

Modulo A1 - Dati relativi all'ospedale e al reparto/UO

Data di inizio del periodo di sorveglianza in ospedale: Data d'inizio del periodo di sorveglianza.

Tipo di ospedale:

Base:

- spesso chiamati anche 'ospedali di distretto' o 'riferimento di primo 'livello'
- spesso corrispondono a un ospedale generale senza funzione didattica
- poche specialità (principalmente medicina interna, ostetricia e ginecologia, pediatria, chirurgia generale o solo medicina generale)
- servizi di laboratorio limitati disponibili solo per analisi patologiche generali e non specialistiche.

Primo livello:

- spesso chiamati anche 'ospedali provinciali'
- spesso corrispondono a un ospedale generale con funzione didattica
- ospedale altamente specializzato per funzione, con 5-10 specialità cliniche come ematologia, oncologia, nefrologia, terapia intensiva
- riceve alcuni pazienti da altri ospedali (di primo livello).

Secondo livello:

- spesso chiamati ospedali 'centrali', 'regionali' o 'di terzo 'livello'
- spesso corrisponde ad un ospedale universitario
- personale e attrezzature tecniche altamente specializzati (terapia intensiva, ematologia, trapianti, chirurgia cardio-toracica, neurochirurgia)
- servizi clinici altamente differenziati a seconda della funzione unità di imaging specializzate
- fornisce servizi regionali e riceve regolarmente pazienti da altri ospedali (di primo e secondo livello).

Specialistico:

- con un'unica specialità clinica, possibilmente con sotto-specialità
- personale e attrezzature altamente specializzati
- es. ospedale pediatrico, ospedale per malattie infettive

Dimensioni dell'ospedale: numero complessivo di letti nell'ospedale o arrotondato al centinaio più vicino

Metodo di sorveglianza: Metodo utilizzato per la sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico post-dimissione:

- Individuazione alla riammissione in ospedale (=sorveglianza post-dimissione passiva): il paziente viene nuovamente ricoverato con ISC, spesso a causa dell'ISC;
- Relazione su iniziativa del chirurgo: il chirurgo riporta personalmente al personale di sorveglianza dell'ospedale le infezioni post-dimissione individuate alla visita di controllo ambulatoriale o privata, utilizzando ad esempio moduli standard, sistemi online, email o telefono
- Relazione su iniziativa del medico di medicina generale: il medico di medicina generale (medico di base) riporta al personale di sorveglianza dell'ospedale le infezioni post-dimissione individuate alla visita di controllo, utilizzando ad esempio moduli standard, sistemi online, e-mail o telefono
- Relazione su iniziativa del paziente: ad esempio tramite modulo inviato al personale di sorveglianza dell'ospedale
- Comunicata al personale CI dal chirurgo: il personale di sorveglianza dell'ospedale, solitamente il personale di controllo delle infezioni (CI), chiede le informazioni al chirurgo tramite telefonata, questionario aggiuntivo, visita dal chirurgo o revisione della cartella del paziente
- Comunicata al personale CI dal medico di base: il personale di sorveglianza dell'ospedale chiede le informazioni al medico di base tramite telefonata, questionario aggiuntivo o visita
- Comunicata al personale CI dal paziente: il personale di sorveglianza dell'ospedale chiede le informazioni al paziente tramite telefono o questionario aggiuntivo
- Nessuna sorveglianza post-dimissione
- Sconosciuta, non vi sono dati disponibili relativi al metodo di sorveglianza

Consumo di soluzione idroalcolica in litri in un anno nei reparti che partecipano alla sorveglianza: Consumo di soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani durante l'anno precedente per tutti i reparti/le unità di chirurgia che partecipano alla sorveglianza in ospedale.

Giornate di degenza per anno nei reparti che partecipano alla sorveglianza: Giornate di degenza in un anno per tutti i reparti/le unità di chirurgia che partecipano alla sorveglianza in ospedale. Nota: dovrebbe essere il denominatore relativo al consumo di Consumo di soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani, quindi, i dati devono provenire dallo stesso reparto da cui provengono quelli del consumo di Consumo di soluzione idroalcolica in litri.

È presente un sistema di analisi delle cause profonde? L'ospedale dispone un sistema di analisi delle cause principali/revisione delle ISC: Sì; No; Dato sconosciuto

Modulo A2 - Ospedale/reparto, anno di sorveglianza e tipo di intervento per cui vengono osservati gli indicatori

Categoria intervento: Categoria NHSN della procedura operatoria primaria sottoposta alla sorveglianza in base al protocollo di sorveglianza ISC per cui vengono raccolti i dati relativi a strutture e procedure: chirurgia cardiaca; bypass coronarico con incisione toracica e del sito donatore; bypass coronarico con solo incisione toracica; bypass coronarico, non specificato; chirurgia del colon; colecistectomia; taglio cesareo; protesi d'anca; protesi di ginocchio; laminectomia; chirurgia del retto; altro.

Inizio del periodo di raccolta dati sull'indicatore: data di inizio della raccolta di dati relativi all'indicatore di strutture e procedure.

Fine del periodo di raccolta dati sull'indicatore: data di fine del periodo di raccolta di dati relativi all'indicatore di strutture e procedure.

Profilassi antibiotica preoperatoria (PAP)

- Somministrazione di PAP entro i 60 minuti precedenti l'incisione (eccetto la somministrazione di vancomicina e fluorochinoloni)
- Somministrazione della PAP entro le 24 ore successive all'inizio dell'intervento

Preparazione preoperatoria della cute

- Nessuna tricotomia o, se necessario, effettuata con il rasoio elettrico o clipper
- Utilizzo di soluzioni antisettiche a base alcolica di CHG per la preparazione cutanea del sito chirurgico in sala operatoria

Altri indicatori

- Garantire la normotermia del paziente entro un'ora dal termine dell'intervento (36-38°C (misurazione rettale) o 35,5-37,5 °C (misurazione non rettale))
- Utilizzo del protocollo di controllo peri operatorio intensivo del glucosio nel sangue e monitoraggio dei livelli di glucosio nel sangue

Numero di osservazioni: numero di osservazioni per ogni codice di indicatore.

Numero di osservazioni conformi: numero di osservazioni conformi per ogni codice di indicatore

Modulo A3 - Dati relativi all'intervento/al paziente e all'infezione

Reparto/setting: reparto in cui è stato ricoverato il paziente precedentemente all'intervento chirurgico. Da compilare in coerenza con l'organigramma aziendale

Codice paziente: codice numerico assegnato dall'ospedale ad ogni paziente ai fini della sorveglianza. **Non corrisponde al codice nosologico.** Per consentire il follow-up del paziente, si raccomanda di effettuare una transcodifica del codice nosologico in un registro interno alla struttura sanitaria (es. il codice nosologico 01234 corrisponde al codice paziente progressivo 001), in modo da poter eventualmente risalire al singolo paziente, se necessario.

Età: età del paziente alla data dell'intervento.

Genere: genere del paziente che si sottopone all'intervento: Maschio; Femmina; Altro; Dato sconosciuto.

Data di ricovero in Ospedale: la data in cui il paziente è stato ricoverato in ospedale per sottoporsi all'intervento oggetto della sorveglianza.

Data della dimissione: data in cui il paziente è stato dimesso dall'ospedale in cui si è sottoposto all'intervento oggetto della sorveglianza, o data del decesso in ospedale, o data dell'ultimo controllo in ospedale se non è nota la data della dimissione. Questa data è utilizzata per calcolare il numero di giorni-paziente postoperatori di degenza in ospedale.

Data dell'ultimo follow-up post-dimissione: la data dell'ultima informazione relativa al paziente è stata ottenuta dopo la dimissione dall'ospedale, per esempio dal chirurgo (ambulatoriale o privato) o medico di medicina generale. Questa data è utilizzata per calcolare il numero complessivo di giorni di follow-up (in ospedale e post-dimissione).

Data dell'ultimo follow-up in ospedale: la data dell'ultima informazione relativa al paziente è stata ottenuta durante il ricovero, per esempio dal chirurgo. Questa informazione può essere utilizzata per calcolare in numero complessivo di giorni di follow-up (in ospedale), nel caso in cui non corrisponda alla data della dimissione, ad esempio se il ricovero è stato superiore ai 30 giorni o se la sorveglianza durante il follow-up è stata interrotta per altre ragioni mentre il paziente era ancora in ospedale.

Risultato ottenuto dall'ospedale: stato del paziente all'ultima dimissione dall'ospedale registrata, o al termine del follow-up in ospedale: Vivo; Deceduto in ospedale; Dato Sconosciuto.

ID intervento: Codice identificativo univoco per ogni intervento - selezionato e generato dall'ospedale.

Data dell'intervento: data in cui è stato eseguito l'intervento oggetto della sorveglianza.

Categoria intervento: Categoria di intervento della procedura operatoria primaria sottoposta alla sorveglianza in base al protocollo di sorveglianza ISC

- CARD
 - o Chirurgia cardiaca
- CBGB
 - o Bypass coronarico con incisione toracica e del sito donatore: procedura toracica per rivascolarizzazione del cuore; comprende la procedura per ottenere una vena adatta da un sito donatore per il bypass
- CBGC
 - o Bypass coronarico con solo incisione toracica
 - o Procedura toracica per vascolarizzazione diretta del cuore utilizzando, ad esempio, l'arteria mammaria interna
- CABG
 - o Bypass coronarico, non specificato
- CHOL
 - o Colecistectomia
 - o Rimozione della cistifellea; include le procedure utilizzate in laparoscopia
- COLO:
 - o Chirurgia del colon
 - o Incisione, resezione o anastomosi dell'intestino crasso; include
 - o anastomosi intestinali grande-piccolo e piccolo-grande Asportazione laparoscopica dell'intestino crasso
 - o Enterotomia
 - o Anastomosi intestinale
- CSEC
 - o Taglio cesareo
- HPRO
 - o Artroplastica dell'anca
- KPRO
 - o Artroplastica del ginocchio
- LAM
 - o Laminectomia
 - o Esplorazione o decompressione del midollo spinale attraverso asportazione o incisione nelle strutture vertebrali
- REC
 - o Chirurgia del retto

ICD-9-CM: Codice ICD-9-CM della procedura operatoria primaria sottoposta alla sorveglianza selezionabile in base alla “Categoria intervento”

Procedura endoscopica: inserire 'Sì' solo se l'intera operazione è stata eseguita tramite un approccio endoscopico/laparoscopico

Interventi multipli: Inserire 'Sì' solo se sono state eseguite procedure chirurgiche multiple attraverso la medesima incisione durante la stessa seduta in sala operatoria. La durata

dell'intervento va calcolata sommando la durata combinata di tutte le procedure. Se tramite la stessa incisione sono state eseguite procedure chirurgiche di categorie NHSN diverse, attribuire l'ISC alla procedura che si ritiene sia associata all'infezione.

Impianto protesico: Inserire 'Sì' in caso di impianto protesico. Il periodo di follow-up in caso di impianto protesico va esteso a 90 giorni dopo l'intervento per verificare infezioni profonde di organo/spazio. Per definire l'impianto si utilizza la definizione del US National Nosocomial Infection Surveillance: un corpo esterno impiantabile di derivazione non umana (ad es. protesi valvolare cardiaca, innesto vascolare di origine non umana, cuore artificiale o protesi d'anca) che viene impiantato in maniera permanente in un paziente durante una procedura chirurgica.

Classe di intervento:

- Pulito: Interventi puliti, interventi chirurgici su ferita non infetta, senza interessamento del tratto respiratorio, gastrointestinale, genitourinario. Si tratta inoltre di interventi chiusi in prima istanza e, quando necessario, drenati con drenaggi chiusi. Gli interventi consecutivi a traumi non penetranti devono essere inclusi in questa categoria.
- Pulito-contaminato: Interventi puliti-contaminati, interventi che interessano il tratto respiratorio, gastrointestinale o urinario, in condizioni controllate e senza contaminazione significativa della ferita. Vengono, in particolare, inclusi in questa categoria gli interventi sul tratto biliare, appendice, vagina e orofaringe, a condizione che non vi sia alcuna evidenza di infezione e non vi sia stata alcuna interruzione delle tecniche asettiche operative.
- Contaminato: Interventi contaminati, includono interventi consecutivi ad un trauma recente, aperto. Sono inclusi in questa categoria interventi che comportano il non rispetto dell'asepsi o uno spandimento significativo del contenuto gastrointestinale o interventi che interessano un processo infiammatorio acuto, non purulento.
- Sporco o infetto: Interventi sporchi o infetti, includono interventi su traumi di vecchia data con ritenzione di tessuti devitalizzati e interventi che interessano processi infettivi clinici o in presenza di perforazione di visceri. Questa definizione suggerisce che in questi interventi i microrganismi causa della infezione postoperatoria erano presenti sul campo operatorio prima dell'intervento.
- Dato sconosciuto

Durata dell'intervento: durata dell'intervento (in minuti) dall'incisione della cute alla sutura. In caso di nuovo intervento entro le 72 ore successive al primo, la durata del secondo deve essere sommata a quella del primo.

Classificazione ASA: classificazione dello stato di salute sviluppata dalla Società americana di anestesiologia. Stato di salute al momento dell'intervento: A1 = paziente normale in buona salute; A2 = paziente con condizione o malattia sistemica lieve; A3 = paziente con malattia sistemica grave ma non invalidante; A4 = paziente con malattia sistemica invalidante con costante pericolo di vita; A5 = paziente moribondo con aspettativa di sopravvivenza non superiore a 24 ore con o senza intervento; UNK = dato sconosciuto

Intervento urgente: tempo di previsione dell'intervento. 'Sì' indica intervento urgente che non è stato programmato con almeno 24 ore di anticipo. 'No' indica intervento elettivo che è stato programmato con almeno 24 ore di anticipo.

Profilassi antibiotica: Somministrazione sistemica perioperatoria di agente/agenti antimicrobici entro le due ore precedenti all'incisione cutanea primaria, allo scopo di prevenire le infezioni del sito chirurgico.

Infezione del sito chirurgico: Presenza di ISC per questo intervento. Per quanto riguarda interventi di CBGB, vanno riportate solo le infezioni alla ferita toracica.

Numero di aperture delle porte della sala operatoria durante l'intervento: numero delle aperture delle porte della sala operatoria durante l'intervento, calcolato dal momento dell'apertura della strumentazione sterile alla sutura della ferita chirurgica. Si raccomanda di segnalare questo dato solo se è in funzione un sistema automatico di apertura delle porte della sala operatoria.