

Sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza e uso di antimicrobici nelle residenze socio-sanitarie

Protocollo Regione Emilia-Romagna



2024

Sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza e uso di antimicrobici nelle residenze sociosanitarie

Protocollo Regione Emilia-Romagna

2024

Il **volume** è a cura del Settore Innovazione nei servizi sanitari e sociali della Regione
Emilia-Romagna
Dicembre 2023

Indice

Indice	6
Figure e tabelle	7
1 Introduzione	8
2 Obiettivi	10
3 Personale coinvolto nella raccolta dati.....	11
4 Raccolta dati	12
4.1. Scheda struttura (Allegato 1).....	12
4.2. Scheda reparto (Allegato 2)	20
4.3. Scheda ospite (Allegato 3)	20
4.4. Microrganismi isolati e resistenza antimicrobica (Allegato 5)	32
5 Invio dei dati	33
Bibliografia	34

Figure e tabelle

ELENCO FIGURE

Figura 1. Algoritmo decisionale di infezione del tratto urinario (esempio) – presente nell'Allegato 4.....	28
---	----

ELENCO TABELLE

Tabella 1. Descrizione delle variabili presenti nella sezione A della Scheda struttura.....	13
Tabella 2. Descrizione delle variabili presenti nella sezione B della Scheda struttura.....	14
Tabella 3. Descrizione delle variabili presenti nella sezione C della Scheda struttura.....	16
Tabella 4. Descrizione delle variabili presenti nella sezione D della Scheda struttura.....	17
Tabella 5. Descrizione delle variabili presenti nella sezione E della Scheda Struttura.	19
Tabella 6. Descrizione delle variabili presenti nella sezione Dati ospite della Scheda ospite.....	21
Tabella 7. Descrizione delle variabili presenti nella Parte A della Scheda ospite.	23
Tabella 8. Descrizione delle variabili presenti nella Parte B della Scheda ospiti.	24
Tabella 9. Codici delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria.....	29
Tabella 10. Definizione dei termini chiave utilizzati negli algoritmi decisionali.....	30

1 Introduzione

Lo European Centre for Disease prevention and Control (ECDC) coordina la sorveglianza europea delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e dell'uso degli antibiotici attraverso il Network per la Sorveglianza delle infezioni associate all'assistenza sanitaria (HAI-Net).

Nel dicembre 2008, l'ECDC ha avviato il progetto HALT (Healthcare acquired infections in european long term care facilities) per definire la sorveglianza europea delle ICA e sull'uso di antibiotici nelle residenze socio-sanitarie (Long Term Care Facilities - LTCFs).

Ad oggi sono state condotte tre sorveglianze che hanno visto coinvolti un numero crescente di paesi, strutture ed ospiti. La prima edizione della sorveglianza HALT, nel 2010, ha evidenziato una prevalenza del 2.4% di ospiti con almeno una ICA e una prevalenza del 4.3% di ospiti che hanno ricevuto almeno un antimicrobico. La seconda edizione della sorveglianza, HALT-2 nel 2013, ha riportato una prevalenza del 3.4% di ospiti con almeno una ICA e una prevalenza del 4.4% di ospiti che hanno ricevuto almeno un antimicrobico. La terza edizione della sorveglianza, HALT-3 nel biennio 2016-2017, ha registrato una prevalenza del 3.7% di ospiti con almeno una HAI e una prevalenza dell'4.9% di ospiti con almeno un agente antimicrobico.

L'Italia partecipa alla sorveglianza sin dalla prima edizione. Inoltre, il Piano Nazionale di Contrasto all'Antibioticoresistenza (PnCAR) 2022-2025 prevede l'inclusione della sorveglianza HALT tra le sorveglianze delle ICA promosse a livello nazionale e che devono essere implementate da tutte le Regioni e Province autonome.

La Regione Emilia-Romagna partecipa alla sorveglianza europea sin dalla prima edizione. Un numero crescente di strutture, ospiti ed Aziende sanitarie regionali hanno aderito, passando dalle 22 strutture del 2010 alle 200 del 2017. Oltre al dato epidemiologico, la partecipazione ad HALT è stata anche l'opportunità per formare gli operatori delle strutture sui temi della prevenzione del rischio infettivo e delle politiche d'uso degli antimicrobici, della sorveglianza ed ha gettato le basi per la costruzione di un network regionale stabile di sorveglianza in questo particolare setting. La Regione Emilia-Romagna partecipa alla quarta edizione della sorveglianza europea HALT-4 (2022-23). Questa sorveglianza rientra all'interno delle attività regionali sulle buone pratiche per la riduzione del rischio infettivo, del

buon uso degli antibiotici e del contrasto all'antimicrobico resistenza nell'ambito delle residenze socio-sanitarie che comprendono la promozione dell'igiene delle mani e la formazione degli operatori.

Questo protocollo fornisce al personale delle strutture e ai coordinatori aziendali coinvolti nella raccolta dati per il progetto HALT-ER la metodologia, i moduli di raccolta dei dati e le definizioni delle variabili per la raccolta dei dati nelle residenze socio-sanitarie della Regione Emilia-Romagna per il 2024.

2 Obiettivi

La Regione Emilia-Romagna propone di sorvegliare le infezioni correlate all'assistenza (ICA) e l'uso degli antimicrobici nelle residenze socio-sanitarie, con frequenza annuale. L'implementazione della sorveglianza regionale permetterà di:

1. implementare uno strumento standardizzato per seguire gli andamenti delle ICA e dell'uso di antimicrobici;
2. identificare le priorità d'intervento regionali e locali;
3. stimare e monitorare l'impatto delle ICA e l'uso di antimicrobici nelle residenze socio-sanitarie.
4. ottimizzare l'uso di risorse, aumentando il livello di sicurezza delle cure erogate.

Tale attività permetterà azioni specifiche a livello regionale, della Ausl territoriale di riferimento e della singola struttura.

3 Personale coinvolto nella raccolta dati

Sulla base delle risorse disponibili, i dati possono essere raccolti dal personale presente all'interno delle strutture in collaborazione con il personale sanitario (es. Medico, Medico/Infermiere per prevenzione e controllo infezioni, Coordinatore Infermieristico ecc.), o da personale esterno (ad esempio altri medici o infermieri addetti al controllo delle infezioni). Il personale coinvolto nella raccolta dei dati, sia interno che esterno, il giorno della sorveglianza deve essere presente in struttura per esaminare ciascun ospite con l'infermiere responsabile e gli operatori socio-sanitari. Dovranno essere ricercati segni e sintomi recenti che suggeriscano la presenza di un'infezione attiva, esaminando le cartelle cliniche e note, referti e piani terapeutici.

I materiali per la formazione sono stati sviluppati dal gruppo di coordinamento regionale della sorveglianza. La formazione del personale coinvolto nella raccolta dati è fortemente raccomandata, sia attraverso il materiale fornito, che tramite gli eventi di formazione che si terranno nei mesi precedenti alla sorveglianza.

4 Raccolta dati

I dati vengono raccolti utilizzando due schede: una **Scheda struttura (Allegato 1)** ed una **Scheda ospite (Allegato 3)**.

Nell'**Allegato 1 – Scheda struttura** sono raccolte le informazioni generali, i dati del denominatore (dati demografici, fattori di rischio e indicatori di carico assistenziale per l'intera popolazione di ospiti della struttura), le informazioni sull'assistenza medica ed il coordinamento, sull'uso di antimicrobici e sulle risorse per il controllo delle infezioni. Questi dati saranno utilizzati per descrivere la popolazione ospite, le risorse e le politiche di prevenzione e controllo delle infezioni ed il governo dell'uso di antimicrobici.

L'**Allegato 2 – Scheda reparto** è uno strumento facoltativo, messo a disposizione del rilevatore per facilitare la raccolta dei dati del denominatore.

L'**Allegato 3 - Scheda ospite** va compilata per ogni ospite che riceve almeno un antimicrobico e/o presenta almeno una ICA attiva nel giorno della sorveglianza.

L'**Allegato 4 - Definizioni di caso di infezione** contiene gli algoritmi decisionali con i criteri diagnostici da utilizzare per l'identificazione delle ICA attive nel giorno della rilevazione.

L'**Allegato 5 - Codici microrganismi** contiene l'elenco dei codici dei patogeni associati ad infezione e le modalità di raccolta dei profili di antimicrobico resistenza.

4.1. Scheda struttura (Allegato 1)

La Scheda di struttura raccoglie i dati relativi a ciascuna residenza socio-sanitaria, tramite domande raggruppate in cinque sezioni:

- A: Informazioni generali
- B: Dati del denominatore
- C: Assistenza medica e coordinamento
- D: Prevenzione e controllo delle infezioni
- E: Uso degli antimicrobici

Di seguito vengono riportate, suddivise per sezioni, tutte le variabili presenti nella Scheda struttura, con dettagliate descrizioni/definizioni di ogni voce richiesta, da consultare per una corretta compilazione.

Sezione A: Informazioni generali

Le informazioni raccolte identificano la struttura nella sorveglianza e ne descrivono alcune caratteristiche strutturali e di funzionamento.

Tabella 1. Descrizione delle variabili presenti nella sezione A della Scheda struttura.

Variabile	Descrizione/Definizione
DATA DELL'INDAGINE PRESSO LA STRUTTURA (gg/mm/aa)	Riportare la data del giorno nel quale vengono raccolte le informazioni sulle infezioni e gli antibiotici. È opportuno comunicare al Responsabile aziendale ed al coordinamento regionale la data pianificata per la rilevazione (SorveglianzaHALT4@regione.emilia-romagna.it).
CODICE IDENTIFICATIVO DELLA STRUTTURA	Identificativo della residenza socio-sanitaria assegnato dal coordinamento regionale della sorveglianza.
TIPO DI STRUTTURA	Per l'Emilia-Romagna è possibile selezionare come tipo di struttura tra CRA (Casa Residenza per Anziani) e Centro socioriabilitativo residenziale.
Numero totale STANZE PER OSPITI	Somma di tutte le stanze letto per gli ospiti, incluse stanze singole e stanze con più di un posto letto. Aree comuni, ripostigli ecc. sono esclusi.
Numero totale STANZE SINGOLE PER OSPITI	Il numero totale di camere della struttura destinate all'occupazione singola (ad esempio, camere con un letto). Una camera condivisa dai partner non deve essere considerata una camera ad occupazione singola.

Sezione B: Dati del denominatore

Le informazioni raccolte descrivono la popolazione ospite. I dati sono raccolti in forma aggregata e si riferiscono a caratteristiche tipiche degli ospiti di strutture socio-sanitarie. Identificano fattori di rischio e carico assistenziale.

Tabella 2. Descrizione delle variabili presenti nella sezione B della Scheda struttura.

Variabile	Descrizione/Definizione
POSTI LETTO NELLA STRUTTURA	Numero totale di posti letto, sia occupati che liberi. I posti letto condivisi fra partner devono essere conteggiati come due posti separati.
LETTI OCCUPATI	Numero totale di letti occupati dagli ospiti nel giorno della sorveglianza. Si includono anche letti occupati da ospiti che sono assenti il giorno della sorveglianza a causa di ospedalizzazione, dimissione temporanea per rientro in comunità, ecc...
OSPITI ELEGGIBILI: PRESENTI ALLE ORE 8:00 E NON DIMESSI ALL'ORA DELLA RILEVAZIONE	Numero totale di ospiti presenti alle ore 8:00 del giorno della sorveglianza e non dimessi al momento della rilevazione.
OSPITI DI ETÀ ≥ 85 ANNI	Numero totale di ospiti eleggibili di età maggiore o uguale a 85 anni presenti il giorno della sorveglianza.
OSPITI DI GENERE MASCHILE	Numero totale di ospiti di genere maschile eleggibili nel giorno della sorveglianza.
OSPITI CON CATETERE URINARIO	Numero totale di ospiti eleggibili con un catetere urinario, inteso come qualsiasi sistema di tubi inserito per drenare e raccogliere urine dalla vescica (catetere urinario a permanenza, catetere percutaneo sovra-pubico o addominale o una cistostomia). Non devono essere inclusi i cateteri esterni che non drenano le urine direttamente dalla vescica (ad esempio uro-condom).
OSPITI CON CATETERE VASCOLARE	Numero totale di ospiti eleggibili che presentano almeno un accesso vascolare (venoso, arterioso) nel giorno della sorveglianza. Ne sono esempi il catetere intravenoso periferico, un sistema di accesso vascolare centrale, o qualsiasi altro accesso intravascolare (es. fistola arterovenosa).
OSPITI CON LESIONE DA PRESSIONE	Numero totale di ospiti eleggibili con almeno una lesione da pressione nel giorno della sorveglianza. Tutti i gradi di lesioni da pressione devono essere inclusi (ad esempio, anche il grado 1 di minore entità: eritema non reversibile alla digitopressione).

Variabile	Descrizione/Definizione
OSPITI CON ALTRE LESIONI DELLA CUTE	Numero totale di ospiti eleggibili con almeno una lesione della cute, diversa da una lesione da pressione, nel giorno della sorveglianza. Sono 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.
OSPITI DISORIENTATI NEL TEMPO E/O SPAZIO	Numero totale di ospiti 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).
OSPITI IN SEDIA A ROTELLE O ALLETTATI	Numero totale di ospiti eleggibili che necessitano di una sedia a rotelle o che sono allettati nel giorno della sorveglianza.
OSPITI SOTTOPOSTI A CHIRURGIA NEI 30 GIORNI PRECEDENTI	Numero totale degli ospiti eleggibili che hanno subito un intervento chirurgico nei 30 giorni precedenti la sorveglianza. 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 (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...
OSPITI CON INCONTINENZA URINARIA E/O FECALE	Numero totale di ospiti 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 (durante il giorno e/o la notte). Un ospite con un catetere urinario non deve essere considerato come incontinente per le urine (questo indicatore è stato progettato per misurare il carico di lavoro del personale assistenziale).
OSPITI CHE RICEVONO ALMENO UN ANTIMICROBICO	Numero totale di ospiti eleggibili che ricevono uno o più antimicrobici sistemici nel giorno della sorveglianza.
OSPITI CON ALMENO UNA ICA ATTIVA	Numero totale degli ospiti eleggibili con una o più infezioni correlate all'assistenza (ICA) attive nel giorno della sorveglianza.

Sezione C: Assistenza medica e coordinamento

Le informazioni raccolte in questa sezione descrivono l'organizzazione dell'assistenza medica e la presenza di funzioni di coordinamento sanitario attive nella struttura.

Tabella 3. Descrizione delle variabili presenti nella sezione C della Scheda struttura.

Variabile	Descrizione/Definizione
1. Le cure mediche, inclusa la prescrizione antimicrobica, erogate dalla struttura sono fornite:	Selezionare la casella corrispondente alla situazione presente in struttura, tenendo presente che: - si intende per MMG un medico, scelto dal paziente, che ha fornito cure mediche all'ospite al di fuori dell'ambiente di ricovero, durante gli anni che hanno preceduto il suo ingresso in struttura - lo staff medico assunto dalla struttura non include i MMG
2. Le attività nella struttura sono coordinate da un coordinatore medico?	Per coordinatore medico si intende un medico interno alla struttura che coordina le attività mediche e la standardizzazione di buone pratiche/politiche cliniche.
3. Qual è la percentuale di ospiti della struttura che ha ricevuto recentemente (6 mesi) un vaccino per COVID-19?	Si indichi un valore percentuale (sul totale degli ospiti della struttura) che abbia ricevuto un vaccino per COVID-19 nei 6 mesi precedenti alla sorveglianza.
4. Qual è la percentuale degli operatori sanitari e socio-sanitari che ha ricevuto recentemente (6 mesi) un vaccino per COVID-19?	Si indichi un valore percentuale (sul totale degli operatori sanitari e socio-sanitari nella struttura) che abbia ricevuto un vaccino per COVID-19 nei 6 mesi precedenti alla sorveglianza.
5. Qual è la percentuale degli ospiti della struttura che ha ricevuto il vaccino antinfluenzale nella scorsa stagione?	Si indichi il valore percentuale degli ospiti che hanno ricevuto la vaccinazione antinfluenzale nella stagione precedente a quella della rilevazione.
6. Qual è la percentuale degli operatori sanitari e socio-sanitari che ha ricevuto il vaccino antinfluenzale nella scorsa stagione?	Si indichi il valore percentuale degli operatori della struttura che hanno ricevuto la vaccinazione antinfluenzale nella stagione precedente a quella della rilevazione.

Sezione D: Prevenzione e controllo delle infezioni

Le informazioni raccolte nella sezione descrivono le risorse e le attività di controllo infezioni (es. protocolli, formazione) eventualmente presenti in struttura.

Tabella 4. Descrizione delle variabili presenti nella sezione D della Scheda struttura.

Variabile	Descrizione/Definizione
1.La struttura si avvale di personale con una formazione specifica e competenze sul controllo e prevenzione delle infezioni?	<p>Il personale addetto alla prevenzione e controllo delle infezioni (PCI) è di solito costituito da un infermiere abilitato, un medico o un altro operatore sanitario specializzato nel controllo delle infezioni e igiene ospedaliera ed è responsabile di alcuni compiti come quello di formare gli operatori della residenza socio-sanitaria nel controllo delle infezioni, predisporre ed implementare le procedure per il controllo delle infezioni, gestire (implementazione, follow-up, valutazione) il lavoro di controllo delle infezioni, eseguire gli audit e valutare le prestazioni, ed è responsabile delle procedure per la disinfezione dei dispositivi medici, ecc.</p> <p>Questa figura sanitaria può lavorare a tempo pieno nel controllo delle infezioni e nelle attività di prevenzione o può affiancare questo con altri ruoli come le mansioni assistenziali, supervisione dell'assistenza, controllo qualità, ecc....</p> <p>Inoltre, può essere parte dello staff della struttura oppure può essere sia persona esterna o interna della struttura stessa.</p>
2.Se è disponibile una persona competente sulla prevenzione e controllo delle infezioni, questa persona è:	Relativamente alla domanda 1, in caso sia presente personale con formazione specifica sul controllo e prevenzione delle infezioni, indicare se è un infermiere o è un medico o se sono presenti entrambe le figure.
3.Nella struttura c'è/ci sono:	Selezionare una o più caselle corrispondenti a realtà operative eventualmente presenti all'interno della struttura (sia che siano presenti figure con formazione su prevenzione e controllo delle infezioni, sia che non siano presenti).
4.Nella struttura è presente un comitato per il controllo infezioni (interno o esterno)?	Si intende per comitato un gruppo di lavoro multidisciplinare costituito almeno da una persona formata in Controllo e Prevenzione delle infezioni (PCI) (professionista PCI), da un amministratore, da un medico coordinatore (se presente nella struttura), da infermiere/i supervisore/i o da altre persone designate. Possono far parte del comitato PCI persone addette al controllo qualità, al risk management, rappresentanza della microbiologia, della chirurgia, del centro di sterilizzazione, della farmacia, dell'igiene pubblica, ecc....

Variabile	Descrizione/Definizione
5.Quanti incontri del comitato controllo infezioni sono stati organizzati nell'anno precedente?	In caso di esistenza del comitato per il controllo delle infezioni, indicare quante riunioni del comitato sono state organizzate nell'anno precedente alla sorveglianza.
6.La struttura può richiedere assistenza e competenze in maniera formale ad un comitato controllo infezioni esterno (ad esempio il comitato controllo infezioni dell'AUSL di riferimento)?	Indicare se la struttura può chiedere aiuto e competenze a un team esterno di controllo delle infezioni (CI) su base formale (ad esempio, un team di controllo delle infezioni di un ospedale locale).
7.Nella struttura, è disponibile un protocollo scritto per:	Selezionare per ogni argomento se è presente o meno un protocollo scritto (ad es. una istruzione operativa interna) nella struttura.
8.Nella struttura è attiva una sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza? (report annuale del numero di infezioni del tratto urinario, infezioni del tratto respiratorio, ecc.)	Indicare se è attivo o meno un sistema di sorveglianza delle ICA, ad esclusione della sorveglianza HALT.
9.Quale metodo di igiene delle mani è più frequentemente usato nella struttura quando le mani non sono sporche (è possibile una sola risposta)	Selezionare tra le tre alternative il metodo per l'igiene delle mani più frequentemente utilizzato nella struttura quando le mani non sono sporche.
10.Quanti litri di soluzione alcolica per l'igiene delle mani sono stati utilizzati l'anno scorso?	Numero totale in litri di soluzione alcolica usati durante l'anno solare precedente alla sorveglianza.
11.Nell'anno precedente è stata organizzata almeno una sessione di formazione sull'igiene delle mani rivolta agli operatori della struttura?	Indicare se per gli operatori sanitari e sociosanitari della struttura (infermieri, assistenti infermieristici, medici, fisioterapisti, personale addetto alle pulizie, ecc.) sia stata organizzata almeno una sessione di formazione su almeno i seguenti punti: importanza dell'igiene delle mani, istruzioni per l'igiene delle mani, la corretta tecnica e i prodotti da utilizzare.
12.Attualmente, è in vigore un regolamento sull'uso delle mascherine/filtranti facciali?	L'utilizzo delle mascherine in questo contesto si riferisce all'obbligo di indossare mascherine facciali all'interno della struttura durante attività diverse dalla cura dei pazienti con diagnosi positiva al COVID-19. Indicare una delle tre alternative possibili. Per assistenza routinaria/ordinaria si intendono tutte le tipologie di assistenza/cura di routine (tutti i contatti con pazienti non COVID-19) ma non in altre aree della struttura. Altrimenti indicare l'uso delle mascherine sempre, anche in aree comuni.

Sezione E: Uso degli antimicrobici

La raccolta di queste informazioni descrive in maniera sintetica se sono presenti elementi di disciplina e gestione dell'uso di antimicrobici all'interno della struttura.

Tabella 5. Descrizione delle variabili presenti nella sezione E della Scheda Struttura.

Variabile	Descrizione/Definizione
1. Quali dei seguenti elementi di gestione degli antimicrobici sono presenti nella struttura?	<p>Selezionare una, più di una o nessuna delle possibili realtà presenti all'interno della struttura. Si intende per:</p> <ul style="list-style-type: none"> -comitato antimicrobici: un comitato responsabile dello sviluppo di linee guida e protocolli locali e che monitora l'uso di antimicrobici nella struttura. Il team dovrebbe essere multidisciplinare, composto da (almeno) un medico prescrittore, da un farmacista, da un medico coordinatore (se presente), da un professionista della prevenzione e del controllo delle infezioni e (se possibile) da un microbiologo; il Comitato può essere anche esterno alla struttura (es. referente uso antibiotici dell'AUSL di riferimento); -linee guida scritte per l'uso appropriato degli antimicrobici: raccomandazioni per il trattamento empirico e mirato delle infezioni più comuni, incluso il dosaggio dell'antimicrobico, via di somministrazione, durata del trattamento. In genere viene proposta la terapia di prima linea e seconda linea di trattamento; -profili di resistenza antimicrobica: profili utilizzati per monitorare i pattern di antimicrobico resistenza per i microrganismi chiave, al fine di guidare la scelta degli antimicrobici per il trattamento. I dati sono ottenuti dalla sorveglianza dei risultati dei test di suscettibilità agli antimicrobici forniti dai laboratori di microbiologia clinica; -prontuario terapeutico: la lista dei farmaci per indicazione terapeutica, inteso come guida per il prescrittore per la prescrizione. Nel prontuario terapeutico vi dev'essere uno specifico capitolo sulla terapia antimicrobica.
2. Se nella struttura sono presenti linee guida scritte per il trattamento, vengono utilizzate?	Per ogni tipologia di infezione indicata, selezionare se sono presenti ed attualmente in uso delle linee guida per il trattamento.
3. Nella struttura, esiste un programma di sorveglianza del consumo di antimicrobici?	Indicare se è presente o meno un programma di sorveglianza per l'utilizzo degli antimicrobici nella struttura.

Variabile	Descrizione/Definizione
4. Nella struttura esiste un programma di sorveglianza dei microrganismi multiresistenti? (ad esempio, rapporto annuale su MRSA, <i>Clostridioides (Clostridium) difficile</i> , ecc.)	Potrebbe trattarsi, ad esempio, di relazioni annuali di sintesi per MRSA, <i>Clostridioides (Clostridium) difficile</i> , <i>Klebsiella pneumoniae</i> resistente ai carbapenemi, ecc.

4.2. Scheda reparto (Allegato 2)

La Scheda reparto è un modulo sviluppato per facilitare la raccolta dati del denominatore da inserire nella Scheda Struttura (Sezione B). Il suo utilizzo non è obbligatorio ed è solo per uso interno in quanto contiene dati sensibili che non devono essere condivisi all'esterno della struttura perché non richiesti dalla sorveglianza (es. con il Coordinamento regionale della sorveglianza). Il giorno della raccolta dati è possibile avvalersi di questo strumento stampandolo in numero di copie congrue alla capienza di ospiti della struttura.

All'interno della Scheda reparto sono presenti delle dettagliate istruzioni per l'uso e la compilazione.

4.3. Scheda ospite (Allegato 3)

Per ogni ospite che, nel giorno della sorveglianza, è presente una ICA attiva e/o un trattamento antimicrobico deve essere compilata una Scheda ospite. Le domande del modulo sono raggruppate in tre sezioni: "Dati ospite", "Parte A: Uso di antimicrobici" e "Parte B: Infezioni correlate all'assistenza".

Di seguito vengono riportate, suddivise per sezioni, tutte le variabili presenti nella Scheda ospite, con dettagliate descrizioni/definizioni di ogni voce richiesta, da consultare per una corretta compilazione.

Sezione 1. Dati ospite

Le informazioni raccolte in questa sezione descrivono le caratteristiche dell'ospite che, nel giorno della sorveglianza, presenta una ICA attiva e/o un trattamento antimicrobico al fine di descrivere i fattori di rischio associati all'infezione e/o al trattamento antimicrobico.

Tabella 6. Descrizione delle variabili presenti nella sezione Dati ospite della Scheda ospite.

Variabile	Descrizione/Definizione
CODICE OSPITE	<p>Codice univoco anonimo creato per l'ospite da chi raccoglie i dati. Può essere utilizzato il codice presente nella scheda di reparto, qualora utilizzata, oppure un altro codice, anche ad uso interno, che permetta di identificare l'ospite in maniera univoca. ATTENZIONE: si sconsiglia l'uso di codici che non garantiscano l'anonimato dell'ospite, al fine di prevenire la condivisione di dati potenzialmente sensibili. Ai fini della sorveglianza è importante che due ospiti non abbiano lo stesso codice.</p> <p>Nota per l'uso in HelicsWin.net: il programma applica un contatore numerico automatico che assegna numeri progressivi seguendo l'ordine di inserimento delle schede ospite. A questo codice può essere aggiunto il codice ospite, oppure i due codici (contatore automatico e codice ospite a libera scelta) possono corrispondere.</p>
GENERE	Maschile o Femminile.
ANNO DI NASCITA	Anno di nascita dell'ospite (AAAA).
DURATA DELLA PERMANENZA NELLA STRUTTURA	Indicare se la durata della permanenza dell'ospite nella struttura è inferiore o uguale/superiore ad un anno.
RICOVERO IN OSPEDALE NEGLI ULTIMI 3 MESI	L'ospite è stato ricoverato in un ospedale nei tre mesi precedenti alla data della sorveglianza? Devono essere presi in considerazione solo i ricoveri in ospedali per acuti (es. ospedali con almeno un reparto di medicina o chirurgia), per almeno una notte. Non devono essere considerati ricoveri in regime di day-hospital o ambulatoriale.
INTERVENTO CHIRURGICO NEI 30 GIORNI PRECEDENTI ALLA RILEVAZIONE	L'ospite è stato sottoposto ad un intervento chirurgico nei 30 giorni precedenti la sorveglianza? Per intervento chirurgico si intende una procedura in cui viene praticata un'incisione (non solo una puntura d'ago), con interessamento della mucosa e/o della cute (compresi gli approcci laparoscopici). L'intervento non deve necessariamente avvenire in sala operatoria, ma può avvenire anche in sale di radiologia interventistica, sale di cateterismo cardiaco, sale endoscopiche, ecc.
PRESENZA DI CATETERE URINARIO	Qualsiasi sistema di tubi inserito per drenare e raccogliere urine dalla vescica (catetere urinario a permanenza, catetere percutaneo sovra-pubico o addominale o una cistostomia). Non devono essere inclusi i cateteri esterni che non drenano le urine direttamente dalla vescica (ad esempio uro-condom).
CATETERE VASCOLARE	Qualsiasi accesso vascolare (venoso, arterioso) presente nel giorno della sorveglianza. Ne sono esempi il catetere intravenoso periferico, un sistema di accesso vascolare centrale, o qualsiasi altro accesso intravascolare (es. fistola arterovenosa).

Variabile	Descrizione/Definizione
INCONTINENZA URINARIA E/O FECALE	Mancanza di controllo della vescica o degli sfinteri intestinali che risulta in una incontrollata perdita di urine o feci, che necessita dell'uso di pannoloni (durante il giorno e/o la notte). <u>Questo indicatore è stato progettato per misurare il carico di lavoro del personale assistenziale.</u> Un ospite con un catetere urinario non deve essere considerato come incontinente per le urine.
LESIONI DA PRESSIONE	Tutti i gradi di lesioni da pressione devono essere inclusi (ad esempio, anche il grado 1 - eritema non reversibile alla digitopressione).
ALTRE LESIONI DELLA CUTE	Sono comprese tutte le lesioni diverse dalle lesioni da pressione, presenti nel giorno della sorveglianza. Sono incluse ulcere alle gambe, ferite chirurgiche o traumatiche e siti di inserzione per gastrostomia endoscopica percutanea (PEG), tracheotomia, urostomia, colostomia o cateteri sovrapubici e peritoneali.
DISORIENTAMENTO NEL TEMPO E/O NELLO SPAZIO	Condizione di un ospite che presenta periodi di confusione, riguardanti specialmente il tempo, lo spazio o l'identificazione di persone (ad esempio ospiti che non riescono a trovare la loro stanza, non hanno idea del tempo e/o sono incapaci di riconoscere persone che conoscono molto bene).
MOBILITÀ	Selezionare se l'ospite cammina autonomamente (anche con l'uso di ausili alla deambulazione), si muove in sedia a rotelle o è allettato.

Parte A: uso di antimicrobici

Questa sezione raccoglie gli antimicrobici che vengono somministrati nel giorno della sorveglianza descrivendone le finalità d'uso indicate dal medico prescrittore e le modalità di somministrazione. La finalità di queste informazioni è definire le modalità d'uso degli antimicrobici nella pratica corrente. In alcun caso viene effettuata una valutazione di appropriatezza prescrittiva.

Tabella 7. Descrizione delle variabili presenti nella Parte A della Scheda ospite.

Variabile	Descrizione/Definizione
NOME ANTIMICROBICO	<p>Nome generico o di marca dell'antimicrobico. Questi nomi devono essere convertiti in codici ATC5 al momento dell'inserimento dei dati in HelicsWin.Net.</p> <p>I seguenti antimicrobici devono essere inclusi se la loro via di somministrazione è orale, parenterale (endovenosa), intramuscolare, sottocutanea, inalatoria o rettale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - antibatterici (ATC J01), antimicotici (J02) e antimicotici (D01BA) per uso sistemico; - antimicrobici utilizzati come antinfettivi intestinali (A07AA) - antiprotozoari derivati da nitroimidazolo (P01AB) - antimicobatterici (J04) se utilizzati per il trattamento dei micobatteri, compresa la tubercolosi, o come trattamento di riserva per i batteri multiresistenti; - antivirali per COVID-19: PF-7321332/ritonavir/nirmatrelvir (Paxlovid™), regdanvimab (Regkirona™), casirivimab/imdevimab (Ronapreve™), remdesivir (Veklury™), sotrovimab (Xevudy™), molnupiravir (Lagevrio™), tixagevimab/cilgavimab (Evusheld™). <p>Devono essere esclusi i seguenti antimicrobici:</p> <ul style="list-style-type: none"> - agenti antivirali per uso sistemico (J05) (usi diversi dal trattamento di COVID-19); - preparazioni topiche antibiotiche (es. colliri, creme, unguenti, ecc.); - agenti antisettici.
VIE DI SOMMINISTRAZIONE	Via di somministrazione dell'antimicrobico: orale, parenterale (endovenosa - EV), intramuscolare (IM) o sottocutanea (SC) o di altro tipo (ad esempio, rettale, inalatoria).

Variabile	Descrizione/Definizione
DATA DI FINE/REVISIONE TRATTAMENTO	Questo dato deve essere presente nella cartella clinica o infermieristica dell'ospite, dove viene riportata la data di fine trattamento dell'antimicrobico (data di fine) o la data di revisione del trattamento da parte del prescrittore (data di revisione).
TIPO DI TRATTAMENTO	Profilassi: antimicrobici prescritti per prevenire un'infezione. L'ospite non presentava segni/sintomi di infezione al momento della prescrizione degli antimicrobici.
PRESCRIZIONE	Indicare il gruppo diagnostico per sito anatomico per il quale viene prescritto l'antimicrobico. Se "Altro" si prega di specificare il sito.
LUOGO DI PRESCRIZIONE	Luogo in cui è stato prescritto l'antimicrobico: in questa struttura, in ospedale o altrove.

Parte B: infezioni correlate all'assistenza

Questa sezione descrive le infezioni correlate all'assistenza attive nel giorno della sorveglianza. La diagnosi di infezione viene ottenuta dal rilevatore attraverso l'applicazione degli algoritmi diagnostici della sorveglianza applicati a tutti gli ospiti eleggibili.

Tabella 8. Descrizione delle variabili presenti nella Parte B della Scheda ospiti.

Variabile	Descrizione/Definizione
CODICE INFEZIONE	Per identificare correttamente il codice di infezione da inserire nella scheda, si vedano le sezioni seguenti 4.3.1, "Infezioni attive correlate all'assistenza " e 4.3.2, "Identificazione del codice d'infezione mediante gli algoritmi decisionali".
SE "ALTRO" SPECIFICARE	Se il codice dell'infezione è "ALTRO", fornire ulteriori informazioni sul tipo di infezione.
DATA DI INSORGENZA (GG/MM/AA)	Data di esordio dell'infezione (gg/mm/aa). Registrare la data dei primi segni o sintomi dell'infezione. Se non è nota, registrare la data in cui è stato iniziato il trattamento per questa infezione o la data in cui è stato prelevato il primo campione diagnostico. Se non è stato iniziato alcun trattamento o prelevato alcun campione, stimare la data approssimativa di insorgenza in base alle informazioni disponibili.

Variabile	Descrizione/Definizione
A. NOME DEL MICRORGANISMO ISOLATO (USARE LA LISTA DEI CODICI)	Per identificare correttamente il codice corrispondente ad ogni microrganismo isolato (da 1 a 3) si faccia riferimento alla lista di codici presente nell'Allegato 5 di questo protocollo.
B. ANTIMICROBICO/I TESTATO/I E RESISTENZA	Anche per questi codici si veda il dettaglio nell'Allegato 5 Codici microrganismi.

4.3.1. Infezioni attive correlate all'assistenza

Chi raccoglie i dati deve identificare gli ospiti che presentano segni e/o sintomi di ICA attiva (acquisita nella struttura) il giorno della sorveglianza.

Un'infezione è attiva quando:

- segni/sintomi dell'infezione sono di nuova insorgenza o quando si osserva un peggioramento dei sintomi preesistenti¹

OPPURE

- sintomi erano presenti nelle due settimane (14 giorni) precedenti al giorno della sorveglianza E risultavano essere sintomi di recente esordio E l'ospite è (ancora) sottoposto a trattamento per una infezione per la quale potrebbe non manifestare più i sintomi iniziali (es. ospite in trattamento antipiretico, collirio antibiotato)²;

E

- l'insorgenza dei sintomi si è verificata più di 48 ore dopo (cioè, dal terzo giorno in poi) dalla riammissione dell'ospite in struttura (es. Post-dimissione ospedaliera),

OPPURE

¹ I sintomi cronici, come la tosse o l'urgenza urinaria, di solito non sono associati a un'infezione. Le cause non infettive devono sempre essere prese in considerazione prima di formulare una diagnosi di infezione. Un cambiamento nello stato dell'ospite è un'indicazione importante del fatto che si sta sviluppando un'infezione.

² Se questi segni/sintomi soddisfano la definizione di caso di ICA, tale ICA deve essere registrata nella Scheda ospite. Chi raccoglie i dati deve indagare su tutti i segni/sintomi che si sono manifestati nelle due settimane precedenti, ad esempio dalle cartelle cliniche dei pazienti o consultando il medico dell'ospite, se possibile.

- all'ospite è stato diagnosticato il COVID-19³ e l'insorgenza dei sintomi si è verificata dopo più di 48 ore (cioè, dal terzo giorno in poi) dalla riammissione dell'ospite nella struttura. In caso di ospiti asintomatici, il primo test positivo deve essere stato registrato entro le due settimane (14 giorni) precedenti la sorveglianza.

Eccezioni:

- **Infezioni da *Clostridioides (Clostridium) difficile*** acquisite in altra struttura/ospedale: queste infezioni devono essere escluse da questa sorveglianza se l'insorgenza dei segni/sintomi si è verificata entro 28 giorni da un soggiorno in un'altra struttura sanitaria (ad esempio, un ospedale o un'altra struttura per anziani). In questa situazione, le infezioni da *C. difficile* sono considerate acquisite in un'altra struttura sanitaria.
- **Infezioni ospedaliere.** Tutte le ICA attive contratte in corso di un precedente ricovero ospedaliero sono escluse dalla sorveglianza.
- **Infezioni del sito chirurgico:** quando un ospite presenta segni/sintomi di infezione della pelle o della lesione il giorno della sorveglianza, occorre verificare che tali segni/sintomi di infezione non siano il risultato di un intervento chirurgico precedente. Le infezioni della pelle o della lesione che si verificano entro 30 giorni dall'intervento senza impianto o entro 90 giorni dall'intervento con impianto sono considerate infezioni del sito chirurgico. Le infezioni del sito chirurgico devono essere escluse da questa sorveglianza in quanto associate all'ospedale.

4.3.2 Identificazione del codice dell'infezione utilizzando gli algoritmi decisionali (Allegato 4).

Confrontando i segni/sintomi degli ospiti e i risultati strumentali e diagnostici disponibili con quelli elencati negli algoritmi decisionali (Allegato 4), il personale coinvolto nella raccolta dati verifica se sono presenti segni/sintomi sufficienti a confermare un'infezione. In seguito, va inserito il/i codice/i pertinente/i nella parte

³ La diagnosi di COVID-19 viene effettuata sulla base della sola conferma di un test di laboratorio documentato (isolamento dell'RNA virale o attraverso un tampone antigenico orofaringeo o nasale, o qualsiasi altro campione clinico appropriato), anche in assenza di segni e sintomi clinici.

B della Scheda ospite nel campo del codice di infezione. Pertanto, è fondamentale una ricerca esaustiva dei segni/sintomi presenti negli ospiti nel giorno della sorveglianza.

Gli algoritmi decisionali utilizzati in questa sorveglianza si basano su criteri clinici, ovvero sulle definizioni dei casi CDC/SHEA degli Stati Uniti [5], che a loro volta si basano sui criteri McGeer [6] per la sorveglianza delle infezioni nelle strutture per anziani.

Per stabilire se i criteri di definizione di caso sono soddisfatti, si devono considerare solo i risultati di test/esami disponibili alla data della sorveglianza. Quelli disponibili dopo il giorno della sorveglianza non devono essere considerati. Sebbene ciò possa comportare una certa sottostima del numero reale di casi di ICA, servirà per garantire la comparabilità tra tutte le residenze socio-sanitarie dell'Emilia-Romagna.

Poiché le residenze socio-sanitarie regionali hanno un accesso più limitato ai test microbiologici e di laboratorio rispetto alle istituzioni Canadesi ed Americane [7] dalle quali sono state tratte le definizioni, la definizione di caso per le infezioni del tratto urinario ha due livelli: "probabile" e "confermato".

Figura 1. Esempio di Algoritmo decisionale - infezione del tratto urinario – presente nell'Allegato 4

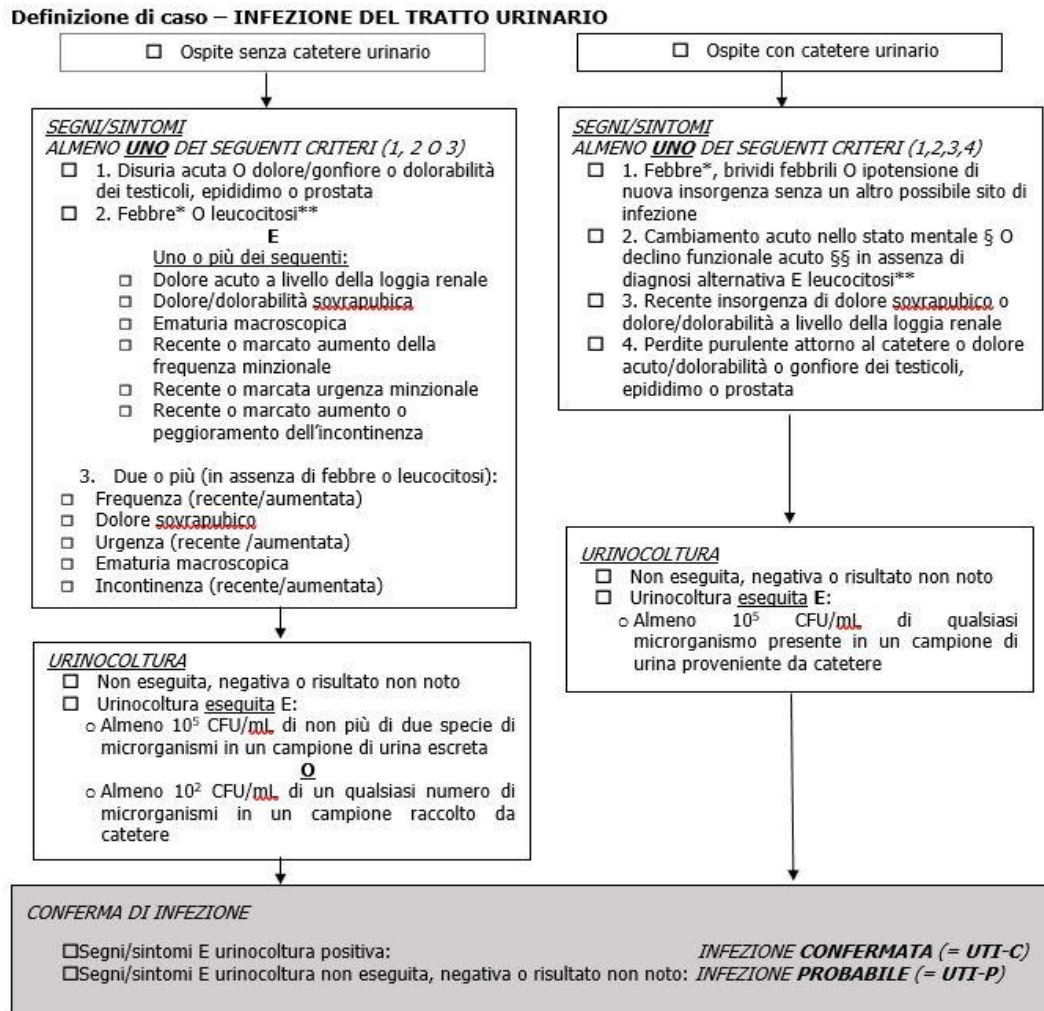


Tabella 9. Codici delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria

Infezione	Livello	Codice di infezione
Infezioni delle vie urinarie (UTI):		
- UTI confermata	Confermato	UTI-C
- UTI probabile	Probabile	UTI-P
COVID-19:		
- Asintomatico	Confermato	COV-ASY
- Lieve/moderato	Confermato	COV-MM
- Grave	Confermato	COV-SEV
Infezioni del tratto respiratorio (RTI):^{ix}		
- Sindromi da raffreddamento comuni/faringiti	Confermato	COLD-C
- Malattia simil-influenzale ("influenza")	Confermato	FLU-C
- Polmonite	Confermato	PENU-C
- Altri RTI basse vie	Confermato	LRTI-C
Infezioni cutanee^x		
- Cellulite/infezione dei tessuti molli/ferite	Confermato	SKIN-C
- Scabbia	Confermato	SCAB-C
- Infezione da herpes simplex o zoster	Confermato	HERP-C
- Infezioni fungine	Confermato	FUNG-C
Infezioni del tratto gastrointestinale:		
- Gastroenterite	Confermato	GE-C
- Infezione da <i>Clostridioides (Clostridium) difficile</i>	Confermato	CDI-C
Infezioni agli occhi, alle orecchie, al naso e alla bocca:		
- Congiuntivite	Confermato	CONJ-C
- Infezioni dell'orecchio	Confermato	EAR-C
- Sinusite	Confermato	SINU-C
- Infezione della bocca o candidosi orale	Confermato	ORAL-C
Batteriemie	Confermato	BSI-C
Episodio febbrile inspiegabile	Confermato	FUO-C
Altre infezioni		ALTRO

ix: infezioni diverse da COV-19

x: Le infezioni del sito chirurgico devono essere escluse da questa sorveglianza se la comparsa di segni/sintomi è avvenuta entro 30 giorni dall'intervento senza impianto o entro tre mesi (90 giorni) in caso di intervento con impianto.

Tabella 10. Definizione dei termini chiave utilizzati negli algoritmi decisionali

Termine chiave	Descrizione/definizione
* Febbre	1) Una singola misurazione > 37.8°C orale/timpanica o 2) misurazioni ripetute > 37.2°C o >37.5°C rettale o 3) >1.1°C rispetto alla temperatura basale in qualsiasi sito (orale, timpanica, ascellare)
** Leucocitosi	1) Neutrofila >14,000 leucociti/mm ³ 2) o 2) shift a sinistra della formula leucocitaria (>6% o ≥1500 elementi/mm ³)
§ Variazioni acute dello stato mentale	Insorgenza acuta + fluttuazioni dello stato mentale + calo di attenzione E pensiero disorganizzato o alterato livello di coscienza
§§ Declino funzionale acuto	Recente incremento di 3 punti dello score ADL (range 0-28) rispetto al punteggio basale calcolato in base a 7 parametri ADL (mobilità a letto, spostamenti, deambulazione, uso del bagno, vestizione, igiene personale, alimentazione). Ad ogni parametro è attribuito un punteggio da 0 (indipendente) a 4 (totalmente dipendente) O un aumento della dipendenza valutata con altre scale rispetto alla ADL.
Infezioni del tratto urinario	Comprende infezioni renali, uretere, vescica o uretra
Dolore loggia renale	Dolore lombare in corrispondenza dei reni (tra la 12° costa e la colonna vertebrale)
Dolore/dolorabilità sovra-pubica	Dolore o dolorabilità nell'area sovra-pubica
Infezioni tratto respiratorio	Comprende infezioni delle alte e basse vie respiratorie
Infezioni tratto respiratorio superiore	Infezioni del (naso-)faringe (rinofaringiti) o tonsille (tonsilliti)
Infezioni tratto respiratorio inferiore	Infezioni della trachea e dei bronchi (bronchiti), bronchioli (bronchioliti) o polmoni e alveoli (polmoniti)
Linfoadenopatie	Alterazioni fisiopatologiche dei linfonodi (tumefazione e/o aumento di dimensioni)
Infiltrati	Deposizione di fluidi (ad esempio sangue, pus etc.) nei tessuti e nelle cellule
Espettorato	Secrezioni provenienti dal tratto respiratorio inferiore (da non confondere con la saliva)
Dolore toracico pleurítico	Dolore toracico durante l'inspirazione che può provocare atti respiratori superficiali e rapidi per alleviare il dolore
Diagnostica per immagini toracica	Le modalità di diagnosi delle malattie del torace comprendono la radiografia del torace, la tomografia computerizzata (TC), la

Termine chiave	Descrizione/definizione
	scansione polmonare con ventilazione-perfusione e la tomografia a emissione di positroni (PET), e gli ultrasuoni.
COVID-19	Infezione da SARS-CoV-2
Ossigenoterapia	Uso dell'ossigeno come trattamento medico, più comunemente attraverso una maschera o una cannula nasale.
Saturazione dell'ossigeno	La saturazione dell'ossigeno nel sangue viene comunemente misurata dal polpastrello con il saturimetro. I livelli normali di saturazione dell'ossigeno nel sangue per gli anziani sono di circa il 95% o superiore.
Infezioni della cute	
Cellulite	Infezione del tessuto connettivo
Infezione dei tessuti molli	Tessuti che connettono, supportano o circondano altre strutture o organi (muscoli, tendini, legamenti, nervi, vasi sanguigni, tessuto adiposo, tessuto fibroso, fascia e membrane)
Rash maculo papulare	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 essiccano
Herpes zoster	Malattia virale che si manifesta per lo più con rash vescicolare doloroso a disposizione metamERICA (segue il percorso dei nervi sensoriali) ad esempio sul viso, tronco, spalle e fianchi
Scabbia	Malattia cutanea contagiosa causata da un acaro e caratterizzata da intenso prurito.
Infezioni gastro-intestinali	Infezioni dello stomaco e/o intestino
<i>Clostridioides (Clostridium) difficile</i> (CD)	<i>C. difficile</i> (bacillo sporigeno Gram-positivo); causa diarrea persistente e colite ulcero-emorragica
Megacolon tossico	Complicanza potenzialmente mortale che causa dilatazione del colon e sintomi come dolore addominale, distensione, tensione, febbre, tachicardia e può portare a shock
Colite pseudo-membranosa	Una delle forme di diarrea associata agli antimicrobici (spesso causata da <i>C. difficile</i>) caratterizzata da dolori addominali, feci sanguinolente, diarrea e febbre
Infezioni oculari	
Eritema congiuntivale	Arrossamento della congiuntiva

4.4 Microrganismi isolati e resistenza antimicrobica (Allegato 5)

I dati sui microrganismi isolati e sulla resistenza antimicrobica sono raccolti nella "Parte B - Infezioni correlate all'assistenza" della Scheda ospite.

Devono essere inclusi solo i risultati microbiologici disponibili alla data della sorveglianza (non vanno inseriti i risultati che potrebbero essere disponibili nei giorni successivi alla rilevazione). È possibile specificare fino a tre microrganismi isolati che vanno registrati utilizzando l'elenco dei codici dei microrganismi (vedi Allegato 5). ATTENZIONE: alcune infezioni sono diagnosticabili solo in presenza di un esame microbiologico positivo.

Se il giorno della rilevazione non sono disponibili risultati microbiologici, si deve selezionare una delle seguenti opzioni:

_NOEXA	ESAME NON ESEGUITO	Non è stato prelevato alcun campione diagnostico, né è stato effettuato alcun esame microbiologico.
_NA	RISULTATI NON DISPONIBILI	I risultati dell'esame microbiologico non sono (ancora) disponibili o non sono reperibili.
_NONID	MICROORGANISMO NON IDENTIFICATO	Risulta eseguita una analisi microbiologica (documentazione e risultati disponibili), ma il microrganismo non può essere correttamente classificato
_STERI	ESAME NEGATIVO (STERILE)	È stato eseguito un esame microbiologico, ma il risultato è stato negativo (ad esempio, una coltura negativa).

Per cinque gruppi di batteri selezionati (evidenziati in rosso nell'elenco dei codici dei microrganismi dell'Allegato 5) devono essere segnalati i profili di resistenza ad alcuni antimicrobici selezionati.

5 Invio dei dati

Il Software

Il software "**HelicsWin.Net**" raccoglie i dati in formato elettronico per la trasmissione al coordinamento regionale. Il programma è a disposizione del personale della struttura che procede al caricamento e successivo invio. Il programma è corredato di un manuale dettagliato per assistere passo dopo passo i rilevatori locali o le persone designate all'installazione del software e all'inserimento dei dati.

Tutti i dati inseriti sono memorizzati sul computer locale anziché su un database centralizzato. Pertanto, i dati devono essere esportati in un file MDB (database Microsoft Access) ed inviati al Referente della sorveglianza presso l'Azienda Sanitaria di riferimento, che provvederà al trasferimento degli stessi al coordinamento regionale.

I Referenti delle Aziende Sanitarie potranno costruire un database aziendale aggregando i file inviati dalle strutture e inserire i dati nell'applicazione. La funzione "Controllo qualità dei dati" verifica la presenza di errori che devono essere corretti prima dell'aggregazione e invio al coordinamento regionale. È possibile apportare le correzioni direttamente dal software (è sconsigliata la modifica del file).

Per qualsiasi problema riscontrato durante l'installazione o l'utilizzo del software, si prega di fare riferimento al coordinamento regionale al seguente indirizzo email: SorveglianzaHALT4@regione.emilia-romagna.it.

Insieme al materiale per la formazione viene fornito un Manuale d'uso del software di raccolta dati *HelicsWin.Net* che descrive passo passo tutti gli utilizzi e le funzioni.

Bibliografia

1. European Commission, Directorate-General for Health and Consumer Protection. Improving Patient Safety in Europe: Technical Implementation Report 2005-2008. Brussels: EC, DG SANCO (now DG SANTE); 2008 Nov. Available at: http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Healthcare-associated_infections/HAI-Net/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. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/point-prevalence-survey-healthcare-associated-infections-and-antimicrobial-use-1>
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. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/point-prevalence-survey-healthcare-associated-infections-and-antimicrobial-use-2>
4. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Protocol for national onsite assessment during the HALT-3 project. 2016-2017. Stockholm: ECDC; 2016. Available upon request: HAI-Net@ecdc.europa.eu
5. Stone ND, Ashraf MS, Calder J, Crnich CJ, Crossley K, Drinka PJ, et al. Surveillance definitions of infections in long-term care facilities: Revisiting the McGeer criteria. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2012 Oct;33(10):965-977. Available at: <https://www.cambridge.org/core/journals/infection-control-and-hospital-epidemiology/article/surveillance-definitions-of-infections-in-longterm-care-facilities-revisiting-the-mcgeer-criteria/96F1AC4F148B6FB8C80F3A7B094CA240>
6. 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 Feb;19:1-7. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0196655391901545?via%3Dihub>



AMR 

