



## D- PRATICA DI CONTROLLO DELLE INFEZIONI

1. Ci sono nella struttura persone formate sul controllo/prevenzione delle infezioni?

- Sì                     No

2. Se è disponibile una persona con formazione su prevenzione/controllo delle infezioni, questa persona è:

- Un infermiere             Un medico                     Ci sono entrambi, infermiere e medico

Questa/e persona/e:

- Lavora/no nella struttura (interna/e)  
 Non lavora/no nella struttura (esterna/e)  
 C'è (ci sono) sia una persona/e interna/e sia una esterna/e

3. Nella struttura c'è/ci sono (sono possibili più risposte):

(Rispondere alla domanda anche se non c'è una persona con formazione su prevenzione/controllo nella struttura)

- Formazione del personale infermieristico e paramedico in controllo e prevenzione delle infezioni  
 Formazione specifica in prevenzione e controllo delle infezioni ai medici di medicina generale e personale medico  
 Sviluppo di protocolli di assistenza  
 Sistemi di alert e registrazione di residenti con infezione/colonizzazione da parte di microrganismi multiresistenti  
 Nomina di una responsabile nel notificare e gestire epidemie  
 Feedback sui risultati della sorveglianza al personale medico/infermieristico della struttura  
 Supervisione della disinfezione e sterilizzazione del materiale medico di cura  
 Misure di isolamento ed ulteriori precauzioni per i residenti colonizzati da microrganismi resistenti
- Offerta di una vaccinazione annuale contro l'influenza a tutti i residenti  
 Organizzazione, controllo e riscontro alla igiene delle mani nella struttura in modo regolare  
 Organizzazione, controllo e feedback regolari dei processi di sorveglianza/ di audit sulle procedure e sulle prassi in tema di infezioni  
 Nessuna delle precedenti

4. Nella struttura è presente una commissione di controllo infezioni (interna o esterna)?

- Sì    No

5. Quanti incontri della commissione di controllo infezioni sono stati organizzati nell'anno precedente?

Numero totale di incontri lo scorso anno?                         incontri anno precedente

---

6. La struttura può richiedere assistenza e competenze in maniera formale ad un gruppo esterno di controllo infezioni (IC) (ad esempio gruppo ICI di un ospedale locale)?

Sì  No

7. Nella struttura, è disponibile un protocollo scritto per:

- |  |   |
|--|---|
| 1. La gestione di MRSA e/o altri microrganismi multiresistenti | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 2. L'igiene delle mani   | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 3. La gestione dei cateteri urinari                            | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 4. La gestione dei cateteri venosi centrali e periferici       | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| 5. La gestione della nutrizione enterale                       | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |

8. Nella struttura è presente un programma di sorveglianza delle infezioni associate all'assistenza sanitaria? (report annuale riepilogativo del numero di infezioni del tratto urinario, infezioni del tratto respiratorio, ecc...)

Sì  No

9. Nella struttura, quali dei seguenti prodotti sono disponibili per l'igiene delle mani?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Soluzione alcolica da sfregare          | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Salviette (alcool)                      | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Sapone liquido (antisettico/altro)      | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Tavoletta di sapone nelle aree cliniche | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |

---

10. Quale metodo di igiene delle mani è più frequentemente usato nella struttura quando le mani non sono sporche (è possibile **una sola risposta**)?

- Disinfezione delle mani mediante frizione con soluzione alcolica  
 Il lavaggio delle mani con acqua e sapone non antisettico  
 Il lavaggio delle mani con acqua e un sapone antisettico

11. Quanti litri di soluzione alcolica per l'igiene delle mani sono stati utilizzati l'anno scorso?

Consumo totale annuo in litri  litri lo scorso anno

12. Lo scorso anno è stata organizzata una sessione di formazione sull'igiene delle mani per gli operatori della struttura?

Sì  No

13. E' stato effettuato uno studio sul n° di opportunità di igiene delle mani nella vostra struttura? Se sì, quante sono risultate le opportunità di igiene delle mani attese? ATTENZIONE: se non è stato effettuato, non indicare alcun numero. (NON mettere 0!).

Numero di occasioni osservate  dello scorso anno

---

## E- PRASSI E PROTOCOLLI SULL'UTILIZZO DI ANTIBIOTICI

1. La struttura utilizza una lista di antibiotici 'soggetti a restrizione'? (la cui prescrizione richiede il permesso di una persona designata)  
Sì  No
  2. Se esiste una lista di antibiotici 'soggetti a restrizione', quale tipo di antibiotico vi è incluso?  
 Carbapenemi
    - Cefalosporine di terza generazione
    - Fluorochinoloni
    - Vancomicina
    - Mupirocina
    - Glicopeptidi
    - Antibiotici ad ampio spettro
    - Antibiotici somministrati per via endovenosa
  3. Quali dei seguenti elementi sono presenti nella struttura?  
 Un comitato antibiotici
    - Un corso di formazione annuale regolare sulla prescrizione appropriata di antibiotici
    - Linee guida scritte per l'uso appropriato di antibiotici nella struttura
    - Disponibilità di dati sul consumo di antibiotici annuo per classe
    - Un sistema per ricordare agli operatori sanitari l'importanza dei campioni microbiologici nella scelta dell'antibiotico più adatto
    - Report regionali sui profili di antibiotico resistenza consultabili nella LTCF o negli ambulatori del medico generale
    - Un sistema che richiede l'autorizzazione di una o più persone designate per la prescrizione di antibiotici soggetti a restrizione, non inclusi nel formulario locale
    - Consulenza da parte di un farmacista per gli antibiotici non inclusi nel formulario
    - Un prontuario terapeutico, comprendente una lista di tutti gli antibiotici
    - Feedback al medico di medicina generale (MMG) locale sul consumo di antibiotici nella struttura
    - Nessuno delle precedenti
  4. Se nella struttura sono presenti linee guida terapeutiche scritte, queste sono su:
    - Infezioni del tratto respiratorio?  Sì  No
    - Infezioni delle vie urinarie?  Sì  No
    - Infezioni delle ferite e dei tessuti molli?  Sì  No
- 
5. Nella vostra struttura si esegue il dipstick test delle urine per il rilevamento di infezioni del tratto urinario?  
 Di routine  A volte  Mai
  6. È attivo, nella struttura, un programma di sorveglianza e di feedback del consumo di antibiotici?  
 Sì  No
  7. È attivo, nella struttura, un programma di sorveglianza dei microorganismi resistenti (*report di sintesi annuale per MRSA, Clostridium difficile, etc*)?  
 Sì  No
  8. Come vengono forniti gli antibiotici alla vostra struttura? (è possibile **una sola risposta**)
    - Vengono forniti da più di una farmacia
    - Vengono forniti da una sola farmacia
    - Questa struttura non acquista antibiotici direttamente dalle farmacie; gli antibiotici sono acquistati dai residenti (ad esempio, forniti dalla famiglia)
  9. Con quanti laboratori microbiologici lavorate? (è possibile **una sola risposta**)
    - Con più di un laboratorio microbiologico
    - Con un solo laboratorio microbiologico
    - Questa struttura non invia campioni microbiologici ad alcun laboratorio; ogni medico di medicina generale può lavorare con un laboratorio microbiologico a sua scelta.

## F – COM'É STATA SVOLTA LA RILEVAZIONE NELLA VOSTRA STRUTTURA?

1. Chi ha raccolto i dati per lo studio HALT-3 (incluse le schede di struttura e dei residenti)?
    - Un medico
    - Un infermiere
    - Un'altra persona
  
  2. Se nessun medico è stato coinvolto nella raccolta dei dati HALT-3 (questionari di struttura e residenti), vi è un medico che li ha verificati?
    - Sì    No
-

# Scheda struttura 2

**Definizioni struttura** (Barrare con una croce la risposta corretta. SOLO UNA RISPOSTA È POSSIBILE)

Codice struttura (assegnato dai coordinatori regionali)											
Tipo di struttura	General nursing home	Residential home	LTCF psichiatrica	LTCF per disabili mentali	LTCF per disabili fisici	Centro di riabilitazione	Struttura di assistenza palliativa	Sanatorio	LTCF miste	Altro LTCF	
	Permanenza media dei residenti	Temporanea breve (< 3 mesi)	Temporanea media (3-12 mesi)	Temporanea lunga (> 12 mesi)	Permanenza definitiva	Altro					
Tipo di assistenza garantita	assistenza neuro-cognitiva	assistenza fisica	assistenza psichiatrica	Riabilitazione fisico-motoria	Assistenza alla convalescenza	Cure intensive	Alcune delle precedenti	Tutte			

**Nuclei struttura\*** (Inserire il numero corrispondente alla richiesta)

Posti letto TOTALI	Posti letto RSA	Di cui con assistenza infermieristica 24/24h	Di cui con assistenza infermieristica MON 24/24h	Posti letto M.A.T.	Posti letto M.A.C.	Posti letto M.S.V.

I nuclei R.A. e R.A.A. devono essere esclusi dallo studio

**Solo per le strutture con Dimissioni protette e Continuità assistenziale (CAVS)\***

Codice struttura (assegnato dal RICS)	Posti letto C.A.V.S. (includi D.P.)

Numero di ospiti che non hanno dato il consenso (Residenti NON ELEGGIBILI)

(Solo per le strutture in cui è richiesto il consenso)