



QUESTIONARIO

Indagine epidemiologica sugli operatori sanitari risultati positivi al test diagnostico per SARS-CoV-2

Revisione e adattamento in italiano, in collaborazione con il WHO, del documento WHO "Health workers exposure risk assessment and management in the context of COVID-19 virus" Interim guidance 4 March 2020, disponibile al link:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331340/WHO-2019-nCov-HCW_risk_assessment-2020.1-eng.pdf

1. Informazioni sull'intervistatore	
A. Cognome e nome dell'intervistatore:	
B. Data dell'intervista (GG/MM/AAAA):	___/___/_____
C. Numero di telefono dell'intervistatore:	

2. Informazioni sull'operatore sanitario	
A. Cognome:	
B. Nome:	
C. Data di nascita:	
D. Codice fiscale	
E. Sesso:	<input type="radio"/> Maschio <input type="radio"/> Femmina <input type="radio"/> Preferisco non rispondere
F. Domicilio (indirizzo)	
G. Dati di contatto: (numero di telefono e email)	
H. Tipo di personale sanitario:	<input type="radio"/> Medico (ospedaliero) <input type="radio"/> Medico (Pediatra di libera scelta) <input type="radio"/> Medico (Medico di Medicina Generale) <input type="radio"/> Medico di una struttura sanitaria residenziale/semiresidenziale <input type="radio"/> Medico (specialista poliambulatorio) <input type="radio"/> Medico 118 <input type="radio"/> Medico di continuità assistenziale (guardia medica) <input type="radio"/> Medico (altro specificare) <input type="radio"/> Infermiere (o equivalente) <input type="radio"/> Assistente sanitaria/o, tecnico infermiere (o equivalente) <input type="radio"/> Operatore Socio Sanitario <input type="radio"/> Tecnico di radiologia <input type="radio"/> Tecnici infusionisti o prelevatori <input type="radio"/> Oculista <input type="radio"/> Fisioterapista <input type="radio"/> Terapista della riabilitazione respiratoria <input type="radio"/> Nutrizionista/dietista <input type="radio"/> Ostetrica/o <input type="radio"/> Farmacista <input type="radio"/> Tecnico di farmacia o addetto alla distribuzione <input type="radio"/> Personale di laboratorio <input type="radio"/> Addetto all'accettazione <input type="radio"/> Addetto alla mensa <input type="radio"/> Addetto alle pulizie <input type="radio"/> Altro (specificare): _____

I. Tipo di area ospedaliera in cui lavora l'OS:	<p><i>Indicare tutte le aree di attività lavorativa:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Ambulatorio <input type="radio"/> Pronto Soccorso <input type="radio"/> Unità medica (reparto ospedaliero) <input type="radio"/> Ambulanza (118) <input type="radio"/> Unità di terapia intensiva <input type="radio"/> Servizi ambientali (Pulizia e sanificazione ospedaliera) <input type="radio"/> Laboratorio <input type="radio"/> Farmacia <input type="radio"/> Altro, specificare: _____
L. Data del Tampone	Data (GG/MM/AAAA): ___/___/____
M. Motivo del tampone	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Comparsa di sintomi <input type="radio"/> Contatto stretto di caso COVID-19 <input type="radio"/> Tampone di routine <input type="radio"/> Altro (specificare): _____
N. Risultato Tampone (se non ancora noto non rispondere)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Positivo <input type="radio"/> Negativo
O. Data di comunicazione dell'esito del tampone (se non ancora noto non rispondere)	Data (GG/MM/AAAA): ___/___/____
P. Nei 14 giorni precedenti all'insorgere della sua sintomatologia e/o giorno di esecuzione del tampone, nello svolgimento delle sue mansioni nel contesto lavorativo , è stata/o a contatto stretto*:	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Con uno più casi (Pazienti) COVID-19 confermati <input type="radio"/> Con un Operatore Sanitario risultato positivo per COVID-19 <input type="radio"/> Nessuna delle precedenti <input type="radio"/> Non so
Q. Nei 14 giorni precedenti all'insorgere della sua sintomatologia e/o esecuzione del tampone, è stata/o a contatto stretto*:	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Con un caso COVID-19 confermato, nello svolgimento delle sue mansioni al di fuori del suo contesto lavorativo (ad esempio assistenza medica a conoscenti) <input type="radio"/> Con un caso COVID-19 confermato, in ambiente domestico <input type="radio"/> Con un caso COVID-19 in ambiente extra-lavorativo ed extra domestico (ad esempio mezzo di trasporto, supermercato) <input type="radio"/> Nessuna delle precedenti <input type="radio"/> Non so

* Per la definizione del contatto stretto riferirsi alle indicazioni nazionali aggiornate al momento della somministrazione

3. Informazioni sulla struttura sanitaria e sull'operatore sanitario	
A. Data della prima esposizione dell'OS al caso COVID-19 confermato:	Data (GG/MM/AAAA): ___/___/____ <input type="radio"/> Non noto
B. Nome della struttura sanitaria in cui l'OS è stato esposto al caso COVID-19:	
C. Tipologia di assistenza sanitaria:	<input type="radio"/> Ospedaliera <input type="radio"/> Ambulatoriale <input type="radio"/> Assistenza sanitaria primaria <input type="radio"/> Assistenza domiciliare per casi lievi <input type="radio"/> Lungodegenze (es. RSA, Hospice, Case di cura) <input type="radio"/> Altro (specificare): _____ _____
D. Città in cui si trova la struttura:	
E. Provincia in cui si trova la struttura:	
F. Sono presenti casi con COVID-19 nella struttura sanitaria?	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non so Numero di casi (anche approssimativo): _____
G. Sono presenti nella struttura sanitaria aree dedicate ai casi COVID-19?	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non so
H. Sono presenti OS dedicati solo alla cura di casi COVID-19?	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non so
I. Fa parte del personale sanitario dedicato alla cura di casi COVID-19?	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non so
L. Ha partecipato a corsi di formazione sui programmi di prevenzione e controllo delle infezioni (PCI)?	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non so
M. A quando risale (data) il corso di formazione più recente, da Lei fatto, in materia di prevenzione e controllo delle infezioni (PCI) all'interno della struttura sanitaria in cui lavora? (GG/MM/AAAAA)	<input type="radio"/> Data: ___/___/____ <input type="radio"/> Non ricordo /non sono sicuro <input type="radio"/> Non so cosa si intenda per prevenzione e controllo delle infezioni (PCI)
N. Quanta formazione cumulativa in materia di PCI (precauzioni standard, precauzioni aggiuntive) ha seguito nella struttura sanitaria in cui lavora?	<input type="radio"/> Meno di 2 ore <input type="radio"/> Più di 2 ore <input type="radio"/> Con so cosa si intenda per precauzioni standard/aggiuntive di PCI
O. Ha partecipato a corsi di formazione sull'utilizzo dei Dispositivi Protezione Individuale (DPI)?	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non so
P. La formazione PCI sui DPI è stata effettuata a distanza (ad esempio, solo presentazioni, e-learning) o sono state svolte sessioni pratiche su precauzioni standard/precauzioni aggiuntive?	<input type="radio"/> Solo a distanza /teorica <input type="radio"/> Solo pratica <input type="radio"/> Entrambe <input type="radio"/> Non so cosa si intenda per precauzioni standard /aggiuntive di PCI



Q. È a conoscenza dei 5 momenti raccomandati per l'igiene delle mani nell'assistenza sanitaria?	<input type="radio"/> Non li conosco <input type="radio"/> Li conosco e li pratico per ogni paziente <input type="radio"/> Li conosco e li pratico quando posso <input type="radio"/> Li conosco ma non ho tempo per praticarli
R. Presso i punti di cura (in reparto, vicino al letto), è disponibile il gel a base alcolica per l'igiene delle mani (dispenser/flaconi individuali)?	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/> qualche volta <input type="radio"/> Non sono sicura/o

4. Attività dell'operatore sanitario svolte su caso COVID-19 (contatto e droplet) in contesti senza rischio di produzione di generazione di aerosol	
A. Ha fornito assistenza diretta a un caso COVID-19 confermato?	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non so
B. Ha avuto un contatto faccia a faccia (entro 1 metro) con un caso COVID-19 confermato in una struttura sanitaria?	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non so
- Se sì, qual è stata la durata più lunga del contatto faccia a faccia con il caso COVID-19	<input type="radio"/> <2 min <input type="radio"/> 2-5 min <input type="radio"/> 5-15 min <input type="radio"/> >15 min <input type="radio"/> Non so
C. Durante l'interazione sanitaria con un caso COVID-19, ha indossato DPI?	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non so
<i>In caso affermativo, per ogni DPI riportato di seguito, indicare la frequenza di utilizzo:</i> <ul style="list-style-type: none">- "Sempre, come raccomandato" equivale più del 95% del tempo;- "La maggior parte del tempo" DPI il 51% o più del tempo ma meno del 95%;- "Occasionalmente" dal 20% al 50% del tempo;- "Raramente" DPI < 20% del tempo.- "Mai" 0%	
1. Guanti	<input type="radio"/> Sempre, come raccomandato <input type="radio"/> La maggior parte delle volte <input type="radio"/> Occasionalmente <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Mai
2. Mascherina chirurgica	<input type="radio"/> Sempre, come raccomandato <input type="radio"/> La maggior parte delle volte <input type="radio"/> Occasionalmente <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Mai
3. Protezione facciale/occhiali protettivi	<input type="radio"/> Sempre, come raccomandato <input type="radio"/> La maggior parte delle volte <input type="radio"/> Occasionalmente <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Mai

<p>4. Camice monouso /grembiule monouso</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sempre, come raccomandato <input type="radio"/> La maggior parte delle volte <input type="radio"/> Occasionalmente <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Mai
<p>D. Durante il periodo di interazione con il caso COVID-19, è stato rimosso e sostituito il DPI in base al protocollo (ad esempio quando la maschera chirurgica si è bagnata, ha smaltito il DPI bagnato nei rifiuti, ha eseguito l'igiene delle mani, ecc.)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sempre, come raccomandato <input type="radio"/> La maggior parte delle volte <input type="radio"/> Occasionalmente <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Mai
<p>E. Durante il periodo di interazione con il caso COVID-19, ha eseguito l'igiene delle mani prima e dopo aver toccato il caso? NB: Indipendentemente dall'aver usato guanti</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sempre, come raccomandato <input type="radio"/> La maggior parte delle volte <input type="radio"/> Occasionalmente <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Mai
<p>F. Durante il periodo di interazione con il caso COVID-19, ha eseguito l'igiene delle mani prima e dopo qualsiasi procedura pulita o sterile (ad esempio, inserimento di catetere venoso periferico, catetere urinario, intubazione, ecc.)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sempre, come raccomandato <input type="radio"/> La maggior parte delle volte <input type="radio"/> Occasionalmente <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Mai
<p>G. Durante il periodo di interazione con il caso COVID-19, ha eseguito l'igiene delle mani dopo l'esposizione a fluidi corporei?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sempre, come raccomandato <input type="radio"/> La maggior parte delle volte <input type="radio"/> Occasionalmente <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Mai
<p>H. Durante il periodo di interazione con il caso COVID-19, ha eseguito l'igiene delle mani dopo aver toccato l'ambiente del caso (letto, maniglia della porta, ecc.)? Note: indipendentemente dall'aver indossato i guanti</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sempre, come raccomandato <input type="radio"/> La maggior parte delle volte <input type="radio"/> Occasionalmente <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Mai
<p>I. Durante il periodo di interazione con il caso COVID-19, le superfici ad elevato contatto sono state decontaminate frequentemente (almeno tre volte al giorno)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sempre, come raccomandato <input type="radio"/> La maggior parte delle volte <input type="radio"/> Occasionalmente <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Mai
<p>L. Ha avuto un contatto diretto con l'ambiente in cui è stato curato il caso COVID-19 confermato? Ad esempio letto, biancheria, attrezzature mediche, bagno, ecc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non so
<p>M. Prestava assistenza sanitaria (retribuito o no) in un'altra struttura sanitaria durante il periodo di cui sopra?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Altre strutture sanitarie (pubbliche o private) <input type="radio"/> Ambulanza <input type="radio"/> Assistenza domiciliare <input type="radio"/> Non ho frequentato altre strutture sanitarie

5. Attività dell'operatore sanitario svolte su caso COVID-19 in contesti con rischio di generazione di aerosol	
A. Era presente quando sul caso sono state eseguite procedure che generano aerosol?	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non so
In caso affermativo, procedere con le seguenti domande (se no, passare alla sezione 6)	
B. che tipo di procedura?	<input type="radio"/> Rianimazione cardiopolmonare <input type="radio"/> Intubazione <input type="radio"/> Estubazione <input type="radio"/> Broncoscopia <input type="radio"/> Induzione di espettorato <input type="radio"/> Terapie in grado di generare nebulizzazione <input type="radio"/> NIV no <input type="radio"/> BiPAP <input type="radio"/> CPAP <input type="radio"/> Tampone nasofaringeo <input type="radio"/> Altro, specificare: _____
C. Durante le procedure di generazione di aerosol su un caso COVID-19, ha indossato dispositivi di protezione individuale (DPI)?	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Non so
<i>In caso affermativo, per ogni DPI riportato di seguito, indicare la frequenza di utilizzo:</i> <ul style="list-style-type: none"> - "Sempre, come raccomandato" equivale più del 95% del tempo; - "La maggior parte del tempo" DPI il 50% o più del tempo ma meno del 95%; - "Occasionalmente" dal 20% al 50% del tempo; - "Raramente" DPI < 20% del tempo. - "Mai" 0% 	
1. Guanti	<input type="radio"/> Sempre, come raccomandato <input type="radio"/> La maggior parte delle volte <input type="radio"/> Occasionalmente <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Mai
2. Maschera FFP2/FFP3 (o equivalente)	<input type="radio"/> Sempre, come raccomandato <input type="radio"/> La maggior parte delle volte <input type="radio"/> Occasionalmente <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Mai
3. Protezione facciale/occhiali protettivi	<input type="radio"/> Sempre, come raccomandato <input type="radio"/> La maggior parte delle volte <input type="radio"/> Occasionalmente <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Mai
4. Camice monouso/ Grembiule monouso	<input type="radio"/> Sempre, come raccomandato <input type="radio"/> La maggior parte delle volte <input type="radio"/> Occasionalmente <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Mai

D. Durante le procedure di generazione di aerosol sul caso COVID-19, è stato rimosso e sostituito il DPI in base al protocollo (ad esempio quando la maschera chirurgica si è bagnata, ha smaltito il DPI bagnato nel cestino dei rifiuti, ha eseguito l'igiene delle mani, ecc.)?	<input type="radio"/> Sempre, come raccomandato <input type="radio"/> La maggior parte delle volte <input type="radio"/> Occasionalmente <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Mai
E. Durante le procedure di generazione di aerosol sul caso COVID-19, ha eseguito l'igiene delle mani prima e dopo aver toccato il caso? NB: Indipendentemente dall'aver indossato i guanti	<input type="radio"/> Sempre, come raccomandato <input type="radio"/> La maggior parte delle volte <input type="radio"/> Occasionalmente <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Mai
F. Durante le procedure di generazione di aerosol sul caso COVID-19, ha eseguito l'igiene delle mani prima e dopo qualsiasi procedura pulita o sterile (ad esempio: catetere vascolare periferico, catetere urinario, intubazione, ecc.)?	<input type="radio"/> Sempre, come raccomandato <input type="radio"/> La maggior parte delle volte <input type="radio"/> Occasionalmente <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Mai
G. Durante le procedure di generazione di aerosol sul caso COVID-19, ha eseguito l'igiene delle mani dopo aver toccato l'ambiente del caso (letto, maniglia della porta, ecc.)? Note: indipendentemente dall'aver indossato i guanti	<input type="radio"/> Sempre, come raccomandato <input type="radio"/> La maggior parte delle volte <input type="radio"/> Occasionalmente <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Mai
H. Durante le procedure di generazione di aerosol sul caso COVID-19, le superfici ad elevato contatto sono state decontaminate frequentemente (almeno tre volte al giorno)?	<input type="radio"/> Sempre, come raccomandato <input type="radio"/> La maggior parte delle volte <input type="radio"/> Occasionalmente <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Mai

6. Incidenti con materiale biologico	
A. Durante il periodo di interazione sanitaria con un caso COVID -19, si è verificato qualche episodio accidentale con secrezioni biologiche fluide/respiratorie?	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
- Se sì, che tipo di episodio?	<input type="radio"/> Spruzzo di secrezioni biologiche fluide/respiratorie del caso nella mucosa degli occhi <input type="radio"/> Spruzzo di secrezioni biologiche fluide/respiratorie nella mucosa orale o nasale <input type="radio"/> Spruzzo di secrezioni biologiche fluide/respiratorie su pelle non intatta <input type="radio"/> Puntura o taglio accidentale con qualsiasi materiale contaminato da secrezioni biologiche fluide/respiratorie

