

Regione Lazio

DIREZIONE SALUTE ED INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Atti dirigenziali di Gestione

Determinazione 26 febbraio 2021, n. G02044

Adozione del "Piano di Intervento Regionale sull'Igiene delle mani".

OGGETTO: Adozione del “Piano di Intervento Regionale sull’Igiene delle mani”.

**IL DIRETTORE DELLA DIREZIONE REGIONALE
SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA**

SU PROPOSTA del Dirigente dell’Area Rete Ospedaliera e Specialistica;

VISTA la legge 27 dicembre 1978, n. 833 e successive modificazioni, concernente l’istituzione del Servizio Sanitario Nazionale;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni concernente: “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni”;

VISTA la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n.3 concernente “Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione”;

VISTA la legge statutaria 11 novembre 2004, n. 1, che approva lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la legge regionale n. 18/94 recante “*Disposizioni per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere*”;

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6, e successive modificazioni recante la “Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale”;

VISTO il regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1, concernente l’organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale, e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale 30 dicembre 2020 n. 1044, con la quale è stato conferito l’incarico di Direttore della Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria al Dott. Massimo Annicchiarico;

PRESO ATTO che con Decreto del Commissario ad Acta del 6 luglio 2015, n. U00309 (come modificato dal Decreto del Commissario ad Acta n. U00593 del 16 dicembre 2015) è stato approvato il “Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-2018” che, al Progetto 7.3 prevede una serie di obiettivi e di attività per il “contenimento delle infezioni correlate all’assistenza sanitaria (ICA) e monitoraggio dell’uso degli antibiotici”

PRESO ATTO che con DCA n. U00563 del 19/11/2015 è stato istituito il Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza (CR-CCICA) e costituito il Gruppo di Approfondimento Tecnico per le ICA;

VISTO il DCA n. U00052 del 22.02.2017 Programma Piano Operativo 2016-2018 relativo al Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale;

VISTA l’Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano che in data 2 novembre 2017 ha approvato il “Piano Nazionale di Contrasto dell’Antimicrobico-Resistenza (PNCAR) 2017-2020”;

VISTA la Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”;

CONSIDERATO che all’art. 2, comma 4 la suddetta Legge stabilisce che “in ogni regione è istituito, con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, il Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente”;

VISTA la Determinazione n. G16829 del 06 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC) ai sensi della L. 24/2017”;

VISTO il DCA U00400 del 29 /10/2018 recante “Trasferimento delle competenze del Centro di Coordinamento Regionale dei Comitati per il Controllo delle Infezioni Correlate all’Assistenza al Centro Regionale Rischio Clinico”;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta del 24 dicembre 2019, n. U00517 recante “Rinnovo mandato Centro Regionale Rischio Clinico e Integrazione componenti”;

RITENUTO prioritario per la Regione Lazio assicurare un adeguato coordinamento delle politiche di gestione del rischio clinico al fine ultimo di garantire a tutti gli utenti un omogeneo trattamento, dando risposte alla collettività in termini di efficienza, trasparenza ed equità;

VISTA la nota prot. n. U.0556580 del 25 giugno 2020 di “istituzione del Gruppo di lavoro per l’elaborazione di un Piano di Intervento Regionale sull’igiene delle mani”;

VISTO il “Piano di Intervento Regionale sull’igiene delle mani” elaborato dal Gruppo di lavoro e dal Centro Regionale Rischio Clinico, che forma parte integrante del presente provvedimento;

DETERMINA

per le motivazioni espresse in premessa, che vengono integralmente richiamate:

1. di approvare il “Piano di Intervento Regionale sull’igiene delle mani” (di seguito “Piano”, Allegato 1), che forma parte integrante del presente provvedimento;
2. di stabilire che tutte le strutture sanitarie o sociosanitarie, pubbliche e private del Servizio Sanitario Regionale (di seguito “Strutture”) dovranno:
 - a. effettuare l’autovalutazione prevista dal Piano e elaborare un piano di azione locale sulla base dei risultati del questionario entro un termine di quattro mesi dalla data di adozione;
 - b. l’autovalutazione e il relativo piano di azione locale, nel caso di Strutture con più presidi o stabilimenti, dovranno essere specifici per ogni presidio/stabilimento;
 - c. a eccezione dei casi specificamente previsti nel Piano, a cui si rimanda per i dettagli operativi, l’autovalutazione e il piano di azione locale dovranno essere elaborati con cadenza annuale;
 - d. il piano di azione locale dovrà essere inserito fra le attività previste dal Piano Annuale delle Infezioni Correlate all’Assistenza (PAICA) a partire dal PAICA 2022. A partire dal 2023, le Strutture, all’interno del paragrafo 1.2 del PAICA, recante “Resoconto delle attività”, dovranno anche inserire una sezione specifica che riporti il resoconto del piano di azione locale dell’anno precedente;
 - e. delle attività previste dal piano di azione locale dovrà essere fornita opportuna evidenza documentale per le attività di verifica e controllo da parte dei competenti organi di vigilanza, nonché per il monitoraggio da parte del Centro Regionale Rischio Clinico (di seguito CRRC);
3. di stabilire che le Strutture dovranno raggiungere entro il 31/12/2023 gli obiettivi previsti dal Piano.

Avverso il presente decreto è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo del Lazio nel termine di sessanta giorni, ovvero, ricorso Straordinario al Capo dello Stato entro il termine di centoventi giorni, decorrenti dalla data di notifica o pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul B.U.R.L.

IL DIRETTORE
Massimo Annicchiarico



REGIONE
LAZIO

PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

Autori del documento:

Giuseppe Sabatelli¹; Filippo Berloco²; Angelica Carnevale³; Marta Ciofi degli Atti⁴; Lorena Martini⁵; Maurizio Musolino¹; Vincenzo Puro¹; Massimiliano Raponi⁴; Enrico Rosati⁶.

Hanno collaborato alla elaborazione del documento:

Maria Adriana Cataldo⁷; Paola Scognamiglio⁷; Alessandra Barca⁸; Giuseppe Spiga⁹; Daniela Russetti¹⁰; Anna Santa Guzzo¹; Antonio Silvestri¹; Giuseppe Vetrugno¹.

¹Centro Regionale Rischio Clinico Lazio; ²Nomentana Hospital; ³Policlinico Tor Vergata; ⁴Ospedale Pediatrico Bambino Gesù; ⁵Agenas; ⁶Casa di Cura Ancelle Francescane del Buon Pastore; ⁷Istituto Nazionale Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani; ⁸Area Promozione della Salute e Prevenzione; ⁹Area Rete Ospedaliera e Specialistica; ¹⁰Area Autorizzazioni e Accreditamento.

Prima emissione: 19 febbraio 2021



CENTRO REGIONALE
RISCHIO CLINICO

PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI

INDICE

1.0	Introduzione	2
2.0	Obiettivi del documento	4
3.0	Ambiti di applicazione	4
4.0	Glossario	4
5.0	Modello teorico di riferimento	5
6.0	L'igiene delle mani	7
6.1	<i>Indicazioni particolari</i>	9
7.0	I cinque momenti dell'igiene delle mani	10
7.1	<i>La zona paziente</i>	12
7.2	<i>L'area assistenziale</i>	13
1	Prima del contatto con il paziente	14
2	Prima di una manovra asettica	15
3	Dopo esposizione a un liquido biologico	16
4	Dopo il contatto con il paziente	17
5	Dopo il contatto con ciò che sta attorno al paziente	18
	PIANO DI INTERVENTO REGIONALE	19
	SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI	21
	SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE	24
	SEZIONE C – MONITORAGGIO E FEEDBACK	28
	SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE	36
	SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITTMENT	38
8.0	Riferimenti bibliografici e normativi	41
	Allegati	41
	Strumenti di supporto	41

1.0 INTRODUZIONE

Le Infezioni Correlate all'Assistenza sanitaria (ICA) sono infezioni che si verificano in un paziente durante il processo assistenziale in un ospedale o in un'altra struttura sanitaria e che non erano manifeste né in incubazione al momento del ricovero. Comprendono anche le infezioni contratte in ospedale, ma che si manifestano dopo la dimissione e le infezioni tra i visitatori e il personale della Struttura. Costituiscono la complicità più frequente e grave dell'assistenza sanitaria e possono verificarsi in ogni ambito assistenziale: ospedali per acuti, *day hospital/day surgery*, strutture di lungodegenza, strutture residenziali territoriali, ecc.

Le ICA possono essere causate da microrganismi già presenti sulla cute e sulle mucose del paziente (infezioni endogene) o da microrganismi trasmessi tramite un altro paziente, un operatore sanitario o l'ambiente (infezioni esogene). Le cause sono molteplici, fra le principali ricordiamo:

- la progressiva introduzione di nuove tecnologie sanitarie, con l'uso prolungato di dispositivi medici invasivi; gli interventi chirurgici complessi, che, pur migliorando le possibilità terapeutiche e l'esito della malattia, possono favorire l'ingresso di microrganismi in sedi corporee normalmente sterili;
- l'indebolimento del sistema di difesa dell'organismo (immunodepressione) o la presenza di altre gravi patologie concomitanti;
- la scarsa applicazione di misure di igiene ambientale e di prevenzione e controllo delle infezioni in ambito assistenziale;
- l'emergenza di ceppi batterici resistenti agli antibiotici, dovuta soprattutto all'uso scorretto o eccessivo di questi farmaci, che complica ulteriormente il decorso di molte ICA.

Le ICA rappresentano uno dei principali problemi per la sicurezza dei pazienti, e hanno un impatto clinico ed economico rilevante per i servizi sanitari, i pazienti e le loro famiglie, in quanto provocano: prolungamento della durata di degenza, disabilità a lungo termine, aumento della resistenza dei microrganismi agli antibiotici, una significativa mortalità in eccesso.

In Europa, le ICA provocano ogni anno:

- 16 milioni di giornate aggiuntive di degenza;
- 37.000 decessi attribuibili;
- 110.000 decessi per i quali l'infezione rappresenta una concausa;
- costi stimati in approssimativamente 7 miliardi di Euro, includendo solo i costi diretti.

Uno studio nazionale di prevalenza condotto nel 2018 utilizzando il protocollo dell'ECDC, ha rilevato una frequenza media di pazienti con una infezione contratta durante la degenza pari a 6,3 ogni 100 pazienti presenti in ospedale; nell'assistenza domiciliare 1 paziente ogni 100 contrae una ICA.

I microrganismi coinvolti possono essere virus, funghi o miceti, parassiti e, più frequentemente, batteri. Fino all'inizio degli anni '80, le ICA erano dovute principalmente a batteri gram-negativi (per esempio, *E. coli* e *Klebsiella pneumoniae*). Poi, per effetto della pressione antibiotica e del maggiore utilizzo di presidi sanitari in materiale plastico, sono aumentate le infezioni sostenute da batteri gram-positivi (soprattutto Enterococchi e *Stafilococcus epidermidis*) e quelle da miceti (soprattutto *Candida*), mentre sono diminuite quelle sostenute da batteri gram-negativi. Tuttavia, recentemente, alcuni batteri gram-negativi, come gli enterobatteri resistenti alle carbapenemasi

(CRE) e l'*Acinetobacter* spp., responsabili di gravi infezioni, sono diventati molto frequenti in ambito assistenziale ospedaliero.

La maggior parte delle ICA interessa il tratto urinario, l'apparato respiratorio, le ferite chirurgiche, le infezioni sistemiche (sepsi, batteriemie). Le più frequenti sono le infezioni urinarie, che da sole rappresentano il 35-40% di tutte le infezioni ospedaliere.

Dalla definizione si desume chiaramente che le ICA sono correlate all'erogazione delle prestazioni sanitarie, e possono insorgere come conseguenza di criticità di tipo strutturale e tecnologico, di carenze nelle procedure assistenziali o di comportamenti non corretti da parte degli operatori. Non tutte le ICA sono prevenibili, ma si stima che con le opportune misure di controllo e prevenzione (*Infection Prevention and Control*, IPC), si possano ridurre in una quota che può arrivare al 50%. Fra questi interventi la corretta igiene delle mani rappresenta la misura più efficace per ridurre il rischio di trasmettere microrganismi potenzialmente patogeni da un paziente all'altro. Molti studi hanno infatti dimostrato che, quando viene garantita una corretta igiene delle mani e degli ambienti assistenziali, il rischio di contrarre ICA si riduce drasticamente.

Purtroppo il livello di adesione a questa pratica è, spesso, inaccettabilmente, basso. In letteratura è riportata un'adesione inferiore al 40% nelle strutture sanitarie in cui non sono stati implementati appositi programmi di sensibilizzazione. Questo valore scende sotto il 20% nelle strutture residenziali per anziani. La corretta igiene delle mani è una delle azioni fondamentali non solo delle cosiddette "precauzioni standard", ma anche nel caso in cui sia necessario adottare precauzioni ulteriori, come quelle da contatto o *droplet*. La sua importanza è ulteriormente sottolineata dal fatto che è un intervento che fa parte di tutti i *bundle* relativi al rischio infettivo (prevenzione delle infezioni del sito chirurgico, di quelle legate a catetere venoso e vescicale, della polmonite associata al ventilatore).

La corretta pratica dell'igiene delle mani contribuisce a prevenire o ridurre:

- a) la colonizzazione e infezione del paziente da parte di microrganismi potenzialmente patogeni (compresi quelli multiresistenti);
- b) la diffusione di microrganismi potenzialmente patogeni (compresi quelli multiresistenti) nell'ambiente sanitario;
- c) le infezioni causate da microrganismi endogeni;
- d) la colonizzazione e infezione degli operatori sanitari.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha elaborato una strategia multimodale la cui implementazione favorisce l'adesione a tale pratica attraverso azioni articolate sul piano strutturale/tecnologico, organizzativo e professionale, le quali, in ossequio alla legge del "tutto o nulla" dei *bundle* (vedi Capitolo 5.0), debbono essere adottate integralmente. La loro applicazione si estende a tutti i pazienti che ricevono cure, indipendentemente dalla loro diagnosi, dai fattori di rischio e dal presunto stato infettivo, riducendo il rischio per il paziente e per il personale di contrarre un'infezione.

Anche nella gestione dell'emergenza pandemica da SARS-Cov-2, l'igiene delle mani, associata al distanziamento fisico e all'etichetta respiratoria, rappresenta un elemento di cruciale importanza per ridurre la trasmissione del virus in tutti gli ambiti, professionali e no. In ambito lavorativo, in particolare, i dispositivi medici e i dispositivi di protezione individuale sono efficaci per la protezione degli operatori solo se inseriti all'interno di un più ampio insieme d'interventi che comprende

controlli amministrativi e procedurali, ambientali, organizzativi e tecnici, tra i quali quelli relativi all'igiene delle mani.

NB: Il documento rappresenta lo stato dell'arte delle conoscenze al momento della sua emissione e non esime gli operatori dalla necessità di un aggiornamento continuo sugli argomenti trattati.

2.0 OBIETTIVI DEL DOCUMENTO

L'obiettivo del documento è quello di definire un *bundle* di requisiti strutturali/tecnologici, organizzativi e professionali che consenta alle organizzazioni sanitarie di elaborare un piano di azione locale per governare efficacemente il problema delle ICA correlate alla non ottimale pratica dell'igiene delle mani sulla base dei documenti OMS¹.

3.0 AMBITI DI APPLICAZIONE

A CHI	Il documento è rivolto alle direzioni delle Strutture e agli esercenti la professione sanitaria del SSR.
DOVE	Il documento trova applicazione in tutte le Strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private del SSR.
PER CHI	Il documento è finalizzato alla tutela di tutti gli assistiti, degli esercenti la professione sanitaria e delle Strutture.
QUANDO	Qualsiasi momento del processo clinico-assistenziale in cui sia presente un rischio infettivo. NB: Le indicazioni contenute nel documento non si applicano alle procedure che richiedono il lavaggio chirurgico delle mani.

4.0 GLOSSARIO

Antisepsi delle mani	La riduzione o l'inibizione della crescita di microrganismi a seguito di una frizione antisettica o del lavaggio antisettico delle mani. Nel primo caso l'operazione richiede l'impiego di un gel/soluzione idroalcolica, nel secondo caso di un antisettico da applicare sulle mani insieme all'acqua.
Agente antisettico	Sostanza antimicrobica che riduce o inibisce la crescita dei microrganismi sui tessuti viventi. Gli esempi includono alcol, gluconato di clorexidina, derivati del cloro, iodio, cloroxilenolo (PCMX), composti dell'ammonio quaternario e triclosan.
Bundle	Un bundle è un insieme contenuto (da 3 a 5) di interventi, comportamenti e/o pratiche <i>evidence-based</i> , rivolti ad una specifica tipologia di pazienti e setting di cura, che, applicati congiuntamente e in modo adeguato, migliorano la qualità e l'esito dei processi con un effetto maggiore di quello che gli stessi determinerebbero, se ogni strategia fosse attuata separatamente. Un bundle ha successo solo se tutte le sue componenti vengono applicate.
CCICA	Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza.

¹ I documenti e le immagini prodotti dall'OMS e utilizzati per il documento sono stati tradotti e adattati al contesto regionale. L'OMS non è responsabile dei contenuti e dell'accuratezza delle traduzioni e degli adattamenti effettuati. Per la consultazione dei documenti originali si rimanda all'indirizzo <http://www.who.int/gpsc/5may/tools/en/index.html>.

Colonizzazione	Presenza di microrganismi sulle superfici cutanee e/o mucose e/o altri siti senza evidenza d'invasione tissutale o di reazione infiammatoria loco regionale e/o sistemica e/o risposta dell'ospite.
CRRC	Centro Regionale Rischio Clinico.
Disinfezione	Procedimento chimico o fisico che comporta l'eliminazione di tutte le forme patogene e del maggior numero di microrganismi presenti in un ambiente o su di un substrato, ad eccezione delle spore.
Frizione antisettica	Frizione delle mani con preparazione alcolica volta a ridurre la flora microbica transitoria, ma non necessariamente quella residente. Si effettua utilizzando un antisettico conforme alla norma EN 1500 (requisito minimo) o a quella più estensiva EN 12791. La durata dell'operazione è di 20-30 sec in relazione al prodotto impiegato. La frizione antisettica è indicata per procedure a rischio infettivo basso o intermedio: igiene di routine e procedure asettiche di livello intermedio.
ICA	Infezioni Correlate all'Assistenza. Infezione che si verifica in un paziente durante il processo assistenziale in un ospedale e che non era presente né in incubazione al momento dell'ingresso in ospedale. La malattia può anche manifestarsi dopo la dimissione del paziente.
Igiene Ospedaliera	Disciplina che contempla tutti gli aspetti relativi al benessere fisico e psichico dei degenti, dei visitatori e degli operatori sanitari. Da un punto di vista gestionale consiste nell'insieme di funzioni che mira a garantire in modo efficiente che un qualsiasi <i>setting</i> assistenziale (ospedale, ambulatorio, ecc.) sia adeguato allo svolgimento di specifiche attività assistenziali, nonché siano sicure e confortevoli per utenti e operatori.
Infezione	Presenza di microrganismi sulle superfici cutanee e/o mucose e/o in altri siti con evidenza di invasione tissutale e reazione infiammatoria.; prevede l'invasione, la moltiplicazione e la risposta loco regionale e/o sistemica dell'ospite.
PAICA	Piano Annuale per le Infezioni Correlate all'Assistenza.
Punto di Assistenza	Il punto di assistenza è il luogo dove tre elementi si uniscono: il paziente, l'operatore sanitario e la cura o il trattamento che comporti il contatto con il paziente o il suo ambiente circostante (all'interno della zona del paziente). Il concetto abbraccia la necessità di eseguire l'igiene delle mani nei momenti raccomandati esattamente dove ha luogo l'assistenza. Ciò richiede che un prodotto per l'igiene delle mani (a base di soluzione alcolica, se disponibile) sia facilmente accessibile e il più vicino possibile - a portata di mano dove si svolge l'assistenza o il trattamento del paziente. I prodotti al punto di assistenza devono essere accessibili senza dover lasciare la zona paziente.

5.0 MODELLO TEORICO DI RIFERIMENTO

Per questo documento non è stato possibile adottare il modello teorico dell'acquedotto romano, utilizzato in altri documenti di indirizzo regionali, poiché si è ritenuto che gli aspetti legati alla prevenzione, al monitoraggio e al controllo delle ICA, pur riconoscendo elementi costitutivi separati fra loro, e che coinvolgono responsabilità diverse, dal Direttore Sanitario fino all'operatore al letto del paziente, non possano essere assimilati a un normale processo clinico-assistenziale, cui quel modello si riferisce.

Un processo clinico-assistenziale, infatti, ha una sola direzione (come l'acqua che scorre nell'acquedotto) e può essere scomposto in momenti fondamentali (le colonne) posti in successione diacronica fra loro e collegati da archi che sono invece costituiti da elementi quali: la competenza, la comunicazione, il clima organizzativo, le *non-technical skill* e tutti gli aspetti relativi alla

complessità dei sistemi sanitari. A differenza degli elementi contenuti nelle colonne, come già detto in altri documenti regionali, le “pietre” che costituiscono l’arco non sono proceduralizzabili, e inoltre devono essere tutte sincronicamente presenti nel processo clinico-assistenziale. In altri termini la mancanza anche solo di una “pietra” indebolisce l’arco, potendo arrivare a rappresentare un elemento causale o contribuente di un evento avverso legato alla improvvisa deviazione del processo fuori dalla zona di accettabilità, analogamente alle falle del modello di Reason.

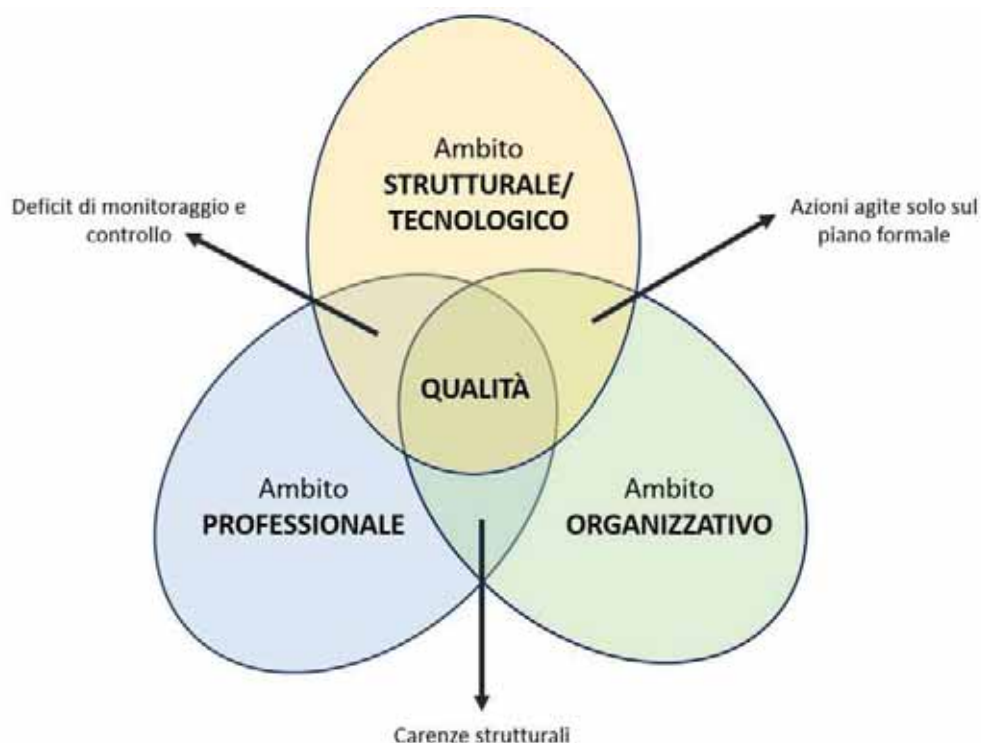
Nel caso delle ICA, similmente a quanto accade nei *bundle*, **tutti gli elementi contenuti negli ambiti Strutturale/tecnologico, organizzativo e professionale devono essere sincronicamente presenti** se si vuole raggiungere il risultato, e cioè prevenire, monitorare e controllare efficacemente le ICA. **Per questo, nel rispetto dei ruoli e delle responsabilità normativamente attribuite, è fondamentale un pieno ed esplicito mandato da parte della Direzione strategica/proprietà della Struttura.** Eventuali criticità presenti nei diversi ambiti possono produrre differenti forme di inefficacia (vedi Figura 1): solo il rispetto di tutto il *bundle* dei requisiti può garantire il raggiungimento dello standard di qualità atteso. Per gli scopi del documento, gli ambiti vanno intesi come di seguito specificato:

Ambito Strutturale/Tecnologico: requisiti di cui il sistema ha materialmente bisogno per il raggiungimento dello standard di qualità prefissato (ad esempio: percorsi sporco/pulito, ascensori dedicati per lo sporco, procedure specifiche, stanze di isolamento, ecc.);

Ambito organizzativo: misure finalizzate a mantenere uno standard formativo costantemente elevato (ad esempio: formazione, *retraining*, autovalutazioni ecc.) e interventi finalizzati al monitoraggio della implementazione delle buone pratiche e degli indicatori di processo;

Ambito professionale: insieme di azioni ripetute e finalizzate alla implementazione delle buone prassi nella pratica clinico-assistenziale.

Figura 1 – Gli ambiti da presidiare per un efficace governo delle ICA



6.0 L'IGIENE DELLE MANI

La pratica dell'igiene delle mani è importante in tutti i momenti dell'assistenza e in ogni contesto assistenziale, può essere effettuata nei seguenti modi:

1. **Frizione con soluzione alcolica:** ha l'obiettivo di ridurre la cosiddetta flora microbica transitoria.

- Prodotto da utilizzare: soluzioni a base alcolica conformi alla norma EN 1500 (requisito minimo) o a quella più estensiva EN 12791;
- Tempo di lavaggio: 20-30 secondi.

Come eseguirla (Figura 2): applicare il prodotto sul palmo della mano e frizionare tra loro le mani coprendo tutta la superficie dei palmi e del dorso, delle dita, degli spazi interdigitali e ungueali, fino a che le mani sono asciutte.

Rappresenta il metodo di prima scelta per l'igiene delle mani, in quanto è veloce, efficace e ben tollerato dalla cute. Sostituisce il lavaggio cosiddetto sociale (eseguito con acqua e sapone) e quello antisettico (eseguito con acqua ed antisettico). Inoltre può essere effettuata, con tempi e modalità diversi da quelli descritti, anche in sostituzione del lavaggio chirurgico, ambito che però non rientra in questo documento. Inoltre può essere reso disponibile al punto di assistenza e non necessita di particolari infrastrutture (ad es.: lavandino, sapone, salviette asciugamani).

Figura 2 – Come praticare l'igiene delle mani con soluzione alcolica



2. **Lavaggio con acqua e sapone o con acqua e sapone antisettico:** l'uso del sapone consente l'allontanamento meccanico della flora microbica transitoria, mentre il sapone antisettico esercita anche un effetto antimicrobico.

- a. Prodotti da utilizzare: comune detergente o detergente antisettico;
- b. Tempo di lavaggio: 40-60 secondi.

Come eseguirlo (Figura 3):

- bagnarsi con acqua le mani;
- applicare una dose di detergente sufficiente a coprire tutta la superficie delle mani;
- insaponare il palmo e il dorso delle mani l'una contro l'altra per permettere al detergente di venire in contatto con tutta la superficie soggetta al lavaggio, compresi il pollice, gli spazi interdigitali ed ungueali;
- risciacquare bene le mani facendo scorrere l'acqua dalle dita verso i polsi;
- asciugare le mani usando una salvietta monouso;
- se il lavandino è sprovvisto di rubinetto a gomito o a pedale, chiuderlo con l'ultima salvietta utilizzata.

Figura 3 – Come praticare l'igiene delle mani con acqua e sapone



L'igienizzazione delle mani con acqua e sapone deve essere sempre eseguita quando:

- sono visibilmente sporche;
- sono contaminate da materiale biologico;
- è probabile o accertata l'esposizione a microrganismi sporigeni (come il genere *Clostridium*);
- dopo l'uso dei servizi igienici

3. **Lavaggio chirurgico:** Vengono utilizzati gli stessi principi attivi del lavaggio antisettico, con l'obiettivo di eliminare la flora batterica transitoria e ridurre la flora residente, con un'attività antimicrobica persistente.

NB: Questo tipo di lavaggio non rientra nell'ambito di applicazione di questo documento.

6.1 Indicazioni particolari

Per una corretta igiene delle mani è necessario:

1. Non indossare anelli, bracciali e orologi durante l'attività lavorativa: la cute al di sotto di anelli e gioielli è più colonizzata di quella scoperta;
2. Rimboccare le maniche al gomito se necessario;
3. Tenere le unghie corte e ben curate, non utilizzare unghie artificiali o ricostruite, non utilizzare smalto per le unghie: diversi studi indicano che per gli operatori sanitari l'assenza di smalto sulle unghie sia l'opzione più sicura per prevenire la trasmissione delle infezioni. In particolare sembra che lo smalto sbeccato, in gel, o indossato da più di quattro giorni possa ospitare microrganismi che non vengono rimossi con il lavaggio delle mani, neanche quello chirurgico;
4. Mantenere la cute integra e elastica: alterazioni dello strato superficiale dell'epidermide favoriscono la colonizzazione da parte, ad esempio, di *Staphylococcus aureus* e batteri Gram negativi. Al fine di ridurre il rischio di insorgenza di dermatiti fra gli operatori sanitari occorre evitare di:
 - a. Lavarsi le mani con acqua troppo calda;
 - b. Indossare i guanti quando le mani non sono perfettamente asciutte;
 - c. Indossare guanti quando non è necessario;
 - d. Lavare le mani con acqua e sapone immediatamente prima o dopo l'uso di una soluzione alcolica.

Occorre inoltre fare attenzione a:

- a. Strofinare le mani fino a quando il prodotto a base di alcol non è completamente evaporato;
- b. Asciugare accuratamente le mani con salviette monouso dopo averle lavate con acqua e sapone;
- c. applicare regolarmente una crema protettiva per le mani.

NB: L'uso dei guanti non sostituisce il lavaggio delle mani. Le indicazioni per l'igiene delle mani sono indipendenti da quelle che giustificano l'uso di guanti (sterili o non sterili). L'uso del guanto non modifica o sostituisce le indicazioni per l'igiene delle mani: è piuttosto la corretta igiene delle mani a consentire l'utilizzo appropriato e corretto dei guanti.

I prodotti per l'igiene delle mani devono essere conservati nel loro flacone originale. I flaconi parzialmente vuoti non vanno mai rabboccati, per evitarne la contaminazione batterica. È necessario sostituire l'intero flacone. Gli erogatori vanno regolarmente puliti.

7.0 I CINQUE MOMENTI DELL'IGIENE DELLE MANI

L'assistenza sanitaria può essere descritta come una successione di azioni durante le quali le mani degli operatori toccano superfici diverse (ad es.: la cute e/o le mucose del paziente, ferite e abrasioni, cateteri venosi, comodini, dispositivi medici, rifiuti, cibo, urine, ecc.). La trasmissione di microrganismi da una superficie all'altra deve essere interrotta, e ogni contatto va considerato come una potenziale fonte di contaminazione **da o verso** le mani dell'operatore sanitario. Di seguito si elencano, a titolo di esempio, alcune situazioni che comportano un contatto delle mani a rischio di trasmissione:

- a. contatto con la cute integra del paziente e con i suoi effetti personali;
- b. contatto con: mucose, cute non integra, dispositivo medico invasivo (ad esempio un accesso vascolare, un sito critico di rischio infettivo per il paziente, come mostrato nella Figura 6);
- c. contatto con un sito a rischio di esposizione a un fluido biologico per l'operatore sanitario (ad es. una sacca per l'urina, un sito critico di rischio di esposizione per l'operatore, come mostrato nella Figura 6);
- d. contatto con oggetti nell'ambiente che circonda il paziente.

Tutti i soggetti coinvolti nella erogazione di prestazioni clinico-assistenziali sono tenuti a praticare l'igiene delle mani per arrestare la trasmissione di microrganismi potenzialmente patogeni: questo significa che, a parte il personale amministrativo, **tutti gli operatori sanitari per tutte le attività sanitarie in qualsiasi setting assistenziale, sono tenuti a praticare in maniera efficace una corretta igiene delle mani.**

L'OMS ha stabilito cinque momenti in cui è necessario effettuare l'igiene delle mani, di seguito specificati (Figure 4 e 5):

1. Prima del contatto con il paziente;
2. Prima di una manovra asettica;
3. Dopo esposizione a un liquido biologico;
4. Dopo il contatto con il paziente;
5. Dopo il contatto con ciò che sta attorno al paziente.

Due dei cinque momenti si verificano **PRIMA** del contatto con il paziente o dell'esecuzione di una procedura sanitaria, e hanno lo scopo di proteggere il paziente dal rischio di trasmissione di microrganismi. Gli altri tre momenti si verificano **DOPO** il contatto con il paziente o l'esposizione a liquidi biologici, e hanno lo scopo di prevenire il rischio di trasmissione microbica all'operatore sanitario, agli altri pazienti e all'ambiente circostante. Durante una sequenza di attività sanitarie, alcune indicazioni possono coincidere nello stesso momento (vedi Figura 9).

L'approccio metodologico alla base dei cinque momenti cerca di andare oltre la definizione di una lista, che non potrebbe mai essere esaustiva, di azioni e situazioni che richiedono l'igiene delle mani, per concentrarsi invece sui momenti essenziali di qualsiasi processo clinico-assistenziale nei quali bisogna praticarla.

Come meglio specificato al capitolo 7.1, la corretta pratica dell'igiene delle mani non è limitata ai pazienti a letto, ma deve essere legata alle azioni e situazioni che la rendono obbligatoria, indipendentemente dal luogo in cui si trova il paziente (Figure 4 e 5).

Figura 4 – I cinque momenti al letto del paziente

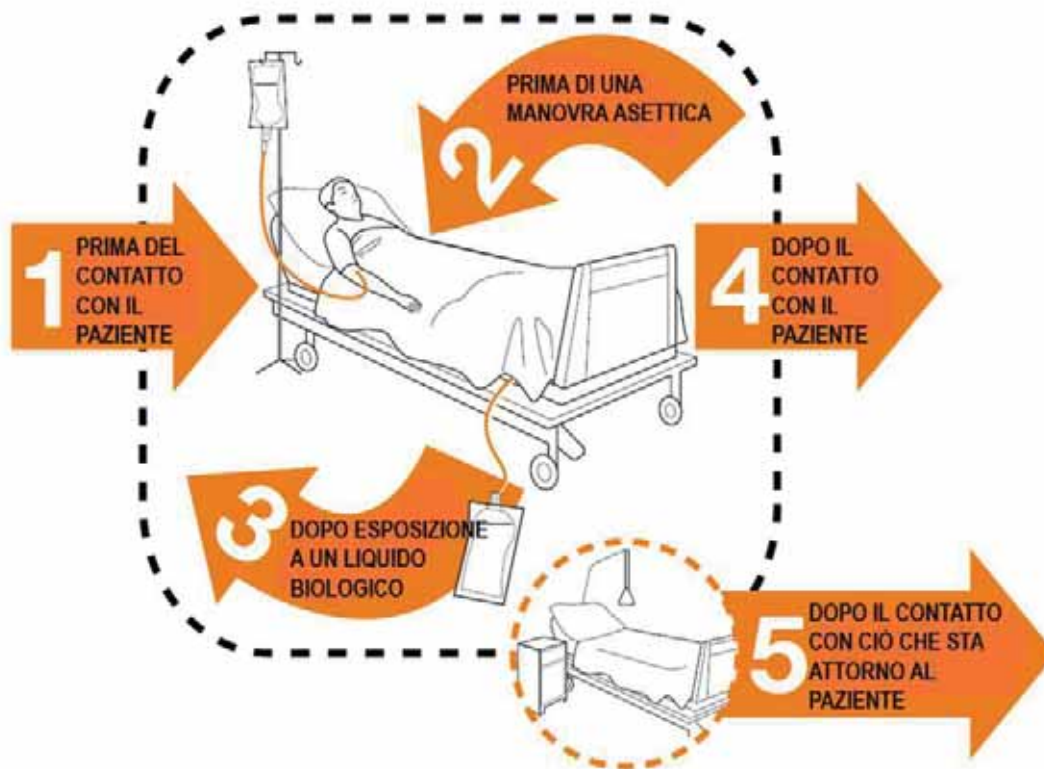


Figura 5 – I cinque momenti nel caso di un paziente su sedia a ruote



La necessità di praticare l'igiene delle mani, pertanto, è strettamente correlata alle attività clinico-assistenziali che gli operatori sanitari svolgono nell'area che circonda il paziente. Per ogni paziente è possibile dividere l'ambiente in due zone principali, la **zona paziente** e la **zona assistenziale** (vedi Figura 6).

7.1 La zona paziente

I cinque momenti per l'igiene delle mani identificati dall'OMS e di seguito descritti, sono focalizzati sui contatti che si verificano all'interno di questa zona, che comprende il paziente e tutte le superfici inanimate e gli oggetti che sono toccati dal paziente o che sono a diretto contatto fisico con il paziente come, ad esempio: sponde del letto, comodino, biancheria, cannule per infusione e altri dispositivi medici. Comprende anche superfici frequentemente toccate durante le manovre assistenziali, come monitor e altre superfici tattili. La zona paziente è contaminata dalla flora del paziente stesso.

Figura 6 – La zona paziente e la zona assistenziale



La zona del paziente non è un'area statica, ma "accompagna" il paziente ovunque si rechi, ad esempio mentre lo si assiste alla toilette. Inoltre non riguarda solo i pazienti a letto, ma vale anche per i pazienti seduti su una sedia a ruote (vedi Figura 5) o che devono essere trattati in aree della Struttura diverse dalla stanza di degenza come, ad esempio, quelle dove si effettuano trattamenti fisioterapici. Gli oggetti e le superfici temporaneamente esposti al paziente, come un bagno comune, un lettino di fisioterapia o di radiologia, devono essere decontaminati dopo il contatto con il paziente.

Qualsiasi dispositivo riutilizzabile deve essere decontaminato quando entra ed esce dalla zona paziente. Oggetti non dedicati alla cura del paziente, come la

cartella clinica, non devono essere considerati come facenti parte della zona paziente, indipendentemente dalla loro vicinanza al paziente. **È opportuno in ogni caso evitare di contaminare i raccoglitori della documentazione sanitaria lasciandoli nella stanza di degenza o poggiandoli sul letto, in caso di trasporto del paziente per procedure diagnostiche e/o terapeutiche.**

Ove possibile, la documentazione sanitaria non dovrebbe entrare nella stanza del paziente. Gli effetti personali, invece, sono parte della zona del paziente in quanto non devono essere spostati da essa.

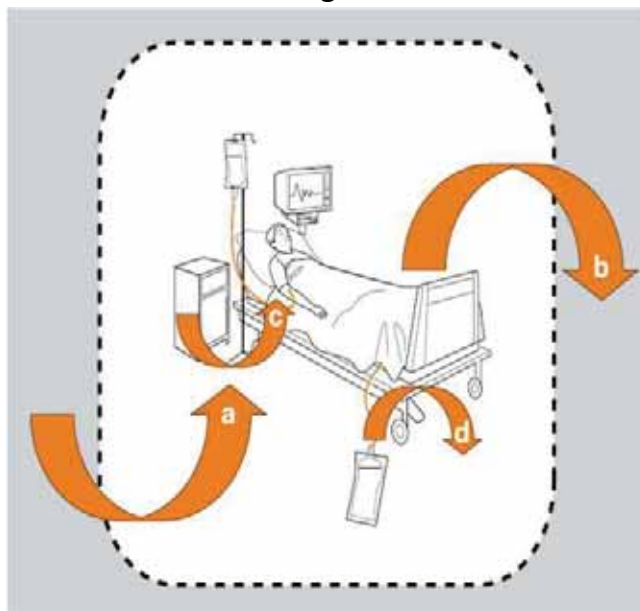
7.2 La zona assistenziale

Corrisponde a tutto quanto sta al di fuori della zona paziente, vale a dire altri pazienti e le rispettive zone e il più ampio ambiente sanitario. Nella maggior parte dei *setting*, la zona assistenziale è caratterizzata dalla presenza di numerosi microrganismi, compresi i microrganismi multiresistenti.

Lo scopo dell'igiene delle mani è interrompere la trasmissione dei microrganismi attraverso le mani (vedi Figura 7):

- tra la zona assistenziale e la zona paziente;
- tra la zona paziente e la zona assistenziale;
- in un sito critico che presenta un rischio infettivo per il paziente (ad es.: mucose, pelle non integra, dispositivo medico invasivo);
- in un sito critico che presenta il rischio di esposizione a liquidi biologici.

Figura 7 – Dinamica della trasmissione dei microrganismi



1 PRIMA DEL CONTATTO CON IL PAZIENTE	QUANDO? Effettua l'igiene delle mani prima di toccare un paziente mentre ti avvicini. PERCHÉ? Per proteggere il paziente nei confronti di microrganismi patogeni presenti sulle tue mani.
--	---

Questo momento precede il contatto con la cute integra e/o con gli indumenti del paziente. L'igiene delle mani può essere eseguita sia entrando nella zona paziente, mentre ci si avvicina al paziente, o immediatamente prima del contatto (Figura 8.1).

Il contatto con le superfici e gli oggetti che circondano il paziente può verificarsi tra il momento in cui si entra nella zona paziente e il contatto con il paziente: l'igiene delle mani non va praticata prima di toccare queste superfici, ma prima del contatto con il paziente. Se, dopo aver praticato l'igiene delle mani, si verificano contatti con l'ambiente circostante il paziente, l'igiene delle mani non va ripetuta.

Esempi:

- prima di stringere la mano a un paziente o di toccare la fronte di un bambino;
- prima di assistere un paziente nelle attività di cura personale: muoversi, lavarsi, mangiare, vestirsi, ecc.;
- prima di prestare cure e altri trattamenti non invasivi come: applicare maschera di ossigeno, eseguire trattamenti fisioterapici;
- prima di eseguire una manovra non invasiva come: prendere il polso, misurare la pressione arteriosa, auscultare il torace, eseguire un ECG.

Figura 8.1



2 PRIMA DI UNA MANOVRA ASETTICA	QUANDO? Effettua l'igiene delle mani immediatamente prima di qualsiasi manovra asettica. PERCHÉ? Per proteggere il paziente nei confronti di microrganismi patogeni, inclusi quelli appartenenti al paziente stesso.
---	--

Questa indicazione è determinata dall'ultimo contatto dell'operatore con qualsiasi superficie nella zona assistenziale o nella zona paziente precedente all'esecuzione di qualsiasi procedura che comporti un contatto diretto o indiretto con mucose, cute non integra o un dispositivo medico invasivo (Figura 8.2).

Nel caso in cui sia necessario indossare guanti per eseguire la procedura, l'igiene delle mani deve essere praticata prima di indossarli.

L'indicazione si applica anche a qualsiasi operatore sanitario che operi "a monte" dell'assistenza diretta, ad esempio nel confezionamento di qualsiasi oggetto destinato a venire a contatto con le mucose o la cute non integra del paziente attraverso l'ingestione o l'inoculazione (ad es.: personale addetto alla sterilizzazione, farmacista, addetto alla cucina).

Esempi:

- prima di lavare i denti al paziente, instillare gocce oculari, eseguire un esame vaginale o rettale, un esame della bocca, del naso o dell'orecchio, inserire una supposta o un pessario;
- prima di aspirare il muco;
- prima di medicare una ferita o una vescicola, eseguire una iniezione;
- prima di inserire o mantenere un dispositivo medico invasivo (ad es.: cannula nasale, sonda nasogastrica, tubo endotracheale, catetere venoso, catetere vescicale, drenaggio), prima di interrompere/aprire qualsiasi circuito di un dispositivo medico invasivo (ad es.: per alimenti, farmaci, drenaggio, aspirazione, ecc.);
- prima di preparare alimenti, farmaci, materiale sterile.

Figura 8.2



3 DOPO ESPOSIZIONE A UN LIQUIDO BIOLOGICO	QUANDO? Effettua l'igiene delle mani immediatamente dopo l'esposizione a un liquido biologico (e dopo aver rimosso i guanti). PERCHÉ? Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di microrganismi patogeni.
--	---

Questa indicazione è determinata dal verificarsi di qualsiasi contatto con un liquido biologico prima di un successivo contatto con qualsiasi altra superficie o con il paziente (Figura 8.3).

Se l'operatore sanitario indossa i guanti al momento della esposizione, l'igiene delle mani deve essere praticata dopo la loro rimozione. Se deve rimuovere o operare con un dispositivo (ad es. un tubo di drenaggio), l'igiene delle mani può essere rinviata fino a quando l'operatore sanitario non abbia lasciato l'ambiente che circonda il paziente, a condizione che non tocchi altro prima di praticare l'igiene delle mani.

L'indicazione si applica anche a qualsiasi operatore sanitario che operi "a valle" dell'assistenza diretta ma che sia coinvolto nella manipolazione di liquidi biologici (ad es.: tecnico di laboratorio), attrezzature contaminate e sporche (ad es.: operatore di sterilizzazione), rifiuti contaminati e sporchi (ad es.: addetti alla manutenzione o ai servizi).

Esempi:

- contatto con mucose o cute non integra;
- dopo un'iniezione; l'inserimento di un dispositivo medico invasivo (ad es.: cannula nasale, sonda nasogastrica, tubo endotracheale, catetere venoso, catetere vescicale, drenaggio, accesso vascolare, catetere, tubo, drenaggio, ecc.); dopo aver interrotto/aperto qualsiasi circuito di un dispositivo medico invasivo (ad es.: per alimenti, farmaci, drenaggio, aspirazione, ecc.);
- dopo aver rimosso un dispositivo medico invasivo;
- dopo aver rimosso tovaglioli, medicazioni, garze, asciugamani, ecc.;
- dopo aver manipolato un campione organico; dopo aver eliminato gli escrementi e qualsiasi altro liquido biologico; dopo la pulizia di qualsiasi superficie contaminata e sporca (ad es.: effetti letterecchi; spazzolini, pappagalli, padelle, servizi igienici, ecc.).

Figura 8.3



4 DOPO IL CONTATTO CON IL PAZIENTE	QUANDO? Effettua l'igiene delle mani dopo aver toccato un paziente o le immediate vicinanze del paziente uscendo dalla stanza. PERCHÉ? Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di microrganismi patogeni.
---	--

Questa indicazione è determinata dal verificarsi dell'ultimo contatto con la cute integra e/o gli indumenti del paziente, o con una superficie vicina al paziente dopo averlo toccato e prima di un contatto successivo nella zona assistenziale (Figura 8.4).

Se deve rimuovere o operare con un dispositivo (ad es. un tubo di drenaggio), l'igiene delle mani può essere rinviata fino a quando l'operatore sanitario non abbia lasciato l'ambiente che circonda il paziente, a condizione che non tocchi altro prima di praticare l'igiene delle mani.

Questa indicazione non può essere dissociata dalla indicazione 1.

Quando l'operatore sanitario viene a diretto contatto con il paziente e poi tocca un altro oggetto a lui vicino, prima di lasciare la zona paziente si applica questa indicazione e non la 5.

Esempi:

- dopo aver stretto la mano a un paziente o toccato la fronte di un bambino;
- dopo aver assistito un paziente nelle attività di cura personale: muoversi, lavarsi, mangiare, vestirsi, ecc.;
- dopo aver eseguito una manovra non invasiva come: prendere il polso, misurare la pressione arteriosa, auscultare il torace, eseguire un ECG.
- dopo aver prestato cure e trattamenti non invasivi come: cambiare la biancheria, applicare maschera di ossigeno, eseguire trattamenti fisioterapici.

Figura 8.4



5 DOPO IL CONTATTO CON CIÒ CHE STA ATTORNO AL PAZIENTE	QUANDO? Effettua l'igiene delle mani uscendo dalla stanza dopo aver toccato qualsiasi oggetto o mobile nelle immediate vicinanze di un paziente – anche in assenza di un contatto diretto con il paziente. PERCHÉ? Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di microrganismi patogeni.
---	---

L'indicazione 4 e questa non possono mai essere combinate, poiché questa indicazione esclude il contatto diretto con il paziente, mentre la 4 si applica solo dopo il contatto con il paziente (Figura 8.5).

Figura 8.5



Esempi:

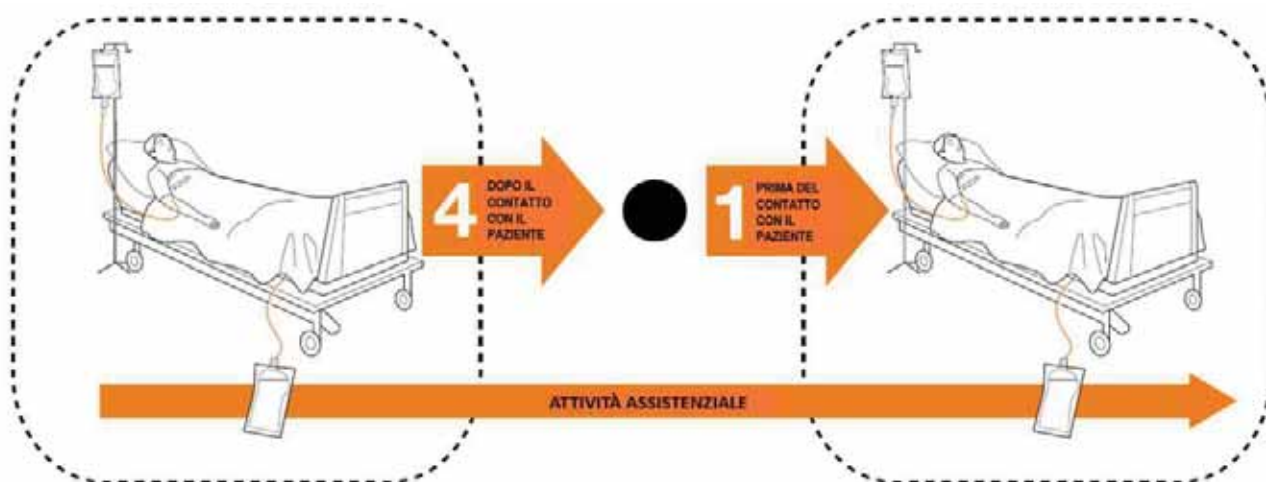
- dopo il cambio della biancheria da letto con il paziente fuori del letto;
- dopo un'attività che non comporta il contatto diretto con il paziente, ad esempio: regolazione della velocità di infusione, spegnimento di un allarme;
- dopo contatto con superfici o oggetti vicini al paziente (da evitare o ridurre al minimo), ad esempio: comodino, testata del letto, spondine.

NB: In alcuni casi le indicazioni possono verificarsi simultaneamente e in questi casi non è necessario ripetere l'igiene delle mani.

La Figura 9 mostra un esempio della

coincidenza di due indicazioni: in questo caso applicare l'indicazione 4 consente di adempiere anche a quanto previsto dalla indicazione 1, senza la necessità di ripetere l'igiene delle mani. Sono possibili innumerevoli combinazioni per tutte le indicazioni tranne, come detto, fra la 4 e la 5.

Figura 9 Coincidenza di due indicazioni



PIANO DI INTERVENTO REGIONALE

Il piano di intervento è stato costruito partendo dalle indicazioni contenute nel documento *Hand Hygiene Self-Assessment Framework: Introduction and user instructions* dell'OMS¹, ed è suddiviso in cinque sezioni, corrispondenti ai cinque elementi della strategia multimodale per il miglioramento dell'igiene delle mani. Ribadendo quanto esposto al capitolo 5.0 relativamente alla sincronicità che deve essere garantita per un efficace governo del rischio infettivo, le cinque sezioni sono:

SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE

SEZIONE C – MONITORAGGIO E FEEDBACK

SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE

SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITTMENT

Ogni sezione è corredata da un questionario specifico di autovalutazione, al fine di consentire alle Strutture di determinare il proprio livello di implementazione delle misure necessarie. Si è scelto di assegnare un punteggio a ogni sezione, in modo da consentire alle Strutture di evidenziare meglio le eventuali criticità riscontrate per ogni ambito. Il punteggio, in analogia al documento OMS, individua quattro livelli:

1. **INADEGUATO:** la promozione e la pratica di igiene delle mani sono insufficienti. Sono necessari significativi miglioramenti.
2. **BASE:** sono in essere alcune misure ma è necessario un ulteriore miglioramento. Rappresenta il livello minimo da garantire entro il 2021, indipendentemente dalla complessità organizzativa e dall'intensità assistenziale della Struttura.
3. **INTERMEDIO:** è stata sviluppata una adeguata strategia di promozione e la pratica di igiene delle mani è migliorata. È necessario sviluppare programmi a lungo termine per garantire che il miglioramento sia sostenuto nel tempo e progressivo. Rappresenta il livello minimo da garantire entro il 2023, indipendentemente dalla complessità organizzativa e dall'intensità assistenziale della Struttura.
4. **AVANZATO:** la promozione e l'adesione all'igiene delle mani sono ottimali.

Sulla base del punteggio ottenuto in ogni singola sezione, le Strutture dovranno elaborare un **piano di azione** di cui dovranno dare opportuna evidenza nel Piano Annuale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA) trasmesso annualmente al CRRC, sia nel paragrafo relativo al *Resoconto delle attività*, sia come attività da condurre nel corso dell'anno di vigenza del PAICA stesso.

Nel caso in cui l'autovalutazione di una o più sezioni raggiunga il livello **INADEGUATO**, le Strutture dovranno elaborare un piano di azione straordinario con azioni da implementare entro un termine massimo di tre mesi per la/le sezione/i che abbia/abbiano evidenziato tale criticità.

NB: In ogni caso, indipendentemente dalle specificità locali e dal grado di complessità organizzativa e assistenziale delle Strutture, il piano di azione dovrà consentire progressivamente il raggiungimento del livello INTERMEDIO in tutte le Sezioni entro il 31/12/2023. A tal fine, nel rispetto dei ruoli e delle responsabilità normativamente attribuite, è fondamentale un pieno ed esplicito mandato da parte della Direzione strategica/proprietà della Struttura.

Al fine di supportare le Strutture nella definizione del piano di azione locale, al termine di ogni sezione sono riportate due tabelle:

- **INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE**, contenente una panoramica delle azioni necessarie per garantire l'implementazione di quanto previsto nella specifica sezione della strategia multimodale. Per ogni azione, le Strutture dovranno identificare ruoli e responsabilità, definire l'intervallo temporale per l'esecuzione e i momenti in cui effettuare il monitoraggio dello stato di avanzamento. L'elenco delle azioni potrà essere adattato alle singole specificità organizzative;
- **INDICAZIONI SPECIFICHE SULLA BASE DEL LIVELLO OTTENUTO NEL QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE**

La Direzione Sanitaria della Struttura, ovvero il medico responsabile ove non presente il direttore sanitario, con un forte mandato da parte della Direzione Strategica/proprietà della Struttura, e con il supporto del CCICA, ove presente, è responsabile delle seguenti attività, di cui occorrerà dare opportuna evidenza documentale per le attività di verifica e controllo da parte sia degli organi di vigilanza territorialmente competenti che del CRRC:

1. Esecuzione dell'autovalutazione nei termini previsti dal documento e dall'atto di adozione;
2. Elaborazione e monitoraggio di un piano di azione straordinario nel caso in cui l'esito della autovalutazione di una o più sezioni abbia dato come esito: livello INADEGUATO. In questo caso entro tre mesi dalla prima, andrà ripetuta l'autovalutazione per verificare il raggiungimento almeno del livello BASE. In questo caso la Struttura potrà ripetere l'autovalutazione dopo un anno. In caso contrario dovrà elaborare un nuovo piano di azione e procedere a una nuova autovalutazione fino al raggiungimento del livello BASE.

Nell'ottica del miglioramento continuo della qualità, il questionario di autovalutazione dovrà essere compilato con cadenza almeno annuale. L'obiettivo delle Strutture dovrebbe essere quello di tendere il più possibile al livello AVANZATO per ogni sezione analizzata.

Al fine di supportare le Strutture del SSR nella completa implementazione delle misure previste dal piano di intervento regionale, inoltre, particolare attenzione è stata fatta nel fornire strumenti di supporto immediatamente utilizzabili, elencati alla fine del documento e disponibili in formato modificabile nel *Cloud* regionale, all'interno del percorso *Allegati Documenti Regionali* → *Piano_Intervento_Igiene_Mani* → *Strumenti di supporto*.

SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI

Il rispetto delle indicazioni riportate nel capitolo 7.0, richiede che all'interno della Struttura siano disponibili dotazioni quantitativamente e qualitativamente adeguate per consentire agli operatori un'agevole pratica dell'igiene delle mani.

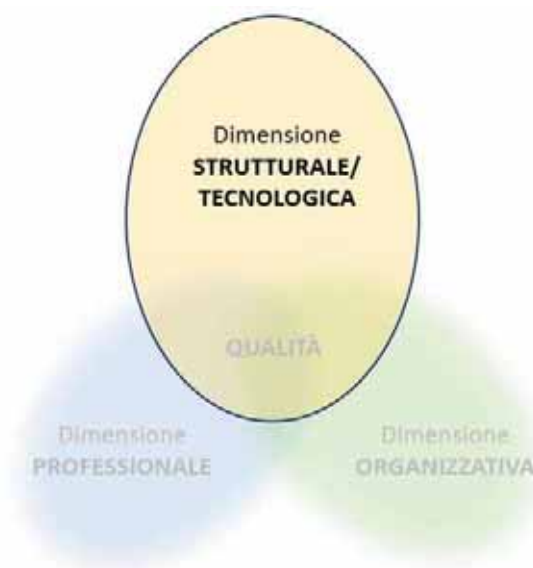
Considerato che il metodo di prima scelta per l'igiene delle mani consiste nella frizione con soluzione a base alcolica, i *dispenser* di soluzione alcolica dovrebbero essere disponibili per ogni punto di assistenza, intendendo con questo il luogo fisico in cui si incontrano questi tre elementi:

- il paziente;
- l'operatore sanitario;
- la cura o il trattamento che comporta il contatto con il paziente o con l'ambiente che lo circonda.

In ogni caso, i *dispenser* devono essere disponibili almeno nei seguenti ambienti:

- stanze di degenza;
- medicherie;
- locali di preparazione dei farmaci;
- ambulatori;
- all'ingresso dei reparti;
- locali ristoro/relax;
- sui carrelli adibiti all'attività assistenziale.

Per consentire un facile utilizzo del prodotto, il *dispenser* dovrebbe essere accessibile senza doversi allontanare dalla zona in cui si effettuano le prestazioni clinico-assistenziali, e comunque entro due metri dall'operatore sanitario.



Indicazioni particolari

- Per evitare contaminazioni, i contenitori non devono mai essere rabboccati né travasati.
- La parte terminale dell'erogatore non deve venire a contatto con le mani dell'operatore durante l'uso. Pulire la confezione se la soluzione antisettica fuoriesce e sporca il flacone.
- Sul flacone va indicata con un pennarello indelebile la data di apertura.
- Le schede tecniche e di sicurezza dei prodotti in uso devono essere presenti in ogni Unità operativa.
- Laddove per motivi di sicurezza legati alle caratteristiche cliniche del paziente (ad es. per patologie neurologiche o psichiatriche) non sia possibile collocare *dispenser* fissi vicino al letto del paziente o nella stanza di degenza, le Strutture potranno ovviare fornendo agli operatori confezioni monouso di soluzione idroalcolica ovvero dotando i carrelli di servizio di flaconi portatili.

- Nel caso in cui si opti per il lavaggio con acqua e sapone, i rubinetti dovrebbero essere attivabili senza mani. Il sapone dovrebbe essere collocato in *dispenser* che non devono mai essere rabboccati né travasati. Devono essere disponibili salviette monouso per asciugare le mani. Inoltre dovrebbe essere disponibile nelle vicinanze del lavandino un timer/orologio per consentire agli operatori di rispettare i tempi necessari per un lavaggio efficace.

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE		
SEZIONE A – REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
A.1 - Nella Struttura è disponibile un prodotto a base alcolica per l'igiene delle mani?	Non disponibile	0
	Disponibile solo in alcuni reparti o in modo discontinuo	5
	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo	10
	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo e al punto di assistenza nella maggior parte dei reparti	30
	Disponibile facilmente e con approvvigionamento continuo in ogni punto di assistenza	50
A.2 - Qual è il rapporto lavandini/letti?	Meno di 1:10	0
	Almeno 1:10 nella maggior parte dei reparti (almeno il 75 % dei reparti)	5
	Almeno 1:10 nell'intera Struttura e 1:1 nelle stanze di isolamento e in terapia intensiva	10
A.3 - Per ogni lavandino è disponibile il sapone?	NO	0
	Sì	10
A.4 - Per ogni lavandino sono disponibili salviette monouso?	NO	0
	Sì	15
A.5 - È previsto un budget dedicato per l'approvvigionamento costante dei prodotti per l'igiene delle mani?	NO	0
	Sì	15

TABELLA A1 - INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE			
REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI			
AZIONE	R	T	M
Esaminare le informazioni disponibili sulla <i>compliance</i> all'igiene delle mani e/o sulle ICA per definire il programma di miglioramento.			
Analizzare lo stato della Struttura e le risorse disponibili: • Indagine sui singoli Reparti/Servizi; • Indagine sul consumo di soluzione alcolica.			
Definire con la Direzione Strategica gli eventuali adeguamenti strutturali e tecnologici, con l'obiettivo di dotare ogni stanza di un lavandino e ogni punto di assistenza di un dispenser di soluzione alcolica.			
Definire un piano di approvvigionamento di soluzione alcolica che consenta di soddisfare le necessità della Struttura.			

Legenda: **R**=Responsabile; **T**=Tempo previsto per l'implementazione; **M**=Monitoraggio

TABELLA A2 - INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE	
REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI	
INADEGUATO (punteggio: 0-25)	BASE (punteggio: 26-50)
• Valutazione: analizzare le attuali infrastrutture per l'igiene delle mani; • Prodotti per l'igiene delle mani: prendere decisioni in merito all'approvvigionamento di soluzione alcolica; • Sostegno da parte della Direzione: per il cambiamento del sistema.	
INTERMEDIO (punteggio: 51-75)	
• Valutazione: mappare le risorse necessarie per garantire l'igiene delle mani in tutti i punti di assistenza; • Prodotti per l'igiene delle mani: fornire progressivamente prodotti e relative istruzioni al punto di assistenza in tutta la struttura con un calendario di attuazione definito; • Sostegno da parte della Direzione: a breve e lungo termine, anche finanziario, per un continuo approvvigionamento dei prodotti.	
AVANZATO (punteggio: 76-100)	
• Valutazione: valutare la tollerabilità dei prodotti a base alcolica in uso; • Prodotti per l'igiene delle mani: rendere disponibili più tipi di dispenser (ad esempio flaconi tascabili, dispenser a muro, dispenser su carrelli e guide del letto) per soddisfare al meglio le esigenze al punto di assistenza; • Sostegno da parte della Direzione: effettuare un'analisi costo-beneficio del cambiamento del sistema nella propria Struttura e condividerla con i dirigenti apicali.	

INDICATORI DI STRUTTURA

Nella Struttura devono essere disponibili una o più procedure o istruzioni operative che specifichino almeno quanto segue:

- Definizione di un piano che preveda:
 - Modalità di approvvigionamento dei prodotti per l'igiene delle mani;
 - Modalità di immagazzinamento e di distribuzione dei prodotti per l'igiene delle mani;
 - Modalità di manutenzione dei lavandini e dei *dispenser*;
 - Modalità di segnalazione di eventuali guasti o carenze nelle forniture;
 - Distribuzione dei *dispenser* all'interno della Struttura;

NB: Per ogni attività devono essere individuate le figure responsabili delle specifiche azioni.

NB: in base alle specifiche esigenze locali, le Strutture potranno integrare gli indicatori sopra elencati con altri (di struttura, di processo e di esito), purché sia garantito il rispetto dei contenuti del documento.

SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE

Il fatto che l'igiene delle mani, nonostante sia la misura di prevenzione delle ICA più efficace e meno costosa, sia anche una delle meno applicate, porta in luce la fondamentale importanza della formazione del personale.

L'obiettivo della formazione è quello di promuovere un corretto comportamento da parte degli operatori sanitari. Diffondere messaggi chiari, non aperti all'interpretazione personale, consente infatti di ottenere cambiamenti permanenti sia individuali che nella cultura organizzativa della qualità e della sicurezza delle cure, garantendo che le competenze siano radicate e conservate in tutto il personale.



Tuttavia, per quanto si è detto nel capitolo 5.0, è opportuno sottolineare che la formazione è solo uno strumento e che, per essere efficace, richiede che siano presidiati tutti gli ambiti della gestione del rischio infettivo.

La formazione può utilizzare diversi metodi (frontale, a distanza, sul campo), che vanno scelti avendo ben presenti vantaggi e limiti di ognuno, soprattutto in relazione agli obiettivi formativi che si desiderano raggiungere. È consigliabile privilegiare, pertanto, l'utilizzo di metodi diversi (*blended*).

Le attività formative devono essere declinate all'interno di un piano formativo che sia esteso a tutto il personale, compreso quello in *outsourcing*, ai neoassunti e, per le Strutture universitarie, agli studenti. All'interno del piano, inoltre, devono essere previsti adeguati momenti di *retraining*.

Il piano dovrebbe prevedere obiettivi formativi differenziati per tre principali categorie di operatori:

- a. **Formatori:** sono le figure che saranno incaricate di formare, anche con sessioni pratiche, gli operatori sanitari. Per questo motivo dovrebbero essere scelti fra professionisti adeguatamente competenti e motivati oltre che sufficientemente autorevoli all'interno dei team. Il ruolo dei formatori dovrebbe essere riconosciuto dalla Struttura sanitaria, definendo una quota oraria specifica da dedicare a queste attività.
- b. **Osservatori:** il loro ruolo (vedi Sezione C) è fondamentale per consentire alle Strutture di porre in atto un'adeguata attività di monitoraggio e di feedback, nei confronti dei propri operatori, ma anche delle Direzioni e degli organismi regionali e nazionali. Per questo la scelta e la formazione degli osservatori è un momento particolarmente critico, in quanto è necessario garantire che queste figure siano in possesso delle capacità, dell'addestramento e dell'esperienza necessari per rilevare correttamente le opportunità secondo il metodo OMS dei cinque momenti riducendo al minimo i potenziali fattori di confondimento (vedi Capitolo 7.0). È auspicabile che il loro percorso formativo sia certificato, o comunque documentato, e che la loro competenza sia rivalutata periodicamente. Si raccomanda che la validazione dei nuovi osservatori sia in capo a una unica figura, e che le attività di addestramento vengano effettuate nei setting assistenziali che dovranno essere valutati in futuro dall'osservatore o a essi assimilabili. Il ruolo degli

osservatori, infine, dovrebbe essere riconosciuto dalla Struttura sanitaria, definendo una quota oraria specifica da dedicare a queste attività.

c. **Operatori sanitari**

Contenuti minimi della formazione:

- Definizione e impatto delle ICA;
- Principali modalità di trasmissione delle infezioni;
- La prevenzione delle ICA e il ruolo fondamentale dell'igiene delle mani;
- L'approccio secondo i cinque momenti dell'igiene delle mani;
- Strategie e strumenti di implementazione delle misure di prevenzione, monitoraggio e controllo delle ICA.

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE		
SEZIONE B – FORMAZIONE DEL PERSONALE		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
B.1 Formazione degli operatori sanitari		
B.1.1 Nella Struttura con quale frequenza gli operatori sanitari sono formati sull'igiene delle mani?	Mai	0
	Una tantum	5
	Formazione continua per il personale infermieristico e medico o per tutte le categorie professionali almeno una volta all'anno	10
	Formazione obbligatoria per tutte le categorie professionali di neoassunti e successive formazione continua periodica almeno una volta all'anno	20
B.1.2 - Esiste un Sistema di monitoraggio dell'avvenuta formazione?	NO	0
	SÌ	20
B.2 - Sono disponibili e facilmente accessibili risorse e materiali		
B.2.1 Piano di intervento regionale sull'igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5
B.2.2 Piano di azione locale per l'implementazione del Piano di intervento regionale	NO	0
	SÌ	5
B.2.3 Brochure sull'igiene delle mani: quando, come e perchè	NO	0
	SÌ	5
B.2.4 Poster informativi	NO	0
	SÌ	5
B.3 - Esiste un professionista con competenze adeguate per promuovere programmi di formazione sull'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	15
B.4 - È presente un piano per la formazione e la verifica degli osservatori?	NO	0
	SÌ	15
B.5 - Esiste un budget dedicato per la formazione sull'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	10

TABELLA B1 - INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE

FORMAZIONE DEL PERSONALE			
AZIONE	R	T	M
Stabilire i requisiti per la formazione degli operatori sanitari sulla base delle specificità e dei bisogni locali.			
Rivedere/progettare un programma di formazione sulla base del Piano di Intervento Regionale.			
Identificare i formatori (almeno uno per struttura).			
Identificare gli osservatori (almeno uno ogni 200 posti letto).			
Garantire agli operatori individuati come formatori e osservatori del tempo dedicato per la formazione e per l'esecuzione dei compiti assegnati.			
Effettuare la formazione dei formatori e degli osservatori: formatori e osservatori possono ricevere la stessa formazione di base, ma gli osservatori ricevano una formazione specifica aggiuntiva che preveda un addestramento sul campo sotto la supervisione di un tutor esperto.			
Definire il piano formativo, compreso il calendario, per avviare, condurre e valutare la formazione obbligatoria di tutti gli operatori sanitari, con particolare attenzione ai nuovi assunti.			
Definire un piano d'azione per affrontare la scarsa o mancata partecipazione alla formazione da parte degli operatori.			
Definire un sistema per aggiornare la formazione e verificare le competenze dei formatori e degli osservatori (ad esempio annualmente).			
Definire un sistema per aggiornare la formazione e i verificare la competenza di tutti gli operatori sanitari (ad esempio annualmente).			
Organizzare attività aggiuntive per mantenere alta nel tempo la motivazione degli operatori.			
Definire un sistema per l'aggiornamento del materiale per la formazione a la sostituzione di quello obsoleto.			

Legenda: **R**=Responsabile; **T**=Tempo previsto per l'implementazione; **M**=Monitoraggio

TABELLA B2 - INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE

FORMAZIONE DEL PERSONALE	
INADEGUATO (punteggio: 0-25)	BASE (punteggio: 26-50)
• Pianificazione: valutare la disponibilità di formatori e osservatori qualificati; • Esecuzione: formare i formatori e gli osservatori; progettare un programma per la formazione obbligatoria di tutto il personale; sviluppare un processo per confermare il completamento della formazione di base da parte del personale e sviluppare un piano per la formazione continua e gli aggiornamenti. • Sostegno da parte della Direzione.	
INTERMEDIO (punteggio: 51-75)	
• Valutazione dei bisogni: pianificare la formazione sull'igiene delle mani incentrata sul Piano di Intervento in base alle conoscenze del personale, alla percezione della sua importanza e ai risultati del monitoraggio; • Pianificazione: definire e implementare un programma per la validazione delle competenze degli osservatori; • Esecuzione: fornire programmi di formazione aggiornati per il personale sulla base di una valutazione dei bisogni formativi; • Supporto: assicurarsi il supporto da parte del personale apicale; • Sostenibilità: sviluppare un processo per confermare il completamento della formazione da parte del personale e sviluppare un piano per la formazione continua e gli aggiornamenti.	
AVANZATO (punteggio: 76-100)	
• Formazione: formazione obbligatoria sull'igiene delle mani per i nuovi dipendenti e formazione continua per tutto il personale utilizzando metodi differenziati e innovativi; • Integrazione e allineamento: prevedere un rimando specifico all'igiene delle mani in tutti i protocolli, procedure, istruzioni operative, ove applicabile; • Valutazione: valutare regolarmente le conoscenze degli operatori sanitari sull'igiene delle mani e utilizzare i risultati per perfezionare ulteriormente la formazione;	

INDICATORI DI STRUTTURA

Nella Struttura devono essere disponibili una o più procedure o istruzioni operative che specifichino almeno quanto segue:

- Definizione di un piano formativo che preveda:
 - Tempi e modalità di erogazione della formazione;
 - Individuazione del personale da formare (requisiti per l'arruolamento e profilo di competenze in uscita).

NB: Per ogni attività devono essere individuate le figure responsabili delle specifiche azioni.

NB: in base alle specifiche esigenze locali, le Strutture potranno integrare gli indicatori sopra elencati con altri (di struttura, di processo e di esito), purché sia garantito il rispetto dei contenuti del documento.

SEZIONE C – MONITORAGGIO E FEEDBACK

Il monitoraggio continuo dell'implementazione della corretta igiene delle mani nella pratica clinico-assistenziale, è un **momento fondamentale** della strategia multimodale OMS. L'osservazione diretta, rappresentando il *gold standard* per il monitoraggio e, in considerazione del fatto che si tratta di una attività che richiede un elevato impegno di risorse in termini di tempo-uomo, deve essere accuratamente pianificata dalle Strutture.

Dai risultati del monitoraggio, la Struttura può trarre informazioni utili per misurare i cambiamenti indotti dall'implementazione degli interventi (ad esempio valutando il consumo di soluzioni alcoliche prima o dopo un cambiamento di sistema), oltre che per accertarne l'efficacia nel migliorare la pratica dell'igiene delle mani, la percezione della sua importanza nella riduzione delle ICA e la conoscenza dei cinque momenti tra gli operatori sanitari. I principali aspetti da monitorare sono:



- Corretta pratica dell'igiene delle mani attraverso l'osservazione diretta;
- Quantità e qualità dei *dispenser* di soluzione alcolica e dei lavandini all'interno della Struttura;
- Formazione degli operatori sanitari in materia di igiene delle mani e ICA;
- Consumo di soluzione alcolica e di sapone all'interno della Struttura.

Al fine di consentire alla Struttura di valutare i cambiamenti organizzativi in modo dinamico, le attività di monitoraggio dovrebbero essere strutturate, sia relativamente alla loro cadenza (che deve essere almeno annuale) che al personale a esse dedicato.

Anche il feedback dei risultati del monitoraggio è un momento essenziale per la crescita della cultura della qualità e della sicurezza sia individuando le aree in cui sono necessari ulteriori sforzi (ad esempio categorie professionali che hanno dimostrato miglioramenti limitati o nulli), sia sostenendo la motivazione delle aree che hanno ottenuto risultati soddisfacenti. Il feedback può essere dato come rapporto scritto periodico, utilizzando altri strumenti di comunicazione interna oppure mostrando i risultati durante le attività formative.

Nel prosieguo della sezione, ci concentreremo sulla principale attività di monitoraggio, costituita dall'osservazione diretta, che si prefigge lo scopo di valutare il grado di rispetto dell'igiene delle mani tra gli operatori sanitari, di stimarne l'adesione, identificare le eventuali criticità e attuare le azioni di miglioramento. L'osservazione viene effettuata in aree di assistenza sanitaria diretta al paziente, sia in contesti di attività ambulatoriale che nei reparti di degenza. È bene sottolineare che, specie quando l'osservazione sia condotta sporadicamente, non è possibile escludere che questa influenzi solo temporaneamente il comportamento degli operatori sanitari, consapevoli di essere osservati.

L'osservazione andrebbe condotta una volta che la Struttura abbia avviato, o stia per avviare, un piano di azione per l'implementazione del Piano di Intervento Regionale. L'osservazione deve essere

strutturata in modo che sia rappresentativa delle attività della Struttura, in termini sia di setting assistenziale che di categorie professionali da monitorare, assicurando che le osservazioni siano percentualmente correlate alla numerosità delle diverse categorie: se in una struttura il 50 % degli operatori appartiene alla categoria professionale “Infermiera/e-ostetrica/o”, almeno il 50 % delle osservazioni dovrebbe riguardare questa categoria.

Non è possibile definire a priori un numero minimo di osservatori necessari per il monitoraggio, in quanto sono troppe le variabili quali-quantitative: numero di operatori, numero di posti letto, intensità assistenziale, complessità organizzativa, ecc. Pertanto, nel piano di azione che, con cadenza almeno annuale, dovrà essere elaborato come parte integrante del PAICA, le singole strutture dovranno esplicitare con quali criteri sono stati individuati gli osservatori in relazione alle specificità locali. Al fine di limitare la variabilità fra gli osservatori, in relazione alle specifiche esigenze locali, il loro numero dovrà essere quello minimo sufficiente per consentire il raggiungimento degli obiettivi del Piano di Intervento Regionale nei tempi previsti (vedi la nota evidenziata a pag. 19).

Per i motivi sopra specificati, inoltre, non è possibile definire in questo documento un numero minimo di osservazioni da effettuare. Entro i termini sopra ricordati, le Strutture dovranno comunque monitorare un numero minimo di 200 opportunità per unità (reparto, dipartimento o categoria professionale) per ogni periodo di osservazione. In alcuni casi questo numero potrà essere considerato sufficiente a valutare la compliance di una intera Struttura, ad esempio nel caso di strutture socio-sanitarie di piccole dimensioni. Nel caso di Strutture sanitarie di elevata complessità, invece, il piano di azione dovrà perseguire il raggiungimento di 200 opportunità osservate per ogni articolazione organizzativa ritenuta rilevante al fine dell’implementazione della corretta pratica di igiene delle mani.

L’osservatore deve compilare una scheda che riporta le seguenti informazioni (Allegato 1):

- A. **Intestazione:** contiene le informazioni di quando e dove è stata eseguita la rilevazione. I punti di riferimento sono: il luogo (dipartimento, unità operativa), gli operatori sanitari osservati (categorie professionali), la data dell’osservazione e le ore in cui è stata effettuata l’osservazione.

Ospedale/Struttura		Periodo n.		Sessione N.	
Dipartimento		Data (GG/MM/AAAA)	__/__/__	Osservatore (Iniziali)	
Reparto		Inizio/Fine (HH:MM)	__:__ / __:__:	Scheda n.	
Servizio		Durata Sessione (minuti)		Città	

- B. **Griglia dei dati per l’osservazione:** la griglia è costituita da quattro colonne, ciascuna delle quali è dedicata ad una categoria professionale, identificata con uno specifico codice. Pertanto in caso di osservazione di un infermiere o di un medico durante una singola sessione, i dati devono essere registrati in due colonne differenti. Ogni colonna è indipendente dall’altra. In altre parole l’ordine in cui sono inseriti i dati non è necessariamente lo stesso per ogni colonna. Dipende dal numero di opportunità osservate per la categoria professionale. Il numero di operatori sanitari osservati durante ciascuna sessione si registra con un segno verticale (I) nella casella “Num.” relativa alla categoria professionale a cui appartiene ciascun operatore sanitario, quando entra nel campo di osservazione. Se si osservano numerose opportunità senza interruzioni in una

singola sessione per lo stesso operatore sanitario, l'operatore è conteggiato una sola volta. È possibile osservare più operatori sanitari contemporaneamente (quando lavorano con lo stesso paziente o nella stessa stanza). Tuttavia non è consigliabile osservare contemporaneamente più di tre operatori. In base all'intensità delle attività e al numero di indicazioni, gli osservatori possono limitare l'osservazione a uno o due operatori in modo da non perdere le opportunità che si evidenziano durante una sequenza di assistenza. Se l'osservazione viene condotta in un'unità di terapia intensiva, per esempio, si consiglia di osservare solo un operatore alla volta.

Prof.cat		Prof.cat		Prof.cat		Prof.cat	
Codice		Codice		Codice		Codice	
Num.		Num.		Num.		Num.	

C. **Categorie professionali:** Gli operatori sanitari sono classificati nelle seguenti categorie e utilizzando codici come segue:

1. **Infermiera/e-ostetrica/o**

- 1.1. Infermiera/e
- 1.2. Ostetrica/o
- 1.3. Infermiera/e – ostetrica/o in formazione

2. **Operatore di supporto all'assistenza**

3. **Medico**

- 3.1. Medicina interna
- 3.2. Chirurgo
- 3.3. Anestesista/rianimatore/medico d'emergenza
- 3.4. Pediatra
- 3.5. Ginecologo
- 3.6. Consulente
- 3.7. Medico/specialista in formazione

4. **Altro operatore sanitario coinvolto nell'assistenza al paziente**

- 4.1. Terapeuta (fisioterapista, ergoterapista, audiologo, logopedista, ecc.)
- 4.2. Tecnico (di radiologia, di cardiologi, di laboratorio, ecc.)
- 4.3. Altro (dietologo, dentista, assistente sociale, altro operatore sanitario)
- 4.4. Studente

Ciascuna delle otto righe che compongono la scheda corrisponde a un'opportunità per la quale occorre inserire le indicazioni e le azioni osservate.

D. **Opportunità:** è l'oggetto di attenzione per l'osservatore. Dal suo punto di vista l'opportunità sussiste ogni volta che si presenta e si osserva una delle indicazioni per l'igiene delle mani. Un'opportunità può essere determinata da diverse indicazioni. Ciò significa che ci possono essere numerose ragioni contemporanee per l'azione d'igiene delle mani. L'opportunità è un'unità da conteggiare per verificare l'azione conseguente; determina la necessità di effettuare l'igiene delle mani, sia nel caso in cui l'indicazione che determina l'azione sia singola, che multipla. Costituisce il denominatore per misurare il tasso di adesione all'igiene delle mani da parte degli operatori sanitari.

NB: Ogni opportunità richiede un'azione di igiene delle mani.

E. **Indicazione:** è la ragione per cui l'igiene delle mani è necessaria in un dato momento. È giustificata dal rischio di trasmissione di microrganismi da una superficie all'altra. È formulata in relazione ad un punto di riferimento temporale: "prima" o "dopo" il contatto. Le indicazioni "prima" e "dopo" non corrispondono necessariamente all'inizio e alla fine della sequenza di trattamento o dell'attività. Si possono verificare durante lo spostamento tra due luoghi, durante la transizione tra compiti successivi in prossimità dei pazienti, tra pazienti o a una certa distanza da essi. Nel modulo di osservazione l'indicazione è codificata come segue:

- **pr-cont** = prima del contatto con il paziente;
- **pr-aseps** = prima di una manovra asettica;
- **dp-fluido** = dopo manovre a rischio di esposizione con liquido biologico;
- **dp-cont** = dopo il contatto con il paziente;
- **dp-circ** = dopo il contatto con ciò che circonda il paziente;

NB: Deve essere osservata almeno un'indicazione per l'igiene delle mani per definire un'opportunità.

F. **Azione:** per ogni indicazione deve essere documentata l'azione. Possono verificarsi due casi:

- Azione eseguita (o azione positiva)
 - a. Frizione con un prodotto (soluzione\gel) a base alcolica = frizione
 - b. Lavaggio con acqua e sapone = lavaggio

NB: Le azioni positive registrate senza indicazione non devono essere conteggiate in fase di analisi. La qualità dell'azione in termini di tecnica di esecuzione e di tempo dedicato non viene valutata.

- Azione non eseguita (o azione negativa) = nulla. È imperativo registrare la mancata esecuzione di un'azione per non confondere i casi di mancata adesione da parte degli operatori sanitari osservati con la mancata registrazione dell'osservatore.

L'uso dei guanti deve essere registrato solo quando l'operatore sanitario sotto osservazione indossa i guanti nel momento in cui si presenta l'occasione e non esegue un'azione di igiene delle mani.

NB: Un'azione può essere applicata a più di un'indicazione. Un'azione documentata può essere positiva o negativa, a condizione che corrisponde a un'opportunità. L'osservazione di un'azione positiva non sempre implica la esistenza di un'opportunità.

Il rispetto dell'igiene delle mani (*compliance*) è il rapporto tra azioni e numero di opportunità ed è espresso dal secondo la seguente formula:

$$\text{Compliance} = \frac{\text{Azioni di igiene delle mani eseguite}}{\text{Azioni di igiene delle mani richieste (opportunità)}}$$

Prof.cat		
Codice		
Num.		
Opp.	Indicazione	Azione
1	☐ pr-cont	☐ frizione
	☐ pr-aseps	☐ lavaggio
	☐ dp-fluido	☐ nulla
	☐ dp-cont	☐ guanti
	☐ dp-circ	
2	☐ pr-cont	☐ frizione
	☐ pr-aseps	☐ lavaggio
	☐ dp-fluido	☐ nulla
	☐ dp-cont	☐ guanti
	☐ dp-circ	

Prof.cat		
Codice		
Num.		
Opp.	Indicazione	Azione
1	☐ pr-cont	☐ frizione
	☐ pr-aseps	☐ lavaggio
	☐ dp-fluido	☐ nulla
	☐ dp-cont	☐ guanti
	☐ dp-circ	
2	☐ pr-cont	☐ frizione
	☐ pr-aseps	☐ lavaggio
	☐ dp-fluido	☐ nulla
	☐ dp-cont	☐ guanti
	☐ dp-circ	

Prof.cat		
Codice		
Num.		
Opp.	Indicazione	Azione
1	☐ pr-cont	☐ frizione
	☐ pr-aseps	☐ lavaggio
	☐ dp-fluido	☐ nulla
	☐ dp-cont	☐ guanti
	☐ dp-circ	
2	☐ pr-cont	☐ frizione
	☐ pr-aseps	☐ lavaggio
	☐ dp-fluido	☐ nulla
	☐ dp-cont	☐ guanti
	☐ dp-circ	

Prof.cat		
Codice		
Num.		
Opp.	Indicazione	Azione
1	☐ pr-cont	☐ frizione
	☐ pr-aseps	☐ lavaggio
	☐ dp-fluido	☐ nulla
	☐ dp-cont	☐ guanti
	☐ dp-circ	
2	☐ pr-cont	☐ frizione
	☐ pr-aseps	☐ lavaggio
	☐ dp-fluido	☐ nulla
	☐ dp-cont	☐ guanti
	☐ dp-circ	

Indicazioni particolari

- I dati di osservazione devono essere raccolti in modo anonimo e riservato.
- L'osservazione deve essere formalmente annunciata al coordinatore infermieristico e al responsabile medico del reparto. Gli operatori sanitari devono essere informati che durante l'osservazione non vengono raccolti dati sulla loro identità. Devono inoltre essere informati sul modo in cui saranno utilizzate e restituite le informazioni.
- Prima di iniziare, l'osservatore si presenta agli operatori da osservare e ai pazienti (se del caso), e fornisce una spiegazione generale sullo scopo della sua presenza.
- L'osservatore può seguire l'operatore o disporsi in un punto che non sia di intralcio all'assistenza. Il punto di osservazione deve consentire di vedere l'operatore, il paziente, l'erogatore di soluzione alcolica e/o il lavandino.
- Le sessioni di osservazione devono essere cronometrate. Tuttavia l'osservatore non dovrebbe indossare un orologio da polso, e dovrebbe seguire le raccomandazioni riportate al capitolo 6.1.
- L'osservazione va condotta nel rispetto della privacy dei pazienti.
- L'osservazione non dovrebbe riguardare la gestione di un'emergenza, in quanto non rappresenta una situazione standard.
- Solo gli operatori a diretto contatto con i pazienti sono oggetto di osservazione: questo non significa che gli altri non debbano praticare l'igiene delle mani.
- L'osservazione va divisa in sessioni di 20-30 minuti. Ogni sessione dovrebbe valutare una attività sanitaria dall'inizio alla fine: per questo la sessione può essere prolungata se necessario. Se durante la sessione non si verificano attività rilevanti, può essere conclusa anticipatamente.
- Ove possibile il feedback dell'osservazione dovrebbe essere immediato nei confronti del personale osservato, garantendo un clima aperto e collaborativo.
- Successivamente, una volta che siano stati opportunamente analizzati, i dati vanno diffusi a tutto il personale, alla direzione strategica e al CCICA, ove presente.
- L'osservatore deve avere familiarità con i cinque momenti dell'igiene delle mani e dovrebbe avere esperienza nella gestione clinico-assistenziale dei pazienti.

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE		
SEZIONE C – VALUTAZIONE, MONITORAGGIO E FEEDBACK		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
C.1 - Vengono condotti audit con cadenza almeno annuale per valutare la disponibilità di prodotti per l'igiene delle mani (soluzioni a base alcolica, sapone, salviette monouso, ecc.)	NO	0
	SÌ	10
C.2 Le conoscenze degli operatori sanitari sugli argomenti indicati di seguito vengono valutate almeno annualmente?		
C.2.1 Indicazioni per l'igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5
C.2.2 Corretta tecnica di igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5
C.3 Monitoraggio indiretto dell'adesione all'igiene delle mani		
C.3.1 Il consumo del prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	NO	0
	SÌ	5
C.3.2 Il consumo di sapone è monitorato regolarmente (almeno ogni 3 mesi)?	NO	0
	SÌ	5
C.3.3 Il consumo di prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è pari almeno a 20 litri per 1000 giorni-paziente?	NO	0
	SÌ	5
C.4 Monitoraggio diretto dell'adesione all'igiene delle mani		
NB: Rispondere solo se gli osservatori hanno ricevuto una formazione specifica e hanno utilizzato la metodologia indicata nel Piano di intervento regionale		
C.4.1 Quanto frequentemente è eseguita l'osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani utilizzando la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	Mai	0
	Irregolarmente	5
	Annualmente	10
	Ogni 3 mesi o meno	15
C.4.2 Qual è nella Struttura la percentuale di adesione all'igiene delle mani registrata con la scheda di osservazione contenuta nel Piano di intervento regionale?	≤ 30%	0
	31-40%	5
	41-50%	10
	51-60%	15
	61-70%	20
	71-80%	25
≥ 81%	30	
C.5 Feedback		
C.5.1 <u>Feedback immediato</u> : al termine di ogni sessione di osservazione è restituito un feedback agli operatori?	NO	0
	SÌ	5
C.5.2 <u>Feedback sistematico</u> : viene restituito almeno ogni 6 mesi un feedback dei dati sugli indicatori di igiene delle mani e l'andamento nel tempo ai professionisti sanitari?	NO	0
	SÌ	7.5
C.5.3 <u>Feedback sistematico</u> : viene restituito con cadenza regolare (almeno ogni 6 mesi) un feedback dei dati relativi agli indicatori e all'andamento nel tempo alla Direzione della Struttura?	NO	0
	SÌ	7.5

TABELLA C1 - INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE

MONITORAGGIO E FEEDBACK			
AZIONE	R	T	M
Progettare o rivedere le attività di valutazione e feedback tra cui: (a) osservazione della <i>compliance</i> sull'igiene delle mani; indagini sulle infrastrutture di reparto; indagini sul consumo di soluzione alcolica/sapone/asciugamani; indagini di percezione per gli operatori sanitari; indagini di percezione per dirigenti apicali; Indagini sulla conoscenza degli operatori sanitari.			
Stabilire il piano/calendario, per l'avvio delle attività di valutazione e feedback e diffonderlo a tutta la Struttura			
Identificare le competenze di supporto eventualmente necessarie (ad esempio, epidemiologo, statistico).			
Definire un sistema generale per restituire i risultati della valutazione ai dirigenti apicali, compreso un piano d'azione per affrontare la scarsa conformità, le conoscenze e le infrastrutture.			
Identificare i candidati per essere osservatori (se non lo si è già fatto).			
Stabilire un sistema per la formazione continua e i controlli delle competenze degli osservatori (ad esempio, annualmente).			
Condurre valutazioni di base e dare un ritorno al personale sanitario.			
Diffondere a tutta la struttura il piano per le osservazioni in corso secondo un programma concordato (ad esempio annualmente, ma idealmente ogni due mesi).			
Presentare i risultati delle osservazioni ogni trimestre o secondo un programma concordato con il team di implementazione dell'igiene delle mani e il CCICA.			
Stabilire obiettivi annuali per il miglioramento della conformità all'igiene delle mani tenendo conto dei dati di partenza.			
Valutare le informazioni sui tassi di ICA nella Struttura.			
Definire un sistema per monitorare i tassi di ICA su base continuativa insieme al livello di compliance dell'igiene delle mani.			
Considerare la possibilità di pubblicare i dati sul miglioramento dell'igiene delle mani e sui tassi di ICA presso la struttura in una rivista con revisione tra pari, in una rivista specializzata o in una newsletter interna			
Considerare la possibilità di presentare i dati sul miglioramento dell'igiene delle mani e i tassi di ICA presso la struttura in occasione di conferenze locali, nazionali o internazionali.			

Legenda: R=Responsabile; T=Tempo previsto per l'implementazione; M=Monitoraggio

TABELLA C2 - INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE

MONITORAGGIO E FEEDBACK	
INADEGUATO (punteggio: 0-25)	BASE (punteggio: 26-50)
Valutazione regolare: dare priorità alle attività di valutazione per definire il livello base di <i>compliance</i> degli operatori sulla igiene delle mani. Prevedere un regolare follow-up di queste attività; Disponibilità di competenze: valutare la disponibilità di competenze specifiche per l'analisi dei dati e, in caso contrario, acquisirle; Feedback: definire un sistema per registrare e riportare i risultati il prima possibile sia al personale che ai dirigenti, e comunicarli apertamente.	
INTERMEDIO (punteggio: 51-75)	
Valutazione regolare: effettuare le attività di osservazione con cadenza regolare, definita sulla base della complessità organizzativa della Struttura; monitorare anche altri indicatori (ad es. consumo di soluzione alcolica; conoscenza e percezione dell'importanza dell'igiene delle mani da parte degli operatori); Disponibilità di competenze: valutare la disponibilità di competenze specifiche per l'analisi dei dati e, in caso contrario, acquisirle; Feedback: definire un sistema per registrare e riportare i risultati il prima possibile sia al personale che ai dirigenti, e comunicarli apertamente Obiettivi: fissare obiettivi annuali per i risultati/tassi di compliance da raggiungere.	

TABELLA C2 - INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE**AVANZATO (punteggio: 76-100)**

- **Monitoraggio regolare:** condurre il monitoraggio della compliance all'igiene delle mani almeno ogni 3 mesi in aree ad alto rischio e possibilmente in tutta la Struttura. Effettuare un monitoraggio continuo del consumo di soluzione alcolica;
- **Interpretazione dei risultati:** condurre la sorveglianza delle infezioni associate all'assistenza sanitaria e correlare l'osservanza dell'igiene delle mani e il consumo di soluzione alcolica con i dati sui risultati, identificando i fattori di successo e gli ostacoli al miglioramento continuo;
- **Feedback:** organizzare sessioni interattive per restituire l'interpretazione dei risultati della vostra struttura ai dirigenti e al personale;
- **Comunicazione:** comunicare apertamente i risultati attraverso più canali, sia internamente che all'esterno, incoraggiando un clima costruttivo e trasparente.

INDICATORI DI STRUTTURA

Nella Struttura devono essere disponibili una o più procedure o istruzioni operative che specifichino almeno quanto segue:

- Definizione delle attività di monitoraggio della *compliance* degli operatori sull'igiene delle mani:
- Definizione e formazione di una rete di osservatori
- Definizione della cadenza e delle modalità di esecuzione delle attività di osservazione
- Definizione della cadenza e delle modalità di restituzione dei risultati dell'osservazione agli operatori e alla Direzione
- Definizione delle attività di monitoraggio sullo stato dei dispenser e dei lavandini presenti nella struttura

NB: Per ogni attività devono essere individuate le figure responsabili delle specifiche azioni.

INDICATORI DI PROCESSO

- Percentuale di azioni di igiene delle mani effettuate correttamente dagli operatori sul totale delle opportunità.
- Quantità di detergente e di soluzione a base di alcol per l'igiene delle mani utilizzata per mille giornate di degenza.

NB: in base alle specifiche esigenze locali, le Strutture potranno integrare gli indicatori sopra elencati con altri (di struttura, di processo e di esito), purché sia garantito il rispetto dei contenuti del documento.

SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE

I promemoria sul posto di lavoro sono strumenti importanti per ricordare agli operatori sanitari l'importanza dell'igiene delle mani e le indicazioni e le procedure appropriate per la sua esecuzione. Sono anche mezzi per informare i pazienti e i visitatori dello standard di assistenza che dovrebbero aspettarsi.

La comunicazione può utilizzare diversi strumenti (ad es.: poster; brochure, adesivi affissi al punto di assistenza, spille, screensaver, ecc.) e può utilizzare materiale istituzionale nazionale o internazionale oppure sviluppato localmente.

I poster sulla corretta tecnica di frizione con soluzione alcolica o di lavaggio delle mani, dovrebbero essere affissi in prossimità di ogni lavandino e di ogni *dispenser* fisso di soluzione alcolica.



QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE		
SEZIONE D – COMUNICAZIONE PERMANENTE		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
D.1 Sono esposti i seguenti poster (o materiali locali con contenuti simili)?		
D.1.1 - Poster che illustrano le indicazioni per l'igiene delle mani	Non esposti	0
	Esposti in alcuni reparti/dipartimenti (35%)	15
	Esposti in molti reparti/dipartimenti (70%)	20
	Esposti in tutti i reparti/dipartimenti (100%)	25
D.1.2 - Poster che illustrano come frizionare correttamente le mani con la soluzione alcolica	Non esposti	0
	Esposti in alcuni reparti/dipartimenti (35%)	5
	Esposti in molti reparti/dipartimenti (70%)	10
	Esposti in tutti i reparti/dipartimenti (100%)	15
D.1.3 - Poster che illustrano la tecnica corretta di lavaggio delle mani	Non esposti	0
	Esposti in alcuni reparti/dipartimenti (35%)	5
	Esposti in molti reparti/dipartimenti (70%)	7.5
	Esposti in tutti i reparti/dipartimenti (100%)	10
D.2 - Con quale frequenza viene effettuata una ispezione sistematica dei poster per individuare materiale deteriorato e se necessario sostituirlo?	Mai	0
	Almeno una volta all'anno	10
	Ogni 2-3 mesi	15
D.3 - La promozione dell'igiene delle mani è intrapresa attraverso l'esposizione e il regolare aggiornamento di poster diversi da quelli sopra menzionati?	NO	0
	Sì	10
D.4 - Sono disponibili nei reparti opuscoli informativi sull'igiene delle mani?	NO	0
	Sì	10
D.5 - Sono stati collocati altri promemoria sul posto di lavoro in tutta la Struttura? Per esempio: screensaver, spille, adesivi, ecc.?	Sì	0
	NO	15

TABELLA D1 - INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE

COMUNICAZIONE PERMANENTE			
AZIONE	R	T	M
Valutare le risorse disponibili, compresi i materiali esistenti e le competenze locali per sviluppare nuovi materiali.			
Definire i requisiti per aggiornare o fornire nuovi materiali.			
Fornire e/o esporre il materiale informativo (poster, opuscoli) in tutti gli ambienti clinici.			
Assicurarsi che i poster siano in buone condizioni e chiaramente esposti in luoghi adatti (ad esempio al punto di cura, sopra i lavabi).			
Distribuire opuscoli a tutti gli operatori sanitari durante la formazione ed esporli in tutti gli ambienti clinici.			
Pianificare la produzione di materiale supplementare e aggiornato su base continuativa, compresi strumenti innovativi diverse dai poster e dagli opuscoli.			

Legenda: **R**=Responsabile; **T**=Tempo previsto per l'implementazione; **M**=Monitoraggio

TABELLA D2 - INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE

COMUNICAZIONE PERMANENTE	
INADEGUATO (punteggio: 0-25)	BASE (punteggio: 26-50)
Risorse: valutare la qualità e la quantità del materiale informativo disponibile; Consegna dei messaggi: fornire ed esporre poster, opuscoli e altri promemoria nei reparti e nelle aree di trattamento; Impatto: descrivere l'uso e l'importanza dei promemoria a tutte le persone interessate nella struttura; Sostenibilità: pianificare l'aggiornamento e la produzione di promemoria, per esempio poster.	
INTERMEDIO (punteggio: 51-75)	
Risorse: definire un piano di aggiornamento regolare dei materiali e della loro sostituzione se obsoleti o danneggiati; Consegna dei messaggi: fornire ed esporre poster, opuscoli e altri promemoria in tutti gli ambienti clinici; Sostenibilità: pianificare l'aggiornamento e la produzione di promemoria, compresi strumenti innovativi diversi da poster e opuscoli.	
AVANZATO (punteggio: 76-100)	
Risorse: raccogliere idee per l'elaborazione di materiale informativo innovativo e incoraggiare la competizione tra i reparti; Consegna dei messaggi: fornire ed esporre poster e opuscoli in tutti gli ambienti clinici; Sostenibilità: produrre promemoria supplementari e aggiornati su base continuativa, compresi strumenti innovativi diversi da poster e opuscoli, basati sulle specificità locali e sui "media" disponibili. Condividere il materiale con altre Strutture	

INDICATORI DI STRUTTURA

Nella Struttura devono essere disponibili una o più procedure o istruzioni operative che specifichino almeno quanto segue:

- Modalità di comunicazione della struttura sull'igiene delle mani.
- NB:** Per ogni attività devono essere individuate le figure responsabili delle specifiche azioni.

NB: in base alle specifiche esigenze locali, le Strutture potranno integrare gli indicatori sopra elencati con altri (di struttura, di processo e di esito), purché sia garantito il rispetto dei contenuti del documento.

SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITTMENT

Come già sottolineato, perché una Struttura abbia successo nella prevenzione e nel controllo delle ICA è fondamentale un forte, continuo e visibile impegno da parte della direzione, nonché la definizione di un numero adeguato di operatori con competenze multidisciplinari per garantire un adeguato supporto alle attività di prevenzione e controllo del rischio infettivo, particolarmente nella fase di monitoraggio.

Il *commitment* deve far leva anche su azioni esplicite che stimolino gli operatori a un comportamento responsabile nella pratica dell'igiene delle mani. È opportuno che sia definita e comunicata a tutti gli operatori la policy sul tema delle ICA che chiarisca anche la possibilità di interventi disciplinari in caso di ingiustificata violazione delle norme di buona pratica sul tema.

Va rafforzato anche il ruolo del paziente e dei visitatori attraverso opportune iniziative per il loro *empowerment*. La responsabilità della sicurezza del paziente è in capo alle Strutture, ma pazienti attenti e informati sull'importanza dell'igiene delle mani possono rappresentare una barriera di sicurezza e uno stimolo per il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni. Il loro coinvolgimento dovrebbe essere adeguatamente evidenziato all'interno della strategia multimodale per l'igiene delle mani.



QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE		
SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITTMENT		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
E.1 - Team per la promozione e l'implementazione ottimale della pratica di igiene delle mani:		
E.1.1 - Esiste un team definito?	NO	0
	SÌ	5
E.1.2 - Questo team si incontra regolarmente (almeno mensilmente)?	NO	0
	SÌ	5
E.1.3 - Questo team ha tempo dedicato per condurre interventi attivi di promozione dell'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	5
E.2 - I seguenti componenti della direzione della Struttura si impegnano visibilmente per sostenere le azioni di miglioramento dell'igiene delle mani?		
E.2.1 - Direzione generale?	NO	0
	SÌ	10
E.2.2 - Direzione sanitaria?	NO	0
	SÌ	5
E.2.3 - Direzione Professioni Sanitarie?	NO	0
	SÌ	5

QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE (continua)		
SEZIONE E – CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT		
DOMANDE	RISPOSTE	PUNTEGGIO
E.3 - Esiste un programma per la promozione dell'igiene delle mani in occasione della giornata mondiale dell'igiene delle mani del 5 maggio?	NO	0
	SÌ	10
E.4 - Sono attivi sistemi per identificare i "leader" per l'igiene delle mani in tutte le discipline?		
E.4.1 - Designazione dei "promotori" dell'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	5
E.4.2 - Riconoscere e utilizzare soggetti che fungono da modello positivo per l'igiene delle mani?	NO	0
	SÌ	5
E.5 - Per quanto riguarda il coinvolgimento dei pazienti/familiari sull'igiene delle mani:		
E.5.1 - I pazienti/familiari sono informati sull'importanza dell'igiene delle mani (ad es. con depliant informativi)?	NO	0
	SÌ	5
E.5.2 - È stato intrapreso un programma formale per il coinvolgimento dei pazienti/familiari?	NO	0
	SÌ	10
E.6 - Nella Struttura sono intraprese iniziative a supporto di un continuo miglioramento, per esempio:		
E.6.1 - Strumenti e-learning per l'igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5
E.6.2 - Ogni anno è stabilito un obiettivo da raggiungere sull'igiene delle mani	NO	0
	SÌ	5
E.6.3 - È presente un sistema di condivisione intra-istituzionale di innovazioni affidabili e testate	NO	0
	SÌ	5
E.6.4 - Comunicazioni che regolarmente citano l'igiene delle mani: es. newsletter, convegni clinici	NO	0
	SÌ	5
E.6.5 - Sistemi di responsabilizzazione personale	NO	0
	SÌ	5
E.6.6 - Affiancamento e tutoraggio per i dipendenti neoassunti	NO	0
	SÌ	5

TABELLA E1 - INDICAZIONI PER L'ELABORAZIONE DEL PIANO DI AZIONE LOCALE			
CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT			
AZIONE	R	T	M
Chiarire che tutte le altre azioni per assicurare il cambiamento del sistema, la formazione/istruzione, la valutazione e il feedback e i promemoria sul posto di lavoro hanno luogo.			
Assicurarsi il sostegno da parte dei dirigenti apicali e dei responsabili delle strutture.			
Preparare e inviare una lettera per comunicare ai dirigenti apicali le iniziative sull'igiene delle mani.			
Istituire un comitato per attuare il piano d'azione locale della Struttura.			
Stabilire riunioni regolari per avere un feedback e rivedere il piano d'azione di conseguenza.			
Elaborare un piano per pubblicizzare le attività di igiene delle mani in tutta la Struttura utilizzando, se disponibili, le competenze interne di comunicazione.			
Rivedere l'attuale coinvolgimento dei pazienti nelle attività di miglioramento dell'assistenza sanitaria e considerare i tempi per avviare discussioni/collaborazioni continue con le principali organizzazioni di pazienti.			
Avviare attività di sostegno per i pazienti (ad esempio, fornire opuscoli informativi sull'igiene delle mani ai pazienti e pianificare sessioni educative).			
Considerare la possibilità di iniziative per premiare o riconoscere comportamenti virtuosi da parte di singoli operatori sanitari, reparti o servizi.			
Inserire l'igiene delle mani negli indicatori della struttura e negli obiettivi annuali dei dirigenti apicali.			
Pianificare la produzione di materiali di formazione supplementari o l'organizzazione di attività aggiuntive per mantenere alta nel tempo la motivazione degli operatori.			

Legenda: **R**=Responsabile; **T**=Tempo previsto per l'implementazione; **M**=Monitoraggio

TABELLA E2 - INDICAZIONI OPERATIVE SULLA BASE DEI RISULTATI DELL'AUTOVALUTAZIONE**CLIMA ORGANIZZATIVO E COMMITMENT****INADEGUATO (punteggio: 0-25)****BASE (punteggio: 26-50)**

- **Approccio multimodale:** elaborare un piano di autovalutazione periodica;
- **Budget:** valutare la riserva di un budget per queste attività;
- **Comunicazione:** supportare regolarmente gli operatori, presentare i risultati e i progressi ottenuti
- **Coinvolgimento dei pazienti.**

INTERMEDIO (punteggio: 51-75)

- **Approccio multimodale:** proseguire con l'autovalutazione periodica (almeno annualmente) e descrivere i cambiamenti rispetto alle autovalutazioni precedenti;
- **Budget:** assicurare un budget regolare e adeguato per le attività di promozione e sostegno dell'igiene delle mani e per le attività di miglioramento;
- **Ruoli e Capacità:** riconoscere il ruolo dei professionisti incaricati delle attività di igiene delle mani e stimolare il personale a diventare un modello di comportamento;
- **Comunicazione:** oltre alla comunicazione sui progressi e i risultati ottenuti, diffondere il messaggio attraverso altri canali (ad esempio rivista interna, pagine web, eventi);
- **Coinvolgimento dei pazienti:** sviluppare materiali educativi sull'igiene delle mani per i pazienti, i parenti e i visitatori

AVANZATO (punteggio: 76-100)

- **Approccio multimodale:** continuare l'autovalutazione nell'ottica del miglioramento continuo;
- **Coinvolgimento dei pazienti:** facilitare le interazioni tra pazienti e operatori sanitari su questo tema;
- **Promuovere il miglioramento:** valutare la possibilità di premiare i comportamenti virtuosi, individuali e/o di reparto;
- **Sostenibilità:** incorporare gli obiettivi sull'igiene delle mani negli obiettivi di budget anche relativi ad altre attività (ad esempio, piani di contrasto all'antimicrobicoresistenza); presentare l'igiene delle mani come parte del programma generale di miglioramento della sicurezza del paziente e di miglioramento della qualità;
- **Capacità:** stanziare risorse per sostenere e la campagna del 5 maggio o analoghe iniziative regionali.

INDICATORI DI STRUTTURA

- Istituzione di un CCICA e definizione del suo Gruppo Operativo

Nella Struttura devono essere disponibili una o più procedure o istruzioni operative che specifichino almeno quanto segue:

- Regolamento del CCICA
- Adozione del PAICA secondo le indicazioni regionali

NB: Per ogni attività devono essere individuate le figure responsabili delle specifiche azioni.

INDICATORI DI PROCESSO

- Monitoraggio delle azioni previste nel PAICA

NB: in base alle specifiche esigenze locali, le Strutture potranno integrare gli indicatori sopra elencati con altri (di struttura, di processo e di esito), purché sia garantito il rispetto dei contenuti del documento.

8.0 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI

1. Hand Hygiene Technical Reference Manual. WHO, 2009.
2. Guide to Implementation: A Guide to the Implementation of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy. WHO, 2009
3. Template Action Plan, WHO, 2009
4. Hand Hygiene Self-Assessment Framework: Introduction and user Instructions. WHO, 2010
5. Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Plan for WHO Framework - Inadequate/Basic Results, WHO, 2012
6. Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Plan for WHO Framework - Intermediate Results, WHO, 2012
7. Your Action Plan for Hand Hygiene Improvement. Template Action Plan for WHO Framework – Advanced/Leadership Results, WHO, 2012
8. Sax H et al.: The World Health Organization hand hygiene observation method, Am J Infect Control 2009;37:827-34
9. Secondo studio di prevalenza italiano sulle infezioni correlate all'assistenza e sull'uso di antibiotici negli ospedali per acuti – Protocollo ECDC". Dipartimento Scienze della Salute Pubblica e Pediatriche, Università di Torino. 2018.
10. Griffith CJ et al. Environmental surface cleanliness and the potential for contamination during handwashing. American Journal of Infection Control, 2003, 31:93-6.
11. Ansari SA et al. Comparison of cloth, paper, and warm air drying in eliminating viruses and bacteria from washed hands. American Journal of Infection Control, 1991,19:243-249.
12. Yamamoto Y et al. Efficiency of hand drying for removing bacteria from washed hands: comparison of paper towel drying with warm air drying. Infection Control and Hospital Epidemiology, 2005, 26:316-320.
13. Bottone EJ et al. Ineffectiveness of handwashing with lotion soap to remove nosocomial bacterial pathogens persisting on fingertips: a major link in their intrahospital spread. Infection Control and Hospital Epidemiology, 2004, 25:262-264.
14. Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere: Linee guida sulla valutazione del processo di sanificazione ambientale nelle Strutture ospedaliere e territoriali per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), 2018.
15. Colasanti P., Martini L., Raffaele B., Vizio M., ANIPIO: La prevenzione delle infezioni ospedaliere. Carocci Faber, 2009.
16. <http://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioContenutiMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=648&area=Malattie%20infettive&menu=ica> (data ultima consultazione: 2 dicembre 2020).
17. Cimon K, Featherstone R. Jewellery and Nail Polish Worn by Health Care Workers and the Risk of Infection Transmission: A Review of Clinical Evidence and Guidelines [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2017 Mar 3. PMID: 29533568.
18. Jewellery and Nail Polish Worn by Health Care Workers and the Risk of Infection Transmission: A Review of Clinical Evidence and Guidelines. Ottawa: CADTH (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health); 2017 Mar.
19. Wąlaszek MZ, et al., Nail microbial colonization following hand disinfection: a qualitative pilot study, Journal of Hospital Infection (2018), <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2018.06.023>

Allegati

Allegato 1 - *Scheda di osservazione*

Strumenti di supporto

Gli strumenti di supporto di seguito elencati, sono disponibili nel *Cloud* regionale, all'interno del percorso *Allegati Documenti Regionali → Piano_Intervento_Igiene_Mani → Strumenti di supporto*.

- Questionario per gli operatori sanitari
- Questionario sulla percezione degli operatori sanitari
- Questionario di follow-up sulla percezione degli operatori sanitari
- Questionario sulla percezione dei responsabili di reparto e dei coordinatori infermieristici
- Corso di formazione sui filmati OMS
- Corso di formazione per formatori, osservatori e operatori sanitari
- Corso di formazione per il coordinatore del piano di azione
- Diapositive per la presentazione dei risultati dell'osservazione
- Poster e altro materiale informativo

Allegato 1 – Scheda di osservazione


PIANO DI INTERVENTO REGIONALE SULL'IGIENE DELLE MANI
SCHEDA DI OSSERVAZIONE

Ospedale/Struttura		Periodo n.		Sessione n.	
Dipartimento		Data (GG/MM/AAAA)	<u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	Osservatore (iniziali)	
Reparto		Inizio/Fine (HH:MM)	<u> </u> : <u> </u> / <u> </u> : <u> </u>	Scheda n.	
Servizio		Durata Sessione (minuti)		Città	

Prof.cat		
Codice		
Num.		
Opp.	Indicazione	Azione
1	☐ pr-cont	☐ frizione
	☐ pr-aseps	☐ lavaggio
	☐ dp-fluido	☐ nulla
	☐ dp-cont	☐ guanti
	☐ dp-circ	
2	☐ pr-cont	☐ frizione
	☐ pr-aseps	☐ lavaggio
	☐ dp-fluido	☐ nulla
	☐ dp-cont	☐ guanti
	☐ dp-circ	
3	☐ pr-cont	☐ frizione
	☐ pr-aseps	☐ lavaggio
	☐ dp-fluido	☐ nulla
	☐ dp-cont	☐ guanti
	☐ dp-circ	
4	☐ pr-cont	☐ frizione
	☐ pr-aseps	☐ lavaggio
	☐ dp-fluido	☐ nulla
	☐ dp-cont	☐ guanti
	☐ dp-circ	
5	☐ pr-cont	☐ frizione
	☐ pr-aseps	☐ lavaggio
	☐ dp-fluido	☐ nulla
	☐ dp-cont	☐ guanti
	☐ dp-circ	
6	☐ pr-cont	☐ frizione
	☐ pr-aseps	☐ lavaggio
	☐ dp-fluido	☐ nulla
	☐ dp-cont	☐ guanti
	☐ dp-circ	
7	☐ pr-cont	☐ frizione
	☐ pr-aseps	☐ lavaggio
	☐ dp-fluido	☐ nulla
	☐ dp-cont	☐ guanti
	☐ dp-circ	
8	☐ pr-cont	☐ frizione
	☐ pr-aseps	☐ lavaggio
	☐ dp-fluido	☐ nulla
	☐ dp-cont	☐ guanti
	☐ dp-circ	

Prof.cat		
Codice		
Num.		
Opp.	Indicazione	Azione
1	☐ pr-cont	☐ frizione
	☐ pr-aseps	☐ lavaggio
	☐ dp-fluido	☐ nulla
	☐ dp-cont	☐ guanti
	☐ dp-circ	
2	☐ pr-cont	☐ frizione
	☐ pr-aseps	☐ lavaggio
	☐ dp-fluido	☐ nulla
	☐ dp-cont	☐ guanti
	☐ dp-circ	
3	☐ pr-cont	☐ frizione
	☐ pr-aseps	☐ lavaggio
	☐ dp-fluido	☐ nulla
	☐ dp-cont	☐ guanti
	☐ dp-circ	
4	☐ pr-cont	☐ frizione
	☐ pr-aseps	☐ lavaggio
	☐ dp-fluido	☐ nulla
	☐ dp-cont	☐ guanti
	☐ dp-circ	
5	☐ pr-cont	☐ frizione
	☐ pr-aseps	☐ lavaggio
	☐ dp-fluido	☐ nulla
	☐ dp-cont	☐ guanti
	☐ dp-circ	
6	☐ pr-cont	☐ frizione
	☐ pr-aseps	☐ lavaggio
	☐ dp-fluido	☐ nulla
	☐ dp-cont	☐ guanti
	☐ dp-circ	
7	☐ pr-cont	☐ frizione
	☐ pr-aseps	☐ lavaggio
	☐ dp-fluido	☐ nulla
	☐ dp-cont	☐ guanti
	☐ dp-circ	
8	☐ pr-cont	☐ frizione
	☐ pr-asep	☐ lavaggio
	☐ dp-fluido	☐ nulla
	☐ dp-cont	☐ guanti
	☐ dp-circ	

Prof.cat		
Codice		
Num.		
Opp.	Indicazione	Azione
1	☐ pr-cont	☐ frizione
	☐ pr-aseps	☐ lavaggio
	☐ dp-fluido	☐ nulla
	☐ dp-cont	☐ guanti
	☐ dp-circ	
2	☐ pr-cont	☐ frizione
	☐ pr-aseps	☐ lavaggio
	☐ dp-fluido	☐ nulla
	☐ dp-cont	☐ guanti
	☐ dp-circ	
3	☐ pr-cont	☐ frizione
	☐ pr-aseps	☐ lavaggio
	☐ dp-fluido	☐ nulla
	☐ dp-cont	☐ guanti
	☐ dp-circ	
4	☐ pr-cont	☐ frizione
	☐ pr-aseps	☐ lavaggio
	☐ dp-fluido	☐ nulla
	☐ dp-cont	☐ guanti
	☐ dp-circ	
5	☐ pr-cont	☐ frizione
	☐ pr-aseps	☐ lavaggio
	☐ dp-fluido	☐ nulla
	☐ dp-cont	☐ guanti
	☐ dp-circ	
6	☐ pr-cont	☐ frizione
	☐ pr-aseps	☐ lavaggio
	☐ dp-fluido	☐ nulla
	☐ dp-cont	☐ guanti
	☐ dp-circ	
7	☐ pr-cont	☐ frizione
	☐ pr-aseps	☐ lavaggio
	☐ dp-fluido	☐ nulla
	☐ dp-cont	☐ guanti
	☐ dp-circ	
8	☐ pr-cont	☐ frizione
	☐ pr-aseps	☐ lavaggio
	☐ dp-fluido	☐ nulla
	☐ dp-cont	☐ guanti
	☐ dp-circ	

Allegato 1 – Scheda di osservazione (continua)

Regole generali

1. Presentati agli operatori sanitari ed ai pazienti che verranno osservati e spiega i motivi della tua presenza.
2. Puoi osservare fino a 3 operatori sanitari contemporaneamente, se il tipo di attività lo consente.
3. Puoi includere più operatori sanitari in modo sequenziale durante ciascuna sessione di osservazione.
4. Posizionati in un luogo adeguato, per poter osservare senza disturbare le attività assistenziali; puoi anche muoverti per seguire gli operatori, senza, però, mai interferire con il loro lavoro. Alla fine della sessione, comunque, puoi informare gli operatori su ciò che hai osservato.

Come usare la scheda

1. Usa una matita per compilare la scheda e una gomma per cancellare; usa un supporto rigido per la scheda (durante le osservazioni).
2. Per prima cosa compila l'intestazione della scheda (ad eccezione dell'orario di fine e della durata della sessione).
3. Quando registri la prima opportunità per l'igiene delle mani, riporta l'informazione corrispondente (indicazione/i, azione) nella prima delle caselle numerate delle opportunità, che trovi procedendo dall'alto verso il basso. Registra le informazioni nella colonna corrispondente alla categoria professionale alla quale appartiene l'operatore che stai osservando in quel momento.
4. Ogni opportunità di igiene delle mani deve essere registrata in una riga di ciascuna colonna; le colonne sono indipendenti le une dalle altre.
5. Indica l'opzione corretta barrando il piccolo quadrato o il piccolo cerchio corrispondente (barrando il quadrato puoi scegliere più di una opzione, barrando il cerchio solo una).
6. Nel caso in cui una opportunità di igiene delle mani risponda a più di una indicazione, barra ciascuno dei quadrati corrispondenti alle indicazioni corrispondenti.
7. Per ciascuna opportunità, registra sempre quale azione è stata eseguita o se non è stato fatto nulla.
8. Non dimenticare di indicare l'ora di fine della sessione di osservazione, la durata di questa e di controllare la scheda prima di restituirla.

Breve descrizione dei campi

Città	Indicare per esteso, (non utilizzare abbreviazioni)									
Ospedale	Indicare per esteso, (non utilizzare abbreviazioni)									
Osservatore	Iniziali (Cognome e Nome).									
Data	2 numeri per giorno e mese, 4 numeri per l'anno									
Inizio/Fine	2 numeri per ora e minuti									
Durata Sessione	Calcolare la differenza in minuti tra ora di inizio e ora di fine della sessione di osservazione,									
Periodo n.	In accordo con la propria numerazione									
Sessione n.	In accordo con la propria numerazione									
Scheda n.	Numero di pagina,									
Dipartimento	Registrare secondo la seguente classificazione: • Medico (include dermatologia, neurologia, ematologia, ecc.) • Misto (medico & chirurgico) • Pediatrico (inclusa la chirurgia pediatrica), • Pronto Soccorso • Ambulatorio • Chirurgico (incluso ORL, oculistica, neurochirurgia, ecc.) • Ostetrico-ginecologico • Terapia intensiva • Lungodegenza, riabilitazione • Altro (specificare)									
Servizio e Reparto	In accordo con la denominazione della struttura									
Prof. cat.	Registrare secondo la seguente classificazione: <table><tr><td>1. Infermiere-a/ostetrico-a</td><td>1.1 Infermiere-a; 1.2 Ostetrico-a; 1.3 Studente.</td></tr><tr><td>2. Operatore di supporto all'assistenza (operatore sanitario specializzato -OSS; operatore tecnico dell'assistenza-OTA;operatore socio-sanitario specializzato-OSSS)</td><td></td></tr><tr><td>3. Medico</td><td>3.1 Medico; 3.2 Chirurgo; 3.3 Anestesista; 3.4 Pediatra; 3.5 Altro; 3.6 Studente.</td></tr><tr><td>4. Altro operatore sanitario</td><td>4.1 terapeuta (fisioterapista, terapeuta occupazionale, tecnico di audiometria, logopedista); 4.2 tecnico (radiologo, tecnico di cardiologia, di sala operatoria, di laboratorio); 4.3 altro (dietista, odontotecnico, dentista, operatore sociale e qualsiasi altro operatore sanitario coinvolto in attività assistenziali).</td></tr></table>		1. Infermiere-a/ostetrico-a	1.1 Infermiere-a; 1.2 Ostetrico-a; 1.3 Studente.	2. Operatore di supporto all'assistenza (operatore sanitario specializzato -OSS; operatore tecnico dell'assistenza-OTA;operatore socio-sanitario specializzato-OSSS)		3. Medico	3.1 Medico; 3.2 Chirurgo; 3.3 Anestesista; 3.4 Pediatra; 3.5 Altro; 3.6 Studente.	4. Altro operatore sanitario	4.1 terapeuta (fisioterapista, terapeuta occupazionale, tecnico di audiometria, logopedista); 4.2 tecnico (radiologo, tecnico di cardiologia, di sala operatoria, di laboratorio); 4.3 altro (dietista, odontotecnico, dentista, operatore sociale e qualsiasi altro operatore sanitario coinvolto in attività assistenziali).
1. Infermiere-a/ostetrico-a	1.1 Infermiere-a; 1.2 Ostetrico-a; 1.3 Studente.									
2. Operatore di supporto all'assistenza (operatore sanitario specializzato -OSS; operatore tecnico dell'assistenza-OTA;operatore socio-sanitario specializzato-OSSS)										
3. Medico	3.1 Medico; 3.2 Chirurgo; 3.3 Anestesista; 3.4 Pediatra; 3.5 Altro; 3.6 Studente.									
4. Altro operatore sanitario	4.1 terapeuta (fisioterapista, terapeuta occupazionale, tecnico di audiometria, logopedista); 4.2 tecnico (radiologo, tecnico di cardiologia, di sala operatoria, di laboratorio); 4.3 altro (dietista, odontotecnico, dentista, operatore sociale e qualsiasi altro operatore sanitario coinvolto in attività assistenziali).									
Num.	Registra il numero di operatori sanitari osservati, appartenenti ad una stessa categoria professionale (codice uguale), man mano che entrano nel campo di osservazione.									
Opp.	Viene definita come presenza di almeno un'indicazione all'igiene delle mani.									
Indicazione	pr-cont: prima di un contatto con il paziente pr-aseps.: prima di una manovra pulita/asettica dp-fluido: dopo esposizione a liquidi biologici	dp-cont.: dopo un contatto con il paziente dp-circ.: dopo un contatto con l'ambiente che circonda il paziente								
Azione	indica cosa è stato fatto in risposta ad un'indicazione all'igiene delle mani: Frizione: quando l'igiene delle mani viene effettuata mediante frizione con un prodotto a base alcolica, Lavaggio: quando l'igiene delle mani viene effettuata mediante il lavaggio con acqua e sapone, Nulla: quando non viene effettuata nessuna azione Guanti: l'operatore indossa i guanti									

Allegato 1 – Scheda di osservazione (continua)

SCHEDA DI CALCOLO									
Ospedale/Struttura							Periodo n.		
Dipartimento			Data (GG/MM/AAAA)			/	/	Osservatore (Iniziali)	
Reparto			Inizio/Fine (HH:MM)			:	:	Scheda n.	
Servizio			Durata Sessione (minuti)					Città	

Sessione n.	Categorie professionali								Totale delle sessioni	
	Prof.cat.		Prof.cat.		Prof.cat.		Prof.cat.			
	Codice		Codice		Codice		Codice			
	OPP.	AZIONE	OPP.	AZIONE	OPP.	AZIONE	OPP.	AZIONE	OPP.	AZIONE
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
Totale per categoria										
Adesione (%) totale azioni/totale opportunità*100										

Istruzioni per l'uso

1. Verifica i dati raccolti nella scheda di osservazione. Calcola la somma delle opportunità e delle azioni per ogni categoria professionale da ogni sessione di osservazione e copia il risultato sulla riga corrispondente al numero della sessione.
2. Calcola la somma delle opportunità e la somma delle azioni lungo la riga per ottenere la somma totale per ogni sessione.
3. Calcola la somma delle opportunità e la somma delle azioni di tutte le sessioni e calcola l'adesione complessiva applicando la formula qui sopra esposta.
4. Calcola la somma delle opportunità e delle azioni di ogni categoria professionale e calcola l'adesione per categoria applicando la formula dell'adesione. Completa i risultati della riga "adesione" e di ogni colonna "totale per categoria".

Allegato 1 – Scheda di osservazione (continua)

SCHEDA DI CALCOLO OPZIONALE										
Ospedale/Struttura							Periodo n.			
Dipartimento			Data (GG/MM/AAAA)	___/___/___		Osservatore (iniziali)				
Reparto			Inizio/Fine (HH:MM)	___:___/___:___		Scheda n.				
Servizio			Durata Sessione (minuti)			Città				

Sessione n.	Indicazione di igiene delle mani									
	pr-cont		pr-aseps		dp-fluido		dp-cont		dp-circ	
	n.	AZIONE	n.	AZIONE	n.	AZIONE	n.	AZIONE	n.	AZIONE
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
Totale per indicazione										
Adesione (%) totale azioni/totale n. indicazioni*100										

Istruzioni per l'uso

1. Verifica i dati raccolti nella scheda di osservazione. Calcola e copia la somma delle indicazioni e delle corrispondenti azioni per ogni sessione di osservazione
2. Se molte indicazioni si verificano nella stessa opportunità, ognuna dovrebbe essere considerata separatamente con la corrispondente azione.
3. Applica la formula dell'adesione per calcolare la compliance per ogni indicazione e copia il risultato nella riga "adesione" della colonna corrispondente.

Nota: Questo calcolo non è esattamente un risultato di adesione/osservanza, in quanto il denominatore della formula è l'indicazione e non l'opportunità. L'azione è sovrastimata in maniera artificiale per ogni indicazione. Comunque, il risultato fornisce una stima complessiva sul comportamento dei professionisti rispetto ad ogni tipo di indicazione.