

Modulo H1- Dati relativi alla struttura ospedaliera 1/3

Codice ospedale: [_____]

Data rilevazione: dal: __ / __ / ____ al: __ / __ / ____
gg/ mm / aaaa gg/ mm / aaaa

Numero totale di posti letto in ospedale [_____]

Numero di posti letto per acuti [_____]

Numero di letti di Terapia Intensiva [_____]

Ci sono reparti esclusi dalla rilevazione?

No Sì, specificare i reparti esclusi:

Numero totale posti letto nei reparti inclusi: [_____]

Numero totale di pazienti inclusi: [_____]

Tipologia di ospedale

Primaria (1°) Secondaria (2°) Terziario (3°)

Specializzato

Se ospedale specializzato, specificare: _____

Tipologia amministrativa

Pubblico Privato accreditato

Privato Altro/sconosciuto

L'ospedale fa parte di un'azienda:

No Sì → Se sì: _____ Codice Azienda [_____]

Dati riferiti a : Singolo ospedale Intera Azienda

Tipologia Azienda: 1° 2° 3° Specializzato

N.di posti letto totali dell'Azienda [_____]

Letti per acuti Azienda: [_____]

	Numero	Anno	Inclusi/ Tot (1)
Numero di ammissioni/dimissioni anno			Inc Tot
N. Giornate di cura/anno			
Consumo l/anno soluz.alcolica per l'ig.delle mani			Inc Tot
N.di opportunità di Ig.delle mani osservate/anno			Inc Tot
Numero di emocolture /anno			Inc Tot
Numero di test delle feci per <i>C.difficile</i> /anno			Inc Tot
N.di infermieri FTE addetti al controllo delle infezioni			Inc Tot
N.di medici FTE addetti al controllo delle infezioni			
N. di addetti all' <i>antimicrobial stewardship</i> FTE			Inc Tot
Numero di infermieri diplomati FTE			
Numero di OSS FTE			
Numero di infermieri in ICU FTE			
Numero di OSS in ICU FTE			Inc Tot
N.Stanze per isolamento aerosol			

Codice ospedale: [_____]

Data rilevazione: dal: __ / __ / __ al: __ / __ / __
gg/ mm / aaaa gg/ mm / aaaa

Programmi di prevenzione e controllo delle infezioni (IPC):

Esiste un piano IPC annuale, approvato dal DG o dal DS dell'ospedale? Si No

Viene prodotto un report annuale sui programmi IPC, approvato dal DG o dal DS dell'ospedale? Si No

Partecipazione a reti di sorveglianza:

Durante lo scorso anno, a quale attività di sorveglianza ha partecipato l'ospedale? (*più di una risposta*)

SSI ICU CDI Resistenza agli antibiotici
 Consumo di antibiotici No Altro, specificare: _____

Richiesta esami diagnostici/microbiologia:

Durante il weekend, è possibile richiedere test microbiologici e ricevere i risultati?

Test clinici: Sabato Domenica

Test di screening (ad es MRSA): Sabato Domenica

Nell'ospedale sono presenti le seguenti misure per la prevenzione delle HAI o di antimicrobial stewardship? (*Si/No/Non so*)

	Linee guida	Bundle	Formazione	Checklist	Audit	Sorveglianza	Feedback
ICU							
Polmonite							
Batteriemie							
Infezioni delle vie urinarie							
Antibiotic Stewardship							
Intero ospedale / altri reparti							
Polmonite							
Batteriemie							
SSI							
Infezioni delle vie urinarie							
Antibiotic Stewardship							

Polmonite, batteriemie e infezione delle vie urinarie associate alle cure e/o all'utilizzo di dispositivi invasivi; Bundle: 3-5 pratiche basate sulle evidenze scientifiche che migliorano la prognosi dei pazienti; Formazione: formazione o interventi educativi; Checklist: auto-compilata; Audit: processo esterno (sorveglianza, osservazioni..)

DG: Direttore generale; DS: Direttore sanitario; SSI: Infezioni del sito chirurgico; ICU: Unità di terapia intensive (HAI in ICU); CDI: Infezione da *Clostridium difficile*.

Codice ospedale: [_____]

Data rilevazione: dal :__ / __ / ____ al: __ / __ / ____
 gg/ mm / aaaa gg/ mm / aaaa

Opzionale: indicatori di reparto raccolti a livello ospedaliero:

	Numero	Inc/Tot ¹
Numero di letti con dispenser di soluzione alcolica per l'igiene delle mani in loco		
Numero di letti in cui è stata valutata la predisposizione per il dispenser di soluzione alcolica		
Numero totale di stanze di degenza nell'ospedale		
Numero di stanze singole di degenza nell'ospedale		
Numero di stanze singole con bagno e doccia privati		
Numero di letti occupati alle 00:01 del giorno dello studio		
Numero di letti predisposti per la degenza alle 00:01 del giorno dello studio (dal martedì al venerdì)		

(1) I dati raccolti si riferiscono ai soli reparti inclusi (Inc= Consigliato) o per tutto l'ospedale (Tot); se tutti i reparti sono inclusi nella sorveglianza (Inc=Tot), segnare "Inc"

Nell'ospedale, il personale sanitario porta in tasca del camice un dispenser di gel idroalcolico? (se sì, indicare in che percentuale)

No 0-25% dei lavoratori 25-50% dei lavoratori 50-75% dei lavoratori >75% dei lavoratori Sì, percentuale sconosciuta

Esiste una procedura formale per valutare l'appropriatezza della terapia antibiotica nelle 72 ore dalla prescrizione (revisione post-prescrizione)?

Sì, in tutti i reparti Sì, solo in reparti selezionati Sì, solo in ICU N Non noto

Numero di letti con predisposizione per il dispenser di soluzione alcolica e
 Numero di letti predisposti per la degenza alle 00:01 del giorno dello studio =
 denominatore, tipicamente corrisponde al numero totale di letti dell'ospedale;
 ICU: unità di terapia intensiva

Data di rilevazione reparto¹: __ / __ / __ Codice ospedale [_____] Nome reparto (abbr.) / Id unità [_____]

 gg / mm / aaaa

Specialità reparto² PED NEO ICU MED SUR G/O GER PSY RHB LTC OTH MIX

Numero totale di pazienti nel reparto³ [_____] Esiste una procedura formale per valutare l'appropriatezza di un antibiotico entro 72 ore dalla prescrizione dello stesso (revisione post-prescrizione)? Si No

	Numero	Anno ⁴
N. di giornate di degenza totali del reparto/anno		
Consumo soluzione alcolica igiene mani in reparto (Litri/anno) ⁵		
N. di opportunità dell'igiene delle mani osservate nel reparto/anno		
Numero di posti letti nel reparto		
N. di letti con dispenser di soluzione idroalcolica in loco		
N. di operatori sanitari in reparto al momento della rilevazione		
N. di operatori sanitari con dispenser di gel idroalcolico		
Numero di stanze nel reparto		
Numero di stanze singole nel reparto		
N. di stanze singole con bagno e doccia privati		
N. di letti occupati alle 00:01 del giorno dello studio		

¹I pazienti dello stesso reparto dovrebbero essere inclusi in una singola giornata di rilevazione, se possibile; ²Specialità principale $\geq 80\%$ dei pazienti appartengono a questa specialità, altrimenti scegliere mixed ; ³Numero di pazienti ricoverati nel reparto alle 8:00 AM e non dimessi al momento della rilevazione; ⁴Anno: anno a cui si riferiscono i dati, anni precedenti o anno a cui si riferiscono i dati più recenti disponibili; ⁵Soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani in litri, inviata al reparto in un anno; N: numero

Modulo P - Dati relativi ai pazienti

Codice ospedale [_____] Reparto/unità (abbr.) [_____]

Data della rilevazione: ___ / ___ / 20___ (gg/mm/aaaa)

Codice progressivo paziente [_____]

Età : [_____] anni ; Età in mesi se pz < 2 anni : [_____]

Sesso : M F

Data ricovero in ospedale: ___ / ___ / _____ (gg/mm/aaaa)

Specialità del medico/paziente: [_____]

Intervento chirurgico durante la degenza:

No Sì, Minimamente invasivo/non-NHSN Non noto

Sì, NHSN → specificare (opzionale) [_____]

McCabe score:

Malattia non-fatale Malattia fatale

Malattia rapidamente fatale Non noto

Se neonato peso alla nascita: [_____] in grammi

Catetere venoso centrale : No Sì Non noto

Catetere vascolare periferico: No Sì Non noto

Catetere urinario: No Sì Non noto

Intubazione : No Sì Non noto

Il paziente assume antibiotici⁽¹⁾: No Sì

Il paziente ha almeno una HAI ATTIVA⁽²⁾: No Sì

(1) Riferito al giorno dello studio, eccetto per la profilassi chirurgica dove si considerano le 24 ore precedenti alle 8 am del giorno dello studio; se sì, compilare la parte relativa all'antibiotico;

(2) (Infezione con insorgenza ≥ Giorno 3 di ricovero, OPPURE coincide con SSI (chirurgia nei 30-90 giorni precedenti), OPPURE dimesso da ospedale acuto nelle 48 ore prima, OPPURE CDI e dimesso < 28 giorni prima, OPPURE insorgenza < Giorno 3 dopo procedura/device invasiva al Giorno 1 o Giorno 2

E HAI confermata dai criteri OPPURE Paziente in trattamento per HAI E l'infezione rientra nelle definizioni tra il primo giorno di trattamento e il giorno dello studio;

→ SE Sì, compilare parte HAI

Antibiotico (nome generico)	Via di Somministr.	Indicazione	Diagnosi (sito)	Motivazione in cartella	Data inizio AB	Cambio? (+ motivo)	Se cambio: Data inizio primo AB	Dose giornaliera		
								Numero di dosi	Dosaggio	mg/g/IU
					/ /		/ /			
					/ /		/ /			
					/ /		/ /			

Via di somministrazione: P: parenterale, O:orale, R:rettale, I: inalatoria; **Indicazione:** Motivazione trattamento: **CI:** infezione comunitaria; **LI:** infezione acquisita in lungo degenza (es.RSA); **HI:** ICA acquisita in un ospedale per acuti; Profilassi chirurgica: **SP1:** singola dose; **SP2:** un giorno; **SP3:** > 1 giorno, **MP:** profilassi medica; **O:** altra indicazione (es. Eritromicina come agente procinetico); **UI:** indicazione/ragione non nota (verificata durante lo studio); **Non noto:** informazione/ragione mancante. **Diagnosi:** vedere lista siti d'infezione solo per CI-LI-HI; **Motivazione in cartella:** Si/No; AB **Cambiato? (ragioni):** N: nessun cambiamento; E= escalation; D= de-escalation; S=switch da IV a orale; A=Eventi avversi; OU=cambio, ragioni non conosciute; U=Sconosciuto; Se cambiato, data inizio primo AB prescritto; Dose giornaliera e.g. 3 x 1 g; g= grammi, mg= milligrammi, IU=unità internazionali, MU: milioni IU

	HAI 1				HAI 2			
Codice infezione HAI								
Dispositivo in situ⁽³⁾	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto			
HAI presente al ricovero?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
Data di inizio HAI ⁽⁴⁾	/ / (gg/mm/aaaa)				/ / (gg/mm/aaaa)			
Origine infezione	<input type="checkbox"/> questo ospedale <input type="checkbox"/> altro ospedale per acuti <input type="checkbox"/> altra origine/sconosciuta				<input type="checkbox"/> questo ospedale <input type="checkbox"/> altro ospedale acuto <input type="checkbox"/> altra origine/sconosciuta			
HAI associate al reparto dell'attuale ricovero	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto				<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non noto			
Se BSI: origine ⁽⁵⁾								
	Codice MO	AMR		P D R	Codice MO	AMR		P D R
		AB ⁽⁶⁾	SIR			AB ⁽⁶⁾	SIR	
Microorganismo 1								
Microorganismo 2								
Microorganismo 3								

(3) Dispositivo (device) n uso prima (48ore) dell'inizio dell'infezione (PN,BSI,NEO-LCBI,NEO-CNSB,UTI) ;

(4) Solo per infezioni non presenti/attive al momento del ricovero (gg/mm/aaaa) ; (5) C-CVC, C-PVC, S-PUL, S-UTI, S-DIG, S-SSI, S-SST, S-OTH, UO, Non noto; (6) AB: AB testato ; S. aureus: OXA+ GLY; Enterococcus sp.: GLY; Enterobacteriaceae: C3G + CAR; P. aeruginosa und Acinetobacter sp.: CAR; SIR: S=sensibile, I=intermedio, R=resistente, U=Sconosciuto; PDR: Pan resistente : N = No, P = possibile, C=confermato, U=Sconosciuto