



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

**Protocollo per studio pilota 2021**

Versione 1.01  
Aprile 2022

Il protocollo è stato commissionato da: azione centrale CCM – ISS. Responsabile del progetto: Dott. Fortunato D'Ancona, ISS. Coordinatrice nazionale: Prof.ssa Carla Maria Zotti, Università degli Studi di Torino.

Citazione suggerita:

Studio di prevalenza sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'utilizzo di antibiotici nelle strutture di assistenza socio-sanitaria extraospedaliera: protocollo per studio pilota. Istituto Superiore di Sanità, 2022.

La riproduzione è autorizzata, con indicazione della fonte.

## Contenuti

<b>1. Abbreviazioni</b>	<b>4</b>
<b>2. Introduzione</b>	<b>5</b>
<b>3. Obiettivi</b>	<b>7</b>
<b>4. Disegno dello studio</b>	<b>8</b>
4.1 Quando effettuare lo studio?	8
4.2 Criteri di inclusione ed esclusione	8
<b>5. Attori coinvolti</b>	<b>11</b>
<b>6. Formazione</b>	<b>11</b>
<b>7. Considerazioni etiche e riservatezza dei dati</b>	<b>11</b>
<b>8. PPS: Raccolta dati</b>	<b>13</b>
<b>9. Definizioni dei dati raccolti</b>	<b>5</b>
9.1 Dati di struttura	15
9.2 Dati reparto	24
9.3 Dati residenti	24
<b>10. Bibliografia</b>	<b>39</b>
<b>Appendice 1. Definizioni di casi di infezioni</b>	<b>40</b>
Infezioni del tratto urinario	41
infezioni respiratorie	42
infezioni tratto respiratorio inferiore	43
infezioni cutanee	44
infezioni del sito chirurgico	45
infezioni ad occhi, orecchie, naso e bocca	46
infezioni gastrointestinali	47
Infezioni del sangue ed episodi febbrili non spiegabili	47
COVID-19	48
<b>Appendice 2. Lista codici per microrganismo</b>	<b>49</b>

# 1. Abbreviazioni

ABR	Antibioticoresistenza
CCM	Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie
EEA	Area Economica Europea
ESAC-NH	Sorveglianza Europea Sull'utilizzo di Antibiotici nelle <i>Nursing Homes</i>
EU	Unione Europea
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"
IPSE	Progetto per il miglioramento della sicurezza del paziente in Europa
ISS	Istituto Superiore di Sanità
LTCF	Strutture di assistenza socio-sanitaria extraospedaliera
MMG	Medico di medicina generale
NSC	Coordinatori Nazionali dello Studio
PCI	Prevenzione e Controllo delle Infezioni
PNCAR	Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza
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). È stato 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).

In Italia la raccolta dati per lo studio HALT-3 è stata effettuata nel periodo aprile-giugno 2017. Sono state arruolate 418 da 14 regioni italiane, con un totale di 24,132 ospiti inclusi nello studio. Il giorno dello studio, il 3,9% dei residenti presentava almeno una HAI. La mediana di prevalenza di residenti con almeno una HAI era pari a 2,9%. Durante lo studio 1022 residenti erano in trattamento con almeno un antibiotico, determinando una prevalenza pari al 4,2% dei residenti eleggibili (mediana: 3,3%) (4).

Le edizioni precedenti degli studi di prevalenza nelle LTCF hanno consentito di sperimentare la fattibilità delle attività di sorveglianza nel nostro Paese. Finora, in assenza di indicazioni nazionali precise, hanno partecipato al progetto regioni e singoli ospedali in modo volontario e disomogeneo sul territorio nazionale, e le attività di sorveglianza non sono divenute patrimonio comune di tutte le regioni, né hanno rappresentato un debito informativo nazionale. Il Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2019 ha identificato i seguenti obiettivi in tema di sorveglianza delle HAI (5):

- Implementare un sistema di sorveglianza nazionale delle HAI
- Predisporre un piano per un sistema nazionale dedicato alla sorveglianza delle HAI, che tenga conto delle indicazioni dell'ECDC

Nello specifico, sono stati riconosciuti i seguenti obiettivi all'azione centrale:

- Predisporre il piano di sorveglianza nazionale, che dovrà includere: a) la definizione delle responsabilità per il coordinamento della sorveglianza nazionale (ISS, Agenas, AIFA, Ministero, Regioni) e delle risorse necessarie; b) l'individuazione delle sorveglianze di esito da attivare o da rendere stabili a livello nazionale, compresi gli studi di prevalenza in ospedale e nelle strutture residenziali,
- Rendere le sorveglianze esistenti (tra cui gli studi di prevalenza nazionali e sorveglianze delle ICA) stabili e in grado di fornire dati omogenei, rappresentativi, tempestivi e adeguati

- Implementare il sistema nazionale di sorveglianza delle ICA attraverso: a) stesura dei protocolli nazionali per i diversi sistemi di sorveglianza previsti (ad es. fonti informative, set minimo di dati, formato, modalità di trasmissione), b) implementazione delle sorveglianze (predisposizione di sistemi informatizzati, formazione del personale, rilevazione e feed-back dei dati)
- Trasmettere annualmente i dati all'ECDC e predisporre un rapporto epidemiologico nazionale annuale, che includa l'individuazione delle azioni di miglioramento necessarie

In ottemperanza a questi obiettivi, nel 2019 è stato istituito il progetto CCM "Sostegno alla Sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza anche a supporto del PNCAR". L'Università degli Studi di Torino ha ricevuto il mandato di avviare un percorso di istituzionalizzazione e di estensione della rappresentatività dello studio nazionale di prevalenza nelle strutture residenziali per anziani sulla base della sorveglianza ECDC-PPS LTCF, e di coordinare il progetto a livello nazionale. Pertanto, i report, i protocolli e gli strumenti di studio contenuti nei progetti HALT e HALT-2 e HALT-3 sono stati adattati e discussi dal coordinamento nazionale e dal CCM per la conduzione di uno studio pilota nazionale.

Questo protocollo vuole fornire ai coordinatori regionali dello studio e ai rilevatori locali la metodologia, le schede per la raccolta dei dati e le definizioni delle variabili da raccogliere all'interno delle LTCF. Lo studio PPS sulle HAI e sull'uso di antibiotici nelle LTCF italiane si conclude con la stesura di un report nazionale e, se previsto, regionale.

### 3. Obiettivi

Gli obiettivi generali della sorveglianza ECDC sulle HAI e sull'uso 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 a livello nazionale.

Gli obiettivi specifici dello studio nazionale sono:

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

Gli obiettivi specifici dello studio pilota sono:

- Valutare la fattibilità della sorveglianza
- Valutare l'appropriatezza degli strumenti proposti: protocollo, definizioni, piattaforma per la raccolta dati
- Valutare il fabbisogno in termini di competenze necessarie
- Stimare il carico di lavoro necessario.

I dati ottenuti sono utili per:

- Quantificare la prevalenza delle HAI e dell'uso di antibiotici nelle LTCF a livello nazionale
- Identificare necessità di intervento, di formazione e/o di ulteriori risorse per le PCI
- Identificare le priorità a livello nazionale e locale ed aumentare la consapevolezza
- Favorire la sicurezza dell'assistenza sanitaria nelle LTCF e nella popolazione italiana 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.

A livello nazionale si è scelto di condurre lo studio pilota nel periodo: 15 maggio – 15 giugno 2022.

Il centro di coordinamento nazionale rende disponibile il materiale occorrente per la conduzione dello studio (protocollo, piattaforma per il caricamento dei dati), in modo tale da permettere a singole regioni o strutture di condurre PPS singoli o ripetuti nel tempo in maniera autonoma, nei seguenti periodi dell'anno:

- Settembre/novembre
- Aprile/giugno.

### 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 competente per pazienti ad alta complessità assistenziale”, 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 hotel (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:

<b>"Nursing homes"</b>	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.
<b>"Residential homes"</b>	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.
<b>LTCF Specializzate</b> (psichiatrica, per disabili mentali, per disabili fisici, centro di riabilitazione, di assistenza palliativa, sanatorio)	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.
<b>LTCF Miste</b>	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.*

**ATTENZIONE:** 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** (altre schede struttura 1 e 2, 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 che si trovano fuori della LTCF con rientro previsto in giornata e che soddisfano gli altri criteri (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 sottoposti a ventilazione invasiva.

**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. Attori coinvolti

L'Università degli Studi di Torino ha ricevuto il mandato da parte dell'ISS-CCM di coordinare la raccolta dati a livello nazionale. I Coordinatori Nazionali dello Studio (NSC) hanno i seguenti compiti prima della raccolta dati del PPS:

- definire il protocollo e gli strumenti per la raccolta dati
- 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 ai workshop *train-the-trainer* organizzati della rete operativa ECDC HAI- HALT
- organizzare almeno una sessione di formazione di un giorno per le LTCF che partecipano al PPS
- distribuire gli strumenti di raccolta dati
- assistere le LTCF durante la raccolta dati (helpdesk)

I loro compiti dopo la raccolta dati sono i seguenti:

- gestire il database nazionale
- distribuire i moduli di feedback alle LTCF partecipanti
- produrre una reportistica nazionale e comunicare i risultati nazionali, ad esempio durante incontri scientifici

Ogni struttura ha la possibilità di aderire allo studio in maniera autonoma, oppure lo studio può essere coordinato a livello regionale. I Coordinatori Regionali possono svolgere i seguenti compiti:

- mediare l'arruolamento delle strutture sul loro territorio
- partecipare agli eventi formativi organizzati dal NSC
- organizzare eventi formativi rivolti agli operatori delle strutture partecipanti nel loro territorio
- produrre una reportistica regionale e comunicare i risultati regionali, ad esempio durante incontri scientifici

## 6. Formazione

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

Il "Comitato etico nazionale per le sperimentazioni degli enti pubblici di ricerca (EPR) e altri enti pubblici a carattere nazionale" dell'ISS ha espresso parere favorevole in merito alle modalità di svolgimento dello studio: obiettivi dello studio, disegno dello stesso, protocollo, modalità di raccolta dati (Allegato ...). Il parere favorevole del Comitato Etico di pertinenza di ciascuna regione o struttura partecipante è richiesto per poter intraprendere lo studio.

Membri dello staff, medici curanti, residenti e loro familiari dovrebbero essere informati sugli obiettivi e sulla metodologia dello studio: è disponibile una lettera informativa standard per i residenti, ma è auspicabile che ogni struttura organizzi sessioni informative interne.

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

- La frequenza obbligatoria di un corso online in tema di GDPR e protezione dei dati per poter ottenere l'attivazione di un account sulla piattaforma per il caricamento dei dati.
- un codice identificativo di struttura assegnato dal referente regionale 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.
- La piattaforma per il caricamento dei dati assegna in maniera automatica e casuale un codice ad ogni residente per il quale viene compilata una scheda. Si invitano i responsabili del caricamento dei dati a tenere traccia del codice assegnato a ciascun residente, in quanto questo sarà l'unico modo di risalire al residente a partire dal codice. I dati identificativi del residente non possono essere inseriti sulle schede di raccolta dati e non è previsto che vengano caricati sulla piattaforma per la raccolta dati, la quale prevede solo la raccolta di dati anonimizzati.

Protezione dei dati: Il titolare del Trattamento dei dati è il Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, l'Università di Torino è Responsabile del Trattamento dei dati.

I dati raccolti nell'ambito del progetto 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 LTCF. 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 e la formazione dei rilevatori è fortemente raccomandata (vedi sezione 6: Formazione).

### Come raccogliere i dati?

I dati sono raccolti attraverso la compilazione di una scheda on-line presentata in questo protocollo. Il protocollo fornisce **definizioni dei casi di infezione** per identificare le HAI attive nei residenti eleggibili e una **lista di codici dei microrganismi**, per identificare i codici appropriati per i microrganismi individuati e i loro profili di resistenza antimicrobica.

I dati raccolti devono essere inseriti in una **piattaforma on-line** per l'invio al centro di coordinamento nazionale.

### Quali dati vengono raccolti?

La raccolta dati comprende variabili a livello di struttura, reparto e paziente.

**Dati di struttura:** vengono raccolti 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. Inoltre, vengono raccolti dati riguardanti il tipo di struttura, il tipo di assistenza garantita, la durata media della permanenza dei residenti, il tipo di nuclei assistenziali presenti.

Si raccomanda che a raccogliere questi dati sia il responsabile di turno presso la struttura. Se questa persona non è in grado di rispondere ad alcune delle domande o individuare le informazioni pertinenti, dovrebbe richiedere l'assistenza di persone che sono in grado di rispondere. Questo è particolarmente rilevante per le domande relative ai protocolli e alla prassi per la somministrazione di antibiotici.

**Dati di reparto:** raccolta di ulteriori dati del denominatore, inerenti a caratteristiche del reparto e di tutti i residenti presenti/ammessi nel reparto alle ore 8:00 AM il giorno del PPS e non dimessi al momento di conduzione della survey (dati raccolti in modo aggregato e solo per il protocollo light, vedi dopo).

I dati raccolti per ogni reparto vengono sommati in automatico per popolare i denominatori di ogni reparto

e dell'intera struttura. Le strutture che hanno un solo reparto devono completare una sola volta la raccolta dei dati a livello di reparto.

**Dati residente:** raccolta di dati del numeratore.

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. Se un residente ha ricevuto almeno un antibiotico e/o aveva almeno un'infezione rispondente alla definizione di caso nel giorno della rilevazione, è necessario compilare per questo ospite una scheda residente.

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.

## Con quali modalità è possibile condurre lo studio?

Il protocollo standard (patient-based) prevede che per ogni paziente vengano raccolti dati per costituire il denominatore. Nel protocollo light (unit-based), dati del denominatore aggregati vengono raccolti per ogni reparto/nucleo/struttura. In entrambe le opzioni, vengono raccolti dati di struttura e reparto, e dati del numeratore sono raccolti per ogni residente che riceva almeno un antibiotico e/o si presenti con almeno una infezione attiva nel giorno del PPS. Non è possibile condurre la raccolta dati all'interno della stessa struttura utilizzando i due protocolli diversi contemporaneamente durante la conduzione dello stesso PPS.

A seconda del tipo di protocollo, è necessario raccogliere i seguenti dati:

### Protocollo light (unit-based)

- **Dati di struttura**
- **Dati di reparto:** caratteristiche del reparto e dati del denominatore per tutti i residenti presenti/ammessi nel reparto alle ore 8:00 AM e non dimessi al momento della conduzione del PPS (raccolti in maniera aggregata).
- **Dati residente:** dati su ICA (da raccogliere per tutti i residenti con un'infezione corrispondente alla definizione di ICA in corso) e/o su utilizzo antibiotici (da raccogliere per tutti i pazienti in terapia antibiotica), assieme ad alcune variabili anagrafiche e cliniche per ogni residente con una ICA e/o in terapia antibiotica.

### Protocollo standard (patient-based)

- **Dati di struttura**
- **Dati di reparto:** caratteristiche del reparto.
- **Dati residente:** raccolti per ogni residente presente/ammesso nel reparto alle ore 8:00 AM il giorno del PPS e non dimesso al momento della conduzione della survey, comprendenti caratteristiche demografiche e fattori di rischio per ogni residente eleggibile (indipendentemente dalla presenza di ICA o di utilizzo di antibiotici), nonché dati su ICA (da raccogliere per tutti i residenti con un'infezione corrispondente alla definizione di ICA in corso) e/o su utilizzo antibiotici (da raccogliere per tutti i pazienti in terapia antibiotica).

## Come inserire i dati nella piattaforma online?

L'Università degli Studi di Torino mette a disposizione una piattaforma per l'inserimento dei dati raccolti, MEDCap. Si tratta di uno strumento di raccolta dati online al quale si può accedere in qualsiasi momento, da qualsiasi pc, tablet o altro dispositivo con accesso a internet, che non necessita di essere scaricato. Possono essere caricati dati sulla piattaforma solo se si possiede un account attivo, per ottenere il quale è necessario seguire un corso on-line e superare il processo di accreditamento. È inoltre resa disponibile una guida e una presentazione slide per assistere i rilevatori locali o le persone designate nelle LTCF a superare il processo di accreditamento e nell'utilizzo del software per l'inserimento dei dati.

La piattaforma permette alle singole strutture di scaricare in vari formati i dati caricati per la propria struttura, e produce in maniera automatica una reportistica di base con i risultati preliminari riguardanti la struttura. I referenti regionali hanno la possibilità di accedere ai dati relativi a tutte le strutture della propria regione, mentre il centro di coordinamento nazionale ha accesso al database completo.

Al termine della raccolta dati e della loro analisi e rielaborazione a livello nazionale e regionale, saranno forniti:

- Un report nazionale prodotto dal coordinamento nazionale,
- Un report regionale, se previsto.

## 9. Definizioni dei dati raccolti

### 9.1 Dati di struttura

La scheda di struttura raccoglie i dati relativi a ciascuna LCTF 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
<b>Codice struttura</b>	Codice fornito dal referente regionale nell'ambito del range di codici forniti dal coordinatore nazionale.
<b>Infermieri abilitati disponibili 24 ore al giorno nella struttura</b>	Infermieri abilitati disponibili giorno e notte, presenti fisicamente e/o contattabili per telefono/cercapersone 24 ore al giorno.
<b>Numero totale di camere con letti</b>	Somma di tutte le camere per residenti, incluse le camere singole e multiple. Devono <u>essere escluse</u> le aree pubbliche, le camere di servizio ecc..
<b>Numero totale di camere singole nella struttura</b>	Numero totale di camere della struttura che sono destinate a una singola degenza, ossia camere con un letto. Una camera divisa da partners <u>non</u> deve essere considerata come una camera singola.
<b>Numero totale di camere singole/private nella struttura con bagno privato e sanitari</b>	Numero di camere 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 'camera 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.



## Definizione Struttura

Informazioni richieste: il tipo di struttura, il tipo di assistenza garantita, la durata media della permanenza dei residenti, il tipo di nuclei assistenziali presenti e il numero di pazienti non eleggibili.

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

<b>"Nursing homes"</b>	In queste strutture i residenti necessitano <u>assistenza competente infermieristica o medica e supervisione 24/24h</u> . Queste strutture forniscono principalmente assistenza ad anziani con patologie severe o lesioni/danni.
<b>"Residential homes"</b>	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. <u>Prevedono assistenza infermieristica e/o medica ma non 24/24 h.</u>
<b>LTCF Specializzate</b> (psichiatrica, per disabili mentali, per disabili fisici, centro di riabilitazione, di assistenza palliativa, sanatorio)	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.
<b>LTCF Miste</b>	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.*

### Nuclei struttura:

Informazioni richieste: posti letto , posti letto RSA, posti letto con e senza assistenza infermieristica 24/24h, posti letto N.A.T., posti letto N.A.c., posti letto N.S.V.

Le definizioni dei nuclei si riferiscono alle definizioni da DGR Regione Piemonte del 30 luglio 2012, n. 45-4248 e del 29 dicembre 2015, n. 77-2775, che recepisce la pubblicazione del Ministero della Salute "Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali" a cura della Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza. Nel caso la denominazione dei nuclei fosse diversa nella vostra regione, attenersi alle definizioni indicate in legenda:

<b>RSA</b>	Residenza Sanitaria Assistenziale	ELEGGIBILE
<b>NAT</b>	Nucleo Alzheimer Temporaneo	ELEGGIBILE
<b>NAC</b>	Nucleo di Alta Complessità Neurologica Cronica	ELEGGIBILE
<b>NSV</b>	Nucleo per Stato Vegetativo / Stato Minima Coscienza	ELEGGIBILE (solo se con pazienti <u>NON</u> bisognosi di procedure mediche invasive, es. ventilazione)
<b>RA</b>	Residenza assistenziale	NON INCLUDERE NELLO STUDIO
<b>RAA</b>	Residenza Assistenziale Alberghiera	NON INCLUDERE NELLO STUDIO
<b>CAVS (include DP)</b>	Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria, e Dimissioni Protette	<b>ELEGGIBILI MA IN SCHEDE SEPARATE (con codice struttura diverso)</b>

<b>Assistenza neuro-cognitiva</b>	Assistenza rivolta a residenti con sospetto decadimento cognitivo o già affetti da patologie dementigene a diversa eziologia, specializzata nel recupero delle funzioni cognitive deficitarie, nel ritardo di comparsa delle stesse e nell'acquisizione di strategie di compensazione.
<b>Assistenza fisica</b>	Assistenza alla persona non autosufficiente.
<b>Assistenza psichiatrica</b>	Assistenza per residenti con disturbi complessi e/o scompensi psichiatrici che non richiedono il ricovero in ospedale, ma che necessitano di percorsi di diagnosi e cura di competenza specialistica psichiatrica.
<b>Riabilitazione fisico-motoria</b>	Trattamento volto alla promozione del recupero dell'autonomia fisica del residente.
<b>Assistenza alla convalescenza</b>	Assistenza a residenti dimessi dalle divisioni ospedaliere che necessitano temporaneamente di convalescenza.
<b>Cure intensive</b>	Prestazioni erogate a residenti non autosufficienti richiedenti trattamenti Intensivi, essenziali per il supporto alle funzioni vitali come ad esempio: ventilazione meccanica e assistita, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno.

**ATTENZIONE:** In Italia i dati dei pazienti in regime di **Continuità Assistenziale (CA) e Dimissioni Protette (DP)** SI ESEGUONO UNA RILEVAZIONE APPOSITA ED ESCLUSIVA PER QUEI RESIDENTI. Anche se all'interno di una struttura inclusa nella rilevazione, NON VANNO INCLUSI nella rilevazione di quella struttura (in cui NON vanno inclusi nel conteggio "posti letto " e in alcun altro conteggio) MA vanno rilevati come se costituissero un'altra struttura: altre schede struttura 1 e 2, altre schede reparto e residenti.

**B: Dati del denominatore**

Variabile	Descrizione/definizione
<b>Posti letto in struttura</b>	Numero totale di letti per residenti nella LTCF, sia occupati che liberi. I letti condivisi fra partner devono essere conteggiati come due letti separati.
<b>Di cui letti occupati</b>	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...
<b>Residenti eleggibili, presenti alle 8:00 AM e non dimessi</b>	Numero totale di residenti presenti alle 8:00 AM e non dimessi al momento della rilevazione.
<b>Di cui età &gt; 85</b>	Numero totale di residenti eleggibili di età maggiore a 85 anni presenti il giorno del PPS.
<b>Di cui residenti maschi</b>	Numero totale di residenti maschi eleggibili nel giorno del PPS.
<b>Residenti che ricevono almeno un antibiotico</b>	Numero totale di residenti eleggibili riceventi uno o più antibiotici per via sistemica (vedi 9.3) nel giorno del PPS.
<b>Residenti con almeno un'infezione HAI</b>	Numero totale di residenti eleggibili con una o più infezioni (vedi 9.3) nel giorno del PPS.
<b>Residenti con catetere urinario</b>	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).
<b>Residenti con catetere vascolare</b>	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.
<b>Residenti con lesioni da decubito</b>	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 digitoppressione).
<b>Residenti con altre lesioni</b>	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.
<b>Residenti disorientati nel tempo e/o nello spazio</b>	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).
<b>Residenti in sedia a rotelle o allettati</b>	Numero totale di residenti eleggibili che necessitano di una sedia a rotelle o che sono allettati nel giorno del PPS.
<b>Residenti operati negli ultimi 30 giorni</b>	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...

<b>Residenti con incontinenza urinaria e/o fecale</b>	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**

<b>Variabile</b>	<b>Descrizione /definizione</b>
<b>Medico di medicina generale (MMG)</b>	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
<b>Studio medico associato di medicina generale</b>	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
<b>Staff medico assunto dalla struttura</b>	Medici assunti dalla direzione delle LTFC per garantire le cure ai residenti. Questi medici non sono MMG (vedi sopra)
<b>Coordinatore medico</b>	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
<b>Prevenzione delle infezioni, prassi e protocolli di controllo</b>	Serie di precauzioni e comportamenti appropriati per evitare infezioni e trasmissione di patogeni
<b>Persona con formazione in Prevenzione e controllo delle infezioni</b>	<p>Un infermiere abilitato, un medico, un epidemiologo o un professionista sanitario con compiti di prevenzione e controllo delle infezioni che:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- si occupa della prevenzione delle HAI isolando le fonti di infezioni e limitandone la diffusione;</li> <li>- raccoglie sistematicamente, analizza ed interpreta i dati sulla salute per pianificare, implementare, valutare e diffondere appropriate azioni di sanità pubblica;</li> <li>- forma personale sanitario attraverso l'insegnamento e la divulgazione delle pratiche di controllo delle infezioni.</li> </ul> <p>Questa persona può lavorare a tempo pieno nel controllo delle infezioni e attività di prevenzione o affiancare questo con altri ruoli come mansioni assistenziali, supervisione dell'assistenza, controllo qualità, ecc...</p>
<b>Comitato prevenzione e controllo delle infezioni</b>	<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>
<b>Consumo di soluzione alcolica per l'igiene delle mani (litri/anno)</b>	Numero totale di litri di alcool usati durante l'anno precedente al PPS
<b>Numero di interventi educativi sull'igiene delle mani osservati nel reparto all'anno</b>	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
<b>Opportunità di igiene delle mani attese</b>	Numero di occasioni per l'igiene delle mani attese ipotizzate durante le campagne o i controlli (revisioni) dell'igiene delle mani. Deve essere registrato il numero di occasioni attese, 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
<b>Lista restrittiva di antibiotici da prescrivere</b>	<p>Una lista che comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ antibiotici autorizzati alla prescrizione</li> <li>▪ antibiotici che non possono essere usati</li> <li>▪ antibiotici che non possono essere utilizzati per una terapia empirica in alcun caso</li> </ul> <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>
<b>Comitato antibiotici</b>	<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>
<b>Linee guide scritte per un uso appropriato degli antibiotici</b>	<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>
<b>Consumo annuale di antibiotici</b>	<p>Un report sulla quantità di antibiotici prescritti/ricevuti durante l'anno passato, per classe di antibiotici</p>
<b>Profili di antibiotico resistenza</b>	<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>
<b>Prontuario terapeutico</b>	<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>
<b>Strisce reattive urinarie (dipstick test)</b>	<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?

Variabile	Descrizione/definizione
<b>Chi ha raccolto i dati?</b>	<p>Si raccomanda che a compilarlo sia il responsabile di turno presso la struttura. Se questa persona non è in grado di rispondere ad alcune delle domande o individuare le informazioni pertinenti, dovrebbe richiedere l'assistenza di persone che sono in grado di rispondere. Questo è particolarmente rilevante per le domande relative ai protocolli e alla prassi per la somministrazione di antibiotici.</p>
<b>Con quale modalità è condotto lo studio nella struttura?</b>	<p>Protocollo light (unit-based) vs. standard (patient-based), vedi sezione 8 di questo protocollo.</p>

## 9.2 Dati reparto

Informazioni richieste: numero di letti totale nel reparto e numero di letti occupati nel reparto.

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. Le strutture che hanno un solo reparto devono completare una sola scheda reparto.

## 9.3 Dati residente

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
<b>Codice residente</b>	Codice unico assegnato al residente dai rilevatori interni
<b>Genere</b>	Genere del residente: femminile/maschile
<b>Anno di nascita</b>	Anno di nascita del residente (aaaa)
<b>Durata della permanenza nella struttura</b>	Il residente ha già vissuto nella struttura per meno di un anno o per un anno o più
<b>Ricovero in ospedale negli ultimi tre mesi</b>	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
<b>Chirurgia nei precedenti 30 giorni</b>	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...
<b>Catetere urinario</b>	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.



<b>Catetere vascolare</b>	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)
<b>Incontinenza fecale e/o urinaria</b>	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.
<b>Lesioni da decubito</b>	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)
<b>Altre ferite</b>	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
<b>Disorientamento nel tempo e/o nello spazio</b>	Residenti che manifestano periodi di confusione e di disorientamento spazio temporale o nel riconoscimento delle persone (decadimento cognitivo)
<b>Mobilità</b>	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
<b>Nome dell'antibiotico</b>	Nome generico o commerciale dell'antibiotico. Nel software, inserire se possibile l'antibiotico abbinato al codice AT5.
<b>Via di somministrazione</b>	Via di somministrazione dell'antibiotico; orale, parenterale (intravenoso IV), intramuscolare (IM) o sottocutanea (SC) o altra (rettale, inalatoria etc.)
<b>Data di fine o di revisione della terapia antibiotica</b>	Nella documentazione assistenziale (medica e/o infermieristica) vi è una chiara indicazione sulla data di fine trattamento o di revisione post-prescrittiva dell'antibiotico
<b>Tipo di trattamento</b>	Indicazioni all'uso dell'antibiotico.
<b>Profilassi</b>	Antibiotico prescritto per prevenire un'infezione. Il residente non presentava segni/sintomi di un'infezione quando l'antibiotico è stato prescritto.
<b>Terapia</b>	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).
<b>Antibiotico somministrato per</b>	Diagnosi in base al sito anatomico.
<b>Luogo di prescrizione</b>	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+B**

#### **A.** Segni/sintomi di infezione:

Sono presenti nel giorno della rilevazione **E** sono di nuova insorgenza o di recente peggioramento<sup>a</sup>

**OPPURE**

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

*Nota a: Sintomi cronici, come tosse cronica 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*



#### **B.** I sintomi sono comparsi:

più di 48 ore dopo l'ingresso (o la riammissione) nell'attuale LTCF

**OPPURE**

entro 48 ore dall'ingresso (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)

**OPPURE**

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

**OPPURE**

Il residente ha un'infezione del sito chirurgico insorta da meno di 30 giorni da un intervento chirurgico

**OPPURE**

è presente un'infezione da Clostridium difficile insorta entro 28 giorni dalla dimissione da una struttura sanitaria (ad

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

Variabile	Descrizione/definizione
<b>Codice infezione</b>	Vedere Appendice 1 e indicazioni seguenti questa tabella.
<b>Se "OTHER infection" specificare</b>	Se codice infezione "OTHER infection" si prega di fornire più informazioni sul tipo di infezione
<b>Infezione presente all'ammissione</b>	Si= segni/sintomi dell'infezione erano presenti all'ammissione o alla ri-ammissione nella LTCF
<b>Data di insorgenza</b>	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.
<b>Origine dell'infezione</b>	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 **HAI in fase attiva** presenti nel giorno della rilevazione devono essere riportate. Una infezione HAI 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'esaustiva 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 inoltre distinta in: “probabile” e “confermata”.

INFEZIONE	LIVELLO	CODICE INFEZIONE
<b>Infezioni del Tratto Urinario (UTIs)</b>	Confermato / Probabile / Importato	UTI-C / UTI-P / UTI-I
<b>Infezioni del Tratto Respiratorio (RTIs)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sindrome da raffreddamento/faringite</li> <li>• Sindrome influenzale (ILI: Influenza-Like-illness)</li> <li>• Polmonite</li> <li>• Altre infezioni basse vie respiratorie RTI</li> </ul>	Confermato / Importato Confermato / Importato Confermato / Importato Confermato / Importato	COLD-C / COLD-I FLU-C / FLU-I PNEU-C / PNEU-I LRTI-C / LRTI-I
<b>COVID-19</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asintomatico</li> <li>• Lieve / moderato</li> <li>• Acuto / Grave</li> </ul>	Confermato / Importato Confermato / Importato Confermato / Importato	COV-ASY-C / COV-ASY-I COV-MM-C / COV-MM-I COVSVR-C / COV-SVR-I
<b>Infezioni del Sito Chirurgico (SSI)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incisione Superficiale</li> <li>• Incisione Profonda</li> <li>• Organo/spazio</li> </ul>	Confermato / Importato Confermato / Importato Confermato / Importato	SSSI-C / SSSI-I DSSI-C / DSSI-I OSSI-C / OSSI-I
<b>Infezioni della cute</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cellulite / Tessuti molli / infezione ferite</li> <li>• Scabbia</li> <li>• Herpes Simplex o Herpes Zoster</li> <li>• Infezione Fungina</li> </ul>	Confermato / Importato Confermato / Importato Confermato / Importato Confermato / Importato	SKIN-C / SKIN-I SCAB-C / SCAB-I HERP-C / HERP-I FUNG-C / FUNG-I
<b>Infezioni del Tratto Gastrointestinale</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gastroenteriti</li> <li>• Infezioni da <i>Clostridium difficile</i></li> </ul>	Confermato / Importato Confermato / Importato	GE-C / GE-I CDI-C / CDI-I
<b>Infezioni di Occhi, Orecchio, Naso, Bocca</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Congiuntiviti</li> <li>• Otiti</li> <li>• Sinusiti</li> <li>• Infezioni orali o candidiasi</li> </ul>	Confermato / Importato Confermato / Importato Confermato / Importato Confermato / Importato	CONJ-C / CONJ-I EAR-C / EAR-I SINU-C / SINU-I ORAL-C / ORAL-I
<b>Infezioni ematiche</b>	Confermato / Importato	BSI-C / BSI-I
<b>FUO</b>	Confermato / Importato	FUO-C / FUO-I
<b>Altre infezioni</b>		OTHER

### 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 <sup>3</sup> o 2) shift a sinistra della formula leucocitaria (>6% o >1500 elementi/mm <sup>3</sup> )
§ 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.
<b>Infezioni del tratto urinario</b>	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
<b>Infezioni tratto respiratorio</b>	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
Espectorato	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
<b>Infezioni del sito chirurgico (SSI)</b>	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.
<b>Infezioni della cute</b>	
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.
<b>Infezioni gastro-intestinali</b>	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 pseduo-membranosa	Una delle forme di diarrea associata agli antibiotici (spesso causata da C. difficile) caratterizzata da crampi addominali, feci sanguinolente, diarrea e febbre
<b>Infezioni oculari</b>	
Eritema congiuntivale	Arrossamento della congiuntiva

**Note per la segnalazione dei casi di COVID-19**

In questo studio, la definizione di caso di COVID-19 è basata sulla positività di un test di laboratorio su un campione appropriato. Contrariamente a quanto indicato per le altre infezioni, i casi di COVID-19 dovrebbero essere segnalati anche se asintomatici.

Nel caso di un residente positivo e sintomatico per COVID-19 si richiede la segnalazione aggiuntiva delle manifestazioni cliniche in accordo con le altre definizioni di caso inserite nello studio. Nel caso di sovrainfezione, si raccomanda di segnalare il microorganismo associato come VIRCOV.

Ad esempio:

Il paziente ha un test di laboratorio positivo per COVID-19 (tampone antigenico o molecolare o qualsiasi altro campione adeguato).

E

Il paziente sviluppa segni e sintomi compatibili con Polmonite, confermata in base ai criteri diagnostici.

Il caso dovrebbe essere riportato in due differenti questionari, come segue:

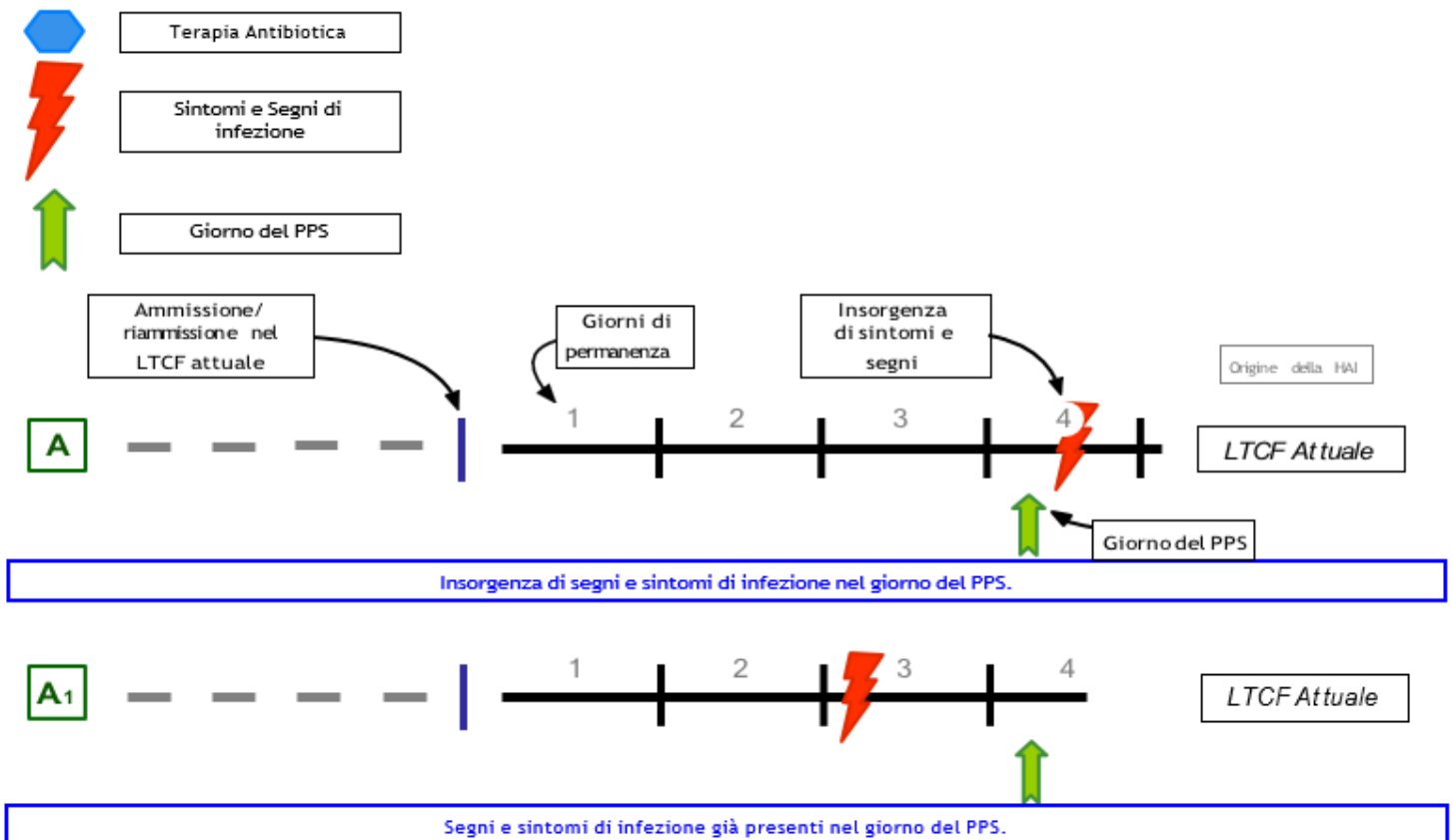
- (a) Un questionario per COVID-19, in cui viene segnalata l'infezione come COV-MM-C o COV-SVR-C (in base alla necessità o meno di ossigenoterapia o in base ai livelli di saturazione di ossigeno, vedere definizione);
- (b) Un questionario per la Polmonite, segnalata come PNEU, indicando VIRCOV nel campo microorganismo, in aggiunta ad eventuali altri microorganismi.

## Identificare l'origine dell'infezione

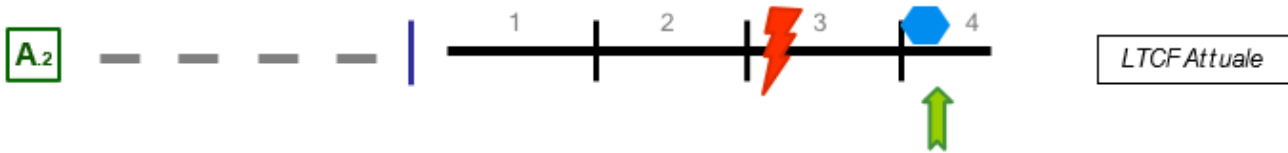
I seguenti diagrammi sono stati elaborati per facilitare la collocazione dei RESIDENTI con una HAI attiva in una delle quattro categorie di "origine dell'infezione".

### Note:

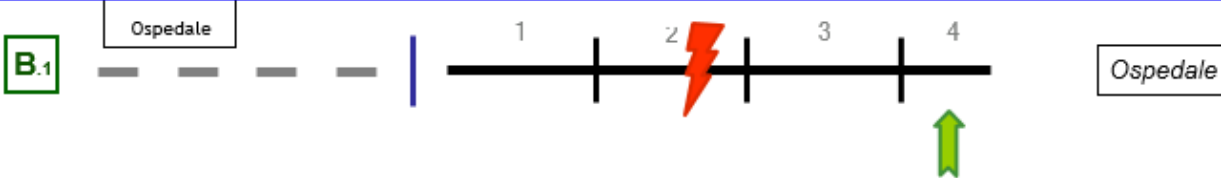
- Una HAI è associata con l'attuale struttura se l'infezione è cominciata in terza giornata o più dopo l'ingresso o la riammissione (considerare il giorno dell'ingresso come giorno 1) nell'attuale LTCF.
- In accordo con la definizione di HAI attiva, le infezioni cominciate in prima o seconda giornata 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.



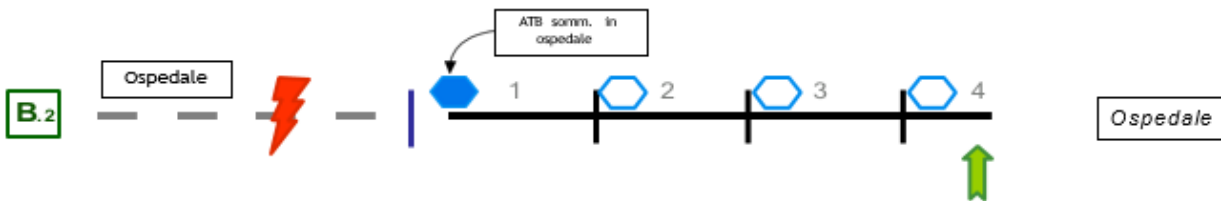




Segni e sintomi di infezione non più presenti nel giorno del PPS ma il residente è ancora sotto terapia antibiotica per quella infezione.



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



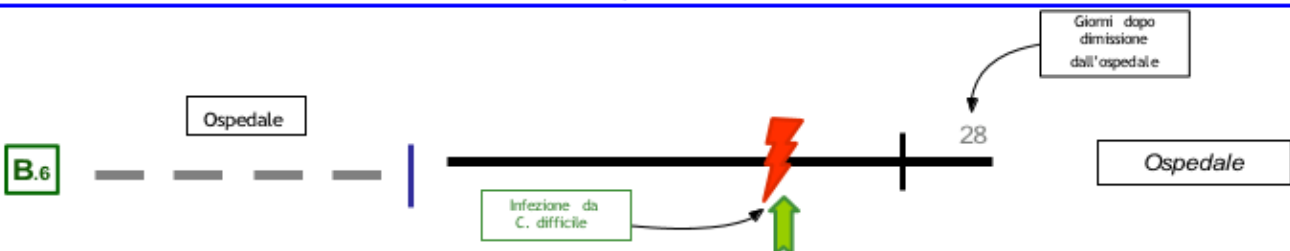
L'insorgenza di segni e sintomi è avvenuta entro due giorni dalla (ri)ammissione in LTCF di un paziente proveniente da una struttura ospedaliera.



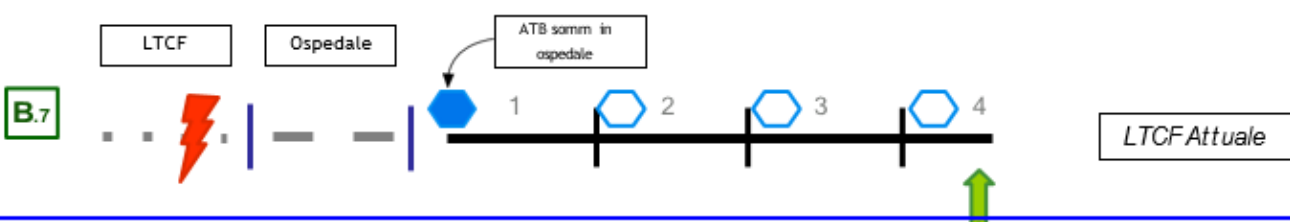
L'insorgenza di segni e sintomi è avvenuta in ospedale prima della dimissione ma al momento della (ri)ammissione in LTCF l'infezione si è già risolta e non vi è una terapia antibiotica relativa in corso.



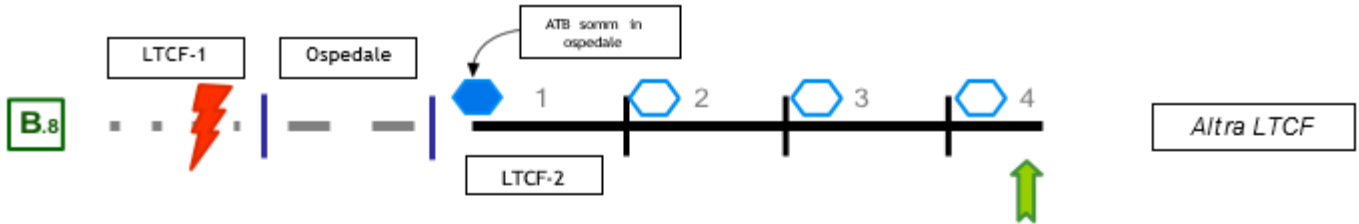
L'insorgenza di segni e sintomi di infezione del sito chirurgico è avvenuta entro 30 gg da un atto chirurgico in cui *NON* è stata impiantata alcuna protesi.



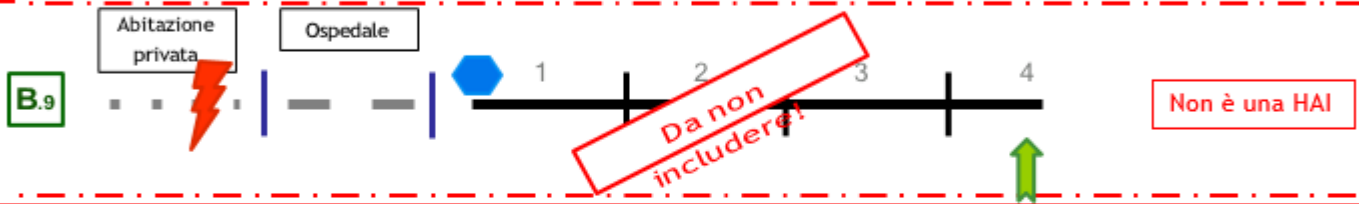
In caso l'insorgenza di segni e sintomi di infezione di *Clostridium difficile* si verifichi entro 28 dalla (ri)ammissione in LTCF dopo ospedalizzazione, l'infezione è da considerarsi associata alla permanenza in ospedale.



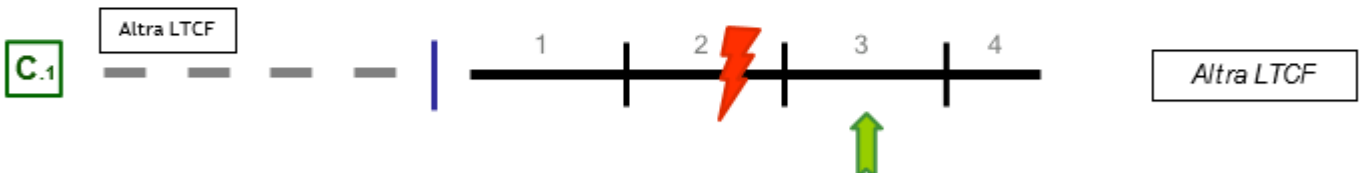
L'insorgenza di segni e sintomi è avvenuta nella LTCF attuale prima di un ricovero in ospedale ma il residente è ancora sotto trattamento antibiotico al ritorno in LTCF e fino al giorno del PPS.



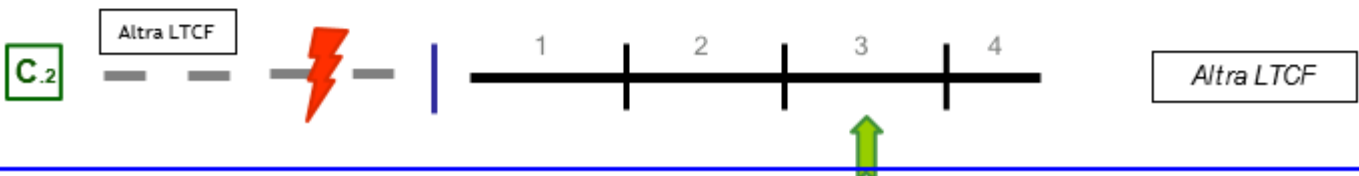
L'insorgenza di segni e sintomi è avvenuta in un'altra LTCF prima di un ricovero in ospedale ma il residente è ancora sotto trattamento antibiotico al ricovero nella LTCF attuale e fino al giorno del PPS.



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



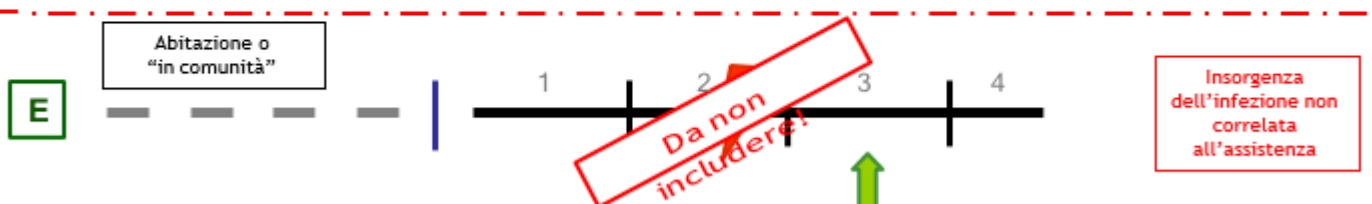
L'insorgenza di segni e sintomi è avvenuta entro 48 h dopo il trasferimento da altra LTCF alla LTCF attuale.



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:

<b>EXAMINATION NOT DONE _NOEXA</b>	ESAME NON ESEGUITO	Nessun campione diagnostico raccolto, nessuna analisi microbiologica svolta
<b>RESULTS NOT AVAILABLE _NA</b>	RISULTATO NON DISPONIBILE	I risultati dell'analisi microbiologica non sono (al momento) disponibili o rintracciabili
<b>MICROORGANISM NOT IDENTIFIED _NONID</b>	MICROORGANISMO NON IDENTIFICATO	Risulta eseguita una analisi microbiologica (documentazione e risultati disponibili), ma il microrganismo non può essere correttamente classificato
<b>STERILE EXAMINATION _STERI</b>	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			
<b><i>Staphylococcus aureus</i></b> (STAAUR)	Oxacillina (OXA)	Sensibile (S)	–	Resistente(R)	Non noto (U)
	Glicopeptide (GLY)	Sensibile (S)	Intermedio (I)	Resistente(R)	Non noto (U)
<b><i>Enterococcus species</i></b> (ENC***)	Glicopeptide(GLY)	Sensibile (S)	Intermedio (I)	Resistente(R)	Non noto (U)
<b>Enterobacteriaceae<sup>1</sup></b> , 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)
<b><i>Pseudomonas aeruginosa</i></b> (PSEAER)	Carbapenemi (CAR)	Sensibile (S)	Intermedio (I)	Resistente(R)	Non noto(U)
<b><i>Acinetobacter baumannii</i></b> (ACIBAU)	Carbapenemi (CAR)	Sensibile (S)	Intermedio (I)	Resistente(R)	Non noto(U)

*Non 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.*

## Variabili COVID-19

Queste variabili sono da raccogliere per ogni residente all'inizio dello studio. Potrebbero essere richiesti aggiornamenti a seconda del Piano Vaccinale Nazionale.


Variabile	Descrizione
<b>Storia dell'infezione</b>	
<b>Precedente episodio di COVID-19</b>	Segnalare se il Paziente ha avuto una diagnosi confermata di COVID-19 nei mesi precedenti lo studio.
<b>Data del precedente episodio di COVID-19</b>	Segnalare mese e anno dell'inizio dell'ultimo episodio di COVID-19 diagnosticato al Paziente.
<b>Gravità di malattia del precedente episodio di COVID-19</b>	Segnalare la gravità di malattia (nel momento culmine): asintomatico, sintomatico: lieve-moderato (segni e/o sintomi compatibili con COVID-19 senza necessità di ossigenoterapia e saturazione di ossigeno $\geq 92\%$ o sconosciuta), sintomatico: grave (il Paziente ha avuto bisogno di ossigenoterapia per dispnea dovuta a COVID-19 e/o la saturazione di ossigeno era $< 92\%$ ), non nota.
<b>Più di un episodio di COVID-19</b>	Segnalare se il paziente ha avuto più di un episodio confermato di COVID-19 prima dell'ultimo segnalato.
<b>Vaccinazione</b>	
<b>Vaccinazione offerta</b>	Segnalare se la vaccinazione anti COVID-19 è stata offerta al Paziente.
<b>Controindicazioni alla vaccinazione</b>	Se il paziente non è stato vaccinato, segnalare se era presente qualche controindicazione alla vaccinazione (es. allergia a componenti del vaccino) o se il paziente (o il suo care-giver) ha rifiutato la vaccinazione.
<b>Prima dose di vaccinazione</b>	Segnalare se il paziente ha ricevuto una prima dose di vaccinazione.
<b>Data della prima dose</b>	Segnalare la data di somministrazione della prima dose.
<b>Nome commerciale del vaccino alla prima dose</b>	Segnalare il nome commerciale del vaccino somministrato al paziente alla prima dose.
<b>Metodo di accertamento dello stato vaccinale</b>	Metodo di accertamento (come è stato verificato lo stato vaccinale: non documentato; auto-dichiarazione; tessera vaccinale; registro vaccinale; altro).
<b>Seconda dose di vaccino anti COVID-19</b>	Segnalare se il paziente ha ricevuto una seconda dose di vaccino per COVID-19. Se no, segnalare la motivazione della mancata rivaccinazione (es., il vaccino somministrato in prima dose era un vaccino a dose singola, oppure il paziente ha avuto un episodio di COVID-19 nei 6 mesi successivi la prima dose di vaccinazione, oppure il paziente (per una qualsiasi ragione) non ha ricevuto la seconda dose di vaccinazione nonostante fosse richiesta dal piano vaccinale.
<b>Data della seconda dose</b>	Segnalare la data della seconda dose di vaccinazione
<b>Nome commerciale del vaccino alla seconda dose</b>	Segnalare il nome commerciale del vaccino somministrato al paziente alla seconda dose.
<b>Metodo di accertamento dello stato vaccinale</b>	Metodo di accertamento (come è stato verificato lo stato vaccinale: non documentato; auto-dichiarazione; tessera vaccinale; registro vaccinale; altro).

<b>Terza dose di vaccino anti COVID-19</b>	Segnalare se il paziente ha ricevuto una terza dose di vaccino per COVID-19. Se no, segnalare la motivazione della mancata rivaccinazione
<b>Data della terza dose</b>	Segnalare la data della terza dose di vaccinazione
<b>Nome commerciale del vaccino alla terza dose</b>	Segnalare il nome commerciale del vaccino somministrato al paziente alla terza dose.
<b>Metodo di accertamento dello stato vaccinale</b>	Metodo di accertamento (come è stato verificato lo stato vaccinale: non documentato; auto-dichiarazione; tessera vaccinale; registro vaccinale; altro).
<b>Quarta dose di vaccino anti COVID-19</b>	Segnalare se il paziente ha ricevuto una quarta dose di vaccino per COVID-19. Se no, segnalare la motivazione della mancata rivaccinazione
<b>Data della quarta dose</b>	Segnalare la data della quarta dose di vaccinazione
<b>Nome commerciale del vaccino alla quarta dose</b>	Segnalare il nome commerciale del vaccino somministrato al paziente alla quarta dose.
<b>Metodo di accertamento dello stato vaccinale</b>	Metodo di accertamento (come è stato verificato lo stato vaccinale: non documentato; auto-dichiarazione; tessera vaccinale; registro vaccinale; altro).

## 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](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. Studio di prevalenza europeo sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'utilizzo di antibiotici nelle strutture di assistenza socio-sanitaria extraospedaliera. Dipartimento Scienze della Salute Pubblica e Pediatriche, Università di Torino. 2018.
5. Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020. Ministero della Salute, 2017.
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/](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.

## Appendice 1. Definizioni di casi di infezioni

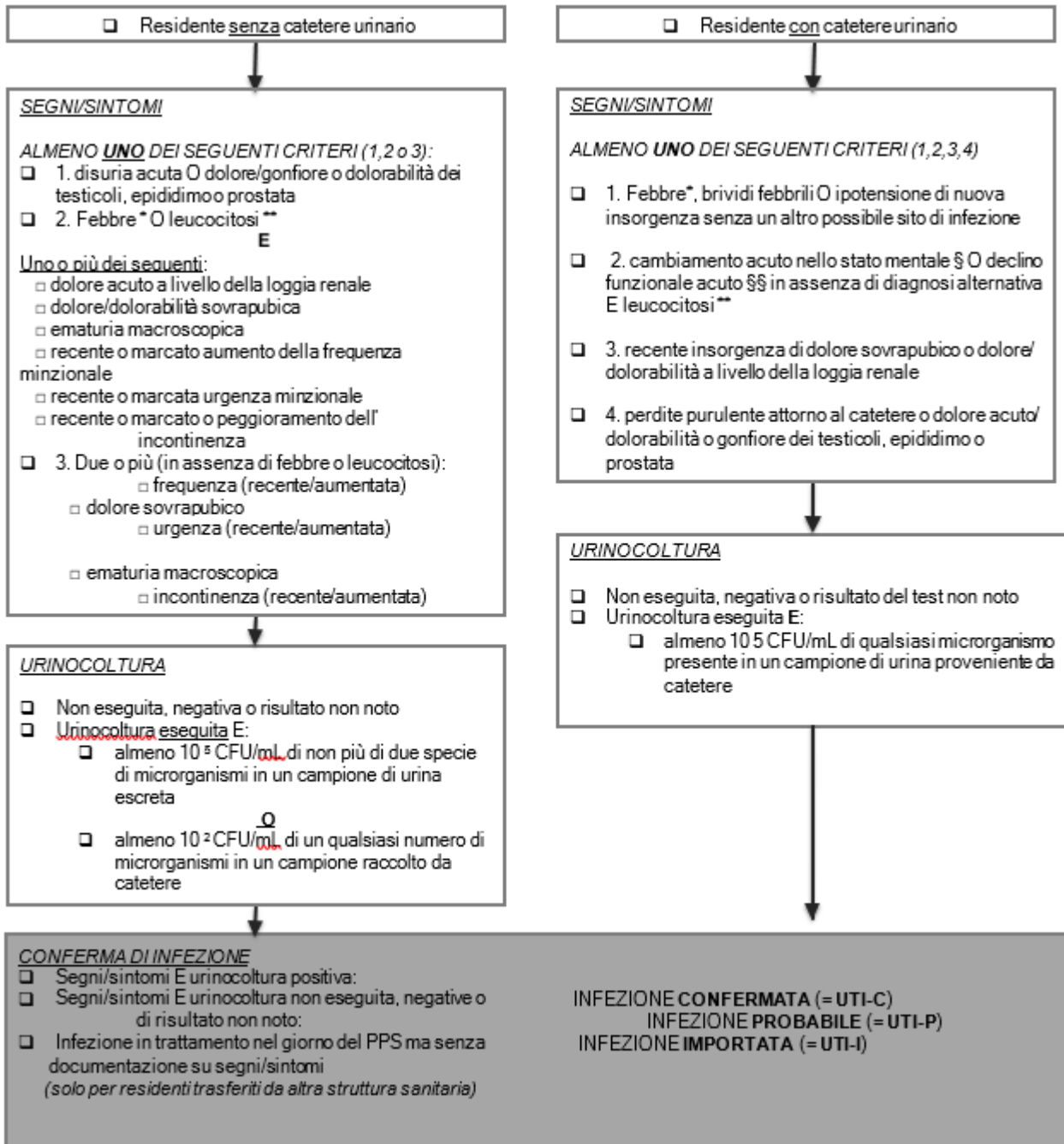
 <p><b>Infezioni correlate all'assistenza e uso di antibiotici in strutture di assistenza socio-sanitaria extraospedaliera</b></p> <p><b>DEFINIZIONI DI CASI DI INFEZIONI</b></p>
--

**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 **DUE** 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

- Degenti **con** RX torace POSITIVO per polmonite o per nuovo infiltrato

- Degenti **senza** RX torace POSITIVO per polmonite o per nuovo infiltrato **O** Rx torace

### SEGNI/SINTOMI

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

- Almeno **uno** tra i seguenti segni o sintomi:
  - Tosse di nuova insorgenza o aumentata intensità
  - Produzione di espettorato di nuova o aumentata intensità
  - SatO<sub>2</sub> < 94% o ridotta di > 3% rispetto alla condizione basale
  - Esame obiettivo polmonare anormale (di nuova insorgenza/variazione)
  - Dolore toracico di tipo pleurítico
  - Frequenza respiratoria ≥ 25 atti/min

E

- Uno o più segni/sintomi costituzionali (febbre, leucocitosi, confusione mentale, declino funzionale acuto; per le definizioni guardare all'inizio dell'appendice 1)

### SEGNI/SINTOMI

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

- Almeno **due** tra i seguenti segni/sintomi:
  - Tosse di nuova insorgenza o aumentata intensità
  - Produzione di espettorato di nuova o aumentata intensità
  - SatO<sub>2</sub> < 94% o ridotta di > 3% rispetto alla condizione basale
  - Esame obiettivo polmonare anormale (di nuova insorgenza/variazione)
  - Dolore toracico di tipo pleurítico
  - Frequenza respiratoria ≥ 25 atti/min

E

- Uno o più segni/sintomi costituzionali (febbre, leucocitosi, confusione mentale, declino funzionale acuto; per le definizioni guardare all'inizio dell'appendice 1)

Assenza di altre condizioni quali insufficienza cardiaca cronica che possano essere responsabili del corredo sintomatologico

### CONFERMA DI INFEZIONE:

- Sono presenti segni/sintomi E RX torace positivo:  
**INFEZIONE POLMONARE CONFERMATA** (= PNEU-C)
- Infezione in trattamento nel giorno del PPS, ma non presente documentazione di segni/sintomi (solo se da ospedale o altro LTCF):  
**INFEZIONE POLMONARE IMPORTATA** (= PNEU-I)

### CONFERMA DI INFEZIONE:

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

## 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 all'inizio dell'appendice 1)

### 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 laboratoristicamente

#### CONFERMA DI INFEZIONE:

- Tutti i criteri di infezione sono soddisfatti:  
*INFEZIONE CONFERMATATA*.....(= *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 CONFERMATATA*.....(= *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 CONFERMATATA*.....(= *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:  
*INFECTION CONFERMATATA*.....(= *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 asepticamente 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 asepticamente, 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 = DSSI-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 = DSSI-I)

#### CONFERMA DI INFEZIONE:

Tutti i criteri di infezione soddisfatti: **INFEZIONE CONFERMATA**  
 Incisione superficiale = OSSI-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 = OSSI-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 entrambi 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**  
*(solose 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**  
*(solose 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 (= GE-I)**  
*(solo se da ospedali o altre LTCF)*

### 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 (= CDI-I)**  
*(solo se da ospedali o altre LTCF)*

## 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 pagg 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 (= FUO-I)**  
*(~~soloss~~ da ospedali o altre LTCF)*

### 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 (= BSI-I)**  
*(solo se da ospedali o altre LTCF)*

## OTHER INFECTION(S)

*Specificare (= ALTRO)*

## COVID-19

Nella cartella clinica del Paziente deve essere presente la documentazione relativa a qualsiasi test di laboratorio per COVID-19 (esito di tampone rinofaringeo antigenico o molecolare con ricerca di RNA virale o qualsiasi altro campione clinico appropriato), o secondo la definizione di infezione nazionale in vigore al momento del follow-up. L'infezione deve essere segnalata anche se non c'è evidenza di segni o sintomi clinici.



Asintomatico (nessun segno o sintomo di infezione né stato di alterazione)  
 Lieve/Moderato (qualsiasi segno o sintomo compatibile con COVID-19\*, senza necessità di ossigenoterapia e Saturazione di Ossigeno  $\geq 92\%$ )  
 Grave (segni o sintomi compatibili con COVID-19 con necessità di ossigenoterapia per dispnea dovuta a COVID-19 e/o Saturazione di Ossigeno  $<92\%$ )



### CONFERMA DI INFEZIONE

Criteri diagnostici pienamente soddisfatti:	<b>Infezione CONFERMATA –Asintomatica</b>	<b>(= COV-ASY)</b>
Criteri diagnostici pienamente soddisfatti:	<b>Infezione CONFERMATA – Lieve/Moderata</b>	<b>(=COV-MM)^</b>
Criteri diagnostici pienamente soddisfatti:	<b>Infezione CONFERMATA – Grave</b>	<b>(COV-SVR)^</b>

<sup>^</sup> segnalare il sito dell'infezione secondo le definizioni HALT



### IMPORTANTE PER LA SEGNALAZIONE DI COVID-19

In caso di infezione sintomatica, applicare la definizione di caso in base al sito e, in caso di conferma, segnalare come infezione separata indicando come microorganismo VIRCOV

#### \*Segni e sintomi compatibili con COVID-19:

Febbre, tosse, astenia, dispnea, anoressia, mialgie, anosmia, ageusia. Sono stati riportati altri sintomi aspecifici come mal di gola, congestione nasale, cefalea, diarrea, nausea e vomito.

Le manifestazioni neurologiche aggiuntive segnalate sono: confusione, agitazione, debolezza, convulsioni o segni suggestivi di ictus, ad esempio, difficoltà a parlare, visione offuscata, problemi di equilibrio.

I pazienti anziani o immunodepressi potrebbero presentare segni aspecifici come astenia, ridotta lucidità, ridotta mobilità, diarrea, perdita di appetito, confusione e assenza di febbre.

Fonte: WHO. COVID-19 Clinical Management. Living Guidance. 25 January 2021. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2021-1>



## 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:

<b>_NOEXA</b>	ESAME NON ESEGUITO	Nessun campione diagnostico raccolto, nessuna analisi microbiologica svolta
<b>_NA</b>	RISULTATO NON DISPONIBILE	I risultati dell'analisi microbiologica non sono (al momento) disponibili o rintracciabili
<b>_NONID</b>	MICROORGANISMO NON IDENTIFICATO	Risulta eseguita una analisi microbiologica (documentazione e risultati disponibili), ma il microrganismo non può essere correttamente classificato
<b>_STERI</b>	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 <sup>2</sup>	Resistenza antibiotica			
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 <sup>1</sup> , 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)

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

<sup>2</sup> 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)	1. A	ESCCOL	STAAUR	_NOEXA	_____
	B	C3G S CAR U	OXA S GLY S	____ _ ____ _	____ _ ____ _
B. ANTIBIOTICI TESTATI E RESISTENZE  SOLO PER STAAUR, ENC***, ACIBAU, PSEAER O ENTEROBACTERIACEAE (CIT***, ENB***, ESCCOL, KLE***, MOGSPP, PRT***, SER***)	2. A	ENCFAE	STRHCG	_____	_____
	B	ENCFAE	____ _ ____ _	____ _ ____ _	____ _ ____ _
	3. A	_____	PSEAER	_____	_____
	B	____ _ ____ _	CAR U ____ _	____ _ ____ _	____ _ ____ _

CODICE	NOME DEL MICROORGANISMO
- 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 -	
CAMSPP	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
LEGSPS	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
MYPSPP	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)
VIRCOV	SARS-CORONAVIRUS-2
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	ROTAVIRUS
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