

“Cure pulite sono cure più sicure”

**Rapporto finale
della campagna nazionale OMS**

ISSN 1591-223X
DOSSIER
189-2010



Agenzia
sanitaria
e sociale
regionale



“Cure pulite sono cure più sicure”

Rapporto finale della campagna nazionale OMS

*in collaborazione con il programma
First Global Patient Safety Challenge
“Clean Care is Safer Care”
Organizzazione mondiale della sanità*

Rischio infettivo

Il Progetto è stato finanziato dal Centro per il controllo delle malattie - CCM.

Referente del Progetto **Maria Grazia Pompa** Ministero della salute.

La sperimentazione della campagna nelle 41 Unità di terapia intensiva partecipanti come sito pilota della Regione europea dell'Organizzazione mondiale della sanità è stata supportata finanziariamente dall'OMS.

Referente del Progetto **Benedetta Allegranzi**, Deputy Lead, First Global Patient Safety Challenge WHO Patient Safety.

Il documento è stato preparato da

Maria Luisa Moro	Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
Simona Nascetti	Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
Mita Parenti	Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
Filomena Morsillo	Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna
Ugo Fedeli	Coordinamento del Sistema epidemiologico Regione Veneto
Elena Schievano	Coordinamento del Sistema epidemiologico Regione Veneto
Benedetta Allegranzi	Deputy Lead, First Global Patient Safety Challenge WHO Patient Safety

La collana Dossier è curata dal Sistema comunicazione, documentazione, formazione dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

responsabile Marco Biocca

redazione e impaginazione Federica Sarti

Stampa Regione Emilia-Romagna, Bologna, marzo 2010

Copia del volume può essere richiesta a

Federica Sarti - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna - Sistema CDF
viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna
e-mail fsarti@regione.emilia-romagna.it

oppure può essere scaricata dal sito Internet

http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss189.htm

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

Hanno partecipato alla sperimentazione della campagna "Cure pulite sono cure più sicure"

Regione Calabria - referente Rosalba Barone

AO Bianchi - Melacrino - Morelli di Reggio Calabria	AO pugliese Ciaccio di Catanzaro
AO di Cosenza	ASL 5 di Crotone
	ASL 6 di Lamezia Terme

Regione Campania - referente Renato Pizzuti

AO G. Rummo di Benevento

Regione Emilia-Romagna

referenti Maria Luisa Moro, Simona Nascetti, Mita Parenti

AOU di Bologna	AUSL di Parma
AOU di Ferrara	AUSL di Piacenza
AUSL di Bologna	AUSL di Ravenna
AUSL di Forlì	AUSL di Rimini
AUSL di Imola	CCP Hesperia Hospital di Modena

Regione Liguria - referenti Margherita Vizio, Maura Nannini

AO Villa Scassi di Genova	IRCCS Istituto nazionale per la ricerca sul cancro di Genova
ASL 1 Imperiese	OC Ospedali Galliera di Genova
ASL 2 di Savona	
IRCCS G. Gaslini di Genova	

Regione Marche - referenti Marcello D'Errico, Emilia Prospero, Enrica Carducci

AO San Salvatore di Pesaro	ASUR 12 di San Benedetto del Tronto
AOU Ospedali riuniti di Ancona	IRCCS Istituto nazionale di riposo e cura per anziani di Ancona
ASUR 4 di Senigallia	
ASUR 9 di Macerata	

Regione Lombardia - referenti Francesco Bernieri, Anna Pavan

AO Bolognini di Seriate	AO S. Carlo Borromeo di Milano
AO Circolo Fondazione Macchi di Varese	AO S. Gerardo - Monza
AO Circolo di Melegnano	AO San Paolo di Milano
AO Istituti clinici di perfezionamento di Milano	AO Treviglio Caravaggio di Treviglio
AO Istituti ospedalieri di Cremona	AO Valtellina e Valchiavenna di Sondrio
AO di Lecco	CCP Fondazione Poliambulanza di Brescia
AO Mellino Mellini di Chiari	CCP S. Rocco di Franciacorta di Ome
AO Ospedale civile - Legnano	IRCCS Istituti clinici Humanitas di Rozzano
AO Ospedali riuniti di Bergamo	IRCCS Istituto europeo di oncologia di Milano
AO Provincia di Lodi	
AO Provincia di Pavia	IRCCS Istituto nazionale tumori di Milano
AO S. Antonio Abate di Gallarate	

Regione Piemonte * - referenti Carla Zotti, Giacomo Conterno

AO CTO-CRF Maria Adelaide di Torino	ASL 7 Chivasso (ASL TO4)
AO OIRMS- S. Anna di Torino	ASL 8 Cheri (ASL TO5)
AO Ordine Mauriziano di Torino	ASL 9 Ivrea (ASL TO4)
AO S. Croce e Carle di Cuneo	ASL 10 Pinerolo (ASL TO3)
AO SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria	ASL 11 Vercelli (ASL VC) ASL 12 Biella (ASL BI)
AOU Maggiore della Carità di Novara	ASL 14 Verbania Cuso Ossola (ASL VCO)
AOU San Giovanni Battista - Molinette di Torino	ASL 16 Mondovì - Ceva (ASL CN1) ASL 17 Savigliano - Saluzzo - Fossano (ASL CN1)
ASL 1 e ASL 2 Ospedale evangelico Valdese e Ospedale Martini di Torino (ASL TO1)	ASL 18 Alba - Bra (ASL CN2) ASL 19 Asti (ASL AT)
ASL 4 Ospedale San Giovanni Bosco di Torino (ASL TO2)	ASL 20 Alessandria e Tortona (ASL AL) ASL 21 Casale Monferrato (ASL AL)
ASL 3 Ospedale Maria Vittoria Amedeo di Savoia (ASL TO2)	ASL 22 Aquì Terme e Novi Ligure (ASL AL)
ASL 5 Rivoli (ASL TO3)	CCP Cottolengo di Torino
ASL 6 Ciriè (ASL TO4)	IQ Presidio sanitario Gradenigo di Torino

* Nel corso della sperimentazione vi è stata una riorganizzazione delle Aziende sanitarie, visibili in dettaglio al sito
http://www.regione.piemonte.it/sanita/program_sanita/link_asl/index.htm

Provincia autonoma di Bolzano - referente Peter Josef Santa

ASL di Bolzano
ASL di Merano

Provincia autonoma di Trento - referenti Luca Fabbri, Giannina Piccini

APSS di Trento

Regione Puglia - referente Rosa Prato

AOU Policlinico di Bari	ASL TA Presidio ospedaliero SS. Annunziata
ASL BA Ospedale S. Paolo di Bari	

Regione Sicilia - referenti Salvatore Paolo Cantaro, Lorenzo Maniaci

AO Cannizzaro di Catania	ASL 3 di Catania Ospedale SS. Salvatore di Paternò
AO Umberto I di Enna	
AOU Policlinico Paolo Giaccone di Palermo	ASL 7 di Ragusa Ospedale Busacca - Scicli
AOU Vittorio Emanuele, Ferrarotto e S. Bambino di Catania	ASL 9 di Trapani Ospedale civile V. Emanuele di Castelvetrano
ARNAS Ospedale civico di Cristina Asco di Palermo	

Regione Toscana - referenti Anna Poli, Gaetano Privitera

AOU Careggi di Firenze	AUSL 6 di Livorno
AOU di Pisa	AUSL 8 di Arezzo
AUSL 2 di Lucca	AUSL 10 di Firenze
AUSL 4 di Prato	

Regione Umbria - referenti Alessandro Montedori, Maurizio Fiorio

AUSL 1 Umbria	AUSL 4 Umbria
AUSL 2 Umbria	AO di Perugia
AUSL 3 Umbria	AO Terni

Regione autonoma Valle d'Aosta - referente Marisa Mastaglia

AUSL della Valle d'Aosta

Regione Veneto - referenti Ugo Fedeli, Paolo Spolaore

AO di Padova	ULSS 8 Asolo
AO di Verona	ULSS 9 Treviso
OC Sacro Cuore Negrar Don Calabria	ULSS 10 Veneto orientale
ULSS 1 Belluno	ULSS 13 Mirano
ULSS 2 Feltre	ULSS 15 Alta Padovana
ULSS 3 Bassano del Grappa	ULSS 17 Este
ULSS 4 Alto Vicentino	ULSS 18 Rovigo
ULSS 5 Ovest Vicentino	ULSS 20 Verona
ULSS 6 Vicenza	ULSS 21 Legnago
ULSS 7 Pieve di Soligo	ULSS 22 Bussolengo

Ringraziamenti

Si ringraziano i coordinatori aziendali e gli operatori sanitari delle singole Unità operative per avere contribuito alla sperimentazione della campagna.

Indice

Sommario	9
<i>Abstract</i>	11
Introduzione	13
La campagna dell'OMS <i>Clean Care is Safer Care</i>	13
Metodologia	21
Svolgimento della campagna "Cure pulite sono cure più sicure"	21
Aspetti organizzativi e strumenti utilizzati	23
Risultati	29
Prima della campagna:	31
caratteristiche della popolazione in studio	
Valutazione dell'impatto della campagna	39
Aspetti positivi e criticità della campagna	59
Discussione	63
Bibliografia	67
Allegati	69
Allegato 1. Sito pilota	71
Allegato 2. Protocollo italiano sito complementare	79
Allegato 3. Elenco degli strumenti utilizzati durante la sperimentazione OMS	89
Allegato 4. Questionario di struttura	91
Allegato 5. Questionario di Unità operativa	95
Allegato 6. Scheda di osservazione	97
Allegato 7. Questionario conoscenze	101
Allegato 8. Questionario percezione e percezione <i>follow up</i>	105
Allegato 9. Questionario percezione per la dirigenza	113
Allegato 10. Questionario <i>Monkey Survey</i> sito pilota	115
Allegato 11. Questionario <i>Monkey Survey</i> sito complementare	121

Sommario

La campagna *Clean Care is Safer Care*, promossa dall'Organizzazione mondiale della sanità a livello mondiale, aveva l'obiettivo di promuovere l'igiene delle mani attraverso la definizione di linee guida basate su evidenze e la loro implementazione con un intervento multimodale, che comprendeva l'accesso a prodotti a base alcolica, la formazione, l'osservazione e *feedback* dell'adesione all'igiene delle mani, promemoria sul posto di lavoro, un clima mirato alla sicurezza.

- In Italia la campagna ha avuto una partecipazione molto ampia: 15 Regioni o Province autonome, 127 Aziende sanitarie, 175 ospedali, 285 Unità operative, per un totale di più di 9.000 operatori coinvolti.
- Nelle 257 UO che hanno partecipato sia alla fase pre-implementazione che a quella post-implementazione, sono state riportate in totale osservazioni valide su 55.248 opportunità di igiene delle mani nel periodo pre-implementazione e 53.441 nel periodo post-implementazione. Il 50% delle osservazioni sono state osservate in UO di terapia intensiva, il 34% in chirurgia, ostetricia e ginecologia, e circa il 10% nelle medicine.
- La strategia multimodale ha consentito di migliorare significativamente nelle Unità operative partecipanti:
 - la disponibilità di prodotti a base alcolica;
 - le conoscenze degli operatori sui temi relativi all'igiene delle mani, ad esempio quale sia la fonte più frequente di microrganismi nelle infezioni correlate all'assistenza o le indicazioni all'igiene delle mani;
 - la percezione degli operatori sull'importanza di strategie multimodali per promuovere una corretta igiene delle mani;
 - l'adesione degli operatori alla pratica di igiene delle mani: l'adesione è infatti passata da 42/100 opportunità prima della campagna a 64/100 dopo, con un incremento relativo medio superiore al 50% e un incremento assoluto medio pari al 22%. L'incremento osservato è quasi interamente attribuibile a un aumento della frequenza di uso della frizione delle mani con alcool. L'adesione è aumentata proporzionalmente di più nelle situazioni nelle quali, prima dell'intervento, l'adesione era più bassa.

Le UTI che hanno partecipato alla sperimentazione come sito pilota si differenziavano dalla media per avere, prima dell'intervento, una più frequente disponibilità di prodotti idroalcolici e un'adesione di livello più elevato (55/100 opportunità che è aumentata fino a 69/100 dopo l'intervento).
- Gli operatori hanno dichiarato di gradire molto la campagna.
- Alcuni tra gli strumenti utilizzati sono stati valutati dagli operatori come più problematici, in particolare i questionari su conoscenze e percezioni.

Abbreviazioni utilizzate

AO	Azienda ospedaliera
AOU	Azienda ospedaliero-universitaria
APSS	Azienda provinciale per i Servizi sanitari
ARNAS	Azienda ospedaliera di rilievo nazionale e di alta specializzazione
ASL	Azienda sanitaria locale
ASUR	Azienda sanitaria unica regionale
AUSL	Azienda Unità sanitaria locale
CCP	Casa di cura privata
IQ	Istituto qualificato
IRCCS	Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico
OC	Ospedale classificato o assimilato
ULSS	Azienda Unità locale socio-sanitaria

Abstract

"Clean Care is Safer Care" - Final report of the WHO national campaign

The Clean Care is Safer Care campaign, launched worldwide by the World Health Organization, has been initiated with the aim of promoting hand hygiene in health care settings, through the definition of evidence based guidelines and their implementation with a multimodal intervention strategy. The intervention was based on the availability of alcohol-based hand-rub products, healthcare workers training, observation and feedback of hand hygiene compliance, reminders at workplaces, and interventions aimed at increasing awareness.

In Italy the participation in the campaign has been widespread: 15 Regions or independent Provinces, 127 Local Health Authorities, 175 hospitals and 285 operating units, for a total of more than 9.000 involved operators.

In 257 operating units, who have participated both at the pre- and post-implementation phases, 55.248 valid hand hygiene opportunities in the pre-implementation and 53.441 ones in the post-implementation periods were observed. Fifty percent observations were in ICUs, 34% in surgery, obstetrics and gynaecology units, and about 10% in medicine units.

As a result of the multimodal strategy, a significant improvement was observed in:

- *availability of alcohol-based hand-rub products;*
- *knowledge in healthcare workers on hand hygiene issues, e.g. on the most frequent source of micro-organisms in healthcare associated infections or on appropriate indications for hand hygiene;*
- *perception by healthcare workers of the importance of a multimodal strategy to promote a proper hand hygiene;*
- *hand hygiene compliance: the proportion of opportunities where hand hygiene was actually performed increased from 42/100 to 64/100 opportunities after the campaign. The average relative increase was greater than 50% and the average absolute increase equal to 22%. The observed increase was almost entirely attributable to a more frequent use of alcohol-based hand-rub products. The improvement of hand hygiene compliance was more striking in those wards where, before the campaign, the level of compliance was lower.*
- *ICUs enrolled as pilot sites reported before the start of the campaign a more frequent availability of alcohol-based hand-rub products and a higher level of hand hygiene compliance, compared to the other ICUs (55/100 opportunities before vs 69/100 after campaign).*

The satisfaction of healthcare workers for the campaign was high.

Some tools were perceived by healthcare workers as less user-friendly, in particular the knowledge and perception questionnaires.

Introduzione

Il tema della sicurezza del paziente, ossia l'insieme delle azioni mirate a prevenire i rischi evitabili per il paziente derivanti dall'assistenza sanitaria, è diventato negli ultimi anni centrale per i servizi sanitari. Tra i più frequenti rischi evitabili vi sono le infezioni correlate all'assistenza (ICA), per loro natura legate alle pratiche sanitarie, che causano un prolungamento dell'ospedalizzazione, un incremento della disabilità e dei costi per le famiglie e la sanità, e morti evitabili (Allegranzi *et al.*, 2007; Sax *et al.*, 2007a; WHO, 2006).

L'effetto della progressiva introduzione di nuove tecnologie e procedure sanitarie invasive e l'aumento di ceppi batterici resistenti, causati dall'inappropriato e frequente utilizzo di antibiotici, ha contribuito negli ultimi anni ad aumentare i casi di ICA, interessando sia i Paesi industrializzati che i Paesi in via di sviluppo (Allegranzi, Pittet, 2007; Yokoe, Classen, 2008).

Il numero di infezioni ospedaliere stimato in Italia è compreso tra il 5 e l'8%; ogni anno si verificano circa 450-700 mila infezioni (soprattutto infezioni urinarie, seguite da infezioni della ferita chirurgica, polmoniti e sepsi) e nell'1% dei casi si stima che esse siano la causa diretta del decesso del paziente (ISS, 2009). Il 30% delle infezioni ospedaliere è potenzialmente evitabile con l'adozione di misure preventive efficaci (Ministero della salute, 2008; Sax *et al.*, 2007a). La singola azione di igiene delle mani è stata riconosciuta come uno degli elementi centrali per proteggere il paziente dalla trasmissione crociata di microrganismi. Nonostante ciò, vi sono numerose evidenze di scarsa adesione a questa pratica da parte dei professionisti sanitari: il tasso di adesione raramente supera il 50% (Marra *et al.*, 2008; Picheansathian *et al.*, 2008; Sax *et al.*, 2007a, 2007b).

La campagna dell'OMS *Clean Care is Safer Care*

Nel maggio del 2004 in occasione della 57^a Assemblea mondiale della sanità è stata costituita a livello internazionale la *World Alliance Patient Safety* (Alleanza mondiale per la sicurezza del paziente, WAPS) e nell'ottobre 2004 è stata avviata la *Global Patient Safety Challenge* (Sfida globale per la sicurezza del paziente, GPSC; Allegranzi *et al.*, 2007) che ha coinvolto i Governi, le istituzioni sanitarie e gruppi di pazienti con lo scopo di promuovere la sicurezza del paziente e ridurre gli effetti avversi sulla salute e le conseguenze sociali di sistemi sanitari non sicuri.

Tra i temi scelti nel periodo 2005-2006 per la *First Global Patient Safety Challenge* (Allegranzi *et al.*, 2007) vi era la riduzione delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria, attraverso la promozione dell'igiene delle mani con la campagna *Clean Care is Safer Care*.

Obiettivo della campagna era promuovere l'implementazione delle raccomandazioni sull'igiene della mani - *Linea guida sull'igiene delle mani nell'assistenza sanitaria (bozza avanzata)* - messe a punto dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS).

Indicazioni OMS per l'igiene delle mani

La campagna *Clean Care is Safer Care* si basa sull'assunzione che è indispensabile che gli operatori sanitari eseguano una corretta igiene delle mani nei cosiddetti "cinque momenti fondamentali" (Sax *et al.*, 2007a). Questi momenti individuano spazialmente (area del paziente e ambiente circostante, siti contaminati e siti sterili) e temporalmente ("indicazioni": prima e dopo il contatto con il paziente, l'ambiente circostante o un liquido corporeo potenzialmente rischioso) i momenti in cui è opportuno effettuare l'igiene delle mani (chiamati "opportunità") (Figura 1 e Tabella 1).

L'igiene delle mani può essere praticata frizionando le mani con un prodotto a base alcolica oppure lavandole con acqua e sapone. Il modo più efficace è utilizzare un prodotto a base alcolica (Picheansathian, 2004); il vantaggio principale dell'uso di tali prodotti è rappresentato dal fatto che è possibile eseguire l'igiene delle mani sempre al "punto di assistenza", cioè nel luogo ove sono presenti contemporaneamente il paziente, l'operatore sanitario e dove viene effettuata una cura o trattamento che prevede il contatto con il paziente o il suo ambiente.

Figura 1. I "cinque momenti fondamentali" (da WHO, 2007)

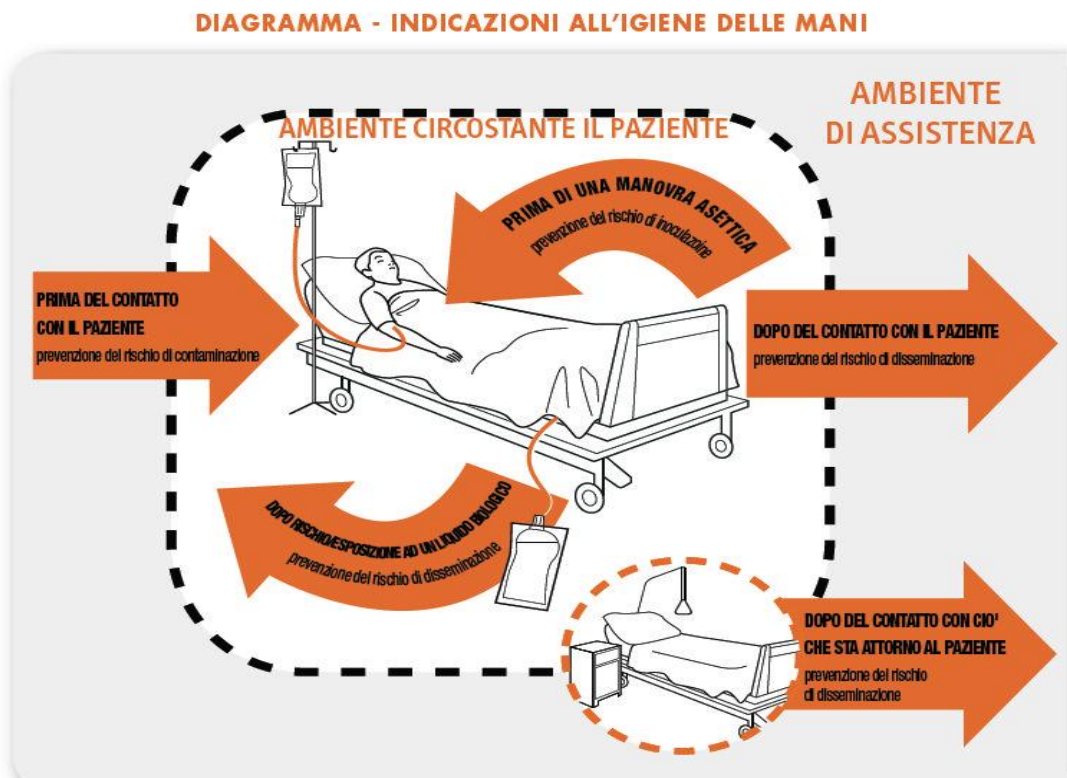


Tabella 1. Le raccomandazioni OMS (da WHO, 2007)

Indicazioni	Quando è indicata l'igiene delle mani
Prima del contatto con il paziente	<ul style="list-style-type: none"> • prima e dopo il contatto diretto con il paziente (IB)
Prima di una manovra aseptica	<ul style="list-style-type: none"> • prima di manipolare un presidio invasivo per l'assistenza al paziente, indipendentemente dall'uso di guanti (IB) • se ci si sposta da una sede corporea contaminata ad una incontaminata durante l'assistenza al paziente (IB)
Dopo una esposizione a rischio ad un liquido corporeo	<ul style="list-style-type: none"> • dopo il contatto con liquidi corporei o escrezioni, membrane mucose, cute non integra o per la medicazione delle ferite (IA) • in caso di passaggio da un sito corporeo contaminato ad un altro sito corporeo nel corso dell'assistenza allo stesso paziente (IB) • dopo la rimozione di guanti sterili (II) o guanti non sterili (IB)
Dopo il contatto con il paziente	<ul style="list-style-type: none"> • prima e dopo il contatto diretto con il paziente (IB) • dopo la rimozione di guanti sterili (II) o guanti non sterili (IB)
Dopo il contatto con l'ambiente circostante il paziente	<ul style="list-style-type: none"> • dopo il contatto con gli oggetti inanimati (inclusa l'attrezzatura medica) nelle immediate vicinanze del paziente (IB) • dopo la rimozione di guanti sterili (II) o guanti non sterili (IB)

La strategia multimodale

Per valutare l'efficacia delle linee guida nel promuovere nella pratica clinica l'effettiva adesione all'igiene delle mani, l'OMS ha sperimentato una campagna di implementazione attuata attraverso una strategia multimodale composta da cinque azioni chiave (*Figura 2*): cambiamenti strutturali, formazione teorica e pratica, osservazione e *feedback* delle pratiche, promemoria sul posto di lavoro, clima dell'istituzione mirato alla sicurezza.

A supporto della strategia promossa dall'OMS (descritta nella Guida all'implementazione) sono stati messi a punto una serie di strumenti, che costituiscono il pacchetto di strumenti pilota per l'implementazione (PPI) (*Figura 3*).

Il processo di implementazione della Linea guida è suddiviso in cinque fasi: preparazione della struttura, valutazione iniziale, implementazione, valutazione al *follow up* e *feedback*, sviluppo di un piano d'azione e di un ciclo di revisione continua. La sperimentazione dovrebbe durare circa un anno e rappresenta un modello per migliorare la pratica di igiene delle mani, miglioramento che dovrebbe poi essere mantenuto nel tempo (*Figura 4*).

Figura 2. Componenti multimodali della sperimentazione (da WHO, 2007)

Componenti multimodali	Criteri minimi per l'implementazione
1A. Cambiamenti strutturali ▪ <i>Prodotti a base alcolica per il frazionamento presso i punti di assistenza</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Confezioni di prodotti a base alcolica per frizione delle mani, posti presso i punti di assistenza di ciascuna Unità operativa o consegnati al personale
1B. Cambiamenti strutturali ▪ <i>Accesso ad acqua corrente, sapone e salviette</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 1 lavandino ogni 10 letti • sapone e salviette pulite ad ogni lavandino
2. Formazione teorica e pratica	<ul style="list-style-type: none"> • Tutto il personale coinvolto nella sperimentazione riceve formazione teorica e pratica nella Fase 3 (implementazione) • Viene stabilito un programma di formazione a breve, medio e lungo termine
3. Osservazione e <i>feedback</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Durante le Fasi 2 (valutazione iniziale) e 4 (<i>follow up</i>) hanno luogo due periodi di osservazione/monitoraggio
4. Promemoria sul posto di lavoro (<i>reminder</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • In tutte le Unità operative che partecipano alla sperimentazione si espongono i poster "Come" e "Cinque momenti", ad es. nelle stanze dei pazienti, nelle aree dedicate al personale, negli ambulatori
5. Clima mirato alla sicurezza nell'istituzione	<ul style="list-style-type: none"> • Il Direttore sanitario, i direttori di Unità operativa, i coordinatori dell'attività infermieristica si impegnano in modo evidente a sostenere politiche per il miglioramento dell'igiene delle mani durante la Fase 3 (implementazione) (ad es. annunci e/o lettere inviate allo staff)

Figura 3. Pacchetto di strumenti per l'implementazione delle Linee guida sull'igiene delle mani OMS (Bozza avanzata) (da WHO, 2007)

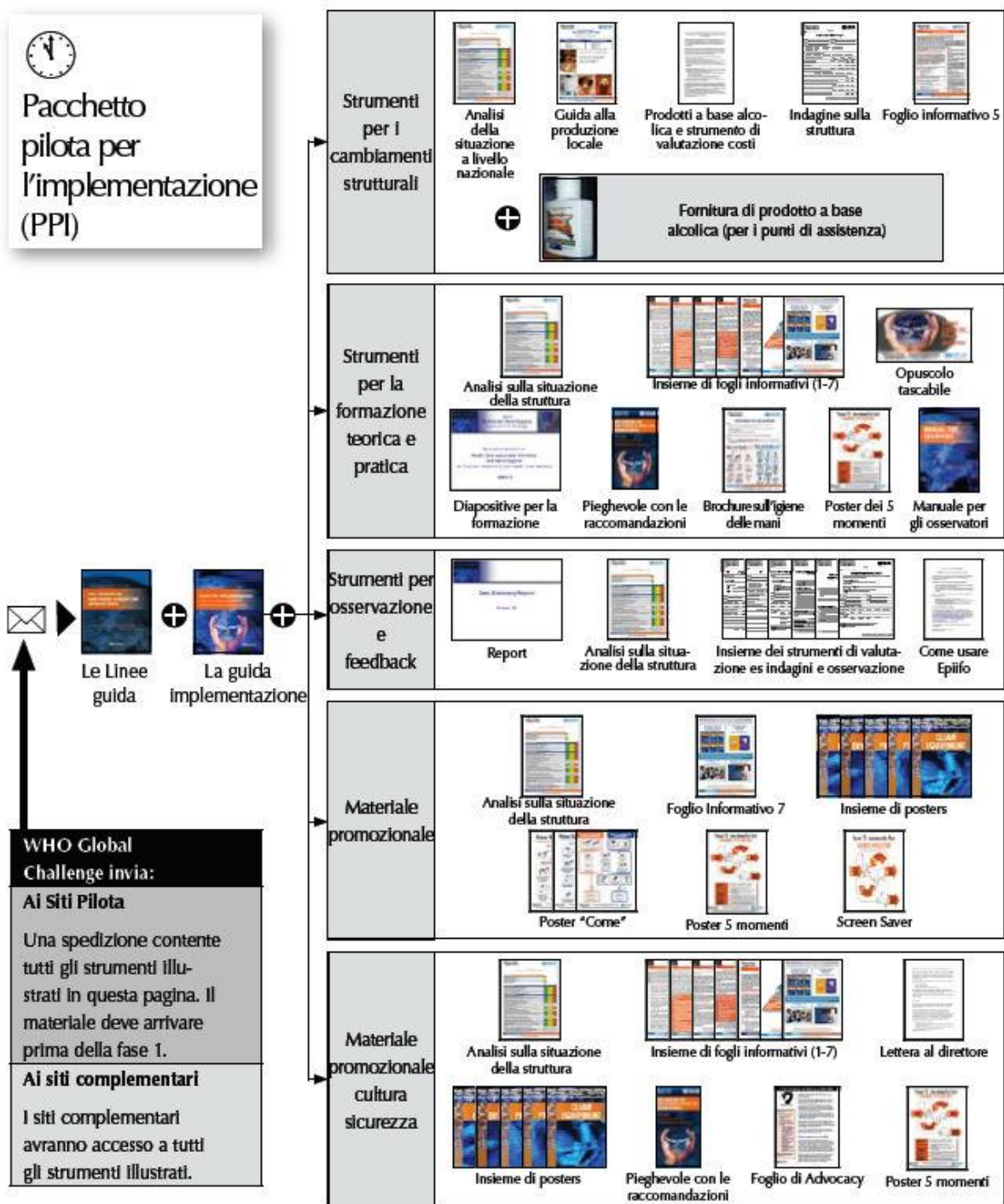


Figura 4. Sequenza della sperimentazione (da WHO, 2007)

Mese 1	Mese 2	Mese 3	Mese 4	Mese 5	Mese 6	Mese 7	Mese 8	Mese 9	Mese 10	Mese 11	Mese 12	Mese 13
Fase 1 Preparazione della struttura			Fase 2 Valutazione iniziale			Fase 3 Implementazione			Fase 4 Valutazione al <i>follow up</i> e <i>feedback</i>		Fase 5 Sviluppo di un piano d'azione e di un ciclo di revisione continuo	
Attività	Attività	Attività	Attività	Attività	Attività	Attività	Attività	Attività	Attività	Attività	Attività	Attività
Identificare il coordinatore	VALUTAZIONE INIZIALE:	Avvio della campagna	VALUTAZIONE FOLLOW UP:	Attenta valutazione dei risultati								
Identificare le persone/i gruppi <i>leader</i>	Indagine percezione dei dirigenti	<i>Feedback</i> dei dati di valutazione iniziale	Indagine sulle conoscenze degli operatori	<i>Feedback</i> dei dati								
Analisi della situazione locale	Indagine percezione degli operatori sanitari	Distribuzione dei poster OMS	Indagine percezione dei dirigenti	Piano di azione in 5 anni								
Decisione se acquistare i prodotti per l'igiene della mani o produrli utilizzando l'apposito strumento	Indagine strutturale UO	Distribuzione prodotti alcolici per l'igiene delle mani	Indagine sulla percezione degli operatori + valutazione della campagna	Considerare <i>scale up</i>								
Formazione degli osservatori	Reperimento dei prodotti sul mercato o avvio produzione	Distribuzione brochure/opuscoli/gadget	Analisi della situazione della struttura									
Procurare i componenti per la soluzione alcolica (se necessario)	Input dei dati analisi	Formazione teorico-pratica degli operatori sanitari	Input dei dati analisi									
Raccogliere i dati sui costi	Osservazione igiene delle mani	Addestramento pratico degli operatori	Osservazione igiene delle mani									
Valutare la dotazione di computer	Indagine conoscenza operatori sanitari	Test di tollerabilità dei prodotti	Consumo mensile di sapone/prodotti alcolici per l'igiene delle mani									
Addestramento sull'input di dati e analisi	Consumo di sapone e prodotti alcolici prima dell'implementazione	Consumo mensile di sapone/prodotti alcolici per l'igiene delle mani										

Siti pilota

Per valutare la fattibilità e l'impatto della campagna in diversi contesti sanitari è stata avviata una sperimentazione in Paesi selezionati in ciascuna delle sei Regioni OMS, denominati "siti pilota" (Figura 5). Questi centri sono stati supportati finanziariamente e operativamente nello svolgimento della campagna e la hanno sperimentata nella sua globalità, utilizzando tutti gli strumenti predisposti.

Oltre che nell'ambito dei siti pilota, la campagna è stata sperimentata anche in tutti quei Paesi e singole istituzioni interessate a partecipare, testando tutto o parte del pacchetto; questi siti cosiddetti "complementari" non hanno potuto godere delle stesse risorse o del supporto previsto per i siti pilota, ma è stato comunque garantito l'accesso diretto agli strumenti e ad altre risorse mediante un sito *web* protetto. Tutte le istituzioni sanitarie partecipanti come sito complementare erano tenute a inviare all'OMS i dati rilevati, perché venissero condivisi nell'ambito della *World Alliance Patient Safety*.

In Italia, come sito pilota, è stata selezionata una rete di Unità di terapia intensiva, già parte della campagna italiana come sito complementare. Hanno aderito 41 UTI, che hanno garantito di utilizzare tutti gli strumenti previsti e di rilevare, oltre all'adesione, anche la frequenza di infezioni prima e dopo l'intervento.

Figura 5. Sperimentazione pilota nel mondo



Metodologia

Svolgimento della campagna "Cure pulite sono cure più sicure"

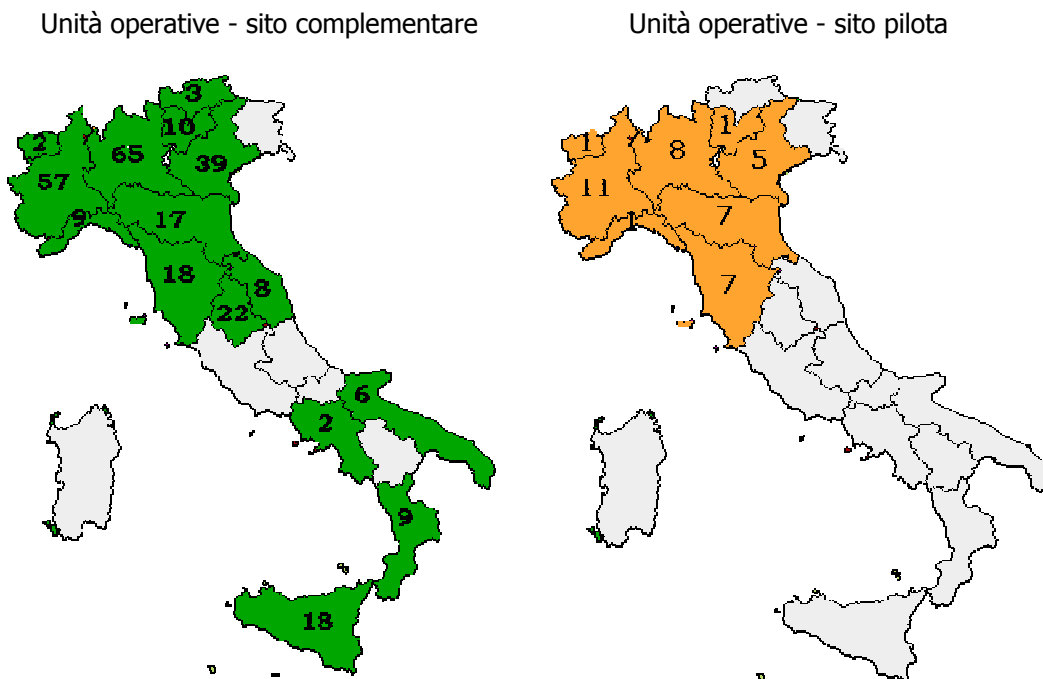
Il 10 novembre 2006 a Roma, in occasione della Giornata commemorativa mondiale del Progetto dell'OMS, il Ministero della salute ha ufficialmente aderito alla Prima sfida globale per la sicurezza del paziente, lanciando la campagna nazionale "Cure pulite sono cure più sicure".

La campagna promossa dal Ministero della salute è stata inserita tra gli obiettivi strategici del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM), in accordo con le Regioni e, a partire da marzo 2007, è stato assegnato un finanziamento dedicato con il progetto "Sicurezza del paziente: il rischio infettivo", coordinato dall'Agenzia sanitaria e sociale (ASSR) della Regione Emilia-Romagna.

L'ASSR si è registrata, a nome di tutte le Aziende interessate a partecipare, tra i siti complementari di sperimentazione della campagna presso l'OMS. È stato concordato un protocollo italiano e sono stati individuati i referenti regionali (*Allegato 1*). Alla campagna nazionale hanno dato la loro adesione 15 Regioni e Province autonome: le Province autonome di Trento e Bolzano e le Regioni Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria, Valle D'Aosta e Veneto. Hanno inizialmente aderito 145 Aziende sanitarie di cui 18 hanno successivamente comunicato il loro ritiro; le rimanenti 127 hanno effettuato la sperimentazione con 175 presidi ospedalieri e 285 Unità operative (*Figura 6*).

Considerato il successo della campagna, a luglio 2007 l'Italia è stata scelta anche come sito di sperimentazione pilota per l'Europa; per valutare l'impatto della campagna anche sulla base dell'eventuale riduzione dell'incidenza di infezioni, è stata selezionata una rete di 41 Unità di terapia intensiva (UTI) che già partecipavano come sito complementare e che inoltre disponevano di un sistema di sorveglianza continuativa delle infezioni correlate all'assistenza. Le UTI partecipanti si sono impegnate a utilizzare tutti gli strumenti previsti per l'implementazione della campagna e a fornire i dati sulla frequenza delle infezioni correlate all'assistenza e/o delle batteriemie dal laboratorio prima, durante e dopo la sperimentazione, rispettando i tempi di realizzazione del progetto.

Figura 6. Numero di UO partecipanti alla campagna nazionale per regione



La sperimentazione italiana è durata circa un anno in tutte le Aziende partecipanti e si è sviluppata attraverso le fasi e i tempi stabiliti dalla "Guida all'implementazione" della *Global Patient Safety Challenge*. Le fasi della campagna sono state completate nelle singole Aziende in tempi diversi: 257 unità (90%) hanno completato la sperimentazione nei tempi previsti, mentre 28 (10%) non sono riuscite a rispettare i tempi concordati.

Si riportano di seguito le fasi della campagna i tempi previsti per l'implementazione:

- fase di preparazione della struttura (3 mesi);
- fase di valutazione iniziale della struttura (2 mesi e mezzo);
- fase di implementazione (3 mesi);
- fase di *follow up* (2 mesi e mezzo);
- fase di revisione (2 mesi e mezzo).

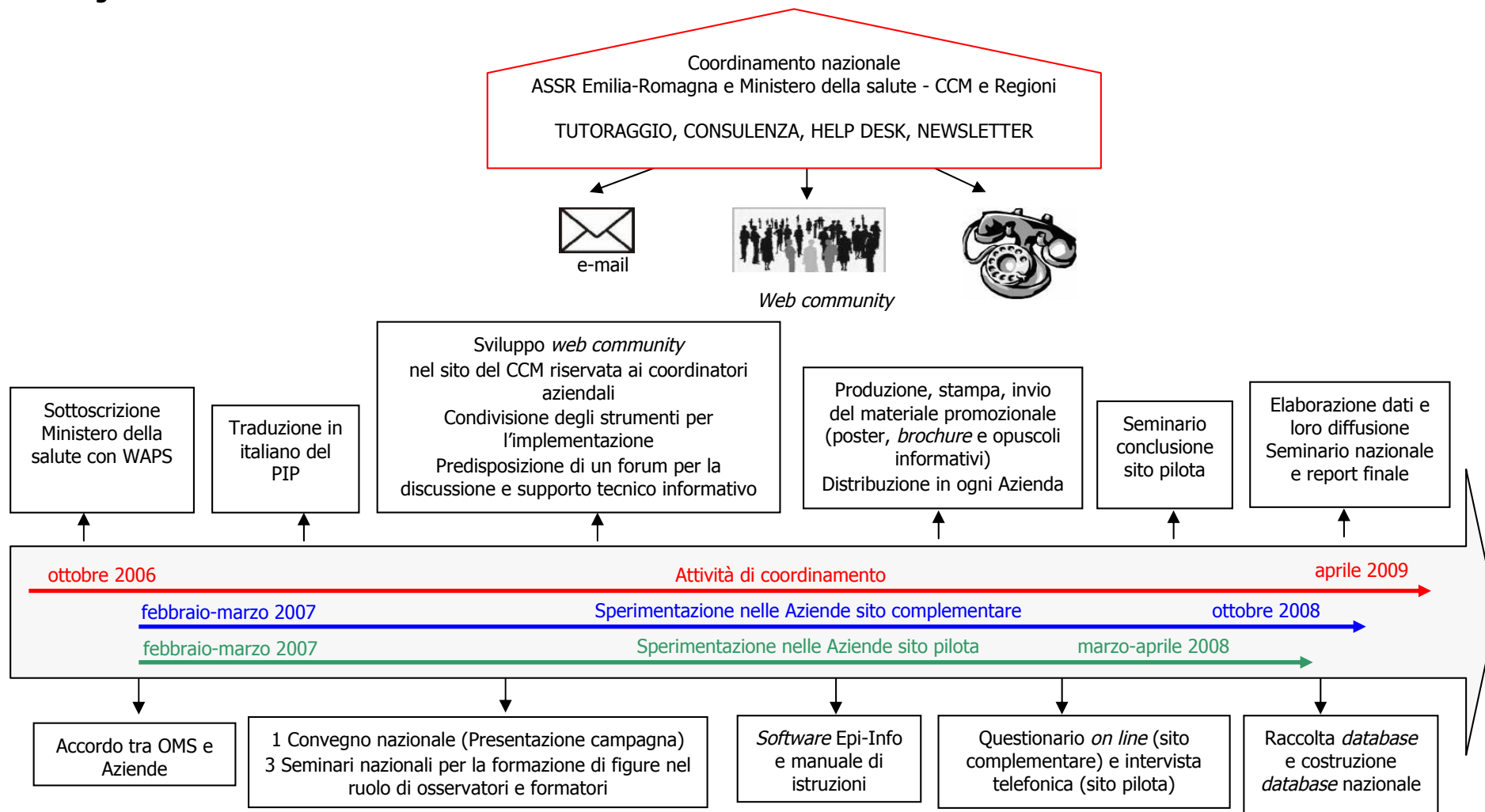
Aspetti organizzativi e strumenti utilizzati

Il coordinamento nazionale e i referenti regionali

Il coordinamento nazionale ha assicurato la messa a punto e la diffusione di tutti gli strumenti necessari allo svolgimento della campagna; ciò ha comportato la traduzione in italiano di tutti gli strumenti previsti dalla campagna (linee guida, guida all'implementazione, poster, opuscoli informativi, materiale formativo); la loro stampa e diffusione; la messa a punto e manutenzione della *web community* dedicata alla campagna nel sito CCM; una funzione continua di consulenza ed *help desk* per tutti i problemi relativi all'implementazione della campagna; l'organizzazione di seminari di formazione degli operatori e di restituzione dei dati; l'elaborazione dei rapporti sui risultati della campagna (*Figura 7 e Allegato 2*).

Ciascun referente regionale ha avuto la responsabilità di seguire le proprie Aziende, facilitando e assicurando i contatti e le comunicazioni; tutte le Aziende hanno dovuto garantire l'adesione al protocollo di minima, mentre è stata lasciata facoltà alle singole Aziende di rilevare informazioni relative a infezioni, costi, test di tollerabilità dei prodotti.

Figura 7. Sintesi delle attività del Coordinamento nazionale



Protocollo della campagna "Cure pulite sono cure più sicure"

È stato concordato a livello nazionale un protocollo di minima, al quale tutte le Aziende e Unità partecipanti si dovevano attenere (*Allegato 1*). Tale protocollo prevedeva che ogni Azienda partecipasse con almeno una, o meglio due, Unità operative, scelte preferibilmente tra Unità di terapia intensiva (1^a scelta) e/o chirurgia e/o oncematologia/trapianti.

Per aderire, ogni Unità operativa doveva garantire la presenza di:

- 1 lavandino ogni 10 letti nel reparto incluso nella sperimentazione;
- 1 computer su cui fosse possibile installare Epi Info, accesso a Internet, stampante;
- personale ICI dedicato prevalentemente al progetto;
- disponibilità di risorse per acquistare prodotti a base alcolica.

Le attività che tutti dovevano effettuare e gli strumenti da utilizzare erano:

- preparazione della struttura e analisi della struttura prima e dopo la fase di implementazione delle linee guida;
- acquisizione di soluzioni alcoliche per l'igiene delle mani;
- formazione e addestramento degli osservatori e del personale di reparto;
- distribuzione di poster, opuscoli e *reminder*;
- osservazione dell'adesione all'igiene delle mani prima e dopo l'intervento (per ciascun periodo bisognava osservare almeno 200 opportunità in ciascun reparto/Servizio/Unità operativa partecipante);
- questionario sulle conoscenze e percezioni del personale prima e dopo l'intervento.

Si raccomandava ove possibile di valutare il consumo di sapone e prodotti a base alcolica, acqua e salviette prima e dopo l'intervento e di effettuare test di tollerabilità dei prodotti utilizzati per l'igiene delle mani.

Nelle Unità operative nelle quali era attivo un sistema di sorveglianza delle infezioni, si raccomandava di confrontare i tassi di infezione prima e dopo l'intervento.

Strumenti utilizzati

La campagna prevedeva l'introduzione nelle Aziende partecipanti di un prodotto per l'igiene delle mani a base alcolica, da affiancare al tradizionale lavaggio con acqua e sapone. Il cambiamento strutturale è stato valutato attraverso una scheda di rilevazione delle caratteristiche delle UO (*Allegati 3 e 4*).

L'adesione all'igiene delle mani è stata valutata attraverso l'indagine osservazionale diretta, con una scheda di osservazione (*Allegato 5*): sono stati rilevati dati sul tipo di operatore, sul tipo di procedura eseguita sul paziente, sul momento di esecuzione e sulle azioni intraprese (frizione alcolica, lavaggio delle mani, nessuna). Per misurare l'adesione all'igiene delle mani, è stata calcolata la proporzione di opportunità nelle quali era indicata l'igiene delle mani e che sono state effettivamente seguite da un'azione (frizione alcolica o lavaggio delle mani).

Le conoscenze e la percezione degli operatori e dei dirigenti sono state valutate prima e dopo l'implementazione utilizzando questionari specifici (*Allegati 6, 7 e 8*).

Valutazione degli aspetti positivi e delle criticità della campagna

Le criticità e gli aspetti positivi della campagna sono stati evidenziati attraverso le diverse attività di coordinamento e di monitoraggio della sperimentazione. In particolare le informazioni sono state raccolte per mezzo di:

- tutoraggio continuo realizzato attraverso il *forum* di discussione della *web community* e il servizio di informazione e supporto tecnico avvenuto telefonicamente o tramite *email*, al fine di sostenere le Aziende nell'interpretazione e nell'utilizzo della strategia e degli strumenti operativi della campagna;
- intervista telefonica e un questionario *Monkey Survey on line* realizzato durante la fase di implementazione della campagna, con l'obiettivo di verificare lo stato di avanzamento della sperimentazione a livello locale e per concordare la raccolta dei dati relativi alle infezioni correlate all'assistenza per le UTI pilota. L'intervista telefonica (*Allegato 9*) è stata effettuata nel periodo tra marzo e aprile 2008 su tutte le 41 UTI appartenenti al gruppo pilota. Nello stesso periodo è stata resa disponibile sul sito dell'OMS la versione in italiano del *Monkey Survey (Allegato 10)* rivolto alle Unità operative del sito complementare;
- gruppi di lavoro tematici realizzati in occasione del Seminario riservato alle UTI pilota del 26-27 giugno 2008 a Bologna, per ottenere un *feedback* sulla strategia OMS di promozione dell'igiene delle mani (impianto generale, piano d'azione, strumenti per l'organizzazione del progetto), sugli strumenti di valutazione (questionari, metodo di osservazione, ecc.), sugli strumenti di implementazione, promozione, educazione.

Analisi dei dati

I dati sono stati trasferiti da ciascuna Azienda sanitaria al Centro di coordinamento nazionale, ove ne è stata verificata la qualità; quando sono stati riscontrati problemi, sono state contattate le Aziende per verificarne l'origine ed eventualmente correggerli. I dati sono stati quindi aggregati in un unico *database* nazionale e sono stati analizzati con il programma statistico SAS.

I questionari sulle caratteristiche strutturali delle Unità operative prevedevano per alcune variabili risposte dicotomiche, mentre per molte altre erano previste risposte su una scala che andava da "completamente implementato" a "nessuna discussione riguardo questa attività". Per rappresentare la variabilità nelle diverse risposte, sono stati utilizzati come parametri la mediana e il *range* interquartile; per riportare poi in modo sintetico le frequenze, tali variabili sono state rese dicotomiche, aggregando i valori "completamente implementato" e "priorità assegnata ed è documentabile che sono state intraprese azioni".

Sono state incluse nell'analisi le osservazioni della fase pre- e post-implementation che rispettassero i criteri minimi di controllo di qualità:

- valorizzato il campo indicazione e tipo di osservazione contemporaneamente;
- specificate non più di due indicazioni;
- figura professionale osservata compresa in una delle categorie professionali considerate nelle analisi.

L'impatto della campagna è stato misurato utilizzando l'ampiezza dell'incremento di adesione (delta adesione), ottenuta come differenza tra la frequenza percentuale di adesione osservata dopo l'implementazione e quella osservata prima dell'implementazione. Inoltre è stato valutato l'incremento relativo di adesione attraverso il rapporto tra la frequenza di adesione dopo la campagna rispetto al periodo precedente.

Risultati

Hanno inizialmente aderito alla sperimentazione 145 Aziende sanitarie di 15 Regioni e Province autonome; 18 tra queste si sono ritirate prima dell'inizio.

Hanno quindi effettivamente avviato la sperimentazione 127 Aziende sanitarie, per un totale di 175 presidi ospedalieri e 285 Unità operative. Tra le Unità operative 28 non hanno concluso la sperimentazione nei tempi previsti, ossia hanno partecipato solo alle fasi iniziali della sperimentazione.

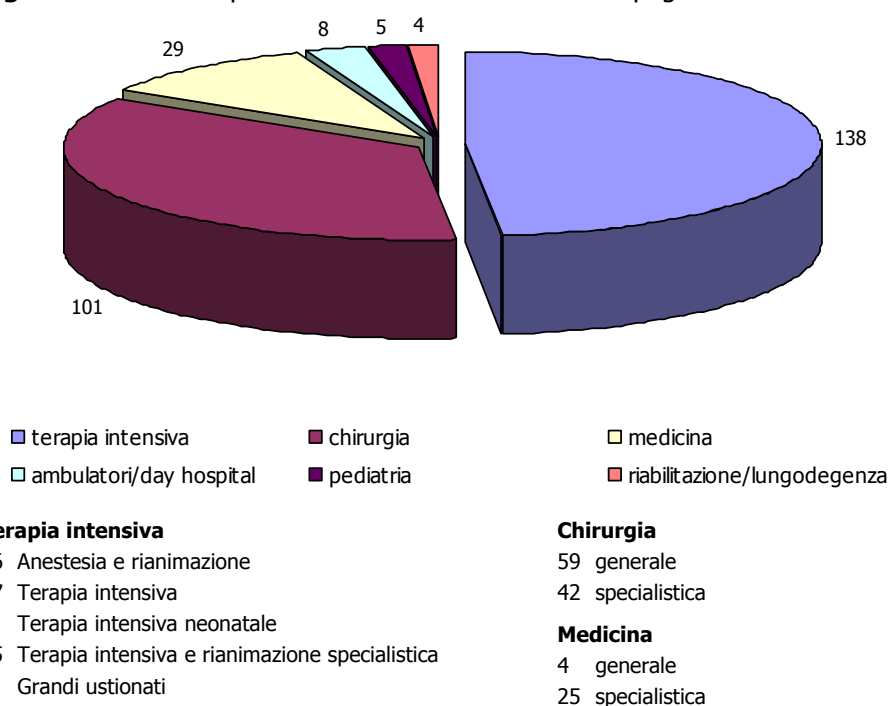
Globalmente, hanno concluso la sperimentazione 257 Unità operative (90% di quelle che hanno iniziato) di 175 ospedali in 127 Aziende sanitarie. La Tabella 2 riporta le caratteristiche principali in termini di tipologia e dimensioni delle 127 Aziende sanitarie che hanno avviato la campagna.

Tabella 2. Tipologia e dimensioni delle Aziende sanitarie partecipanti

Tipologia	Aziende sanitarie		Presidi ospedalieri		Posti letto
	N	%	N	%	N
Azienda ospedaliera/Policlinico universitario	46	36,2	57	32,6	26.383
Azienda Unità sanitaria locale	69	54,3	106	60,6	28.776
Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico	6	4,7	6	3,4	1.197
Ospedale classificato o assimilato	2	1,6	2	1,1	23
Casa di cura privata	4	3,1	4	2,3	833
<i>Totale</i>	<i>127</i>	<i>100,0</i>	<i>175</i>	<i>100,0</i>	<i>57.212</i>

Tra le 285 Unità operative partecipanti, quasi la metà (48,4%) sono Unità di terapia intensiva, categoria che comprendeva le diverse tipologie di UO indicate in Figura 8. I reparti di chirurgia rappresentano il 35,4% del totale (chirurgia generale, ortopedia, urologia, otorinolaringoiatria, cardiocirurgia, chirurgia toracica, addominale, vascolare e neurologica, ginecologia/ostetricia, chirurgia d'urgenza, trapianti), seguiti dai reparti di medicina (10,2% - medicina generale, cardiologia, ematologia, malattie infettive, nefrologia, dermatologia, oncologia e trapianti di midollo). Sono stati anche inclusi ambulatori/*day hospital*/urgenze, reparti di pediatria e riabilitazione/lungodegenza.

Figura 8. Unità operative che hanno avviato la campagna



La Tabella 3 riporta la proporzione di presidi ospedalieri e Unità operative che hanno inviato i diversi strumenti previsti dalla campagna, prima e dopo l'intervento: l'87% delle Aziende ha inviato il questionario iniziale di descrizione dell'Azienda/presidio ospedaliero; il 93% ha inviato il questionario di descrizione dell'Unità operativa prima dell'avvio della campagna e il 69% anche quello successivo alla campagna; l'84%, il 93% e il 99% delle UO rispettivamente hanno inviato i questionari di conoscenze, percezioni e i dati sulle osservazioni delle pratiche prima dell'intervento. Queste percentuali si riducono nel periodo post-intervento, soprattutto per il questionario sulle conoscenze. I questionari ricevuti nella fase di pre-implementazione (pre-) sono stati utilizzati per descrivere le caratteristiche delle Aziende e delle Unità operative che hanno partecipato alla campagna, mentre l'impatto della campagna è stato valutato per i soli presidi/UO che hanno effettuato le diverse rilevazioni sia prima che dopo l'implementazione (pre e post).

Tabella 3. Frequenza di risposta alle diverse indagini previste nella fase pre- e post-implementazione

Questionari	Struttura: presidi ospedalieri		Struttura: Unità operative		Conoscenze: UO		Percezione: UO		Osservazioni dell'adesione: UO	
	Rispondenti		Rispondenti		Rispondenti		Rispondenti		Rispondenti	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
pre-intervento	152	86,9	266	93,3	240	83,9	270	93,0	283	99,3
pre e post-interv.	-	-	194	68,1	157	55,1	222	77,9	257	90,2
<i>teorico</i>	<i>175</i>		<i>285</i>		<i>285</i>		<i>285</i>		<i>285</i>	

Prima della campagna: caratteristiche della popolazione in studio

Caratteristiche della struttura/presidio ospedaliero¹

Centocinquantadue strutture/presidi ospedalieri hanno rilevato dati utili a descrivere la situazione della struttura per quanto concerne *leadership* e strategia per la sicurezza del paziente, risorse e finanziamenti per il controllo delle infezioni, clima dell'istituzione per quanto concerne la sicurezza del paziente, caratteristiche ambientali, formazione teorica e pratica, attività di promozione dell'igiene delle mani, attività di monitoraggio e valutazione. Per alcune variabili, tuttavia, la completezza delle risposte è uguale o inferiore all'80% (Tabella 4).

Alcune attività mirate alla sicurezza del paziente e al controllo delle infezioni sono uniformemente distribuite tra tutte le strutture partecipanti, mentre altre sono state implementate in modo molto più variabile. La Tabella 4 riporta le caratteristiche per le quali le risposte sono state più omogenee (attività frequentemente presenti o assenti nelle strutture rispondenti).

Per quanto concerne la *leadership* e le strategie per la sicurezza, una figura dirigenziale responsabile della sicurezza del paziente è stata individuata nel 70% dei presidi (in 63 presidi - 48% - era già presente, mentre in altri 29 presidi era in atto un'azione in tal senso); il 95% dichiara di avere attivato un Comitato di controllo delle infezioni.

Per quanto concerne le risorse, l'85% dei presidi aveva già implementato linee guida per l'igiene delle mani prima dell'avvio della campagna, il 94% dei presidi disponeva di almeno un infermiere deputato al controllo delle infezioni e l'86% di un medico; solo nel 27% dei presidi era stato assegnato un *budget* dedicato alle attività di sicurezza del paziente e nel 16% un *budget* specifico per le attività di controllo delle infezioni. Tutti i presidi ospedalieri possiedono un laboratorio di microbiologia presso la struttura.

L'analisi delle caratteristiche ambientali ha rilevato come i prodotti a base alcolica fossero già presenti e utilizzati nel 67% dei presidi ospedalieri; nel 57% dei casi tali prodotti erano prontamente disponibili nel punto di assistenza/vicino al paziente e nel 44% dei presidi erano già disponibili confezioni tascabili per ogni operatore sanitario.

Per quanto concerne la cultura per la sicurezza del paziente e il coinvolgimento dei pazienti emergono differenze rilevanti tra strutture: il personale è incoraggiato a mettere in evidenza esigenze/insuccessi/errori o sono state messe in atto azioni per raggiungere questo obiettivo nel 65% dei presidi; nel 72% dei presidi il personale ha la possibilità di segnalare errori/insuccessi senza essere penalizzato.

La formazione sul controllo delle infezioni agli operatori sanitari è obbligatoria nel 30% dei presidi e sono in atto azioni in tal senso in un altro 30% delle strutture. La formazione continua su tali argomenti è implementata totalmente o quasi nella maggior parte delle strutture (84%).

¹ Le informazioni di seguito descritte sono state raccolte attraverso il questionario consultabile in Allegato 3.

Per quanto concerne i sistemi di monitoraggio e di valutazione, 68 presidi (52%) hanno completamente implementato un sistema di segnalazione degli eventi avversi/incidenti durante l'assistenza e altri 34 (26%) lo stanno attivando, il 78% dei presidi ha o sta implementando un sistema per segnalare le infezioni correlate all'assistenza.

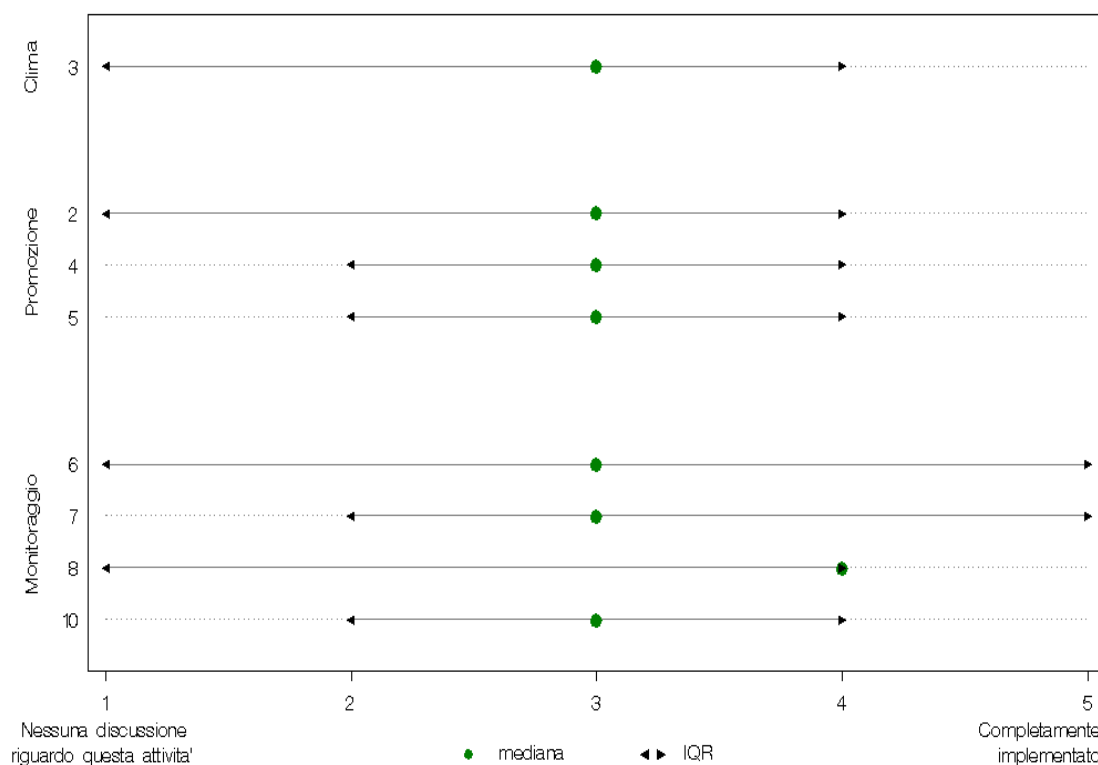
Tabella 4. Caratteristiche dei presidi ospedalieri prima della campagna: sicurezza del paziente e controllo delle infezioni

	<i>Item</i>	N. presidi rispond.	% di sì
Ledadership	È stata individuata una figura dirigenziale responsabile della sicurezza del paziente*	131	70,3
	La sicurezza del paziente è chiaramente articolata nella strategia dell'organizzazione*	130	80,7
	È attivo un Comitato di controllo delle infezioni*	133	95,5
	- incontri regolari (almeno ogni 6 mesi)*	133	88,7
Risorse e finanzia- menti	La struttura ha implementato linee guida sull'igiene delle mani*	134	85,0
	Esiste un medico deputato al controllo delle infezioni	123	86,2
	C'è almeno un infermiere deputato al controllo delle infezioni	121	94,2
	Esiste un laboratorio di microbiologia presso la struttura	135	99,3
	È stato assegnato un budget indirizzato alle attività di sicurezza dei pazienti	131	26,7
	È stato assegnato un budget specifico per le attività di controllo delle infezioni	124	16,1
Clima e cultura per sicurezza	Il personale è incoraggiato a mettere in evidenza esigenze/insuccessi/ errori*	119	65,5
	Ha la possibilità di farlo senza essere penalizzato	131	71,7
Caratteri- stiche ambientali	All'interno della struttura viene utilizzato un prodotto a base alcolica per la frizione delle mani	132	67,4
	- prodotto all'interno dell'Azienda	120	4,2
	- prodotto da una società locale	120	22,5
	- acquistato sul mercato e conforme alle norme microbiologiche internazionali (EN o ASTM),	122	86,9
	- prontamente disponibili nel "punto di assistenza"	110	57,3
	- di fianco al letto	152	29,6
	- in confezioni tascabili individuali	152	44,1
Formazione	Esiste un programma di formazione sul controllo delle infezioni obbligatorio per tutto il personale*	133	82,7
Monito- raggio e valutazione	Esiste un sistema per segnalare eventi avversi/incidenti durante l'assistenza ai pazienti	132	77,3
	Esiste un sistema per segnalare le infezioni correlate all'assistenza	119	78,0
	Prescrizione di antibiotici	116	71,5

* Attività completamente implementata o priorità assegnata e azioni documentate.

Altre attività sono risultate essere invece molto variabili da presidio a presidio (*Figura 9*): fra queste vi sono il fornire ai pazienti informazioni sulla sicurezza del paziente, le attività mirate a promuovere attivamente l'igiene delle mani (uso di materiale promozionale come opuscoli tascabili, *gadget*, promemoria/poster), le attività di monitoraggio (indagini sull'adesione alle pratiche di igiene delle mani, esecuzione di campionamento ambientale per il controllo delle infezioni, valutazione dell'impatto dei programmi formativi).

Figura 9. Distribuzione delle caratteristiche che presentano una maggiore variabilità per struttura, mediana e *range* interquartile (IQR) (punteggio da 1 a 5)



Legenda

- Clima 3 l'Azienda fornisce informazioni ai pazienti sulla sicurezza
- Promozione 2 opuscoli tascabili sull'igiene delle mani sono distribuiti agli operatori sanitari
- Promozione 4 promemoria (manifesti) sul controllo delle infezioni sono ben visibili alle pareti
- Promozione 5 promemoria (manifesti) riguardanti l'igiene delle mani sono ben visibili alle pareti
- Monitoraggio 6 l'uso di prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è misurato
- Monitoraggio 7 sono condotte indagini per osservare la *compliance* alle pratiche di igiene delle mani
- Monitoraggio 8 si eseguono campioni ambientali per il controllo delle infezioni
- Monitoraggio 10 viene valutato l'impatto di programmi formativi

Caratteristiche delle Unità operative

Hanno risposto al questionario sulle caratteristiche dell'Unità operativa (*Allegato 4*) 266 UO (93%), tra le quali 129 reparti di terapia intensiva (48,5%), 92 chirurgie (generali e specialistiche, comprese le ostetricia e ginecologia) (34,6%), 28 medicine generali e specialistiche (10,5%), 8 servizi ambulatoriali/DH/PS, 5 reparti di pediatria e 4 di riabilitazione/lungodegenza.

In queste UO sono stati coinvolti nella campagna 9.434 operatori sanitari in totale, tra cui 5.186 infermieri, 2.991 medici e 1.257 operatori di supporto all'assistenza. Il 55,5% degli infermieri lavora in terapia intensiva, il 31% in chirurgia, il 9,6% in medicina e la restante quota in altre discipline. La distribuzione dei medici è sovrapponibile (55,5% in TI, 33% in chirurgia, 8% in medicina). Il 43% degli operatori di supporto all'assistenza lavora in terapia intensiva, il 40,6% in chirurgia e quasi il 12% in medicina. La Tabella 5 riporta la distribuzione del numero di operatori (mediana e *range* interquartile) per singola UO nelle diverse discipline.

Tabella 5. Numero mediano (IQR) di operatori per UO classificati per disciplina

Disciplina (numero di UO)	Infermieri	Medici	Operatori di supporto all'assistenza
Terapia intensiva (129)	19 (15-29)	12 (9-16)	4 (2-6)
Chirurgia, ostetricia e ginecologia (92)	16 (12-20)	9 (7-13)	5 (3-7)
Medicina (28)	16 (13-21)	8 (5-10)	4 (3-6)
Altro, ambulatori/ <i>day hospital</i> , Pronto soccorso (8)	7 (4-10)	6 (2-11)	2 (1-4)
Pediatria (5)	16 (16-19)	9 (7-9)	3 (0-5)
Riabilitazione/lungodegenza (4)	11 (9-15)	3 (2-5)	6 (6-8)

Nelle UO coinvolte nella campagna erano disponibili già prima della sperimentazione prodotti a base alcolica per le mani nel 62,4% dei casi e nel 51% delle UO erano sempre disponibili. I tipi di contenitori più utilizzati erano nel complesso i flaconi a carrello (44%), seguiti dai flaconi tascabili (25,6%) e dai *dispenser* a muro (18,4%).

Nell'82% dei reparti (217 su 266) erano disponibili linee guida scritte con raccomandazioni sull'igiene delle mani, quota che arriva al 90% nelle chirurgie, nelle medicine e nelle terapie intensive. Il materiale promozionale era meno utilizzato e per lo più con informazioni sul lavaggio delle mani rispetto alla frizione.

Il 24% delle UO ha dichiarato che vengono periodicamente effettuati *audit* sull'adesione all'igiene delle mani; tra queste, nell'84% dei casi viene condotto almeno 1 *audit* all'anno. Nei due anni precedenti la sperimentazione, gli infermieri di circa il 50% delle UO e i medici del 30% delle UO avevano ricevuto una formazione specifica sull'igiene delle mani (*Tabella 6*).

Tabella 6. Principali caratteristiche strutturali delle UO prima della campagna

Caratteristiche strutturali dell'Unità operativa	Totale	
	N	%
Numero totale di Unità operative *	266	
Sono sempre/a volte disponibili prodotti a base alcolica per le mani	166	62,4
Tipologia di dispenser presenti §		
flacone tascabile	68	25,6
flacone a carrello	117	44,0
flacone al letto	30	11,3
dispenser a muro	49	18,4
Presenza di poster ^		
tecnica lavaggio	79	29,7
tecnica frizione	39	14,7
Indicazioni igiene mani	58	21,8
promozionali su igiene mani	73	27,4
Presenza di programmi di formazione specifica °		
infermieri	131	49,3
medici	81	30,5

Legenda

In Allegato 4:

* vedi domanda 11

§ vedi domanda 12

^ vedi domande 17-20

° vedi domande 26-27

Conoscenze degli operatori

Nella fase precedente l'implementazione, il questionario sulle conoscenze degli operatori (*Allegato 6*) è stato compilato in 240 Unità operative da 6.162 operatori (61% infermieri, 24% medici, 13% operatori, 2% altro personale sanitario). Il personale coinvolto operava per lo più in Unità di terapia intensiva (53%), chirurgia generale o specialistica (30%), medicina (comprese le oncoematologie, 13%).

Nel complesso, quasi il 40% del personale coinvolto all'inizio della sperimentazione aveva già partecipato a corsi di formazione sull'igiene delle mani: tale percentuale era più elevata per infermieri e altri operatori e più bassa tra i medici (*Tabella 7*).

Tabella 7. Operatori che avevano già partecipato a corsi di formazione sull'igiene delle mani

	N. questionari	Precedente formazione (%)
infermiere	3.742	42,7
medico	1.490	22,7
operatore	779	46,2
altro personale	151	38,4
<i>totale</i>	<i>6.162</i>	<i>38,2</i>

Per quanto concerne le conoscenze iniziali, sono state evidenziate alcune aree problematiche; di seguito vengono riportati i risultati relativi alle domande che evidenziano tali aree.

- Fonte più frequentemente responsabile per la trasmissione di germi responsabili di infezione: 2.022 operatori (32,8%) hanno risposto "il paziente" (risposta corretta), 3.753 operatori (60,9%) "l'ambiente", 132 e 158 operatori rispettivamente "acqua" e "aria": la proporzione di risposte corrette è simile nei reparti chirurgici (30%) e intensivi (32%), mentre risulta maggiore nei reparti medici (41%).
- Tempo minimo necessario per un prodotto a base alcolica per eliminare la maggior parte dei germi sulle mani: 2.924 operatori (47,5%) hanno risposto 20 secondi (risposta corretta), 2.173 operatori (35,3%) 1 minuto, 719 operatori (11,7%) 10 secondi, 188 (3%) 3 secondi: la proporzione di risposte corrette è superiore nei reparti medici (55%) rispetto ai chirurgici (47%) e intensivi (46%)
- Metodo indicato per l'igiene delle mani in diverse situazioni: 2.546 operatori (41,3%) indicano correttamente nella frizione alcolica la modalità da preferire prima del contatto con un paziente, 3.001 operatori (48,7%) indicano correttamente nella frizione alcolica la modalità da preferire prima di praticare un'iniezione, 1.989 operatori (32,3%) indicano correttamente nella frizione alcolica la modalità da preferire dopo la rimozione dei guanti, 4.253 operatori (69%) indicano correttamente il lavaggio delle mani dopo il contatto con un paziente con diarrea.

Queste ultime domande confermano un livello di conoscenze di base nei reparti medici migliore rispetto alle unità di chirurgia, e soprattutto di terapia intensiva (*Tabella 8*).

Tabella 8. Risposte alla domanda "Quale metodo per l'igiene delle mani è richiesto nelle seguenti situazioni?"

Indicazioni	Tipo di UO	Frizione (%)	Lavaggio (%)	Nessuno (%)	Mancante (%)
Prima del contatto con un paziente	Chirurgia	42,5*	52,1	3,1	2,4
	Medicina	48,2*	48,6	1,3	1,8
	Terapia intensiva	38,2*	59,0	1,5	1,5
Prima di praticare una iniezione	Chirurgia	50,5*	45,3	1,3	2,9
	Medicina	55,6*	41,0	1,1	2,3
	Terapia intensiva	46,1*	50,7	0,8	2,5
Dopo avere rimosso i guanti	Chirurgia	32,8*	57,1	7,4	2,6
	Medicina	37,4*	57,6	4,3	0,7
	Terapia intensiva	30,6*	63,3	4,5	1,6
Dopo il contatto con un paziente con diarrea	Chirurgia	29,7	67,1*	0,3	2,9
	Medicina	21,1	75,7*	0,4	2,8
	Terapia intensiva	28,6	68,4*	0,3	2,6

* risposta corretta

Percezione degli operatori

Il questionario sulle percezioni degli operatori (rilevanza del problema infezioni correlate all'assistenza, rilevanza dell'igiene delle mani e adesione percepita all'igiene delle mani; *Allegato 7*) è stato compilato inizialmente in 270 Unità operative da 7.004 soggetti (59% infermieri, 26% medici, 12% operatori, 4% altro personale sanitario). Il personale coinvolto operava per lo più in Unità di terapia intensiva (49%), chirurgia generale o specialistica (35%), medicina (comprese l'oncoematologia, 11%),

Un quarto circa degli operatori non sa indicare qual è la percentuale media di pazienti che sviluppano un'infezione durante il ricovero, e circa un terzo degli operatori la individua al di sopra del 20% (*Tabella 9*). Le percentuali riportate sono ovviamente più elevate nelle terapie intensive, intermedie nelle medicine (comprese le oncoematologie) e inferiori nei reparti chirurgici.

Tabella 9. Risposte alla domanda "Qual è la percentuale media di pazienti ricoverati che soffriranno di una infezione correlata all'assistenza"

	N. risposte	% complessiva di operatori	% operatori di reparti di chirurgia	% operatori di reparti di medicina	% operatori di Unità di terapia intensiva
0-4	730	10,6	20,3	10,5	4,8
5-10	1.490	21,5	30,8	20,5	16,5
11-20	782	11,3	8,5	7,3	13,9
21-30	746	10,8	7,2	7,7	13,3
>30	1.491	21,5	9,6	27,7	28,3
dato mancante	1.683	24,3	23,7	26,3	23,2

Gli operatori riferiscono di eseguire l'igiene delle mani molto frequentemente: 1.582 operatori (22,8%) rispondono che l'igiene delle mani viene eseguita nel 90% o più delle opportunità, 2.007 operatori (29%) indicano un'adesione tra il 70% e l'89% delle opportunità, 1.444 operatori (20,9%) riportano un'adesione tra il 50% e il 60%, solo 1.119 operatori (16,2%) indicano un'adesione inferiore al 50% (770 operatori non rispondono a questa domanda).

Anche prima della campagna gli operatori percepivano che sia il Direttore dell'Unità operativa sia i colleghi attribuivano un considerevole rilievo a una corretta igiene delle mani (*Figura 10*); percepivano inoltre come gravoso l'impegno che l'igiene delle mani comporta durante lo svolgimento delle normali attività assistenziali (*Figura 11*).

Figura 10. Quanta importanza viene attribuita al fatto che tu esegui una corretta igiene delle mani?

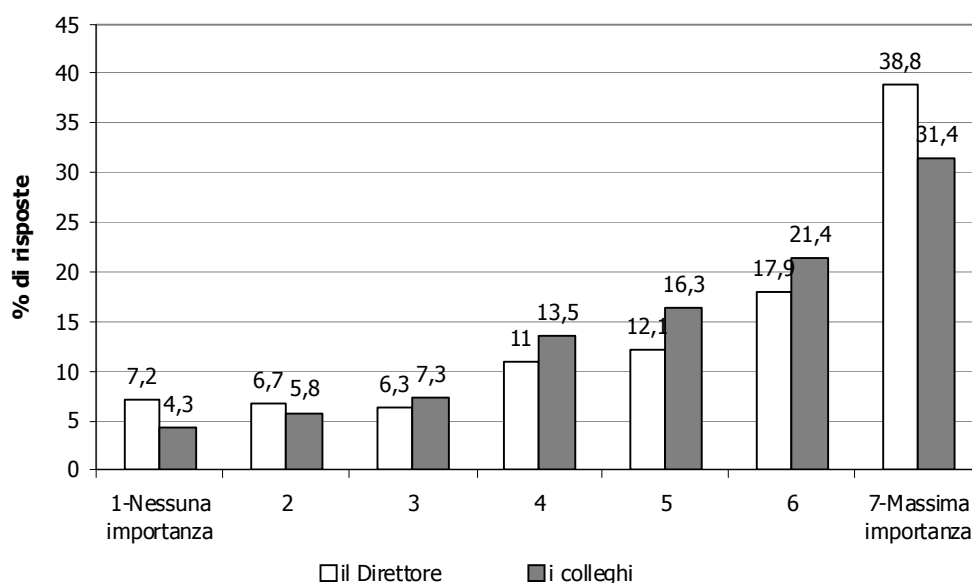
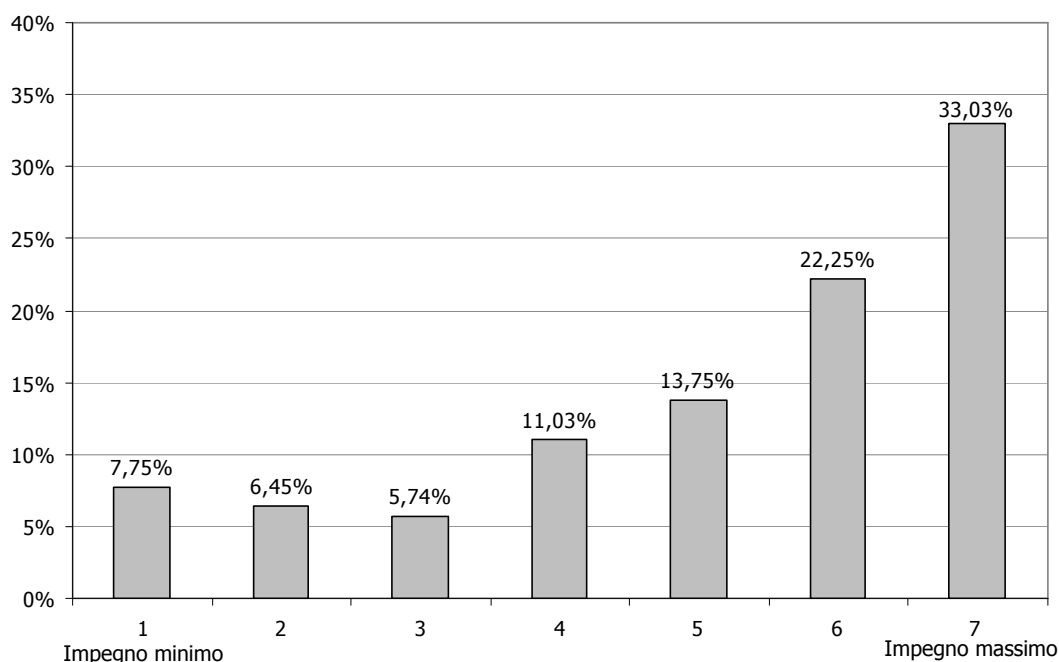


Figura 11. Come consideri l'impegno richiesto per effettuare una buona igiene delle mani durante l'attività assistenziale?



Valutazione dell'impatto della campagna

Disponibilità di prodotti a base alcolica per la frizione delle mani e formazione

La valutazione sui cambiamenti avvenuti relativamente alla disponibilità di prodotti a base alcolica e alla formazione è stata effettuata per i 194 reparti (68% delle UO partecipanti e 73% di quelle che lo avevano compilato all'inizio della sperimentazione), che hanno risposto al questionario sulle caratteristiche delle UO anche dopo l'implementazione.

I prodotti a base alcolica per la frizione delle mani erano disponibili nel 76% delle 194 UO prima dell'intervento e nel 97% dopo l'intervento, ma soprattutto il prodotto dopo la campagna era sempre disponibile nel 95% delle UO vs il 69% della fase precedente all'implementazione. È inoltre aumentata la frequenza con la quale sono disponibili tutti i tipi di *dispenser*, ma in particolare i flaconi a carrello e i flaconi tascabili, mentre la disponibilità di *dispenser* a muro è rimasta sostanzialmente invariata (*Tabella 10*).

Per valutare il cambiamento del tipo di flaconi/*dispenser* nel periodo post-implementazione, sono state considerate 65 UO che avevano 1 solo contenitore prima e dopo la campagna e 19 UO che non ne avevano alcuno prima e ne avevano 1 solo dopo l'implementazione (per le quali era quindi possibile valutare una eventuale sostituzione di un tipo di flacone con un altro). I tipi di flacone preferiti sembrano essere quello a carrello (il 41,7% delle UO conferma o sceglie questo tipo di flacone), seguito da quello tascabile (il 41,6% delle UO conferma o sceglie questo tipo di flacone) (*Tabella 11*).

Tabella 10. Cambiamenti delle caratteristiche strutturali dell'Unità operativa

Caratteristiche strutturali dell'Unità operativa	Pre		Post	
	N	%	N	%
Sono sempre/a volte disponibili prodotti a base alcolica per le mani *	147	75,8	188	96,9
Tipologia di dispenser §				
flacone tascabile	60	30,9	114	58,8
flacone a carrello	98	50,5	120	61,9
flacone al letto	28	14,4	48	24,7
dispenser a muro	37	19,1	39	20,1
Presenza di poster ^				
tecnica lavaggio	62	32,0	168	86,6
tecnica frizione	29	14,9	160	82,5
indicazioni igiene mani	47	24,2	154	79,4
promozionali su igiene mani	62	32,0	169	87,1
<i>Totale UO pre-post</i>	<i>194</i>		<i>194</i>	

Legenda

In Allegato 4:

* vedi domanda 11

§ vedi domanda 12

^ vedi domande 17-20

Tabella 11. Tipologia di flaconi adottati dopo l'intervento

	N	%
Non modificano il tipo di flacone/ dispenser		
flacone tascabile	19	22,6
flacone a carrello	32	38,1
flacone a letto	6	7,1
dispenser a muro	5	5,9
Passano al		
flacone tascabile	16	19,0
flacone a carrello	3	3,6
flacone a letto	1	1,2
dispenser a muro	2	2,4
<i>Totale UO *</i>	<i>84</i>	<i>100,0</i>

* 65 UO che avevano 1 solo contenitore prima e dopo la campagna e 19 UO che non ne avevano alcuno prima e ne avevano 1 solo dopo.

La percentuale di UO che dopo la sperimentazione si è dotata di linee guida sull'igiene delle mani (vedi domanda 21 dell'*Allegato 4*) non si modifica significativamente (passa da 84% a 88%); aumentano invece molto le UO in cui sono stati messi a disposizione degli operatori gli altri strumenti promozionali (*Tabella 10*, presenza di poster in più dell'80% dei reparti).

La formazione di infermieri e medici è stata effettuata nella quasi totalità delle UO: su 196 UO, in 185 sono stati formati gli infermieri (96%) e in 179 i medici (93%).

Dal questionario sulle conoscenze emerge come la proporzione di operatori che dichiarano di avere effettivamente partecipato a corsi di formazione sull'igiene delle mani è inferiore a quella riportata per UO, soprattutto per quanto concerne i medici (*Tabella 12*). Il 96% del personale dichiara che la soluzione alcolica è stata resa disponibile presso il proprio reparto.

Tabella 12. Partecipazione a corsi di formazione sull'igiene delle mani e disponibilità della soluzione alcolica (questionario sulle conoscenze)

	N. questionari	Formazione (%)	Soluzione alcolica (%)
Totale degli operatori	3.980	83,4	95,9
infermiere	2.451	85,9	96,3
medico	939	76,9	96,6
operatore *	503	84,3	94,4
altro personale **	87	75,9	85,1

Legenda

* operatori di supporto all'assistenza

** tecnici, terapisti, ostetriche

Conoscenze degli operatori

Complessivamente, 157 Unità operative hanno compilato il questionario sulle conoscenze degli operatori, sia prima che dopo l'implementazione della campagna. Nella fase di *follow up* si è osservata una riduzione del personale che ha risposto all'interno dei singoli reparti (i questionari nelle 157 Unità di cui sopra sono passati da 4.209 a 3.678, anche se la distribuzione per figura professionale e tipo di reparto è rimasta sostanzialmente inalterata).

La percentuale di operatori che indica correttamente il paziente come fonte principale dei germi responsabili di infezioni nosocomiali cresce dopo la campagna quasi del 30%, anche se una frazione considerevole di persone continua a indicare l'ambiente come principale fonte di infezione (*Tabella 13*). È rilevante come dopo l'implementazione, più dell'80% degli operatori conosca il tempo minimo necessario all'azione della soluzione alcolica, una percentuale quasi raddoppiata rispetto all'inizio della campagna, e che risulta omogenea per figura professionale e tipo di reparto (*Tabella 14*).

Le conoscenze sulle proprietà della soluzione alcolica (tollerabilità e azione) sono aumentate nel corso della sperimentazione per tutte le figure professionali (*Tabella 15*).

Nelle Figure 12-14 si evidenzia come sia nettamente aumentata - dopo l'implementazione della campagna - la percentuale di risposte corrette (parte colorata delle colonne) alla domanda che chiedeva di identificare l'azione di igiene (frizione, lavaggio, nessuna) delle mani più appropriata per le diverse indicazioni. In particolare, è nettamente aumentata la percentuale di operatori che indicano la frizione alcolica quando questa è effettivamente appropriata (*Figura 12*), la figura riporta anche la percentuale di operatori che indicano invece come scelta appropriata il lavaggio.

Tabella 13. Risposte alla domanda "Qual è la fonte più frequentemente responsabile di germi causa di infezioni correlate all'assistenza sanitaria?"

Risposta	prima della campagna % di risposte	dopo la campagna % di risposte
paziente *	28,2	56,8
ambiente	65,3	40,1
acqua	2,5	1,0
aria	2,5	0,9
dato mancante	1,6	1,2

* risposta corretta

Tabella 14. Risposte alla domanda "Qual è il tempo minimo necessario per un prodotto a base alcolica per eliminare la maggior parte di germi presenti sulle mani?"

Risposta	prima della campagna % di risposte	dopo la campagna % di risposte
20 secondi *	44,2	80,5
1 minuti	37,6	11,3
10 secondi	12,4	5,1
3 secondi	3,1	1,4
dato mancante	2,6	1,7

* risposta corretta

Tabella 15. Percentuale di risposte corrette alla domanda "Quale delle seguenti affermazioni sulla frizione con un prodotto a base alcolica e sul lavaggio con acqua e sapone sono vere?"

Figura professionale	La frizione secca la pelle più del lavaggio (risposta corretta = falso)		La frizione è più efficace del lavaggio contro i germi (risposta corretta = vero)		La frizione è più rapida del lavaggio (risposta corretta = vero)	
	Prima	Dopo	Prima	Dopo	Prima	Dopo
infermiere	47,1	72,4	46,0	67,8	76,2	94,6
medico	50,5	73,0	52,7	65,6	73,3	92,1
operatore *	43,7	63,8	43,1	62,7	71,9	92,5
altro personale **	43,3	65,2	48,9	57,6	70,0	89,4
<i>totale</i>	<i>47,5</i>	<i>71,3</i>	<i>47,5</i>	<i>66,4</i>	<i>74,8</i>	<i>93,6</i>

Legenda

* operatori di supporto all'assistenza

** tecnici, terapeuti, ostetriche

Figura 12. Percentuale di risposte corrette degli operatori relativamente alle indicazioni per le quali è raccomandata la frizione alcolica

["Quale metodo per l'igiene delle mani è richiesto nelle seguenti situazioni?"

b. Prima del contatto con un paziente; d. Prima di praticare un'iniezione; g. Dopo averla praticata; h. Dopo avere vuotato una padella; i. Dopo avere rimosso i guanti; j. Quando ti allontani dal paziente; k. Dopo avere rifatto il letto del paziente]

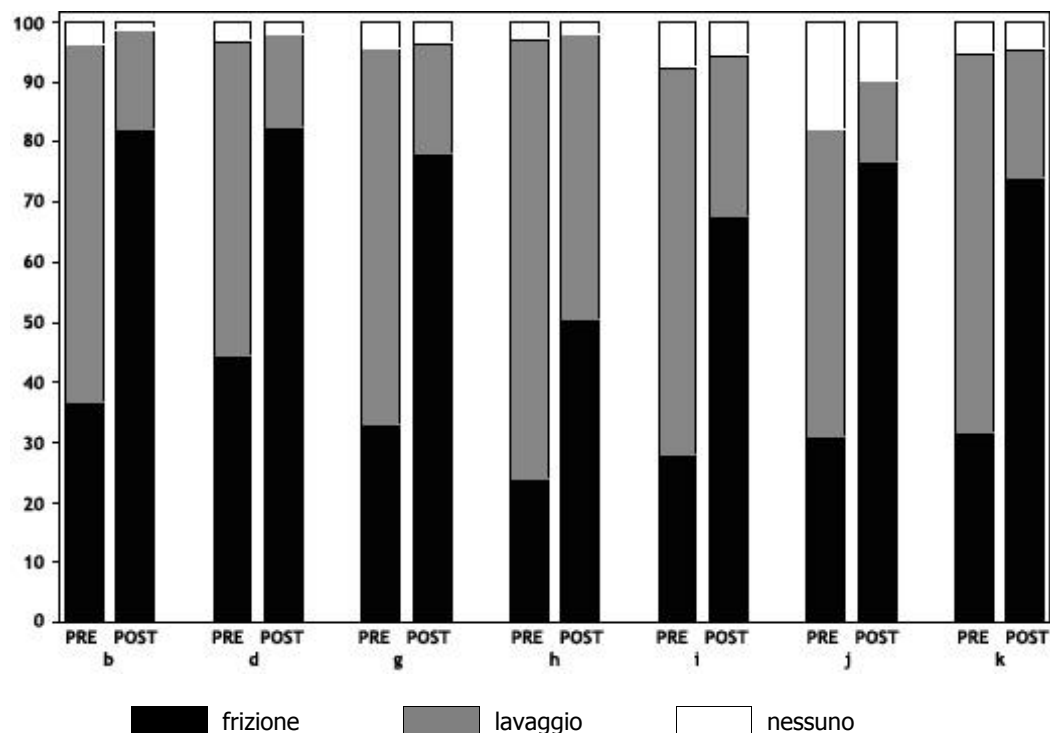


Figura 13. Percentuale di risposte corrette degli operatori relativamente alle indicazioni per le quali è raccomandato il lavaggio delle mani

["Quale metodo per l'igiene delle mani è richiesto nelle seguenti situazioni?" I. Dopo una visibile esposizione a sangue; m. Dopo il contatto con un paziente con diarrea]

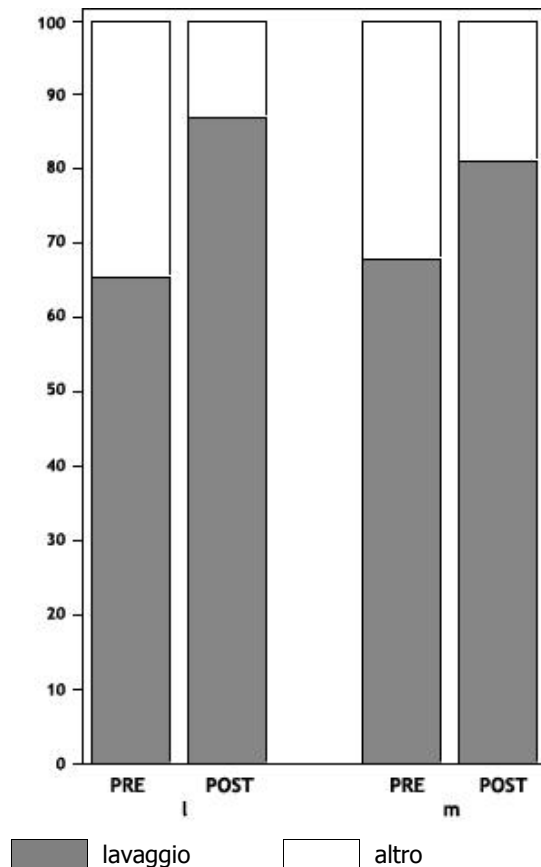
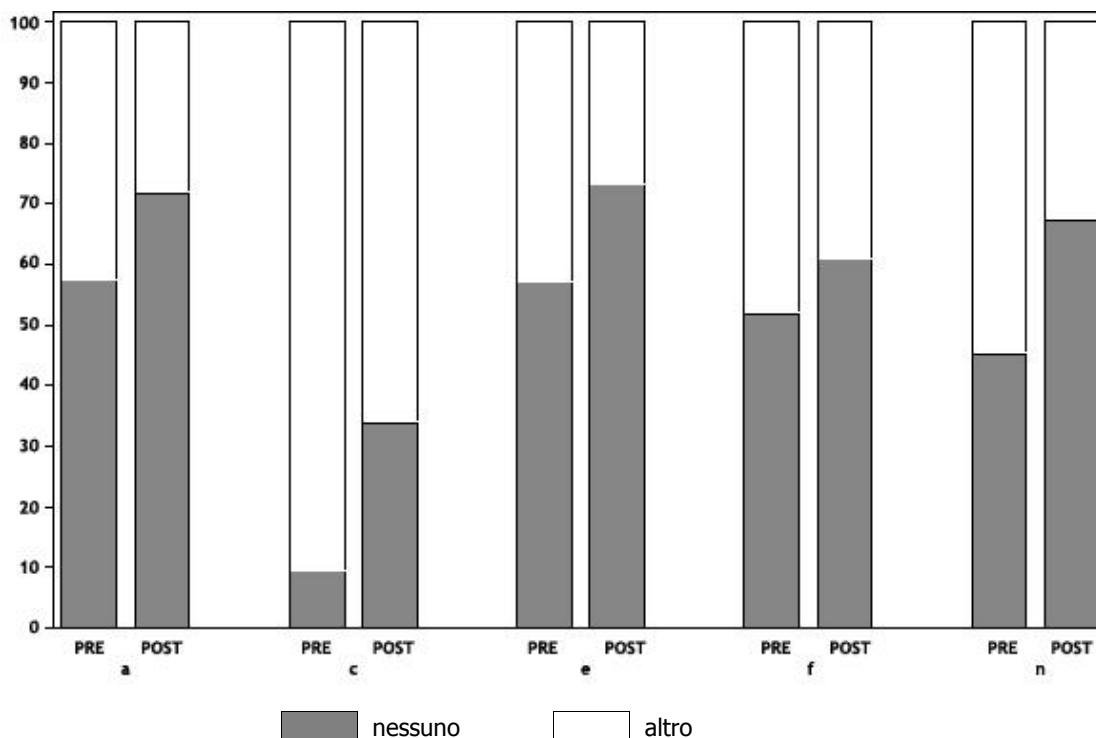


Figura 14. Percentuale di risposte corrette degli operatori relativamente ad indicazioni per le quali non è raccomandata l'igiene delle mani

["Quale metodo per l'igiene delle mani è richiesto nelle seguenti situazioni?"]

a. Prima di scrivere nella cartella clinica; c. Quando entro in reparto dopo il pranzo; e. Prima di vuotare un pappagallo; f. Prima di aprire la porta di una stanza di degenza; n. Prima di pulire un letto di un paziente dimesso]



Percezione degli operatori

Il questionario sulla percezione degli operatori (*Allegato 8*) è stato compilato sia prima sia dopo l'implementazione della campagna in 222 Unità operative. Il numero totale di operatori che hanno risposto all'interno dei singoli reparti è diminuito: i questionari provenienti dalle 222 Unità di cui sopra sono passati dai 5.831 iniziali a 4.734 al *follow up*. Nel complesso però si è mantenuta sostanzialmente inalterata la distribuzione per tipo di reparto e figura professionale, tranne che per un aumento al *follow up* della quota rappresentata dagli infermieri, a scapito dei medici.

La percezione di quale sia la frequenza di infezioni nosocomiali non mostra variazioni di rilievo a fine rispetto a inizio campagna (*Tabella 16*). È interessante notare come la percezione della frequenza di adesione all'igiene delle mani non si modifichi neanche dopo la campagna: la percezione rimane quella di un'adesione elevata soprattutto quando si tratta di stimare la propria adesione personale (*Tabella 17*).

Tabella 16. Distribuzione delle risposte alla domanda "Qual è la percentuale media di pazienti ricoverati che soffriranno di una infezione correlata all'assistenza"

Percentuale di pazienti con infezione	prima della campagna % di risposte	dopo la campagna % di risposte
0-4	10,1	7,3
5-10	22,5	26,8
11-20	11,9	12,2
21-30	10,7	11,8
>30	20,7	21,5
dato mancante	24,0	20,3

Tabella 17. Distribuzione delle risposte alle domande "Qual è la percentuale media di occasioni in cui gli operatori sanitari effettuano realmente l'igiene delle mani?" e "Qual è la percentuale media di occasioni in cui effettui l'igiene delle mani sia con prodotto a base alcolica che con acqua e sapone quando raccomandato?"

% di adesione all'igiene delle mani	% di risposte			
	gli altri operatori		la persona rispondente	
	prima della campagna	dopo la campagna	prima della campagna	dopo la campagna
0-49	15,6	11,7	7,6	4,0
50-69	20,9	20,2	11,9	9,6
70-89	29,3	32,5	28,8	32,5
90+	23,0	25,8	46,1	46,7
dato mancante	11,2	9,8	5,6	7,2

Le Figure 15-22 confrontano le risposte prima e dopo la campagna relativamente al giudizio di efficacia di diverse strategie di promozione dell'igiene delle mani.

La sperimentazione sembra avere sensibilizzato i partecipanti sull'importanza che riveste l'attenzione posta da parte della struttura sanitaria nel sostenere l'igiene delle mani; i partecipanti ritengono efficace la messa a disposizione del prodotto a base alcolica in tutti i punti di assistenza (*Figura 16*), la promozione dell'igiene attraverso l'affissione di poster (*Figura 17*) e la possibilità da parte dei singoli operatori di consultare istruzioni semplici e chiare (*Figura 19*). È ritenuta altresì importante la formazione degli operatori e la restituzione agli stessi dei risultati sulla loro adesione all'igiene delle mani.

Gli operatori non ritengono invece utile che i pazienti ricordino al personale sanitario di effettuare l'igiene delle mani e tale percezione cambia solo in parte alla fine della sperimentazione (*Figura 22*).

Figura 15. Professionisti *leader* della tua UO sostengono e promuovono apertamente l'igiene delle mani

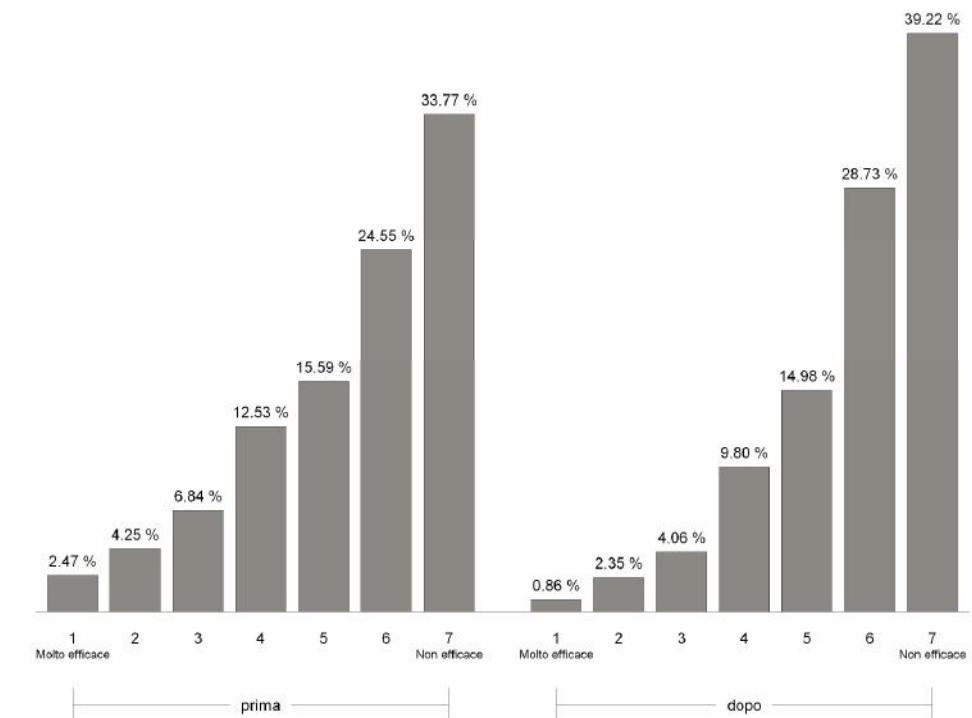


Figura 16. La struttura sanitaria rende disponibile il prodotto a base alcolica in tutti i punti di assistenza

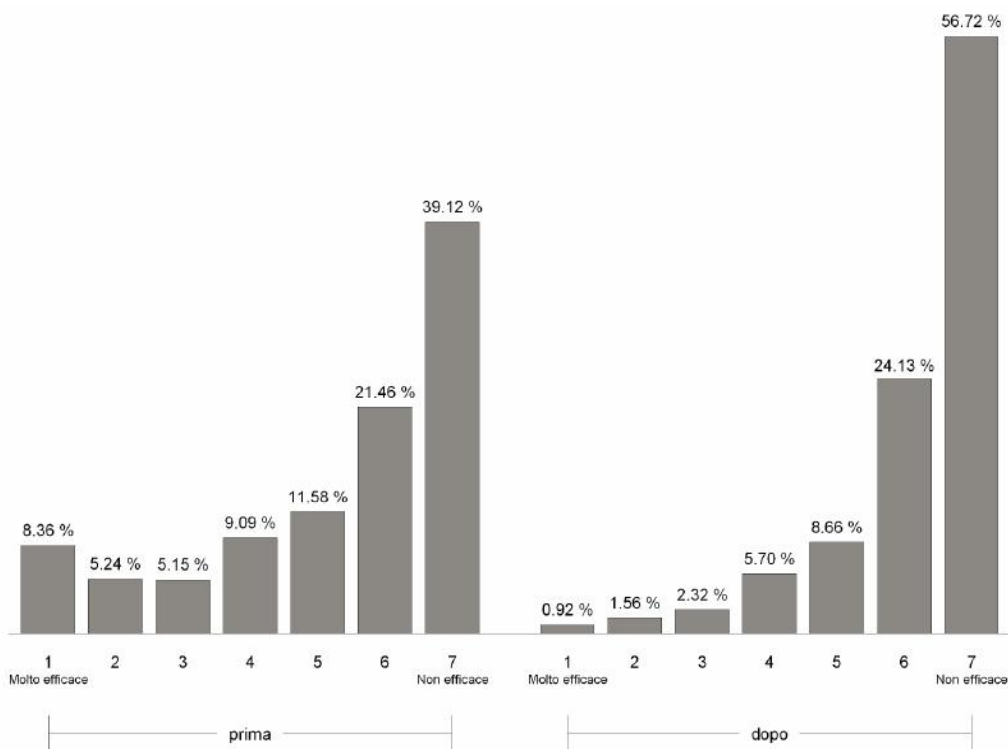


Figura 17. Poster riguardanti l'igiene delle mani vengono affissi in tutti i punti di assistenza

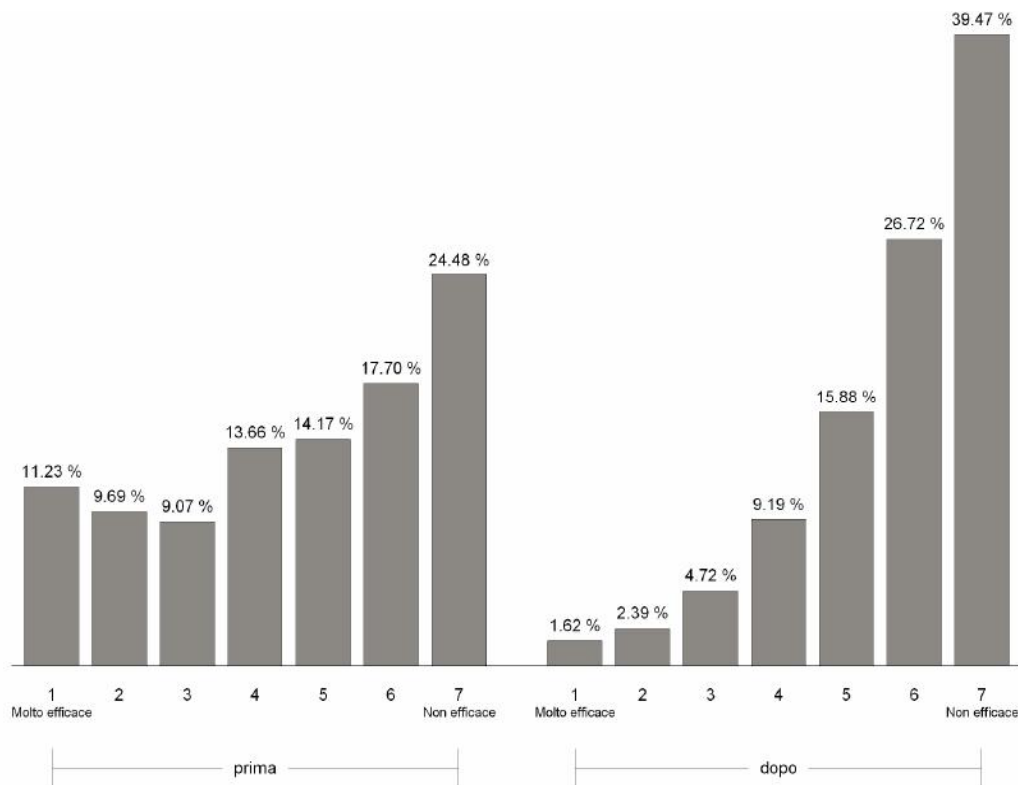


Figura 18. Ogni operatore sanitario viene formato sull'igiene delle mani

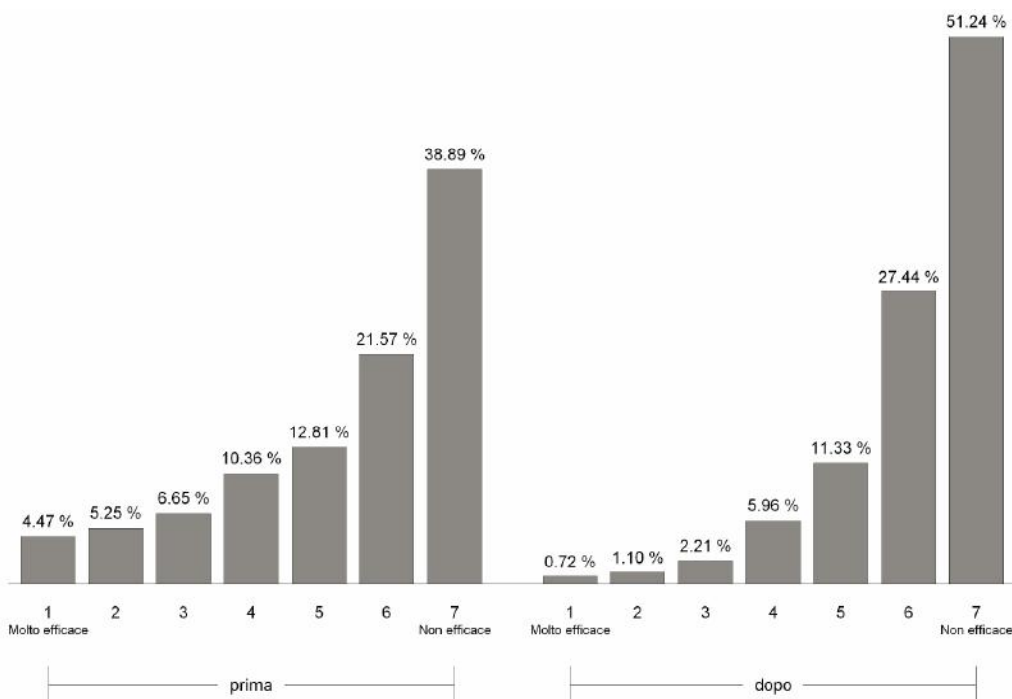


Figura 19. Istruzioni semplici e chiare sull'igiene delle mani sono a disposizione

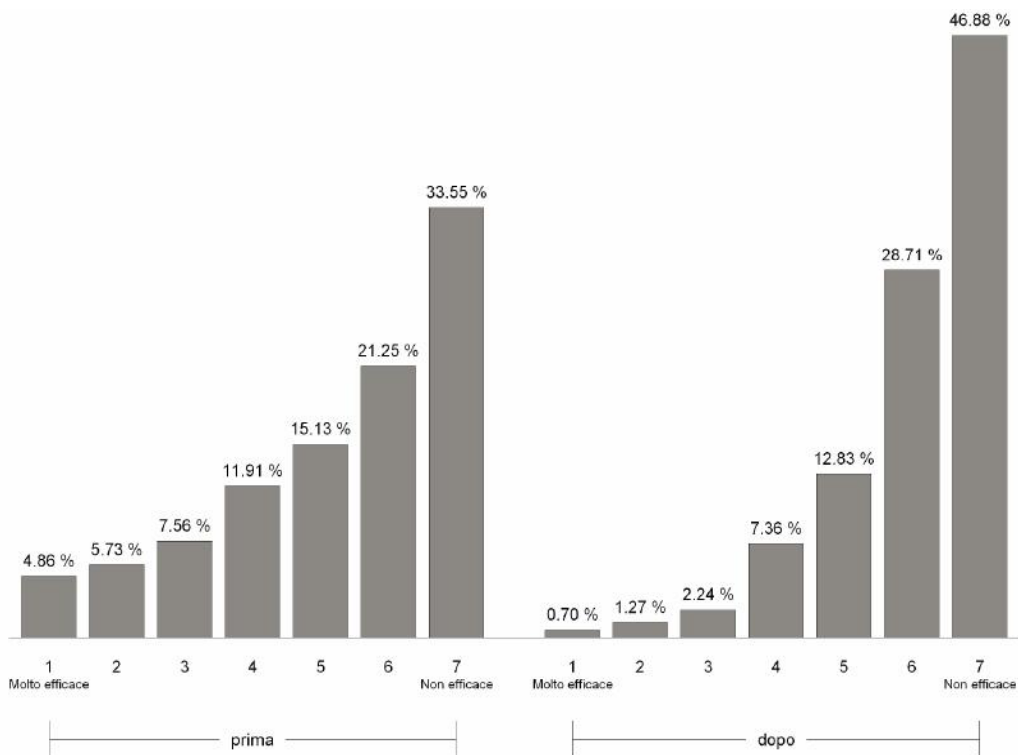


Figura 20. Gli operatori sanitari ricevono regolarmente i risultati della loro aderenza all'igiene delle mani

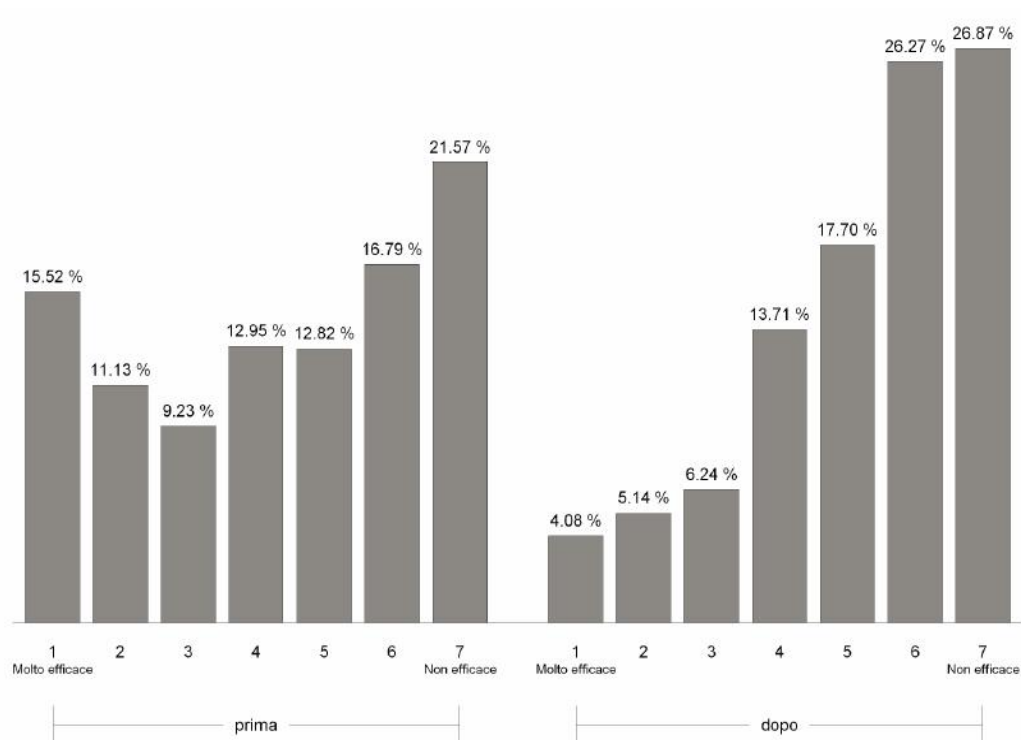


Figura 21. Tu effettui correttamente l'igiene delle mani

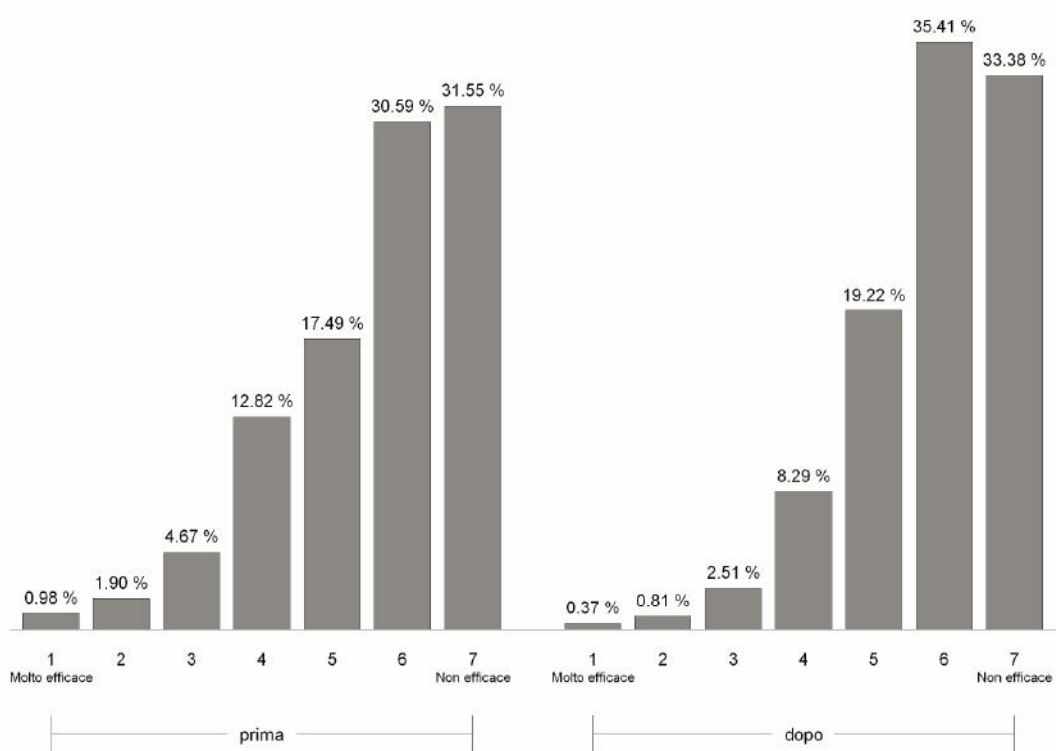
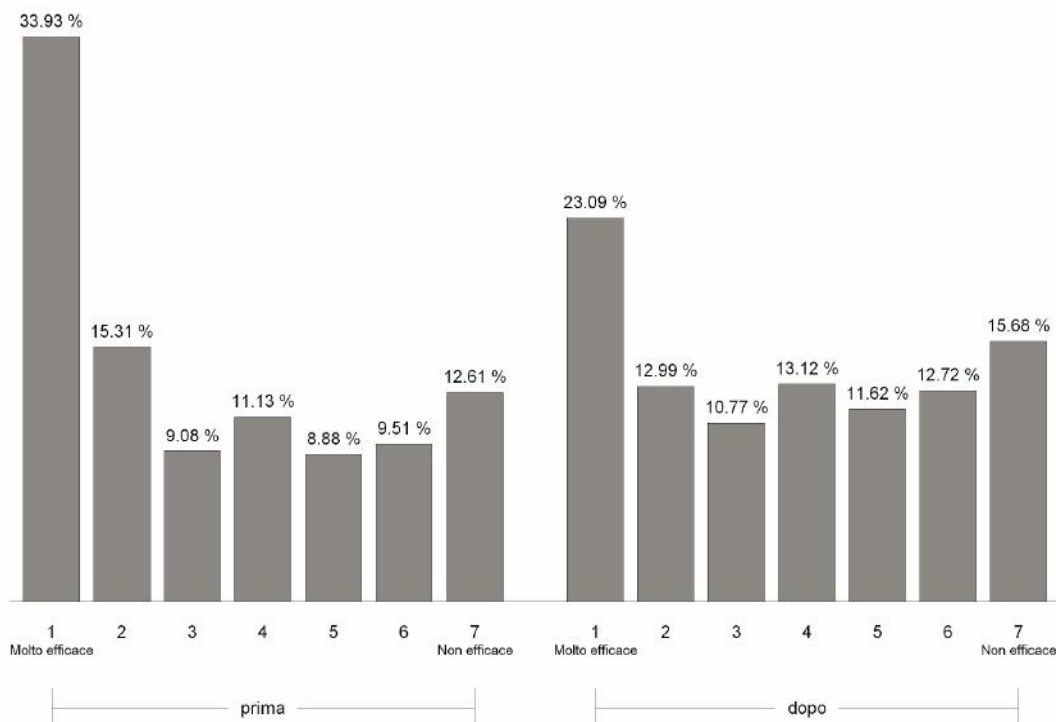


Figura 22. I pazienti sono invitati a ricordare agli operatori sanitari di effettuare l'igiene delle mani



Adesione all'igiene delle mani

Le UO coinvolte nella fase di osservazione diretta della pratica di igiene delle mani sono 283 nel periodo precedente all'implementazione; di queste, 257 hanno effettuato l'osservazione anche nella fase successiva. Il numero totale di opportunità osservate risulta pari a 63.242 nella fase pre-implementazione e 56.158 nella fase post-implementazione; il 63% delle osservazioni sono state effettuate sugli infermieri, il 22% sui medici, il 12% sugli operatori, il 3% su i tecnici; tale distribuzione permane in entrambe le fasi di osservazione.

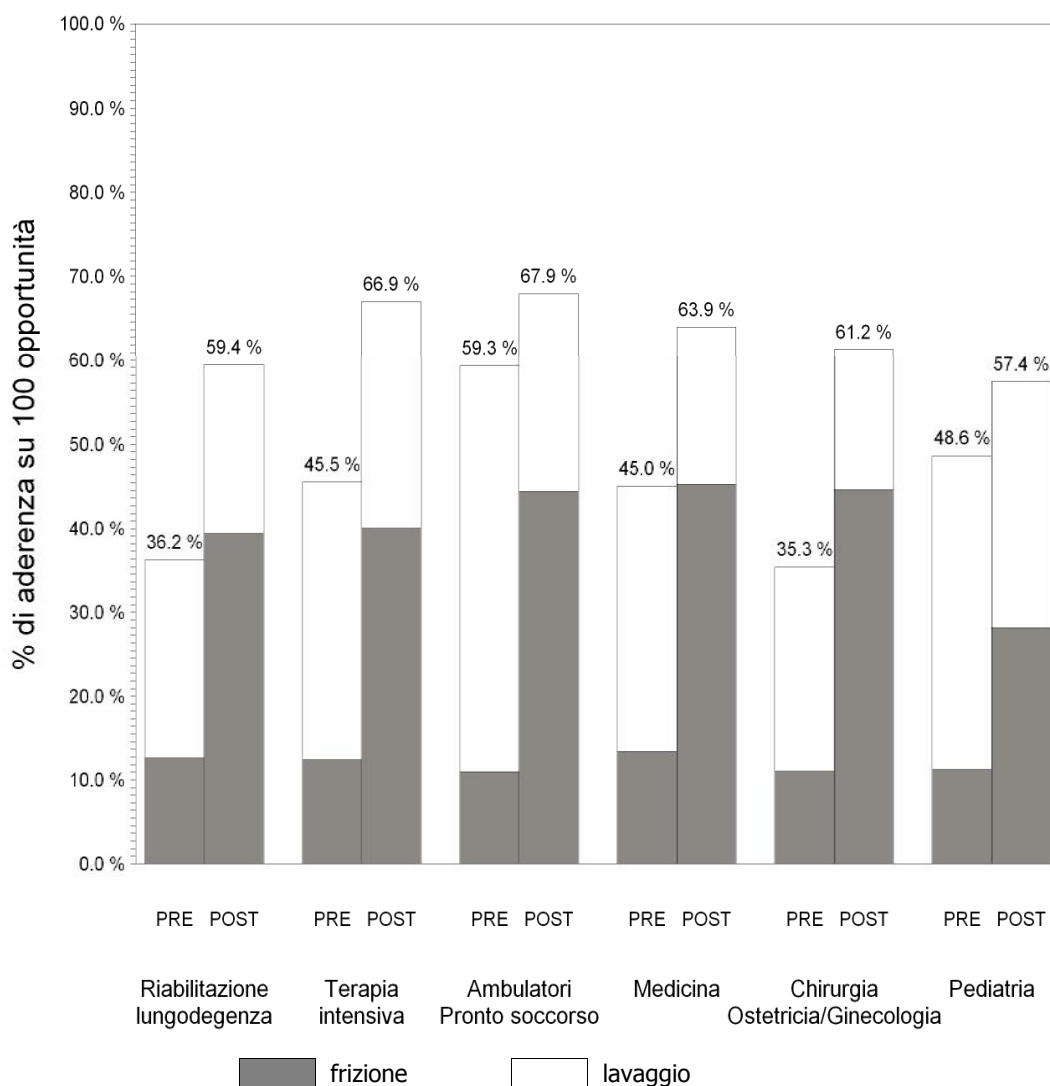
Nelle UO che hanno partecipato sia alla fase pre-implementazione che a quella post-implementazione, con osservazioni ritenute valide, sono state riportate in totale osservazioni su 55.248 opportunità nel periodo pre-implementazione e 53.441 nel periodo post-implementazione. Il 50% delle osservazioni sono state osservate in UO di terapia intensiva, il 34% in chirurgia, ostetricia e ginecologia e circa il 10% nelle medicine. La maggior parte delle osservazioni sono state effettuate sugli infermieri (62,7%), il 21,7% sui medici e il 12,3% sugli operatori di supporto all'assistenza, e solo un 3% sulla categoria altri operatori (tecnici, terapisti, ostetriche). Globalmente, l'adesione all'igiene delle mani passa da 42,2/100 opportunità prima della campagna a 64,3/100 dopo l'intervento; si rileva in media un incremento relativo che supera il 50% e un incremento assoluto di 22,1 punti percentuali. Tale aumento è da riferire a una maggiore adesione alla frizione delle mani verso il lavaggio, passati rispettivamente dal 12% al 42% e dal 30% al 22%. L'analisi per tipo di indicazione mette in evidenza in alcune situazioni - come quella dopo il contatto con il fluido - un incremento a favore della frizione di minore entità (*Figura 24*), passando dal 10% al 34% per la pratica di frizione e dal 49% al 44% per la pratica di lavaggio.

Nelle Figure 23-25 si riportano le percentuali di adesione (lavaggio più frizione) nella fase pre-implementazione e post-implementazione, il delta (calcolato come differenza tra percentuale di adesione prima e dopo la campagna) e il relativo intervallo di confidenza, per disciplina, tipo di indicazione e figura professionale.

Tra le discipline, quella ove si registra un incremento maggiore di adesione, in termini sia relativi che assoluti, è la chirurgia/ostetricia e ginecologia (da 35% a 61%, un incremento relativo pari al 74% equivalente a 26 punti percentuali); segue la riabilitazione/lungodegenza (da 36% a 59%, incremento relativo pari al 64% equivalente a 23 punti percentuali) e la terapia intensiva (da 45% a 67%, incremento relativo pari al 47% equivalente a 21 punti percentuali) (*Figura 23*).

In pediatria la frequenza di adesione al pre- è significativamente più elevata (49%) rispetto alla media dei reparti di chirurgia e riabilitazione (circa il 35%) ma la campagna ha avuto meno impatto; il risultato finale di frequenza di adesione rimane sotto la soglia del 60%.

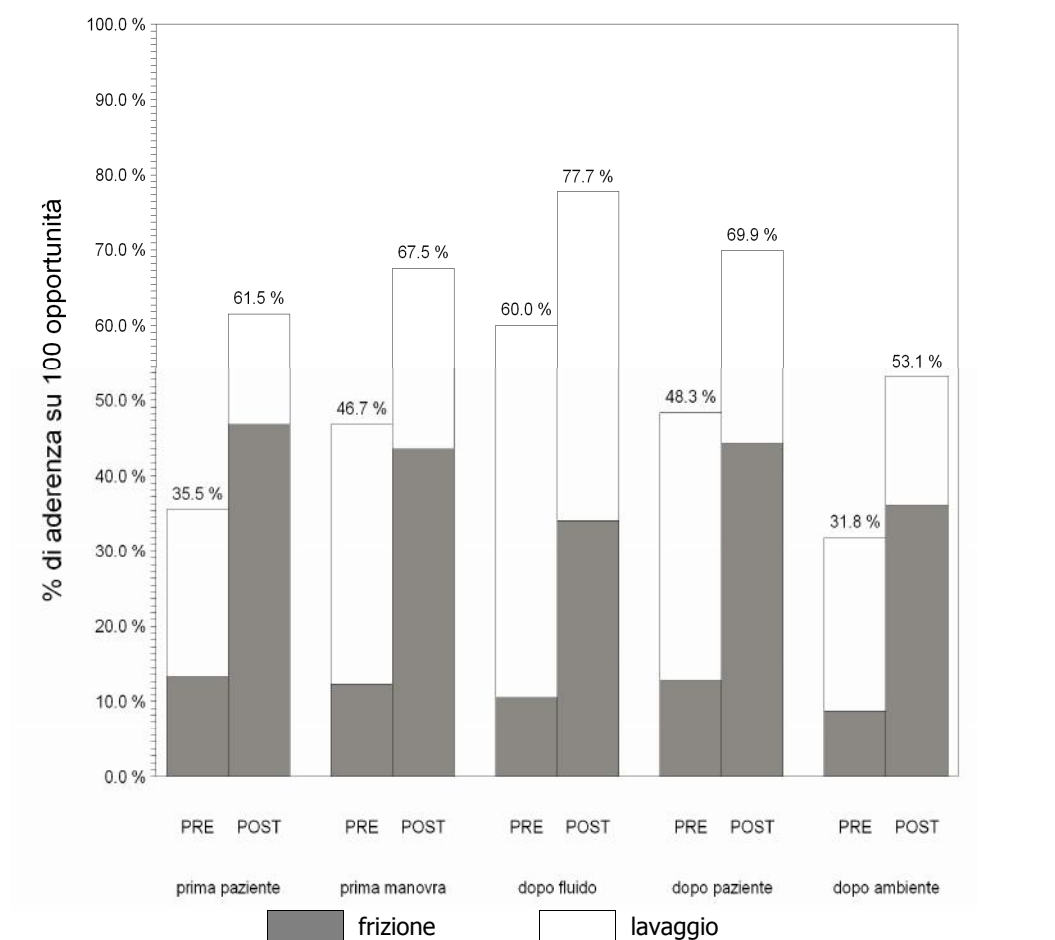
Figura 23. Adesione all'igiene delle mani per disciplina



Disciplina	Pre-opportunità (% adesione)	Post-opportunità (% adesione)	Delta (IC 95%)
Altro, ambulatori/day hospital, Pronto soccorso	949 (59,3%)	966 (67,9%)	+8.6 (4.3-12.9)
Chirurgia, ostetricia e ginecologia	18.606 (35,4%)	17.676 (61,3%)	+25.9 (24.9-26.9)
Medicina	5.603 (45,0%)	6.175 (63,9%)	+18.9 (17.1-20.7)
Pediatria	1.379 (48,7%)	1.644 (57,4%)	+8.8 (5.2-12.3)
Riabilitazione/lungodegenza	850 (36,2%)	912 (59,4%)	+23.2 (18.7-27.7)
Terapia intensiva	27.861 (45,5%)	26.068 (66,0%)	+21.5 (20.7-22.3)

Per quanto concerne le indicazioni, quella per la quale si registra un aumento più consistente dell'adesione è quella "prima del contatto con il paziente" (da 36% a 62%, un incremento relativo pari al 72% equivalente a 26 punti percentuali). Seguono, con un incremento sovrapponibile, le indicazioni "dopo il contatto con il paziente" (da 48% a 70%, un incremento relativo pari al 46% equivalente a 21 punti percentuali), "dopo il contatto con l'ambiente circostante il paziente" (da 32% a 53%, un incremento relativo pari al 66% equivalente a 21 punti percentuali) e "prima dell'esecuzione di manovre asettiche" (da 47% a 68%, un incremento relativo pari al 45% equivalente a 21 punti percentuali).

Figura 24. Adesione all'igiene delle mani per tipo di indicazione



Indicazione	Pre- opportunità (% adesione)	Post- opportunità (% adesione)	Delta (IC 95%)
Prima del contatto con il paziente	19.123 (35,6%)	18.468 (61,5%)	+26.0 (25.0-26.9)
Prima di una manovra asettica	7.032 (46,8%)	6.121 (67,6%)	+20.8 (19.1-22.4)
Dopo il contatto con un fluido	6.633 (60,0%)	6.334 (77,7%)	+17.7 (16.1-19.2)
Dopo il contatto con il paziente	18.445 (48,4%)	18.771 (69,9%)	+21.5 (20.6-22.5)
Dopo il contatto con l'ambiente	11.813 (31,9%)	11.086 (53,2%)	+21.3 (20.0-22.5)

La frequenza media di adesione rilevata per l'indicazione "prima del contatto con il paziente", la più bassa all'inizio della sperimentazione, subisce il maggiore incremento (+26) rimanendo comunque sotto la media di adesione del 64%. Per l'indicazione "dopo il contatto con un fluido" la frequenza dell'adesione è la più elevata prima dell'implementazione e rimane tale anche dopo la campagna, registrando la variazione assoluta più bassa (17,7).

Per quanto concerne infine le figure professionali, quella per la quale si registra un aumento più consistente dell'adesione è quella degli operatori di supporto all'assistenza (da 36% a 64%, un incremento relativo pari al 78% equivalente a 28 punti percentuali), seguita dagli infermieri (da 46% a 68%, un incremento relativo pari al 48% equivalente a 22 punti percentuali) che sono la categoria professionale con l'adesione più alta in termini assoluti (67,7%). I medici registrano un incremento dell'adesione da 39% a 57%, un incremento relativo pari al 46% equivalente a 18 punti percentuali) (*Figura 25*). Gli operatori di supporto all'assistenza rispetto ai medici per esempio, pur avendo prima dell'intervento un livello di adesione simile, registrano un incremento più significativo.

Figura 25. Adesione all'igiene delle mani per figura professionale

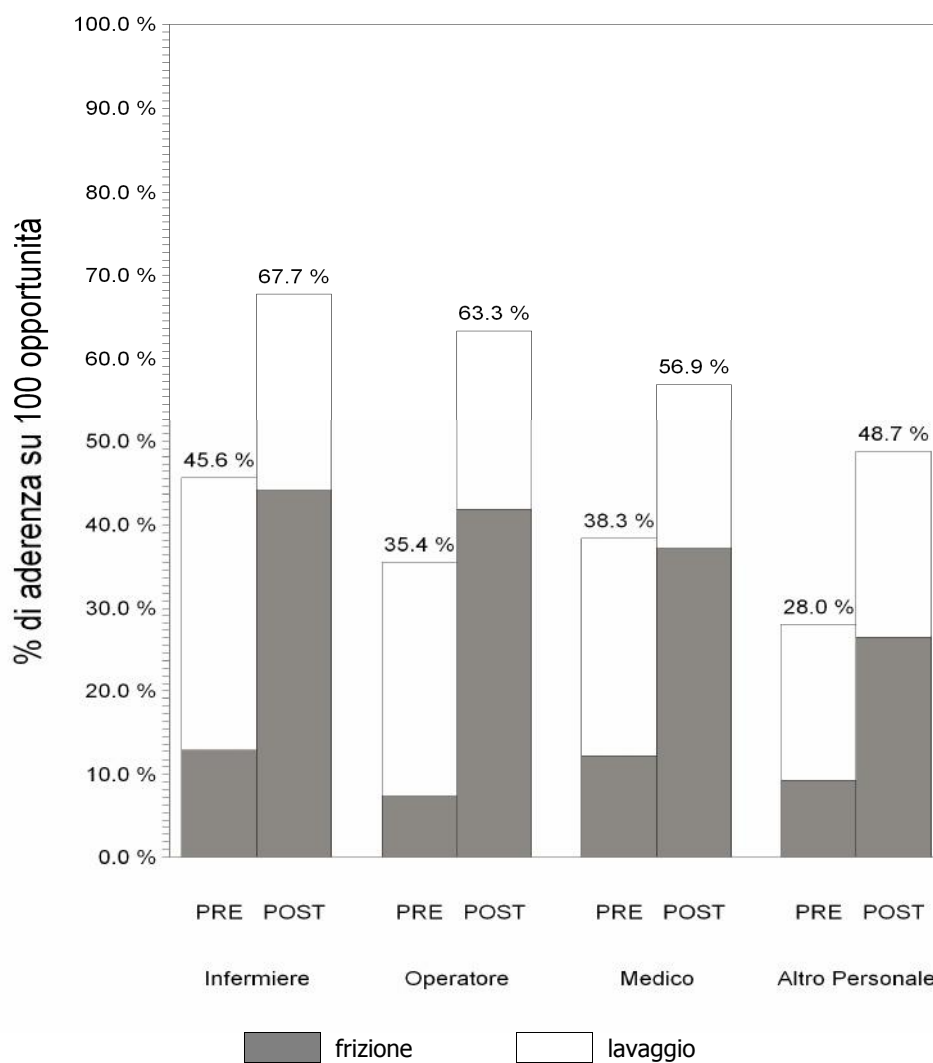


Figura professionale	Pre-opportunità (% adesione)	Post-opportunità (% adesione)	Delta (IC 95%)
operatore **	6.802 (35,5%)	7.236 (63,3%)	+27.8 (26.3-29.4)
infermiere	34.676 (45,6%)	33.355 (67,7%)	+22.1 (21.4-22.8)
altro personale *	1.773 (28,0%)	1.274 (48,7%)	+20.7 (17.3-24.2)
medico	11.997 (38,4%)	11.576 (56,9%)	+18.5 (17.3-19.8)

Legenda

* tecnici, terapisti, ostetriche

** operatori di supporto all'assistenza

La Tabella 18 riporta le frequenze di adesione delle figure professionali per tipo di indicazione. Per tutte le figure professionali l'indicazione "dopo il contatto con un fluido" è quella per cui si registra, sia nella fase pre- che nella fase post-, un'adesione superiore alla media; per gli operatori sanitari, ad esempio, l'adesione dopo la campagna supera l'80% e comunque non rimane mai sotto la soglia del 74%.

Per l'indicazione "dopo il contatto con il paziente" gli infermieri sia prima che dopo la campagna registrano una frequenza di adesione più elevata della media; per tale indicazione i medici registrano, rispetto agli infermieri e agli operatori, i valori più bassi sia prima che dopo. Al contrario per l'indicazione "prima di una manovra asettica" i medici registrano valori più elevati di frequenza di adesione sia prima che dopo l'implementazione della campagna.

Tabella 18. Adesione all'igiene delle mani tra figure professionali per tipo di indicazione

Indicazione	Figura professionale	Pre-opportunità (% adesione)	Post-opportunità (% adesione)	Delta (IC 95%)
Prima del contatto con paziente	infermiere	11.354 (38,5%)	10.758 (64,8%)	+26.3 (25.0-27.6)
	medico	4.565 (33,8%)	4.497 (55,1%)	+21.3 (19.3-23.3)
	operatore *	2.339 (29,5%)	2.661 (62,8%)	+33.3 (30.7-35.9)
	altro personale **	865 (22,8%)	552 (44,0%)	+21.2 (16.3-26.2)
Prima di una manovra asettica	infermiere	5.406 (44,4%)	4.722 (66,6%)	+22.1 (20.2-24.0)
	medico	1.374 (56,2%)	1.181 (73,2%)	+17.1 (13.4-20.7)
	operatore *	233 (47,6%)	190 (62,1%)	+14.5 (5.0-23.9)
	altro personale **	19 (26,3%)	28 (35,7%)	+9.4 (17.2-36.0)
Dopo il contatto con fluido	infermiere	4.949 (60,6%)	4.728 (78,0%)	+17.4 (15.6-19.2)
	medico	1.017 (58,7%)	923 (73,9%)	+15.2 (11.0-19.3)
	operatore *	625 (58,9%)	631 (80,7%)	+21.8 (16.8-26.7)
	altro personale **	42 (45,2%)	52 (80,8%)	+35.5 (17.1-54.0)
Dopo il contatto con paziente	infermiere	11.232 (52,8%)	11.352 (74,0%)	+21.2 (19.9-22.4)
	medico	4.332 (42,0%)	4.330 (61,3%)	+19.3 (17.3-21.4)
	operatore *	2.119 (43,3%)	2.523 (70,2%)	+27.0 (24.2-29.7)
	altro personale **	762 (33,1%)	566 (52,3%)	+19.2 (13.9-24.5)
Dopo il contatto con ambiente	infermiere	6.735 (37,1%)	6.449 (58,3%)	+21.2 (19.5-22.9)
	medico	2.391 (23,3%)	2.208 (39,7%)	+16.4 (13.8-19.1)
	operatore *	2.299 (27,5%)	2.177 (53,1%)	+25.6 (22.8-28.4)
	altro personale **	388 (19,3%)	252 (39,7%)	+20.4 (13.1-27.6)

Legenda

* tecnici, terapeuti, ostetriche

** operatori di supporto all'assistenza

Sito pilota

Globalmente hanno partecipato alla campagna 138 UTI: 41 tra queste hanno dato la loro disponibilità ad entrare a far parte della rete che avrebbe dato un contributo come "sito pilota" alla campagna a livello mondiale.

Come atteso, queste UTI hanno completato in una proporzione più elevata di casi gli strumenti richiesti dalla sperimentazione prima e dopo l'intervento (*Allegato 1 - Tabella A1.1*).

Non si evidenziano differenze significative tra UTI partecipanti come sito pilota o meno relativamente alla frequenza con cui erano globalmente disponibili, prima dell'intervento, prodotti a base alcolica (64% vs 62%), mentre le UTI del sito pilota disponevano già più frequentemente di flaconi tascabili (*Allegato 1 - Tabella A1.2*).

Non si evidenziano differenze sostanziali tra i due gruppi relativamente alla frequenza di programmi formativi sull'igiene delle mani, sia per quanto concerne le informazioni rilevate mediante il questionario di struttura (*Allegato 1 - Tabella A1.2*), sia per quelle rilevate mediante il questionario sulla percezione, compilato da tutti gli operatori (*Allegato 1 - Tabella A1.3*).

La campagna ha contribuito a migliorare significativamente la disponibilità di prodotti per l'igiene delle mani, le conoscenze e la percezione dell'importanza di interventi multimodali a sostegno dell'igiene delle mani, sia nelle UTI del sito pilota che in quelle del sito complementare, con poche differenze. Nelle UTI del sito pilota aumenta molto di più la disponibilità di flaconi tascabili: dopo l'intervento questo tipo di flaconi era disponibile nell'82,3% delle UTI partecipanti come sito pilota, contro il 43,5% nelle UTI partecipanti come sito complementare (*Allegato 1 - Tabelle A1.4-A1.6*).

L'adesione all'igiene delle mani aumenta invece proporzionalmente di più nelle UTI partecipanti come sito complementare, perché il livello di adesione all'igiene delle mani prima dell'avvio della campagna era più basso rispetto alle UTI del sito pilota (*Allegato 1 - Tabelle A1.7-A1.10*).

Aspetti positivi e criticità della campagna

Coordinamento nazionale, regionale e web community

Le UO hanno dichiarato che il supporto fornito dal coordinamento nazionale e regionale è stato cruciale per lo svolgimento di tutta la sperimentazione.

I problemi che si sono verificati durante l'implementazione della campagna e che hanno richiesto più supporto da parte del coordinamento sono stati l'interpretazione e l'utilizzo dei diversi strumenti del pacchetto di sperimentazione, l'imputazione dei dati in formato elettronico e l'analisi dei dati a livello locale.

Intervista telefonica alle UTI pilota e questionario on line Monkey Survey per i siti complementari

L'intervista telefonica ha coinvolto tutte le UO del sito pilota; il questionario *Monkey Survey* per i siti complementari è stato compilato solo da un ristretto numero di 40 UO.

Tutte le UO rispondenti all'intervista telefonica e al questionario *on line* hanno dichiarato di avere utilizzato la Guida all'implementazione, gli strumenti da essa resi disponibili, la linea guida sull'igiene delle mani OMS, il filmato e il *software* di Epi Info. Sono stati invece meno frequentemente utilizzati l'allegato 15 (*Allegato 2*) relativo all'implementazione della frizione delle mani con prodotto a base alcolica e guida alla valutazione dei costi rispettivamente per il 31,7% (siti pilota) e 43% (siti complementari); l'allegato 38 (*Allegato 2*) sulla formula consigliata per l'antisepsi delle mani - Guida alla produzione locale utilizzato solo dal 14,6% dei rispondenti per i siti pilota e dal 20% per i siti complementari; l'allegato 39 (*Allegato 2*) sulla tollerabilità dei prodotti utilizzato solo dal 46,3% per entrambi i siti.

In entrambi i siti di sperimentazione, è stato rilevato che sia la dirigenza aziendale che quella delle singole UO è stata coinvolta fin dalle prime fasi e ha sostenuto in modo evidente la campagna. Nell'85-87% dei casi è stato predisposto un gruppo formale per attuare la strategia di implementazione e circa il 75% delle UO ha lanciato la strategia con un evento pubblico, quale un seminario (*Tabella 19*).

Tabella 19. Il clima mirato alla sicurezza del paziente

È stato promosso un clima mirato alla sicurezza del paziente attraverso una o più delle seguenti azioni?	Sito pilota		Sito complementare	
	% sì	% no e non so	% sì	% no e non so
Coloro che devono prendere le decisioni e le persone influenti sono state coinvolte nel processo di pianificazione sin dalle prime fasi e poi durante l'implementazione e oltre?	100,0	0,0	82,5	17,5
Il Direttore sanitario, i direttori di unità operativa, i coordinatori dell'attività infermieristica, si sono impegnati in modo evidente a sostenere politiche per il miglioramento dell'igiene delle mani durante la Fase 3 di implementazione (ad es. annunci e/o lettere inviate allo staff)?	90,2	12,2	77,5	22,5
È stato predisposto un gruppo formale nell'ambito della struttura per attuare la strategia di igiene delle mani? Può trattarsi di un comitato esistente, come il Comitato aziendale di controllo delle infezioni o di un Comitato specifico e autonomo per l'igiene delle mani	87,8	22,0	85,0	15,0
La strategia di implementazione è stata avviata con un evento (seminario/riunione) pubblico che ha coinvolto gli operatori delle UO, il gruppo di coordinamento e la dirigenza aziendale?	78,0	22,0	72,5	27,5

Nota vedi domanda n. 14 (*Allegato 9*) e domanda n. 11 (*Allegato 10*).

Con l'intervista alle UTI pilota (*Allegato 9*) sono state ottenute ulteriori informazioni: il gradimento della campagna OMS da parte dei professionisti è stato molto elevato nel 14,6% dei casi, alto nell'83% e basso nel 2,4%.

Il 24,4% dei rispondenti ha dichiarato di avere utilizzato per l'implementazione anche altri strumenti oltre a quelli forniti dall'OMS; in particolare sono stati utilizzati materiali prodotti precedentemente in altre campagne locali sul tema dell'igiene delle mani.

Il 41,5% ha affermato di avere intrapreso anche ulteriori iniziative a livello locale: il tema dell'igiene delle mani è stato inserito in altri corsi di formazione aziendali sulle buone pratiche assistenziali, il rischio biologico e la prevenzione delle infezioni nel paziente; inoltre alcune Aziende hanno mostrato interesse ad ampliare la campagna in altri reparti.

Il materiale promozionale informativo è stato collocato prevalentemente nei corridoi, presso le stanze dei pazienti e negli ambienti riservati agli operatori sanitari (*Tabella 20*).

Tra gli elementi critici evidenziati dal 51,1% delle UTI i più rilevanti sono:

- impegno richiesto per l'implementazione della sperimentazione,
- difficoltà nell'introduzione dei nuovi concetti proposti nelle LG OMS e nello "sfatare" le false convinzioni degli operatori,
- difficoltà nell'uso e interpretazione di alcuni strumenti, in particolare il *software* di Epi Info e i questionari di conoscenza e percezione.

Tabella 20. Collocazione del materiale

"I poster e il materiale informativo (<i>brochure</i>, pieghevoli e fogli informativi) dove sono stati collocati?"	n	%
Corridoi di accesso e altre aree con punti di assistenza	32	78,0
Stanza o singoli <i>box</i> dei pazienti	23	56,1
Ambienti in cui vengono effettuati trattamenti sanitari (ambulatori, strutture per il <i>day hospital</i> , ecc.)	16	39,0
Servizi igienici	12	29,3
Ambienti riservati agli operatori sanitari (studi medici, cucinetta, ecc.)	23	56,1
Ambienti dedicati a sala d'attesa e/o "filtro" per i familiari	19	46,3

Gruppi di lavoro: seminario riservato alle UTI del sito pilota

I gruppi di lavoro svolti in occasione del seminario hanno contribuito a identificare aspetti positivi e negativi della campagna.

Elementi a favore dell'implementazione della campagna

La strategia dell'OMS è stata percepita dai partecipanti come una campagna completa e innovativa, che ha messo a disposizione un ampio pacchetto di strumenti e che, per le sue caratteristiche, ha suscitato un grande interesse sul tema dell'igiene delle mani, una forte adesione al progetto e interesse anche da parte di altre UO interne all'Azienda. La sperimentazione ha coinvolto non solo i professionisti sanitari, ma anche i visitatori e i famigliari.

In alcune realtà sono stati messi a punto sussidi aggiuntivi per la formazione (filmati, diapositive, materiale promozionale, *gadget*) e altri strumenti mirati a promuovere l'adesione degli operatori, come ad esempio le colture delle mani su piastre Petri per aumentare la consapevolezza dei professionisti sanitari sul grado di contaminazione delle mani.

Molte delle iniziative di formazione locale sono state accreditate e in alcuni corsi non specifici della campagna sono stati introdotti i contenuti delle Linee guida OMS sull'igiene delle mani.

I poster sono risultati più efficaci, pratici e di impatto immediato rispetto all'opuscolo pieghevole, tascabile e alle *brochure*; il filmato è stato molto utile a fini esemplificativi per comprendere le indicazioni da rilevare nel contesto dell'osservazione.

L'osservazione all'interno dei reparti non è stata sostanzialmente vissuta come controllo ma è stata considerata dai professionisti un momento di riscontro mirato al miglioramento e come elemento formativo per aumentare la cultura degli operatori rispetto alla pratica di igiene delle mani.

Il *feedback* dei risultati della rilevazione è stato uno dei fattori che più ha contribuito ad aumentare la percezione del problema e ha favorito il cambiamento.

La soluzione alcolica per la frizione delle mani è stata implementata come nuovo elemento di sperimentazione nelle realtà che non la possedevano e la sua introduzione non ha suscitato particolari resistenze da parte dei professionisti, salvo alcuni casi.

La scelta del prodotto è stata effettuata considerando le norme EN, i costi e il gradimento dei professionisti. Il ruolo dei *leader* è stato efficace per favorire l'utilizzo di questi prodotti.

Elementi a sfavore dell'implementazione della campagna

Le singole Aziende non sono riuscite sempre a rispettare la progettazione in fasi e il tempogramma concordato; durante il periodo estivo sono state rallentate le attività di avanzamento del progetto in diverse Aziende per motivi legati a problematiche organizzative del personale.

L'elevato *turnover* degli operatori sanitari caratteristico di molte realtà aziendali ha reso necessario formare nuovamente il personale che si inseriva durante la fase di implementazione del progetto e ha creato difficoltà nella pianificazione della formazione.

L'elevato numero di questionari e la differente tipologia di professionisti ai quali erano rivolti (dirigenza e operatori sanitari) ha reso difficoltosa e impegnativa la loro distribuzione e restituzione.

Sono state avanzate diverse perplessità sui questionari relativi a conoscenze e percezione, per la presenza di domande ripetitive, complicate o mirate ad attività esclusivamente di tipo infermieristico che ha reso difficile la loro compilazione da parte dei medici e la comprensione da parte degli operatori di supporto. È stato suggerito di rendere tali questionari più snelli, semplici e mirati a più professioni sanitarie.

L'utilizzo del *software* Epi Info è risultato l'elemento più problematico; l'inserimento e l'elaborazione dei dati ha suscitato frequenti richieste di supporto sia al coordinamento nazionale che ad esperti informatici interni alle Aziende, per quanto concerne gli aspetti relativi all'installazione del programma e all'elaborazione dei dati. Il manuale d'uso del programma non è stato utilizzato da tutti poiché il linguaggio era troppo tecnico. È stato suggerito di inserire un glossario per i termini più complessi.

In diverse realtà sono state segnalate resistenze da parte delle farmacie all'acquisto di prodotti a base alcolica causate dal loro elevato costo; prima di procedere all'acquisto è stata inoltre spesso richiesta documentazione scientifica a supporto dell'efficacia di questi prodotti. I frequenti cambi di prodotto sulla base dei diversi appalti con le ditte ha rallentato in alcune strutture l'avanzamento della campagna.

Uno degli aspetti emersi come problematici è quello della scarsa integrazione in alcune Aziende dei servizi che si occupano di rischio clinico e di quelli che si occupano di rischio infettivo: è stata proposta l'integrazione tra di essi.

Discussione

La vasta partecipazione alla campagna nazionale rappresenta un elemento di novità nell'ambito del controllo delle infezioni correlate all'assistenza in Italia; il fatto che 127 Aziende per un totale di 175 presidi ospedalieri e 285 Unità operative in 15 tra Regioni e Provincie autonome siano state in grado di portare avanti un intervento basato su diverse azioni e che necessitava del coinvolgimento di diverse competenze e figure professionali, rappresenta un evento assolutamente positivo, che testimonia di un indubbio progresso nella capacità di intervenire per controllare le infezioni. Inoltre, la campagna ha coinvolto più di 9.000 operatori promuovendo una migliore percezione della rilevanza della corretta igiene delle mani.

Tale vasta partecipazione ha reso possibile osservare il comportamento degli operatori sanitari in più di 100.000 occasioni di igiene delle mani durante i 5 momenti fondamentali dell'assistenza sanitaria.

Prima di discutere i risultati della campagna, per poter valutare la loro generalizzabilità è importante considerare:

- se la popolazione coinvolta nel programma di sperimentazione fosse un popolazione selezionata di Aziende, diverse dalla media di quelle esistenti a livello nazionale;
- quale fosse il punto di partenza delle Aziende partecipanti per quanto concerne le politiche mirate a promuovere l'igiene delle mani.

Le Aziende partecipanti alla campagna sono rappresentative del quadro nazionale?

Le Aziende sanitarie che hanno aderito alla campagna sono caratterizzate da un livello di attenzione al controllo delle infezioni correlate all'assistenza mediamente più elevato rispetto alla media nazionale, almeno per quanto si può giudicare dagli elementi a disposizione.

I presidi ospedalieri partecipanti alla campagna hanno infatti dichiarato di avere istituito un Comitato di controllo attivo e che si riunisce almeno 2 volte l'anno nell'89% dei casi, confrontato con il 73% di presidi a livello nazionale che hanno un Comitato che si riunisce almeno 1 volta all'anno; nel 94% dei casi è presente una infermiera addetta al controllo contro il 79% a livello nazionale; nell'82% dei casi viene effettuata la formazione degli operatori a fronte del 54% a livello nazionale (Moro *et al.*, 2009).

Si tratta quindi di Aziende particolarmente interessate al controllo delle infezioni, che hanno riconosciuto come centrale il tema dell'igiene delle mani e hanno voluto sperimentare una modalità nuova di intervento.

Quale era la situazione dalla quale si partiva relativamente all'igiene delle mani?

Per determinare l'entità del miglioramento ottenibile nei presidi ospedalieri partecipanti è utile valutare le attività già in atto nelle Aziende coinvolte prima dell'avvio della campagna.

Molte delle attività efficaci a promuovere l'igiene delle mani erano già in atto: nel 62% delle UO partecipanti, ad esempio, i prodotti a base alcolica per l'igiene delle mani erano già stati introdotti prima dell'avvio della campagna, l'82% dei presidi ospedalieri si era dotato di linee guida scritte sull'igiene delle mani, il 40% aveva attuato programmi di formazione sull'igiene delle mani, il 24% dichiarava di condurre *audit* sull'adesione degli operatori alla pratica di igiene delle mani.

Tra le componenti di intervento utilizzate dalla campagna, quelle che erano meno diffuse prima dell'intervento sono la conduzione di *audit* e la formazione. In un terzo dei presidi, i prodotti per la frizione alcolica non erano disponibili. La presenza di *reminder* (poster in particolare) all'interno delle UO era però poco diffusa e riguardava sostanzialmente le tecniche di lavaggio delle mani (32% delle UO), mentre poster con informazioni sulla frizione delle mani con prodotti a base alcolica era presente solo nel 15% delle UO.

Per quanto concerne invece le conoscenze degli operatori su temi legati alla corretta igiene delle mani e la loro percezione dell'adesione all'igiene delle mani, l'analisi dei dati pre-intervento evidenzia come, nonostante le Aziende partecipanti fossero attente al tema delle infezioni correlate all'assistenza, le conoscenze degli operatori erano carenti. Una proporzione elevata di operatori riportava infatti l'ambiente come la fonte più frequente di microrganismi responsabili delle infezioni correlate all'assistenza (e non il paziente); analogamente, meno della metà degli operatori indicava correttamente come 20 secondi il tempo minimo necessario per una efficace igiene delle mani con prodotti a base alcolica.

Come riportato anche da altri autori (Haas, Larson, 2007), la percezione dell'adesione degli operatori non corrispondeva all'osservazione diretta delle pratiche: gli operatori tendevano infatti a sovrastimare l'effettiva adesione dei colleghi all'igiene delle mani, ma soprattutto la propria adesione.

La campagna ha effettivamente cambiato conoscenze e pratiche sull'igiene delle mani?

Le molteplici informazioni rilevate prima e dopo la campagna per valutarne l'impatto (disponibilità delle risorse necessarie, clima dell'organizzazione, conoscenze e percezioni degli operatori, effettiva adesione all'igiene delle mani secondo osservazione diretta) indicano tutte che la campagna è stata efficace, almeno nel breve termine, nel promuovere una migliore pratica di igiene delle mani.

Il 97% delle Unità operative partecipanti è stata effettivamente dotata di prodotti alcolici per la frizione delle mani e il 96% ha effettuato formazione specifica (anche se, secondo le risposte dei singoli operatori, queste proporzioni sono leggermente inferiori). Tra i

prodotti per l'igiene delle mani sono stati preferiti soprattutto quelli che consentono l'igiene delle mani al punto di assistenza (flaconi tascabili o sul carrello).

Sono significativamente migliorate le conoscenze sull'importanza dell'igiene delle mani e sulle modalità corrette di eseguire questa tecnica. È migliorata la sensibilità al problema e la convinzione che per continuare a promuovere l'igiene delle mani sono rilevanti tutte le componenti utilizzate durante la campagna.

L'adesione all'igiene delle mani è significativamente migliorata: si è passati da 42,2% a 64,3%, un incremento molto simile a quello riportato da Pittet nell'ospedale di Ginevra, ove nell'arco di quattro anni, l'adesione è passata da 48% a 66% (Pittet *et al.*, 2000). L'incremento dell'adesione è quasi interamente da attribuire a un aumento della frequenza di frizione delle mani con prodotti a base alcolica rispetto al lavaggio: si passa rispettivamente dal 12% al 42% e dal 30% al 22%.

La campagna ha avuto un impatto maggiore nelle Unità operative di alcune discipline rispetto ad altre, ma l'incremento dell'adesione è stato registrato per tutte le indicazioni (i 5 momenti fondamentali). L'adesione all'igiene delle mani in pre-implementazione era più alta per le indicazioni relative a quei comportamenti che proteggono l'operatore (dopo contatto con fluidi 60% e dopo contatto con paziente 48,4%) e resta maggiore anche dopo l'implementazione in queste situazioni. In generale, le discipline, le figure professionali e la tipologia di indicazioni per le quali si osserva un maggiore aumento sono anche quelle che partivano da un livello più basso in pre-implementazione e nelle quali lo spazio di miglioramento era quindi più consistente. Si tratta delle UO di riabilitazione/lungodegenza e di chirurgia, degli operatori di supporto all'assistenza e dell'igiene delle mani "prima del contatto con un paziente".

L'indicazione "dopo contatto con l'ambiente circostante" è quella per cui si rileva una minore adesione all'igiene delle mani sia prima che dopo l'implementazione, in contrasto con il dato rilevato dai questionari in cui molti operatori considerano l'ambiente la fonte principale di infezioni.

La strategia dell'OMS è stata percepita dai partecipanti come una campagna completa e innovativa: le UTI pilota hanno dichiarato nel 98% dei casi di avere gradito molto o moltissimo la campagna.

Tra gli elementi critici evidenziati, i più rilevanti sono l'impegno richiesto per l'implementazione della sperimentazione, la difficoltà nell'introduzione dei nuovi concetti proposti nelle LG OMS e nello "sfatare" le false convinzioni degli operatori, la difficoltà nell'uso e interpretazione di alcuni strumenti, in particolare il *software* Epi Info e i questionari di conoscenza e percezione.

Bibliografia

- Allegranzi B., Pittet D. Healthcare-associated infection in developing countries: simple solutions to meet complex challenges. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 28: 1323-1327, 2007.
- Allegranzi B., Storr J., Dziekan G., Leotsakos A., Donaldson L., Pittet D. The First Global Patient Safety Challenge "Clean Care is Safer Care": from launch to current progress and achievements. *J Hosp Infect*, 65 Suppl 2: 115-123, 2007.
- Moro M.L., Marchi M., Buttazzi R., Nascetti S. (a cura di). Progetto INF-OSS. Indagine conoscitiva nazionale sulle attività di sorveglianza e controllo delle infezioni correlate all'assistenza e sulle attività di pulizia e sanificazione negli ospedali. Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, 2009.
http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/aree_di_programma/rischioinfettivo/gr_ist/pr_inf_ccm/4-dati_epidem/indagini/ind_nazionale/indagine_nazionale.pdf (file pdf, 480 Kb).
- Haas J.P., Larson E.L. Measurement of compliance with hand hygiene. *Journal of Hospital Infection*, 66: 6-14, 2007.
- ISS Istituto superiore di sanità. *Infezioni correlate all'assistenza. Aspetti epidemiologici*, 2009. http://www.epicentro.iss.it/problemi/infezioni_correlate/epid.asp
- Marra A.R., D'Arco C., Bravim B.A., Martino M.D., Correa L., Silva C.V., de Lima G., Guastelli L.R., Barbosa L., dos Santos O.F., Edmond M.B. Controlled trial measuring the effect of a feedback intervention on hand hygiene compliance in a step-down unit. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 29: 730-735, 2008.
- Ministero della salute - Direzione generale del Sistema informativo. *Relazione sullo stato del Paese 2005-2006*. 2008.
- Picheansathian W. A systematic review on the effectiveness of alcohol-based solutions for hand hygiene. *Int J Nurs Pract*, 10: 3-9, 2004.
- Picheansathian W., Pearson A., Suchaxaya P. The effectiveness of a promotion programme on hand hygiene compliance and nosocomial infections in a neonatal intensive care unit, *Int J Nurs Pract*, 14: 315-321, 2008.
- Pittet D., Hugonnet S., Harbarth S., Mourouga P., Sauvan V., Touveneau S., Perneger T.V. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. *Lancet*, 356: 1307-1312, 2000.
- Sax H., Allegranzi B., Uckay I., Larson E., Boyce J., Pittet D. "My five moments for hand hygiene": a user-centred design approach to understand, train, monitor and report hand hygiene. *J Hosp Infect*, 67: 9-21, 2007a.
- Sax H., Uckay I., Richet H., Allegranzi B., Pittet D. Determinants of good adherence to hand hygiene among healthcare workers who have extensive exposure to hand hygiene campaigns, *Infect Control Hosp Epidemiol*, 28: 1267-1274, 2007b.

- WHO. *Guida all'implementazione della strategia multimodale dell'OMS mirata al miglioramento dell'igiene delle mani*. Traduzione italiana a cura dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna e Ministero della salute, 2007.
- WHO. *Guidelines on Hand Hygiene in Health Care (Advanced Draft): A Summary*. 2006.
- Yokoe D.S., Classen D. Improving patient safety through infection control: a new healthcare imperative. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 29 Suppl 1: S3-S11, 2008.

Allegati

- Allegato 1. Sito pilota
- Allegato 2. Protocollo italiano sito complementare
- Allegato 3. Elenco degli strumenti utilizzati durante la sperimentazione OMS
- Allegato 4. Questionario di struttura
- Allegato 5. Questionario di Unità operativa
- Allegato 6. Scheda di osservazione
- Allegato 7. Questionario conoscenze
- Allegato 8. Questionario percezione e percezione *follow up*
- Allegato 9. Questionario percezione per la dirigenza
- Allegato 10. Questionario *Monkey Survey* sito pilota
- Allegato 11. Questionario *Monkey Survey* sito complementare

Allegato 1. Sito pilota

Hanno partecipato alla sperimentazione della campagna "Cure pulite sono cure più sicure" come sito pilota

Regione Emilia-Romagna

AUSL di Bologna
AUSL di Ravenna

AUSL di Rimini

Regione Liguria

ASL 1 di Imperiese

Regione Lombardia

AO Bolognini di Seriate
AO Istituti ospedalieri di Cremona
AO S. Carlo Borromeo di Milano

CCP Fondazione Poliambulanza di Brescia
CCP S. Rocco di Franciacorta di Ome
IIRCCS Istituto nazionale tumori di Milano

Regione Piemonte *

AO OIRMS- S. Anna di Torino
AO Ordine Mauriziano di Torino
AO S. Croce e Carle di Cuneo
ASL 1 e ASL 2 Ospedale Evangelico Valdese e
Ospedale Martini di Torino (ASL TO1)
ASL 4 Ospedale San Giovanni Bosco di Torino
(ASL TO2)

ASL 6 Ciriè (ASL TO4)
ASL 9 Ivrea (ASL TO4)
ASL 10 Pinerolo (ASL TO3)
ASL 11 Vercelli (ASL VC)
ASL 17 Savigliano - Saluzzo - Fossano (ASL
CN1)
ASL 19 Asti (ASL AT)

* Nel corso della sperimentazione c'è stata una riorganizzazione delle Aziende sanitarie, visibili in dettaglio al sito http://www.regione.piemonte.it/sanita/program_sanita/link_asl/index.htm

Provincia autonoma di Trento

APSS di Trento

Regione Toscana

AOU Careggi di Firenze
AOU di Pisa
AUSL 2 di Lucca

AUSL 6 di Livorno
AUSL 10 di Firenze

Regione autonoma Valle d'Aosta

AUSL della Valle d'Aosta

Regione Veneto

AO di Padova
ULSS 8 Asolo

ULSS 10 Veneto orientale
ULSS 17 Este

Tabella A1.1. Frequenza di risposta alle diverse indagini previste nella fase pre- e post- implementazione relativa alle UTI del sito pilota

Questionari	Struttura: Presidi ospedalieri		Struttura: Unità operative		Conoscenze: UO		Percezione: UO		Osservazioni dell'adesione: UO	
	Rispondenti		Rispondenti		Rispondenti		Rispondenti		Rispondenti	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
UTI del sito pilota										
pre-intervento	36	95	39	95	38	93	40	98	41	100
pre e post-interv.			34	83	28	68	37	90	41	100
<i>teorico</i>	<i>38</i>		<i>41</i>		<i>41</i>		<i>41</i>		<i>41</i>	
UTI del sito complementare										
pre-intervento	73	82	90	93	79	81	91	94	97	100
pre e post-interv.			69	71	53	55	69	71	83	86
<i>teorico</i>	<i>89</i>		<i>97</i>		<i>97</i>		<i>97</i>		<i>97</i>	

Tabella A1.2. Disponibilità di prodotti a base alcolica per la frizione delle mani e formazione pre-implementazione

Caratteristiche strutturali delle UTI del sito pilota	UTI pilota		UTI complementare	
	n	%	n	%
Numero totale di Unità operative *	39		90	
Sono sempre/a volte disponibili prodotti a base alcolica per le mani	25	64,1	56	62,2
Tipologia di dispenser presenti §				
flacone tascabile	16	41,0	17	18,9
flacone a carrello	18	46,1	34	37,8
flacone a letto	9	23,1	19	21,1
dispenser a muro	9	23,1	16	17,8
Presenza di poster ^				
tecnica lavaggio	15	38,5	31	34,4
tecnica frizione	8	20,5	15	16,7
indicazione per igiene delle mani	18	46,1	18	20,0
promozione su igiene delle mani	16	41,0	19	21,1
Presenza di programmi di formazione specifica °				
infermieri	25	64,1	49	54,4
medici	16	41,0	27	30,0

Legenda

In Allegato 4:

* vedi domanda 11

§ vedi domanda 12

^ vedi domande 17-20

° vedi domande 26-27

Tabella A1.3. Operatori che avevano già partecipato a corsi di formazione sull'igiene delle mani

Figura professionale	UTI pilota		UTI complementare	
	N. questionari	Precedente formazione (%)	N. questionari	Precedente formazione (%)
infermiere	709	41,9	1.352	44,3
medico	371	23,8	489	21,5
operatore *	109	45,7	200	46,0
altro personale **	20	44,9	43	32,6
<i>totale</i>	<i>1.209</i>	<i>36,9</i>	<i>2.084</i>	<i>38,9</i>

Legenda

* operatori di supporto all'assistenza

** tecnici, terapisti, ostetriche

Tabella A1.4. Caratteristiche strutturali delle UTI prima e dopo la campagna

Caratteristiche strutturali delle UTI	UTI pilota [§]		UTI complementare	
	pre-	post-	pre-	post-
Numero totale di Unità operative *	34		69	
Sono sempre/a volte disponibili prodotti a base alcolica per le mani	73,5	100,0	75,3	97,1
Tipologia di dispenser presenti °				
flacone tascabile	47,1	82,3	20,3	43,5
flacone a carrello	50,0	61,7	44,9	59,4
flacone a letto	26,5	38,2	26,1	40,6
dispenser a muro	26,5	23,5	17,4	23,2
Presenza di poster ^				
tecnica lavaggio	41,2	82,3	33,3	94,2
tecnica frizione	20,6	76,5	15,9	86,9
indicazione per igiene delle mani	50,0	76,5	20,3	85,5
promozione su igiene delle mani	44,1	79,4	18,8	86,9

Legenda

[§] La valutazione dei cambiamenti dopo l'intervento, relativamente alla disponibilità di prodotti a base alcolica e alla formazione, è stata limitata alle 34 UTI (87% di quelle che lo avevano compilato all'inizio della sperimentazione), che hanno risposto al questionario sulle caratteristiche delle UO anche dopo l'implementazione.

In Allegato 5:

* vedi domanda 11

° vedi domanda 12

^ vedi domande 17-20

Complessivamente, 28 UTI del sito pilota e 53 UTI del sito complementare hanno compilato il questionario sulle conoscenze degli operatori, sia prima che dopo l'implementazione della campagna. Nella fase di *follow up* si è osservata una riduzione del personale che ha risposto all'interno dei singoli reparti (i questionari nelle 28 UTI del sito pilota sono passati da 937 a 735, nelle 53 UTI del sito complementare sono passati da 1.480 a 1.371), anche se la distribuzione per figura professionale è rimasta sostanzialmente inalterata.

Tabella A1.5. Risposte delle UTI alla domanda "Qual è più frequentemente la fonte di germi responsabili delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria?"

Risposte corrette alla domanda	UTI pilota		UTI appartenenti al sito complementare	
	pre- (n = 937)	post- (n = 735)	pre- (n = 1.480)	post- (n = 1.371)
"Qual è più frequentemente la fonte di germi responsabili delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria?"				
<i>paziente</i>	28,7%	65,9%	28,2%	55,7%
"Qual è il tempo minimo necessario per un prodotto a base alcolica per eliminare la maggior parte di germi presenti sulle mani?"				
<i>20 secondi</i>	38,7%	78,6%	44,8%	81,8%

Tabella A1.6. Distribuzione delle risposte delle UTI alla domanda "Secondo te quanto sono efficaci le seguenti azioni per aumentare in maniera permanente l'igiene delle mani nella tua struttura?"

Risposte con punteggio ≥ 5 su una scala da 1 a 7 (% sui rispondenti)	UTI pilota		UTI appartenenti al sito complementare	
	pre- %	post- %	pre- %	post- %
Professionisti <i>leader</i> della tua UO sostengono e promuovono apertamente l'igiene delle mani	77,7	85,1	72,7	80,8
La struttura sanitaria rende disponibile il prodotto a base alcolica in tutti i punti di assistenza	78,0	91,4	73,0	88,7
Poster riguardanti l'igiene delle mani vengono affissi in tutti i punti di assistenza	58,5	82,3	54,8	80,1
Ogni operatore sanitario viene formato sull'igiene delle mani	74,7	88,5	72,4	89,3
Istruzioni semplici e chiare sull'igiene delle mani sono a disposizione	72,1	88,3	69,0	87,8
Gli operatori sanitari ricevono regolarmente i risultati della loro aderenza all'igiene delle mani	56,2	74,0	48,0	69,6
Tu effettui correttamente l'igiene delle mani	80,0	89,0	79,7	87,4
I pazienti sono invitati a ricordare agli operatori sanitari di effettuare l'igiene delle mani	32,6	43,9	30,7	38,5

Tabella A1.7 Adesione all'igiene delle mani (pre e post-cambiamento) per indicazione (5 momenti)

	pre- opportunità (% adesione)	post- opportunità (% adesione)	Delta (IC 95%)
UTI sito pilota			
prima del contatto con il paziente	3.376 (49,5%)	2.966 (65,5%)	+16,1 (13,7-18,5)
prima di una manovra asettica	1.233 (53,0%)	1.091 (70,8%)	+17,7 (13,8-21,6)
dopo contatto con fluidi	1.213 (70,0%)	1.069 (82,9%)	+12,9 (9,5-16,3)
dopo contatto con il paziente	3.191 (64,6%)	3.143 (76,6%)	+12,0 (9,8-14,3)
dopo contatto con l'ambiente	2.055 (45,8%)	1.875 (56,7%)	+10,9 (7,8-14,0)
UTI sito complementare			
prima del contatto con il paziente	5.821 (32,8%)	5.239 (61,7%)	+28,9 (27,1-30,7)
prima di una manovra asettica	2.325 (40,4%)	1.938 (64,5%)	+24,1 (21,2-27,0)
dopo contatto con fluidi	2.103 (56,2%)	2.158 (75,6%)	+19,5 (16,7-22,3)
dopo contatto con il paziente	5.945 (49,6%)	5.755 (74,2%)	+24,6 (22,9-26,3)
dopo contatto con l'ambiente	4.067 (32,2%)	3.520 (57,6%)	+25,4 (23,2-27,5)

Tabella A1.8. Adesione all'igiene delle mani (pre e post-cambiamento) per professione

	pre- opportunità (% adesione)	post- opportunità (% adesione)	Delta (IC 95%)
UTI sito pilota			
infermiere	6.733 (58,2%)	6.269 (73,6%)	+15,4 (13,8-17,0)
medico	1.944 (46,8%)	1.920 (58,9%)	+12,1 (9,0-15,3)
operatore *	646 (56,0%)	889 (69,5%)	+13,5 (8,6-18,4)
altro personale **	477 (46,1%)	341 (49,6%)	+3,4 (3,5-10,4)
UTI sito complementare			
infermiere	12.158 (43,6%)	11.356 (68,9%)	+25,3 (24,0-26,5)
medico	3.558 (35,0%)	3.371 (56,1%)	+21,1 (18,8-23,4)
operatore *	1.570 (35,4%)	1.519 (66,0%)	+30,6 (27,3-34,0)
altro personale *	775 (21,8%)	403 (53,6%)	+31,8 (26,1-37,5)

Legenda

* operatori di supporto all'assistenza

** tecnici, terapisti, ostetriche

Tabella A1.9. Adesione all'igiene delle mani tra figure professionali per tipo di indicazione. UTI del sito pilota

Indicazione	Figura professionale	pre- opportunità (% adesione)	post- opportunità (% adesione)	Delta (IC 95%)
Prima del contatto con il paziente	infermiere	2.179 (53,2%)	1.863 (71,1%)	+17.8 (14.9-20.8)
	medico	708 (40,3%)	648 (54,5%)	+14.2 (9.0-19.5)
	operatore *	228 (51,3%)	304 (64,8%)	+13.5 (5.1-21.9)
	altro personale **	261 (41,4%)	151 (46,4%)	+5.0 (5.0-14.9)
Prima di una manovra asettica	infermiere	1.011 (49,2%)	867 (69,3%)	+20.2 (15.8-24.5)
	medico	206 (69,9%)	199 (76,9%)	+7.0 (1.6-15.6)
	operatore *	14 (92,9%)	18 (88,9%)	-4.0 (-23.8-15.9)
	altro personale **	2 (0,0%)	7 (28,6%)	+28.6 (4.9-62.0)
Dopo il contatto con fluidi	infermiere	978 (70,1%)	823 (82,0%)	+11.9 (8.0-15.8)
	medico	152 (63,2%)	146 (82,9%)	+19.7 (9.9-29.5)
	operatore *	71 (84,5%)	91 (90,1%)	+5.6 (4.8-16.0)
	altro personale **	12 (58,3%)	9 (88,9%)	+30.6 (4.1-65.2)
Dopo il contatto con il paziente	infermiere	2.185 (67,5%)	2.116 (80,9%)	+13.4 (10.9-16.0)
	medico	649 (55,6%)	626 (65,5%)	+9.9 (4.5-15.2)
	operatore *	180 (71,7%)	267 (77,9%)	+6.2 (2.0-14.5)
	altro personale **	177 (54,8%)	134 (58,2%)	+3.4 (7.7-14.5)
Dopo il contatto con l'ambiente	infermiere	1.334 (53,4%)	1.154 (63,3%)	+10.0 (6.1-13.8)
	medico	425 (26,4%)	413 (40,7%)	+14.3 (8.0-20.6)
	operatore *	215 (43,3%)	252 (58,3%)	+15.1 (6.1-24.1)
	altro personale **	81 (29,6%)	56 (30,4%)	+0.7 (14.9-16.3)

Legenda

* operatori di supporto all'assistenza

** tecnici, terapisti, ostetriche

Tabella A1.10. Adesione all'igiene delle mani (pre e post-cambiamento) per indicazione suddiviso per figura professionale. UTI appartenenti al sito complementare

Indicazione	Figura professionale	pre- opportunità (% adesione)	post- opportunità (% adesione)	Delta (IC 95%)
Prima del contatto con il paziente	infermiere	3.718 (36,9%)	3.381 (65,6%)	+17.8 (14.9-20.8)
	medico	1.205 (28,5%)	1.201 (50,7%)	+14.2 (9.0-19.5)
	operatore *	519 (26,4%)	488 (66,2%)	+13.5 (5.1-21.9)
	altro personale **	379 (14,5%)	169 (48,5%)	+5.0 (5.0-14.9)
Prima di una manovra asettica	infermiere	1.871 (37,8%)	1.558 (63,5%)	+20.2 (15.8-24.5)
	medico	407 (53,6%)	321 (71,7%)	+7.0 (1.6-15.6)
	operatore *	35 (37,1%)	52 (55,8%)	-4.0 (-23.8-15.9)
	altro personale **	12 (16,7%)	7 (28,6%)	+28.6 (4.9-62.0)
Dopo il contatto con fluidi	infermiere	1.673 (55,9%)	1.728 (76,1%)	+11.9 (8.0-15.8)
	medico	304 (57,2%)	263 (74,5%)	+19.7 (9.9-29.5)
	operatore *	111 (58,6%)	148 (69,6%)	+5.6 (4.8-16.0)
	altro personale **	15 (46,7%)	19 (94,7%)	+30.6 (4.1-65.2)
Dopo il contatto con il paziente	infermiere	3.881 (54,9%)	3.840 (77,7%)	+13.4 (10.9-16.0)
	medico	1.208 (41,1%)	1.202 (63,6%)	+9.9 (4.5-15.2)
	operatore *	484 (46,9%)	528 (79,2%)	+6.2 (2.0-14.5)
	altro personale **	372 (24,5%)	185 (56,2%)	+3.4 (7.7-14.5)
Dopo il contatto con l'ambiente	infermiere	2.525 (37,0%)	2.233 (62,7%)	+10.0 (6.1-13.8)
	medico	772 (21,9%)	704 (41,3%)	+14.3 (8.0-20.6)
	operatore *	593 (28,8%)	513 (58,5%)	+15.1 (6.1-24.1)
	altro personale **	177 (19,2%)	70 (50,0%)	+0.7 (14.9-16.3)

Legenda

* operatori di supporto all'assistenza

** tecnici, terapisti, ostetriche

Allegato 2. Protocollo italiano sito complementare

Progetto dell'OMS

"Sfida globale per la sicurezza del paziente- Cure pulite sono cure più sicure" *Global Patient Safety Challenge - Clean Care is Safer Care*

Referente: Maria Luisa Moro, Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

Presentiamo una sintesi delle fasi principali della campagna nazionale sul Progetto dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) "Sfida globale per la sicurezza del paziente - Cure pulite sono cure più sicure (*Global Patient Safety Challenge - Clean Care is Safer Care*)", così come stabilito per l'Italia.

Il tema centrale della *Global Patient Safety Challenge (GPSC)* è "Cure pulite sono cure più sicure" (*Clean Care is Safer Care*) e le strategie attraverso le quali l'OMS si propone di ottenerla sono basate su:

1. migliorare l'igiene delle mani
2. sicurezza del sangue
3. sicurezza delle iniezioni e vaccinazioni
4. sicurezza nelle pratiche cliniche
5. sicurezza di acqua, bonifica e smaltimento dei rifiuti

Fattore chiave per raggiungere gli obiettivi della GPSC è il coinvolgimento a livello globale di politici, operatori sanitari e pazienti, per far sì che *Clean Care is Safer Care* diventi una realtà.

Obiettivo specifico dell'attuale campagna "Cure pulite sono cure più sicure" (*Clean Care is Safer Care*) è quello di ridurre le infezioni correlate all'assistenza principalmente attraverso la promozione della corretta igiene delle mani.

L'Organizzazione mondiale della sanità ha prodotto una *Guidelines on Hand Hygiene in Health Care* ("Linea guida sull'igiene delle mani nell'assistenza sanitaria (bozza avanzata)" allo scopo di fornire ad operatori sanitari, amministratori e autorità sanitarie una revisione completa delle evidenze disponibili su tale tema e informazioni dettagliate su come superare gli ostacoli. La versione finale delle LG sarà resa disponibile dopo una fase di sperimentazione in differenti contesti in tutto il mondo. La LG fornisce raccomandazioni *evidence-based* in 8 aree:

1. Indicazioni all'igiene delle mani
2. Tecnica corretta per l'igiene delle mani
3. Lavaggio chirurgico delle mani
4. Selezione e gestione dei prodotti per l'igiene delle mani
5. Cura della cute

6. Utilizzo di guanti
7. Programmi formativi e motivazionali che tengano conto anche dei fattori culturali e religiosi
8. Responsabilità istituzionali e governative

La suddetta LG è disponibile in inglese al sito *web* della GPSC ed è stata tradotta in italiano dal Ministero della salute - CCM. Verrà fornita alle Aziende sanitarie che aderiscono alla campagna italiana quanto prima.

La campagna di sperimentazione consiste nell'implementazione di questa LG, basata su di una strategia multimodale di promozione dell'igiene delle mani le cui caratteristiche sono:

1. interventi organizzativi (cambiamenti di sistema):
 - prodotto alcolico per l'igiene delle mani disponibile al punto di assistenza
 - accesso continuativo ad acqua pulita, sapone e salviette monouso
2. addestramento/formazione degli operatori sanitari e degli osservatori
3. osservazione delle pratiche di igiene delle mani & *feedback*
4. *reminder* nel luogo di lavoro (*poster*)
5. clima mirato alla sicurezza del paziente nell'istituzione
 - partecipazione attiva a livello istituzionale e individuale
 - consapevolezza individuale/istituzionale della propria capacità di produrre un cambiamento

Gli strumenti per l'implementazione delle Linee guida OMS per l'igiene delle mani sono pensati per mettere in pratica le Linee guida, assicurare soluzioni appropriate ad alcuni ostacoli nell'implementazione e supportare e facilitare la fase di sperimentazione pilota in specifiche strutture sanitarie.

L'OMS fornisce già una serie di strumenti tecnici per attivare la strategia per migliorare l'igiene delle mani, oltre alla "Guida all'implementazione" vera e propria: è possibile decidere di selezionarne solo alcuni per l'implementazione a livello locale:

- Allegato 1. Programmi OMS relativi a "Clean Care is Safer Care"
- Allegato 2. Analisi della situazione dei Paesi
- Allegato 3. Opuscolo sulle 9 raccomandazioni delle Linee guida
- Allegato 4. Il poster dei 5 momenti
- Allegato 5. Modello Facility - WHO Agreement (Accordo struttura sanitaria - OMS)
- Allegato 6. Analisi della situazione della struttura
- Allegato 7. Modello di piano d'azione
- Allegato 8. Foglio informativo 1
- Allegato 9. Foglio informativo 2
- Allegato 10. Foglio informativo 3

- Allegato 11. Foglio informativo 4
- Allegato 12. Foglio informativo 5
- Allegato 13. Foglio informativo 6
- Allegato 14. Foglio informativo 7
- Allegato 15. Strumento per pianificare la produzione di prodotti a base alcolica per la frizione delle mani e per la valutazione costi
- Allegato 16. Strumenti per la formazione
- Allegato 17. Manuale per osservatori
- Allegato 18. Opuscolo tascabile
- Allegato 19. Brochure sull'igiene delle mani
- Allegato 20. Poster su come frizionare le mani
- Allegato 21. Poster su come lavare le mani
- Allegato 22. Poster combinato su frizione/lavaggio mani
- Allegato 23. Poster sulla pulizia delle mani
- Allegato 24. Poster sull'ambiente pulito
- Allegato 25. Poster sulle pratiche di pulizia
- Allegato 26. Poster sui prodotti per la pulizia
- Allegato 27. Pulizia dei dispositivi
- Allegato 28. Modello di lettera al coordinatore infermieristico/personale medico
- Allegato 29. Opuscolo di patrocinio della strategia
- Allegato 30. Indagine sulla percezione presso i dirigenti ospedalieri
- Allegato 31. Indagine sulla percezione presso gli operatori sanitari
- Allegato 32. Indagine sulla struttura della Unità Operativa
- Allegato 33. Indagine sul consumo di sapone e prodotti per mani
- Allegato 34. Indagine sull'osservazione dell'igiene delle mani
- Allegato 35. Indagine sulle conoscenze degli operatori sanitari
- Allegato 36. Utilizzo di Epi Info
- Allegato 37. Schema di rapporto riassuntivo sui dati rilevati nella valutazione iniziale e di *follow up*
- Allegato 38. Formula consigliata per l'antisepsi delle mani - Guida alla produzione locale
- Allegato 39. Indagine sulla tollerabilità e sull'accettabilità dei prodotti a base alcolica

Parte di questi strumenti verranno tradotti dal Ministero della salute - CCM in collaborazione con la Regione Emilia-Romagna e la Regione Friuli Venezia Giulia e resi disponibili alle Aziende che aderiscono al progetto, secondo quanto concordato.

Per il Protocollo "italiano" di partecipazione alla sperimentazione è stato deciso quanto segue.

Attività e relativi strumenti di minima per tutti

- Preparazione della struttura e analisi struttura pre-post
 - Acquisizione di soluzioni alcoliche per l'igiene delle mani
 - Formazione e addestramento degli osservatori e del personale di reparto
 - Distribuzione di poster, opuscoli e *reminder*
 - Osservazione della *compliance* prima e dopo
 - Questionario conoscenza e percezione del personale prima e dopo intervento
 - Valutazione del consumo di sapone e prodotti a base alcolica, acqua e salviette prima e dopo
 - Test di tollerabilità dei prodotti
 - Tassi di infezioni (nelle realtà in cui esiste un sistema di sorveglianza già attivo e in quelle che intendono implementarlo, in particolare per le chirurgie che intendono anche aderire al protocollo di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico promosso sempre nell'ambito del Progetto INF-OSS)
- Reparti di minima:
 - almeno 1, preferibilmente 2, appartenente all'area di Unità di terapia intensiva (1^a scelta) e/o chirurgia e/o oncoematologia/trapianti
 - Pre-requisiti per aderire:
 - 1 lavandino ogni 10 letti nel reparto incluso nella sperimentazione
 - 1 computer su cui sia possibile installare Epi Info, accesso a Internet, stampante
 - Personale ICI dedicato prevalentemente al progetto
 - Disponibilità di risorse per acquistare prodotti a base alcolica

Il progetto "**Cure pulite equivalgono a cure più sicure**" si sviluppa sostanzialmente in 5 fasi:

1. di preparazione (3 mesi)
2. di valutazione iniziale (2-3 mesi)
3. di implementazione della campagna (3 mesi)
4. di valutazione al *follow up* (2-3 mesi)
5. di revisione (2-3 mesi)

Vedi tabella di sintesi.

	Fase 1 Preparazione della struttura (3 mesi)	Fase 2 Valutazione iniziale (2-3 mesi)	Fase 3 Implementazione (3 mesi)	Fase 4 Valutazione al <i>follow up</i> e <i>feedback</i> (2-3 mesi)	Fase 5 Sviluppo di un piano d'azione e di un ciclo di revisione continuo (2-3 mesi)
Fase 1 Preparazione della struttura	Attività <ul style="list-style-type: none"> • Identificare il coordinatore • Identificare le persone/i gruppi <i>leader</i> • Pianificare le attività 	Attività VALUTAZIONE INIZIALE <ul style="list-style-type: none"> • Indagine percezione dei dirigenti • Indagine percezione operatori sanitari • Indagine strutturale reparto • Osservazioni igiene delle mani • Consumo di sapone e prodotti alcolici prima dell'implementazione 	Attività <ul style="list-style-type: none"> • Avvio della campagna • Gioco di ruolo per dirigenti medici e infermieri • <i>Feedback</i> dei dati di valutazione iniziale • Distribuzione dei poster OMS • Distribuzione dei prodotti alcolici per igiene mani • Distribuzione delle <i>brochure/opuscoli/gadget</i> • Formazione degli operatori sanitari (presentazione in <i>powerpoint</i> e <i>brochure/opuscolo</i> OMS sull'igiene delle mani) • Addestramento pratico degli operatori • Informazione al paziente e promozione della sua partecipazione • Test di tollerabilità dei prodotti 	Attività VALUTAZIONE NEL <i>FOLLOW UP</i> <ul style="list-style-type: none"> • Indagine sulle conoscenze degli operatori • Indagine sulla percezione dei dirigenti • Indagine sulla percezione degli operatori + valutazione della campagna • Analisi della situazione della struttura • Osservazione igiene delle mani • Consumo mensile di sapone/prodotti per l'igiene della mani • Valutazione di costo-efficacia • <i>Input</i> dei dati e analisi • <i>Feedback</i> dei dati 	Attività <ul style="list-style-type: none"> • Attenta valutazione dei risultati • Piano di azione in 5 anni • Considerare <i>scale up</i>
Fase 2 valutazione iniziale	<ul style="list-style-type: none"> • Definire i bisogni locali • Analisi della situazione locale • Lettere a coordinatore infermieristico e Direttore UO 	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione dei costi • Reperimento prodotti sul mercato o avvio produzione • <i>Input</i> dei dati e analisi • Piano di implementazione e revisione 			
Fase 3 Implementazione	<ul style="list-style-type: none"> • Formazione degli osservatori • Decisione se acquistare i prodotti per l'igiene della mani o produrli utilizzando l'apposito strumento 				
Fase 4 Valutazione al <i>follow up</i> e <i>feedback</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Valutare la dotazione di computer • Addestramento sull'<i>input</i> di dati e analisi 				
Fase 5 Sviluppo di un piano d'azione e di un ciclo di revisione continuo					

Le fasi della campagna italiana e gli strumenti necessari

1. Fase di preparazione (gennaio e febbraio 2007)

Attività

Identificare il coordinatore; identificare le persone/i gruppi rilevanti; pianificare le attività; definire i bisogni locali; analisi della situazione locale; lettere a caposala e responsabili UO; formazione degli osservatori (seminario nazionale di Napoli); decisione se acquistare i prodotti per l'igiene della mani o produrli utilizzando l'apposito strumento; valutare la dotazione di computer; addestramento sull'input di dati e analisi

Gli strumenti necessari per svolgere tali attività sono:

1. Guida all'implementazione
2. Accordo tra struttura e OMS (inviato e da restituire quanto prima) (Allegato 5)
3. Strumenti per la formazione degli osservatori e dei facilitatori/tutor (Allegato 16)
4. Analisi della situazione della struttura (Allegato 6)
5. Modello di lettera al coordinatore infermieristico/personale medico (Allegato 28)
6. Formula per l'antisepsi delle mani e il foglio informativo (Allegato 38 e Allegati 12 + 15)

2. Fase di valutazione iniziale (marzo-aprile 2007 oppure maggio-giugno 2007)

Attività

Indagine percezione operatori sanitari; indagine strutturale Unità operativa/reparto; osservazioni igiene delle mani; consumo di sapone e prodotti a base alcolica prima dell'implementazione; reperimento prodotti sul mercato o avvio produzione; input dei dati e analisi; piano di implementazione e revisione

Strumento	Utilizzo durante la fase 2		
Indagine sulla percezione dei dirigenti ospedalieri (situazione di base)	Settimana 1		
Indagine sulla percezione del personale sanitario (situazione di base)	Settimana 1		
Indagine sulla struttura della Unità operativa (situazione di base)		Settimana 2	
Dati sul consumo di sapone/soluzione alcolica per mani (situazione di base)			Fine della fase 2
Modulo di osservazione sull'igiene delle mani (situazione di base)			Fine della fase 2
Indagine sulle conoscenze del personale sanitario (situazione di base)			Ultima settimana della fase 2 o immediatamente prima della sessione formativa

Gli strumenti necessari per svolgere tali attività sono:

1. Modello di Piano di azione (Allegato 7)
2. Indagine sulla percezione presso i dirigenti (Allegato 30)
3. Indagine sulla percezione presso gli operatori sanitari (Allegato 31)
4. Indagine sulla struttura dell'UO/reparto (Allegato 32)
5. Indagine sul consumo di sapone e prodotti a base alcolica (Allegato 33)
6. Scheda sull'osservazione dell'igiene delle mani (Allegato 34)
7. Indagine sulle conoscenze degli operatori sanitari (Allegato 35)
8. Tassi di infezioni (per chi li possiede)
9. Utilizzo di Epi Info (Allegato 36)
10. Schema di rapporto riassuntivo dei dati (Allegato 37)

Il coordinatore deve verificare periodicamente lo stato del progetto con il personale predisposto alle osservazioni e addetto alla raccolta dei moduli e dei questionari. In tale fase è necessario anche eseguire l'inserimento dei dati e fare una prima analisi per la *feedback* agli operatori.

Entro la fine della Fase 2 tutti coloro che hanno seguito i programmi di formazione (facilitatori/tutor) devono riunirsi per concordare l'organizzazione della formazione destinata al personale delle UO, prevista per la Fase 3.

3. Fase di implementazione (maggio-luglio 2007 oppure settembre-novembre 2007)

Attività

Avvio della campagna; *feedback* dei dati di valutazione iniziale; distribuzione dei poster OMS; distribuzione dei prodotti alcolici per igiene mani; distribuzione delle brochure/*opuscoli/gadget*; formazione degli operatori sanitari (presentazione in Powerpoint e brochure/opuscolo OMS sull'igiene delle mani); addestramento pratico degli operatori; test di tollerabilità dei prodotti.

La sequenza delle azioni previste dal programma di implementazione nella Fase 3 è la seguente. Il coordinatore deve tenere presente tale sequenza e adattarla alle esigenze locali. In sintesi dovrebbero essere attivato quanto segue:

- Distribuzione di poster
- Distribuzione di prodotti a base alcolica
- Distribuzione di altro materiale OMS dal *pilot implementation pack* (kit di implementazione pilota)
- Formazione del personale della struttura
- Addestramento del personale della struttura
- Osservazione dell'adesione all'igiene delle mani (se possibile)

In coincidenza con l'avvio ufficiale dell'azione di implementazione è possibile organizzare un evento di alto profilo, che preveda diverse attività utili a coinvolgere il personale di tutta la struttura. Tali attività sono riportate nel piano d'azione.

Gli strumenti necessari per svolgere tali attività sono:

1. Opuscolo sulle 9 raccomandazioni (Allegato 3)
2. Poster dei 5 momenti (Allegato 4)
3. Fogli informativi (Allegati da 8 a 14)
4. Opuscolo tascabile (Allegato 18)
5. *Brochure* su igiene mani (Allegato 19)
6. Poster come frizionare (Allegato 20)
7. Poster come lavare (Allegato 21)
8. Poster combinato lavaggio/frizione (Allegato 22)
9. Poster su pulizia mani (Allegato 23)
10. Opuscolo patrocinio (Allegato 29)
11. Indagine sulla tollerabilità prodotto alcolico (Allegato 38)
12. Scheda sull'osservazione dell'igiene delle mani (Allegato 34)
13. Tutti i questionari utilizzati nella fase 2 di valutazione iniziale (Allegati da 30 a 37) e i tassi di infezione
14. Strumenti per la formazione del personale medico e infermieristico operante nelle Unità operative scelte per l'implementazione della strategia (Allegato 16 eventualmente adattato)

Nel corso dell'implementazione si consiglia di effettuare osservazioni mensili per fornire alla struttura sanitaria i risultati ottimali per il miglioramento (se fattibile) e la sorveglianza continua delle infezioni (se già in atto). Se il tempo e le risorse sono limitate, tuttavia, effettuare le osservazioni solo durante la Fase 2 e 4.

Dopo l'introduzione del nuovo prodotto a base alcolica il protocollo richiede almeno una rilevazione sulla sua tollerabilità dopo 3-5 giorni consecutivi di utilizzo esclusivo dello stesso e una dopo un mese di utilizzo di routine.

4. Fase di valutazione al follow up (agosto-ottobre 2007 oppure dicembre 2007-febbraio 2008)

Attività

Indagine sulle conoscenze degli operatori; indagine sulla percezione degli operatori + valutazione della campagna; analisi della situazione della struttura; consumo mensile di sapone/prodotti per l'igiene della mani; osservazione dell'igiene delle mani, input dei dati e analisi; *feedback* dei dati

Scopo di questa fase è misurare l'impatto a breve termine delle varie azioni implementate nella Fase 3 e monitorare il processo continuativo di miglioramento dell'igiene delle mani.

L'indicatore principale è la osservanza/adesione alle pratiche oggetto di implementazione tra gli operatori sanitari, che riflette l'effetto di una vasta gamma di interventi che puntano a migliorare l'igiene delle mani.

È importante sapere che durante la Fase 4 vanno continuate le attività di miglioramento dell'igiene delle mani in base al piano d'azione locale.

In generale viene nuovamente utilizzata la maggior parte degli strumenti della Fase 2, come illustrato nella tabella seguente:

Strumento	Utilizzo durante la fase 4		
Indagine sulla percezione dei dirigenti (<i>follow up</i>)		Settimana 2	
Indagine sulla percezione degli operatori e campagna di valutazione (<i>follow up</i>)		Settimana 3	
Indagine sulla struttura della Unità operativa (<i>follow up</i>)		Settimana 2	
Dati sul consumo di sapone/prodotto alcolico per mani (<i>follow up</i>)	Continuativo (mensile)		
Modulo di osservazione sull'igiene delle mani (<i>follow up</i>)			Settimana 4
Indagine sulle conoscenze del personale sanitario (<i>follow up</i>)	Settimana 1		
Analisi della situazione della struttura		Settimana 2	
Informazioni costi-benefici			Settimana 4

Gli strumenti necessari per svolgere tali attività sono gli stessi della fase 2:

1. Indagine sulla percezione presso i dirigenti (Allegato 30)
2. Indagine sulla percezione presso gli operatori sanitari (Allegato 31)
3. Indagine sulla struttura dell'UO/reparto (Allegato 32)
4. Indagine sul consumo di sapone e prodotti a base alcolica (Allegato 33)
5. Scheda sull'osservazione dell'igiene delle mani (Allegato 34)
6. Indagine sulle conoscenze degli operatori sanitari (Allegato 35)
7. Tassi di infezioni (per chi li possiede già)
8. Utilizzo di Epi Info (Allegato 36)
9. Schema di rapporto riassuntivo dei dati (Allegato 37)

Indicatori essenziali del successo

Il successo della strategia in questa fase dovrebbe essere evidente dai miglioramenti di tutte le attività misurate, dei comportamenti degli operatori e dalla loro percezione. Gli indicatori di successo sono elencati di seguito:

- miglioramento nell'adesione all'igiene delle mani
- miglioramento delle caratteristiche della struttura per quanto concerne il controllo delle infezioni/dell'igiene delle mani
- incremento nell'uso dei prodotti per l'igiene delle mani
- migliore percezione dell'igiene delle mani

Sarà utilizzata l'indagine sulla percezione per ottenere *feedback* aggiuntivi dagli operatori sanitari rispetto a tutti gli strumenti:

- migliore conoscenza sull'igiene delle mani
- riduzione delle ICA

Alcune strutture potrebbero disporre già di un sistema valido e consolidato per valutare la diffusione delle ICA. In tal caso questo sistema fornirà i dati utili alla valutazione di *trend* e tassi specifici prima e dopo l'implementazione della strategia di igiene delle mani.

Questi dati rappresentano l'indicatore più affidabile per valutare l'efficacia di tale strategia.

5. Fase di revisione

(novembre-dicembre 2007 oppure marzo-aprile 2008)

Attività

Attenta valutazione dei risultati; Piano di azione in 5 anni; considerare *scale up*.

Per sostenere nel tempo il miglioramento realizzato, si consiglia un periodo minimo di cinque anni di monitoraggio della situazione e pianificazione di eventuali interventi.

Le strategie di miglioramento dell'igiene delle mani non possono restare immutate nel tempo e vanno aggiornate periodicamente. La revisione dei dati analizzati e l'analisi dei progressi ottenuti saranno la base per pianificare interventi ulteriori all'interno della struttura o in una rete di strutture a livello regionale o nazionale.

Il Coordinamento a livello nazionale si occuperà di costruire un *database* nazionale, fare una analisi dei dati comparativi tra ospedali e preparare un report finale con i dati e i commenti delle aziende sanitarie.

Allegato 3. Elenco degli strumenti utilizzati durante la sperimentazione OMS

Linee guida dell'Organizzazione mondiale della sanità sull'igiene delle mani nell'assistenza sanitaria (bozza avanzata)

Guida all'implementazione della strategia multimodale dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS)

Allegati forniti dalla Guida all'implementazione

- Allegato 1. Programmi OMS relativi a "Clean Care is Safer Care"
- Allegato 2. Analisi della situazione dei Paesi
- Allegato 3. Pieghevole sulle 9 raccomandazioni delle Linee guida
- Allegato 4. Il poster dei 5 momenti
- Allegato 5. Accordo struttura OMS
- Allegato 6. Analisi della situazione della struttura
- Allegato 7. Modello di piano d'azione
- Allegato 8. Foglio informativo 1
- Allegato 9. Foglio informativo 2
- Allegato 10. Foglio informativo 3
- Allegato 11. Foglio informativo 4
- Allegato 12. Foglio informativo 5
- Allegato 13. Foglio informativo 6
- Allegato 14. Foglio informativo 7
- Allegato 15. Strumento per pianificare la produzione di prodotti a base alcolica per la frizione delle mani e per la valutazione costi
- Allegato 16. Strumenti per la formazione
- Allegato 17. Manuale per gli osservatori
- Allegato 18. Opuscolo tascabile sull'igiene delle mani
- Allegato 19. Brochure sull'igiene delle mani
- Allegato 20. Poster su come frizionare le mani
- Allegato 21. Poster su come lavare le mani
- Allegato 22. Poster combinato su frizione/lavaggio mani
- Allegato 23. Poster sulla pulizia delle mani

- Allegato 24. Poster sull'ambiente pulito
- Allegato 25. Poster sulle pratiche di pulizia
- Allegato 26. Poster sui prodotti per la pulizia
- Allegato 27. Pulizia dei dispositivi
- Allegato 28. Modello di lettera al coordinatore infermieristico/personale medico
- Allegato 29. Opuscolo di patrocinio della strategia
- Allegato 30. Indagine sulla percezione presso i dirigenti ospedalieri
- Allegato 31. Indagine sulla percezione presso gli operatori sanitari
- Allegato 32. Indagine sulla struttura della Unità Operativa
- Allegato 33. Indagine sul consumo di sapone e prodotti per mani
- Allegato 34. Scheda per l'osservazione dell'igiene delle mani
- Allegato 35. Indagine sulle conoscenze degli operatori sanitari
- Allegato 36. Utilizzo di Epi Info
- Allegato 37. Schema di rapporto riassuntivo sui dati rilevati nella valutazione iniziale e di *follow up*
- Allegato 38. Formula consigliata per l'antisepsi delle mani - Guida alla produzione locale
- Allegato 39. Indagine sulla tollerabilità e sull'accettabilità dei prodotti per la frizione delle mani a base alcolica

Software Epi Info

Filmato DVD

Allegato 4. Questionario di struttura



Allegato 6

Analisi della situazione a livello della struttura² - OMS

Codice identificativo dell'Azienda/struttura _____

LEGENDA PER LE RISPOSTE		5	4	3	2	1
Completamente implementato		5				
Priorità assegnata ed è documentabile che sono state intraprese azioni		4				
Priorità assegnata, ma nessuna azione intrapresa		3				
In fase di discussione, ma nessuna decisione di azione		2				
Nessuna discussione riguardo questa attività		1				
LEADERSHIP & STRATEGIA						
È stata individuata una figura dirigenziale responsabile della sicurezza del paziente						
La sicurezza del paziente è chiaramente articolata nella strategia dell'organizzazione						
È attivo un comitato per il controllo delle infezioni						
Il comitato per il controllo delle infezioni organizza incontri regolari (almeno ogni 6 mesi)						
Il miglioramento dell'adesione all'igiene delle mani costituisce una priorità all'interno dell'Azienda						
RISORSE E FINANZIAMENTI						
La struttura ha implementato linee guida sul controllo delle infezioni						
Le linee guida sul controllo delle infezioni sono basate su linee guida del CDC o dell'OMS o, in alternativa, su linee guida nazionali						
La struttura ha implementato linee guida sull'igiene delle mani						
Le linee guida sull'igiene delle mani sono basate su linee guida del CDC o dell'OMS						
Esiste un medico deputato al controllo delle infezioni	SI				NO	
C'è almeno un infermiere deputato al controllo delle infezioni	SI				NO	
Esiste un laboratorio di microbiologia presso la Struttura	SI				NO	
Il laboratorio di microbiologia è usato per le attività di controllo delle infezioni (screening, indagini di epidemia, individuazione di resistenza agli antimicrobici)						
È stato assegnato un budget indirizzato alle attività di sicurezza dei pazienti	SI				NO	
Se sì, il budget viene impiegato per fornire formazione teorica e pratica sulle problematiche inerenti la sicurezza dei pazienti						
Il budget per la sicurezza del paziente è usato per materiale educativo per il personale come ad esempio manifesti ed adesivi						
Il budget per la sicurezza del paziente è usato per una campagna finalizzata a coinvolgere i pazienti nella sicurezza del paziente (ad esempio materiale per l'educazione del paziente)						
È stato assegnato un budget specifico per le attività di controllo delle infezioni	SI				NO	
Se sì, il budget per il controllo delle infezioni include gli stipendi per il personale addetto al controllo delle infezioni						
Il budget include i costi per la formazione teorica e pratica del personale addetto al controllo delle infezioni						
Il budget copre le spese extra per gli interventi di controllo delle infezioni e per il materiale tecnico, come ad esempio soluzione a base alcolica per la frizione delle mani, soluzioni per la disinfezione delle superfici, sistemi a circuito chiuso per la raccolta urine, sistemi a circuito chiuso per l'aspirazione tracheale, ecc						
Il budget copre le spese extra legate alle precauzioni di isolamento, come i dispositivi di protezione individuale del personale						

² Se partecipano alla campagna più strutture della stessa Azienda sanitaria, compilare un questionario per ciascuna delle strutture partecipanti; nel caso in cui il programma di controllo delle infezioni sia gestito a livello aziendale, compilare una sola volta le prime due sezioni del questionario (quelle relative al Programma di controllo delle infezioni).

"Cure pulite sono cure più sicure" - Rapporto finale della campagna nazionale OMS
Allegati

I costi conseguenti a infezioni associate all'assistenza sanitaria sono coperti dall'azienda sanitaria	SI			NO
I costi conseguenti a infezioni associate all'assistenza sanitaria sono coperti da una compagnia di assicurazione	SI			NO
I costi conseguenti a infezioni associate all'assistenza sanitaria sono coperti da un sistema di finanziamento nazionale	SI			NO
I costi conseguenti a infezioni associate all'assistenza sanitaria sono coperti dal paziente	SI			NO
CLIMA & CULTURA PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE, E COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE				
Il personale è incoraggiato a mettere in evidenza le esigenze / insuccessi / errori nel Controllo delle Infezioni e Sicurezza del Paziente				
Il personale ha la possibilità di farlo senza essere penalizzato (un ambiente libero da biasimo o "giusto")				
L'Azienda fornisce informazioni ai pazienti per aiutarli a comprendere il loro ruolo di partner nella sicurezza del paziente				
L'Azienda fornisce informazioni ai pazienti per aiutarli a comprendere l'importanza dell'igiene delle mani durante l'erogazione dell'assistenza sanitaria				
Se viene promosso l'utilizzo di prodotti a base alcolica per la frizione delle mani, nell'ambito della strategia di implementazione si sono prese in considerazione potenziali barriere religiose				
I pazienti sono incoraggiati a chiedere agli operatori sanitari di eseguire l'igiene delle mani				
CONTROLLI INGEGNERISTICI E DELL'AMBIENTE				
Gli operatori sanitari hanno accesso continuo alla fornitura di acqua pulita in tutte le aree				
È disponibile acqua corrente in tutti i dipartimenti dove avvengono procedure / assistenza al paziente				
Gli operatori sanitari hanno accesso agli elementi necessari per eseguire il lavaggio delle mani - Acqua				
Gli operatori sanitari hanno accesso agli elementi necessari per eseguire il lavaggio delle mani - Sapone				
Gli operatori sanitari hanno accesso agli elementi necessari per eseguire il lavaggio delle mani - Salviette di carta				
Gli operatori sanitari hanno accesso agli elementi necessari per eseguire il lavaggio delle mani - Salviette di stoffa				
All'interno della struttura viene utilizzato un prodotto a base alcolica per la frizione delle mani				
Il Prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è prodotto secondo la formula raccomandata dall'OMS	SI			NO
Il Prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è prodotto all'interno dell'Azienda	SI			NO
Il Prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è prodotto da una società locale	SI			NO
Un Prodotto a base alcolica per la frizione delle mani, conforme alle norme microbiologiche internazionali (EN o ASTM), è acquistato sul mercato	SI			NO
I Prodotti a base alcolica per la frizione delle mani sono prontamente disponibili nel Punto di Assistenza / vicino al paziente - ad esempio di fianco al letto	SI			NO
I Prodotti a base alcolica per la frizione delle mani sono prontamente disponibili per ogni operatore sanitario - in confezioni tascabili individuali	SI			NO
FORMAZIONE TEORICA E PRATICA				
Esiste un programma di formazione sul controllo delle infezioni				
La formazione sul controllo delle infezioni è obbligatoria per tutto il personale				
Agli operatori sanitari è offerta una formazione continua sul controllo delle infezioni				
PROMOZIONE				
Si promuove l'utilizzo del prodotto a base alcolica per la frizione delle mani presso i Punti di Assistenza / in prossimità del paziente				
Opuscoli tascabili sull'igiene delle mani sono distribuiti agli operatori sanitari				
Agli operatori sanitari sono distribuiti altri gadgets promozionali (ad esempio adesivi) sull'igiene delle mani				
Promemoria (manifesti) riguardanti i principi del controllo delle infezioni sono ben visibili alle pareti delle Unità Operative				
Promemoria (manifesti) riguardanti l'igiene delle mani sono ben visibili alle pareti delle Unità Operative				
MONITORAGGIO & VALUTAZIONE				
Esiste un sistema per segnalare eventi avversi / incidenti durante l'assistenza al paziente				
Esiste un sistema per segnalare infezioni associate all'assistenza sanitaria				
Il sistema di sorveglianza sulle infezioni associate all'assistenza sanitaria è basato su definizioni standardizzate				
I dati specifici per unità operativa sui tassi delle infezioni associate all'assistenza sanitaria sono trasmessi alle Unità Operative				
La prescrizione di antibiotici è monitorata e valutata				
L'uso di prodotto a base alcolica per la frizione delle mani è misurato				
Sono condotte indagini per osservare la <i>compliance</i> alle pratiche di igiene delle mani				
Si eseguono campioni ambientali per il controllo delle infezioni				
Vengono monitorati i costi aggiuntivi secondari alle infezioni associate all'assistenza sanitaria				
Viene valutato l'impatto di programmi educativi				

DATI DEMOGRAFICI

Per meglio comprendere i differenti approcci a "Clean Care" nel mondo, La invitiamo a rispondere alle seguenti domande:

TIPO DI STRUTTURA:

<input type="checkbox"/> Generale	<input type="checkbox"/> Universitaria	<input type="checkbox"/> Privata	<input type="checkbox"/> Cure per acuti	<input type="checkbox"/> Lungodegenza
-----------------------------------	--	----------------------------------	---	---------------------------------------

NUMERO DI POSTI LETTO: _____

NUMERO DI RICOVERI ANNUALI: _____

NUMERO DI GIORNATE DI DEGENZA ANNUALI: _____

DISCIPLINE (barrare tutte quelle presenti) :

<input type="checkbox"/> Medicina generale	<input type="checkbox"/> Medicina specialistica*	<input type="checkbox"/> Chirurgia generale	<input type="checkbox"/> Chirurgia specialistica**
<input type="checkbox"/> Terapia intensiva	<input type="checkbox"/> Pronto soccorso	<input type="checkbox"/> Ostetricia e ginecologia	<input type="checkbox"/> Pediatria
<input type="checkbox"/> Riabilitazione/Lungodegenza	<input type="checkbox"/> Geriatria	<input type="checkbox"/> Radiologia/radioterapia	<input type="checkbox"/> Ambulatori/Day hospital
<input type="checkbox"/> Laboratorio	<input type="checkbox"/> Centro trasfusionale/ immunoematologia	<input type="checkbox"/> Altro (spec.) _____	

* es. Neurologia, Cardiologia, Oncologia, ecc ; **es. Neurochirurgia, Cardiochirurgia, ortopedia ecc

PERSONALE DELLA STRUTTURA:

Numero totale di dipendenti _____ Numero totale di operatori sanitari _____

Medici _____ Studenti in Medicina _____ Medici addetti al controllo delle infezioni _____

Infermieri _____ Allievi infermieri _____ Infermieri addetti al controllo delle Infezioni _____

Operatori di supporto all'assistenza/ Inservienti / Personale ausiliario _____

Personale di laboratorio _____ Personale addetto alla Microbiologia _____

Farmacisti _____ Tecnici farmacisti _____ Dirigenti / Amministrativi _____

INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI

La struttura è interessata a implementare un lavoro di miglioramento riferito alle altre componenti di Clean Care is a Safer Care: (per cortesia segnare)

<input type="checkbox"/> Sicurezza delle trasfusioni di sangue	<input type="checkbox"/> Procedure di emergenza e chirurgiche	<input type="checkbox"/> Sicurezza delle iniezioni e vaccinazioni	<input type="checkbox"/> Sicurezza dell'acqua e servizi igienici (bonifica)
--	---	---	---

INFORMAZIONI SUI COMPUTERS DISPONIBILI PER IL PROGRAMMA

Tipo di computer: PC Apple

Se PC: - Microprocessore: _____ - Sistema operativo: _____

- RAM: _____ - Spazio del hard disk: _____

INFORMAZIONI SULL'USO DI EPI INFO

Utilizza o ha utilizzato Epi Info 6 per Dos? sì no

Utilizza Epi Info per Windows? sì no

Denominazione dell'Azienda sanitaria: _____
Denominazione della Struttura: _____
Stato: ITALIA Regione: _____
Completato da: _____ Qualifica: _____
Indirizzo e-mail: _____ N. telefono: _____
Data: _____

Sono state adottate dall'OMS tutte le precauzioni ragionevoli per verificare le informazioni contenute in questo foglio. Tuttavia il materiale divulgato è stato distribuito senza garanzie di nessun tipo, né espresse né implicite. La responsabilità dell'interpretazione e dell'utilizzo del materiale è del lettore. L'OMS non sarà ritenuta responsabile di alcun danno derivante dal suo utilizzo.

Allegato 5. Questionario di Unità operativa

**WORLD ALLIANCE
for PATIENT SAFETY**



Allegato 32

Codice Identificativo struttura: _____

Questionario sulle *caratteristiche strutturali dell'Unità Operativa* per l'igiene delle mani

1. Data: _____ 2. Struttura: _____
3. Servizio/reparto: _____ 4. Unità Operativa _____
5. Disciplina (scegliere la disciplina più vicina a quella della vostra UO):
- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medicina generale | <input type="checkbox"/> Medicina di alta specialità | <input type="checkbox"/> Chirurgia generale | <input type="checkbox"/> Chirurgia di alta specialità |
| <input type="checkbox"/> Terapia Intensiva | <input type="checkbox"/> Pronto soccorso | <input type="checkbox"/> Ostetricia e ginecologia | <input type="checkbox"/> Pediatria |
| <input type="checkbox"/> Riabilitazione/Lungodegenza | <input type="checkbox"/> Geriatria | <input type="checkbox"/> Radiologia/radioterapia | <input type="checkbox"/> Ambulatori/Day hospital |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio | <input type="checkbox"/> Centro trasfusionale/
immunematologia | <input type="checkbox"/> Altro (spec.) _____ | |
6. Qualifica della persona che compila il questionario:
- Coordinatore infermieristico Direttore di UO Coordinatore dello studio Vice coordinatore studio
- Altro membro del team
7. Numero di operatori sanitari nella UO: Infermieri: _____ Medici: _____ Operatori supporto assistenza: _____
8. L'acqua è regolarmente disponibile? Sempre A volte Raramente Mai
9. L'acqua disponibile è acqua corrente? Sì No
10. L'acqua è pulita? Sì No Non so
11. Sono disponibili prodotti a base alcolica per le mani? Sempre A volte Raramente Mai
12. Se sì, quali tipi di contenitori per prodotti sono disponibili? (più risposte possibili)
- Flacone tascabile Flacone a carrello/strumentazione Flacone al letto Dispenser a muro
13. Se sono disponibili dispenser a muro, sono a portata di mano nel punto di assistenza*, ad esempio vicino al letto del paziente? Sì No
14. C'è un responsabile del riempimento o della sostituzione dei contenitori vuoti? Sì No
15. Se disponibili, le confezioni tascabili sono disponibili per tutti gli operatori sanitari?
- Sempre A volte Raramente Mai
16. Se disponibili, gli altri tipi di dispenser di prodotto per mani vengono sostituiti quando sono vuoti?
- Sempre A volte Raramente Mai
17. Accanto a ogni lavabo sono affissi poster che illustrano le tecniche di lavaggio delle mani? Sì No
18. Presso ogni punto di assistenza* sono affissi poster che illustrano la tecnica di frizione delle mani? Sì No

L'OMS ringrazia l'Ospedale Universitario di Ginevra (HUG), in particolare i membri del programma per il controllo delle infezioni per la loro attiva partecipazione alla realizzazione di questo materiale.

Questionario sulla struttura dell'UO

Genesio 2007

"Cure pulite sono cure più sicure" - Rapporto finale della campagna nazionale OMS
Allegati

19	Presso ogni punto di assistenza* sono affissi poster con le indicazioni sull'igiene delle mani?	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
20	In questa UO vi sono poster promozionali (con fumetti, foto, slogan) sull'igiene delle mani?	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
21	In questa UO sono disponibili linee guida scritte con raccomandazioni sull'igiene delle mani?	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
22	In questa UO sono disponibili guanti usa e getta?	<input type="radio"/> Sempre <input type="radio"/> A volte <input type="radio"/> Raramente <input type="radio"/> Mai
23	In questa UO ci sono scorte di guanti?	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
24	In questa UO vengono periodicamente effettuati audit dell'adesione all'igiene delle mani?	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
25	Se sì, con quale frequenza?	<input type="radio"/> Almeno 1 volta l'anno <input type="radio"/> Almeno 1 volta ogni due anni <input type="radio"/> Con minor frequenza
26	Le infermiere di questa UO hanno ricevuto formazione specifica sull'igiene delle mani negli ultimi due anni?	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
27	Il personale medico di questa UO ha ricevuto formazione specifica sull'igiene delle mani negli ultimi due anni?	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No

Controllate ora ogni stanza o area della UO in cui viene erogata l'assistenza sanitaria, come i punti di assistenza *, e completate la tabella seguente.

	Stanza n/ ID	N. totale di letti nella stanza/area	N. di letti con prodotto a base alcolica in posizione raggiungibile	N. di lavabi in questa stanza/area	N. di lavabi con acqua pulita, sapone e salviette	N. totale di dispenser per prodotto a base alcolica in questa stanza/area	N. di dispenser funzionanti e pieni	N. di operatori sanitari incontrati	N. di operatori sanitari incontrati con confezioni tascabili di prodotto a base alcolica
A) Stanze dei pazienti in reparto									
	1								
	2								
	3								
	4								
	5								
	6								
	7								
	8								
	9								
	10								
	11								
	12								
	13								
	14								
	15								
B) Ambienti in cui vengono effettuati trattamenti sanitari (ambulatori, strutture per il day hospital, ecc).									
	1								
	2								
	3								
	4								
	5								
C) Corridoi e altre aree con punti di assistenza*									
	1								
	2								
	3								
	4								
	5								
	TOT								

TOT: totale; N. = numero

*Punto di assistenza: il luogo in cui si trovano contemporaneamente il paziente e l'operatore sanitario e in cui si effettua la cura o il trattamento con contatto con il paziente.

L'OMS ringrazia l'Ospedale Universitario di Ginevra (HUG), in particolare i membri del programma per il controllo delle infezioni per la loro attiva partecipazione alla realizzazione di questo materiale.

Questionario sulla struttura dell'UO

Allegato 6. Scheda di osservazione



SCHEDA DI OSSERVAZIONE

Regione _____		Città _____		Ospedale _____		ID Struttura _____					
Osservatore (iniziali) _____				Periodo-No. _____		Dipartimento _____					
Data (gg.mm.anno) _____		Inizio/Fine (hh:mm) _____ / _____		Sessione-No. _____		Unità Operativa nome _____					
Durata sessione (mm) _____		Scheda-No. _____		Servizio /Reparto nome _____							
Prof. Categoria _____		Prof. Categoria _____		Prof. Categoria _____		Prof. Categoria _____					
Codice _____		Codice _____		Codice _____		Codice _____					
Conta _____		Conta _____		Conta _____		Conta _____					
Opp.	Indicazione	Azione	Opp.	Indicazione	Azione	Opp.	Indicazione	Azione	Opp.	Indicazione	Azione
1	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nulla	1	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nulla	1	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nulla	1	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nulla
2	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nulla	2	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nulla	2	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nulla	2	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nulla
3	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nulla	3	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nulla	3	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nulla	3	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nulla
4	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nulla	4	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nulla	4	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nulla	4	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nulla
5	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nulla	5	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nulla	5	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nulla	5	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nulla
6	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nulla	6	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nulla	6	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nulla	6	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nulla
7	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nulla	7	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nulla	7	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nulla	7	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nulla
8	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nulla	8	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nulla	8	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nulla	8	<input type="checkbox"/> pr-cont. <input type="checkbox"/> pr-aseps. <input type="checkbox"/> dp-fluido <input type="checkbox"/> dp-cont. <input type="checkbox"/> dp-circ.	<input type="checkbox"/> frizione <input type="checkbox"/> lavaggio <input type="radio"/> nulla

C:\Documents and Settings\sarti_f\Documents\Dossier189 - clean care (parent)\Allegati per Dossier 11\AL 6 Scheda Osservazione.doc

HUG
Hôpitaux Universitaires de Genève
Service Prévention et Contrôle de l'Infection (PCI)



Regole generali (riferite al capitolo 2.2 del Manuale di Riferimento per l'Osservatore)

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

5. Usa una matita per compilare la scheda e una gomma per cancellare; usa un supporto rigido per collocare la scheda (durante le osservazioni).
6. Per prima cosa compila l'intestazione della scheda (ad eccezione dell'orario di fine e della durata della sessione).
7. 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.
8. Ogni opportunità di igiene delle mani deve essere registrata in una riga di ciascuna colonna; le colonne sono indipendenti le une dalle altre.
9. 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).
10. Nel caso in cui una opportunità di igiene delle mani risponda a più di una indicazione, barra ciascuno dei quadrati corrispondenti alle indicazioni corrispondenti.
11. Per ciascuna opportunità, registra sempre quale azione è stata eseguita o se non è stato fatto nulla.
12. 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 indicati (per ulteriori chiarimenti fare riferimento al capitolo 2.2 del Manuale di Riferimento per l'Osservatore)

Regione/Città	Indicare per esteso, (non utilizzare abbreviazioni)
Ospedale	Indicare per esteso, (non utilizzare abbreviazioni)
Sito ID	Registrare il codice assegnato dall'OMS (fornito dal coordinatore)
Osservatore:	Iniziali (Cognome e Nome),
Data:	2 numeri per giorno e mese, 4 numeri per l'anno
Inizio/Fine-tempo:	2 numeri per ora e minuti,
Sessione durata:	calcolare la differenza in minuti tra ora di inizio e ora di fine della sessione di osservazione,
Periodo-No:	in accordo con la propria numerazione
Sessione-No:	in accordo con la propria numerazione
Scheda-No:	numero di pagina,
Dipartimento:	registrare secondo la seguente classificazione:

<u>medico</u> (include dermatologia, neurologia, ematologia, ecc.)	<u>chirurgico</u> (incluso ORL, oculistica, neurochirurgia, ecc.)
<u>misto</u> (medico & chirurgico)	<u>ostetrico-ginecologico</u>
<u>pediatrico</u> (inclusa la chirurgia pediatrica),	<u>terapia intensiva</u>
<u>Pronto Soccorso</u>	<u>lungodegenza riabilitazione</u>
<u>Ambulatorio</u>	<u>altro</u> (specificare)

Servizio/Reparto nome: in accordo con la denominazione della struttura

Professionale, categoria/codice: registrare secondo la seguente classificazione:

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 medico;
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)

Conteggio: Registra il numero di operatori sanitari osservati, appartenenti ad una stessa categoria professionale (codice uguale), man mano che entrano nel campo di osservazione.

Opportunità: Viene definita come presenza di almeno un'indicazione all'igiene delle mani,

Indicazione: Riporta un'azione di igiene delle mani:

<u>pr-cont:</u> prima di un contatto con il paziente	<u>dp-fluido:</u> dopo esposizione a rischio con un fluido corporeo
<u>pr-aseps:</u> prima di una manovra in asepsi	<u>dp-cont:</u> dopo un contatto con il paziente
	<u>dp-circ:</u> dopo un contatto con ciò 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

C:\Documents and Settings\sarfi_f\Documents\Dossier189 - clean care (parenti)\Allegati per Dossier 11\AL 6 Scheda Osservazione.doc



SCHEDA DI CALCOLO

Regione _____		Città _____		Ospedale _____		ID Struttura _____				
Data (gg.mm.anno) _____		Periodo-No. _____		Dipartimento _____						
				Unità Operativa nome _____						
				Servizio/Reparto nome _____						
Sessione n.	Categorie professionali (le colonne possono essere aggiunte in base al numero di categorie professionali osservate)								Totale delle sessioni	
	Prof.Categoria _____ Codice _____		Prof.Categoria _____ Codice _____		Prof.Categoria _____ Codice _____		Prof.Categoria _____ Codice _____		Opportunità	Azione
	Opportunità	Azione	Opportunità	Azione	Opportunità	Azione	Opportunità	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										

$$Adesione (\%) = \frac{Azione}{Opportunità} * 100$$

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".



SCHEDA DI CALCOLO OPZIONALE

Regione _____		Città _____		Ospedale _____		ID Struttura _____				
Data (gg.mm.anno) _____				Periodo-No. _____		Dipartimento _____				
						Unità Operativa nome _____				
						Servizio /Reparto nome _____				
Sessione n.	Indicazioni di igiene delle mani									
	Prima del contatto con il paziente		Prima di una manovra asettica		Dopo esposizione a rischio con un fluido corporeo		Dopo il contatto con il paziente		Dopo il contatto con ciò che circonda il paziente	
	Numero	Azione	Numero	Azione	Numero	Azione	Numero	Azione	Numero	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 indicazioni										
Adesione										

$$Adesione (\%) = \frac{Azione(gianmani)}{Indicazione} * 100$$

Istruzioni per l'uso

5. Verifica i dati raccolti nella scheda di osservazione. Calcola e copia la somma delle indicazioni e delle corrispondenti azioni per ogni sezione di osservazione.
6. Se molte indicazioni si verificano nella stessa opportunità, ognuna dovrebbe essere considerata separatamente con la corrispondente azione.
7. 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.

C:\Documents and Settings\sarfi_f\Documents\Dossier189 - clean care (parenti)\Allegati per Dossier 11\AL 6 Scheda Osservazione.doc



Allegato 7. Questionario conoscenze

**WORLD ALLIANCE
for PATIENT SAFETY**



Allegato 35

Codice Identificativo Struttura: _____

Questionario sulle **Conoscenze** dell'igiene delle mani, per gli **operatori sanitari**

- Gli elementi richiesti per questa indagine sono specificamente contenuti nel materiale esplicativo dei corsi dell'OMS sull'igiene delle mani.
- Indica **soltanto una risposta** per ciascuna domanda.
- Leggi attentamente la domanda prima di rispondere. Le tue risposte saranno anonime.

➤ BREVE DIZIONARIO:

Prodotto a base alcolica: una preparazione contenente alcol (liquido, gel o schiuma) ideata per essere applicata sulle mani allo scopo di eliminare i germi.

Frizione delle mani: trattamento delle mani con un prodotto antisettico (preparazione contenente alcol).

Lavaggio delle mani: lavare le mani con un detergente o un antisettico e acqua.

1. ID persona:	2. Data:
3. Struttura _____	4. Servizio/reparto: _____
5. Unità Operativa: _____	6. Città: _____
7. Regione: _____	
8. Natura della Struttura:	<input type="radio"/> Pubblica <input type="radio"/> Privata
9. Tipo di Struttura:	<input type="radio"/> Generale <input type="radio"/> Universitaria <input type="radio"/> Ricerca e Cura <input type="radio"/> Cure per acuti <input type="radio"/> Lungodegenza
10. Sesso:	<input type="radio"/> Femmina <input type="radio"/> Maschio
11. Età: _____ anni	
12. Professione* della persona che compila il questionario:	
<input type="radio"/> Infermiere	<input type="radio"/> Operatore di supporto assistenza <input type="radio"/> Ostetrica <input type="radio"/> Medico
<input type="radio"/> Tecnico	<input type="radio"/> Terapista <input type="radio"/> Altro

* **Studente:** gli studenti devono essere inclusi in infermiera/ostetrica o medico, a seconda della differente professione

Tecnico: tecnico di radiologia, di cardiologia, di laboratorio, di neuroscienze ecc.

Terapista: fisioterapista, terapeuta occupazionale, audiologo, logopedista, psicomotricista ecc.

Altro: dietista, odontotecnico, assistente sociale

L'OMS ringrazia l'Ospedale Universitario di Ginevra (HUG), in particolare i membri del programma per il controllo delle infezioni per la loro attiva partecipazione alla realizzazione di questo materiale.

QUESTIONARIO SULLE CONOSCENZE PER GLI OPERATORI

Ginevra 2007

13. Disciplina (scegliere la disciplina più vicina a quella della vostra UO):

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="radio"/> Medicina generale | <input type="radio"/> Medicina di alta specialità | <input type="radio"/> Chirurgia generale | <input type="radio"/> Chirurgia di alta specialità |
| <input type="radio"/> Terapia Intensiva | <input type="radio"/> Pronto soccorso | <input type="radio"/> Pediatria | <input type="radio"/> Ostetricia e ginecologia |
| <input type="radio"/> Riabilitazione/Lungodegenza | <input type="radio"/> Radiologia/radioterapia | <input type="radio"/> Geriatria | <input type="radio"/> Ambulatori/Day hospital |
| <input type="radio"/> Laboratorio | <input type="radio"/> Centro trasfusionale/ Immunoematologia | <input type="radio"/> Altro (spec.) _____ | |

14 Hai partecipato ad un corso di formazione sull'igiene delle mani? Sì No

15 È disponibile presso la tua struttura un prodotto a base alcolica per frizione? Sì No

16 Quale delle seguenti è la principale via di trasmissione crociata di germi potenzialmente patogeni tra pazienti in una struttura sanitaria? (indica solo 1 risposta)

- Le mani degli operatori sanitari quando non sono pulite
- Il sistema di aerazione della struttura
- L'esposizione dei pazienti a superfici contaminate (letto, sedia, tavolo, pavimento)
- Condivisione di presidi non invasivi (stetofonendoscopio, manicotto dello sfigmomanometro, ecc) tra pazienti

17 Quale è più frequentemente la fonte di germi responsabili delle infezioni correlate all'assistenza sanitaria? (indica solo 1 risposta)

- I germi dell'impianto idrico dell'ospedale
- I germi dell'impianto di aerazione dell'ospedale
- I germi che il paziente porta con sé
- I germi dell'ambiente ospedaliero (superficie)

18. Qual è il tempo minimo necessario per un prodotto a base alcolica per eliminare la maggior parte dei germi sulle tue mani? (indica solo una risposta)

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| a. <input type="radio"/> 20 secondi | b. <input type="radio"/> 3 secondi |
| c. <input type="radio"/> 1 minuto | d. <input type="radio"/> 10 secondi |

19. Quali tra le seguenti affermazioni riguardo la tecnica di igiene delle mani con un prodotto a base alcolica sono “Vere”?

- | | |
|--|--|
| a. Il prodotto a base alcolica deve coprire l'intera superficie delle mani | <input type="radio"/> Vero <input type="radio"/> Falso |
| b. Le mani devono essere asciutte prima dell'igiene | <input type="radio"/> Vero <input type="radio"/> Falso |
| c. È possibile asciugare le mani con una salvietta dopo l'uso di un prodotto a base alcolica | <input type="radio"/> Vero <input type="radio"/> Falso |

20. Quale tra i seguenti comportamenti dovrebbe essere evitato in quanto associato alla probabilità di colonizzazione delle mani?

- | | |
|---|---|
| a. Indossare gioielli | <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No |
| b. Avere cute non integra | <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No |
| c. Usare unghie artificiali | <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No |
| d. Usare regolarmente crema per le mani | <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No |

21. Quale metodo per l'igiene delle mani è richiesto nelle seguenti situazioni?

- | | | | |
|--|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| a. Prima di scrivere nella cartella clinica | <input type="radio"/> Frizione | <input type="radio"/> Lavaggio | <input type="radio"/> Nessuno |
| b. Prima del contatto con un paziente | <input type="radio"/> Frizione | <input type="radio"/> Lavaggio | <input type="radio"/> Nessuno |
| c. Quando entro in reparto dopo il pranzo | <input type="radio"/> Frizione | <input type="radio"/> Lavaggio | <input type="radio"/> Nessuno |
| d. Prima di praticare un'iniezione | <input type="radio"/> Frizione | <input type="radio"/> Lavaggio | <input type="radio"/> Nessuno |
| e. Prima di vuotare un pappagallo | <input type="radio"/> Frizione | <input type="radio"/> Lavaggio | <input type="radio"/> Nessuno |
| f. Prima di aprire la porta di una stanza di degenza | <input type="radio"/> Frizione | <input type="radio"/> Lavaggio | <input type="radio"/> Nessuno |

L'OMS ringrazia l'Ospedale Universitario di Ginevra (HUG), in particolare i membri del programma per il controllo delle infezioni per la loro attiva partecipazione alla realizzazione di questo materiale.

QUESTIONARIO SULLE CONOSCENZE PER GLI OPERATORI

g. Dopo aver praticato un'iniezione	<input type="radio"/> Frizione	<input type="radio"/> Lavaggio	<input type="radio"/> Nessuno
h. Dopo aver vuotato una padella	<input type="radio"/> Frizione	<input type="radio"/> Lavaggio	<input type="radio"/> Nessuno
i. Dopo aver rimosso i guanti	<input type="radio"/> Frizione	<input type="radio"/> Lavaggio	<input type="radio"/> Nessuno
j. Quando ti allontani da un paziente	<input type="radio"/> Frizione	<input type="radio"/> Lavaggio	<input type="radio"/> Nessuno
k. Dopo aver rifatto il letto di un paziente	<input type="radio"/> Frizione	<input type="radio"/> Lavaggio	<input type="radio"/> Nessuno
l. Dopo una visibile esposizione a sangue	<input type="radio"/> Frizione	<input type="radio"/> Lavaggio	<input type="radio"/> Nessuno
m. Dopo il contatto con un paziente con diarrea	<input type="radio"/> Frizione	<input type="radio"/> Lavaggio	<input type="radio"/> Nessuno
n. Prima di pulire un letto di un paziente dimesso	<input type="radio"/> Frizione	<input type="radio"/> Lavaggio	<input type="radio"/> Nessuno

22. Quale delle seguenti affermazioni sulla frizione con un prodotto a base alcolica e sul lavaggio con acqua e sapone sono “Vere”?

a. La frizione è più rapida del lavaggio	<input type="radio"/> Vero	<input type="radio"/> Falso
b. La frizione secca la pelle più del lavaggio	<input type="radio"/> Vero	<input type="radio"/> Falso
c. La frizione è più efficace del lavaggio contro i germi	<input type="radio"/> Vero	<input type="radio"/> Falso

23. Quale delle seguenti azioni relative all'igiene delle mani previene la trasmissione crociata dei germi al paziente?

a. L'igiene delle mani prima del contatto con il paziente	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No
b. L'igiene delle mani dopo un contatto con il paziente	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No
c. L'igiene delle mani immediatamente dopo l'esposizione a un fluido corporeo	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No
d. L'igiene delle mani dopo il contatto con ciò che sta attorno ad un paziente	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No

24. Quale delle seguenti azioni relative all'igiene delle mani previene l'infezione del paziente dai germi che già lo colonizzano?

a. L'igiene delle mani prima del contatto con il paziente	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No
b. L'igiene delle mani dopo un contatto con il paziente	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No
c. L'igiene delle mani immediatamente dopo l'esposizione a un fluido corporeo	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No
d. L'igiene delle mani immediatamente prima una procedura asettica	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No

25. Quale delle seguenti azioni relative all'igiene delle mani previene l'infezione dell'operatore sanitario?

a. L'igiene delle mani dopo un contatto con il paziente	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No
b. L'igiene delle mani immediatamente dopo l'esposizione ad un fluido corporeo	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No
c. L'igiene delle mani immediatamente prima di una procedura asettica	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No
d. L'igiene delle mani dopo il contatto con ciò che sta attorno ad un paziente	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No

26. Quale delle seguenti superfici può contaminare le tue mani con germi che potresti trasmettere ai pazienti se non pulisci le mani prima di un eventuale contatto?

a. La maniglia della porta di una stanza di degenza	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No
b. Le lenzuola dello stesso paziente	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No
c. La cute integra di un altro paziente	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No
d. La cute integra dello stesso paziente	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No
e. La cartella clinica di un paziente	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No
f. Le pareti in una stanza di degenza	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No
g. Il tavolino a lato del letto di un altro paziente	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No

La ringraziamo per la partecipazione!

Sono state adottate dall'OMS tutte le precauzioni ragionevoli per verificare il contenuto di questo documento. Comunque, il materiale pubblicato è stato distribuito senza alcuna garanzia esplicita o implicita. Il lettore si assume la responsabilità per l'interpretazione e l'uso di questo materiale. In nessuna circostanza l'OMS dovrà essere ritenuta responsabile per i danni derivanti dal suo uso.

L'OMS ringrazia l'Ospedale Universitario di Ginevra (HUG), in particolare i membri del programma per il controllo delle infezioni per la loro attiva partecipazione alla realizzazione di questo materiale.

QUESTIONARIO SULLE CONOSCENZE PER GLI OPERATORI

Allegato 8. Questionario percezione e percezione *follow up*

WORLD ALLIANCE
for **PATIENT SAFETY**



Allegato 31

Codice Identificativo Struttura: _____

Questionario per la *valutazione iniziale* sulla *percezione* dell'igiene delle mani e delle infezioni correlate all'assistenza per gli operatori sanitari

Quotidianamente sei a diretto contatto con pazienti e questo è il motivo per cui siamo interessati alla tua **opinione** sulle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e sull'igiene delle mani.

- Il tempo medio previsto per la compilazione è di 10 minuti
- Indica **soltanto una risposta** per ciascuna domanda.
- Leggi attentamente la domanda prima di rispondere. Le tue risposte saranno anonime.
- BREVE DIZIONARIO:

Prodotto a base alcolica: una preparazione contenente alcool (liquido, gel o schiuma) ideata per essere applicata sulle mani allo scopo di eliminare i germi.

Frizione delle mani: trattamento delle mani con un prodotto antisettico (preparazione contenente alcool).

Lavaggio delle mani: lavare le mani con un detergente o un antisettico e acqua.

1. Data: _____	2. Struttura: _____		
3. Servizio/reparto: _____	4. Unità Operativa: _____		
5. Città: _____	6. Regione: _____		
7. Natura della Struttura:	<input type="radio"/> Pubblica <input type="radio"/> Privata		
8. Tipo di Struttura:	<input type="radio"/> Generale <input type="radio"/> Universitaria <input type="radio"/> Ricerca e Cura <input type="radio"/> Cure per acuti <input type="radio"/> Lungodegenza		
9. Sesso:	<input type="radio"/> Femmina <input type="radio"/> Maschio		
10. Età: _____	anni		
11. Professione* della persona che compila il questionario:			
<input type="radio"/> Infermiere	<input type="radio"/> Operatore di supporto assistenza	<input type="radio"/> Ostetrica	<input type="radio"/> Medico
<input type="radio"/> Tecnico	<input type="radio"/> Terapista	<input type="radio"/> Altro	
12. Disciplina (scegliere la disciplina più vicina a quella della vostra UO):			
<input type="radio"/> Medicina generale	<input type="radio"/> Medicina di alta specialità	<input type="radio"/> Chirurgia generale	<input type="radio"/> Chirurgia di alta specialità
<input type="radio"/> Terapia Intensiva	<input type="radio"/> Pronto soccorso	<input type="radio"/> Pediatria	<input type="radio"/> Ostetricia e ginecologia
<input type="radio"/> Riabilitazione/Lungodegenza	<input type="radio"/> Radiologia/radioterapia	<input type="radio"/> Geriatria	<input type="radio"/> Ambulatori/Day hospital
<input type="radio"/> Laboratorio	<input type="radio"/> Centro trasfusionale/ Immunoematologia	<input type="radio"/> Altro (spec.) _____	

* **Studente:** gli studenti devono essere inclusi in infermiere/ostetrica o medico, a seconda della differente professione

Tecnico: tecnico di radiologia, di cardiologia, di laboratorio, di neuroscienze ecc.

Terapista: fisioterapista, terapista occupazionale, audiologo, logopedista, psicomotricista ecc.

Altro: dietista, odontotecnico, assistente sociale

L'OMS ringrazia l'Ospedale Universitario di Genova (HUG), in particolare i membri del programma per il controllo delle infezioni per la loro attiva partecipazione alla realizzazione di questo materiale.

QUESTIONARIO SULLA PERCEZIONE DELL'IGIENE DELLE MANI PER GLI OPERATORI

Genova 2007

23. Quanta importanza viene attribuita dai pazienti al fatto che tu effettui una corretta igiene delle mani?

Nessuna importanza Massima importanza

24. Come consideri l'impegno richiesto per effettuare una buona igiene delle mani durante l'attività assistenziale?

Impegno minimo Impegno massimo

25. Qual è la percentuale media di occasioni in cui effettui l'igiene delle mani sia con un prodotto a base alcolica che con acqua e sapone quando raccomandato (tra 0 e 100%)? %

Ti ringraziamo per la partecipazione!

Codice Identificativo Struttura: _____

**Questionario per la valutazione *al follow-up* sulla *percezione* dell'igiene delle mani e delle
infezioni correlate all'assistenza per gli operatori sanitari**

- Il tempo medio previsto per la compilazione non supera i 20 minuti
- Indica **soltanto una risposta** per ciascuna domanda.
- Leggi attentamente la domanda prima di rispondere. Le tue risposte saranno anonime.
- Il questionario è diviso in 2 parti: la **parte 1** include le stesse domande a cui hai già risposto per la valutazione Iniziale (qualche mese fa); la **parte 2** comprende alcune domande aggiuntive per comprendere la tua opinione sulla strategia e gli strumenti utilizzati per promuovere l'igiene delle mani, nella tua struttura.
- **BREVE DIZIONARIO:**
 - Prodotto a base alcolica:** una preparazione contenente alcol (liquido, gel o schiuma) ideata per essere applicata sulle mani allo scopo di eliminare i germi.
 - Frizione delle mani:** trattamento delle mani con un prodotto antisettico (preparazione contenente alcol).
 - Lavaggio delle mani:** lavare le mani con un detergente o un antisettico e acqua.

PARTE 1

1. Data: _____	2. Struttura: _____		
3. Servizio/reparto: _____	4. Unità Operativa: _____		
5. Città: _____	6. Regione: _____		
7. Natura della Struttura: _____	<input type="radio"/> Pubblica <input type="radio"/> Privata		
8. Tipo di Struttura: _____	<input type="radio"/> Generale <input type="radio"/> Universitaria <input type="radio"/> Ricerca e Cura <input type="radio"/> Cure per acuti <input type="radio"/> Lungodegenza		
9. Sesso: <input type="radio"/> Femmina <input type="radio"/> Maschio	10. Età: _____anni		
11. Professione* della persona che compila il questionario:			
<input type="radio"/> Infermiere	<input type="radio"/> Operatore di supporto assistenza	<input type="radio"/> Ostetrica	<input type="radio"/> Medico
<input type="radio"/> Tecnico	<input type="radio"/> Terapista	<input type="radio"/> Altro	
12. Disciplina (scegliere la disciplina più vicina a quella della vostra UO):			
<input type="radio"/> Medicina generale	<input type="radio"/> Medicina di alta specialità	<input type="radio"/> Chirurgia generale	<input type="radio"/> Chirurgia di alta specialità
<input type="radio"/> Terapia Intensiva	<input type="radio"/> Pronto soccorso	<input type="radio"/> Pediatria	<input type="radio"/> Ostetricia e ginecologia
<input type="radio"/> Riabilitazione/Lungodegenza	<input type="radio"/> Radiologia/radioterapia	<input type="radio"/> Geriatria	<input type="radio"/> Ambulatori/Day hospital
<input type="radio"/> Laboratorio	<input type="radio"/> Centro trasfusionale/ immunematologia	<input type="radio"/> Altro (spec.) _____	

* **Studente:** gli studenti devono essere inclusi in infermiera/ostetrica o medico, a seconda della differente professione

Tecnico: tecnico di radiologia, di cardiologia, di laboratorio, di neuroscienze ecc..

Terapista: fisioterapista, terapeuta occupazionale, audiologo, logopedista, psicomotricista ecc..

Altro: dietista, odontotecnico, assistente sociale

L'OMS ringrazia l'Ospedale Universitario di Genova (HUG), in particolare i membri del programma per il controllo delle infezioni per la loro attiva partecipazione alla realizzazione di questo materiale.

QUESTIONARIO SULLA PERCEZIONE DELL'IGIENE DELLE MANI PER GLI OPERATORI

Genève 2007

13 Hai partecipato ad un corso di formazione sull'igiene delle mani? O Sì O No

14 È disponibile presso la tua struttura un prodotto a base alcolica per la frizione? O Sì O No

15. Qual è la percentuale media di pazienti ricoverati che soffriranno di una infezione correlata all'assistenza? %

16. In generale, qual è l'impatto di un'infezione correlata alle pratiche assistenziali sull'esito del paziente?

molto basso basso alto molto alto

17. Qual è l'efficacia dell'igiene delle mani nel prevenire le infezioni correlate all'assistenza?

molto basso basso alto molto alto

18. Tra tutti gli obiettivi per la sicurezza del paziente, quanto è importante l'igiene delle mani per la Direzione della tua struttura?

molto basso basso alto molto alto

19. Qual è la percentuale media di occasioni in cui gli operatori sanitari nel tuo ospedale effettuano realmente l'igiene delle mani sia con un prodotto a base alcolica che con acqua e sapone quando raccomandato (tra 0 e 100%)? %

20. Secondo te, quanto sono efficaci le seguenti azioni per migliorare in maniera permanente l'igiene delle mani nella tua Struttura? barrare un "O" sulla scala secondo la propria opinione

i. I professionisti "leader" della tua struttura sostengono e promuovono apertamente l'igiene delle mani
Non efficace Molto efficace

j. La struttura sanitaria rende disponibile il prodotto a base alcolica in tutti i punti di assistenza
Non efficace Molto efficace

k. Poster riguardanti l'igiene delle mani vengono affissi in tutti i punti di assistenza
Non efficace Molto efficace

l. Ogni operatore sanitario viene formato sull'igiene delle mani
Non efficace Molto efficace

m. Istruzioni semplici e chiare sull'igiene delle mani vengono messe a disposizione di ogni singolo operatore sanitario
Non efficace Molto efficace

n. Gli operatori sanitari ricevono regolarmente i risultati della loro adesione all'igiene delle mani
Non efficace Molto efficace

o. Tu effettui correttamente l'igiene delle mani (sei un buon esempio per i tuoi colleghi)
Non efficace Molto efficace

p. I pazienti sono invitati a ricordare agli operatori sanitari di effettuare l'igiene delle mani
Non efficace Molto efficace

21. Quanta importanza viene attribuita dal direttore della tua Unità Operativa/reparto al fatto che tu effettui una corretta igiene delle mani?

Nessuna importanza Massima importanza

22. Quanta importanza viene attribuita dai tuoi colleghi al fatto che tu effettui una corretta igiene delle mani?

Nessuna importanza Massima importanza

"Cure pulite sono cure più sicure" - Rapporto finale della campagna nazionale OMS
Allegati

23. Quanta importanza viene attribuita dai pazienti al fatto che tu effettui una corretta igiene delle mani?

Nessuna importanza -------------------------------- Massima importanza

24. Come consideri l'impegno richiesto per effettuare una buona igiene delle mani durante l'attività assistenziale?

Impegno minimo ---------------------------- Impegno massimo

25. Qual è la percentuale media di occasioni in cui effettui l'igiene delle mani sia con un prodotto a base alcolica che con acqua e sapone quando raccomandato (tra 0 e 100%)? %

PARTE 2

26. Nella tua Unità Operativa, è sempre stato disponibile al punto di assistenza un prodotto a base alcolica per la frizione delle mani?

sempre spesso raramente mai

27. La disponibilità del prodotto alcolico per la frizione è stata importante per facilitare l'adesione all'igiene delle mani durante il tuo lavoro quotidiano?

Nessuna importanza ---------------------------- Massima importanza

28. I dispenser per il prodotto alcolico per la frizione delle mani presenti nella tua Unità Operativa sono facili da utilizzare?

Per niente ---------------------------- Molto facili

29. Il prodotto a base alcolica per la frizione è stato ben tollerato dalle tue mani?

Per niente ---------------------------- Molto

30. Conoscere i risultati dell'osservazione dell'igiene delle mani nella tua UO ha aiutato te e i tuoi colleghi a migliorare la pratica di igiene delle mani?

Per niente ---------------------------- Molto

31. Le attività di formazione a cui hai partecipato sono state importanti per aiutarti a comprendere il rischio di trasmissione di germi patogeni ai pazienti attraverso le tue mani e che ciò può causare infezioni?

Per niente ---------------------------- Molto importante

32. Le attività di formazione a cui hai partecipato sono state importanti per aiutarti a comprendere il rischio di acquisire una infezione dai pazienti?

Per niente ---------------------------- Molto importanti

33. Le attività di formazione a cui hai partecipato sono state importanti per migliorare la tua igiene delle mani?

Per niente ---------------------------- Molto

34. Quanto hai trovato utile la Brochure "Igiene delle mani: perchè, come, quando?" come sintesi delle informazioni rilevanti per l'igiene delle mani nell'assistenza sanitaria?

Per niente ---------------------------- Molto Utile

35. Quanto hai trovato utile il pieghevole sull'igiene delle mani per ricordarti di attuare l'igiene delle mani?

Per niente Molto Utile

36. Quanto hai trovato utile il poster “I 5 momenti per l'igiene delle mani” per ricordarti quando attuare l'igiene delle mani durante il tuo lavoro quotidiano?

Per niente Molto Utile

37. Quanto hai trovato utile il poster “Come frizionare le mani” per ricordarti come frizionare le mani durante il tuo lavoro quotidiano?

Per niente Molto Utile

38. Quanto hai trovato utile il poster “Come lavare le mani” per ricordarti come lavare le mani durante il tuo lavoro quotidiano?

Per niente Molto Utile

39. Ritieni che i professionisti “leader” e i dirigenti della tua struttura abbiano sostenuto il miglioramento dell'igiene delle mani?

Per niente Molto

40. C'è stato un miglioramento del clima mirato alla sicurezza del paziente nella tua istituzione come risultato dell'implementazione della strategia per il miglioramento dell'igiene delle mani?

Per niente Molto

41. Se non c'è stato un miglioramento del clima mirato alla sicurezza del paziente nella tua istituzione, l'implementazione ha aiutato te personalmente a miglioramento l'igiene delle mani?

Per niente Molto

42. La tua consapevolezza sul tuo ruolo nel prevenire le infezioni correlate all'assistenza attraverso il miglioramento dell'igiene delle mani è aumentata durante questa campagna di sperimentazione?

Per niente Molto

Ti ringraziamo per la partecipazione!

Sono state adottate dall'OMS tutte le precauzioni ragionevoli per verificare il contenuto di questo documento. Comunque, il materiale pubblicato è stato distribuito senza alcuna garanzia esplicita o implicita. Il lettore si assume la responsabilità per l'interpretazione e l'uso di questo materiale. In nessuna circostanza l'OMS dovrà essere ritenuta responsabile per i danni derivante dal suo uso.

L'OMS ringrazia l'Ospedale Universitario di Genova (HUG), in particolare i membri del programma per il controllo delle infezioni per la loro attiva partecipazione alla realizzazione di questo materiale.

QUESTIONARIO SULLA PERCEZIONE DELL'IGIENE DELLE MANI PER GLI OPERATORI

Allegato 9. Questionario percezione per la dirigenza

**WORLD ALLIANCE
for PATIENT SAFETY**



Allegato 30

Codice Identificativo Struttura: _____

Questionario sulla *percezione* dell'igiene delle mani e delle infezioni correlate all'assistenza per la *Dirigenza*

Lei è un membro della direzione strategica della sua struttura e questo è il motivo per cui siamo interessati alla Sua **opinione** sulle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e sull'igiene delle mani.

- Il tempo medio previsto per la compilazione è di 10 minuti
- Indichi **soltanto una risposta** per ciascuna domanda.
- Legga attentamente la domanda prima di rispondere. Le sue risposte saranno anonime.

➤ BREVE DIZIONARIO:

Prodotto a base alcolica: una preparazione contenente alcol (liquido, gel o schiuma) ideata per essere applicata sulle mani allo scopo di eliminare i germi.

Frizione delle mani: trattamento delle mani con un prodotto antisettico (preparazione contenente alcol).

Lavaggio delle mani: lavare le mani con un detergente o un antisettico e acqua.

1. Data:	_____	2. Struttura:	_____
3. Città:	_____	4. Regione:	_____
5. Natura della Struttura:	<input type="radio"/> Pubblica <input type="radio"/> Privata		
6. Tipo di Struttura:	<input type="radio"/> Generale <input type="radio"/> Universitaria <input type="radio"/> Ricerca e Cura <input type="radio"/> Cure per acuti <input type="radio"/> Lungodegenza		
7. Sesso:	<input type="radio"/> Femmina <input type="radio"/> Maschio		
8. Da quanto tempo ricopre l'attuale ruolo :	_____anni		
9. Da quanto tempo opera presso questa Struttura sanitaria:	_____anni		
10. Ruolo attuale:	<input type="radio"/> Direttore Generale <input type="radio"/> Direttore Sanitario <input type="radio"/> Direttore Infermieristico <input type="radio"/> Direttore UO		
11. Ha avuto esperienze in precedenza di campagne sull'igiene delle mani?		<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No	
12. E' disponibile presso la sua struttura un prodotto a base alcolica per la frizione delle mani?		<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No	
13. Qual è la percentuale media di pazienti ricoverati nella sua struttura che soffriranno di una infezione correlata all'assistenza?		_____ _____ _____ _____ %	
14. In generale, qual è l'impatto di un'infezione correlata all'assistenza sull'esito del paziente?	<input type="radio"/> molto basso <input type="radio"/> basso <input type="radio"/> alto <input type="radio"/> molto alto		

L'OMS designa l'Ospedale Universitario di Genova (HUG), in particolare i membri del programma per il controllo delle infezioni per la loro attiva partecipazione alla realizzazione di questo materiale.

QUESTIONARIO SULLA PERCEZIONE DELL'IGIENE DELLE MANI PER LA DIRIGENZA

Genova 2007

15. In generale, qual è l'impatto delle infezioni correlate all'assistenza sui costi della sua Azienda?

molto basso basso alto molto alto

16. Quale è l'efficacia dell'igiene delle mani nel prevenire le infezioni correlate all'assistenza?

molto bassa bassa alta molto alta

17. Riguardo i temi della sicurezza del paziente, quanto è importante l'igiene delle mani tra le priorità manageriali della sua Azienda?

bassa priorità priorità moderata alta priorità massima priorità

18. Qual è la percentuale media di occasioni in cui gli operatori sanitari nel suo ospedale effettuano realmente l'igiene delle mani sia con un prodotto a base alcolica che con acqua e sapone quando raccomandato (tra 0 e 100%)? %

19. I coordinatori infermieristici e i direttori medici sono un buon esempio per la promozione dell'igiene delle mani?

Per niente Molto buono

20. Nella sua Azienda è pratica comune informare i pazienti sull'importanza di una corretta igiene delle mani durante l'assistenza sanitaria? Sì No

21. Come considera l'impegno richiesto agli operatori sanitari per effettuare una buona igiene delle mani durante l'attività assistenziale?

Nessun impegno Grosso Impegno

22. Come percepiscono gli operatori sanitari della sua struttura la sua richiesta di effettuare un'adeguata igiene delle mani durante l'attività assistenziale?

Per niente Molto

23. Secondo lei, quanto sono efficaci le seguenti azioni per migliorare in maniera permanente l'igiene delle mani nella sua Struttura? barrare solo un "O" sulla scala secondo la propria opinione

- a. I Professionisti "leader" e la Dirigenza (tu) della sua struttura sostengono e promuovono apertamente l'igiene delle mani
Non efficace Molto efficace
- b. La struttura rende disponibile il prodotto a base alcolica in tutti i punti di assistenza
Non efficace Molto efficace
- c. Poster riguardanti l'igiene delle mani vengono affissi in tutti i punti di assistenza
Non efficace Molto efficace
- d. Ogni operatore sanitario viene formato sull'igiene delle mani
Non efficace Molto efficace
- e. Istruzioni semplici e chiare sull'igiene delle mani vengono messe a disposizione di ogni singolo operatore sanitario
Non efficace Molto efficace
- f. Gli operatori sanitari ricevono regolarmente i risultati della loro adesione all'igiene delle mani
Non efficace Molto efficace
- g. Direttori Medici e Coordinatori Infermieristici effettuano correttamente l'igiene delle mani (sono un buon esempio per i colleghi)
Non efficace Molto efficace
- h. I pazienti sono invitati a ricordare agli operatori sanitari di effettuare l'igiene delle mani
Non efficace Molto efficace

La ringraziamo per la partecipazione!

Sono state adottate dall'OMS tutte le precauzioni ragionevoli per verificare il contenuto di questo documento. Ciononostante, il materiale pubblicato è stato distribuito senza alcuna garanzia esplicita o implicita. Il lettore si assume la responsabilità per l'interpretazione e l'uso di questo materiale. In nessuna circostanza l'OMS dovrà essere ritenuta responsabile per i danni derivanti dal suo uso.

L'OMS ringrazia l'Ospedale Universitario di Genova (HUG), in particolare i membri del programma per il controllo delle infezioni per la loro attiva partecipazione alla realizzazione di questo materiale.

QUESTIONARIO SULLA PERCEZIONE DELL'IGIENE DELLE MANI PER LA DIRIGENZA

Allegato 10. Questionario *Monkey Survey* sito pilota



**World Health
Organization**

**LA PRIMA SFIDA GLOBALE PER
LA SICUREZZA DEL PAZIENTE**
Cure Pulite sono Cure più Sicure

**Sito Pilota Italia – Unità di Terapia Intensiva
Implementazione delle Linee Guida OMS sull'Igiene delle mani nell'assistenza
sanitaria (Bozza avanzata), della strategia multimodale e degli strumenti
dell'OMS – Questionario di valutazione 1° livello**

INFORMAZIONI GENERALI		data primo contatto _ _ / _ _ / _ _	
Nome della Struttura:			
Regione:			
Indirizzo della Struttura:			
Codice della Struttura:			
Il Coordinatore individuato nell'Accordo tra la Struttura e l'OMS, sottoscritto per l'adesione alla campagna nazionale "cure pulite sono cure più sicure" come "sito complementare" (CTS), è l'attuale coordinatore della campagna nella struttura? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
Se no, per cortesia indichi i dati del coordinatore attuale:			
Nome:			
Titolo:		Funzione:	
Telefono:	Fax:	E-mail:	
Gentile Coordinatore, La contattiamo in merito alla campagna nazionale "Cure pulite sono cure più sicure", in quanto nella sua struttura/azienda è stata individuata una Unità di Terapia Intensiva che vorremmo facesse parte della rete selezionata di UTI, tra quelle già aderenti al sito complementare, scelta come Sito Pilota OMS. Tale rete è considerata un sito di eccellenza per la valutazione dell'implementazione della Linea guida sull'igiene delle mani nell'assistenza sanitaria, secondo la strategia dell'OMS. Io sono XXXXXXX, ricercatrice del gruppo dell'Agenzia Sanitaria e Sociale dell'Emilia-Romagna che sta coordinando la sperimentazione a livello nazionale. La campagna nazionale italiana è parte della prima sfida mondiale per la sicurezza del paziente che vede coinvolti numerosi centri in varie nazioni del mondo, ma solo 6 siti pilota. La ringrazio (le ricordiamo di...) per averci inviato i dati relativi alla prima fase di valutazione della campagna. Le chiedo la disponibilità a rispondere telefonicamente ad una serie di domande che esplorano le modalità e i tempi con cui è stata attuata la strategia OMS di implementazione della linea guida, nella Sua realtà locale. Vorremmo inoltre raccogliere informazioni sul sistema di sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza in UTI e desideriamo conoscere la Sua opinione sul gradimento dell'intera iniziativa. Per alcuni quesiti potrebbe aver bisogno di informazioni contenute in documenti aziendali o nei questionari utilizzati per la campagna "Cure pulite". La preghiamo pertanto di "tenere a portata di mano" tutta la documentazione che avete ad oggi raccolto ed in particolare il Piano di azione (allegato 7) adottato localmente e il questionario sulle caratteristiche della Struttura e dell'UO. L'intervista durerà circa 15 minuti (un quarto d'ora, forse più), possiamo procedere ora con l'intervista o preferisce che prendiamo un appuntamento telefonico per un altro momento?			
Persona Intervistata _____			
numero di telefono _____ data appuntamento _____ ora _____			
Nel ricordarLe che, le informazioni raccolte rimarranno riservate ed anonime e trattate nel rispetto della legge sulla privacy, Le chiediamo di rispondere il più sinceramente e liberamente possibile. La ringraziamo per la gentile collaborazione.			

Data intervista |__|_|/|__|_|/|__|_| ora inizio |__|_|/|__|_|

INFORMAZIONI TECNICHE (devono essere compilate dal coordinatore)

Per cortesia risponda a tutte le domande così da fornire tutte le informazioni utili sull'implementazione della campagna

1- Quali delle seguenti componenti della Strategia multimodale di implementazione delle linee guida dell'OMS sono già state implementate nella struttura o sono state programmate?

	Già implementate	Programmate, da implementare	Non implementate
Cambiamenti di sistema - Prodotti per frizione delle mani a base alcolica disponibili presso i "punti di assistenza"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambiamenti di sistema - Accesso ad acqua corrente, sapone e salviette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formazione/educazione sull'igiene delle mani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osservazione e feedback	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Promemoria sul posto di lavoro (poster, opuscoli, ecc...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clima mirato alla sicurezza dei pazienti nell'istituzione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2- Quali dei seguenti strumenti OMS sono stati scaricati dalla web-community del Ministero CCM? Quali strumenti sono stati utilizzati e quali saranno utilizzati in futuro? (per cortesia, rispondere a tutte le domande che si riferiscono alle componenti implementate)

	Attualmente in uso/già utilizzato	Programmato l'utilizzo	Scaricato ma non utilizzato
Guida all'Implementazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 1: Programmi OMS relativi a "Clean Care is Safer Care"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 2: Analisi della situazione dei Paesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 3: Opuscolo sulle 9 raccomandazioni delle Linee guida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 4: Il poster dei 5 momenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 5: Modello Facility-WHO Agreement (Accordo struttura sanitaria-OMS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 6: Analisi della situazione della struttura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 7: Modello di piano d'azione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 8: Foglio informativo 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 9: Foglio informativo 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 10: Foglio informativo 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 11: Foglio informativo 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 12: Foglio informativo 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 13: Foglio informativo 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 14: Foglio informativo 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 15: Strumento per pianificare la produzione di prodotti a base alcolica per la frizione delle mani e per la valutazione costi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 16: Strumenti per la formazione, sessioni educative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 17: Manuale per osservatori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 18: Opuscolo tascabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 19: Brochure sull'igiene delle mani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 20: Poster su come frizionare le mani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 21: Poster su come lavare le mani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 23: Poster sulla pulizia delle mani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 28: Modello di lettera al coordinatore infermieristico/personale medico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 29: Opuscolo di patrocinio della strategia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 30: Indagine sulla percezione presso i dirigenti ospedalieri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 31: Indagine sulla percezione presso gli operatori sanitari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 32: Indagine sulla struttura della Unità Operativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 33: Indagine sul consumo di sapone e prodotti per mani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 34: Indagine sull'osservazione dell'igiene delle mani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 35: Indagine sulle conoscenze degli operatori sanitari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 36: Utilizzo di Epi Info	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 37: Schema di rapporto riassuntivo sui dati rilevati nella valutazione iniziale e di follow-up	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 38: Formula consigliata per l'antisepsi delle mani -Guida alla produzione locale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 39: Indagine sulla tollerabilità e sull'accettabilità dei prodotti per la frizione delle mani a base alcolica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Software Epi-Info e programmi (.pgm) per l'analisi dei dati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Filmato "I 5 momenti fondamentali per l'igiene delle mani" per l'addestramento degli osservatori e degli operatori sanitari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3- Se non ha utilizzato gli strumenti dell'OMS, può per cortesia spiegarci i motivi?

4- Se ha utilizzato altri strumenti, diversi da quelli dell'OMS, potrebbe per cortesia fornirci dei dettagli (nome e obiettivi/scopo)?

5- Nell'attuazione a livello locale della strategia di implementazione e delle raccomandazioni, si è fatto riferimento alla Linea Guida OMS sull'Igiene delle mani nell'assistenza sanitaria (bozza avanzata)?	Si	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6- In accordo a quanto definito nella Guida all'Implementazione, quali fasi del processo di implementazione sono state completate nella sua struttura?
<input type="checkbox"/> Preparazione della struttura
<input type="checkbox"/> Valutazione iniziale
<input type="checkbox"/> Implementazione
<input type="checkbox"/> Valutazione al follow-up
<input type="checkbox"/> Sviluppo di un piano d'azione e di un ciclo di revisione continuo

7- Può indicarci le date di inizio e fine di ogni fase?	Data inizio	Data fine
Preparazione della struttura		
Valutazione iniziale		
Implementazione		
Valutazione al follow-up		
Sviluppo di un piano d'azione e di un ciclo di revisione continuo		

8- Nella sua UTI quale sistema di sorveglianza continuativo¹ è attivo?	Si	No
Progetto GiVITI – petalo infezioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Progetto SPIN-UTI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema di sorveglianza regionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema di sorveglianza sviluppato a livello locale/di UO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sistema di sorveglianza delle infezioni da MRSA basato sui dati di laboratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ Per sistema di sorveglianza continuativo si intende una sorveglianza continuativa delle principali infezioni in terapia intensiva (almeno batteriemie e polmoniti), che utilizzi criteri di definizione delle infezioni condivisi (protocollo HELICS oppure definizioni dei Centers for Disease Control di Atlanta) e che rilevi le informazioni di base sul paziente e sulle procedure invasive previste da protocolli di sorveglianza condivisi (protocollo HELICS oppure National Surveillance System dei Centers for Disease Control di Atlanta). OPPURE una sorveglianza continuativa delle infezioni da Staphylococcus aureus meticillina resistente (MRSA).

8.1 Quali pazienti vengono inclusi nella sorveglianza?
<input type="checkbox"/> tutti i ricoverati in UTI
<input type="checkbox"/> tutti i ricoverati ad eccezione di quelli degenti da < 24 ore (oppure: ricoverati da almeno 24 ore)
<input type="checkbox"/> tutti i ricoverati ad eccezione di quelli degenti da < 48 ore (oppure: ricoverati da almeno 48 ore → Data di dimissione dall'ICU → Data del ricovero in ICU +1 >2)

9- Quali infezioni correlate all'assistenza vengono rilevate²?	Si	No
Polmonite associate a ventilazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infezione delle vie urinarie correlate a catetere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Batteriemia catetere correlata (nelle 48 ore dopo l'inserimento del CVC o nelle 48 ore successive alla rimozione del CVC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

² Si intende per infezione correlate all'assistenza occorsa in UTI, l'infezione insorta dopo due o più giorni dal ricovero in UTI (almeno dopo 48 ore dall'ammissione).

"Cure pulite sono cure più sicure" - Rapporto finale della campagna nazionale OMS
Allegati

10- Vengono rilevate altre infezioni?	Si	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Specificare:</i>		
10.1. - Se sì		
<input type="checkbox"/> indipendentemente dalla gravità		
<input type="checkbox"/> solo se si accompagnano a sepsi, sepsi grave e shock settico		

11- Relativamente ai siti di infezione correlate all'assistenza, quali informazioni è in grado di fornire?	Si	No
numero di pazienti infetti per specifico sito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
numero di infezioni per specifico sito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
numero di infezioni associate ad un dispositivo per specifico sito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
numero di pazienti in sorveglianza (tutti i ricoverati in UTI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
numero di giorni-dispositivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
numero di batteriemie da MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
numero di posti letto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
indice di occupazione posti letto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Numero di giornate di degenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>L'indice di occupazione esprime la percentuale di posti letto mediamente occupati durante l'anno ed è il rapporto tra la presenza media giornaliera e il numero di posti letto medi. In formula: Indice di occupazione = 100 * GGDEG / (PLM * 365,25) La presenza media giornaliera esprime il numero dei degenti mediamente presenti in ciascun giorno dell'anno, senza considerare le chiusure dei reparti. In formula: Presenza media giornaliera = GGDEG / 365,25 GGDEG= giornate di degenza consumate nell'anno; PLM= posti letto mediamente occupati nell'anno</i>		
11.1 Il laboratorio è in grado di valutare gli isolamenti ripetuti³?	Si	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Specificare l'arco temporale usato per definire le batteriemie ripetute:</i>		
³ <i>Le emocolture positive ottenute da uno stesso paziente nell'arco di XXXX giorni devono essere considerate come una sola batteriemia.</i>		

12- Tali informazioni sono disponibili
<input type="checkbox"/> per l'intero periodo 1 gennaio 2007 – 31 dicembre 2008
<input type="checkbox"/> altro, specificare periodo:

13- E' in grado di fornire dati relativamente ai seguenti altri indicatori, se sono stati rilevati durante la campagna "Cure Pulite"?	Si	No
Tassi di adesione all'igiene delle mani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumo (volumi) di prodotto a base alcolica per l'igiene delle mani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informazioni sulle conoscenze degli operatori sanitari sull'igiene delle mani e le ICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informazioni sulla percezione degli operatori sanitari sull'igiene delle mani e le ICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informazioni sulle conoscenze dei dirigenti sull'igiene delle mani e le ICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informazioni sulle strutture e sulle risorse esistenti per il miglioramento dell'igiene delle mani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14 – E' stato promosso un clima mirato alla sicurezza del paziente attraverso una o più delle seguenti azioni?	Si	No	Non so
Coloro che devono prendere le decisioni e le persone influenti sono state coinvolte nel processo di pianificazione sin dalle prime fasi e poi durante l'implementazione e oltre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il Direttore sanitario, i direttori di unità operativa, i coordinatori dell'attività infermieristica, si sono impegnati in modo evidente a sostenere politiche per il miglioramento dell'igiene delle mani durante la Fase 3 di implementazione (ad es. annunci e/o lettere inviate allo staff)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' stato predisposto un gruppo formale nell'ambito della struttura per attuare la strategia di igiene delle mani? Può trattarsi di un comitato esistente, come il Comitato aziendale di controllo delle infezioni, o di un Comitato specifico e autonomo per l'Igiene delle Mani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La strategia di implementazione è stata lanciata con un evento (seminario/riunione) pubblico che ha coinvolto gli operatori delle UO, il gruppo di coordinamento e la dirigenza aziendale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15 – Potrebbe descrivere come si è svolta la fase di implementazione della campagna (formazione ed addestramento)?			
Formazione teorica degli operatori sanitari			
<input type="checkbox"/> In aula dividendo gli operatori sanitari per categoria professionale (infermieri, medici, operatori supporto...)			
<input type="checkbox"/> In aula tutti gli operatori sanitari insieme			
<input type="checkbox"/> A distanza (tramite corso FAD su pc)			
<input type="checkbox"/> altro			
Quanti incontri sono stati fatti?			
Quante ore di formazione in tutto?			
Addestramento (filmato e/o simulazioni) degli operatori sanitari			
<input type="checkbox"/> In aula			
<input type="checkbox"/> In reparto			
15.1 La formazione è stata accreditata?		<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
<i>Se sì, con quanti crediti ECM?</i>			
16 – Il prodotto a base alcolica era già in uso prima della campagna?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
16.1 – Se non era in uso, è stato fatto un incontro per lanciare la sua introduzione?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
16.2 – Gli operatori sanitari hanno "opposto resistenza" alla introduzione del prodotto a base alcolica?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
<i>Se sì, per quali motivi?</i>			
17 – I poster e il materiale informativo (brochure, pieghevoli e fogli informativi) dove sono stati collocati?			
<input type="checkbox"/> Corridoi di accesso e altre aree con punti di assistenza			
<input type="checkbox"/> Stanza o singoli box dei pazienti			
<input type="checkbox"/> Ambienti in cui vengono effettuati trattamenti sanitari (ambulatori, strutture per il day hospital, ecc).			
<input type="checkbox"/> Servizi igienici			
<input type="checkbox"/> Ambienti riservati agli operatori sanitari (studi medici, cucinetta, ecc...)			
<input type="checkbox"/> Ambienti dedicati a "sala d'attesa" e/o "filtro" per i familiari			
18 - Sono state fatte altre iniziative per l'implementazione a livello locale? Può raccontarcele			
19- Ha suggerimenti e considerazioni sulla campagna "Cure pulite sono cure più sicure" da fornirci?			

Allegato 11. Questionario *Monkey Survey* sito complementare



**World Health
Organization**

**LA PRIMA SFIDA GLOBALE PER
LA SICUREZZA DEL PAZIENTE**
Cure Pulite sono Cure più Sicure

Implementazione delle Linee Guida OMS sull'igiene delle mani nell'assistenza sanitaria (Bozza avanzata), della strategia multimodale e degli strumenti dell'OMS – Questionario di valutazione 1° livello

INFORMAZIONI GENERALI			
Nome della Struttura:			
Regione:			
Indirizzo della Struttura:			
Il Referente individuato nell'Accordo tra la Struttura e l'OMS, sottoscritto per l'adesione alla campagna nazionale "cure pulite sono cure più sicure" come "sito complementare" (CTS), è l'attuale coordinatore della campagna nella struttura? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
Se no, per cortesia indichi i dati del coordinatore attuale:			
Nome:			
Titolo:		Funzione:	
Telefono:	Fax:	E-mail:	

INFORMAZIONI TECNICHE (devono essere compilate dal coordinatore)

Per cortesia risponda a tutte le domande così da fornire tutte le informazioni utili sull'implementazione della campagna

1- Quali delle seguenti componenti della Strategia multimodale di implementazione delle linee guida dell'OMS sono già state implementate nella struttura o sono state programmate?			
	Già implementate	Programmate, da implementare	Non implementate
Cambiamenti di sistema - Prodotti per frizione delle mani a base alcolica disponibili presso i "punti di assistenza"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambiamenti di sistema - Accesso ad acqua corrente, sapone e salviette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formazione/educazione sull'igiene delle mani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osservazione e feedback	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Promemoria sul posto di lavoro (poster, opuscoli, ecc...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clima mirato alla sicurezza dei pazienti nell'istituzione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

"Cure pulite sono cure più sicure" - Rapporto finale della campagna nazionale OMS
Allegati

2- Quali dei seguenti strumenti OMS sono stati scaricati dalla web-community del Ministero CCM? Quali strumenti sono stati utilizzati e quali saranno utilizzati in futuro? (per cortesia, rispondere a tutte le domande che si riferiscono alle componenti implementate)			
	Attualmente in uso/già utilizzato	Programmato l'utilizzo	Scaricato ma non utilizzato
Guida all'Implementazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 1: Programmi OMS relativi a "Clean Care is Safer Care"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 2: Analisi della situazione dei Paesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 3: Opuscolo sulle 9 raccomandazioni delle Linee guida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 4: Il poster dei 5 momenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 5: Modello Facility-WHO Agreement (Accordo struttura sanitaria-OMS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 6: Analisi della situazione della struttura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 7: Modello di piano d'azione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 8: Foglio informativo 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 9: Foglio informativo 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 10: Foglio informativo 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 11: Foglio informativo 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 12: Foglio informativo 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 13: Foglio informativo 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 14: Foglio informativo 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 15: Strumento per pianificare la produzione di prodotti a base alcolica per la frizione delle mani e per la valutazione costi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 16: Strumenti per la formazione, sessioni educative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 17: Manuale per osservatori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 18: Opuscolo tascabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 19: Brochure sull'igiene delle mani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 20: Poster su come frizionare le mani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 21: Poster su come lavare le mani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 23: Poster sulla pulizia delle mani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 28: Modello di lettera al coordinatore infermieristico/personale medico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 29: Opuscolo di patrocinio della strategia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 30: Indagine sulla percezione presso i dirigenti ospedalieri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 31: Indagine sulla percezione presso gli operatori sanitari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 32: Indagine sulla struttura della Unità Operativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 33: Indagine sul consumo di sapone e prodotti per mani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 34: Indagine sull'osservazione dell'igiene delle mani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 35: Indagine sulle conoscenze degli operatori sanitari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 36: Utilizzo di Epi Info	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 37: Schema di rapporto riassuntivo sui dati rilevati nella valutazione iniziale e di follow-up	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 38: Formula consigliata per l'antisepsi delle mani –Guida alla produzione locale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allegato 39: Indagine sulla tollerabilità e sull'accettabilità dei prodotti per la frizione delle mani a base alcolica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Software Epi-Info e programmi (.pgm) per l'analisi dei dati			
Filmato "I 5 momenti fondamentali per l'igiene delle mani" per l'addestramento degli osservatori e degli operatori sanitari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Se non ha utilizzato gli strumenti dell'OMS, può per cortesia spiegarci i motivi?			

4- Se ha utilizzato altri strumenti, diversi da quelli dell'OMS, potrebbe per cortesia fornirci dei dettagli (nome e obiettivi/scopo)?

5- Nell'attuazione a livello locale della strategia di implementazione e delle raccomandazioni, si è fatto riferimento alla Linea Guida OMS sull'Igiene delle mani nell'assistenza sanitaria (bozza avanzata)?	Sì	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6- In accordo a quanto definito nella Guida all'Implementazione, quali fasi del processo di implementazione sono state completate nella sua struttura?
<input type="checkbox"/> Preparazione della struttura
<input type="checkbox"/> Valutazione iniziale
<input type="checkbox"/> Implementazione
<input type="checkbox"/> Valutazione al follow-up
<input type="checkbox"/> Sviluppo di un piano d'azione e di un ciclo di revisione continuo

7- Quali Unità Operative della sua struttura hanno aderito alla campagna "Cure Pulite"?
<input type="checkbox"/> L'intera struttura
<input type="checkbox"/> Medicina generale
<input type="checkbox"/> Medicina specialistica
<input type="checkbox"/> Chirurgia generale
<input type="checkbox"/> Chirurgia specialistica
<input type="checkbox"/> Terapia intensiva
<input type="checkbox"/> Pronto Soccorso
<input type="checkbox"/> Ostetricia e Ginecologia
<input type="checkbox"/> Pediatria
<input type="checkbox"/> Riabilitazione/lungodegenza
<input type="checkbox"/> Geriatria (aggiunto)
<input type="checkbox"/> Centro trasfusionale/immunoematologia (aggiunto)
<input type="checkbox"/> Ambulatori/Day Hospital
<input type="checkbox"/> Altro (specificare):

8- E' in grado di fornire dati all'OMS relativamente ai seguenti indicatori, se sono stati rilevati durante la campagna "Cure Pulite"?	Sì	No
Tassi di adesione all'igiene delle mani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tassi di infezioni correlate all'assistenza (ICA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consumo (volumi) di prodotto a base alcolica per l'igiene delle mani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informazioni sulle conoscenze degli operatori sanitari sull'igiene delle mani e le ICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informazioni sulla percezione degli operatori sanitari sull'igiene delle mani e le ICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informazioni sulle conoscenze dei dirigenti sull'igiene delle mani e le ICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informazioni sulle strutture e sulle risorse esistenti per il miglioramento dell'igiene delle mani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

"Cure pulite sono cure più sicure" - Rapporto finale della campagna nazionale OMS
Allegati

9 – E' stato promosso un clima mirato alla sicurezza del paziente attraverso una o più delle seguenti azioni?			
Coloro che devono prendere le decisioni e le persone influenti sono state coinvolte nel processo di pianificazione sin dalle prime fasi e poi durante l'implementazione e oltre.	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Il Direttore sanitario, i direttori di unità operativa, i coordinatori dell'attività infermieristica, si sono impegnati in modo evidente a sostenere politiche per il miglioramento dell'igiene delle mani durante la Fase 3 di implementazione (ad es. annunci e/o lettere inviate allo staff)?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
E' stato predisposto un gruppo formale nell'ambito della struttura per attuare la strategia di igiene delle mani. Può trattarsi di un comitato esistente, come il Comitato aziendale di controllo delle infezioni, o di un Comitato di specifico e autonomo per l'Igiene delle Mani	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
La strategia di implementazione è stata lanciata con un evento (seminario/riunione) pubblico che ha coinvolto gli operatori delle UO, il gruppo di coordinamento e la dirigenza aziendale	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so

10- La campagna sull'igiene delle mani è stata implementata in altre UO della sua struttura oltre a quelle definite nell'accordo iniziale della campagna nazionale "Cure pulite sono cure più sicure"?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Non so
Se sì, può per cortesia fornire le seguenti informazioni?			
Nome dell'Unità Operativa: Stabilimento:			
Nome del coordinatore (se diverso da Lei):			
Telefono:	Fax:	E-mail:	

11- Ha suggerimenti e considerazioni sulla campagna "Cure pulite sono cure più sicure" da fornirci?

COLLANA DOSSIER

a cura dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale

1. Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi. Bologna, 1990. (*)
2. Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS). Bologna, 1990. (*)
3. Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica. Bologna, 1990. (*)
4. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990. Bologna, 1990. (*)
5. Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL. Bologna, 1990. (*)
6. Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro. Bologna, 1991. (*)
7. Radioattività naturale nelle abitazioni. Bologna, 1991. (*)
8. Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990". Bologna, 1991. (*)
9. Guida alle banche dati per la prevenzione. Bologna, 1992.
10. Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna. Bologna, 1992. (*)
11. I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990). Bologna, 1992. (*)
12. Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo. Bologna, 1992.
13. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia-Romagna. 2ª edizione. Bologna, 1992. (*)
14. Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative. Bologna, 1993. (*)
15. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991. Bologna, 1993. (*)

(*) volumi disponibili presso l'Agenzia sanitaria e sociale regionale. Sono anche scaricabili dal sito http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/archivio_dossier_1.htm

16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991. Bologna, 1993. (*)
17. Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari. Bologna, 1993. (*)
18. Venti anni di cultura per la prevenzione. Bologna, 1994.
19. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992. Bologna, 1994. (*)
20. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992. Bologna, 1994. (*)
21. Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi. Bologna, 1994. (*)
22. Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992. Ravenna, 1994. (*)
23. 5ª Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1994.
24. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993. Bologna, 1995. (*)
25. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993. Bologna, 1995. (*)
26. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994. Bologna, 1996. (*)
27. Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1996. (*)
28. Gli scavi in sottoterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza. Ravenna, 1996. (*)
29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP. Ravenna, 1997. (*)
30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari. Ravenna, 1997. (*)
31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina. Ravenna, 1997. (*)
32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella. Ravenna, 1997. (*)
33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida. Ravenna, 1997. (*)
34. EPI INFO versione 6. Ravenna, 1997. (*)
35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998.
36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998. (*)

37. Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP. Ravenna, 1998. (*)
38. La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS. Ravenna, 1998. (*)
39. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997. Ravenna, 1998. (*)
40. Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997. Ravenna, 1999. (*)
41. Manuale di gestione e codifica delle cause di morte, Ravenna, 2000.
42. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999. Ravenna, 2000. (*)
43. Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione. Ravenna, 2000. (*)
44. L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna. Ravenna, 2000. (*)
45. SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente. Ravenna, 2000. (*)
46. Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
47. Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
48. Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
49. Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
50. Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna. Ravenna, 2000. (*)
51. Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
52. Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
53. Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
54. La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
55. Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
56. La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
57. Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.

58. Incidenti stradali. Proposta di Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
59. Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
60. AGREE. Uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche. Bologna, 2002.
61. Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
62. Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Risultati di uno studio caso-controllo in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
63. Infezioni ospedaliere in ambito chirurgico. Studio multicentrico nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
64. Indicazioni per l'uso appropriato della chirurgia della cataratta. Bologna, 2002. (*)
65. Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti. Bologna, 2002. (*)
66. Le Carte di controllo. Strumenti per il governo clinico. Bologna, 2002. (*)
67. Catalogo dei periodici. Archivio storico 1970-2001. Bologna, 2002.
68. Thesaurus per la prevenzione. 2a edizione. Bologna, 2002. (*)
69. Materiali documentari per l'educazione alla salute. Archivio storico 1970-2000. Bologna, 2002. (*)
70. I Servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale. Bologna, 2002. (*)
71. Farmaci antimicrobici in età pediatrica. Consumi in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
72. Linee guida per la chemiopprofilassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
73. Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità. Bologna, 2002. (*)
74. Diagnostica per immagini. Linee guida per la richiesta. Bologna, 2002. (*)
75. FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Bologna, 2002.
76. Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in tre Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
77. Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
78. Fattibilità di un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza basato sui laboratori. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
79. Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed eco-color-Doppler e impatto sui tempi di attesa. Bologna, 2003. (*)

80. Promozione dell'attività fisica e sportiva. Bologna, 2003. (*)
81. Indicazioni all'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (FDG - PET) in oncologia. Bologna, 2003. (*)
82. Applicazione del DLgs 626/94 in Emilia-Romagna. Report finale sull'attività di monitoraggio. Bologna, 2003. (*)
83. Organizzazione aziendale della sicurezza e prevenzione. Guida per l'autovalutazione. Bologna, 2003. (*)
84. I lavori di Francesca Repetto. Bologna, 2003. (*)
85. Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Bologna, 2003. (*)
86. Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Bologna, 2003. (*)
87. I Distretti nella Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
88. Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2003. (*)
89. Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare. Bologna, 2004. (*)
90. La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti. Bologna, 2004. (*)
91. Stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica. Impatto clinico ed economico. Bologna, 2004. (*)
92. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003. Bologna, 2004. (*)
93. Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino. Bologna, 2004. (*)
94. Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito. Bologna, 2004. (*)
95. Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna, 2004. (*)
96. Il lavoro a tempo parziale nel Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
97. Il sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2004.
98. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 1992-2002. Bologna, 2004. (*)
99. La sorveglianza per la sicurezza alimentare in Emilia-Romagna nel 2002. Bologna, 2004. (*)
100. Dinamiche del personale infermieristico in Emilia-Romagna. Permanenza in servizio e mobilità in uscita. Bologna, 2004. (*)
101. Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
102. Antibiotici sistemici in età pediatrica. Prescrizioni in Emilia-Romagna 2000-2002. Bologna, 2004. (*)

103. Assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico. Bologna, 2004.
104. Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere in terapia intensiva. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
105. SapereAscoltare. Il valore del dialogo con i cittadini. Bologna, 2005.
106. La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna. Sintesi del progetto. Bologna, 2005. (*)
107. Il bilancio di missione per il governo della sanità dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)
108. Contrastare gli effetti negativi sulla salute di disuguaglianze sociali, economiche o culturali. Premio Alessandro Martignani - III edizione. Catalogo. Bologna, 2005.
109. Rischio e sicurezza in sanità. Atti del convegno Bologna, 29 novembre 2004. Sussidi per la gestione del rischio 3. Bologna, 2005.
110. Domanda di cure domiciliare e donne migranti. Indagine sul fenomeno delle badanti in Emilia-Romagna. Bologna, 2005.
111. Le disuguaglianze in ambito sanitario. Quadro normativo ed esperienze europee. Bologna, 2005.
112. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 2003. Bologna, 2005. (*)
113. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna, 2005. (*)
114. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2004. Bologna, 2005. (*)
115. Proba Progetto Bambini e antibiotici. I determinanti della prescrizione nelle infezioni delle alte vie respiratorie. Bologna, 2005. (*)
116. Audit delle misure di controllo delle infezioni post-operatorie in Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)
117. Dalla Pediatria di comunità all'Unità pediatrica di Distretto. Bologna, 2006. (*)
118. Linee guida per l'accesso alle prestazioni di eco-color doppler: impatto sulle liste di attesa. Bologna, 2006. (*)
119. Prescrizioni pediatriche di antibiotici sistemici nel 2003. Confronto in base alla tipologia di medico curante e medico prescrittore. Bologna, 2006. (*)
120. Tecnologie informatizzate per la sicurezza nell'uso dei farmaci. Sussidi per la gestione del rischio 4. Bologna, 2006.
121. Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura. Bologna, 2006. (*)
122. Tecnologie per la sicurezza nell'uso del sangue. Sussidi per la gestione del rischio 5. Bologna, 2006. (*)
123. Epidemie di infezioni correlate all'assistenza sanitaria. Sorveglianza e controllo. Bologna, 2006.

124. Indicazioni per l'uso appropriato della FDG-PET in oncologia. Sintesi. Bologna, 2006. (*)
125. Il clima organizzativo nelle Aziende sanitarie - ICONAS. Cittadini, Comunità e Servizio sanitario regionale. Metodi e strumenti. Bologna, 2006. (*)
126. Neuropsichiatria infantile e Pediatria. Il progetto regionale per i primi anni di vita. Bologna, 2006. (*)
127. La qualità percepita in Emilia-Romagna. Strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi. Bologna, 2006. (*)
128. La guida DISCERNere. Valutare la qualità dell'informazione in ambito sanitario. Bologna, 2006. (*)
129. Qualità in genetica per una genetica di qualità. Atti del convegno Ferrara, 15 settembre 2005. Bologna, 2006. (*)
130. La root cause analysis per l'analisi del rischio nelle strutture sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 6. Bologna, 2006.
131. La nascita pre-termine in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna, 2006. (*)
132. Atlante dell'appropriatezza organizzativa. I ricoveri ospedalieri in Emilia-Romagna. Bologna, 2006. (*)
133. Reprocessing degli endoscopi. Indicazioni operative. Bologna, 2006. (*)
134. Reprocessing degli endoscopi. Eliminazione dei prodotti di scarto. Bologna, 2006. (*)
135. Sistemi di identificazione automatica. Applicazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 7. Bologna, 2006. (*)
136. Uso degli antimicrobici negli animali da produzione. Limiti delle ricette veterinarie per attività di farmacovigilanza. Bologna, 2006. (*)
137. Il profilo assistenziale del neonato sano. Bologna, 2006. (*)
138. Sana o salva? Adesione e non adesione ai programmi di screening femminili in Emilia-Romagna. Bologna, 2006. (*)
139. La cooperazione internazionale negli Enti locali e nelle Aziende sanitarie. Premio Alessandro Martignani - IV edizione. Catalogo. Bologna, 2006. (*)
140. Sistema regionale dell'Emilia-Romagna per la sorveglianza dell'antibioticoresistenza. 2003-2005. Bologna, 2006. (*)
141. Accredimento e governo clinico. Esperienze a confronto. Atti del convegno Reggio Emilia, 15 febbraio 2006. Bologna, 2007. (*)
142. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2005. Bologna, 2007. (*)
143. Progetto LaSER. Lotta alla sepsi in Emilia-Romagna. Razionale, obiettivi, metodi e strumenti. Bologna, 2007. (*)
144. La ricerca nelle Aziende del Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Risultati del primo censimento. Bologna, 2007. (*)

145. Disuguaglianze in cifre. Potenzialità delle banche dati sanitarie. Bologna, 2007. (*)
146. Gestione del rischio in Emilia-Romagna 1999-2007. Sussidi per la gestione del rischio 8. Bologna, 2007. (*)
147. Accesso per priorità in chirurgia ortopedica. Elaborazione e validazione di uno strumento. Bologna, 2007. (*)
148. I Bilanci di missione 2005 delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2007. (*)
149. E-learning in sanità. Bologna, 2007. (*)
150. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2002-2006. Bologna, 2007. (*)
151. "Devo aspettare qui?" Studio etnografico delle traiettorie di accesso ai servizi sanitari a Bologna. Bologna, 2007. (*)
152. L'abbandono nei Corsi di laurea in infermieristica in Emilia-Romagna: una non scelta? Bologna, 2007. (*)
153. Faringotonsillite in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna, 2007. (*)
154. Otite media acuta in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna, 2007. (*)
155. La formazione e la comunicazione nell'assistenza allo stroke. Bologna, 2007. (*)
156. Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 1998-2004. Bologna, 2007. (*)
157. FDG-PET in oncologia. Criteri per un uso appropriato. Bologna, 2007. (*)
158. Mediare i conflitti in sanità. L'approccio dell'Emilia-Romagna. Sussidi per la gestione del rischio 9. Bologna, 2007. (*)
159. L'audit per il controllo degli operatori del settore alimentare. Indicazioni per l'uso in Emilia-Romagna. Bologna, 2007. (*)
160. Politiche e piani d'azione per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza. Bologna, 2007. (*)
161. Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2006. Bologna, 2008. (*)
162. Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura e indicazioni d'uso appropriato. Bologna, 2008. (*)
163. Le Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Una lettura di sintesi dei Bilanci di missione 2005 e 2006. Bologna, 2008. (*)
164. La rappresentazione del capitale intellettuale nelle organizzazioni sanitarie. Bologna, 2008. (*)
165. L'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Studio pilota sull'impatto del processo di accreditamento presso l'Azienda USL di Ferrara. Bologna, 2008. (*)
166. Assistenza all'ictus. Modelli organizzativi regionali. Bologna, 2008. (*)
167. La chirurgia robotica: il robot da Vinci. ORIentamenti 1. Bologna, 2008. (*)

168. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna, 2008. (*)
169. Le opinioni dei professionisti della sanità sulla formazione continua. Bologna, 2008. (*)
170. Per un Osservatorio nazionale sulla qualità dell'Educazione continua in medicina. Bologna, 2008. (*)
171. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2007. Bologna, 2008. (*)
172. La produzione di raccomandazioni cliniche con il metodo GRADE. L'esperienza sui farmaci oncologici. Bologna, 2009. (*)
173. Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna, 2009. (*)
174. I tutor per la formazione nel Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna. Rapporto preliminare. Bologna, 2009. (*)
175. Percorso nascita e qualità percepita. Analisi bibliografica. Bologna, 2009. (*)
176. Utilizzo di farmaci antibatterici e antimicotici in ambito ospedaliero in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna, 2009. (*)
177. Ricerca e innovazione tecnologica in sanità. Opportunità e problemi delle forme di collaborazione tra Aziende sanitarie e imprenditoria biomedicale. Bologna, 2009. (*)
178. Profili di assistenza degli ospiti delle strutture residenziali per anziani. La sperimentazione del Sistema RUG III in Emilia-Romagna. Bologna, 2009. (*)
179. Profili di assistenza e costi del diabete in Emilia-Romagna. Analisi empirica attraverso dati amministrativi (2005 - 2007). Bologna, 2009. (*)
180. La sperimentazione dell'audit civico in Emilia-Romagna: riflessioni e prospettive. Bologna, 2009. (*)
181. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2008. Bologna, 2009. (*)
182. La ricerca come attività istituzionale del Servizio sanitario regionale. Principi generali e indirizzi operativi per le Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2009. (*)
183. I Comitati etici locali in Emilia-Romagna. Bologna, 2009. (*)
184. Il Programma di ricerca Regione-Università. 2007-2009. Bologna, 2009. (*)
185. Il Programma Ricerca e innovazione (PRI E-R) dell'Emilia-Romagna. Report delle attività 2005-2008. Bologna, 2009. (*)
186. Le medicine non convenzionali e il Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Un approccio sperimentale. Bologna, 2009. (*)
187. Studi per l'integrazione delle medicine non convenzionali. 2006-2008. Bologna, 2009. (*)

188. Misure di prevenzione e controllo di infezioni e lesioni da pressione. Risultati di un progetto di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna, 2010. (*)
189. "Cure pulite sono cure più sicure" - Rapporto finale della campagna nazionale OMS. Bologna, 2010. (*)