

Codice ospedale:

Data di studio: Da / / a: / /
 gg/mm/aaaa gg/mm/aaaa

Numero totale di posti letto in ospedale

Numero letti per acuti

Numero letti di Terapia Intensiva

Sono stati esclusi reparti dalla rilevazione? No

Sì, specificare reparti esclusi : _____

Numero totale posti letto dei reparti inclusi:

Numero totale di pazienti inclusi:

Tipologia di ospedale PO di base
 PO di primo livello
 PO di secondo livello
 Specializzato, specificare _____

Specializzazione: _____

Gestione dell'ospedale: Pubblica Privata no-profit
 Privata *for profit* Altro/non noto

L'ospedale fa parte di un aggregato di presidi (AP): No Sì
 → se sì:

Dati riferiti: Al singolo presidio ospedaliero
 A tutti gli ospedali aggregati

Codice AP: _____

Tipologia AP: PO di base
 PO di primo livello
 PO di secondo livello
 Specializzato, specificare _____

Specializzato _____

N di letti AP: Totale letti per Acuti

	Numero	Anno	Reparti inclusi/ Totale (1)	
			Inc	Tot
N di ricoveri/dimissioni anno				
N giorni-paziente/anno				
Consumo in litri/anno di soluzione alcolica per l'igiene delle mani				
N opportunità igiene delle mani osservate/anno				
N di emocolture/anno				
N di coproculture per CDI/anno				
N di infermieri addetti al controllo delle infezioni (TPE)				
N di medici addetti al controllo delle infezioni (TPE)				
N di specialisti addetti alla <i>stewardship</i> antimicrobica (TPE)				
N di infermieri diplomati (TPE)				
N di infermieri ausiliari (TPE)				
N di infermieri diplomati in UTI (TPE)				
N di infermieri ausiliari in UTI (TPE)				
N di stanze di isolamento per infezioni a 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 SULLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E SULL'USO DI ANTIBIOTICI NEGLI OSPEDALI PER ACUTI

Scheda H2. Questionario Ospedale



Regione Siciliana Assessorato della Salute

Codice ospedale:

Data di studio: Da / / a: / /
 gg/ mm / aaaa gg/ mm / aaaa

Componenti del programma Infection Prevention and Control (IPC)

Esiste un piano IPC annuale, approvato dal Direttore generale/sanitario dell'ospedale? Si No

Esiste un report IPC annuale, approvato dal Direttore generale/sanitario dell'ospedale? Si No

Partecipazione a network di sorveglianza:

A quale *network* di sorveglianza ha partecipato l'ospedale, l'anno precedente? (*segnare tra quelle indicate*)

SSI UTI CDI Resistenza antibiotica
 Consumo di antibiotici Altro, specificare _____

Performance di microbiologia/diagnostica:

I clinici possono richiedere test microbiologici di *routine* e riceverne i risultati, nel *weekend*?

•Test clinici: Sabato Domenica
 •Test di *screening*: Sabato Domenica

SSI: infezioni del Sito Chirurgico; UTI Unità di Terapia Intensiva (ICA in UTI); CDI: infezione da *Clostridium difficile*.

L'ospedale utilizza questi strumenti per la prevenzione delle ICA o per la *stewardship* antibiotica? Si No Non noto

	Linee-guida	Care bundle	Formazione	Checklist	Audit	Sorveglianza	Feedback
UTI							
Polmoniti							
Infezioni del torrente ematico (BSI)							
Infezioni del Sito Chirurgico (SSI)							
Infezioni delle vie urinarie (IVU)							
Uso di antibiotici							
A livello ospedaliero / altri reparti							
Polmoniti							
Infezioni del torrente ematico (BSI)							
Infezioni del Sito Chirurgico (SSI)							
Infezioni delle vie urinarie (IVU)							
Uso di antibiotici							

Polmoniti, Infezioni del torrente ematico e infezioni del tratto urinario: ICA e/o associate a *device*; *Care bundle*: 3-5 pratiche *evidence-based* per migliorare l'*outcome* del paziente; *Formazione*: educazione o formazione; *Checklist*: auto-applicate; *Audit*: esterni (sorveglianza, osservazioni...)

Commenti/osservazioni : _____



STUDIO DI PREVALENZA SULLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E SULL'USO DI ANTIBIOTICI NEGLI OSPEDALI PER ACUTI

Scheda H3. Questionario Ospedale



Regione Siciliana Assessorato della Salute

Codice ospedale:

Data di studio: Da ___/___/___ a: ___/___/___
gg/mm/aaaa gg/mm/aaaa

Indicatori di reparto raccolti a livello di intero ospedale

	Numero	Reparti inclusi/ Totale (1)	
N di letti con dispenser di AHR al punto di assistenza			
N di letti valutati per la presenza di dispenser di AHR			
N di stanze di degenza		Inc	Tot
N di stanze singole di degenza in ospedale		Inc	Tot
N di stanze singole con bagno e doccia in stanza in ospedale		Inc	Tot
N di letti occupati alle 00:01 del giorno dello studio			
N di letti disponibili valutati alle 00:01 il giorno dello studio			

(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**

Esiste in ospedale una procedura formale per rivedere l'appropriatezza all'uso dell'antibiotico entro 72 ore dal momento di inizio? (revisione post-prescrizione)? Sì, in tutti i reparti Sì, in alcuni reparti Sì, solo in UTI No

In ospedale gli operatori sanitari portano con sè *dispenser* di AHR (es. in tasca)? (se sì, stimarne la percentuale)

No >0-25% degli operatori >25-50% degli operatori >50-75% degli operatori >75% degli operatori Sì, %non nota

AHR: *alcohol hand rub* (soluzione alcolica per l'igiene delle mani); N di letti valutati per la presenza di *dispenser* di AHR e N di letti disponibili valutati alle 00:01 il giorno dello studio: al denominatore, solitamente lo stesso numero del numero totale di letti in ospedale; UTI: Unità di Terapia Intensiva.



STUDIO DI PREVALENZA SULLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E SULL'USO DI ANTIBIOTICI NEGLI OSPEDALI PER ACUTI

Scheda W. Questionario Reparto



Regione Siciliana Assessorato della Salute

Data della rilevazione¹: ___ / ___ / _____ Codice Ospedale Reparto/Unità (denominaz.)
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 in questo reparto una procedura formale per la revisione dell'appropriatezza dell'uso dell'antibiotico entro 72 ore dal momento di inizio? (revisione post-prescrizione)? O Si O No

	Numero	Anno
N giorni-paziente in reparto/anno ⁴		
Consumo in litri/anno in reparto di soluzione alcolica (AHR) ⁶ per l'igiene delle mani		
N di opportunità dell'igiene delle mani osservate/anno		
N di letti in reparto		
N di letti con dispenser di AHR al punto di assistenza		
N di operatori sanitari nel reparto il giorno dello studio		
N di operatori sanitari nel reparto con dispenser di AHR in tasca		
N di stanze nel reparto		
N di stanze singole nel reparto		
N di stanze singole con bagno e doccia in stanza		
N di letti occupati alle 00:01 il giorno dello studio		

¹I pazienti nello stesso reparto vanno inclusi in un unico giorno, se possibile; ²Principale Specialità del reparto: >=80% dei pazienti appartiene a questa specialità, Altrimenti scegliere reparto misto; ³ Opzionale per il protocollo standard, obbligatorio per il protocollo light di raccolta dati; ³⁻⁴ numero di pazienti ricoverati prima o alle 8:00 AM e non dimessi dal reparto al momento dello studio; ⁵Anno: anno precedente o l'anno disponibile più recente; ⁶Soluzione alcolica in litri consegnata al reparto nello stesso anno; N = numero; AHR=alcohol hand rub (soluzione alcolica per l'igiene delle mani).

Commenti/osservazioni : _____

SCHEDA A. QUESTIONARIO PAZIENTE

Dati paziente (da compilare per tutti i pazienti)

Codice ospedale [] **Reparto/Unità (denominaz.)**[] **Data della rilevazione::** ___ / ___ / 2016 (gg/mm/aaaa)

Codice paziente:: [] **Età in anni:** []; **se età < 2 anni::** [] mesi **Sesso:** M / F **Data del ricovero:** ___ / ___ / ___
gg / mm / aaaa

Specialità del consulente/paziente:[] **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 progressivamente fatale Non noto

Se neonato, peso alla nascita: [] grammi

Catetere vascolare centrale: No SI Non noto

Paziente riceve **antibiotico(i) (1):** No SI

SE SI compilare le altre schede

Catetere vascolare periferico: No SI Non noto

Paziente presenta una **ICA ATTIVA (2):** No SI

Catetere urinario: No SI Non noto

Intubazione: No SI Non noto

(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; se il paziente riceve più di 3 antibiotici, aggiungere una nuova scheda; (2) [Infezione con insorgenza il o dopo il terzo giorno di ricovero, OPPURE coincide con ISC (chirurgia nei 30 giorni precedenti/90giorni), OPPURE dimesso dall'ospedale per acuti nelle 48 ore prima, OPPURE CDI e dimesso < 28 giorni prima OPPURE insorgenza precedentemente al terzo giorno dopo procedura/device invasiva nel Giorno1 o Giorno2] [ICA confermata per i criteri, il giorno dello studio OPPURE Paziente in trattamento per ICA E l'infezione rientra nelle definizioni tra il primo giorno di trattamento e il giorno dello studio]; SE SI, compilare parte ICA

Antibiotico (nome generico/commerciale)	Via di somm.	Indicazione Trattam.	Diagnosi sito di infezione	Motivazioni	Data di inizio	Modifiche? (+ Motivazioni)	Se modificato: Data di inizio 1° Antibiotico	Dose/unità al giorno		
								Numero di dosi	Dosaggio 1a dose	mg/IU
	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> LI <input type="checkbox"/> HI <input type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> S3 <input type="checkbox"/> MP <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> U		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	/ /	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> EA <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> U	/ /			
	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> LI <input type="checkbox"/> HI <input type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> S3 <input type="checkbox"/> MP <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> U		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	/ /	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> EA <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> U	/ /			
	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> LI <input type="checkbox"/> HI <input type="checkbox"/> S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> S3 <input type="checkbox"/> MP <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> U		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	/ /	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> EA <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> U	/ /			

Via di somm: P: parenterale, O: orale, R: rettale, I: inalazione; **Indicazione di trattamento:** CI: trattamento infezione comunitaria, LI: Infezione acquisita in lungo degenza/cure intermedie, HI: infezione ospedaliera; **profilassi chirurgica:** S1: singola dose, S2: un giorno, S3: >1giorno; MP: profilassi medica; O: altro; U: Non noto; **Diagnosi sito d'infezione:** vedere lista (codebook), solo se è un trattamento (CI, LI, HI), non per le profilassi; **Motivazioni:** SI/NO; **Modifiche? (+ Motivazioni):** N=nessuna modifica; A=Aumento; R=riduzione; C=cambio da Intravenosa a orale, EA=effetto avverso; O=altro; U= Non noto; **Se modificato, data inizio 1° antibiotico** somministrato secondo indicazione; Dose al giorno es. 3 x 1 g; g=grammi, mg=milligrammi, IU=unità internazionale, MU=milioni IU



STUDIO DI PREVALENZA SULLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA E SULL'USO DI ANTIBIOTICI NEGLI OSPEDALI PER ACUTI



Regione Siciliana Assessorato della Salute

SCHEDA A. QUESTIONARIO PAZIENTE

	ICA 1				ICA 2			
Codice infezione								
Device rilevante in situ ⁽³⁾	O Si O No O Non noto				O Si O No O Non noto			
ICA presente al ricovero	O Si O No				O Si O No			
Data di insorgenza ⁽⁴⁾	/ /				/ /			
Origine dell'infezione	<input type="radio"/> Ospedale corrente <input type="radio"/> Altro ospedale acuti <input type="radio"/> Altra origine/ Non noto				<input type="radio"/> Ospedale corrente <input type="radio"/> Altro ospedale acuti <input type="radio"/> Altra origine/ Non noto			
ICA associata all'attuale reparto	O SI O No O Non noto				O SI O No O Non noto			
Se BSI: fonte ⁽⁵⁾								
	Codice microorganismo	AMR ⁽⁶⁾		PDR	Codice microorganismo	AMR ⁽⁶⁾		PDR
		AM (7)	S//R			AM (7)	S//R	
Microrganismo 1								
Microrganismo 2								
Microrganismo 3								

Se il paziente presenta più di 2 ICA, aggiungere una nuova scheda

(3) *devices* di rilevanza clinica (intubazione in caso di polmoniti nosocomiali PN, CVC/PVC in caso di BSI,

catetere urinario se IVU) presenti nelle 48 ore precedenti l'insorgenza dell'infezione. (4) Solo in caso di infezioni non presenti o 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) AMR: resistenza antibiotica; (7) AM: Antibiotici testati: STAAUR: OXA + GLY; Enterococchi: GLY; Enterobacteriaceae: C3G + CAR; PSEAE e *Acinetobacter*: CAR; SIR: S=sensibile, I=intermedio, R=resistente, U=non noto; PDR: Pan-drug resistente: N=no, P=possible, C=confermato, U=Non noto