

Codice ospedale:

PPS protocollo: *STD Standard*

Data inizio rilevazione: __/__/____ gg/mm/aaaa

Data fine rilevazione: __/__/____ 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 Si

Se sì, specificare i reparti esclusi:

Numero totale posti letto nei reparti inclusi:

Numero totale di pazienti inclusi:

Tipologia di ospedale: Di base Di primo livello

Di secondo livello Specializzato

Se ospedale specializzato, specificare: _____

Tipologia amministrativa: Pubblico Privato accreditato

Privato Altro/Sconosciuto

	Numero	Anno	Inclusi/Tot (1)
Numero di ricoveri/dimissioni anno			Inc Tot
N. giorni-paziente/anno:			
Consumo l/anno soluz. alcolica per l'igiene delle mani			Inc Tot
N. di opportunità di igiene delle mani osservate/anno			Inc Tot
Numero di emocolture/anno			Inc Tot
Numero di test delle feci per C. difficile/anno			Inc Tot
N. di infermieri FTE addetti al controllo delle infezioni			Inc Tot
N. di medici FTE addetti al controllo delle infezioni			
Numero di addetti all'antimicrobial stewardship FTE			
N. di casi COVID-19 nell'ospedale l'anno precedente			
N. di focolai COVID-19 nell'ultimo anno			
N. di casi attuali di COVID-19 in ospedale			
N. di casi attuali di COVID-19 nelle terapie intensive			
Copertura vaccinale COVID-19 op. sanitari (%)			
Copertura vaccinale influenza op. sanitari (%)			
N. stanze isolamento per infez. trasmissione aerea			

(1) I dati riportati sono riferiti ai soli reparti inclusi nello studio (**Inc**) (opzione raccomandata) oppure all'intero ospedale (**Tot**). Se il numero di **inc=tot**, marcare **Inc**



STUDIO DI PREVALENZA EUROPEO SULLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E SULL'USO DI ANTIBIOTICI NEGLI OSPEDALI PER ACUTI (Scheda H2. Questionario Ospedale 2/4)

Codice ospedale:

Data inizio rilevazione: __ / __ / ____ gg / mm / aaaa

Data fine rilevazione: __ / __ / ____ gg / mm / aaaa

Programmi di prevenzione e controllo delle infezioni (IPC):

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

Viene prodotto un report annuale sui programmi IPC, approvato dal DG o dal DS dell'ospedale?

Sì 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 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: Sabato Domenica

Prevenzione COVID-19:

Esiste attualmente una procedura di utilizzo dei DPI in atto nel tuo ospedale? No Sì, solo per le cure routinarie Sì, per le cure routinarie e in tutte le aree comuni (es. stanza del medico)

Codice ospedale:

Data inizio rilevazione: __/__/____ gg/mm/aaaa

Data fine rilevazione : __/__/____ gg/mm/aaaa

Strategie multimodali per l'implementazione di interventi di prevenzione e controllo delle infezioni (IPC):

1. **Utilizzate strategie multimodali per implementare le strategie IPC?** No Sì Sconosciuto
2. **Le strategie multimodali utilizzate includono uno o tutti i seguenti elementi:**
 - **Cambiamenti di sistema:** Elemento non incluso nelle strategie multimodali Sono in essere interventi per assicurare l'infrastruttura necessaria e la disponibilità continua dei materiali necessari Sono in essere interventi per assicurare l'infrastruttura necessaria, la disponibilità continua di scorte e per considerare l'ergonomia e l'accessibilità, come la migliore collocazione dei set e vassoi per il cateterismo venoso centrale
 - **Formazione e addestramento:** Elemento non incluso nelle strategie multimodali Solo istruzioni scritte e/o orali e/o e-learning In aggiunta sessioni formative interattive (inclusa simulazione e/o addestramento al letto del paziente)
 - **Monitoraggio e feedback:** Elemento non incluso nelle strategie multimodali Monitoraggio dell'adesione con indicatori di processo o esito (per esempio, audit sull'igiene delle mani o sulle pratiche per la gestione dei cateteri) Monitoraggio dell'adesione e feedback tempestivo dei risultati del monitoraggio agli operatori sanitari e a figure chiave della dirigenza
 - **Comunicazione e promemoria :** Elemento non incluso nelle strategie multimodali Promemoria, poster, o altri strumenti mirati ad aumentare sostegno/consapevolezza per promuovere gli interventi Metodi/iniziative aggiuntive per migliorare la capacità del team di comunicare con i reparti e le diverse discipline (ad esempio, attraverso seminari regolari o visite per dare un feedback)
 - **Clima per la sicurezza e cultura del cambiamento:** Elemento non incluso nelle strategie multimodali I dirigenti della struttura/la dirigenza medica e infermieristica dimostrano visibilmente il loro supporto e si comportano come modelli di ruolo e "champions", nel promuovere un approccio adattativo e il rafforzamento di una cultura che supporta IPC, sicurezza del paziente e qualità In aggiunta, i team e i singoli sentono di essere responsabili in prima persona dell'intervento (ad esempio, partecipando alle visite di feedback)
3. **Viene utilizzato un team multidisciplinare per implementare le strategie multimodali?** No Sì Sconosciuto
4. **Collabori regolarmente con i colleghi del settore qualità e rischio clinico per sviluppare e promuovere strategie multimodali per IPC?** No Sì Sconosciuto
5. **Queste strategie includono bundles o checklists?** No Sì Sconosciuto

Commenti/osservazioni per l'ospedale partecipante allo studio: _____



STUDIO DI PREVALENZA EUROPEO SULLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E SULL'USO DI ANTIBIOTICI NEGLI OSPEDALI PER ACUTI (Scheda H4. Questionario Ospedale 4/4)

Codice ospedale:

Data inizio sorveglianza: __/__/__ gg/mm/aaaa

Data fine sorveglianza: __/__/__ gg/mm/aaaa

Opzionale: indicatori di reparto raccolti a livello ospedaliero:

	Numero	Inc./ Total (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 totale di stanze singole di degenza nell'ospedale		
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		

(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 a 72 ore dalla prescrizione (**revisione post-prescrizione**)?

Sì, in tutti i reparti Sì, solo in reparti selezionati Sì, solo in ICU No

Numero di letti con predisposizione per il dispenser 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.

STUDIO DI PREVALENZA EUROPEO SULLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E SULL'USO DI ANTIBIOTICI NEGLI OSPEDALI PER ACUTI Scheda W. Dati Reparto

Codice ospedale [_____] Nome reparto (abbr.) /Id unità [_____]

Data inizio sorveglianza¹: ____ / ____ / _____ 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 della
terapia antibiotica a 72 ore dalla prescrizione in questo reparto
(**revisione post-prescrizione**)? O Sì O 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 letto nel reparto		
N. di letti con dispenser di soluzione alcolica 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 single nel reparto		
N. di letti occupati alle 00:01 del giorno dello studio		

¹ I pazienti dello stesso reparto dovrebbero essere inclusi in una singola giornata di rilevazione, se possibile;

² Specialità principale: $\geq 80\%$ dei pazienti appartengono a questa specialità, altrimenti scegliere mixed;

³ Numero di pazienti ricoverati nel reparto alle 08:00 AM e non dimessi al momento della rilevazione;

⁴ Anno: anno a cui si riferiscono i dati, anni precedent o anno a cui si riferiscono i dati più recenti disponibili;

⁵ Soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani in litri, inviata al reparto in un anno; N = numero.

Commenti/osservazioni:

Dati paziente (da completare per tutti i pazienti)

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

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

Codice progressive paziente: []

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

Sesso: M / F Data ricovero in ospedale: ___ / ___ / ___

Specialità del medico/paziente: []

Se neonato, peso alla nascita: [] in gram/gg / mm / aaaa

Intervento chirurgico durante la degenza:

No Sì, minimamente invasivo, non-NHSN

Sì, NHSN-> specificare (opzionale): [] Non noto

McCabe score:

Malattia non fatale

Malattia fatale

Malattia rapidamente fatale

Sconosciuto

Vaccinazione anti COVID-19:

No Incompleta Completa -> dosi aggiuntive 1 >=2

Sconosciuto

Catetere venoso centrale:

No Sì Non noto

Catetere urinario:

No Sì Non noto

Intubazione:

No Sì Non noto

Il paziente assume antibiotici?(1):

No Sì

SE 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 le 8:00 AM del giorno dello studio; se sì, compilare la parte relativa all'antibiotico;
- (2) [infezione con insorgenza \geq 3 gg di ricovero, OPPURE coincide con SSI (chirurgia nei 30/90 giorni precedenti), OPPURE dimesso da ospedale per acuti nelle 48 ore prima, OPPURE CDI e dimesso < 28 giorni prima OPPURE insorgenza < Giorno 3 dopo procedura/device invasiva al Giorno 1 o 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/commerciale)	Via di somm.	Indicazione	Diagnosi (sito)	Motiv. in cartella	Cambio? (+ motivo)

Via di somministrazione: P: parenterale, O: orale, R: rettale, I: inalatoria; Indicazione: Motivazione trattamento: CI=infezione comunitaria; LI=infezione acquisita in lungodegenza (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; UI: Indicazione non nota; Diagnosi: vedere lista siti di infezione, solo per CI-LI-HI; Motivazione in cartella: Sì/No; AB Cambio? (+ motivo): N=nessun cambiamento; E=escalation; D=De-escalation; S=switch da IV a orale; A=eventi avversi; OU=cambio, ragioni non conosciute; U=sconosciuto;

	HAI 1			HAI 2				
Codice infezione HAI								
Device in situ (3)	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto			<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto				
HAI presente al ricovero	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No			<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No				
Data di inizio HAI (4)	/ /			/ /				
Origine infezione	<input type="radio"/> questo ospedale <input type="radio"/> altro ospedale <input type="radio"/> LTCF <input type="radio"/> altro/sconosciuto			<input type="radio"/> questo ospedale <input type="radio"/> altro ospedale <input type="radio"/> LTCF <input type="radio"/> altro/sconosciuto				
HAI associate al reparto dell'attuale ricovero	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto			<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto				
Terapia vasopressoria	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non noto			<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 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) Device in uso 48 ore prima dell'inizio dell'infezione (intubazione, CVC/PVC, catetere urinario);
- (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: STAAUR: OXA+ GLY; Enterococchi: GLY; Enterobacteriaceae: C3G + CAR; PSEAE e *Acinetobacter* spp.: CAR; SIR: S=sensibile, I=intermedio, R=resistente, U=sconosciuto; PDR: pan resistente: N=no, P=possibile, C=confermato, U=sconosciuto