



ECDC DOCUMENTO TECNICO
STUDIO DI PREVALENZA EUROPEO SULLE INFEZIONI CORRELATE
ALL'ASSISTENZA E SULL'UTILIZZO DI ANTIBIOTICI NELLE
STRUTTURE DI ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA
EXTRAOSPEDALIERA

Protocollo, ECDC HALT-3 2016-2017

Versione 2.2.1

Il protocollo è stato commissionato da "European Centre for Disease Prevention and Control" (ECDC), coordinato da Pete Kinross e Carl Suetens. Co-autori: Katrien Latour, Béatrice Jans (WIV-ISP, Belgium); Enrico Ricchizzi, Maria Luisa Moro (Agenzia sanitaria e sociale regionale; Italy); Tommi Kärki, Pete Kinross, Carl Suetens (ECDC).

Versione italiana di "Protocol for point prevalence surveys of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European long-term care facilities" – Protocol version 2.1.
Stockholm: ECDC; 2016.

Stockholm, May 2016
ISBN 978-92-9193-849-0
doi 10.2900/02719
Catalogue number TQ-04-16-370-EN-N

European Centre for Disease Prevention and Control, 2016.
La riproduzione è autorizzata, con indicazione della fonte.

Contenuti

1. Abbreviazioni.....	4
2. Introduzione.....	5
3. Obiettivi.....	6
4. Disegno dello studio	7
4.1 Quando effettuare lo studio?	7
4.2 Criteri di inclusione ed esclusione	7
5. Ruolo del coordinatore nazionale dello studio	10
6. Formazione.....	10
7. Considerazioni etiche e riservatezza dei dati	10
8. PPS: Raccolta dati	12
Chi raccoglie i dati?	12
Come raccogliere i dati?.....	12
Come inserire i dati nel software?.....	12
9. Le schede.....	14
9.1 Scheda di struttura	14
9.2 Scheda reparto	21
9.3 Scheda residenti	22
10. Bibliografia	33
Scheda di struttura	34
Scheda Reparto (solo per uso interno)	39
Scheda residenti	42
Appendice 1. Definizioni di casi di infezioni	44
INFEZIONI DEL TRATTO URINARIO	45
INFEZIONI RESPIRATORIE.....	46
INFEZIONI TRATTO RESPIRATORIO INFERIORE	47
INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO	49
INFEZIONI AD OCCHI, ORECCHIE, NASO E BOCCA.....	50
INFEZIONI GASTROINTESINALI	51
Appendice 2. Lista codici per microrganismo	52

1. Abbreviazioni

ABR	Antibioticoresistenza
EEA	Area Economica Europea
ESAC-NH	Sorveglianza Europea Sull'utilizzo di Antibiotici nelle Nursing Homes
EU	Unione Europea
MMG	Medico di medicina generale
HAI	Infezioni Associate all'Assistenza
HALT	Studio 2010, "Infezioni Associate all'Assistenza nelle Strutture di Lungodegenza"
HALT-2	Studio 2013, "Infezioni Associate all'Assistenza e utilizzo di antibiotici nelle Strutture di Lungodegenza"
HALT-3	Studio 2016-2017, "Infezioni Associate all'Assistenza e utilizzo di antibiotici nelle strutture di assistenza socio-sanitaria extraospedaliera "
PCI	Prevenzione e Controllo delle Infezioni
IPSE	Progetto per il miglioramento della sicurezza del paziente in Europa
LTCF	Strutture di assistenza socio-sanitaria extraospedaliera
NSC	Coordinatori Nazionali dello Studio
PPS	Studio di Prevalenza Puntuale
SSI	Infezioni del Sito Chirurgico
UTI	Infezioni Urinarie

2. Introduzione

Nel 2008, il coordinamento europeo delle sorveglianze per le infezioni correlate all'assistenza (Health Associated Infection - HAI) è stato trasferito presso il Centro Europeo per la Prevenzione e Controllo delle Malattie (ECDC), il quale ha creato il Network per la Sorveglianza delle infezioni associate all'assistenza sanitaria (HAI-Net). E' stato già condotto uno studio di fattibilità per la sorveglianza delle HAI nelle LTCF europee, nell'ambito del progetto per il miglioramento della sicurezza del paziente in Europa (IPSE), finanziato dalla Commissione Europea (1).

Nel dicembre 2008, l'ECDC ha iniziato la sorveglianza sulle HAI e sull'utilizzo di antibiotici nelle strutture di assistenza socio-sanitaria extraospedaliera europee (Long Term Care Facilities - LTCFs) nel contesto del progetto sulle HAI nelle LTCF (HALT). Il progetto HALT utilizza variabili provenienti dal sotto-progetto "Sorveglianza Europea sul Consumo di Antibiotici nelle Nursing Homes" (ESAC-NH) all'interno di un protocollo per studi di prevalenza puntuale (PPS) nelle LTCF, creando così una metodologia integrata per la valutazione continuativa, nelle LTCF europee, della prevalenza delle HAI, dell'utilizzo di antibiotici e delle risorse destinate alla Prevenzione e Controllo delle Infezioni. Da maggio a settembre 2010 un primo PPS condotto nelle LTCF europee (progetto HALT, 2010) ha consentito la raccolta di dati provenienti da 722 LTCF, distribuite fra 25 diverse nazioni europee (2). Da tale studio è emersa una prevalenza di residenti (pazienti in degenza 24/24h in una delle LTCF partecipanti) con almeno una HAI del 2.4%. La prevalenza grezza di residenti che hanno ricevuto almeno un antibiotico era del 4.3%. Da aprile a maggio 2013 un secondo PPS condotto nelle LTCF europee (progetto HALT-2, 2013) ha permesso la raccolta di dati provenienti da 1181 LTCF situate in 17 differenti stati europei (3). Dal progetto HALT-2 è emersa una prevalenza di residenti con almeno una HAI del 3.4%, e una prevalenza di residenti in trattamento con almeno un antibiotico del 4.4%. Il progetto HALT-2 ha previsto anche uno studio di validazione. A maggio 2015 l'ECDC ha lanciato un terzo progetto per supportare i PPS sulle HAI e sull'utilizzo di antibiotici nelle LTCF (HALT-3, 2016-2017). I report, i protocolli e gli strumenti di studio contenuti nei progetti HALT e HALT-2 sono stati adattati e discussi dal coordinamento e dai comitati consultivi di HALT-3. L'1 e 2 dicembre 2015 la bozza del protocollo e i materiali sono stati illustrati ai rappresentanti nominati dagli Stati Membri EU/EEA in occasione di un workshop "Train-the-trainer", in modo da permettere a questi rappresentanti di formare altri coordinatori e staff di sorveglianza locale.

Questo protocollo vuole fornire ai coordinatori nazionali dello studio (National Survey Coordinator - NSC) e ai rilevatori locali la metodologia, le schede per la raccolta dei dati e le definizioni delle variabili da raccogliere all'interno delle LTCF.

Un protocollo di validazione separato fornisce la metodologia, le schede per la raccolta dei dati e le definizioni delle variabili per lo studio di validazione da condurre in almeno una LTCF per Stato Membro EU/EEA. La validazione deve essere svolta da un team nazionale nello stesso giorno del PPS, per stimare la sensibilità e la specificità della raccolta dei dati in quella LTCF (4).

Qualora l'ECDC inoltri un invito ad uno Stato Membro EU/EEA, il Team di Coordinamento del Progetto deve organizzare una visita di valutazione in loco di due giorni, insieme al corrispondente team nazionale. Gli obiettivi di tale visita sono supportare la compilazione di un questionario sui dati nazionali e affiancare il team nazionale durante lo studio di validazione (5). Il questionario fa riferimento agli indicatori di performance nazionali delle IPC (Prevenzione e Controllo delle Infezioni), ai risultati di PPS effettuati periodicamente nelle LTCF (a livello nazionale e locale) e alla raccolta di denominatori nazionali.

Lo studio PPS sulle HAI e sull'uso di antibiotici nelle LTCF europee si conclude con la stesura di un report europeo e di un report di feedback per ogni LTCF partecipante; quest'ultimo deriva dalla comparazione dei dati locali con i risultati nazionali ed europei.

3. Obiettivi

Gli obiettivi generali della sorveglianza ECDC sulle HAI e sull'utilizzo di antibiotici nelle LTCF europee sono:

- Fornire agli Stati Membri EU/EEA e alle LTCF uno strumento standardizzato per seguire gli andamenti delle HAI e dell'uso di antibiotici.
- Identificare le priorità d'intervento nazionale e locale e valutare l'implementazione degli interventi negli Stati Membri EU/EEA e nelle LTCF.
- Stimare e monitorare l'impatto delle HAI e dell'uso di antibiotici nelle LTCF a livello nazionale ed europeo.

L'obiettivo generale del protocollo è supportare la realizzazione di un PPS delle HAI e dell'uso di antibiotici nelle LTCF.

Gli obiettivi specifici dei PPS condotti nelle LTCF europee sono:

- Stimare la prevalenza delle HAI e dell'uso di antibiotici nelle LTCF europee.
- Misurare gli indicatori di struttura e di processo delle IPC nelle LTCF.

I dati ottenuti sono utili per:

- Quantificare la prevalenza delle HAI e dell'uso di antibiotici nelle LTCF, negli Stati Membri EU/EEA e nella regione EU/EEA.
- Identificare necessità di intervento, di formazione e/o di ulteriori risorse per le IPC.
- Identificare le priorità a livello nazionale e locale ed aumentare la consapevolezza.
- Favorire la sicurezza dell'assistenza sanitaria nelle LTCF e nella popolazione europea anziana più in generale.

4. Disegno dello studio

4.1 Quando effettuare lo studio?

I dati dovranno essere raccolti da ogni LTCF in una singola giornata. Considerando il carico di lavoro aggiuntivo che lo studio richiede, si raccomanda di incrementare il personale durante questo periodo.

Negli LTCF con un elevato numero di letti, la raccolta dei dati può essere distribuita su due o più giorni. Tuttavia, tutti i letti di un reparto devono essere registrati nello stesso giorno.

L'ECDC ha individuato quattro possibili periodi di svolgimento della sorveglianza:

- Aprile-Giugno 2016,
- Settembre-Novembre 2016,
- Aprile-Giugno 2017,
- Settembre-Novembre 2017.

Per l'Italia si è scelto di condurre lo studio nel periodo **Aprile-Giugno 2017**.

4.2 Criteri di inclusione ed esclusione

Criteri di inclusione per le LTCF.

Il termine "strutture di assistenza socio-sanitaria extra-ospedaliera" si riferisce a strutture sanitarie deputate all'organizzazione e all'offerta di una vasta gamma di servizi e assistenza, a cui afferiscono persone con limitazioni dell'autonomia personale nel quotidiano (ad esempio nello svolgere attività basilari nella vita di ogni giorno, condizione che si protrae lungo un esteso periodo di tempo).

In queste strutture, si riscontra spesso il bisogno di assistenza medica di base (bendaggi, gestione del dolore, medicazioni, monitoraggio, prevenzione, riabilitazione o cure palliative).

Per strutture di assistenza socio-sanitaria extra-ospedaliera **eleggibili per la partecipazione al PPS**, si intendono strutture che ospitano degenti con le seguenti caratteristiche:

- Necessitano di supervisione costante (24 ore al giorno)
- Necessitano di "assistenza infermieristica con elevate competenze", per esempio che vadano oltre l'assistenza infermieristica "di base" e l'assistenza in attività di ogni giorno.
- Sono medicalmente stabili
- non necessitano di costante assistenza medica specialistica

Sono **escluse** dallo studio le seguenti strutture:

- reparti di lungodegenza ospedalieri,
- assistenza hostel (hotel privi di qualsiasi forma di assistenza infermieristica),

- Residenze Alberghiere
- forme di ospitalità per indigenti o retirement housing
- centri diurni, strutture semi-residenziali
- centri che fanno riferimento al domicilio o forme di cure domiciliari,
- case famiglia,
- protected living.

Il protocollo dello studio prevede che le strutture siano suddivise nel seguente modo:

"Nursing homes"	In queste strutture i residenti necessitano assistenza competente infermieristica o medica e supervisione 24/24h. Queste strutture forniscono principalmente assistenza ad anziani con patologie severe o lesioni/danni.
"Residential homes"	In queste strutture i residenti non sono in grado di vivere in autonomia. Richiedono supervisione e assistenza in tutte le attività di vita quotidiana. Queste strutture solitamente includono assistenza personale, pulizie e tre pasti al giorno. Prevedono assistenza infermieristica ma non 24/24 h.
LTCF Specializzate	Queste strutture sono specializzate in <u>una specifica tipologia di assistenza</u> , come ad esempio menomazioni fisiche, patologie croniche come sclerosi multipla, demenza, patologie psichiatriche, cure riabilitative, cure palliative, terapia intensiva.
LTCF Miste	Queste strutture forniscono differenti tipologie di assistenza nella stessa struttura (un mix delle altre LTCF sopramenzionate).

Nota: Questa classificazione non implica che le caratteristiche dei residenti in ogni diverso tipo di struttura siano strettamente omogenee.

In Italia i dati dei pazienti in regime di Continuità Assistenziale (CA) e Dimissioni Protette (DP) anche se all'interno di una struttura inclusa nella rilevazione, NON VANNO INCLUSI nella rilevazione della struttura (in cui si considerano come pazienti non eleggibili) MA SI ESEGUE UNA RILEVAZIONE APPOSITA ED ESCLUSIVA PER QUEI RESIDENTI (un'altra scheda struttura, altre schede residenti).

Ogni LTCF partecipante riceverà un feedback individuale dei suoi risultati. I dati provenienti dalle strutture specializzate vanno raccolti secondo le schede standard e registrati tramite il software, ma saranno in fase di rielaborazione aggregati separatamente.

Criteri di inclusione per i residenti/ospiti.

In questo protocollo si utilizza il termine RESIDENTE per indicare i RESIDENTI O GLI OSPITI DELLA STRUTTURA.

Vengono **inclusi** nello studio i seguenti residenti:

- Residenti a tempo pieno (24/24h) nella LTCF
- E**
- Presenti alle ore 8:00 AM il giorno del PPS
- E**
- Non dimessi dalla LTCF al momento dello studio.

Nota: Sono da includere anche i residenti registrati nel sistema amministrativo e che soddisfano i suddetti criteri, ma che si trovano temporaneamente fuori della LTCF (ad esempio per indagini diagnostiche o procedure mediche; con famiglia/amici; ecc.).

I seguenti residenti devono essere **esclusi**:

- Residenti non a tempo pieno nella LTCF (e.g. residenti provenienti da centri di assistenza diurna)
- O**
- Residenti a tempo pieno nella LTCF ma non presenti alle ore 8:00 AM (e.g. residenti assenti per dimissioni o per ricovero e trasferimento in ospedale)
- O**
- Residenti ospedalizzati il giorno del PPS (ossia ricoverati in ospedale con permanenza di almeno una notte)
- O**
- Residenti che hanno bisogno di procedure mediche invasive (ad esempio ventilazione).
- O**
- Residenti che decidono di non partecipare.

Nota: I residenti che ricevono di norma assistenza ambulatoriale cronica all'interno di un ospedale per acuti (come emodialisi o chemioterapia) devono essere inclusi nel PPS solo se non sono ospedalizzati il giorno del PPS (con permanenza in ospedale di almeno una notte).

Nota: I RESIDENTI IN REGIME DI CA E DP non sono da includere nella rilevazione della struttura, ma i dati sono da raccogliere in UNA RILEVAZIONE APPOSITA ED ESCLUSIVA PER QUEI RESIDENTI (un'altra scheda struttura, altre schede residenti - come facessero parte di un'altra struttura).

5. Ruolo del coordinatore nazionale dello studio

In Italia è stata scelta la Regione Piemonte come coordinatrice e referente nazionale (NSC) dello studio HALT-3. In ogni Paese, i Coordinatori Nazionali dello Studio (NSC) hanno i seguenti compiti prima della raccolta dati del PPS:

- selezionare ed invitare le LTCF a partecipare, includendo l'invito a partecipare allo studio di validazione
- fare una lista di tutte le LTCF partecipanti e raggrupparle per tipologia
- partecipare al workshop train-the-trainer svoltosi durante il primo incontro della rete operativa HAI-HALT nel 2015
- organizzare almeno una sessione di formazione di un giorno per le LTCF che partecipano al PPS
- distribuire gli strumenti di raccolta dati (ad esempio il software HALT)
- assistere le LTCF durante la raccolta dati (helpdesk)
- tradurre gli strumenti di raccolta dati del PPS e le comunicazioni nelle lingue nazionali.

I loro compiti dopo la raccolta dati sono i seguenti:

- raccogliere e inserire i dati delle LTCF locali e controllare il database nazionale
- esportare il database nazionale e inviare i dati all'ECDC. L'ECDC convertirà i dati HALT in HAIHALT. I dati saranno pre-caricati in TESSy dall'ECDC, e gli Stati membri riceveranno tali dati per identificare eventuali sostituzioni/aggiornamenti necessari
- distribuire i moduli di feedback alle LTCF partecipanti
- comunicare i risultati nazionali, ad esempio durante incontri scientifici

6. Formazione

In occasione del primo incontro della rete operativa HAI-HALT (Dicembre 2015) tenutosi a Stoccolma, si è svolto un workshop train-the-trainer, a cui hanno partecipato i rappresentanti dei 26 Stati membri dell'UE/EEA. L'ECDC rende disponibile il materiale formativo per i rilevatori locali ed esterni.

Prima dell'inizio dell'indagine nazionale/regionale, i coordinatori nazionali/regionali organizzeranno la formazione per le LTCF che partecipano al PPS e per i coordinatori di ciascuna regione. Saranno organizzati corsi ECM frontali e corsi on-line.

7. Considerazioni etiche e riservatezza dei dati

Gli Stati membri hanno esigenze diverse per l'approvazione etica di un PPS nelle LTCF. In passato, per i progetti HALT (2010) e HALT-2 (2013) alcuni paesi hanno necessitato dell'approvazione di un comitato etico.

In relazione alla normativa locale, i comitati etici locali potranno richiedere il consenso informato scritto da ciascun residente in trattamento antibiotico e/o con segni e sintomi di infezioni o da una persona di fiducia (familiare, MMG o tutore), se il residente non è in grado di esprimere il suo eventuale consenso.

- Membri dello staff, medici curanti, residenti e loro familiari dovrebbero essere informati sugli obiettivi e sulla metodologia dello studio: HALT ha preparato una lettera informativa standard da usarsi nei reparti, ma è auspicabile che ogni struttura organizzi sessioni informative interne.
- Residenti o familiari potrebbero rifiutare la partecipazione. I dati di questi residenti non devono essere rilevati e inviati

La riservatezza dei dati delle LTCF e del residente è garantita da:

- un codice identificativo di struttura assegnato ad ogni LTCF partecipante. Le LTCF partecipanti non saranno identificabili da altre LTCF/persona dal momento che tutti i report e le presentazioni useranno solo tali codici e mai i nomi delle LTCF. Il codice per risalire ai nomi delle LTCF dal numero identificativo LTCF dello studio non verrà inviato all'ECDC.
- Un codice identificativo verrà assegnato ad ogni residente per il quale è stata compilata una scheda. I dati identificativi del residente non vengono memorizzati nel software e non devono essere inseriti sulle schede di raccolta dati.

La scheda di reparto (opzionale, per uso interno) per il protocollo primario PPS HALT-3 include i dati identificativi dei residenti. Questa deve essere conservata nelle LTCF in modo sicuro e riservato e deve essere distrutta alla fine del progetto.

I dati raccolti nell'ambito del progetto HALT-3 non devono essere usati per scopi diversi da quelli descritti negli obiettivi del presente protocollo.

8. PPS: Raccolta dati

Chi raccoglie i dati?

In base alle risorse disponibili, i dati possono essere raccolti da rilevatori interni (ossia medici designati, medico/infermiera addetti al controllo delle infezioni, caposala, ecc...) o da rilevatori interni supportati da un rilevatore esterno (ossia una persona reclutata a livello nazionale, ad esempio un medico, una infermiera addetta al controllo delle infezioni).

Entrambi i rilevatori interni ed esterni, appositamente formati, devono recarsi presso la struttura il giorno del PPS, per esaminare ogni residente saranno accompagnati dall'infermiere di turno, dagli operatori socio-sanitari e dagli altri operatori sanitari delle LTFC. Devono cercare sintomi recenti di infezione, esaminare le cartelle cliniche, i passaggi di consegna e gli schemi terapeutici. I residenti con una o più sospette infezioni e i residenti che stanno ricevendo antibiotici devono essere esaminati più approfonditamente, discutendone il caso, se possibile, con il medico di turno.

Il materiale di formazione è stato sviluppato dal gruppo coordinatore nazionale di HALT-3 e la formazione dei rilevatori è fortemente raccomandata (vedi sezione 6: Formazione).

Come raccogliere i dati?

I dati sono raccolti attraverso la compilazione delle schede presentate in questo protocollo.

In seguito gli stessi saranno da inserire nel software e inviare al centro di coordinamento nazionale.

Come inserire i dati nel software?

È stato sviluppato, per il progetto HALT-3, un programma software per l'inserimento di dati a livello locale (utilizzare file HALT_ LTFC).

- Insieme al programma viene fornita una guida e una presentazione slide per assistere i rilevatori locali o le persone designate nelle LTFC all'installazione del software che si trova sul sito e all'inserimento dati.
- Una volta che tutti i dati di una LTFC sono stati inseriti nel software, verrà generato automaticamente un report riassuntivo con i risultati preliminari riguardanti la struttura. Tutti i dati vengono salvati a livello locale.
- Dopo aver effettuato la raccolta dati nella struttura e la loro immissione nel programma informatico, i dati devono essere inviati al referente nazionale del progetto HALT che provvederà al trasferimento degli stessi nel modulo software HALT nazionale.
- Selezionando l'apposita funzione del software, si crea un file zip da inviare al referente nazionale del progetto (NSC).
- I dati verranno aggiunti al database nazionale dai NSC e successivamente a quello europeo.
- Al termine della raccolta dati e della loro rielaborazione a livello nazionale ed europeo, saranno forniti:
 - Un report nazionale dal coordinamento nazionale
 - Un report europeo da parte di ECDC.

I dati sono raccolti usando i seguenti questionari: una scheda di struttura, una scheda per i residenti. Una **scheda di struttura** raccoglie i dati del denominatore, le caratteristiche strutturali e funzionali della struttura (ad esempio struttura pubblica/privata, presenza di infermieri abilitati, coordinamento medico) e le informazioni riguardanti i protocolli per la somministrazione di antibiotici e gli strumenti per il controllo delle infezioni nella struttura in questione. Questi dati saranno usati per analisi descrittive delle LTCF partecipanti e della loro popolazione e per compiere gli appropriati aggiustamenti durante l'analisi comparativa a livello regionale/nazionale ed europeo.

Una **scheda reparto (opzionale, unicamente per uso interno)** viene fornita ai rilevatori per facilitare la raccolta dati del denominatore inerente la popolazione delle LTCF nel giorno del PPS e per il seguente inserimento dati sulla scheda di struttura.

Un **scheda residenti** è compilata per ogni residente che riceva almeno un antibiotico e/o si presenti con almeno una infezione attiva nel giorno del PPS.

Le **definizioni dei casi di infezione** dovrebbero essere usate per identificare le HAI attive nei residenti eleggibili.

Una **lista di codici dei microrganismi** dovrebbe essere consultata mentre si completa la scheda residenti, per identificare i codici appropriati per i microrganismi individuati e i loro profili di resistenza antimicrobica.

9. Le schede

9.1 Scheda di struttura

La scheda di struttura raccoglie i dati relativi a ciascuna LTCF partecipante, tramite domande raggruppate in sei sezioni:

- A. Informazioni generali
- B. Dati del denominatore
- C. Assistenza medica e coordinamento
- D. Prassi per il controllo delle infezioni
- E. Protocolli per la somministrazione di antibiotici
- F. Informazioni sulla modalità di svolgimento della rilevazione nella struttura

A: Informazioni generali

Variabile	Descrizione/definizione
Codice struttura	Codice fornito dal centro coordinatore nazionale. Corrisponde ai codici ministeriali.
Infermieri abilitati disponibili 24 ore al giorno nella struttura	Infermieri abilitati disponibili giorno e notte, presenti fisicamente e/o contattabili per telefono/cercapersona 24 ore al giorno.
Numero totale di infermieri a tempo pieno (FTE, Full Time Equivalent)	<p>Numero totale di infermieri (laureati, abilitati) che lavorano a tempo pieno nella LTCF (non solo nel giorno del PPS). FTE = Tempo Pieno Equivalente. Fornire il quadro attuale se possibile, o la situazione più recente disponibile.</p> <p>Un infermiere abilitato è un infermiere che abbia conseguito la laurea presso un corso universitario di infermieristica o presso una scuola di infermieristica e abbia superato un esame di abilitazione nazionale per ottenere una licenza come infermiere.</p> <p>Includere infermieri abilitati che abbiano contratti diversi rispetto a quelli stipulati dalla struttura (es. cooperazione, agenzie) o che non siano stati assunti in modo permanente per quella posizione nella LTCF. Non distinguere fra il ruolo amministrativo, scientifico e/o clinico di un infermiere. <u>Non includere studenti.</u></p>
Numero totale di OSS a tempo pieno (FTE)	<p>Numero totale di OSS che lavorano a tempo pieno nella LTCF (non solo il giorno del PPS). FTE = Tempo Pieno Equivalente.</p> <p>Con 'OSS' ci si riferisce anche a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 'infermiere non professionale', - 'assistente di cura', - 'ausiliario infermieristico' - o termini simili. <p>Devono essere inclusi anche assistenti che non sono permanentemente impiegati per quella posizione nella LTCF.</p> <p>Gli OSS provvedono al sussidio dei pazienti sotto la supervisione di infermieri o dottori. In generale, essi somministrano i pasti, vestono e lavano i pazienti, ma possono anche svolgere attività sanitarie di base come misurare e registrare la temperatura, la pressione sanguigna, e altri segni vitali.</p> <p>Non distinguere fra mansioni amministrative, scientifiche e/o cliniche di un assistente infermieristico.</p> <p><u>Non includere</u> altri professionisti sanitari autorizzati, come dietologi, fisioterapisti, logopedisti, personale logistico, studenti di alcun tipo o volontari.</p> <p>Fornire se possibile il quadro attuale, o la situazione più recente disponibile.</p>

Numero totale di stanze per residenti	Somma di tutte le stanze per residenti, incluse le stanze singole e multiple. Devono <u>essere escluse</u> le aree pubbliche, le stanze di servizio ecc..
Numero totale di camere singole nella struttura	Numero totale di camere della struttura che sono destinate a una singola degenza, ossia camere con un letto. Una stanza divisa da partners <u>non</u> deve essere considerata come una stanza singola.
Numero totale di stanze singole/private nella struttura con bagno privato e sanitari	Numero di stanze per singola degenza che comprendono bagno privato e sanitari (lavandino e/o doccia). Una doccia/lavandino da solo o un gabinetto non è sufficiente per la qualifica di 'stanza per singola degenza con bagno privato e sanitari per l'igiene. <u>Non</u> devono essere contate le camere che hanno il bagno e i sanitari per l'igiene personale in un'area comune.

B: Dati del denominatore

Variabile	Descrizione/definizione
Posti letto in struttura	Numero totale di letti per residenti nella LTCF, sia occupati che liberi. I letti condivisi fra partner devono essere conteggiati come due letti separati.
Di cui letti occupati	Numero totale di letti occupati da residenti nel giorno del PPS. Si includono anche letti occupati da residenti che sono assenti il giorno del PPS a causa dell'ospedalizzazione, in vacanza o con famiglia, ecc...
Residenti eleggibili, presenti alle 8:00 AM e non dimessi	Numero totale di residenti presenti alle 8:00 AM e non dimessi al momento della rilevazione.
Di cui età > 85	Numero totale di residenti eleggibili di età maggiore a 85 anni presenti il giorno del PPS.
Di cui residenti maschi	Numero totale di residenti maschi eleggibili nel giorno del PPS.
Residenti che ricevono almeno un antibiotico	Numero totale di residenti eleggibili riceventi uno o più antibiotici per via sistemica (vedi 4.3.2) nel giorno del PPS.
Residenti con almeno un'infezione	Numero totale di residenti eleggibili con una o più infezioni (vedi 4.3.3) nel giorno del PPS.
Residenti con catetere urinario	Numero totale di residenti eleggibili con un catetere urinario, inteso come qualsiasi sistema tubulare inserito per drenare e raccogliere urine dalla vescica (catetere urinario in sede, catetere percutaneo sovrapubico o addominale o una cistostomia). <u>Non</u> devono essere inclusi i cateteri esterni che non drenano le urine direttamente dalla vescica (ad esempio catetere condom).
Residenti con catetere vascolare	Numero totale di residenti eleggibili con un sistema tubulare inserito nel sistema vascolare (venoso, arterioso, fistola arterovenosa) nel giorno del PPS. Ne sono esempi il catetere intravenoso periferico, un sistema di accesso vascolare permanente, o qualsiasi altro sistema di accesso intravascolare.
Residenti con lesioni da decubito	Numero totale di residenti eleggibili con una lesione da decubito nel giorno del PPS. Tutti i gradi di lesioni da decubito devono essere inclusi (ad esempio, anche il grado 1 (di minore entità): eritema non reversibile alla digitopressione).
Residenti con altre lesioni	Numero totale di residenti eleggibili con una ferita diversa da una lesione da decubito nel giorno del PPS, incluse ulcere alle gambe, ferite chirurgiche o traumatiche e siti di inserzione per gastrostomia endoscopica percutanea (PEG), tracheotomia, urostomia, colostomia o cateteri sovra pubici e peritoneali.
Residenti disorientati nel tempo e/o nello spazio	Numero totale di residenti eleggibili che presentano periodi di confusione, riguardanti specialmente il tempo, lo spazio o l'identificazione di persone (ad esempio non riescono a trovare la loro stanza, non hanno idea del tempo e/o sono incapaci di riconoscere persone che conoscono molto bene).
Residenti in sedia a rotelle o allettati	Numero totale di residenti eleggibili che necessitano di una sedia a rotelle o che sono allettati nel giorno del PPS.
Residenti operati negli ultimi 30 giorni	Numero totale di residenti eleggibili che hanno subito un intervento chirurgico nei 30 giorni precedenti il PPS. Per intervento chirurgico si intende una procedura che prevede una incisione (non solo una puntura di ago), con rottura della mucosa e/o della pelle (incluse laparoscopie). La procedura non deve necessariamente avere luogo in sale operatorie, ma può anche essere svolta in sale di radiologia interventistica, sale per la cateterizzazione cardiaca, stanze endoscopiche ecc...

Residenti con incontinenza urinaria e/o fecale	Numero totale di residenti eleggibili con incontinenza urinaria e/o fecale (ossia mancanza di controllo della vescica o degli sfinteri intestinali che risulta in una incontrollata perdita di urine o feci) che necessitano di uso di pannoloni nelle 24 ore precedenti al giorno del PPS (durante il giorno e/o la notte). Un residente con un catetere urinario <u>non</u> deve essere considerato come incontinente per le urine
---	---

C: Cure mediche e coordinamento

Variabile	Descrizione /definizione
Medico di medicina generale (MMG)	Un medico, scelto dal paziente, che ha fornito cure mediche al di fuori dell'ambiente ospedaliero al paziente durante gli anni che hanno preceduto il suo ingresso in struttura
Studio medico associato di medicina generale	MMG che fanno parte di uno studio medico associato di medicina generale o gruppo di studi associati di medicina generale che collaborano al fine di soddisfare le necessità quotidiane della popolazione residente all'interno di un'area geografica
Staff medico assunto dalla struttura	Medici assunti dalla direzione delle LTFC per garantire le cure ai residenti. Questi medici non sono MMG (vedi sopra)
Coordinatore medico	Medico addetto al coordinamento delle attività mediche ed alla standardizzazione delle attività/prassi/protocolli nella struttura

D: Prassi e protocolli per il controllo delle infezioni

Variabile	Descrizione/definizione
Prevenzione delle infezioni, prassi e protocolli di controllo	Serie di precauzioni e comportamenti appropriati per evitare infezioni e trasmissione di patogeni
Persona con formazione in Prevenzione e controllo delle infezioni	<p>Un infermiere abilitato, un medico, un epidemiologo o un professionista sanitario con compiti di prevenzione e controllo della infezioni che:</p> <ul style="list-style-type: none"> - si occupa della prevenzione delle HAI isolando le fonti di infezioni e limitandone la diffusione; - raccoglie sistematicamente, analizza ed interpreta i dati sulla salute per pianificare, implementare, valutare e diffondere appropriate azioni di sanità pubblica; - forma personale sanitario attraverso l'insegnamento e la divulgazione delle pratiche di controllo delle infezioni. <p>Questa persona può lavorare a tempo pieno nel controllo delle infezioni e attività di prevenzione o affiancare questo con altri ruoli come i mansioni assistenziali, supervisione dell'assistenza, controllo qualità, ecc...</p>
Comitato prevenzione e controllo delle infezioni	<p>Un comitato multidisciplinare costituito almeno da una persona formata in Controllo e Prevenzione delle infezioni (IPC) (professionista IPC), dall'amministratore, dal medico coordinatore (se presente nella struttura), dal(gli) infermiere/i supervisore/i o da altre persone designate. Possono far parte del comitato IPC persone addette al controllo qualità, al risk management, rappresentanza della microbiologia, della chirurgia, del centro di sterilizzazione, della farmacia, del servizio ambientale, ecc...</p> <p>Le funzioni del comitato IPC possono essere incluse in programmi di miglioramento delle prestazioni o in programmi di sicurezza per pazienti, ma l'IPC deve rimanere identificabile come un programma ben distinto. Il comitato IPC deve incontrarsi regolarmente per controllare i dati sulle infezioni, rivedere prassi e protocolli, monitorare le attività e gli obiettivi programmati. Deve esserci una documentazione scritta delle riunioni (Fonte: SHEA7APIC linee guida: Infection prevention and control in the LTFC, 2008)</p>
Consumo di soluzione alcolica per l'igiene delle mani	Numero totale di litri di alcool usati durante l'anno precedente al PPS

(litri/anno)	
Numero di interventi educativi sull'igiene delle mani osservati nel reparto all'anno	Formazione su importanza, indicazioni, tecnica e prodotti da usare per l'igiene delle mani rivolta ai professionisti sanitari (infermieri, assistente infermieristico, medici, fisioterapisti, personale delle pulizie, ecc...) in particolar modo per i nuovi impiegati nelle LTFC
Opportunità di igiene delle mani	Numero di occasioni per l'igiene delle mani misurate durante le campagne o i controlli (revisioni) dell'igiene delle mani. Deve essere registrato il numero di occasioni osservate, non quante di queste occasioni sono state effettuate correttamente (= compliance). Secondo la WHO, i quattro momenti per l'igiene delle mani devono almeno comprendere: (1) prima di toccare il paziente, (2) prima di una procedura di pulizia/asepsi, (3) dopo un rischio da esposizione a fluidi corporei e (4) dopo aver toccato un paziente. Nelle LTFC specializzate, dove i residenti sono curati in spazi e con attrezzature dedicati, si individua anche un momento (5) dopo aver toccato ciò che circonda il paziente [6]

E: Prassi e protocolli sull'utilizzo degli antibiotici

Variabile	Descrizione/definizione
Lista restrittiva di antibiotici da prescrivere	<p>Una lista che comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ antibiotici autorizzati alla prescrizione ▪ antibiotici che non possono essere usati ▪ antibiotici che non possono essere utilizzati per una terapia empirica in alcun caso <p>Lo scopo di questa lista è di riservare certi antibiotici per determinate infezioni a seguito di riscontro microbiologico. In alcuni casi sono concesse eccezioni previa motivazione scritta, spiegando le ragioni della scelta di tale antibiotico.</p>
Comitato antibiotici	<p>Questo comitato ha il compito di sviluppare linee guida locali e protocolli sull'uso degli antibiotici nelle LTFC. Il gruppo deve comprendere (almeno) medici che prescrivono antibiotici ai residenti delle LTFC, un farmacista, un medico coordinatore (se presente), un medico addetto al controllo e alla prevenzione delle infezioni e (se possibile) un microbiologo.</p>
Linee guide scritte per un uso appropriato degli antibiotici	<p>Raccomandazioni per trattamenti mirati ed empirici delle infezioni più frequenti, che includano il dosaggio, la via di somministrazione e la durata del trattamento. Normalmente viene proposta una terapia di prima e seconda scelta.</p>
Consumo annuale di antibiotici	<p>Un report sulla quantità di antibiotici prescritti/ricevuti durante l'anno passato, per classe di antibiotici</p>
Profili di antibiotico resistenza	<p>Un follow-up dell'evoluzione della resistenza agli antibiotici per i diversi microorganismi nella struttura, allo scopo di orientare la scelta degli antibiotici per il trattamento. I dati sono ottenuti dalla sorveglianza dei profili di antibiotico resistenza forniti dai risultati degli antibiogrammi.</p>
Prontuario terapeutico	<p>Lista di antibiotici da utilizzare per ogni malattia, inteso come una guida per le prescrizioni dei medici. Il prontuario terapeutico dovrebbe includere un capitolo specifico sulla terapia antibiotica.</p>
Strisce reattive urinarie (dipstick test)	<p>Test svolto con carta assorbente o bastoncino di cartone imbibito nelle urine per verificare la presenza dei globuli bianchi (esterasi leucocitarie) e/o nitriti. I risultati sono indicati dai cambiamenti cromatici sullo stick. Questo tipo di test non deve essere confuso con il "dip slide" test svolto dai laboratori per verificare la presenza di microrganismi nei liquidi.</p>

F: Come è stato svolto lo studio nella struttura?

9.2 Scheda reparto

La **scheda reparto** è un modulo sviluppato per facilitare la raccolta dati del denominatore della scheda di struttura. Il suo utilizzo non è obbligatorio, ed è solo per uso interno.

I rilevatori devono raccogliere informazioni su ogni residente a tempo pieno nella struttura, presente nel reparto alle ore 8:00 e non dimesso al momento della raccolta dati (Tabella a). Una volta che questi dati sono stati raccolti in ogni reparto, i rilevatori possono sommare i denominatori di ogni reparto (Tabella b) e riportare questi totali nella scheda di struttura. Le strutture che hanno un solo reparto devono completare una sola scheda reparto.

Istruzioni:

- elencare tutti i residenti presenti nel giorno della rilevazione nelle colonne 1 e 2.
- Assegnare un codice nella colonna 3, unico per ogni residente della struttura. Possono essere usati numeri e/o lettere. Questo codice deve essere inserito in tutte le schede riguardanti lo stesso residente.
- Se il residente rientra nei criteri di eleggibilità (vada cap. 4.2), completare le colonne da 5 a 15 tracciando una "X" se il fattore di rischio o l'indicatore del livello di intensità di cura è presente nel giorno della rilevazione.
- Sommare le X in ogni colonna.
- Terminata la compilazione della scheda reparto, riportare il totale di ogni colonna nella tabella riassuntiva.
- Sommare i totali delle tabelle riassuntive appartenenti alle diverse schede reparto e riportare il totale nella parte B della scheda di struttura.
- Se un residente ha una X nella Colonna 7 e/o 8 della scheda reparto (stava quindi ricevendo almeno un antibiotico e/o aveva almeno un'infezione nel giorno della rilevazione), compilare per questo ospite una scheda residente.

Tabella b. HALT-3 scheda reparto - calcolo denominatore

(Usare questa tabella per sommare il numero di "X" di ogni colonna delle liste reparto della struttura. Trasferire il numero totale nella parte B della scheda di struttura, sezione "dati al denominatore")

9.3 Scheda residenti

La scheda deve essere completata per ogni residente:

- che riceve almeno un antibiotico sistemico nel giorno del PPS (vedi parte A di questo capitolo)
E/O
- presenta almeno un'infezione attiva nel giorno del PPS (vedi parte B di questo capitolo)

le domande sono raggruppate in tre sezioni:

- dati residenti;
- Parte A: uso degli antibiotici,
- parte B: infezioni correlate all'assistenza.

Dati residenti

Variabili	Descrizione/definizione
Codice residente	Codice unico assegnato al residente dai rilevatori interni
Genere	Genere del residente: femminile/maschile
Anno di nascita	Anno di nascita del residente (aaaa)
Durata della permanenza nella struttura	Il residente ha già vissuto nella struttura per meno di un anno o per un anno o più
Ricovero in ospedale negli ultimi tre mesi	Il residente è stato ricoverato nei tre mesi precedenti la data del PPS. Devono essere considerati solo i ricoveri in ospedale (ospedali con almeno un reparto medico o chirurgico) della durata di almeno una notte
Chirurgia nei precedenti 30 giorni	I residenti che hanno subito un intervento chirurgico nei 30 giorni precedenti il PPS. Per intervento chirurgico si intende una procedura che prevede un'incisione (non solo una puntura di ago), con rottura della mucosa e/o della pelle (inclusi approcci laparoscopici). La procedura non deve necessariamente avere luogo in sale operatorie, ma può anche essere svolta in sale di radiologia interventistica, sale per la cateterizzazione cardiaca, stanze endoscopiche ecc...
Catetere urinario	Residenti con un catetere urinario, inteso come qualsiasi sistema tubulare inserito per drenare e raccogliere urine dalla vescica (catetere urinario in sede, catetere percutaneo sovrapubico o addominale o una cistostomia). I cateteri esterni che non drenano le urine direttamente dalla vescica (ad esempio catetere condom) <u>non</u> devono essere inclusi.
Catetere vascolare	Qualsiasi sistema di tubi posizionato nel corpo per accedere al sistema vascolare (arterioso o venoso), come catetere venoso periferico e altri sistemi di accesso intravascolari (incluse fistole arterovenose)
Incontinenza fecale e/o urinaria	Mancanza di controllo sfinteriale della vescica o dell'intestino che risulti in una perdita involontaria di urine o feci e necessiti dell'uso di pannoloni nelle 24 ore precedenti la PPS (durante il giorno e/o la notte). Un portatore di catetere urinario <u>non</u> deve essere considerato incontinente per le urine.

Lesioni da decubito	Devono essere considerati tutti gli stadi delle lesioni da decubito, anche il grado più basso caratterizzato da discolorazione della cute intatta non reversibile con una leggera pressione delle dita (eritema persistente)
Altre ferite	Tutte le ferite che non sono lesioni da decubito: le ulcere agli arti inferiori, ferite traumatiche o chirurgiche, incluse le inserzioni per gastrostomia endoscopica, tracheostomia, urostomia, colostomia o cateteri sovrapubici o peritoneali
Disorientamento nel tempo e/o nello spazio	Residenti che manifestano periodi di confusione e di disorientamento spazio temporale o nel riconoscimento delle persone (decadimento cognitivo)
Mobilità	Grado di mobilità del residente: deambulazione autonoma (con o senza bastone, stampelle, ecc...), sedia a rotelle, allettamento.

Parte A: Dati sull'utilizzo di antibiotici

Devono essere **inclusi** nello studio, quindi indicati nella "Parte A - utilizzo degli antibiotici" della scheda Residente, i seguenti antibiotici qualora la via di somministrazione sia orale, parenterale (endovenosa), intramuscolare, sottocutanea, inalatoria o rettale:

- antibiotici per uso sistemico (ATC livello J01), antimicotici per infezioni sistemiche (J02) e antimicotici per infezioni cutanee (D01BA)
- antibiotici antinfettivi intestinali (A07AA)
- antiprotozoari (P01AB)
- antimicobatterici (J04) utilizzati per il trattamento delle infezioni da micobatteri (inclusa la tubercolosi) o per il trattamento di riserva nelle infezioni da batteri multiresistenti

I seguenti agenti antibiotici devono essere **esclusi**:

- agenti antivirali per uso sistemico; agenti antibiotici per uso topico; agenti antisettici

Raccogliere le seguenti informazioni per ogni agente antibiotico che l'ospite riceve nel giorno della rilevazione:

Variabile	Descrizione/definizione
Nome dell'antibiotico	Nome generico o commerciale dell'antibiotico. Il nome verrà convertito poi nel rispettivo codice ATC5 dal coordinatore nazionale dello studio.
Via di somministrazione	Via di somministrazione dell'antibiotico; orale, parenterale (intravenoso IV), intramuscolare (IM) o sottocutanea (SC) o altra (rettale, inalatoria etc.)
Data di fine o di revisione della terapia antibiotica	Nella documentazione assistenziale (medica e/o infermieristica) vi è una chiara indicazione sulla data di fine trattamento o di revisione post-prescrittiva dell'antibiotico
Tipo di trattamento	Indicazioni all'uso dell'antibiotico.
Profilassi	Antibiotico prescritto per prevenire un' infezione. Il residente non presentava segni/sintomi di un'infezione quando l'antibiotico è stato prescritto.

Terapia	Antibiotico prescritto per trattare un' infezione. Il residente presentava segni/sintomi di un'infezione quando il trattamento è stato prescritto. Sono da considerare sia i trattamenti empirici (iniziati prima di conoscere il patogeno responsabile) e sia quelli documentati microbiologicamente (intrapresi dopo un'indagine microbiologica che ha permesso di rendere noto il patogeno responsabile).
Antibiotico somministrato per	Diagnosi in base al sito anatomico.
Luogo di prescrizione	Posto in cui l'antibiotico è stato prescritto: in questa struttura LTCF, in ospedale o altrove.

Parte B: Dati sull'infezione. Identificazione del codice di infezione, l'origine dell'infezione e la resistenza agli antibiotici.

⇒ È una HAI?

I rilevatori devono identificare i residenti che presentano segni e/o sintomi di un'infezione attiva il giorno del PPS. Una **HAI in fase attiva**, associata alla permanenza in una struttura sanitaria per esempio una LTCF o ospedale, è definita come:

A. Segni/sintomi di infezione:

- Sono presenti nel giorno della rilevazione **E** sono di nuova insorgenza o di recente peggioramento^a
○
- Erano presenti nelle due settimane precedenti (14 giorni) al PPS **ED** erano di nuova insorgenza o di recente peggioramento^a **E** il residente sta ancora ricevendo il trattamento per tale infezione nel giorno della rilevazione^b

E

B. I sintomi sono comparsi:

- più di 48 ore dopo l'ingresso (o la riammissione) nell'attuale LTCF
○
- da meno di 48 ore (cioè insorta il giorno dell'ammissione, in prima o in seconda giornata) se l'ospite è stato trasferito nell'attuale LTCF da un'altra struttura sanitaria (ad esempio un' altra LTCF, una struttura di riabilitazione, un ospedale)
○
 - il residente presenta un'infezione del sito chirurgico di tipo profondo o ad organo/spazio che si è manifestata meno di 90 giorni dopo l'impianto di una protesi
○
 - il residente ha un'infezione del sito chirurgico insorta da meno di 30 giorni da un intervento chirurgico
○

- è presente un'infezione da Clostridium difficile insorta entro 28 giorni dalla dimissione da una struttura sanitaria (ad esempio LTCF o ospedale).

Nota a: Sintomi cronici, come tosse o urgenza minzionale, solitamente non sono associati a infezione. Le cause non infettive devono essere sempre considerate prima di formulare una diagnosi di infezione. Un cambiamento nello status del residente è un indicatore importante di sviluppo di infezione.

Nota b. Se questi segni/sintomi rispondono alla definizione di HAI (infezione correlata all'assistenza), tale HAI deve essere segnalata sulla scheda. I rilevatori devono indagare, se possibile, l'eventuale presenza di segni/sintomi nelle due settimane precedenti il PPS consultando la cartella clinica o il medico curante.

⇒ Se siamo in presenza di una Hai, riportarla utilizzando la Parte B.

Variabile	Descrizione/definizione
Codice infezione	Vedere Appendice 1 e indicazioni seguenti questa tabella.
Se "OTHER" specificare	Se codice infezione "OTHER" si prega di fornire più informazioni sul tipo di infezione
Infezione presente al ricovero	Sì= segni/sintomi dell'infezione erano presenti all'ammissione o alla ri-ammissione nella LTCF
Data di insorgenza	Data di insorgenza dell'infezione (gg/mm/anno). Da compilare se i segni/sintomi dell'infezione insorgono durante la permanenza nella LTCF. Da non compilare se segni/sintomi sono presenti già all'ammissione nella LTCF. Riportare la data dei primi segni o sintomi dell'infezione. Se non è nota, riportare la data in cui è stato iniziato il trattamento per tale infezione o quella in cui è stato raccolto il primo campione per l'analisi. Se non è riportato nessun trattamento o campione, stimare la data dell'insorgenza.
Origine dell'infezione	Vedere le indicazioni seguenti questa tabella. L'infezione è associata a (1) permanenza nell'attuale LTCF; (2) permanenza in un'altra struttura di assistenza socio-sanitaria extraospedaliera; (3) ricovero ospedaliero; (4) sconosciuto.

Identificazione del codice infezione

IMPORTANTE: tutte le **infezioni attive** presenti nel giorno della rilevazione devono essere riportate. Una infezione è **attiva** quando i segni/sintomi di infezione sono presenti nel giorno della rilevazione **O** segni/sintomi erano presenti in passato e l'ospite sta ancora ricevendo il trattamento per tale infezione nel giorno della rilevazione. Per determinare se l'infezione trattata rientra in definizione di caso deve essere verificata la presenza di segni/sintomi nelle due settimane (14 giorni) precedenti il giorno del PPS. Le infezioni possono essere definite come "importate" per i residenti recentemente trasferiti da un'altra struttura sanitaria (ad esempio altra LTCF o ospedale) e ancora in trattamento per un'infezione nel giorno del PPS, in assenza della documentazione inerente a segni/sintomi presenti in passato.

Dal confronto dei segni/sintomi dei residenti eleggibili con quelli presenti nell'algoritmo decisionale (**Appendice 1**), i rilevatori valutano se ci sono sufficienti segni/sintomi per confermare una infezione e inseriscono il/i codice/i nella **parte B** della scheda residente nella sezione "codice infezione". Per tale motivo è necessaria un'esauritiva ricerca dei segni/sintomi del residente.

Gli algoritmi decisionali utilizzati in questa rilevazione sono basati su criteri clinici, ossia le definizioni del CDC/SHEA [7] che a loro volta sono basati sui criteri di McGeer [8] per la sorveglianza delle infezioni nelle LTCF.

Al fine di stabilire se i criteri di definizione di caso sono soddisfatti, devono essere considerati solo i risultati delle analisi/esami che sono disponibili il giorno della rilevazione. I risultati che saranno disponibili il giorno dopo la rilevazione non devono essere considerati. Anche se questo può portare ad una sottostima del numero reale delle HAI, permette il confronto tra tutte le strutture e i paesi partecipanti.

Può risultare difficoltoso reperire una documentazione sufficiente su segni/sintomi precedenti al PPS di residenti recentemente trasferiti da un'altra struttura sanitaria (ospedale o altra LTCF) e che stanno ancora ricevendo un trattamento. In questi casi, la raccolta di informazioni del personale sanitario delle altre strutture sanitarie è una valida alternativa all'utilizzo dell'algoritmo per la definizione dei casi. Se nessuno è a conoscenza dei segni/sintomi del residente (cioè delle condizioni del residente prima dell'ammissione/riammissione), la HAI può essere definita come "importata" (codice infezione + "-I") senza la necessità che risponda alla definizione di HAI (**Appendice 1**).

La definizione di caso per le infezioni delle vie urinarie può essere distinta in: "probabile" e "confermata".

Infezione	Livello	Codice infezione
Infezione tratto urinario (UTI)	Confermato / Probabile / Importato	UTI-C / UTI-P / UTI-I
Infezioni tratto respiratorio (RTIs) <ul style="list-style-type: none"> • Sindrome da raffreddamento/faringite • Sindrome influenzale ('ILI: Influenza – like illness') • Polmonite • Altre infezioni basse vie respiratorie RTI 	Confermato / Importato Confermato / Importato Confermato / Importato Confermato / Importato	COLD-C / COLD-I FLU-C / FLU-I PNEU-C / PNEU-I LRTI-C / LRTI-I
Infezioni del sito chirurgico (SSI) <ul style="list-style-type: none"> • Incisione superficiale (SSI) • Incisione profonda • Organo/spazio SSI 	Confermato / Importato Confermato / Importato Confermato / Importato	SSSI-C / SSSI-I DSSI-C / DSSI-I OSSI-C / OSSI-I
Infezioni della cute <ul style="list-style-type: none"> • Cellulite/tessuti molli/ infezione ferite • Scabbia • Herpes simplex o herpes zoster • Infezione funginea 	Confermato/Importato Confermato/Importato Confermato/Importato Confermato/Importato	SKIN-C / SKIN-I SCAB-C / SCAB-I HERP-C / HERP-I FUNG-C / FUNG-I
Infezioni del tratto gastrointestinale <ul style="list-style-type: none"> • Gastroenteriti • Infezioni <i>Clostridium difficile</i> 	Confermato/Importato Confermato/Importato	GE-C / GE-I CDI-C / CDI-I
Infezioni occhi, orecchio, naso, bocca <ul style="list-style-type: none"> • Congiuntiviti • Otitis • Sinusiti • Infezioni orali o candidiasi 	Confermato/Importato Confermato/Importato Confermato/Importato Confermato/Importato	CONJ-C / CONJ-I EAR-C / EAR-I SINU-C / SINU-I ORAL-CORAL-I
Infezioni ematiche	Confermato/Importato	BSI-C / BSI-I
FUO	Confermato/Importato	FUO-C / FUO-I
Altre infezioni		ALTRI

Definizione dei termini chiave utilizzati negli algoritmi decisionali (Appendice 1)

Termine chiave	Descrizione/definizione
* Febbre	1) Una singola misurazione > 37.8°C orale/timpanica o 2) misurazioni ripetute > 37.2° o >37.5° rettale o 3) >1.1° rispetto alla temperatura basale in ogni sito (orale, timpanica, ascellare)
** Leucocitosi	1) Neutrofila >14,000 leucociti/mm ³ o 2) shift a sinistra della formula leucocitaria (>6% o >1500 elementi/mm ³)
§ Variazioni acute dello stato mentale	Insorgenza acuta + fluttuazioni dello stato mentale + calo di attenzione E pensiero disorganizzato o alterato livello di coscienza
§§ Declino funzionale acuto	Recente incremento di 3 punti dello score ADL (range 0-28) rispetto al punteggio basale calcolato in base a 7 parametri ADL (mobilità a letto, spostamenti, deambulazione, uso del bagno, vestizione, igiene personale, alimentazione). Ad ogni parametro è attribuito un punteggio da 0 (indipendente) a 4 (totalmente dipendente) O un aumento della dipendenza valutata con altre scale rispetto alla ADL.
Infezioni del tratto urinario	Comprende infezioni renali, uretere, vescica o uretra
Dolore loggia renale	Dolore lombare in corrispondenza dei reni (tra la 12° costa e la colonna vertebrale)
Dolore/dolorabilità sovrapubica	Dolore o dolorabilità nell'area sovrapubica
Infezioni tratto respiratorio	Comprende infezioni delle alte e basse vie respiratorie
Infezioni tratto respiratorio superiore	Infezioni del (naso-)faringe (rinofaringiti) o tonsille (tonsilliti)
Infezioni tratto respiratorio inferiore	Infezioni della trachea e dei bronchi (bronchiti), bronchioli (bronchioliti) o polmoni e alveoli (polmoniti)
Linfoadenopatie	Alterazioni fisiopatologiche dei linfonodi (tumefazione e/o aumento di dimensioni)
Infiltrati	Deposizione di fluidi (ad esempio sangue, pus etc.) nei tessuti e nelle cellule
Espettorato	Secrezioni provenienti dal tratto respiratorio inferiore (da non confondere con la saliva)
Dolore toracico pleurítico	Dolore toracico durante l'inspirazione che può provocare atti respiratori superficiali e rapidi per alleviare il dolore
Infezioni del sito chirurgico (SSI)	Infezione insorta entro 30 giorni dopo l'operazione se non è stato impiantato alcun materiale protesico, o infezione profonda a carico di un organo/spazio insorta entro tre mesi qualora sia ancora presente una protesi in sede.
Infezione superficiale (SSI)	Infezione che coinvolge solo la cute ed il sottocute
Infezione profonda (SSI)	Infezione correlata all'intervento chirurgico che coinvolge i tessuti molli profondi (ad esempio fascia o muscoli)
Infezione organo/spazio (SSI)	Infezione a carico di organi o spazi diversi/lontani dal sito chirurgico di incisione o manipolazione, che può essere correlata all'atto chirurgico stesso.
Infezioni della cute	
Cellulite	Infezione del tessuto connettivo
Infezione dei tessuti molli	Tessuti che connettono, supportano o circondano altre strutture o organi (muscoli, tendini, legamenti, nervi, vasi sanguigni, tessuto adiposo, tessuto fibroso, fascia e membrane)
Rash maculopapulare	Eruzione cutanea caratterizzata da macule e papule
Herpes simplex	Malattia virale che si manifesta con un rash (spesso attorno alle labbra o al naso) formato da gruppi di vescicole contenenti fluido che rapidamente si asciugano
Herpes zoster	Malattia virale che si manifesta per lo più con rash vescicolare doloroso a disposizione metamERICA (segue il percorso dei nervi sensoriali) ad esempio sul viso, tronco, spalle e fianchi
Scabbia	Malattia cutanea contagiosa causata da un acaro e caratterizzata da intenso prurito.
Infezioni gastro-intestinali	Infezioni dello stomaco e/o intestino

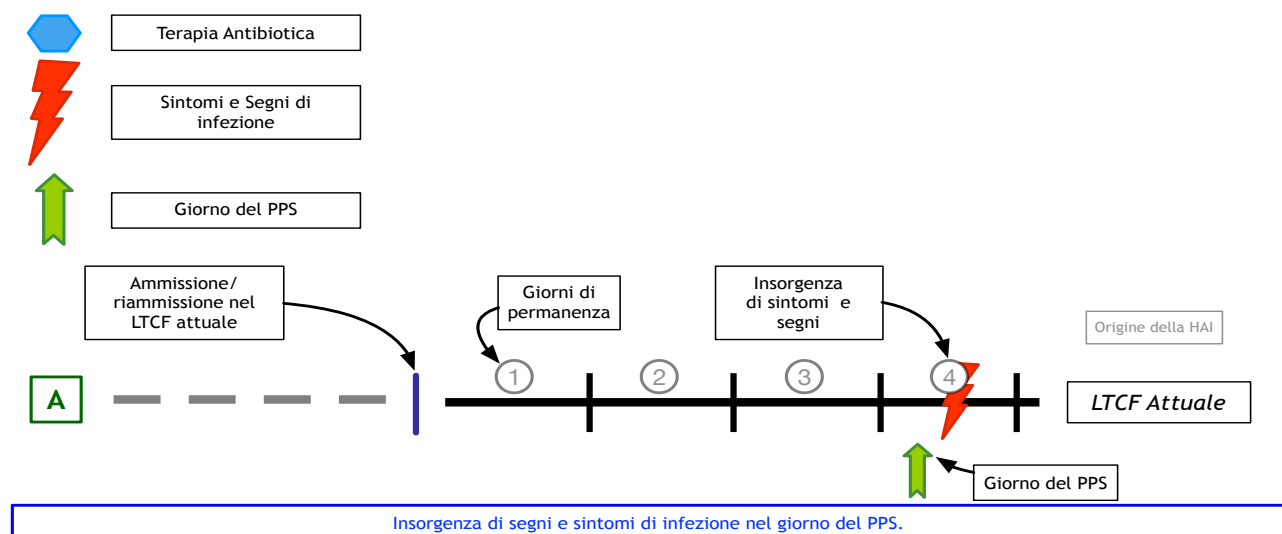
<i>Clostridium difficile</i> (CD)	C. difficile (bacillo sporigeno Gram-positivo); causa diarrea persistente e colite ulcero-emorragica
Megacolon tossico	Complicanza potenzialmente mortale che causa dilatazione del colon e sintomi come dolore addominale, distensione, tensione, febbre, tachicardia e può portare a shock
Colite pseudo-membranosa	Una delle forme di diarrea associata agli antibiotici (spesso causata da C. difficile) caratterizzata da crampi addominali, feci sanguinolente, diarrea e febbre
Infezioni oculari	
Eritema congiuntivale	Arrossamento della congiuntiva

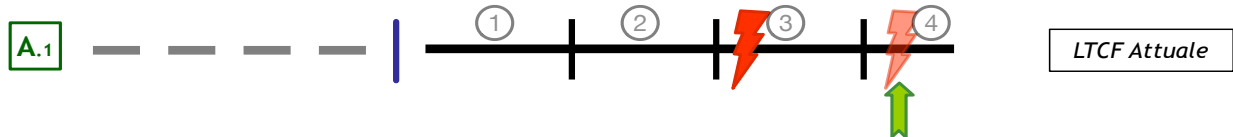
Identificare l'origine dell'infezione

I seguenti diagrammi sono stati elaborati per facilitare la collocazione dei RESIDENTI con una HAI attiva in una delle quattro categorie di "origine dell'infezione".

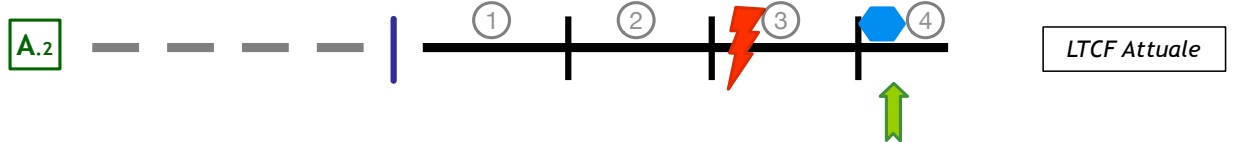
Note:

- Una HAI è associata con l'attuale struttura se l'infezione è cominciata in terza giornata o più dopo l'ingresso o la riammissione (considerare il giorno dell'ingresso come giorno 1) nell'attuale LTCF.
- In accordo con la definizione di HAI attiva, le infezioni cominciate in prima o seconda giornata devono essere escluse dalla sorveglianza se l'ospite proviene dall'ambito comunitario.
- L'infezione del sito chirurgico è considerata ospedaliera se insorge entro 30 giorni dopo un intervento in cui nessuna protesi è stata inserita, o entro 90 giorni per infezioni profonde di organo/spazio nel caso una protesi sia stata lasciata in sede.
- Le infezioni da *Clostridium difficile* sono attribuibili:
 - alla permanenza nella LTCF attuale se insorta dopo 28 giorni dall'ammissione nella stessa;
 - al ricovero precedente l'attuale permanenza nella LTCF (presso altra LTCF o in un ospedale) se insorta nei primi 28 giorni dall'ammissione nell'attuale LTCF.

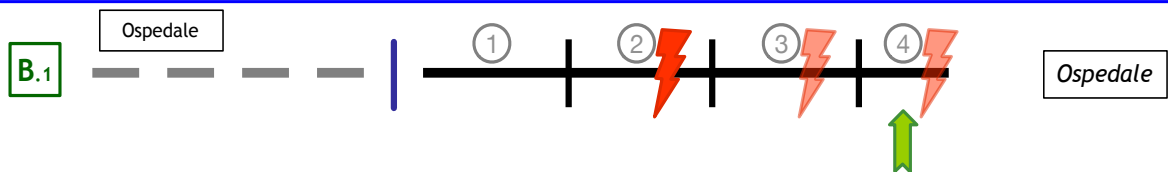




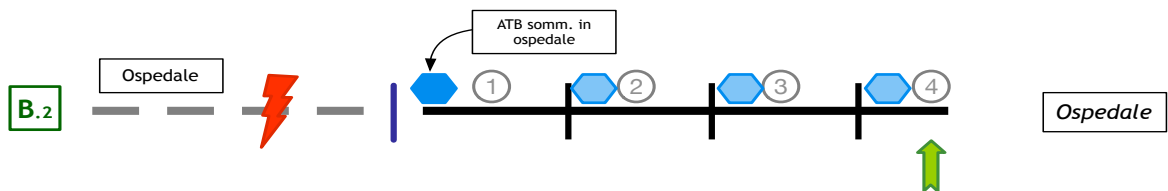
Segni e sintomi di infezione già presenti nel giorno del PPS.



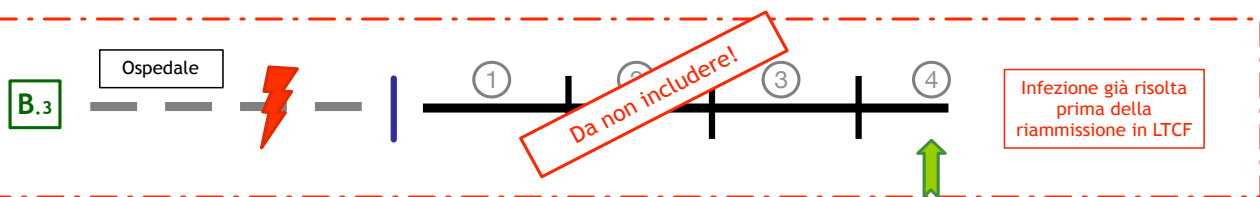
Segni e sintomi di infezione non più presenti nel giorno del PPS
ma il residente è ancora sotto terapia antibiotica per quella infezione.



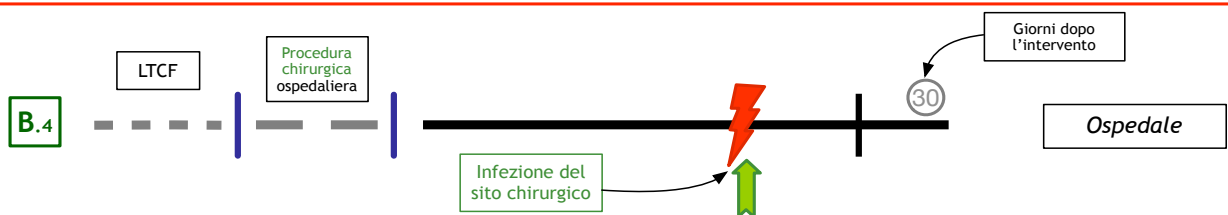
L'insorgenza di segni e sintomi è avvenuta entro due giorni dalla (ri)ammissione in LTCF di un paziente proveniente da una struttura ospedaliera.



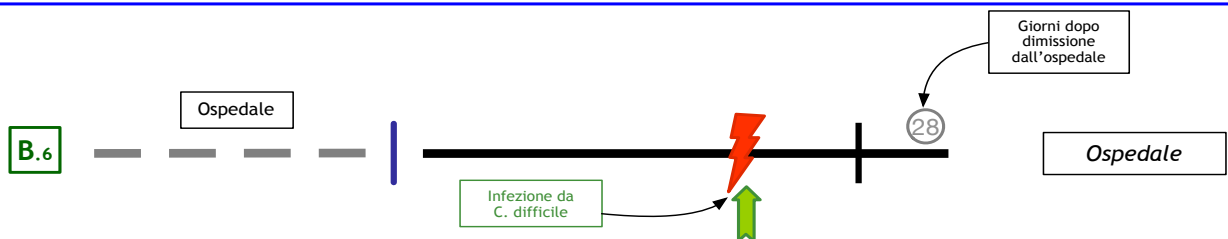
L'insorgenza di segni e sintomi è avvenuta entro due giorni dalla (ri)ammissione in LTCF di un paziente proveniente da una struttura ospedaliera.



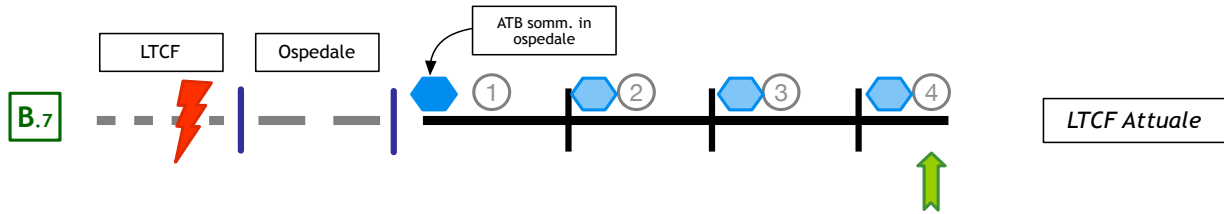
L'insorgenza di segni e sintomi è avvenuta in ospedale prima della dimissione ma al momento della (ri)ammissione in LTCF l'infezione si è già risolta e non vi è una terapia antibiotica relativa in corso.



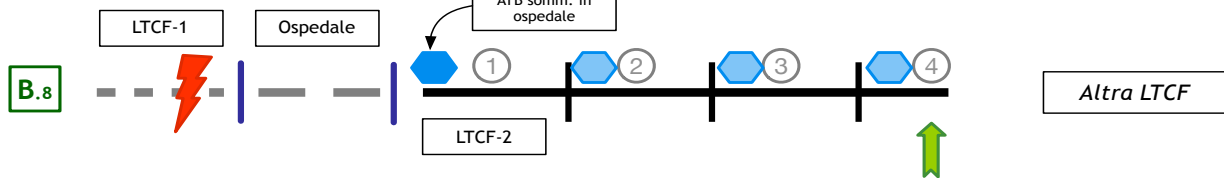
L'insorgenza di segni e sintomi di infezione del sito chirurgico è avvenuta entro 30 gg da un atto chirurgico in cui *NON* è stata impiantata alcuna protesi.



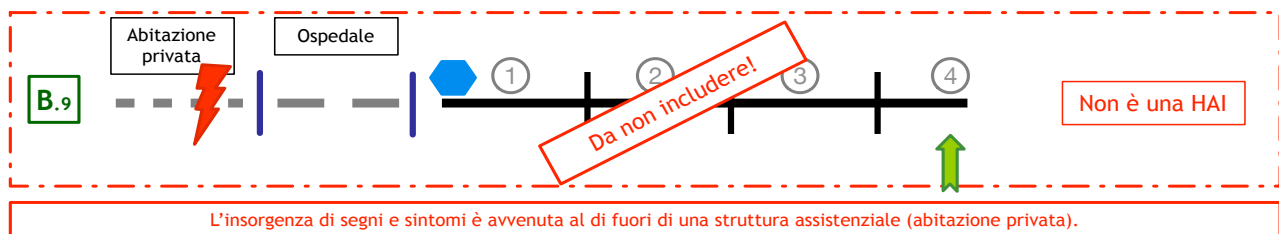
In caso l'insorgenza di segni e sintomi di infezione di Clostridium difficile si verifichi entro 28 dalla (ri)ammissione in LTCF dopo ospedalizzazione, l'infezione è da considerarsi associata alla permanenza in ospedale.



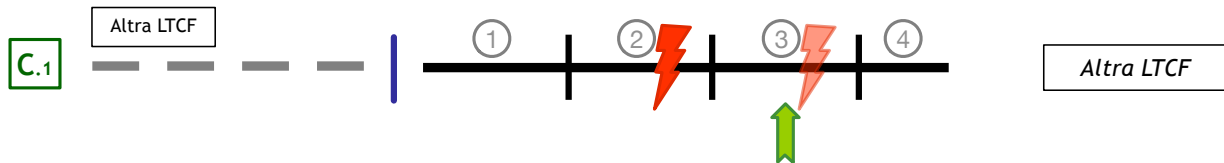
L'insorgenza di segni e sintomi è avvenuta nella LTCF attuale prima di un ricovero in ospedale ma il residente è ancora sotto trattamento antibiotico al ritorno in LTCF e fino al giorno del PPS.



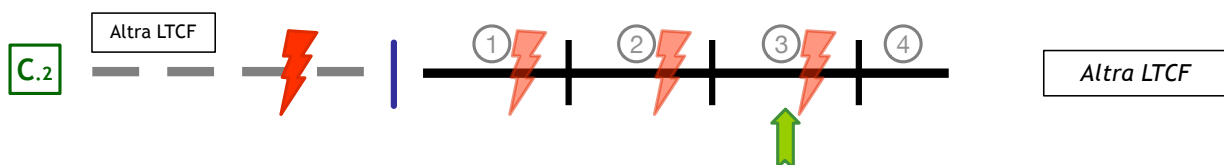
L'insorgenza di segni e sintomi è avvenuta in un'altra LTCF prima di un ricovero in ospedale ma il residente è ancora sotto trattamento antibiotico al ricovero nella LTCF attuale e fino al giorno del PPS.



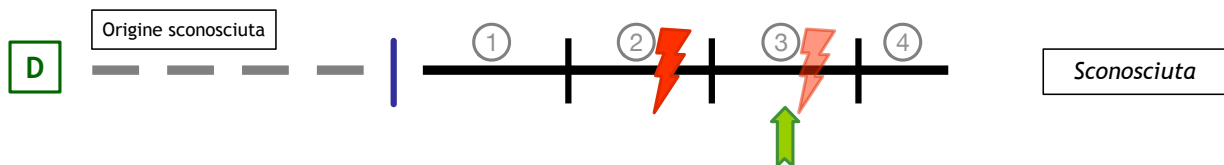
L'insorgenza di segni e sintomi è avvenuta al di fuori di una struttura assistenziale (abitazione privata).



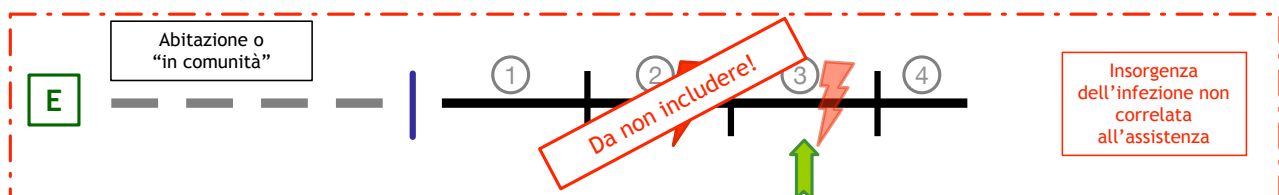
L'insorgenza di segni e sintomi è avvenuta entro 48 h dopo il trasferimento da altra LTCF alla LTCF attuale.



L'insorgenza di segni e sintomi è avvenuta in un'altra LTCF ma l'infezione è ancora in corso durante il ricovero nella LTCF attuale



L'insorgenza di segni e sintomi è avvenuta entro 48 h dalla ammissione nella LTCF attuale. È stato verificato che non si tratti di una infezione acquisita in comunità.



L'insorgenza di segni e sintomi è avvenuta entro 48 h dopo l'ammissione nell'attuale LTCF di un residente precedentemente non ricoverato in una struttura sanitaria (infezione acquisita in comunità)

Resistenza agli antibiotici

I dati riguardanti i microrganismi isolati e l'antibiotico-resistenza vengono raccolti nella Parte B - HAI della scheda Residente.

Come compilare la Parte B - HAI della scheda Residente:

- Raccogliere i risultati microbiologici disponibili il giorno della rilevazione (non includere risultati non disponibili il giorno della rilevazione).
- Specificare fino a tre microrganismi isolati utilizzando la lista di codici riferiti ai microrganismi (**Appendice 2**).
- Se non è disponibile alcun risultato microbiologico il giorno del PPS, selezionare una delle seguenti opzioni:

_NOEXA	ESAME NON ESEGUITO	Nessun campione diagnostico raccolto, nessuna analisi microbiologica svolta
_NA	RISULTATO NON DISPONIBILE	I risultati dell'analisi microbiologica non sono (al momento) disponibili o rintracciabili
_NONID	MICROORGANISMO NON IDENTIFICATO	Risulta eseguita una analisi microbiologica (documentazione e risultati disponibili), ma il microrganismo non può essere correttamente classificato
_STERI	ESAME NEGATIVO (STERILE)	Risulta eseguita una analisi microbiologica (documentazione e risultati disponibili), ma il risultato è negativo (es. coltura negativa)

- Compilare profili e codici di resistenza antibiotica per i cinque gruppi di batteri selezionati indicati in rosso nella Lista Codici Microorganismi (**Appendice 2**).

Profili e Codici di antibiotico-resistenza

Per i cinque gruppi di batteri selezionati (indicati in rosso nella Lista Codici Microorganismi - **Appendice 5**) è necessario specificare la sensibilità agli antibiotici marker indicati nella seconda colonna della tabella sottostante.

Riportare: S (Sensibile), I (Intermedio), R (Resistente), U (Non noto)

Microorganismo	Antibiotico testato	Antibiotico resistenza			
<i>Staphylococcus aureus</i> (STAAUR)	Oxacillina (OXA)	Sensibile (S)	–	Resistente(R)	Non noto (U)
	Glicopeptide (GLY)	Sensibile (S)	Intermedio (I)	Resistente(R)	Non noto (U)
<i>Enterococcus species</i> (ENC***)	Glicopeptide(GLY)	Sensibile (S)	Intermedio (I)	Resistente(R)	Non noto (U)
Enterobacteriaceae¹ , includono: <i>Escherichia coli</i> (ESCCOL) <i>Klebsiella species</i> (KLE***) <i>Enterobacter species</i> (ENB***) <i>Proteus species</i> (PRT***) <i>Citrobacter species</i> (CIT***) <i>Serratia species</i> (SER***) <i>Morganella species</i> (MOGSPP)	Cefalosporine di terza generazione (C3G)	Sensibile (S)	Intermedio (I)	Resistente(R)	Non noto (U)
	Carbapenemi (CAR)	Sensibile (S)	Intermedio (I)	Resistente(R)	Non noto (U)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> (PSEAER)	Carbapenemi (CAR)	Sensibile (S)	Intermedio (I)	Resistente(R)	Non noto(U)
<i>Acinetobacter baumannii</i> (ACIBAU)	Carbapenemi (CAR)	Sensibile (S)	Intermedio (I)	Resistente(R)	Non noto(U)

¹Non devono essere raccolti profili di antibiotico resistenza per gli altri microrganismi appartenenti alle Enterobacteriaceae (Es. Hafnia spp, Salmonella spp, Shigella spp, Yersinia spp.)

OXA: sensibilità alla oxacillina, o altri antibiotici testati per lo S. aureus meticillino-resistente (MRSA), come la cefoxitina, cloxacillina, dicloxacillina, flucloxacillina, meticillina;

GLY: sensibilità ai glicopeptidi: vancomicina o teicoplanina

C3G: sensibilità alle cefalosporine di terza generazione: cefotaxime, ceftriaxone, ceftazidime;

CAR: sensibilità ai carbapenemi: imipenem, meropenem, doripenem.

10. Bibliografia

1. European Commission (DG SANCO). Improving Patient Safety in Europe Technical Implementation Report 2005-2008. ISPE, November 2008. Available from: http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Healthcare-associated_infections/HAINet/Documents/healthcare-associated-infections-IPSE-Technical-Report.pdf
2. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European long-term care facilities. May–September 2010. Stockholm: ECDC. 2014.
3. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European long-term care facilities. April–May 2013. Stockholm: ECDC. 2014.
4. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Protocol for validation of point prevalence surveys of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European long-term care facilities. 2016 – 2017. Version v1.1. Stockholm: ECDC. 2016.
5. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Protocol for national onsite assessment during the HALT-3 project. 2016-2017. Stockholm: ECDC. 2016.
6. World Health Organization. Hand hygiene in outpatient and home-based care and long-term care facilities: a guide to the application of the WHO multimodal hand hygiene improvement strategy and the “My Five Moments For Hand Hygiene” approach. 2012. Available here: http://www.who.int/gpsc/5may/EN_GPSC1_PSP_HH_Outpatient_care/en/.
7. Stone ND, Ashraf MS, Calder J, Crnich CJ, Crossley K, Drinka PJ, et al; for the Society for Healthcare Epidemiology Long-Term Care Special Interest Group. Surveillance definitions of infections in long-term care facilities: Revisiting the McGeer criteria. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2012; 10:965-977.
8. McGeer A, Campbell B, Emori TG, Hierholzer WJ, Jackson MM, Nicolle LE, et al.. Definitions of infection for surveillance in long-term care facilities. *Am J Infect Control.* 1991;19:1-7.

D- PRATICA DI CONTROLLO DELLE INFEZIONI

1. Ci sono nella struttura persone formate sul controllo/prevenzione delle infezioni?

- Sì No

2. Se è disponibile una persona con formazione su prevenzione/controllo delle infezioni, questa persona è:

- Un infermiere Un medico Ci sono entrambi, infermiere e medico

Questa/e persona/e:

- Lavora/no nella struttura (interna/e)
 Non lavora/no nella struttura (esterna/e)
 C'è (ci sono) sia una persona/e interna/e sia una esterna/e

3. Nella struttura c'è/ci sono (sono possibili più risposte):

(Rispondere alla domanda anche se non c'è una persona con formazione su prevenzione/controllo nella struttura)

- Formazione del personale infermieristico e paramedico in controllo e prevenzione delle infezioni
 Formazione specifica in prevenzione e controllo delle infezioni ai medici di medicina generale e personale medico
 Sviluppo di protocolli di assistenza
 Sistemi di alert e registrazione di residenti con infezione/colonizzazione da parte di microrganismi multiresistenti
 Nomina di una responsabile nel notificare e gestire epidemie
 Feedback sui risultati della sorveglianza al personale medico/infermieristico della struttura
 Supervisione della disinfezione e sterilizzazione del materiale medico di cura
 Misure di isolamento ed ulteriori precauzioni per i residenti colonizzati da microrganismi resistenti
- Offerta di una vaccinazione annuale contro l'influenza a tutti i residenti
 Organizzazione, controllo e riscontro alla igiene delle mani nella struttura in modo regolare
 Organizzazione, controllo e feedback regolari dei processi di sorveglianza/ di audit sulle procedure e sulle prassi in tema di infezioni
 Nessuna delle precedenti

4. Nella struttura è presente una commissione di controllo infezioni (interna o esterna)?

- Sì No

5. Quanti incontri della commissione di controllo infezioni sono stati organizzati nell'anno precedente?

Numero totale di incontri lo scorso anno? incontri anno precedente

6. La struttura può richiedere assistenza e competenze in maniera formale ad un gruppo esterno di controllo infezioni (IC) (ad esempio gruppo ICI di un ospedale locale)?

- Sì No

7. Nella struttura, è disponibile un protocollo scritto per:

- | | |
|--|---|
| 1. La gestione di MRSA e/o altri microrganismi multiresistenti | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 2. L'igiene delle mani | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 3. La gestione dei cateteri urinari | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 4. La gestione dei cateteri venosi centrali e periferici | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 5. La gestione della nutrizione enterale | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |

8. Nella struttura è presente un programma di sorveglianza delle infezioni associate all'assistenza sanitaria? (report annuale riepilogativo del numero di infezioni del tratto urinario, infezioni del tratto respiratorio, ecc...)

- Sì No

9. Nella struttura, quali dei seguenti prodotti sono disponibili per l'igiene delle mani?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Soluzione alcolica da sfregare | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Salviette (alcool) | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Sapone liquido (antisettico/altro) | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Tavoletta di sapone nelle aree cliniche | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |

10. Quale metodo di igiene delle mani è più frequentemente usato nella struttura quando le mani non sono sporche (è possibile **una sola risposta**)?

- Disinfezione delle mani mediante frizione con soluzione alcolica
- Il lavaggio delle mani con acqua e sapone non antiseptico
- Il lavaggio delle mani con acqua e un sapone antiseptico

11. Quanti litri di soluzione alcolica per l'igiene delle mani sono stati utilizzati l'anno scorso?

Consumo totale annuo in litri litri lo scorso anno

12. Lo scorso anno è stata organizzata una sessione di formazione sull'igiene delle mani per gli operatori della struttura?

Sì No

13. Quante occasioni di igiene delle mani sono state osservate nella vostra struttura l'anno scorso?

Numero di occasioni osservate occasioni dello scorso anno

E- PRASSI E PROTOCOLLI SULL'UTILIZZO DI ANTIBIOTICI

1. La struttura utilizza una lista di antibiotici 'soggetti a restrizione'? (la cui prescrizione richiede il permesso di una persona designata)

Sì No

2. Se esiste una lista di antibiotici 'soggetti a restrizione', quale tipo di antibiotico vi è incluso?

- Carbapenemi
 - Cefalosporine di terza generazione
 - Fluorochinoloni
 - Vancomicina
 - Mupirocina
 - Glicopeptidi
 - Antibiotici ad ampio spettro
 - Antibiotici somministrati per via endovenosa

3. Quali dei seguenti elementi sono presenti nella struttura?

- Un comitato antibiotici
 - Un corso di formazione annuale regolare sulla prescrizione appropriata di antibiotici
 - Linee guida scritte per l'uso appropriato di antibiotici nella struttura
 - Disponibilità di dati sul consumo di antibiotici annuo per classe
 - Un sistema per ricordare agli operatori sanitari l'importanza dei campioni microbiologici nella scelta dell'antibiotico più adatto
 - Report regionali sui profili di antibiotico resistenza consultabili nella LTCF o negli ambulatori del medico generale
 - Un sistema che richiede l'autorizzazione di una o più persone designate per la prescrizione di antibiotici soggetti a restrizione, non inclusi nel formulario locale
 - Consulenza da parte di un farmacista per gli antibiotici non inclusi nel formulario
 - Un prontuario terapeutico, comprendente una lista di tutti gli antibiotici
 - Feedback al medico di medicina generale (MMG) locale sul consumo di antibiotici nella struttura
 - Nessuno delle precedenti

4. Se nella struttura sono presenti linee guida terapeutiche scritte, queste sono su:

- Infezioni del tratto respiratorio? Sì No
- Infezioni delle vie urinarie? Sì No
- Infezioni delle ferite e dei tessuti molli? Sì No

5. Nella vostra struttura si esegue il dipstick test delle urine per il rilevamento di infezioni del tratto urinario?

Di routine A volte Mai

6. È attivo, nella struttura, un programma di sorveglianza e di feedback del consumo di antibiotici?

Sì No

7. È attivo, nella struttura, un programma di sorveglianza dei microorganismi resistenti (*report di sintesi annuale per MRSA, Clostridium difficile, etc*)?

Sì No

8. Come vengono forniti gli antibiotici alla vostra struttura? (è possibile **una sola risposta**)

Vengono forniti da più di una farmacia

Vengono forniti da una sola farmacia

Questa struttura non acquista antibiotici direttamente dalle farmacie; gli antibiotici sono acquistati dai residenti (ad esempio, forniti dalla famiglia)

9. Con quanti laboratori microbiologici lavorate? (è possibile **una sola risposta**)

Con più di un laboratorio microbiologico

Con un solo laboratorio microbiologico

Questa struttura non invia campioni microbiologici ad alcun laboratorio; ogni medico di medicina generale può lavorare con un laboratorio microbiologico a sua scelta.

F – COM'É STATA SVOLTA LA RILEVAZIONE NELLA VOSTRA STRUTTURA?

1. Chi ha raccolto i dati per lo studio HALT-3 (inclusi i questionari istituzionali e dei residenti)?

Un medico

Un infermiere

Un'altra persona

2. Se nessun medico è stato coinvolto nella raccolta dei dati HALT-3 (questionari istituzionali e residenti), vi è un medico che li ha validati?

Sì No

Scheda Reparto (solo per uso interno)

HALT-3: Lista reparto

Dati dal reparto da usare come denominatore del PPS (solo per uso interno)

DATA DEL PPS NELLA STRUTTURA/...../..... NUMERO ASSEGNATO ALLA STRUTTURA

NOME DEL REPARTO:.....

NUMERO DEI LETTI NEL REPARTO (COMPREDENDO I LETTI OCCUPATI E NON OCCUPATI):

La scheda reparto è un modulo (Figura 7a; Appendice 2) sviluppato per aiutare nella raccolta dati del denominatore della scheda di struttura (Figura 2; Appendice 1). Il suo utilizzo non è obbligatorio, è quindi opzionale e solo per uso interno.

I rilevatori devono raccogliere informazioni su ogni residente a tempo pieno nella struttura, presente nel reparto alle ore 8:00 e non dimesso al momento della raccolta dati (Figura 7a). Una volta che questi dati sono stati raccolti da ogni reparto, i rilevatori possono sommare i denominatori di ogni reparto (Figura 7b) e riportare questi totali nella scheda di struttura (Figura 2; appendice 1). Le strutture che hanno un solo reparto devono completare una sola scheda reparto.

Istruzioni:

- elencare tutti i residenti presenti nel giorno della rilevazione nelle colonne 1 e 2.
- Assegnare un codice nella colonna 3, unico per ogni residente della struttura. Possono essere usati numeri e/o lettere. Questo codice deve essere inserito in tutte le schede riguardanti lo stesso residente.
- Se il residente rientra nei criteri di eleggibilità (residente a tempo pieno nella struttura, presente alle otto di mattina e non dimesso al momento della rilevazione (vedi 3.2.4)), completare le colonne da 5 a 15 scrivendo una "X" se il fattore di rischio o l'indicatore del livello di intensità di cura è presente nel giorno della rilevazione.
- Sommare le X in ogni colonna.
- Terminata la compilazione della scheda reparto riportare il totale di ogni colonna nella tabella riassuntiva.
- Sommare i totali delle tabelle riassuntive appartenenti alle diverse schede reparto e riportare il totale nella parte B della scheda di struttura (figura 2; appendice 1).
- Se un residente ha una X nella Colonna 7 e/o 8 della scheda reparto (stava quindi ricevendo almeno un antibiotico e/o aveva almeno un'infezione nel giorno della rilevazione) compilare per questo ospite una scheda residente (appendice 3).

TABELLA RIASSUNTIVA: TOTALI PER IL REPARTO ANALIZZATO

(Usare questa tabella per sommare il numero delle “X” di ciascuna colonna di ogni Scheda Reparto e riportarle nella seguente tabella. Trascrivere il numero totale così ottenuto nella Parte B della scheda di struttura, alla voce “Dati Denominatore”).

Tabella b. Scheda reparto. Calcolo denominatore.

Nel giorno del PPS, il numero TOTALE di:	Colonna	TOTALE
Capacità totale (occupati e non occupati): letti nel reparto	1	
Letti occupati nel reparto	2	
Residenti eleggibili, presenti alle 8:00 e non dimessi al momento della rilevazione	4	
- Età superiore a 85 anni	5	
- Genere maschile	6	
- Residenti ricevuti almeno un antibiotico	7	
- Residenti con almeno un'infezione attiva	8b	
- Residenti con catetere urinario	9	
- Residenti con catetere vascolare	10	
- Residenti con lesioni da decubito	11a	
- Residenti con altre ferite	11b	
- Residenti disorientati nel tempo e/ nello spazio	12	
- Residenti in sedia a rotelle o allettati	13	
- Residenti operati nei 30 giorni precedenti	14	
- Residenti con incontinenza urinaria e/o fecale	15	

Conservare questa Scheda Reparto nella propria LTCF fino alla fine del progetto HALT-3 (Dicembre 2018)

Scheda residente



Infezioni correlate all'assistenza e uso di antimicrobici in strutture di assistenza socio-sanitaria extraospedaliera (HALT-3)

SCHEDA RESIDENTE

DATI RESIDENTI A TEMPO PIENO

GENERE	Maschile	Femminile
ANNO DI NASCITA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (AAAA)	
DURATA DELLA DEGENZA NELLA STRUTTURA	<input type="checkbox"/> <i>Meno di un anno</i>	<input type="checkbox"/> <i>Un anno o più</i>
RICOVERO IN UN OSPEDALE NEGLI ULTIMI 3 MESI	<input type="checkbox"/> <i>Sì</i>	<input type="checkbox"/> <i>No</i>
INTERVENTO CHIRURGICO NEI PRECEDENTI 30 GIORNI	<input type="checkbox"/> <i>Sì</i>	<input type="checkbox"/> <i>No</i>
PRESENZA DI :		
CATETERE URINARIO	<input type="checkbox"/> <i>Sì</i>	<input type="checkbox"/> <i>No</i>
CATETERE VASCOLARE	<input type="checkbox"/> <i>Sì</i>	<input type="checkbox"/> <i>No</i>
INCONTINENZA (URINARIA E/O FECALE)	<input type="checkbox"/> <i>Sì</i>	<input type="checkbox"/> <i>No</i>
LESIONI DA DECUBITO	<input type="checkbox"/> <i>Sì</i>	<input type="checkbox"/> <i>No</i>
ALTRE FERITE	<input type="checkbox"/> <i>Sì</i>	<input type="checkbox"/> <i>No</i>
DISORIENTAMENTO (NEL TEMPO E/O NELLO SPAZIO)	<input type="checkbox"/> <i>Sì</i>	<input type="checkbox"/> <i>No</i>
MOBILITÀ	<input type="checkbox"/> <i>Deambulante</i>	<input type="checkbox"/> <i>Sedia a rotelle</i> <input type="checkbox"/> <i>Allettato</i>

Il giorno della rilevazione, il residente:

- RICEVE UN ANTIBIOTICO** → **COMPLETARE PARTE A**
 Questo include residenti a cui si sono somministrati:
 (i) antibiotici a scopo profilattico **O** (ii) antibiotici terapeutici
- PRESENTA INFEZIONE/I PROBABILE/I O CONFERMATA/I** → **COMPLETARE PARTE B**
 Residenti con infezione/i **E** residenti senza terapia antimicrobica
- ENTRAMBI: USO DI ANTIMICROBICI E INFEZIONE/I** → **COMPLETARE PARTE A&B**
 Questo include: (i) Residenti con infezione/i **E** riceventi antibiotici il giorno della PPS correlati o meno al sito d'infezione **O** (ii) residenti i cui segni/sintomi di infezione sono risolti ma continuano ad assumere antibiotici

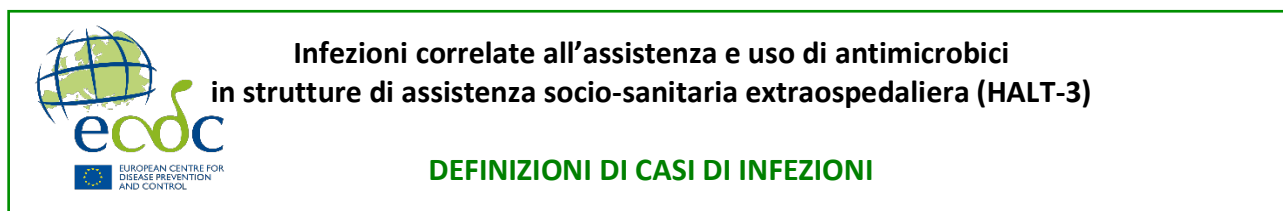
PARTE A: UTILIZZO ANTIBIOTICI				
	Antibiotico 1	Antibiotico 2	Antibiotico 3	Antibiotico 4
NOME ANTIBIOTICO
VIA DI SOMMINISTRAZIONE <i>ENTERALE: OR PARENTERALE = IM, IV, SC</i>	<input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Parenterale <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Parenterale <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Parenterale <input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Parenterale <input type="checkbox"/> Altro
DATA DI FINE/REVISIONE TRATTAMENTO	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
TIPO DI TRATTAMENTO	<input type="checkbox"/> Profilassi <input type="checkbox"/> Terapia	<input type="checkbox"/> Profilassi <input type="checkbox"/> Terapia	<input type="checkbox"/> Profilassi <input type="checkbox"/> Terapia	<input type="checkbox"/> Profilassi <input type="checkbox"/> Terapia
ANTIBIOTICO SOMMINISTRATO PER	<input type="checkbox"/> Tratto urinario <input type="checkbox"/> Tratto genitale <input type="checkbox"/> Cute o ferita <input type="checkbox"/> Tratto respiratorio <input type="checkbox"/> Tratto gastrointestinale <input type="checkbox"/> Occhi <input type="checkbox"/> ORL <input type="checkbox"/> Sito chirurgico <input type="checkbox"/> Tubercolosi <input type="checkbox"/> Infezioni sistemiche <input type="checkbox"/> Febbre origine sconosciuta <input type="checkbox"/> Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> Tratto urinario <input type="checkbox"/> Tratto genitale <input type="checkbox"/> Cute o ferita <input type="checkbox"/> Tratto respiratorio <input type="checkbox"/> Gastrointestinale <input type="checkbox"/> Occhi <input type="checkbox"/> ORL <input type="checkbox"/> Sito chirurgico <input type="checkbox"/> Tubercolosi <input type="checkbox"/> Infezioni sistemiche <input type="checkbox"/> Febbre origine sconosciuta <input type="checkbox"/> Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> Tratto urinario <input type="checkbox"/> Tratto genitale <input type="checkbox"/> Cute o ferita <input type="checkbox"/> Tratto respiratorio <input type="checkbox"/> Gastrointestinale <input type="checkbox"/> Occhi <input type="checkbox"/> ORL <input type="checkbox"/> Sito chirurgico <input type="checkbox"/> Tubercolosi <input type="checkbox"/> Infezioni sistemiche <input type="checkbox"/> Febbre origine sconosciuta <input type="checkbox"/> Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> Tratto urinario <input type="checkbox"/> Tratto genitale <input type="checkbox"/> Cute o ferita <input type="checkbox"/> Tratto respiratorio <input type="checkbox"/> Gastrointestinale <input type="checkbox"/> Occhi <input type="checkbox"/> ORL <input type="checkbox"/> Sito chirurgico <input type="checkbox"/> Tubercolosi <input type="checkbox"/> Infezioni sistemiche <input type="checkbox"/> Febbre origine sconosciuta <input type="checkbox"/> Altro (specificare)
LUOGO DI PRESCRIZIONE	<input type="checkbox"/> In queste struttura <input type="checkbox"/> In ospedale <input type="checkbox"/> Altrove	<input type="checkbox"/> In queste struttura <input type="checkbox"/> In ospedale <input type="checkbox"/> Altrove	<input type="checkbox"/> In queste struttura <input type="checkbox"/> In ospedale <input type="checkbox"/> Altrove	<input type="checkbox"/> In queste struttura <input type="checkbox"/> In ospedale <input type="checkbox"/> Altrove

PARTE B: INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA				
	INFEZIONE 1	INFEZIONE 2	INFEZIONE 3	INFEZIONE 4
CODICE D'INFEZIONE	_____	_____	_____	_____
SE "OTHER" SPECIFICARE
PRESENTE AL MOMENTO DEL RICOVERO	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
DATA DI INSORGENZA (GG/MM/AA)	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
ORIGINE DELL'INFEZIONE	<input type="checkbox"/> LTCF corrente <input type="checkbox"/> Altro LTCF <input type="checkbox"/> Ospedale <input type="checkbox"/> Sconosciuta	<input type="checkbox"/> LTCF corrente <input type="checkbox"/> Altro LTCF <input type="checkbox"/> Ospedale <input type="checkbox"/> Sconosciuta	<input type="checkbox"/> LTCF corrente <input type="checkbox"/> Altro LTCF <input type="checkbox"/> Ospedale <input type="checkbox"/> Sconosciuta	<input type="checkbox"/> LTCF corrente <input type="checkbox"/> Altro LTCF <input type="checkbox"/> Ospedale <input type="checkbox"/> Sconosciuta
A. NOME DEL MICROORGANISMO ISOLATO (USARE LA LISTA DEI CODICI)	1.A	_____	_____	_____
	B	_____ _ _____ _	_____ _ _____ _	_____ _ _____ _
B. ANTIBIOTICO/I TESTATO/I ¹ E RESISTENZA	2.A	_____	_____	_____
	B	_____ _ _____ _	_____ _ _____ _	_____ _ _____ _
SOLO PER STAAUR, ENC***, ACIBAU, PSEAEER O ENTEROBACTERIACEAE (CIT***, ENB***, ESCCOL, KLE***, MOGSPP, PRT***, SER***)	3.A	_____	_____	_____
	B	_____ _ _____ _	_____ _ _____ _	_____ _ _____ _

¹ Antibiotici testati: STAAUR - oxacillina (OXA) o glicopeptidi (GLY); ENC*** - solo GLY; Enterobacteriaceae - cefalosporine di 3^a generazione (C3G) o varbapanemi (CAR); PSEAEER e ACIBAU – solo CAR.

² Resistenza: S=sensibile, I=intermedio, R=resistente, U=sconosciuto

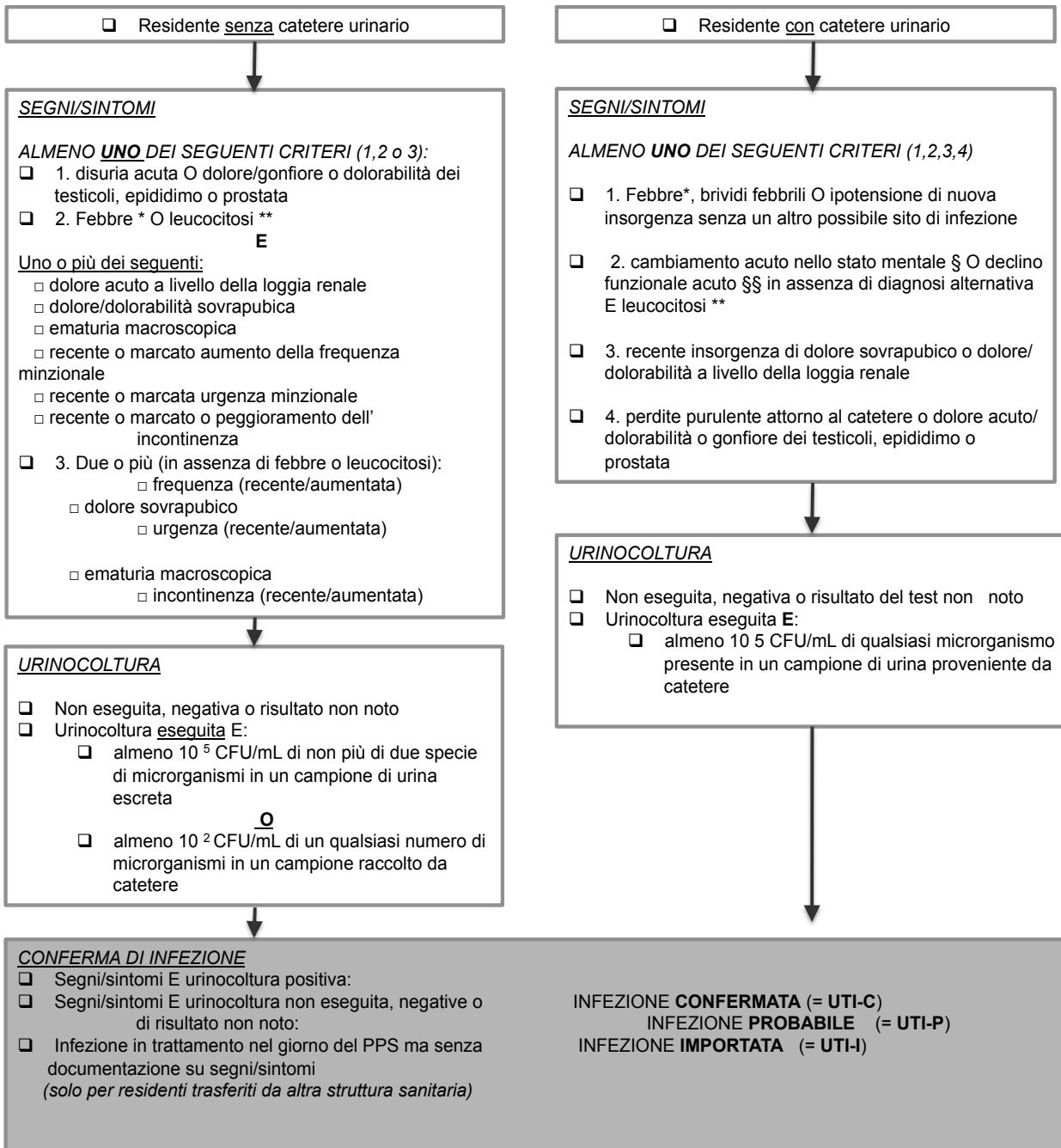
Appendice 1. Definizioni di casi di infezioni



IMPORTANTE: tutte le **infezioni attive** presenti nel giorno della rilevazione devono essere riportate. Una infezione è **attiva** quando i segni/sintomi di infezione sono presenti nel giorno della rilevazione **O** segni/sintomi erano presenti in passato e l'ospite sta ancora ricevendo il trattamento per tale infezione nel giorno della rilevazione. Per determinare se l'infezione trattata rientra in definizione di caso deve essere verificata la presenza di segni/sintomi nelle due settimane (14 giorni) precedenti il giorno del PPS. Le infezioni possono essere definite come "importate" per i residenti recentemente trasferiti da un'altra struttura sanitaria (ad esempio altra LTCF o ospedale) e ancora in trattamento per un'infezione nel giorno del PPS, in assenza della documentazione inerente a segni/sintomi presenti in passato.

Consultare la tabella del capitolo 9.3: "Definizione dei termini chiave utilizzati negli algoritmi decisionali" per consultare le definizioni dei termini chiave utilizzati.

INFEZIONI DEL TRATTO URINARIO



INFEZIONI RESPIRATORIE

RAFFREDDORE o FARINGITE

ALMENO **DU**E DEI SEGUENTI CRITERI:

- Rinorrea o starnuti
- Congestione nasale
- Mal di gola o raucedine o difficoltà nella deglutizione
- Tosse secca
- Ingrossamento o dolorabilità delle ghiandole del collo (linfadenopatia cervicale)



CONFERMA DI INFEZIONE:

- Tutti i criteri di infezioni sono presenti:
INFEZIONE **CONFERMATA** (= **COLD-C**)
- Infezione in trattamento nel giorno del PPS, ma senza documentazione su segni/sintomi
INFEZIONE **IMPORTATA**
(solo se da ospedale o altro LTCF) (= **COLD-I**)

La diagnosi di **INFLUENZA** può essere formulata solo in periodo non influenzale

DEVONO ESSERE PRESENTI **ENTRAMBI** I SEGUENTI CRITERI:

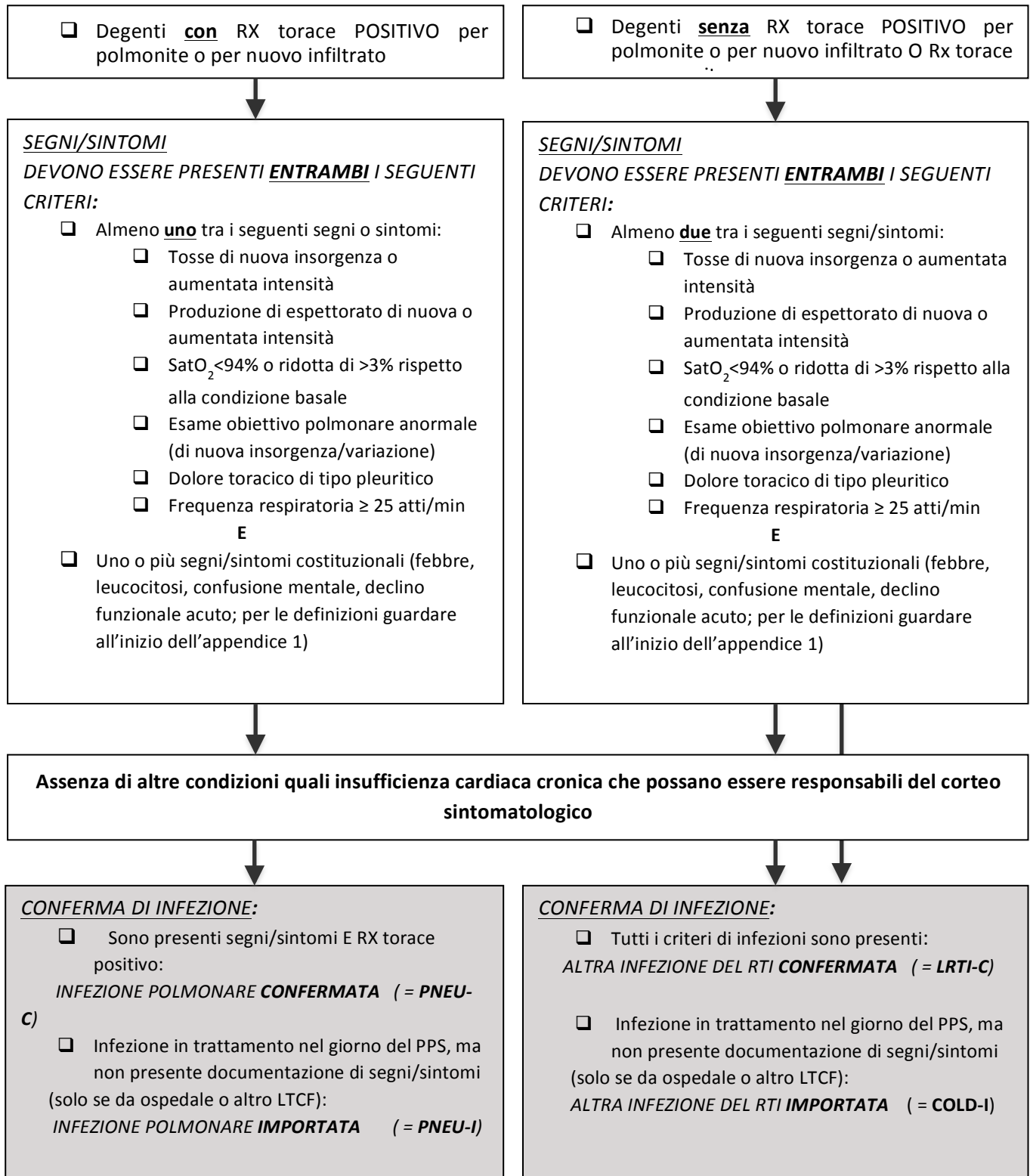
- Febbre
- E**
- Almeno **tre** dei seguenti
 - Brividi
 - Cefalea di nuova insorgenza o dolore in zona orbitale
 - Mialgia o dolori muscolari
 - Malessere generale o perdita di appetito
 - Mal di gola
 - Nuova comparsa o aggravamento tosse secca



CONFERMA DI INFEZIONE:

- Tutti i criteri di infezioni sono presenti:
INFEZIONE **CONFERMATA** (= **FLU-C**)
- Infezione in trattamento nel giorno del PPS, ma senza documentazione su segni/sintomi
INFEZIONE **IMPORTATA**
(solo se da ospedale o altro LTCF) (= **FLU-I**)

INFEZIONI TRATTO RESPIRATORIO INFERIORE



INFEZIONI CUTANEE

CELLULITI/INFEZIONI DEI TESSUTI MOLLI/DI FERITE

DEVE ESSERE PRESENTE **UNO** DEI SEGUENTI (A o B)

CRITERI:

1. A. Pus a livello di ferita, cute o tessuti molli
2. B. Quattro o più segni/sintomi, nuovi o aggravati, a livello del sito affetto:
 - Calore
 - Dolore o dolorabilità
 - Arrossamento
 - Drenaggio sieroso
 - Tumefazione
 - Un segno/sintomo costituzionale (febbre, leucocitosi, confusione, declino funzionale acuto; *definizioni a pagina 61*)

SCABBIA

DEVONO ESSERE PRESENTI **ENTRAMBI** I SEGUENTI

CRITERI:

- Eruzione cutanea maculopapulare e/o pruriginosa
- E**
- Almeno uno dei seguenti:
 - Diagnosi clinica da parte di un medico
 - Conferma laboratoristica (scraping positivo o biopsia)
 - Correlazione epidemiologica con un caso di scabbia confermato laboristicamente

CONFERMA DI INFEZIONE:

- Tutti i criteri di infezione sono soddisfatti:
INFEZIONE CONFERMATA (= SKIN-C)
- Infezione in trattamento nel giorno del PPS, ma non presente documentazione di segni/sintomi (solo se da ospedale o altro LTCF):
INFEZIONE IMPORTATA (= SKIN-I)

CONFERMA DI INFEZIONE:

- Tutti i criteri di infezione sono soddisfatti:
INFEZIONE CONFERMATA (= SCAB-C)
- Infezione in trattamento nel giorno del PPS, ma non presente documentazione di segni/sintomi (solo se da ospedale o altro LTCF):
INFEZIONE IMPORTATA (= SCAB-I)

NOTA:

Se l'infezione corrisponde a una delle definizioni di Infezione del Sito Chirurgico (SSI), si prega di dare priorità all' SSI. Non applicare un'altra definizione di caso per la stessa infezione.

INFEZIONE DA HERPES SIMPLEX O ZOSTER

ENTRAMBI I SEGUENTI CRITERI DEVONO ESSERE CONFERMATI:

- Eruzione vescicolare
- E**
- Diagnosi clinica o conferma laboratoristica

INFEZIONE FUNGINE

ENTRAMBI I SEGUENTI CRITERI DEVONO ESSERE CONFERMATI:

- Eruzione o lesioni cutanee caratteristiche
- E**
- Diagnosi clinica o conferma laboratoristica del fungo patogeno (materiale da scraping o biopsia)

CONFERMA DI INFEZIONE:

- Tutti i criteri di infezione sono soddisfatti:
INFEZIONE CONFERMATA (= HERP-C)
- Infezione in trattamento nel giorno del PPS, ma non presente documentazione di segni/sintomi (solo se da ospedale o altro LTCF):
INFEZIONE IMPORTATA (= HERP-I)

CONFERMA DI INFEZIONE:

- Tutti i criteri di infezione sono soddisfatti:
INFEZIONE CONFERMATA (= FUNG-C)
- Infezione in trattamento nel giorno del PPS, ma non presente documentazione di segni/sintomi (solo se da ospedale o altro LTCF):
INFEZIONE IMPORTATA (= FUNG-I)

INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO

Infezioni contratte entro trenta giorni dall'operazione se non è stato lasciato in sede alcun impianto, o entro tre mesi se è stata inserita una protesi

INCISIONE SUPERFICIALE

ENTRAMBI I SEGUENTI CRITERI DEVONO ESSERE PRESENTI:

- L'infezione coinvolge solo la cute e i tessuti sottocutanei a livello della incisione

E

- Almeno uno** dei seguenti:
 - Drenaggio purulento dall' incisione superficiale, con o senza conferma laboratoristica
 - Isolamento di microrganismi da una coltura ottenuta asetticamente dai fluidi o dal tessuto a livello della incisione superficiale
- Almeno uno** dei seguenti segni o sintomi di infezione:
 - Dolore o dolorabilità
 - Gonfiore localizzato
 - Arrossamento
 - Calore
 - Infezione del sito chirurgico di una incisione superficiale effettuata da un chirurgo o dal medico curante

INCISIONE PROFONDA

ENTRAMBI I SEGUENTI CRITERI DEVONO ESSERE PRESENTI:

- L'infezione sembra essere correlata all'operazione e coinvolge i tessuti profondi ipodermici (fascia muscolare, muscolo) a livello dell'incisione

E

- Almeno uno** dei seguenti:
 - Drenaggio purulento dall' incisione profonda, ma non dall'organo o dai componenti dello spazio del sito chirurgico, con o senza conferma laboratoristica
 - Una incisione profonda spontaneamente deiscende o deliberatamente aperta da un chirurgo quando il paziente ha almeno uno dei seguenti segni o sintomi: febbre (>38°), dolore o dolorabilità localizzati, salvo che il materiale prelevato dall'incisione sia negativo all'esame colturale
 - Durante un esame obiettivo, una ri-operazione, o un esame istopatologico o radiodiagnostico si è riscontrato un ascesso o un'altra evidenza di infezione coinvolgente l'incisione profonda
 - Diagnosi di SSI su un'incisione profonda effettuata da un chirurgo o dal medico curante

ORGANO/SPAZIO

ENTRAMBI I SEGUENTI CRITERI DEVONO ESSERE PRESENTI:

- L'infezione sembra essere correlata all'operazione e coinvolge una porzione anatomica (organi e spazi), diversa dal sito dell'incisione, che è stata aperta o manipolata nel corso dell'atto chirurgico.

E

- Almeno uno** dei seguenti:
 - Fuoriuscita di materiale purulento da un drenaggio posizionato attraverso una breccia nell'organo/spazio
 - Organismi isolati da una coltura, ottenuta asetticamente, dei fluidi o del tessuto nell'organo/spazio
 - Una raccolta ascessuale o un'altra evidenza di infezione coinvolgente l'organo/spazio, rilevata mediante un esame obiettivo, una rioperazione o un esame istopatologico o radiologico
 - Diagnosi di SSI di un organo/spazio effettuata da un chirurgo o dal medico curante

CONFERMA DI INFEZIONE:

- Tutti i criteri di infezione soddisfatti: **INFEZIONE CONFERMATA** (*Incisione superficiale = SSSI-C*)
- Infezione in trattamento nel giorno del PPS, ma non presente documentazione di segni/sintomi (solo se da ospedale o altro LTCF): **INFEZIONE IMPORTATA** (*Incisione superficiale = SSSI-I*)

CONFERMA DI INFEZIONE:

- Tutti i criteri di infezione soddisfatti: **INFEZIONE CONFERMATA** (*Incisione superficiale = SSSI-C*)
- Infezione in trattamento nel giorno del PPS, ma non presente documentazione di segni/sintomi (solo se da ospedale o altro LTCF): **INFEZIONE IMPORTATA** (*Incisione superficiale = SSSI-I*)

CONFERMA DI INFEZIONE:

- Tutti i criteri di infezione soddisfatti: **INFEZIONE CONFERMATA** (*Incisione superficiale = SSSI-C*)
- Infezione in trattamento nel giorno del PPS, ma non presente documentazione di segni/sintomi (solo se da ospedale o altro LTCF): **INFEZIONE IMPORTATA** (*Incisione superficiale = SSSI-I*)

NOTA:

Se l'infezione rappresenta una definizione di caso di Infezione del sito chirurgico (SSI), si prega di dare priorità al SSI. Non applicare altre definizioni di caso per la stessa infezione.

INFEZIONI AD OCCHI, ORECCHIE, NASO E BOCCA

CONGIUNTIVITI

DEVE ESSERE PRESENTE **UNO** DEI SEGUENTI CRITERI (1,2 o 3):

- 1. Pus presente in uno o entambi gli occhi, da almeno 24 ore
- 2. Eritema congiuntivale, con o senza prurito
- 3. Dolore congiuntivale, presente da almeno 24 ore.

I sintomi non devono essere associati ad allergia o traumi della congiuntiva

ORECCHIE

DEVE ESSERE PRESENTE **UNO** DEI SEGUENTI CRITERI (1 o 2):

- 1. Diagnosi da parte di un medico di una infezione auricolare
- 2. Scolo da una o entrambe le orecchie (non purulento, deve essere associato a sintomi addizionali, quali dolore o rossore)

CONFERMA DI INFEZIONE

- Tutti i criteri di infezione sono soddisfatti:
INFEZIONE CONFERMATA (= CONJ-C)
- Infezione in trattamento nel giorno del PPS, ma non presente documentazione di segni/sintomi:
INFEZIONE IMPORTATA
(solo se da ospedali o altre LTCF) (= CONJ-I)

CONFERMA DI INFEZIONE

- Tutti i criteri di infezione sono soddisfatti:
INFEZIONE CONFERMATA (= EAR-C)
- Infezione in trattamento nel giorno del PPS, ma non presente documentazione di segni/sintomi:
INFEZIONE IMPORTATA
(solo se da ospedali o altre LTCF) (= EAR-I)

SINUSITE

- Sinusite diagnosticata da un medico

CANDIDA ORALE

ENTRAMBI I SEGUENTI CRITERI DEVONO ESSERE RISPETTATI

- Presenza di macchie bianche in rilievo sulla mucosa infiammata o placche sulla mucosa orale
- E**
- Diagnosi da parte di un dentista o un medico

CONFERMA DI INFEZIONE

- Tutti i criteri di infezione sono soddisfatti:
INFEZIONE CONFERMATA (= SINU-C)
- Infezione in trattamento nel giorno del PPS, ma non presente documentazione di segni/sintomi:
INFEZIONE IMPORTATA
(solo se da ospedali o altre LTCF) (= SINU-I)

CONFERMA DI INFEZIONE

- Tutti i criteri di infezione sono soddisfatti:
INFEZIONE CONFERMATA (= ORAL-C)
- Infezione in trattamento nel giorno del PPS, ma non presente documentazione di segni/sintomi:
INFEZIONE IMPORTATA
(solo se da ospedali o altre LTCF) (= ORAL-I)

INFEZIONI GASTROINTESINALI

GASTROENTERITI

DEVE ESSERE PRESENTE **UNO** DEI SEGUENTI CRITERI (1,2, o 3):

- 1. Diarrea, feci liquide in quantità tre o più volte maggiori rispetto allo standard per un residente in un periodo di 24 ore
 - 2. Vomito, due o più episodi in 24 ore
 - 3. **Entrambi** i seguenti:
 - Campione di feci positive a batteri o patogeni virali
- AND**
- Almeno uno dei seguenti: nausea, vomito, dolore addominale, diarrea

INFEZIONE DA CLOSTRIDIUM DIFFICILE

DEVE ESSERE PRESENTE **UNO** DEI SEGUENTI CRITERI (1,2, o 3):

- 1. feci diarroiche o megacolon tossico E un test di laboratorio positivo per C. difficile tossina A e/o B nelle feci o di un organismo C. difficile tossina produttore rilevati nelle feci attraverso la cultura o altro mezzo, ad esempio positivo a PCR
- 2. Colite pseudomembranosa, rilevata con bassa endoscopia gastrointestinale
- 3. Istopatologia del colon, caratterizzata da infezione di C. difficile (con o senza diarrea) in un campione ottenuto durante una endoscopia o colectomia

CONFERMA DI INFEZIONE

- Tutti i criteri di infezione sono soddisfatti:
INFEZIONE CONFERMATA (= GE-C)
- Infezione in trattamento nel giorno del PPS, ma non presente documentazione di segni/sintomi:
INFEZIONE IMPORTATA
(solo se da ospedali o altre LTCF) (= GE-I)

CONFERMA DI INFEZIONE

- Tutti i criteri di infezione sono soddisfatti:
INFEZIONE CONFERMATA (= CDI-C)
- Infezione in trattamento nel giorno del PPS, ma non presente documentazione di segni/sintomi:
INFEZIONE IMPORTATA
(solo se da ospedali o altre LTCF) (= CDI-I)

INFEZIONE DEL SANGUE

DEVE ESSERE PRESENTE **UNO** DEI SEGUENTI CRITERI (1, o 2):

- 1. Due o più colture di sangue positive allo stesso organismo
- 2. Una singola coltura di sangue contenente un organismo non considerato contaminante

AND

Almeno **uno** dei seguenti:

- Febbre (definizione a pag 61)
- Ipotermia (<34.5° C, o non registrata dal termometro in uso)
- Un calo nella pressione sistolica di >30 mm Hg rispetto allo standard
- Peggioramento dello stato mentale o funzionale

EPISODIO FEBBRILE NON SPIEGABILE

- Il residente deve avere la documentazione nella cartella clinica di febbre in due o più occasioni, ad almeno 12 ore di distanza in un periodo di 3 giorni, senza causa infettive o non infettive nota

CONFERMA DI INFEZIONE

- Tutti i criteri di infezione sono soddisfatti:
INFEZIONE CONFERMATA (= FUO-C)
- Infezione in trattamento nel giorno del PPS, ma non presente documentazione di segni/sintomi:
INFEZIONE IMPORTATA
(solose da ospedali o altre LTCF) (= FUO-I)

CONFERMA DI INFEZIONE

- Tutti i criteri di infezione sono soddisfatti:
INFEZIONE CONFERMATA (= BSI-C)
- Infezione in trattamento nel giorno del PPS, ma non presente documentazione di segni/sintomi:
INFEZIONE IMPORTATA
(solo se da ospedali o altre LTCF) (= BSI-I)

OTHER INFECTION(S)

Specificare (= ALTRO)

Appendice 2. Lista codici per microrganismo

ISTRUZIONI

Riportare solamente i risultati microbiologici disponibili il giorno della rilevazione (non aspettare risultati non disponibili il giorno della rilevazione). Questo garantisce la comparabilità della raccolta dati fra le diverse LCTF ed i diversi paesi partecipanti.

PRIMO STEP

Specificare fino a tre microrganismi isolati utilizzando la lista con i codici riferiti ai microrganismi. Se non è disponibile alcun risultato microbiologico il giorno del PPS, selezionare una delle seguenti opzioni:

_NOEXA	ESAME NON ESEGUITO	Nessun campione diagnostico raccolto, nessuna analisi microbiologica svolta
_NA	RISULTATO NON DISPONIBILE	I risultati dell'analisi microbiologica non sono (al momento) disponibili o rintracciabili
_NONID	MICRORGANISMO NON IDENTIFICATO	Risulta eseguita una analisi microbiologica (documentazione e risultati disponibili), ma il microrganismo non può essere correttamente classificato
_STERI	ESAME NEGATIVO (STERILE)	Risulta eseguita una analisi microbiologica (documentazione e risultati disponibili), ma il risultato è negativo (es. coltura negativa)

SECONDO STEP

Per ogni microrganismo **EVIDENZIATO e sottolineato**, indicate la suscettibilità usando la tabella di seguito.

Microrganismo	Antibiotico testato ²	Resistenza antibiotica			
		Sensibile (S)	–	Resistente (R)	Non noto (U)
Staphylococcus aureus (STAAUR)	Oxacillina (OXA)	Sensibile (S)	–	Resistente (R)	Non noto (U)
	Glicopeptidi (GLY)	Sensibile (S)	Intermedio (I)	Resistente (R)	Non noto (U)
Enterococcus species (ENC***)	Glicopeptidi (GLY)	Sensibile (S)	Intermedio (I)	Resistente (R)	Non noto (U)
Enterobacteriaceae ¹ , include:	Cefalosporine di terza generazione (C3G)	Sensibile (S)	Intermedio (I)	Resistente (R)	Non noto (U)

Escherichia coli (ESCCOL) Klebsiella species (KLE***) Enterobacter species (ENB***) Proteus species (PRT***) Citrobacter species (CIT***) Serratia species (SER***) Morganella species (MOGSPP)	Carbapenemi (CAR)	Sensibile (S)	Intermedio (I)	Resistente (R)	Non noto (U)
Pseudomonas aeruginosa (PSEAER)	Carbapenemi (CAR)	Sensibile (S)	Intermedio (I)	Resistente (R)	Non noto (U)
Acinetobacter baumannii (ACIBAU)	Carbapenemi (CAR)	Sensibile (S)	Intermedio (I)	Resistente (R)	Non noto (U)

¹ I marcatori di resistenza agli antibiotici non sono raccolti per gli altri enterobatteri (e.g. Hafnia spp., Salmonella spp., Shigella spp., Yersinia spp.).

² OXA: suscettibilità all'oxacillina, o altro marcatore di MRSA, come cefoxitina, cloxacillina, dicloxacillina, flucloxacillina, meticillina; GLY: suscettibilità ai glicopeptidi: vancomicina o teicoplanina; C3G: suscettibilità alle cefalosporine di terza generazione: cefotaxime, ceftriaxone, ceftazidime; CAR: la suscettibilità ai carbapenemi: imipenem, meropenem, doripenem.

ESEMPIO:

PARTE B: INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA (HAI)					
		INFEZIONE 1	INFEZIONE 2	INFEZIONE 3	INFEZIONE 4
CODICE INFEZIONE		UTI-C	SKIN-C	COLD-C	_____
A. NOME DEL MICROORGANISMO ISOLATO (USARE LISTA DEI CODICI) B. ANTIBIOTICI TESTATI E RESISTENZE SOLO PER STAAUR, ENC***, ACIBAU, PSEAER O ENTEROBACTERIACEAE (CIT***, ENB***, ESCCOL, KLE***, MOGSPP, PRT***, SER***)	1. A	ESCCOL	STAAUR	_NOEXA	_____
	B	C3G S CAR U	OXA S GLY S	_____	_____
	2. A	ENCFAE	STRHCG	_____	_____
	B	ENCFAE	_____	_____	_____
	3. A	_____	PSEAER	_____	_____
	B	_____	CAR U	_____	_____

CODICE	NOME DEL MICRORGANISMO
- A -	
ACHSPP	ACHROMOBACTER SPECIES
<u>ACIBAU</u>	<u>ACINETOBACTER BAUMANNII</u>
ACICAL	ACINETOBACTER CALCOACETICUS
ACIHAE	ACINETOBACTER HAEMOLYTICUS
ACILWO	ACINETOBACTER LWOFFII
ACINSP	ACINETOBACTER SPECIES, non specificato
ACIOTH	ACINETOBACTER SPECIES, altri
ACTSPP	ACTINOMYCES SPECIES
AEMSPP	AEROMONAS SPECIES
AGRSPP	AGROBACTERIUM SPECIES
ALCSPP	ALCALIGENES SPECIES
ANANSP	ANAEROBES, non specificato
ANAOTh	ANAEROBES, altri
ASPFUM	ASPERGILLUS FUMIGATUS
ASPNIG	ASPERGILLUS NIGER
ASPNSP	ASPERGILLUS SPECIES, non specificato
ASPOTh	ASPERGILLUS SPECIES, altri
- B -	
GNBNSP	BACILLI, GRAM NEGATIVE, non specificato
GNBOTH	BACILLI, GRAM NEGATIVE, NON ENTEROBACTERIACEAE, altri
GPBNSP	BACILLI, GRAM POSITIVE, non specificato
GPBOTH	BACILLI, GRAM POSITIVE, altri
BACSPP	BACILLUS SPECIES
BCTOTH	BACTERIA, altri
BATFRA	BACTEROIDES FRAGILIS
BATOTH	BACTEROIDES, altri
BURCEP	BURKHOLDERIA CEPACIA
- C -	
CAMSP	CAMPYLOBACTER SPECIES
CANALB	CANDIDA ALBICANS
CANGLA	CANDIDA GLABRATA
CANKRU	CANDIDA KRUSEI

CANPAR	CANDIDA PARAPSILOSIS
CANNSP	CANDIDA SPECIES, non specificato
CANOTH	CANDIDA SPECIES, altri
CANTRO	CANDIDA TROPICALIS
CHLSPP	CHLAMYDIA SPECIES
<u>CITFRE</u>	<u>CITROBACTER FREUNDII</u>
<u>CITDIV</u>	<u>CITROBACTER KOSERI (EX. DIVERSUS)</u>
<u>CITNSP</u>	<u>CITROBACTER SPECIES, non specificato</u>
<u>CITOTH</u>	<u>CITROBACTER SPECIES, altri</u>
CLODIF	CLOSTRIDIUM DIFFICILE
CLOOTH	CLOSTRIDIUM, altri
GNCNSP	COCCI, GRAM NEGATIVE, non specificato
GNCOTH	COCCI, GRAM NEGATIVE, altri
GPCNSP	COCCI, GRAM POSITIVE, non specificato
GPCOTH	COCCI, GRAM POSITIVE, altri
CORSPP	CORYNEBACTERIUM SPECIES
- E -	
<u>ENBAER</u>	<u>ENTEROBACTER AEROGENES</u>
<u>ENBAGG</u>	<u>ENTEROBACTER AGGLOMERANS</u>
<u>ENBCLO</u>	<u>ENTEROBACTER CLOACAE</u>
<u>ENBGER</u>	<u>ENTEROBACTER GERGOVIAE</u>
<u>ENBSAK</u>	<u>ENTEROBACTER SAKAZAKII</u>
<u>ENBNSP</u>	<u>ENTEROBACTER SPECIES, non specificato</u>
<u>ENBOTH</u>	<u>ENTEROBACTER SPECIES, altri</u>
ETBNSP	ENTEROBACTERIACEAE, non specificato
ETBOTH	ENTEROBACTERIACEAE, altri
<u>ENCFAE</u>	<u>ENTEROCOCCUS FAECALIS</u>
<u>ENCFAI</u>	<u>ENTEROCOCCUS FAECIUM</u>
<u>ENCNSP</u>	<u>ENTEROCOCCUS SPECIES, non specificato</u>
<u>ENCOTH</u>	<u>ENTEROCOCCUS SPECIES, altri</u>
<u>ESCCOL</u>	<u>ESCHERICHIA COLI</u>
- F -	
FILOTH	FILAMENTS, altri
FLASPP	FLAVOBACTERIUM SPECIES
FUNOTH	FUNGI, altri

- G -	
GARSPP	GARDNERELLA SPECIES
- H -	
HAEINF	HAEMOPHILUS INFLUENZAE
HAEPAI	HAEMOPHILUS PARAINFLUENZAE
HAENSP	HAEMOPHILUS SPECIES, non specificato
HAEOTH	HAEMOPHILUS SPECIES, altri
HAFSPP	HAFNIA SPECIES
HELPLYL	HELICOBACTER PYLORI
- K -	
<u>KLEOXY</u>	<u>KLEBSIELLA OXYTOCA</u>
<u>KLEPNE</u>	<u>KLEBSIELLA PNEUMONIAE</u>
<u>KLENSP</u>	<u>KLEBSIELLA SPECIES, non specificato</u>
<u>KLEOTH</u>	<u>KLEBSIELLA SPECIES, altri</u>
- L -	
LACSPP	LACTOBACILLUS SPECIES
LEGSPP	LEGIONELLA SPECIES
LISMON	LISTERIA MONOCYTOGENES
- M -	
MORCAT	MORAXELLA CATHARRALIS
MORNSP	MORAXELLA SPECIES, non specificato
MOROTH	MORAXELLA SPECIES, altri
<u>MOGSPP</u>	<u>MORGANELLA SPECIES</u>
MYCATY	MYCOBACTERIUM, atypical
MYCTUB	MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS COMPLEX
MYPSP	MYCOPLASMA SPECIES
- N -	
NEIMEN	NEISSERIA MENINGITIDIS
NEINSP	NEISSERIA SPECIES, non specificato
NEIOTH	NEISSERIA SPECIES, altri
NOCSPP	NOCARDIA SPECIES
- P -	
PAROTH	PARASITES, altri
PASSPP	PASTEURELLA SPECIES

PRESPP	PREVOTELLA SPECIES
PROSPP	PROPIONIBACTERIUM SPECIES
<u>PRTMIR</u>	<u>PROTEUS MIRABILIS</u>
<u>PRTNSP</u>	<u>PROTEUS SPECIES, non specificato</u>
<u>PRTOTH</u>	<u>PROTEUS SPECIES, altri</u>
<u>PRTVUL</u>	<u>PROTEUS VULGARIS</u>
PRVSP	PROVIDENCIA SPECIES
PSENSP	PSEUDOMONADACEAE FAMILY, non specificato
PSEOTH	PSEUDOMONADACEAE FAMILY, altri
<u>PSEAER</u>	<u>PSEUDOMONAS AERUGINOSA</u>
- S -	
SALENT	SALMONELLA ENTERITIDIS
SALNSP	SALMONELLA SPECIES, non specificato
SALOTH	SALMONELLA SPECIES, altri
SALTYM	SALMONELLA TYPHIMURIUM
SALTYP	SALMONELLA TYPHI or PARATYPHI
<u>SERLIQ</u>	<u>SERRATIA LIQUEFACIENS</u>
<u>SERMAR</u>	<u>SERRATIA MARCESCENS</u>
<u>SERNSP</u>	<u>SERRATIA SPECIES, non specificato</u>
<u>SEROTH</u>	<u>SERRATIA SPECIES, altri</u>
SHISPP	SHIGELLA SPECIES
<u>STAAUR</u>	<u>STAPHYLOCOCCUS AUREUS</u>
STAEP	STAPHYLOCOCCUS EPIDERMIDIS
STAHAE	STAPHYLOCOCCUS HAEMOLYTICUS
STACNS	STAPHYLOCOCCI, COAGULASE-NEGATIVE, non specificato
STAOH	STAPHYLOCOCCI, COAGULASE-NEGATIVE (CNS), altri
STANSP	STAPHYLOCOCCUS SPECIES, non specificato
STEMAL	STENOTROPHOMONAS MALTOPHILIA
STRHCG	STREPTOCOCCAE, HAEMOLYTIC (C, G), altri
STRAGA	STREPTOCOCCUS AGALACTIAE (B)
STRPNE	STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE
STRPYO	STREPTOCOCCUS PYOGENES (A)
STRNSP	STREPTOCOCCUS SPECIES, non specificato
STROTH	STREPTOCOCCUS SPECIES, altri
- V -	

VIRADV	ADENOVIRUS
VIRCMV	CYTOMEGALOVIRUS (CMV)
VIRENT	ENTEROVIRUS (POLIO, COXSACKIE, ECHO)
VIRHAV	HEPATITIS A VIRUS
VIRHBV	HEPATITIS B VIRUS
VIRHCV	HEPATITIS C VIRUS
VIRHIV	HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS (HIV)
VIRHSV	HERPES SIMPLEX VIRUS
VIRINA	INFLUENZA A VIRUS
VIRINB	INFLUENZA B VIRUS
VIRINC	INFLUENZA C VIRUS
VIRNOR	NOROVIRUS
VIRPIV	PARAINFLUENZAVIRUS
VIRRHI	RHINOVIRUS
VIRROT	ROTA VIRUS
VIRRSV	RESPIRATORY SYNCYTIAL VIRUS (RSV)
VIRSAR	SARS-CORONAVIRUS
VIRVZV	VARICELLA-ZOSTER VIRUS
VIRNSP	VIRUS, non specificato
VIROTH	VIRUS, altri
- Y -	
YEAOTH	YEASTS, altri
YERSPP	YERSINIA SPECIES