



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

Scheda raccolta dati

Studio pilota 2022

Versione 1.01

Form per il caricamento dei dati (MEDCap)

Nota: 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.**

Dati di struttura

A – INFORMAZIONI GENERALI

DATA DELLA RILEVAZIONE: 202 (gg mm aaaa)

CODICE IDENTIFICATIVO DELLA STRUTTURA:
(assegnato dal coordinamento nazionale)

NATURA GIURIDICA DELLA STRUTTURA: Pubblica Privata For profit Privata Non for profit

ASSISTENZA INFERMIERISTICA PROFESSIONALE ABILITATA DISPONIBILE 24/24H IN STRUTTURA: Sì No

NELLA STRUTTURA:

Numero totale di CAMERE CON LETTI Camere

Di cui numero totale di CAMERE SINGOLE Camere singole

Di cui numero totale di CAMERE SINGOLE CON SERVIZIO IGIENICO
PROPRIO Camere con bagno proprio

DEFINIZIONE STRUTTURA

TIPO DI STRUTTURA (vedi protocollo sezione 9.1):

- General Nursing Home
- Residential Home
- LTCF Psichiatrica
- LTCF per disabili mentali
- LTCF per disabili fisici
- Centro di riabilitazione
- Struttura di assistenza palliative
- Sanatorio
- LTCF miste
- Altre LTCF

TIPO DI ASSISTENZA GARANTITA (vedi protocollo sezione 9.1):

- Assistenza neuro-cognitiva
- Assistenza fisica
- Assistenza psichiatrica
- Riabilitazione fisico-motoria
- Assistenza alla convalescenza
- Cure intensive
- Alcune delle precedenti
- Tutte

NULCLEI STRUTTURA (vedi protocollo sezione 9.1):

Nuclei struttura* (Inserire il numero corrispondente alla richiesta)

| Posti letto TOTALI | Posti letto RSA | Di cui con assistenza infermieristica 24/24h | Di cui con assistenza infermieristica NON 24/24h | Posti letto N.A.T. | Posti letto N.A.C. | Posti letto N.S.V. |
|-----------------------|--------------------|---|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | | | | | | |

Solo per strutture con dimissioni protette e continuità assistenziale:
Posti letto CAVS (incluse DP):

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

PERMANENZA MEDIA DEI RESIDENTI:

- Temporanea breve (<3mesi)
- Temporanea media (3-12mes)
- Temporanea lunga (>12 mesi)
- Permanente definitive
- Altro

B- DATI AL DENOMINATORE**NELLA STRUTTURA, IL GIORNO DELLA RILEVAZIONE, NUMERO TOTALE DI:**LETTI NELLA STRUTTURA *(sia letti occupati che non occupati)* LETTI OCCUPATI **C- CURE MEDICHE E COORDINAMENTO**

1. Le cure mediche, inclusa la prescrizione antibiotica, erogate dalla struttura sono fornite:

- Solo dal medico di medicina generale (MMG) o dal/dagli studio/i medico/i associato/i
- Solamente dallo staff medico assunto dalla struttura
- Sia dal medico/i di medicina generale (MMG)/studio/i medico/i associato/i, sia da medici assunti dalla struttura

2. Le attività nella struttura sono coordinate da un coordinatore medico?

- No, non c'è un coordinamento nelle attività mediche, né interno né esterno
- Sì, c'è un medico che dall'interno della struttura coordina le attività mediche
- Sì, c'è un medico che dall'esterno della struttura coordina le attività mediche
- Sì, ci sono sia un medico all'interno sia uno all'esterno della struttura che coordinano le attività mediche

3. Qualcuno tra le persone elencate di seguito può consultare le cartelle cliniche di tutti i residenti della struttura?

Il medico/i che ha il compito del coordinamento medico nella struttura? Sì NoIl personale infermieristico Sì No

D- PRATICA DI CONTROLLO DELLE INFEZIONI

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

- Sì No

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

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

Questa/e persona/e:

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

3. Nella struttura sono attivati/presenti (sono possibili più risposte):

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

- Formazione del personale infermieristico e paramedico in controllo e prevenzione delle infezioni
 Formazione specifica in prevenzione e controllo delle infezioni ai medici di medicina generale e personale medico
 Offerta di una vaccinazione annuale contro l'influenza a tutti i residenti
 Nessuna delle precedenti

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

- Sì No

5. Quanti incontri della commissione di controllo infezioni sono stati organizzati nell'anno precedente per la struttura in esame?

Numero totale di incontri lo scorso anno? incontri anno precedente

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

- Sì No

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

- | | |
|--|---|
| 1. La gestione di MRSA e/o altri microrganismi multiresistenti | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 2. L'igiene delle mani | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 3. La gestione dei cateteri urinari | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 4. La gestione dei cateteri venosi centrali e periferici | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 5. La gestione della nutrizione enterale | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 6. È previsto lo sviluppo di protocolli di assistenza? | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 7. È prevista la Supervisione della disinfezione e sterilizzazione del materiale medico di cura? | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |

8. Nella struttura è presente un programma di sorveglianza delle infezioni associate all'assistenza sanitaria?

1. Feedback sui risultati della sorveglianza al personale medico/infermieristico della struttura

- Sì No

2. Report annuale/epilogativo del numero di infezioni del tratto urinario, infezioni del tratto respiratorio, ecc...)

- Sì No

3. Sistemi di alert e registrazione di residenti con infezione/colonizzazione da parte di microrganismi multiresistenti

- Sì No

4. Nomina di una responsabile nel notificare e gestire epidemie

- Sì No

5. Organizzazione, controllo e feedback regolari dei processi di sorveglianza/ di audit sulle procedure e sulle prassi in tema di infezioni

- Sì No

6. Misure di isolamento ed ulteriori precauzioni per i residenti colonizzati da microrganismi resistenti

- Sì No

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

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

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

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

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

Consumo totale annuo in litri litri lo scorso anno

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

Sì No

13. Nella Struttura, è prevista l'organizzazione, controllo e riscontro all'igiene delle mani nella struttura in modo regolare?

Sì No

14. È stato effettuato uno studio sul n° di opportunità di igiene delle mani nella vostra struttura? Se sì, quante sono risultate le opportunità di igiene delle mani attese? ATTENZIONE: se non è stato effettuato, non indicare alcun numero. (NON mettere 0!).

Numero di occasioni osservate dello scorso anno

E- PRASSI E PROTOCOLLI SULL'UTILIZZO DI ANTIBIOTICI

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

Sì No

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

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

Esiste un sistema che richiede l'autorizzazione di una o più persone designate per la prescrizione di antibiotici soggetti a restrizione, non inclusi nel formulario locale? Sì No

3. Quali dei seguenti elementi sono presenti nella struttura?

- Un comitato antibiotici
 - Un corso di formazione annuale regolare sulla prescrizione appropriata di antibiotici
 - Un sistema per ricordare agli operatori sanitari l'importanza dell'accertamento microbiologico nella scelta dell'antibiotico più adatto
 - Disponibilità di dati sul consumo di antibiotici annuo per classe
 - Report regionali sui profili di antibiotico resistenza consultabili nella LTCF o negli ambulatori del medico generale
 - Un prontuario terapeutico, comprendente una lista di tutti gli antibiotici
 - Consulenza da parte di un farmacista per gli antibiotici non inclusi nel formulario
 - Feedback al medico di medicina generale (MMG) locale sul consumo di antibiotici nella struttura
 - Nessuno delle precedenti

4. Nella struttura, sono disponibili Linee guida scritte per l'uso appropriato di antibiotici? Sì No

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

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

5. Nella vostra struttura si esegue il dipstick test delle urine per il rilevamento di infezioni del tratto urinario?
- Di routine A volte Mai
6. È attivo, nella struttura, un programma di sorveglianza e di feedback del consumo di antibiotici?
- Sì No
7. È attivo, nella struttura, un programma di sorveglianza dei microorganismi resistenti (*report di sintesi annuale per MRSA, Clostridium difficile, etc*)?
- Sì No
8. Come vengono forniti gli antibiotici alla vostra struttura? (è possibile **una sola risposta**)
- Vengono forniti da più di una farmacia
- Vengono forniti da una sola farmacia
- Questa struttura non acquista antibiotici direttamente dalle farmacie; gli antibiotici sono acquistati dai residenti (ad esempio, forniti dalla famiglia)
9. Con quanti laboratori microbiologici lavorate? (è possibile **una sola risposta**)
- Con più di un laboratorio microbiologico
- Con un solo laboratorio microbiologico
- Questa struttura non invia campioni microbiologici ad alcun laboratorio; ogni medico di medicina generale può lavorare con un laboratorio microbiologico a sua scelta.

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

1. Chi ha raccolto i dati per lo studio (includere le schede di struttura e dei residenti)?
- Un medico
- Un infermiere
- Un'altra persona
2. Se nessun medico è stato coinvolto nella raccolta dei dati (questionari di struttura e residenti), vi è un medico che li ha verificati?
- Sì No

Dati Reparto

NOME DEL REPARTO:.....

LETTI NEL REPARTO *(sia letti occupati che non occupati)*

LETTI OCCUPATI

SONO PRESENTI POSTI LETTO CAVS e/o DP NEL REPARTO? Sì No

NUMERO POSTI LETTO CAVS e/o DP

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. 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.

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.

| Residenti eleggibili, presenti alle 8:00 e non dimessi al momento della rilevazione con: | N totale |
|--|----------|
| - Età superiore a 85 anni | |
| - Genere maschile | |
| - Residenti ricevuti almeno un antibiotico | |
| - Residenti con almeno un'infezione attiva | |
| - Residenti con catetere urinario | |
| - Residenti con catetere vascolare | |
| - Residenti con lesioni da decubito | |
| - Residenti con altre ferite | |
| - Residenti disorientati nel tempo e/ nello spazio | |
| - Residenti in sedia a rotelle o allettati | |
| - Residenti operati nei 30 giorni precedenti | |
| - Residenti con incontinenza urinaria e/o fecale | |

Dati residente



DATI RESIDENTI A TEMPO PIENO

NOME DEL REPARTO IN CUI RISIEME:

IL RESIDENTE È IN UN LETTO CAVS E/O DP? Sì No

GENERE

Maschile

Femminile

Fascia di età (quinquennale tra 60 e 110 anni)

DURATA DELLA DEGENZA NELLA STRUTTURA

Meno di un anno *Un anno o più*

RICOVERO IN UN OSPEDALE NEGLI ULTIMI 3 MESI

Sì *No*

INTERVENTO CHIRURGICO NEI PRECEDENTI 30 GIORNI

Sì *No*

PRESENZA DI :

CATETERE URINARIO

Sì *No*

CATETERE VASCOLARE

Sì *No*

INCONTINENZA (URINARIA E/O FECALE)

Sì *No*

LESIONI DA DECUBITO

Sì *No*

ALTRE FERITE

Sì *No*

DISORIENTAMENTO (NEL TEMPO E/O NELLO SPAZIO)

Sì *No*

MOBILITÀ

Deambulante *Sedia a rotelle* *Allettato*

Il giorno della rilevazione, il residente:

RICEVE UN ANTIBIOTICO (ad es., per infezione non HAI)

Questo include residenti a cui si sono somministrati:

(i) antibiotici a scopo profilattico O (ii) antibiotici terapeutici

→ **COMPLETARE PARTE A**

INFEZIONE/I HAI PROBABILE/I O CONFERMATA/I

corrispondente alla def. di caso

Residenti con infezione/i HAI E senza terapia antibiotica

→ **COMPLETARE PARTE B**

ENTRAMBI: USO DI ANTIBIOTICI E INFEZIONE/I HAI

Questo include:

(i) Residenti con infezione/i HAI E ricevuti antibiotici il giorno della PPS correlati o meno al sito d'infezione

O (ii) residenti i cui segni/sintomi di infezione sono risolti ma continuano ad assumere antibiotici

→ **COMPLETARE PARTE A&B**

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

| PARTE B: INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA | | | | |
|---|--|--|--|--|
| | INFEZIONE 1 | INFEZIONE 2 | INFEZIONE 3 | INFEZIONE 4 |
| CODICE D'INFEZIONE | | | | |
| SE "OTHER INFECTION" SPECIFICARE | | | | |
| INFEZ. PRESENTE AL MOMENTO DELL'AMMISSIONE | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì |
| DATA DI INSORGENZA (GG/MM/AA) | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ | __/__/__ |
| ORIGINE DELL'INFEZIONE | <input type="checkbox"/> LTCF corrente <input type="checkbox"/> Altro LTCF <input type="checkbox"/> Ospedale <input type="checkbox"/> Sconosciuta | <input type="checkbox"/> LTCF corrente <input type="checkbox"/> Altro LTCF <input type="checkbox"/> Ospedale <input type="checkbox"/> Sconosciuta | <input type="checkbox"/> LTCF corrente <input type="checkbox"/> Altro LTCF <input type="checkbox"/> Ospedale <input type="checkbox"/> Sconosciuta | <input type="checkbox"/> LTCF corrente <input type="checkbox"/> Altro LTCF <input type="checkbox"/> Ospedale <input type="checkbox"/> Sconosciuta |
| A. NOME DEL MICROORGANISMO ISOLATO (USARE LA LISTA DEI CODICI) B. ANTIBIOTICO/I TESTATO/I¹E RESISTENZA SOLO PER STAAUR, ENC***, ACIBAU, PSEAER O ENTEROBACTERIACEAE (CIT***, ENB***, ESCCOL, KLE***, MOGSPP, PRT***, SER***) | 1.A | | | |
| | B | | | |
| | 2.A | | | |
| | B | | | |
| | 3.A | | | |
| B | | | | |

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

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

Scheda struttura – variabili COVID-19

| Precedenti episodi nella Struttura | |
|---|--|
| Numero di infezioni da COVID-19 nel 2020*: | |
| Numero di infezioni da COVID-19 nel 2021*: | |
| Vaccinazione | |
| Numero di residenti con controindicazioni alla vaccinazione per COVID-19 | |
| Numero di residenti con prima dose di vaccinazione: | Vaccino somministrato in prima dose: _____ (fino a quattro risposte possibili) |
| Data dell'inizio della campagna di vaccinazione nella Struttura - prima dose ____/____/____ | |
| Numero di residenti con seconda dose di vaccinazione | Vaccino somministrato in seconda dose: _____ (fino a quattro risposte possibili) |
| Data dell'inizio della campagna di vaccinazione nella Struttura - seconda dose ____/____/____ | |
| Numero di residenti con terza dose di vaccinazione | Vaccino somministrato in terza dose: _____ (fino a quattro risposte possibili) |
| Data dell'inizio della campagna di vaccinazione nella Struttura - terza dose ____/____/____ | |
| Numero di residenti con dose booster | Vaccino somministrato in dose booster: _____ (fino a quattro risposte possibili) |
| Data dell'inizio della campagna di vaccinazione nella Struttura – dose booster ____/____/____ | |

*numero assoluto di infezioni, se un residente ha avuto più di una infezione considerarlo più volte.

Scheda struttura – vaccinazioni

| Vaccinazione antinfluenzale | |
|---|---|
| Vaccinazione offerta annualmente in Struttura | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| Numero di residenti vaccinati nell'anno 2021 | |

| Vaccinazione anti Herpes Zoster (HZV) | |
|---|---|
| Vaccinazione offerta in Struttura | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| Numero di residenti con vaccinazione anti-HZV | |

| Vaccinazione antipneumococco | |
|--|---|
| Vaccinazione offerta in Struttura | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| Numero di residenti con vaccinazione anti-pneumococcica: | |
| - Vaccino polisaccaridico | |
| - Vaccino coniugato | |
| - Entrambi | |
| - Nessuna vaccinazione | |
| - Non noto | |

