

# Il nuovo sistema informativo sorveglianza delle malattie infettive: SMI

Bologna, 23 febbraio 2012

# Sistema di sorveglianza del Centro Europeo di Controllo delle Malattie Infettive (ECDC)

A livello europeo sono stati definiti

- una rete di sorveglianza epidemiologica e di controllo delle malattie trasmissibili nella Comunità,
- un sistema di allarme rapido e di reazione per la prevenzione e il controllo delle malattie trasmissibili,
- le definizioni dei casi ai fini della dichiarazione delle malattie trasmissibili alla rete di sorveglianza comunitaria.

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2008:159:0046:0090:IT:PDF>

# Le malattie infettive oggetto di sorveglianza da parte del Centro Europeo di Controllo delle Malattie Infettive

## ***Malattie prevenibili con vaccinazione***

Difterite  
Infezioni da H. influenzae B  
Influenza  
Morbillo  
Parotite  
Pertosse  
Poliomielite  
Rosolia  
Vaiolo  
Tetano



## ***Epatiti virali***

Epatite A  
Epatite B  
Epatite C

## ***Malattie trasmissibili per via sessuale***

Infezioni da Clamidia  
Infezioni da gonococchi  
Infezione da HIV  
Sifilide

## ***Malattie di origine alimentare, idrica e ambientale***

Antrace  
Botulismo  
Campilobatteriosi  
Criptosporidiosi  
Giardiasi  
Infezione da E. coli enteroemorragico  
Leptosirosi  
Listeriosi  
Salmonellosi  
Shigellosi  
Toxoplasmosi  
Trichinosi  
Yersinosi

# Le malattie infettive oggetto di sorveglianza da parte del Centro Europeo di Controllo delle Malattie Infettive

## ***Malattie trasmesse da agenti non convenzionali***

Encefalopatia spongiforme trasmissibile-variante della MCJ

## ***Malattie trasmissibili per via aerea/droplet***

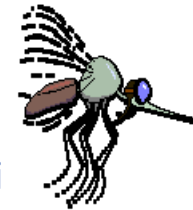
Legionellosi  
Malattia meningococcica  
Infezioni pneumococciche  
Tubercolosi  
SARS

## ***Zoonosi (Altre)***

Brucellosi  
Echinococcosi  
Rabbia  
Febbre Q  
Tularemia  
Influenza aviaria umana  
Infezione da West Nile virus

## ***Malattie gravi importate***

Colera  
Malaria  
Peste  
Febbri emorragiche virali  
Chikungunya  
Dengue



## **SETTORI SANITARI SPECIALI**

Infezioni nosocomiali  
Resistenza antimicrobica

# Le malattie infettive oggetto di sorveglianza da parte dell'ECDC

Sono definite secondo criteri:

- Clinici
- Di laboratorio
- Epidemiologici

# Le malattie infettive oggetto di sorveglianza da parte dell'ECDC

Sono classificate in:

- **Caso confermato** = caso confermato in laboratorio
- **Caso correlato epidemiologicamente** = caso esposto a un caso confermato nel periodo compatibile con il tempo di incubazione
- **Caso possibile** = clinica compatibile

E secondo l'esposizione in:

- **Importato** (caso esposto all'estero)
- **Correlato a importato** (caso esposto localmente a un caso importato)
- **Autoctono**

## SALMONELLOSI

(*Salmonella* spp., escluso *S. Typhi* e *S. Paratyphi*)

### **Criteri clinici**

Qualsiasi persona che presenti almeno una delle seguenti quattro manifestazioni:

- diarrea,
- febbre,
- dolori addominali,
- vomito.

### **Criteri di laboratorio**

- Isolamento della *Salmonella* (escluso *S. Typhi* e *S. Paratyphi*) nelle feci o nel sangue.

### **Criteri epidemiologici**

Almeno una delle seguenti cinque correlazioni epidemiologiche:

- trasmissione interumana,
- esposizione a una fonte comune,
- trasmissione da animale a uomo,
- esposizione ad alimenti o ad acqua da bere contaminati,
- esposizione ambientale.

### **Classificazione dei casi**

#### **A. Caso possibile**

N.A.

#### **B. Caso probabile**

Qualsiasi persona che soddisfi i criteri clinici e presenti una correlazione epidemiologica.

#### **C. Caso confermato**

Qualsiasi persona che soddisfi i criteri clinici e di laboratorio.

## MORBILLO

(*Virus del morbillo*)

### **Criteri clinici**

Qualsiasi persona che presenti febbre

E

— esantema maculopapulare

E almeno una delle tre seguenti manifestazioni:

- tosse,
- coriza,
- congiuntivite.

### **Criteri di laboratorio**

Almeno uno dei seguenti quattro criteri:

- isolamento del virus del morbillo a partire da un campione clinico,
- identificazione dell'acido nucleico del virus del morbillo in un campione clinico,
  - risposta anticorpale specifica al virus del morbillo, caratteristica dell'infezione acuta, nel siero o nella saliva,
  - identificazione dell'antigene del virus del morbillo in un campione clinico mediante fluorescenza diretta (DFA) con anticorpi monoclonali specifici del morbillo.

I risultati di laboratorio vanno interpretati in funzione della presenza o meno di vaccinazione. In caso di vaccinazione recente ricercare il virus selvaggio.

### **Criteri epidemiologici**

Correlazione epidemiologica mediante trasmissione interumana.

### **Classificazione dei casi**

#### **A. Caso possibile**

Qualsiasi persona che soddisfi i criteri clinici.

#### **B. Caso probabile**

Qualsiasi persona che soddisfi i criteri clinici e presenti una correlazione epidemiologica.

#### **C. Caso confermato**

Qualsiasi persona che soddisfi i criteri clinici e di laboratorio e che non sia stata vaccinata di recente.



## MALATTIA INVASIVA DA MENINGOCOCCO

(*Neisseria meningitidis*)

### **Criteri clinici**

Qualsiasi persona che presenti almeno una delle seguenti cinque manifestazioni:

- febbre,
- segni meningei,
- esantema petecchiale,
- shock settico,
- artrite settica.

### **Criteri di laboratorio**

Almeno uno dei seguenti quattro criteri:

- isolamento di *Neisseria meningitidis* in un sito solitamente sterile, comprese lesioni cutanee purpuriche,
- identificazione dell'acido nucleico di *Neisseria meningitidis* in un sito solitamente sterile, comprese lesioni cutanee purpuriche,
- identificazione dell'antigene di *Neisseria meningitidis* nel liquido cerebrospinale (LCS),
- identificazione di diplococco Gram-negativo nel liquido cerebrospinale (LCS).

### **Criteri epidemiologici**

Correlazione epidemiologica mediante trasmissione interumana.

### **Classificazione dei casi**

#### **A. Caso possibile**

Qualsiasi persona che soddisfi i criteri clinici.

#### **B. Caso probabile**

Qualsiasi persona che soddisfi i criteri clinici e presenti una correlazione epidemiologica.

#### **C. Caso confermato**

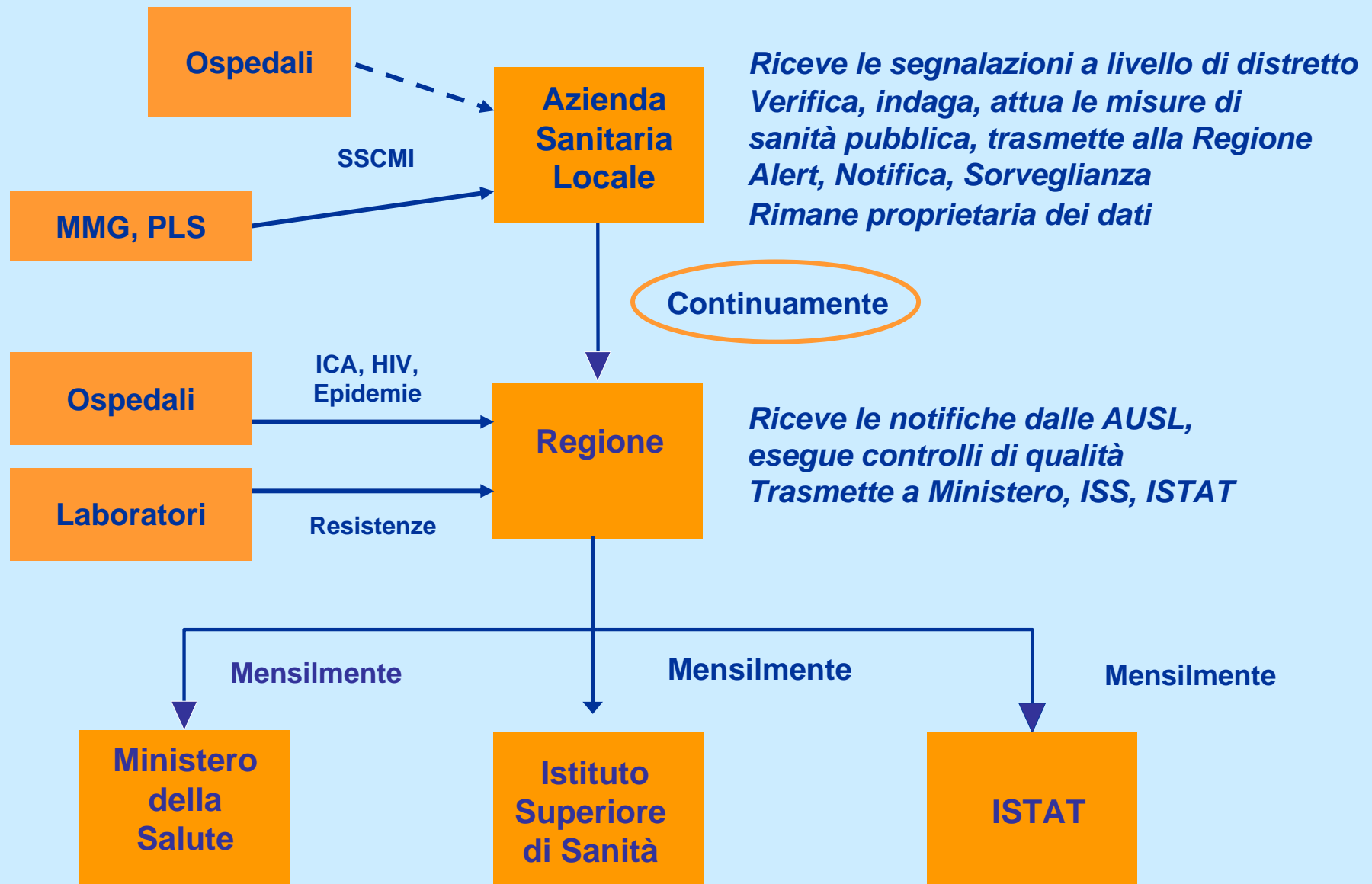
Qualsiasi persona che soddisfi i criteri di laboratorio.

# Definizione e classificazione di caso

## Il programma SMI

- comprende i criteri di definizione di caso europei,
- permette la classificazione del caso in possibile, probabile o confermato

# Il nuovo sistema SMI



# Il nuovo sistema informativo in Emilia-Romagna

- Integrazione dei 3 sistemi informativi in un unico programma
- Allacciamento alla nuova anagrafe assistiti regionale (NAAR) per il caricamento automatico dei dati anagrafici
- Costituzione di gruppi di utenti (“GRUPPI COMPILATORI”) che a livello distrettuale collaborano alla gestione/informatizzazione dei casi
- Unica banca dati utilizzabile da tutti gli utenti per ciascun livello di abilitazione (Distretto, Azienda, Regione)

# Il nuovo sistema informativo in Emilia-Romagna

- Possibilità di condivisione di informazioni relative a casi che insistono, per caratteristiche diverse, su diverse realtà distrettuali/aziendali (VISIBILITA')
- Facilitare la gestione di casi da parte di realtà diverse (TRASFERIMENTO)
- Mantenere i punti di forza del MIF a livello gestionale (REPORTISTICA GESTIONALE, PAGINE DI RICERCA, RICERCA DOPPI, CONSULTAZIONE E RECUPERO DATI)

# Il nuovo sistema informativo in Emilia-Romagna

- Facilita l'eventuale archiviazione cartacea e la trasmissione delle notifiche fuori regione (STAMPA PDF)
- Facilità di adattamento del sistema a modifiche e velocità nella predisposizione di eventuali nuove schede di rilevazione (TOOL DI GESTIONE E CREAZIONE SCHEDE)

# Il nuovo sistema SMI

- Cosa si segnala
- Chi segnala
- A chi segnala
- Chi notifica

## Cosa si segnala

- I casi di qualunque malattia infettiva e diffusiva o sospetta di esserlo, pericolosa per la salute pubblica

## Chi segnala

- I medici di medicina generale,
- i pediatri di libera scelta,
- i medici ospedalieri
- gli specialisti

## A chi si segnala

- Al Servizio Igiene e Sanità Pubblica del Dipartimento di Sanità Pubblica competente per territorio

Regione Emilia-Romagna – Azienda Sanitaria Locale di .....

### SEGNALAZIONE DI CASO DI MALATTIA INFETTIVA – SSCMI/2006

<b>MALATTIA:</b> <input type="checkbox"/> Sospetta <input type="checkbox"/> Accertata <i>Barrare la casella che interessa:</i>	<b>DATI RELATIVI AL PAZIENTE</b>
<input type="checkbox"/> Antrace <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cognome/Nome: .....
<input type="checkbox"/> Blenorragia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Data di nascita:  _ _ - _ _ - _ _ _ _  Sesso: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
<input type="checkbox"/> Botulismo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Comune di nascita: .....
<input type="checkbox"/> Brucellosi <input type="checkbox"/>	Domicilio: Via .....
<input type="checkbox"/> Campilobatteriosi <input type="checkbox"/>	Comune ..... Prov.  _ _
<input type="checkbox"/> Colera <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Residenza (se diversa da domicilio): Via .....
<input type="checkbox"/> Criptosporidiosi <input type="checkbox"/>	Comune ..... Prov.  _ _
<input type="checkbox"/> Differite <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Recapito telefonico: .....
<input type="checkbox"/> Echinococci <input type="checkbox"/>	Professione .....
<input type="checkbox"/> Encefalite trasmessa da zecche <input type="checkbox"/>	Collettività frequentata: (es: scuola materna, casa di riposo...)
<input type="checkbox"/> Encefaliti virali <input type="checkbox"/>	.....
<input type="checkbox"/> Epatite virale acuta A <input type="checkbox"/>	Inizio sintomi: Data  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Comune .....
<input type="checkbox"/> Epatite virale acuta B <input type="checkbox"/>	Viaggi/soggiorno all'estero: <input type="checkbox"/> sì, spec. ....
<input type="checkbox"/> Epatite virale acuta C <input type="checkbox"/>	Ricovero ospedaliero: <input type="checkbox"/> sì, spec. ....
<input type="checkbox"/> Altre epatiti virali acute <input type="checkbox"/>	Gravidanza: <input type="checkbox"/> sì Specificare, età gestazionale: settimana  _ _
<input type="checkbox"/> Febbri emorragiche virali <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Precedentemente vaccinato: <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non so
<input type="checkbox"/> Febbre gialla <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Criteri di diagnosi:</b>
<input type="checkbox"/> Febbre Q <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Clinica .....
<input type="checkbox"/> Febbre ricorrente epidemica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sierologia .....
<input type="checkbox"/> Febbre tifoide <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Esame diretto/istologico .....
<input type="checkbox"/> Giardiasi <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Esame culturale .....
<input type="checkbox"/> Influenza con isolamento virale <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Altro .....
<input type="checkbox"/> Lebbra <input type="checkbox"/>	<b>Acquisita nel corso dell'assistenza sanitaria?</b> <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non so
<input type="checkbox"/> Legionellosi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Altri casi di malattia potenzialmente correlati?</b> <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non so
<input type="checkbox"/> Leishmaniosi cutanea <input type="checkbox"/>	<b>Commenti:</b> .....
<input type="checkbox"/> Leishmaniosi viscerale <input type="checkbox"/>	.....
<input type="checkbox"/> Leptosirosi <input type="checkbox"/>	<b>DATI RELATIVI AL MEDICO</b> (accettabile anche un timbro)
<input type="checkbox"/> Listeriosi <input type="checkbox"/>	Cognome e Nome: .....
<input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/>	N° telefonico: ..... Data:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
<input type="checkbox"/> Malattia di Creutzfeldt-Jacob <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Firma del medico .....
<input type="checkbox"/> Malattia da E. coli patogeno <input type="checkbox"/>	<b>COME SEGNALARE AL DIPARTIMENTO SANITÀ PUBBLICA</b>
<input type="checkbox"/> Malattia di Lyme <input type="checkbox"/>	(tramite la direzione sanitaria o di presidio, se medico ospedaliero)
<input type="checkbox"/> Malattia invasiva da H.influenzae <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Segnalazione <b>immediata</b> per esigenze di profilassi (al massimo entro 12 ore)
<input type="checkbox"/> Malattia invasiva da meningococco <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	per telefono al n° ..... o cellulare al n° .....
<input type="checkbox"/> Malattia invasiva da pneumococco <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Segnalazione <b>per via ordinaria</b> (di norma non oltre le 48 ore), per posta
<input type="checkbox"/> Meningite batterica n.s. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Servizio Igiene e Sanità Pubblica -
<input type="checkbox"/> Morbillo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Fax n° ..... o e-mail .....
<input type="checkbox"/> Paratifo <input type="checkbox"/>	<b>A CURA DEL DSP</b> (segnalazione rapida a livello regionale)
<input type="checkbox"/> Parotite <input type="checkbox"/>	Legionellosi: <input type="checkbox"/> struttura turistica <input type="checkbox"/> struttura sanitaria <input type="checkbox"/> terme
<input type="checkbox"/> Pediculosi <input type="checkbox"/>	Meningite batterica: <input type="checkbox"/> strutture a rischio <input type="checkbox"/> età <24 anni <input type="checkbox"/> personale scuole
<input type="checkbox"/> Pertosse <input type="checkbox"/>	TBC: <input type="checkbox"/> collettività a rischio <input type="checkbox"/> polmonare (operatore) <input type="checkbox"/> polmonare (paziente)
<input type="checkbox"/> Peste <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Malattia correlata a pratiche assistenziali
<input type="checkbox"/> Poliomielite <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>COME SEGNALARE ALLA REGIONE</b>
<input type="checkbox"/> Psittacosi/Ornitosi <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Comunicazione <b>immediata</b> al n° telefonico: 051-6397030
<input type="checkbox"/> Rabbia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Comunicazione <b>immediata</b> (12 ore massimo) per Fax: 051-6397065;
<input type="checkbox"/> Rickettsiosi <input type="checkbox"/>	sabato, domenica e festivi anche e-mail: <a href="mailto:alert@regione.emilia-romagna.it">alert@regione.emilia-romagna.it</a>
<input type="checkbox"/> Rosolia <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trasmissione <b>tempestiva</b> della scheda al massimo entro 24 ore per
<input type="checkbox"/> Rosolia congenita <input type="checkbox"/>	e-mail <a href="mailto:alert@regione.emilia-romagna.it">alert@regione.emilia-romagna.it</a> (se requisiti per segnalazione rapida)
<input type="checkbox"/> Salmonellosi <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> SARS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Scabbia <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Scarlattina <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Shigellosi <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sifilide <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Tetano <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Tifo esantematico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Tossinfezione alimentare <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Toxoplasmosi <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Trichinosi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Tubercolosi extrapolmonare <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Tubercolosi polmonare <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Tularemia <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Yersiniosi <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Vaiolo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Varicella <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) <input type="checkbox"/>	



## Cosa si segnala

- I microrganismi con profilo di resistenza inusuale
- I cluster epidemici/le epidemie di infezioni correlate all'assistenza

## Chi segnala

- I medici ospedalieri
- I medici di strutture sanitarie o socio-sanitarie
- I laboratori

## A chi si segnala

- All'area rischio infettivo della regione
- Per conoscenza al Distretto e al Dipartimento di Sanità Pubblica dell'AUSL

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  _ _ _ _ _																		
<b>Profilo di resistenza inusuale:</b> <input type="checkbox"/> (Allegare copia dell'antibiogramma) Microrganismo: .....																			
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:  _ _ / _ _ / _ _ _ _  dell'ultimo caso noto  _ _ / _ _ / _ _ _ _  Microrganismo in causa: <input type="checkbox"/> Non noto <input type="checkbox"/> Sospetto <input type="checkbox"/> Confermato Indicare il microrganismo/i: .....																			
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> </tr> <tr> <td>Tipo di reparti/unità coinvolte</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"/> si ✓ Specificare .....																			
Ipotesi sulla causa di infezione? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si ✓ Specificare .....																			
Alla data di segnalazione sono state adottate misure correttive? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si ✓ Specificare .....																			

## Chi e come invia l'alert

All'inserimento della scheda di segnalazione (SSCMI) a livello distrettuale il programma verifica se in base ai dati inseriti esistono i presupposti per l'invio dell'allerta alla regione e chiede all'operatore di confermare la trasmissione.

### **A CURA DEL DSP** *(segnalazione rapida a livello regionale)*

**Legionellosi:**  struttura turistica       struttura sanitaria       terme

**Meningite batterica:**  strutture a rischio     età  $\leq 24$  anni     personale scuole

**TBC:**  collettività a rischio     polmonare (operatore)     polmonare (paziente)

**Malattia correlata a pratiche assistenziali**

È necessario che la scheda sia inserita entro i tempi previsti dal regolamento RER (segnalazione immediata e al massimo entro 12 ore).

## Chi notifica

- Il Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP) del Distretto dell'AUSL che ha ricevuto la segnalazione da un medico del proprio territorio/ospedale

## Come notifica

- Con l'inserimento dei dati (anche non definitivi) della scheda di segnalazione SSCMI nel programma SMI e
- con la successiva trasmissione alla Regione (SALVA E INVIA)

Il Distretto che ha inserito per primo la segnalazione rimane proprietario della scheda

# Visibilità

Al momento del salvataggio della scheda il programma rende **visibile in tempo reale** la notifica di un caso **al Distretto competente per:**

- Residenza del caso
- Domicilio del caso
- Luogo di inizio sintomi/di ricovero/di lavoro
- Collettività frequentata o in cui vive il caso

# Trasferibilità

Il programma rende possibile all'operatore il **trasferimento della proprietà** della scheda di una persona non residente/domiciliata nel Distretto di inserimento **al Distretto competente per:**

- Residenza del caso
- Domicilio del caso
- Luogo di inizio sintomi/ricovero/lavoro
- Collettività frequentata/di vita

al fine di facilitare il completamento di alcune parti della scheda (indagine epidemiologica, contatti...)

La proprietà della scheda resta sempre al Distretto che ha effettuato il primo inserimento

## Focolai

- Le singole notifiche si possono aggregare in focolai per tutte le malattie per cui è definita questa possibilità

## Sorveglianze

- Il programma integrerà progressivamente tutte le sorveglianze nazionali e regionali attive e ne permetterà il completamento graduale in base ai tempi delle indagine epidemiologiche

GRAZIE PER L'ATTENZIONE