



Domande frequenti

PD Dr. Walter Zingg
Dr. Aiki Metsini

Criteria di inclusione/esclusione

- 1. I reparti di riabilitazione annessi agli ospedali acuti possono (devono) partecipare al sondaggio?**

Sí, possono (devono) essere inclusi.

- 2. Le e i pazienti che vengono dimessi dall'ospedale dopo le 8.00 del giorno del sondaggio possono esservi inclusi?**

No, sono esclusi dal sondaggio.

Indicatori

Modulo H1

- 1. Nel modulo H1 (e H3) ho la possibilità di specificare degli indicatori per l'intero ospedale (Tot) o esclusivamente per i reparti inclusi nel sondaggio (Inc). Quale opzione devo scegliere?**

Sta a lei scegliere se specificare i dati come "Tot" o "Inc". Tuttavia, deve assolutamente prestare attenzione a che TUTTE le indicazioni siano del medesimo tipo (o tutte "Tot" o tutte "Inc"), altrimenti non sarà possibile procedere all'analisi dei dati.

- 2. Se il mio ospedale non disponesse di alcuna indicazione concernente un indicatore richiesto nei moduli dell'ospedale/del reparto, posso lasciare vuoto il campo interessato?**

No, i campi vuoti non sono ammessi poiché impediscono la validazione del modulo nell'ambito della banca dati. Qualora non vi fossero indicazioni concernenti la specifica richiesta, nel campo corrispondente va immesso uno 0 (zero).

3. Quale rete ospedaliera, devo includere tutte le sedi, incluse la riabilitazione e la psichiatria?

La psichiatria è sempre esclusa; la riabilitazione lo è quando è alloggiata in una sede propria. Per quanto possibile, le informazioni concernenti la rete ospedaliera dovrebbero escludere tali sedi.

4. Nel modulo H1 va indicato il numero delle osservazioni concernenti l'igiene delle mani: devo includere anche le osservazioni inerenti al settore ambulatoriale e il pronto soccorso?

Includa tutte le osservazioni concernenti l'igiene delle mani, anche quelle non eseguite nel reparto stazionario, tranne qualora le osservazioni nei settori ambulatoriali dovessero superare quelle nei settori degenti.

5. Nel modulo H1 devo specificare l'organico del personale curante nell'ospedale e nelle cure intensive. Devo dedurre il numero delle persone che lavorano alle cure intensive dal totale dell'ospedale?

No. Indichi semplicemente il totale a livello di ospedale e a livello di reparto di cure intensive.

6. Come sono definiti le/gli assistenti di cura?

Le/gli assistenti di cura sono collaboratori che hanno solitamente un contatto diretto con i pazienti, ma non sono né personale curante diplomato, né OSS. Lavorano sotto la supervisione di un infermiere o di un medico. Apprendisti e praticanti non vengono ad ogni modo inclusi nel sondaggio.

7. Dove trovo informazioni sul consumo dei disinfettanti per le mani?

La farmacia del suo ospedale/della sua clinica/della sua rete ospedaliera può fornirle indicazioni sui quantitativi di disinfettante per le mani che ha consegnato alle singole sedi e/o reparti (poiché è richiesto il quantitativo annuale, la quantità fornita corrisponde al consumo annuale).

8. Dove trovo la mia ID di ospedale e/o di rete ospedaliera?

Le ID di ospedali e reti ospedaliere vengono assegnate dal centro di gestione dei dati del sondaggio sulle prevalenze.

Dal canto loro, le ID dei reparti possono comporsi di lettere e/o numeri, ma non devono permettere in alcun modo di risalire al reparto interessato (p. es. contenendo l'acronimo del reparto).

Quando a partecipare sono più sedi di una rete ospedaliera, immetta p. f. nelle ID dei reparti le ID delle sedi, così che il centro di gestione dei dati possa assegnare i reparti alle sedi corrispondenti.

9. Come si conteggia il numero dei giorni-paziente dell'ospedale? Occorre essere precisi all'ora?

Vi sono tre metodi di conteggio dei giorni-paziente: 1) tutti i giorni di calendario di ospedalizzazione del paziente, totali o parziali; 2) tutti i giorni di calendario di ospedalizzazione del paziente, totali o parziali, MENO i giorni di ammissione e dimissione; 3) le giornate reali misurate in ore ed espresse in giorni. La preghiamo di volerci indicare in giorni (e non in ore).

Qualora il vostro istituto utilizzasse un metodo diverso, la preghiamo di volerci informare in merito per e-mail (pps@swissnoso.ch).

10. Vanno contate tutte le camere singole oppure soltanto quelle disponibili per l'isolamento?

Occorre conteggiare tutte le camere singole. Qualora delle camere a più letti (solitamente doppie) fossero pianificate (previste) per uso singolo in caso di epidemia, è possibile includerle nel conteggio (ma solo se il loro utilizzo è pianificato, non in caso di emergenza e/o catastrofe).

Modulo H2

11. Cosa si intende per “test di depistaggio (screening)”? P. es. un test per l'influenza è un depistaggio o un test clinico?

I test di depistaggio (o screening) sono esami che servono alla sorveglianza di infezioni o a fini epidemiologici e igienici. Un test per l'influenza può quindi essere entrambi: un test clinico teso a stabilire una terapia oppure un depistaggio per l'organizzazione di misure di isolamento durante un'epidemia influenzale. Lo stesso vale per altri test.

12. Non comprendo appieno la definizione di misure di prevenzione basate sull'evidenza.

In linea di principio, parlando di misure di prevenzione basate sull'evidenza si intende una strategia di prevenzione con più misure (solitamente da tre a cinque) che, se applicate assieme, migliorano la cura del paziente. Le misure di prevenzione basate sull'evidenza devono essere implementate nell'ambito di un programma PCI. Un esempio classico: le cinque procedure basate sull'evidenza per l'applicazione di un catetere vascolare centrale come pubblicate da Pronovost et al. (New Engl J Med 2006; 355: 2725).

13. Come è definito un piano PCI?

Nel suo ambito si definiscono gli obiettivi di PCI, p. es. attività (sorveglianza, prevenzione) o indicatori da ottenere (p. es. aderenza all'igiene delle mani >70%). Il piano deve essere disponibile in forma scritta.

Dati concernenti il reparto

- 14. Nel modulo del reparto va indicato il numero di letti con dispensatori di disinfettante per le mani nelle immediate vicinanze della zona di assistenza al paziente. Occorre includere anche i dispensatori installati all'ingresso delle camere?**

No, i dispensatori di disinfettante posizionati al di fuori dell'effettiva zona di assistenza al paziente, ad esempio all'ingresso della camera, non devono essere conteggiati. Per "zona di assistenza" si intende il punto di incontro di tre elementi: il paziente, il personale curante e le attività curative o terapeutiche che comportano un contatto con il paziente o il suo ambito (all'interno della zona di assistenza). Conformemente a questo schema, l'igiene delle mani deve essere eseguita nei momenti raccomandati ed esattamente nel punto in cui hanno luogo le attività curative. Questo presuppone la presenza di prodotti per l'igiene delle mani, ad esempio di un disinfettante alcolico, facilmente accessibili e il più vicini possibile ai pazienti.

- 15. Nei giorni di forte affollamento, la gestione aumenta il numero dei letti nelle camere. Se il sondaggio dovesse aver luogo in uno di questi giorni, nel modulo sui dati del reparto dovrò indicare il numero di letti consueto o quello effettivo?**

Indichi p. f. il numero di letti disponibili nel giorno del sondaggio.

- 16. Quale è la specialità di un reparto di cure intensive pediatriche?**

Al fine di poter differenziare senza ombra di dubbio i bambini dagli adulti (si applica alle cliniche pediatriche facenti parte di un ospedale), va indicata la specialità "PED".

Dati dei pazienti

- 1. Vi sono dei pazienti che portano una tracheostomia anche al di fuori dei reparti intensivi (reparto ORL, medicina interna): sono da considerare intubati? Nel modulo del paziente, alla voce "Respirazione (intubato)" devo rispondere "sì"?**

Sì, indipendentemente dal fatto che si sia in presenza di ventilazione meccanica (tubo intratracheale o tracheostomia) e indipendentemente dal reparto presso il quale il paziente è in cura. La tracheostomia aggira i meccanismi di protezione del tratto orofaringeo e della laringe e rappresenta perciò un rischio di infezione per le vie respiratorie inferiori.

- 2. La mia paziente ha subito due interventi NHSN. Devo optare per uno di essi? In caso affermativo, per quale?**

In relazione ai pazienti che dalla loro ammissione all'ospedale hanno subito più interventi NHSN indichi p. f. quello con il fattore di rischio più elevato (rif.: Surgical wound infection rates by wound class, operative procedure, and patient risk index.

National Nosocomial Infections Surveillance System., Am J Med. 1991 Sep 16;91(3B):152S-157S.)

3. Quale “specialità del paziente” devo indicare per madre e neonato che sono entrambi assistiti presso il reparto maternità?

Le madri in reparti di assistenza al parto e i loro neonati sani, pure ospitati in tali reparti, devono essere registrati con specialità diverse: GOOBS per le madri, GOBAB per i neonati. La specialità del reparto è la medesima per entrambi (G/O).

4. Per i bambini al di sotto dei due anni, l'età può essere indicata solo in mesi (e non in giorni): che età devo assegnare a un neonato con meno di 28 giorni?

Per i neonati (meno di 28 giorni di vita) indichi p. f. 0 mesi.

5. Quale è la specialità di un lattante che (indipendentemente dall'età postnatale) è ospedalizzato in un reparto di neonatologia?

In relazione ai neonati e ai lattanti assistiti in un reparto neonatologico occorre sempre utilizzare il codice della neonatologia (ICUNEO o PEDNEO, secondo che si tratti di un reparto neonatologico di cure intensive oppure no).

6. Nell'elenco delle malattie non trovo la patologia esatta di cui ho bisogno per definire la prognosi di sopravvivenza secondo lo score di McCabe.

L'elenco delle malattie ai fini della valutazione dello score di McCabe non è completo e ha piuttosto una funzione orientativa. La prognosi di sopravvivenza del paziente deve attenersi alle malattie sottostanti. In tale ambito va pure considerata l'influenza del problema acuto per il quale il paziente è stato avviato all'ospedale. L'influenza di un'eventuale infezione associata all'assistenza sanitaria (healthcare-associated infection, HAI) è per contro trascurabile: 12 mesi/5 anni.

7. Il modulo dei dati dei pazienti chiede l'indicazione del peso alla nascita dei neonati. Questa indicazione è necessaria anche per i lattanti (età >28 giorni) trattati in neonatologia e/o presso un reparto di cure intensive neonatologico o ginecologico/di assistenza al parto?

Sì, questa indicazione è richiesta indipendentemente dall'età per tutti i neonati e per tutti i lattanti assistiti presso un reparto di neonatologia o di ginecologia-ostetricia.

8. Presso di noi, gli interventi NHSN al ventre (p. es. appendicectomie) sono eseguiti soprattutto tramite laparoscopia. Si tratta di interventi NHSN?

Sí. L'accesso (laparoscopia, laparotomia) non rappresenta alcun criterio ai fini della definizione di un intervento NHSN.

9. Un port-a-cath non usato (non forato) costituisce un fattore di rischio?

No. Un port-a-cath senza ago non va indicato come dispositivo rilevante.

Utilizzo di antibiotici

1. Il paziente è stato indirizzato da noi con una polmonite da una casa di cura: l'infezione in oggetto va attribuita a quest'ultima?

Sí. L'infezione soddisfa da un canto i criteri di un'infezione associata alle cure, ma non va attribuita al suo ospedale. Nel modulo del paziente, al campo concernente l'utilizzo di antibiotici, contrassegni p. f. l'opzione "L".

2. Il nostro paziente assume un antibiotico per due diverse indicazioni (due infezioni diverse): nel modulo del paziente devo indicarlo una o due volte?

Semplificando un po', la sezione del modulo "Utilizzo di antibiotici" è stata sviluppata con l'intento di appurare quali antibiotici vengano prescritti e per quali motivi. Se ora un antibiotico viene utilizzato per due motivi diversi (p. es. clindamicina per un'infezione dentale e contemporaneamente per una cellulite), affinché entrambe le indicazioni possano essere rilevate sono necessarie entrambe le annotazioni.

3. Un antibiotico viene prescritto per un'infezione, ma sono presenti due diagnosi (p. es. batteriemia e infezione delle vie urinarie in connessione con un'urosepsi). Nel modulo del paziente posso indicare solo un codice. Quale di questi è prioritario?

In tal senso non vi sono indicazioni chiare. Bisognerebbe tuttavia indicare sempre per prima la diagnosi che, in una scala ascendente, si riferisca al maggiore livello di gravità (p. es. batteriemia > infezione delle vie urinarie).

4. Una paziente assume un antibiotico X. Stando al suo dossier, è trattata a causa di un'infezione contratta ambulatorialmente ("community acquired"), ma ai sensi delle definizioni del protocollo PPS, soddisfa i criteri di una HAI. Come la devo iscrivere nella sezione "Utilizzo di antibiotici" del modulo del paziente?

Ai fini del rilevamento della somministrazione di antibiotici si considerano esclusivamente le indicazioni del dossier del paziente, e questo sapendo che la valutazione da parte del personale medico non è sempre obiettiva (e che gli estranei giudicherebbero possibilmente la somministrazione in modo ancora diverso). Nel caso esposto, si attenga all'indicazione fornita dal personale medico, quindi "infezione contratta ambulatorialmente". Se l'infezione rientra anche nella definizione HAI del CH-PPS, va pure indicata nella sezione corrispondente del modulo del paziente.

5. Un antibiotico viene aggiunto ad un antibiotico prescritto in precedenza: si tratta di un'escalation terapeutica?

Dipende dall'indicazione: se per la medesima indicazione viene prescritto un secondo antibiotico, si è (di regola) in presenza di un'escalation di entrambi gli antibiotici. Se invece il secondo antibiotico è prescritto per un'altra indicazione, non vi è alcuna escalation terapeutica.

- 6. A un paziente viene somministrata ogni due giorni della vancomicina attraverso un catetere per la dialisi peritoneale a seguito di un'infezione connessa alla dialisi. Quale è in questo caso la modalità di somministrazione, e come definisco il dosaggio giornaliero?**

Se la somministrazione dell'antibiotico ha luogo ogni due giorni, il dosaggio giornaliero è ottenuto dividendo per due la dose somministrata. Come modalità di somministrazione va indicata la via parenterale.

Infezioni associate alle cure (healthcare-associated infections)

- 1. Supponiamo che i reperti microbiologici inerenti a una HAI ancora non siano disponibili nel giorno del sondaggio: devo riprendere nuovamente il caso alcuni giorni più tardi e completare la sezione sulla presenza (oppure non presenza) di un microorganismo?**

Sì. Tuttavia, eventuali correzioni/integrazioni che derivano dall'indicazione di un reperto microbiologico non sono ammesse.

- 2. Devo compilare il campo "Inizio dell'infezione" se l'infezione associata all'assistenza sanitaria era già in corso all'atto dell'ammissione all'ospedale?**

No, non deve compilare questo campo poiché la data di inizio dell'infezione precede per definizione quella di ammissione.

- 3. Nel caso di una HAI con più localizzazioni devo annotare solo la localizzazione primaria (p. es. batteriemia e artrite settica)?**

Se tutte le localizzazioni soddisfano i criteri di una HAI (BSI e BJ-JNT), occorre registrare tutte le definizioni.

- 4. Un paziente soffre di polmonite nosocomiale. Dal prelievo respiratorio si trovano più agenti patogeni. Devo indicarli tutti quanti?**

Sì, tranne qualora il laboratorio di microbiologia avesse classificato la totalità del referto come contaminazione o come flora orale (di regola ≥ 3 germi). In presenza di più campioni occorre indicare i microorganismi di quel campione che più probabilmente spiega la presenza della HAI. In gran parte dei casi si tratta del campione prelevato all'insorgere della HAI e prima del trattamento antibiotico.

- 5. Stando alla tabella di codifica, una radiografia toracica o una scansione dell'episodio interessato bastano per attestare una polmonite nosocomiale presso determinati pazienti cardiaci e/o polmonari purché sia possibile un confronto con una radiografia precedente. Fino a quando tali radiografie o scansioni possono risalire per essere ancora valide?**

La radiografia o la scansione CT del torace utilizzate ai fini del confronto non devono essere più vecchie di un anno.

- 6. Una paziente che ha subito un intervento chirurgico nel reparto A viene trasferita nel reparto B. Oltre 72 ore dopo il trasferimento sviluppa una infezione del sito chirurgico. A quale reparto deve essere attribuita l'infezione?**

In questo caso non esiste alcuna regola generalmente valida. D'altro canto, un'infezione superficiale del sito chirurgico va (con le debite eccezioni) attribuita al reparto B; un'infezione del sito chirurgico a organi/cavità va sempre attribuita al reparto A; le infezioni del sito chirurgico (D) possono essere attribuite in modi diversi: ad esempio, una simile infezione con cicatrice intatta andrebbe attribuita piuttosto al reparto A, mentre un'infezione del sito chirurgico con deiscenza della cicatrice di qualsiasi livello di gravità (o con drenaggio esterno) al reparto B.

- 7. Il drenaggio ventricolare è considerato un dispositivo rilevante?**

No.

- 8. Per i neonati esistono alcune definizioni specifiche, tuttavia non presenti per tutti i tipi di HAI. Come procedo con un neonato che presenta una HAI specificata dalle altre definizioni?**

Le definizioni specifiche per neonati coprono ampiamente le HAI più probabili per questa popolazione (indipendentemente dall'età). Per tutti gli altri casi valgono le definizioni generali.

- 9. Nella diagnosi di un'infezione alle vie urinarie in un bambino devo applicare criteri diversi?**

Sì. La diagnosi di un'infezione alle vie urinarie in un bambino dipende dal campione prelevato: $\geq 10^4$ germi/ml per cateterizzazione (unica), $\geq 10^5$ per le urine getto medio.