

## Modulo H1- Dati relativi alla struttura ospedaliera

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 senza scopo di lucro

Privato, con scopo di lucro  Altro/sconosciuto

|  | Numero | Anno | Inclusi/<br>Tot (1) |
|--|--------|------|---------------------|
| Numero di ammissioni/dimissioni per 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 set 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      |        |      |                     |
| Numero di casi di COVID in ospedale nell'ultimo anno         |        |      | Inc Tot             |
| Numero di cluster COVID nosocomiali nell'ultimo anno         |        |      |                     |
| Numero di casi attuali di COVID in ospedale                  |        |      |                     |
| Numero di casi attuali di COVID in cure intense              |        |      |                     |
| Infermieri/medici con vaccinazione COVID in % (al 31.3.2022) |        |      |                     |
| Infermieri/medici con vaccinazione influenza in %.           |        |      |                     |
| Numero di 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  Nessuno  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

### Prevenzione COVID-19:

Nel vostro ospedale vige attualmente un obbligo generale di indossare la mascherina?

No  Sì, solo nelle aree di assistenza  
 Sì, nelle aree di assistenza e in tutte le aree comuni (per esempio l'ufficio dei medici)

### L'attuale livello di automazione del monitoraggio HAI:

| Sorveglianza   | interamente a mano | Denominatore automatizzato* | Semi-automatizzata | Interamente automatizzata            | Altro                                | Nessuna sorveglianza |
|--|--------------------|-----------------------------|--------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|----------------------|
| <b>ICU</b>   |                    |                             |                    |                                      |                                      |                      |
| Infezioni post-operatorie  |                    |                             |                    |                                      |                                      |                      |
| Batteriemia acquisita in ospedale  |                    |                             |                    |                                      |                                      |                      |
| Batteriemia associata al catetere (arterioso o venoso centrale)  |                    |                             |                    |                                      |                                      |                      |
| Infezioni del tratto urinario associate al catetere  |                    |                             |                    |                                      |                                      |                      |
| Polmonite acquisita in ospedale  |                    |                             |                    |                                      |                                      |                      |
| Polmonite legata alla ventilazione (ventilazione con tubo naso/oro-tracheale o tubo per tracheostomia) |                    |                             |                    |                                      |                                      |                      |
| Infektion mit <i>Clostridoides difficile</i>   |                    |                             |                    |                                      |                                      |                      |
| <b>Dati</b>  |                    |                             |                    | <b>Disonibili elettronicamente**</b> | <b>Strutturato e ben definito***</b> |                      |
| Procedure chirurgiche (codici ICD-10, data dell'intervento)  |                    |                             |                    |                                      |                                      |                      |
| Dati di ammissione e dimissione, a livello di ospedale   |                    |                             |                    |                                      |                                      |                      |
| Dati di ammissione e dimissione, a livello di reparto  |                    |                             |                    |                                      |                                      |                      |
| Uso di cateteri venosi centrali (data di posizionamento e rimozione, tipo)                             |                    |                             |                    |                                      |                                      |                      |
| Ventilazione meccanica (data di inizio/fine)   |                    |                             |                    |                                      |                                      |                      |
| Uso di cateteri urinari (data di inserimento e rimozione)  |                    |                             |                    |                                      |                                      |                      |
| Risultati delle culture microbiologiche (risultato, data, tipo di campione)                            |                    |                             |                    |                                      |                                      |                      |
| Uso di antibiotici (codice ATC, data di inizio/fine)   |                    |                             |                    |                                      |                                      |                      |

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

\* Numero di pazienti, numero di giorni; \*\* SO = sì, in tutto l'ospedale/ SR = sì, in alcuni reparti/ N = no/ Sc = sconosciuto; \*\*\* S = sì/ N = no/ NA = non applicabile/ Sc = sconosciuto

Codice ospedale: [\_\_\_\_\_]

Data rilevazione: dal: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ al: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
gg/ mm / aaaa gg/ mm / aaaa

Completate il questionario IPCAF dell'OMS a questo link

in tedesco: <https://de.surveymonkey.com/r/CHPPS2022DE> o in francese: <https://fr.surveymonkey.com/r/CHPPS2022FR>

Avete completato il questionario IPCAF dell'OMS?

O Si O No

## Modulo H4 - Dati relativi alla struttura ospedaliera

Codice ospedale: [ \_\_\_\_\_ ]

Data rilevazione: dal : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ al: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  
gg/ mm / aaaa gg/ mm / aaaa

Opzionale: indicatori di reparto raccolti a livello ospedaliero:

|  | Numero | Inc/Tot <sup>1</sup> |
|--|--------|----------------------|
| Numero di letti con dispenser di soluzione alcolica per l'igiene delle mani in loco                    |        |                      |
| Numero di letti in cui è stata valutata la presenza di 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 (dal martedì al venerdì)                   |        |                      |
| Numero di letti predisposti per la degenza alle 00:01 del giorno dello studio (dal martedì al venerdì) |        |                      |

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

No  0-25% del personale  25-50% del personale  50-75% del personale  >75% del personale  Sì, percentuale sconosciuta

Il vostro ospedale ha un processo formale per rivedere l'appropriatezza della terapia antimicrobica/antifungina entro 72 ore dall'inizio?

No  Sì, in tutti i reparti  Sì, solo in reparti selezionati  Sì, solo in cure intense

<sup>1</sup>Inc = dati raccolti solo per i reparti inclusi (consigliato); Tot = dati per l'intero ospedale (se tutti i reparti sono inclusi, allora Inc = totale: segnare "Inc").

**SWISSNOSC**

Centro nazionale per  
la prevenzione delle infezioni

## Modulo S - Dati relativi al reparto

Data di rilevazione reparto<sup>1</sup>: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Codice ospedale [ \_\_\_\_\_ ] Nome reparto (abbr.) / Id unità [ \_\_\_\_\_ ]  
 gg / mm / aaaa

Specialità reparto<sup>2</sup>  PED  NEO  ICU  MED  SUR  G/O  GER  PSY  RHB  LTC  OTH  MIX

Numero totale di pazienti nel reparto<sup>3</sup> [ \_\_\_\_\_ ]

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 <sup>4</sup> |
|---|--------|-------------------|
| N. di giornate di degenza totali del reparto/anno                           |        |                   |
| Consumo soluzione alcolica igiene mani in reparto (Litri/anno) <sup>5</sup> |        |                   |
| 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                     |        |                   |

<sup>1</sup>I pazienti dello stesso reparto dovrebbero essere inclusi in una singola giornata di rilevazione, se possibile; <sup>2</sup>Specialità principale ≥ 80% dei pazienti appartengono a questa specialità, altrimenti scegliere mixed; <sup>3</sup>Numero di pazienti ricoverati nel reparto alle 8:00 AM e non dimessi al momento della rilevazione; <sup>4</sup>Anno: anno a cui si riferiscono i dati, anni precedenti o anno a cui si riferiscono i dati più recenti disponibili;

**swissnosc**

Centro nazionale per  
la prevenzione delle infezioni

## 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 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 entro 5 anni

Malattia fatale entro 12 mesi  Non noto

Vaccinazione contro COVID-19 :

0 No 0 parziale 0 completo -> dosi aggiuntive 0 1 0 ≥2 0 sconosciuto

Se neonato peso alla nascita: [ ] in grammi

Bambini <16 anni: peso [ ] altezza [ ]

Catetere venoso centrale :  No  Sì  Non noto

Catetere urinario:  No  Sì  Non noto

Intubazione :  No  Sì  Non noto

Il paziente assume antibiotici<sup>(1)</sup>:  No  Sì

Il paziente ha almeno una HAI attiva<sup>(2)</sup>:  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 somministrazione | Indicazione | Diagnosi (sito) | Motivazione in cartella | Cambio di AB (+ motivo) |
|-----------------------------|-------------------------|-------------|-----------------|-------------------------|-------------------------|
|                             |                         |             |                 |                         |                         |
|                             |                         |             |                 |                         |                         |
|                             |                         |             |                 |                         |                         |

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;

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

(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 e Acinetobacter sp.: CAR; SIR: S=sensibile, I=intermedio, R=resistente, U=Sconosciuto; PDR: Pan resistente : N = No, P = possibile, C=confermato, U=Sconosciuto