



# LA SCHEDA RESIDENTE

Maddalena Grazzini, Alessando Miglietta, Francesca Collini  
Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

*HALT-3: Studio di prevalenza europeo sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'utilizzo di antibiotici nelle strutture di assistenza socio-sanitaria extraospedaliera*

## QUALI STRUMENTI DI RILEVAZIONE?



1. Scheda struttura 1
2. Scheda struttura 2
3. Scheda reparto
- 3.1 Appendice- Algoritmi decisionali infezioni

4. Scheda residente:
  - Parte generale
  - Parte A - Utilizzo antibiotici
  - Parte B - Infezioni correlate all'assistenza
- 4.1 Appendice - Lista microrganismi

## SIGLE UTILIZZATE NEGLI STRUMENTI DI RILEVAZIONE



**HAI:** Infezioni Associate all'Assistenza

**LTCF:** Struttura di assistenza socio-sanitaria extraospedaliera

**PPS:** Studio di Prevalenza Puntuale  
(= giorno della rilevazione)

**Reparto** = Nucleo



# QUANDO COMPILARE LA SCHEDA RESIDENTE?



**4. Scheda residente**

COMPILARE LA SCHEDA RESIDENTE PER CIASCUN SOGGETTO A CUI E' STATA MESSA UNA "X" NELLA COLONNA 7 E/O 8b DELLA SCHEDA REPARTO.

**Parte generale**

NUMERO ASSEGNATO ALLA STRUTTURA (CODICE PRE-ASSEGNATO) .....

CODICE REPARTO (Lettera che avete scelto nella Scheda Reparto) .....

NUMERO ASSEGNATO AL RESIDENTE (colonna 3 della scheda reparto) .....

GENERE  Maschile  Femminile

ANNO DI NASCITA     (AAAA)

DURATA DELLA DEGENZA NELLA STRUTTURA  Meno di un anno  Un anno o più

RICOVERO IN UN OSPEDALE NEGLI ULTIMI 3 MESI  SI  NO

INTERVENTO CHIRURGICO NEI PRECEDENTI 30 GIORNI  SI  NO

PRESENZA DI:

CATERE URBINARIO  SI  NO

CATERE VASCOLARE  SI  NO

INCONTINENZA (URINARIA E/O FICALE)  SI  NO

LESIONI DA DECUBITO  SI  NO

ALTRE FERITE  SI  NO

DISORIENTAMENTO (NEL TEMPO E/O NELLO SPAZIO)  SI  NO

MOBILITÀ  Deambulante  Sedio a rotelle  Allettato

**PROCEDERE QUINDI COME INDICATO NEL SEGUENTE BOX:**

**SE IL GIORNO DEL PPS:**

- il residente sta ricevendo almeno 1 antibiotico (c'è una "X" nella colonna 7 della Scheda reparto) → compilare la "Parte A: utilizzo antibiotici" della Scheda residente.
- il residente ha almeno un'infezione rispondente ai criteri di HAI (c'è una "X" nella colonna 8b della Scheda reparto) → compilare la "Parte B: infezioni correlate all'assistenza" della scheda residente.
- il residente presenta entrambe le suddette condizioni → compilare sia la "Parte A" che la "Parte B" della Scheda residente.



E' una scheda da compilare SOLO per i residenti che stanno **ricevendo almeno un antibiotico E/O hanno almeno una HAI nel giorno del PPS.**

= c'è una "X" nella colonna 7 e/o 8b della Scheda reparto



COMPILARE QUESTA PARTE PER TUTTI I RESIDENTI ELEGGIBILI (residenti segnalati nella colonna 4)  
Segnare con una X la colonna corrispondente se la condizione è presente nel giorno della rilevazione

Generi maschile	Antibiotico	Segni/sintomi di infezione	Codice infezione (vedi algoritmi)	Infezioni che risponde alla definizione di caso di HAI	Catetere urinario	Catetere vascolare	Lesioni da decubito	Altre ferite	Disorientamento nel tempo e/o nello spazio	Sedia a rotelle o allettato
6	7	8a	8a.1	8b	9	10	11a	11b	12	13
	X			X						
	X			X						
	X			X						

## COME E' FATTA LA SCHEDA RESIDENTE?

E' una scheda composta da 3 sezioni:

- Parte generale
- Parte A: Utilizzo antibiotici
- Parte B: Infezioni correlate all'assistenza



# PARTE GENERALE



## Parte generale

NUMERO ASSEGNATO ALLA STRUTTURA (CODICE PRE-ASSEGNATO) .....

CODICE REPARTO (Lettera che avete scelto nella Scheda Reparto.) .....

NUMERO ASSEGNATO AL RESIDENTE (colonna 3 della scheda reparto) .....

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

I RESIDENTI ELEGGIBILI (residenti segnalati nella colonna 4)  
 presente se la condizione è presente nel giorno della rilevazione

Cateteri urinario	Cateteri vascolari	Lesioni da decubito	Altre ferite	Disorientamento nel tempo e/o nello spazio	Sedia a rotelle o allettamento	Operazione chirurgica nei 30 giorni precedenti	Incontinenza fecale e/o urinaria
9	10	11a	11b	12	13	14	15
↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑

Per rispondere ai quesiti da “intervento chirurgico nei 30 giorni precedenti” in poi è sufficiente verificare le “X” che sono state inserite per quel residente nella Scheda reparto

## PARTE A e PARTE B

### **PROCEDERE QUINDI COME INDICATO NEL SEGUENTE BOX:**

#### SE IL GIORNO DEL PPS:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> il residente sta ricevendo almeno 1 antibiotico (c'è una "X" nella colonna 7 della Scheda reparto)                    | → | compilare la "Parte A: utilizzo antibiotici" della Scheda residente.               |
| <input type="checkbox"/> il residente ha almeno un'infezione rispondete ai criteri di HAI (c'è una "X" nella colonna 8b della Scheda reparto ) | → | compilare la "Parte B: infezioni correlate all'assistenza" della scheda residente. |
| <input type="checkbox"/> il residente presenta entrambe le suddette condizioni   | → | compilare sia la "Parte A" che la "Parte B" della Scheda residente.                |

#### **\*UNICA ECCEZIONE:**

Se il residente è trasferito da un'altra struttura sanitaria **E** sta ancora ricevendo un antibiotico per un'infezione che risulta **IMPORTATA** (cioè non si conoscono segni e sintomi con cui si è presentata in passato) per tale infezione occorre **compilare anche la Scheda residente-Parte B** anche se non risponde alla definizione di HAI.

## COME E' FATTA LA SCHEDA RESIDENTE?

E' una scheda composta da 3 sezioni:

- Parte generale
- Parte A: Utilizzo antibiotici
- Parte B: Infezioni correlate all'assistenza



## PARTE A: UTILIZZO ANTIBIOTICI

PARTE A: UTILIZZO ANTIBIOTICI				
	Antibiotico 1	Antibiotico 2	Antibiotico 3	Antibiotico 4
NOME ANTIBIOTICO	.....	.....	.....	.....
VIA DI SOMMINISTRAZIONE	<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
ENTERALE: OR PARENTERALE = IM, IV, SC				
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 A: UTILIZZO ANTIBIOTICI

	Antibiotico 1
NOME ANTIBIOTICO	
VIA DI SOMMINISTRAZIONE <i>ENTERALE: OR</i> <i>PARENTERALE = IM, IV, SC</i>	<input type="checkbox"/> <i>Orale</i> <input type="checkbox"/> <i>Parenterale</i> <input type="checkbox"/> <i>Altro</i>
DATA DI FINE/REVISIONE TRATTAMENTO	<input type="checkbox"/> <i>Sì</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i>
TIPO DI TRATTAMENTO	<input type="checkbox"/> <i>Profilassi</i> <input type="checkbox"/> <i>Terapia</i>

➔ Nome generico o commerciale

➔ Orale  
Parenterale = endovenosa, intramuscolare, sottocutanea  
Altro = inalatoria o rettale

➔ “Sì”, se nella documentazione clinica vi è una chiara indicazione della data di fine del trattamento o di rivalutazione della prescrizione dell’antibiotico

➔ Profilassi = il trattamento è stato prescritto per prevenire un’ infezione  
Terapia = il trattamento è stato prescritto per trattare un’infezione (sia terapia empirica che mirata)



## PARTE A: UTILIZZO ANTIBIOTICI

ANTIBIOTICO SOMMINISTRATO PER	<input type="checkbox"/> <i>Tratto urinario</i> <input type="checkbox"/> <i>Tratto genitale</i> <input type="checkbox"/> <i>Cute o ferita</i> <input type="checkbox"/> <i>Tratto respiratorio</i> <input type="checkbox"/> <i>Tratto gastrointestinale</i> <input type="checkbox"/> <i>Occhi</i> <input type="checkbox"/> <i>ORL</i> <input type="checkbox"/> <i>Sito chirurgico</i> <input type="checkbox"/> <i>Tubercolosi</i> <input type="checkbox"/> <i>Infezioni sistemiche</i> <input type="checkbox"/> <i>Febbre origine sconosciuta</i> <input type="checkbox"/> <i>Altro (specificare)</i> -----
LUOGO DI PRESCRIZIONE	<input type="checkbox"/> <i>In questa struttura</i> <input type="checkbox"/> <i>In ospedale</i> <input type="checkbox"/> <i>Altrove</i>



Indicare il sito anatomico a cui l'infezione è riconducibile



Indicare il luogo in cui l'antibiotico è stato prescritto: in questa struttura o in ospedale o altrove





**ESEMPI:**  
**PARTE**  
**GENERALE E**  
**PARTE A-**  
**UTILIZZO**  
**ANTIBIOTICI**



## ESEMPIO M.B.



Giorno del PPS: 28/05/2017

Mario Bonechi, di 83 anni, risiede presso l'LTCF "B" da circa 2 anni.

Presenta episodi di confusione mentale e disorientamento temporale.

Non ha lesioni da decubito, né altre ferite. Ha un catetere vescicale e un accesso venoso periferico. E' continente per le feci. Viene mobilizzato con sedia a rotelle.

Da circa 5 giorni presenta febbre ( $>38^{\circ}$  C) e urine purulente dal catetere vescicale per cui è stato prelevato un campione di urine per l'esame colturale ed è stata iniziata una terapia antibiotica empirica con amoxicillina+acido clavulanico endovena. La mattina del PPS il paziente presenta ancora febbre ( $37.5^{\circ}$  C).

## ESEMPIO M.B.



### Parte generale

NUMERO ASSEGNATO ALLA STRUTTURA (CODICE PRE-ASSEGNATO) .....101

CODICE REPARTO (Lettera che avete scelto nella Scheda Reparto.) .....A

NUMERO ASSEGNATO AL RESIDENTE (colonna 3 della scheda reparto) .....1

GENERE	Maschile X	Femminile
ANNO DI NASCITA	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 9 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 (AAAA)	
DURATA DELLA DEGENZA NELLA STRUTTURA	<input type="checkbox"/> <i>Meno di un anno</i>	<input checked="" type="checkbox"/> <i>Un anno o più</i>
RICOVERO IN UN OSPEDALE NEGLI ULTIMI 3 MESI	<input type="checkbox"/> <i>SI</i>	<input checked="" type="checkbox"/> <i>NO</i>
INTERVENTO CHIRURGICO NEI PRECEDENTI 30 GIORNI	<input type="checkbox"/> <i>SI</i>	<input checked="" type="checkbox"/> <i>NO</i>
PRESENZA DI :		
CATETERE URINARIO	<input checked="" type="checkbox"/> <i>SI</i>	<input type="checkbox"/> <i>NO</i>
CATETERE VASCOLARE	<input checked="" type="checkbox"/> <i>SI</i>	<input type="checkbox"/> <i>NO</i>
INCONTINENZA (URINARIA E/O FECALE)	<input type="checkbox"/> <i>SI</i>	<input checked="" type="checkbox"/> <i>NO</i>
LESIONI DA DECUBITO	<input type="checkbox"/> <i>SI</i>	<input checked="" type="checkbox"/> <i>NO</i>
ALTRE FERITE	<input type="checkbox"/> <i>SI</i>	<input checked="" type="checkbox"/> <i>NO</i>
DISORIENTAMENTO (NEL TEMPO E/O NELLO SPAZIO)	<input checked="" type="checkbox"/> <i>SI</i>	<input type="checkbox"/> <i>NO</i>
MOBILITÀ	<input type="checkbox"/> <i>Deambulante</i>	<input checked="" type="checkbox"/> <i>Sedia a rotelle</i> <input type="checkbox"/> <i>Allettato</i>

## ESEMPIO M.B.



### SE IL GIORNO DEL PPS:

□ il residente sta ricevendo almeno 1 antibiotico (c'è una "X" nella colonna 7 della Scheda reparto)



compilare la "Parte A: utilizzo antibiotici" della Scheda residente.

□ il residente ha almeno un'infezione rispondete ai criteri di HAI (c'è una "X" nella colonna 8b della Scheda reparto )



compilare la "Parte B: infezioni correlate all'assistenza" della scheda residente.

□ il residente presenta entrambe le suddette condizioni



compilare sia la "Parte A" che la "Parte B" della Scheda residente.



- 1) Sta facendo terapia antibiotica (amoxicillina-acido clavulanico) il giorno del PPS
- 2) Ha una HAI: febbre e urine purulente il giorno del PPS (Algoritmo infezioni=UTI)  
+ i sintomi sono iniziati 48 ore dopo il suo ingresso in LTCF (vi risiede da 2 anni)

## ESEMPIO M.B.



### PARTE A: UTILIZZO ANTIBIOTICI

	Antibiotico 1	Antibiotico 2	Antibiotico 3	Antibiotico 4
NOME ANTIBIOTICO	AMOXICILLINA+ ACIDO CLAVULANICO	-----	-----	-----
VIA DI SOMMINISTRAZIONE  ENTERALE: OR PARENTERALE = IM, IV, SC	<input type="checkbox"/> Orale <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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

## COME E' FATTA LA SCHEDA RESIDENTE?

E' una scheda composta da 3 sezioni:

- Parte generale
- Parte A: Utilizzo antibiotici
- Parte B: Infezioni correlate all'assistenza



## PARTE B: INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA



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)	1.A	_____	_____	_____
	B	_____ _	_____ _	_____ _
B. ANTIBIOTICO/I TESTATO/I <sup>1</sup> E RESISTENZA	2.A	_____	_____	_____
	B	_____ _	_____ _	_____ _
SOLO PER STAAUR, ENC***, ACIBAU, PSEAER O ENTEROBACTERIACEAE (CIT***, ENB***, ESCCOL, KLE***, MOGSPP, PRT***, SER***)	3.A	_____	_____	_____
	B	_____ _	_____ _	_____ _

<sup>1</sup> Antibiotici testati: STAAUR - oxacillina (OXA) o glicopeptidi (GLY); ENC\*\*\* - solo GLY; Enterobacteriaceae - cefalosporine di 3° generazione (C3G) o varbapanemi (CAR); PSEAER e ACIBAU - solo CAR.

<sup>2</sup> Resistenza: S=sensibile, I=intermedio, R=resistente, U=sconosciuto

## PARTE B: INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA



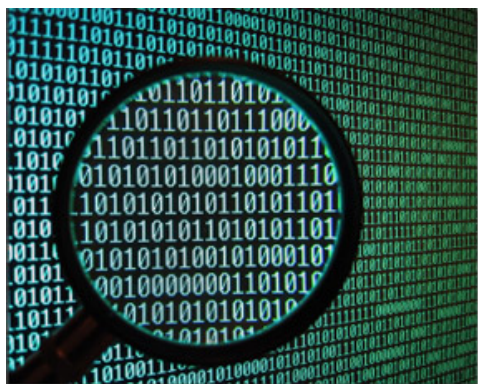
INFEZIONE 1	
CODICE D'INFEZIONE	_ _ _ _ _ _ _
SE "OTHER INFECTION" SPECIFICARE	.....
INFEZ. PRESENTE AL MOMENTO DELL'AMMISSIONE	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì
DATA DI INSORGENZA (GG/MM/AA)	/ /

Copiare qui il codice infezione se è già stato inserito nella Colonna 8a.1 della Scheda reparto (es. UTI-C), altrimenti individuarlo utilizzando gli Algoritmi decisionali per infezioni

E' un'infezione particolare che non è presente nell'algoritmo decisionale. Qui vi si chiede di fornire più informazioni sul tipo di infezione (es. infezione organi genitali).

Sì" se i segni/sintomi dell'infezione erano presenti all'ammissione o alla ri-ammissione nella vostra LTCE

**Data d'insorgenza:** Da compilare solo se i segni/sintomi dell'infezione sono insorti durante la permanenza nella vostra LTCE. 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.



## PARTE B: INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA

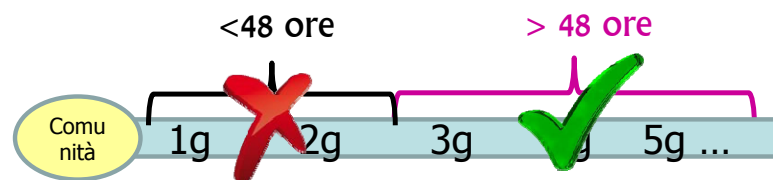
ORIGINE DELL'INFEZIONE

- LTCF corrente
- Altro LTCF
- Ospedale
- Sconosciuta

INDICARE LA SEDE IN CUI SI È SVILUPPATA L'INFEZIONE

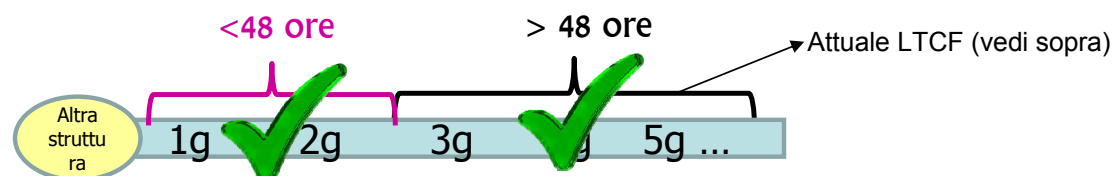
1

Secondo la definizione di HAI, l'infezione è da considerare **ASSOCIATA CON L'ATTUALE LTCF** se è cominciata in **3° giornata o più** dopo l'ingresso. Le infezioni cominciate in 1° o 2° giornata devono essere escluse se l'ospite proviene dalla comunità.



2

Se il residente è stato **TRASFERITO DA UN'ALTRA STRUTTURA SANITARIA** e presenta una HAI in 1° o 2° giornata questa è da attribuire alla struttura di provenienza.



## PARTE B: INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA



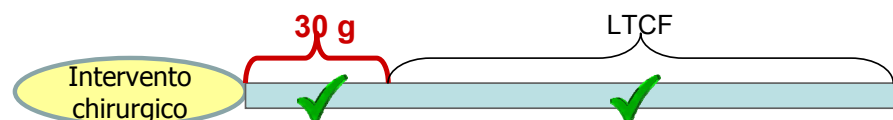
ORIGINE DELL'INFEZIONE

- LTCF corrente
- Altro LTCF
- Ospedale
- Sconosciuta

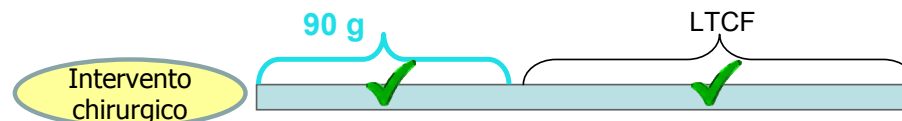
INDICARE LA SEDE IN CUI SI È SVILUPPATA L'INFEZIONE

3

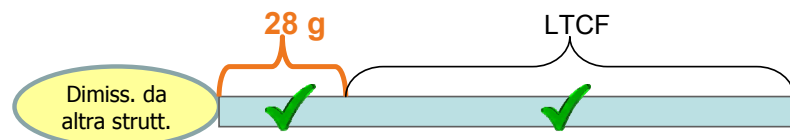
- L'infezione **del sito chirurgico** è considerata **OSPEDALIERA** se insorge **entro 30 giorni** dopo un intervento.



- L'infezione del **sito chirurgico** profonda o di organo/spazio, in cui è stata inserita una **protesi** è considerata **OSPEDALIERA** se insorge **entro 90 giorni** dall'intervento



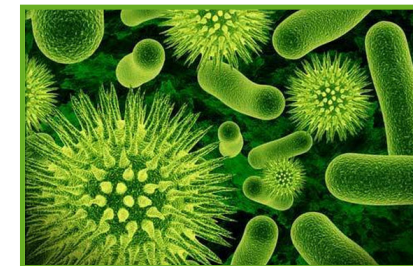
Infezioni da **Clostridium difficile**: se i segni/sintomi sono insorti **entro 28 giorni dalla dimissione** da un'altra struttura sanitaria (altra LTCF o ospedale) l'infezione è da attribuire alla **STRUTTURA CHE HA DIMESSO IL RESIDENTE** e non all'attuale LTCF.



## PARTE B: INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA



<b>A. NOME DEL MICROORGANISMO ISOLATO (USARE LA LISTA DEI CODICI)</b>	<b>1.A</b>	_ _ _ _ _ _ _
	<b>B</b>	_ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _
<b>B. ANTIBIOTICO/I TESTATO/I<sup>1</sup>E RESISTENZA</b>  <b>SOLO PER STAAUR, ENC***, ACIBAU, PSEAER O ENTEROBACTERIACEAE (CIT***, ENB***, ESCCOL, KLE***, MOGSPP, PRT***, SER***)</b>	<b>2.A</b>	_ _ _ _ _ _ _
	<b>B</b>	_ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _
	<b>3.A</b>	_ _ _ _ _ _ _
	<b>B</b>	_ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _



Si possono specificare fino a 3 microrganismi, 1 per ciascuno spazio disponibile

Per indicare i microrganismi isolati utilizzare la Lista codici microrganismi disponibile **nell'Appendice 4.1**

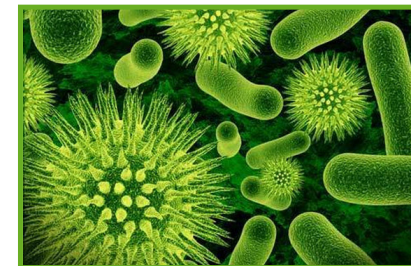
### 4.1 Appendice- Lista codici microrganismi

CODICE	NOME DEL MICROORGANISMO
- A -	
ACHSPP	ACHROMOBACTER SPECIES
<b>ACIBAU</b>	<b>ACINETOBACTER BAUMANNII</b>
ACICAL	ACINETOBACTER CALCOACETICUS
ACIHAE	ACINETOBACTER HAEMOLYTICUS
ACILWO	ACINETOBACTER LWOFFII
ACINSP	ACINETOBACTER SPECIES, non specificato
ACIOTH	ACINETOBACTER SPECIES, altri
ACTSPP	ACTINOMYCES SPECIES

## PARTE B: INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA



<b>A. NOME DEL MICROORGANISMO ISOLATO (USARE LA LISTA DEI CODICI)</b>	<b>1.A</b>	_ _ _ _ _ _ _
	<b>B</b>	_ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _
<b>B. ANTIBIOTICO/I TESTATO/I+E RESISTENZA</b>  <b>SOLO PER STAAUR, ENC***, ACIBAU, PSEAER O ENTEROBACTERIACEAE (CIT***, ENB***, ESCCOL, KLE***, MOGSPP, PRT***, SER***)</b>	<b>2.A</b>	_ _ _ _ _ _ _
	<b>B</b>	_ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _
	<b>3.A</b>	_ _ _ _ _ _ _
	<b>B</b>	_ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _



Raccogliere SOLO i risultati microbiologici disponibili il giorno del PPS

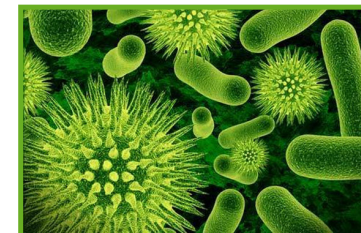
Se non è disponibile alcun risultato microbiologico il giorno del PPS, inserire uno dei codici presenti nella seguente tabella

Codice	Significato
_NOEXA	ESAME NON ESEGUITO
_NA	RISULTATO NON DISPONIBILE
_NONID	MICROORGANISMO NON IDENTIFICATO
_STERI	ESAME NEGATIVO (STERILE)

## PARTE B: INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA



A. NOME DEL MICROORGANISMO ISOLATO (USARE LA LISTA DEI CODICI)	1.A	_ _ _ _ _ _ _
	B	_ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _
	2.A	_ _ _ _ _ _ _
B. ANTIBIOTICO/I TESTATO/I E RESISTENZA  SOLO PER STAAUR, ENC***, ACIBAU, PSEAEER O ENTEROBACTERIACEAE (CIT***, ENB***, ESCCOL, KLE***, MOGSPP, PRT***, SER***)	B	_ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _
	3.A	_ _ _ _ _ _ _
	B	_ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _



**SOLO PER I BATTERI EVIDENZIATI in rosso nella Lista codici microrganismi (Appendice 4.1)** è necessario specificare la sensibilità agli antibiotici indicati nella tabella sottostante. Inserire nello spazio "B" il codice antibiotico (es. OXA) seguito dalle lettere: S (Sensibile), I (Intermedio), R (Resistente), U (Non noto).

**Legenda:**

**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.

Microorganismo	Antibiotico testato
<i>Staphylococcus aureus</i> (STAAUR)	Oxacillina (OXA) Glicopeptide (GLY)
<i>Enterococcus species</i> (ENC***)	Glicopeptide (GLY)
Enterobacteriaceae <sup>1</sup> , 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)  Carbapenemi (CAR)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> (PSEAEER)	Carbapenemi (CAR)
<i>Acinetobacter baumannii</i> (ACIBAU)	Carbapenemi (CAR)



**ESEMPI:**  
**PARTE B-**  
**INFEZIONI**  
**CORRELATE**  
**ALL'ASSISTENZA**





## ESEMPIO M.B.

Giorno del PPS: 28/05/2017

Mario Bonechi, di 83 anni, risiede presso l'LTCF "B" da circa 2 anni.

Presenta episodi di confusione mentale e disorientamento temporale.

Non ha lesioni da decubito, né altre ferite. Ha un catetere vescicale e un accesso venoso periferico. E' continente per le feci. Viene mobilizzato con sedia a rotelle.

Da circa 5 giorni presenta febbre ( $>38^{\circ}$  C) e urine purulente dal catetere vescicale per cui è stato prelevato un campione di urine per l'esame colturale ed è stata iniziata una terapia antibiotica empirica con amoxicillina+acido clavulanico endovena. La mattina del PPS il paziente presenta ancora febbre ( $37.5^{\circ}$  C).

L'urinocoltura è positiva per E.coli.  $> 10^5$  CFU

L'antibiogramma mostra che E.coli è Resistente a cefalosporine di terza generazione e ai carbapenemi.

# INFEZIONI DEL TRATTO URINARIO



**ESEMPIO M.B.**

Residente senza catetere urinario

Residente con catetere urinario

**SEGNISINTOMI**

ALMENO UNO DEI SEGUENTI CRITERI (1, 2 o 3):

- 1. disuria acuta O dolore/gonfiore o dolorabilità dei testicoli, epididimo o prostata
- 2. Febbre \* O leucocitosi \*\*  
E

Uno o più dei seguenti:

- dolore acuto a livello della loggia renale
- dolore/dolorabilità sovrappubica
- ematuria macroscopica
- recente o marcato aumento della frequenza minzionale
- recente o marcata urgenza minzionale
- recente o marcato peggioramento dell'incontinenza

- 3. Due o più (in assenza di febbre o leucocitosi):
  - frequenza (recente/aumentata)
  - dolore sovrappubico
  - urgenza (recente/aumentata)
- ematuria macroscopica
- incontinenza (recente/aumentata)

**SEGNISINTOMI**

ALMENO UNO DEI SEGUENTI CRITERI (1,2,3,4)

- 1. Febbre\*, brividi febbrili O ipotensione di nuova insorgenza senza un altro possibile sito di infezione
- 2. cambiamento acuto nello stato mentale § O declino funzionale acuto §§ in assenza di diagnosi alternativa E leucocitosi \*\*
- 3. recente insorgenza di dolore sovrappubico o dolore/dolorabilità a livello della loggia renale
- 4. perdite purulente attorno al catetere o dolore acuto/dolorabilità o gonfiore dei testicoli, epididimo o prostata

**URINOCOLTURA**

- Non eseguita, negativa o risultato non noto
- Urinocoltura eseguita E:
  - almeno 10<sup>5</sup> CFU/mL di non più di due specie di microrganismi in un campione di urina escreta
  - almeno 10<sup>2</sup> CFU/mL di un qualsiasi numero di microrganismi in un campione raccolto da catetere

**URINOCOLTURA**

- Non eseguita, negativa o risultato del test non noto
- Urinocoltura eseguita E:
  - almeno 10<sup>5</sup> CFU/mL di qualsiasi microrganismo presente in un campione di urina proveniente da catetere

**CONFERMA DI INFEZIONE**

- Segni/sintomi E urinocoltura positiva:
- Segni/sintomi E urinocoltura non eseguita, negative o di risultato non noto:
- Infezione in trattamento nel giorno del PPS ma senza documentazione su segni/sintomi (solo per residenti trasferiti da altra struttura sanitaria)

**INFEZIONE CONFERMATA (= UTI-C)**  
**INFEZIONE PROBABILE (= UTI-P)**  
**INFEZIONE IMPORTATA (= UTI-I)**

## ESEMPIO M.B.



PARTE B: INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA				
	INFEZIONE 1	INFEZIONE 2	INFEZIONE 3	INFEZIONE 4
CODICE D'INFEZIONE	UTI-C <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SE "OTHER INFECTION" SPECIFICARE	.....	.....	.....	.....
INFEZ. PRESENTE AL MOMENTO DELL'AMMISSIONE	<input checked="" 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)	23/5/2017	__/__/__	__/__/__	__/__/__
ORIGINE DELL'INFEZIONE	<input checked="" 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

## ESEMPIO M.B.



PARTE B: INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA					
		INFEZIONE 1	INFEZIONE 2	INFEZIONE 3	INFEZIONE 4
A. NOME DEL MICROORGANISMO ISOLATO (USARE LA LISTA DEI CODICI)	1.A	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
	B	_ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _
B. ANTIBIOTICO/I TESTATO/I <sup>1</sup> E RESISTENZA  SOLO PER STAAUR, ENC***, ACIBAU, PSEAER O ENTEROBACTERIACEAE (CIT***, ENB***, ESCCOL, KLE***, MOGSPP, PRT***, SER***)	2.A	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
	B	_ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _
	3.A	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _
	B	_ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _   _ _ _ _ _ _ _

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

<sup>2</sup> Resistenza: S=sensibile, I=intermedio, R=resistente, U=sconosciuto

## ESEMPIO M.B.

### Appendice 4.1- Lista microrganismi pg...



- 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

# ESEMPIO M.B.



PARTE B: INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA					
		INFEZIONE 1	INFEZIONE 2	INFEZIONE 3	INFEZIONE 4
A. NOME DEL MICROORGANISMO ISOLATO (USARE LA LISTA DEI CODICI)	1.A	ESCCOL			
	B	C3G R CAR R			
B. ANTIBIOTICO/I TESTATO/I <sup>E</sup> RESISTENZA	2.A				
	B				
SOLO PER STAAUR, ENC***, ACIBAU, PSEAE O ENTEROBACTERIACEAE (CIT***, ENB***, ESCCOL, KLE***, MOGSPP, PRT***, SER***)	3.A				
	B				

Microorganismo	Antibiotico testato
<i>Staphylococcus aureus</i> (STAAUR)	Oxacillina (OXA) Glicopeptide (GLY)
<i>Enterococcus species</i> (ENC***)	Glicopeptide (GLY)
Enterobacteriaceae <sup>1</sup> , 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)  Carbapenemi (CAR)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> (PSEAEER)	Carbapenemi (CAR)
<i>Acinetobacter baumannii</i> (ACIBAU)	Carbapenemi (CAR)

<sup>1</sup>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, flucloracillina, 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.

