SCHEDA PER LA SEGNALAZIONE DI CLUSTER EPIDEMICI/EPIDEMIE DI MALATTIE
INFETTIVE ACQUISITE NEL CORSO DELL'ASSISTENZA

Vecchia scheda SSR2

| Regione Emilia-Romagna - Azienda Sanitaria | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|----------|-------|---------------------------------------|-----|-----|---|-----|-----|-----------------------------------|-----|-----|---------------------|-----|-----|---|---------------------------|-------------------------------|-----|---------------------------------|-------|--|
| SEGNALAZIONE DI MICRORGANISMI CON PROFILO DI RESISTENZA INUSUALE, CLUSTER EPIDEMICI/EPIDEMIE DI INFEZIONI ACQUISITE NEL CORSO DELL'ASSISTENZA- SSR2/2006 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Struttura: <input type="checkbox"/> Ospedale <input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> Casa Protetta <input type="checkbox"/> Altro _____ | Persona che ha segnalato l'evento: Nome e Cognome _____ Funzione _____ Tel: _ _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ Fax: _ _ _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _ E-mail: _____ Data di segnalazione: _ _ / _ _ / _ _ _ _ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Denominazione _____ Indirizzo _____ Comune _____ Provincia _ _ CAP _ _ _ _ _ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Profilo di resistenza inusuale: <input type="checkbox"/> (Allegare copia dell'antibiogramma) Microorganismo: _____ Età _ _ Sesso: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Materiale: sangue/liquor <input type="checkbox"/> urine <input type="checkbox"/> escreato/altro respiratorio <input type="checkbox"/> cute/pus <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> Struttura che ha richiesto l'esame: ospedale/casa di cura <input type="checkbox"/> ambulatorio/ADI <input type="checkbox"/> struttura residenziale/semiresidenziale <input type="checkbox"/> caserma/carcere <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo di evento: Cluster epidemico <input type="checkbox"/> Epidemia <input type="checkbox"/> Indicare se: <input type="checkbox"/> sospetto/a <input type="checkbox"/> accertato/a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Infezione in causa (localizzazione): _____ oppure se malattia infettiva notificabile <input type="checkbox"/> Batteriemia/sepsi <input type="checkbox"/> Polmonare <input type="checkbox"/> Epatite virale A <input type="checkbox"/> Epatite virale B <input type="checkbox"/> Urinaria <input type="checkbox"/> Gastrointestinale <input type="checkbox"/> Epatite virale C <input type="checkbox"/> Legionellosi <input type="checkbox"/> Oculare <input type="checkbox"/> Cutanea <input type="checkbox"/> Tubercolosi <input type="checkbox"/> Scabbia <input type="checkbox"/> Altro (spec.) _____ <input type="checkbox"/> Altra malattia infettiva notificabile | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data di insorgenza: del primo caso noto: _ _ / _ _ / _ _ _ _ del'ultimo caso noto _ _ / _ _ / _ _ _ _ Microorganismo in causa: <input type="checkbox"/> Non noto <input type="checkbox"/> Sospetto <input type="checkbox"/> Confermato Indicare il microorganismo: _____ Antibiogramma (se si applica): _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"><thead><tr><th>Alla data di segnalazione</th><th>Pazienti</th><th>Staff</th></tr></thead><tbody><tr><td>N° di casi confermati dal laboratorio</td><td> _ _ </td><td> _ _ </td></tr><tr><td>N° di casi non confermati dal laboratorio</td><td> _ _ </td><td> _ _ </td></tr><tr><td>N° di casi ricoverati in ospedale</td><td> _ _ </td><td> _ _ </td></tr><tr><td>N° di casi deceduti</td><td> _ _ </td><td> _ _ </td></tr></tbody></table> | Alla data di segnalazione | Pazienti | Staff | N° di casi confermati dal laboratorio | _ _ | _ _ | N° di casi non confermati dal laboratorio | _ _ | _ _ | N° di casi ricoverati in ospedale | _ _ | _ _ | N° di casi deceduti | _ _ | _ _ | <table border="1"><thead><tr><th>Alla data di segnalazione</th></tr></thead><tbody><tr><td>N° di reparti/unità coinvolte</td><td> _ _ </td></tr><tr><td>Tipo di reparti/unità coinvolte</td><td>_____</td></tr></tbody></table> | Alla data di segnalazione | N° di reparti/unità coinvolte | _ _ | Tipo di reparti/unità coinvolte | _____ | |
| Alla data di segnalazione | Pazienti | Staff | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° di casi confermati dal laboratorio | _ _ | _ _ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° di casi non confermati dal laboratorio | _ _ | _ _ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° di casi ricoverati in ospedale | _ _ | _ _ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° di casi deceduti | _ _ | _ _ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Alla data di segnalazione | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° di reparti/unità coinvolte | _ _ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo di reparti/unità coinvolte | _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Alla data di segnalazione è stata avviata l'indagine epidemiologica? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì ✓ Specificare _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ipotesi sulla causa di infezione? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì ✓ Specificare _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Alla data di segnalazione sono state adottate misure correttive? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sì ✓ Specificare _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Segnalazione di:

- Cluster/Epidemie acquisite nel corso dell'assistenza
- Resistenze inusuali

Per CLUSTER/EPIDEMIE: frequenti quesiti su necessità di considerare casi anche le colonizzazioni (es. pazienti asintomatici positivi per CPE da tampone rettale)

AUSL _____ Distretto _____

Struttura

- Ospedale
- Casa Residenza Anziani
- Casa protetta
- Altro _____

Nome struttura _____

Indirizzo _____ Comune _____ Provincia _____

Tipo di evento: cluster epidemico epidemia Indicare se: sospetto/a accertato/a

| Localizzazione: | Malattia infettiva: |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Batteriemia/sepsi | <input type="checkbox"/> Epatite virale acuta A -B-C-D-E-Acute altre |
| <input type="checkbox"/> Cutanea | <input type="checkbox"/> Scabbia |
| <input type="checkbox"/> Gastrointestinale | <input type="checkbox"/> Infezioni, tossinfezioni, infestazioni di origine alimentare |
| <input type="checkbox"/> Oculare | <input type="checkbox"/> Legionellosi |
| <input type="checkbox"/> Polmonare | <input type="checkbox"/> Tubercolosi |
| <input type="checkbox"/> Urinaria | <input type="checkbox"/> Micobatteriosi non tubercolare |
| <input type="checkbox"/> Altro: _____ | <input type="checkbox"/> Altro: (specificare) _____ |

Nuova scheda SSR2

Solo Cluster/Epidemie

- **L'apertura della scheda si basa sulla presenza di casi di infezioni sintomatiche (± dato lab.)**
- **Nella sezione dei casi vanno quindi conteggiati solo i casi sintomatici**
- **Nella parte sull'indagine epidemiologica si forniscono informazioni su eventuali colonizzati e sul profilo di resistenza antibiotica**

Agente eziologico _____ sospetto identificato non noto

Data insorgenza primo caso noto ___/___/___ Data insorgenza ultimo caso noto ___/___/___

Indagine/Cause

Pazienti: N° di casi: _____ Confermati dal laboratorio: _____ Non confermati dal laboratorio: _____

Ricoverati in ospedale: _____ Deceduti: _____

Staff N° di casi: _____ Confermati dal laboratorio: _____ Non confermati dal laboratorio: _____

Ricoverati in ospedale: _____ Deceduti: _____

N° di reparti/unità coinvolte _____ N° totale di letti _____

Tipo di reparto/unità coinvolte: _____

Alla data della segnalazione è stata avviata l'indagine epidemiologica? no si

Specificare: _____

Ipotesi sulla causa dell'infezione? no si

Specificare: _____

Alla data di segnalazione sono state adottate misure correttive? no si

Specificare _____

Data di segnalazione ___/___/___ Sanitario che ha segnalato _____

MAIL _____ Tel. _____

Regione Emilia-Romagna – Azienda Unità Sanitaria Locale di

Struttura: Indicare la struttura sanitaria o sociosanitaria coinvolta

Cluster epidemico/epidemia: di infezioni acquisite nel corso dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria; indicare:

- se l'epidemia è **sospetta o accertata**: è accertata nel momento in cui è stata effettuata una prima indagine epidemiologica descrittiva che ha verificato la diagnosi ed evidenziato un aumento statisticamente significativo di infezioni rispetto all'andamento epidemiologico precedente.
- le **infezioni in causa**: indicare le localizzazioni di infezione. Se sono presenti più localizzazioni in diversi pazienti e/o nello stesso paziente, barrare più di una casella. In caso di epidemie di malattie già incluse tra quelle da notificare (ad es. epatite virale, tubercolosi, ecc.) barrare la casella corrispondente o "altro" specificando.
- **microrganismo in causa**: indicare il microrganismo responsabile della epidemia e *cluster* epidemico, anche se solo sospetto.
- **data di insorgenza del primo caso**: indicare il giorno in cui il primo caso ha presentato i primi sintomi.
- **data di insorgenza dell'ultimo caso noto**: indicare la data di insorgenza della sintomatologia dell'ultimo caso evidenziato al momento della segnalazione rapida.
- **casi tra pazienti ed operatori sanitari alla data di segnalazione**: indicare quanti casi sono:
 - confermati dal laboratorio o meno, conteggiare in quest'ultima categoria:
 - i casi per i quali le ricerche di laboratorio sono ancora in corso;
 - i casi per i quali non sono stati richiesti esami di laboratorio;
 - i casi diagnosticati su base clinica, per i quali la conferma di laboratorio è risultata negativa, ma in presenza di elementi che possono giustificare l'esito negativo (ad esempio antibioticoterapia in corso);
 - casi ricoverati in ospedale al momento della segnalazione, casi deceduti.
- **reparti/unità operative coinvolte alla data di segnalazione**: indicare il numero ed il tipo di UO nelle quali sono stati diagnosticati casi facenti parte dell'evento epidemico. Nel caso di infezioni in strutture residenziali, indicare qui la struttura coinvolta.
- **indagine epidemiologica**: indicare se al momento della segnalazione è stata avviata una indagine epidemiologica e sinteticamente le attività condotte.
- **ipotesi sulla causa di infezione**: indicare se al momento della segnalazione è stata formulata una possibile ipotesi sul serbatoio di infezione e sul meccanismo di trasmissione.
- **misure correttive**: indicare se al momento della segnalazione sono state avviate misure correttive e indicare sinteticamente quali.

Definizioni

Allegato 6 - Scheda di segnalazione rapida SSR3/2023

SCHEDA PER LA RELAZIONE FINALE SU EPIDEMIE E CLUSTER EPIDEMICI IN
STRUTTURE SANITARIE E SOCIOSANITARIE

AUSL _____ DISTRETTO _____

Struttura

- Ospedale
- Casa Residenza Anziani
- Casa protetta
- Altro _____

Nome struttura _____

Indirizzo _____ Comune _____ Provincia _____

Tipo di evento: cluster epidemico epidemia Indicare se: sospetto/a accertato/a

| | |
|---|--|
| <p>Localizzazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Batteremia/sepsi <input type="checkbox"/> Cutanea <input type="checkbox"/> Gastrointestinale <input type="checkbox"/> Oculare <input type="checkbox"/> Polmonare <input type="checkbox"/> Urinaria <input type="checkbox"/> Altro: _____ | <p>Malattia infettiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Epatite virale acuta A -B-C-D-E-Acute altre <input type="checkbox"/> Scabbia <input type="checkbox"/> Infezioni, tossinfezioni, infestazioni di origine alimentare <input type="checkbox"/> Legionellosi <input type="checkbox"/> Tubercolosi <input type="checkbox"/> Micobatteriosi non tubercolare <input type="checkbox"/> Altro: (specificare) _____ |
|---|--|

Nuova scheda SSR3

Agente eziologico _____ sospetto identificato non noto

Data insorgenza primo caso noto ___/___/___

Data insorgenza ultimo caso noto ___/___/___

Conclusioni

Modalità di trasmissione:

Attraverso l'acqua Attrezzature/presidi Da alimenti Paziente-paziente Staff-paziente

Se attrezzatura/presidi, specificare: _____

Se altro, specificare: _____

L'epidemia è stata originata da una singola esposizione comune? No Sì, data di esposizione: _____

Natura dell'esposizione: _____

Misure di controllo:

Chiusura del reparto Igiene delle mani Isolamento della fonte Sospensione degli interventi chirurgici

Restrizioni dei ricoveri Se altro, specificare: _____

Data in cui l'epidemia è considerata conclusa: _____ È stato preparato un rapporto finale? No Sì
(allegare il rapporto)

Data di segnalazione ___/___/___ Sanitario che ha segnalato _____


e-mail _____ Tel. _____

Struttura: Indicare la struttura sanitaria o sociosanitaria coinvolta.

NEL RAPPORTO FINALE

- Sono indicati: il **numero totale di casi sintomatici** e l'**agente eziologico** (se identificato)
- si forniscono informazioni aggiuntive su **eventuali colonizzati** e sul **profilo di resistenza antibiotica**

Grazie per l'attenzione!



**IL NUOVO SISTEMA
DI SEGNALAZIONE
DELLE MALATTIE
INFETTIVE**

**Bologna,
25
settembre
2023**

9:30 - 16:00
viale Aldo Moro, 30
Aula Magna
Regione Emilia-Romagna

