

## L'IGIENE DELLE MANI NELLE CURE AMBULATORIALI, DOMICILIARI ED A LUNGO TERMINE

Guida applicativa della strategia multimodale OMS per il  
miglioramento dell'igiene delle mani e dell'approccio de  
“I cinque momenti per l'igiene delle mani”



21 AGOSTO 2015

**ASP CATANZARO**  
U.O. "Prevenzione Infezioni Ospedaliere"  
Responsabile : Dott. Arcangelo Delfino

*L'igiene delle mani nelle cure ambulatoriali, domiciliari ed a lungo termine.  
Guida applicativa della strategia multimodale OMS per il miglioramento  
dell'igiene delle mani e dell'approccio de "I cinque momenti per l'igiene delle  
mani"*

*documento tradotto dal dottor Arcangelo Delfino*

*dalla versione spagnola, prodotta dal Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:*

*La higiene de las manos en la asistencia ambulatoria y domiciliaria y en los cuidados de larga duración  
Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora  
de la higiene de las manos y del modelo "Los cinco momentos para la higiene de las manos"*

GOBIERNO  
DE ESPAÑAMINISTERIO  
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES  
E IGUALDADOrganización  
Mundial de la Salud

*N.B.: La versione spagnola equivale, a sua volta, alla traduzione del documento originale dell'OMS:*

*Hand Hygiene in Outpatient and Home-based Care and Long-term Care Facilities. A Guide to the  
Application of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy and the "My Five Moments For  
Hand Hygiene" Approach.*

World Health  
Organization

consultabile su: [http://www.who.int/gpsc/5may/hh\\_guide.pdf](http://www.who.int/gpsc/5may/hh_guide.pdf)

21 AGOSTO 2015

**ASP CATANZARO**  
U.O. "Prevenzione Infezioni Ospedaliere"  
Responsabile : Dott. Arcangelo Delfino

---

**L'igiene delle mani nelle cure ambulatoriali, domiciliari ed a lungo termine.  
Guida applicativa della strategia multimodale OMS  
per il miglioramento dell'igiene delle mani e dell'approccio de  
"I cinque momenti per l'igiene delle mani"**

Il presente elaborato consiste nella traduzione italiana del documento spagnolo:

*La higiene de las manos en la asistencia ambulatoria y domiciliaria y en los cuidados de larga duración  
Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora  
de la higiene de las manos y del modelo "Los cinco momentos para la higiene de las manos"*

**La traduzione, a cura del Dott. Arcangelo Delfino, ha tenuto conto anche dell'originale dell'OMS in lingua inglese.**

Il menzionato documento spagnolo corrisponde, infatti, alla traduzione del documento originale dell'OMS:

*Hand Hygiene in Outpatient and Home-based Care and Long-term Care Facilities. A Guide to the Application of the WHO Multimodal Hand Hygiene Improvement Strategy and the "My Five Moments For Hand Hygiene" Approach.*



consultabile su: [http://www.who.int/gpsc/5may/hh\\_guide.pdf](http://www.who.int/gpsc/5may/hh_guide.pdf)

21 AGOSTO 2015

## **BIBLIOTECA DELL'OMS - CATALOGAZIONE**

*L'igiene delle mani nelle cure ambulatoriali e domiciliari ed a lungo termine: guida applicativa della strategia multimodale OMS per il miglioramento dell'igiene delle mani e dell'approccio de "I cinque momenti per l'igiene delle mani".*

1. Igiene delle mani - norme.
2. Sicurezza del paziente - norme.
3. Infezioni Ospedaliere - prevenzione e controllo.
4. Servizi di assistenza sanitaria domiciliare - norme.
5. Pazienti ambulatoriali.
6. Assistenza a lungo termine.
7. Guida. I. Organizzazione Mondiale della Sanità. ISBN 978 92 4 350337 0 (Classificazione NLM: WB 300)

© Organizzazione Mondiale della Sanità, 2013

Tutti i diritti sono riservati. Le pubblicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità sono disponibili sul sito web dell'OMS ([www.who.int](http://www.who.int)) o possono essere acquistate presso WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Ginevra 27, Svizzera (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; email: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)).

Le richieste di autorizzazione a riprodurre o tradurre le pubblicazioni dell'OMS, sia per scopi commerciali che per la distribuzione non a fini di lucro, vanno presentate a WHO Press attraverso il sito web dell'OMS ([http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)).

Le definizioni utilizzate e la presentazione del materiale in questa pubblicazione non implicano in alcun modo un giudizio dell'OMS relativamente allo status giuridico di qualsiasi Paese, territorio, città o area o alle sue autorità o relativamente alla delimitazione dei suoi confini.

Le linee tratteggiate sulle mappe rappresentano linee di confine indicative, su cui potrebbe non esserci un accordo completo.

La menzione di aziende specifiche o di alcuni prodotti non implica alcun sostegno o raccomandazione da parte dell'OMS rispetto ad altri di natura simile e non menzionati.

A parte eventuali errori e omissioni, i nomi dei prodotti registrati sono contraddistinti dalle iniziali in maiuscolo.

L'OMS ha preso ogni precauzione possibile per verificare le informazioni contenute in questa pubblicazione. Il materiale pubblicato, tuttavia, viene distribuito senza garanzia di qualsiasi genere, sia esplicita che implicita.

La responsabilità riguardo all'interpretazione e all'utilizzo del materiale è a carico esclusivamente del lettore.

In nessun caso l'Organizzazione Mondiale della Sanità è responsabile dei danni derivanti dal suo uso.

Design: Common Sense, Grecia

Stampa: Production Document Service, Ginevra (Svizzera)

**INDICE**

<b>Ringraziamenti</b>	<b>6</b>
<b>Abbreviazioni</b>	<b>8</b>
<b>Introduzione e note essenziali per il lettore</b>	<b>9</b>
1. <b>Obiettivi</b>	11
2. <b>Definizioni e campo di applicazione</b>	11
3. <b>Destinatari</b>	13
4. <b>Perché l'igiene delle mani è importante nell'assistenza ambulatoriale?</b>	14
4.1 Il rischio di trasmissione e d'infezione nel contesto delle cure ambulatoriali	14
4.2 Il ruolo delle mani nella trasmissione microbica in ambito ambulatoriale	15
4.3 Le pratiche di igiene delle mani in ambito ambulatoriale	18
5. <b>Applicazione dell'approccio de " I cinque momenti per l'igiene delle mani" in ambito ambulatoriale</b>	21
5.1 I concetti di <i>zona paziente</i> e di <i>area di assistenza sanitaria</i> in ambito ambulatoriale	21
5.2 L'approccio de "I cinque momenti per l'igiene delle mani" in ambito ambulatoriale	22
6. <b>Attuazione della strategia multimodale per il miglioramento dell'igiene delle mani e kit degli strumenti di attuazione in ambito ambulatoriale</b>	31
6.1 Cambiamento di sistema	31
6.2 Educazione e formazione	33
6.3 Valutazione e feedback	35
6.4 Promemoria sul luogo di lavoro	37
6.5 Clima istituzionale della sicurezza	43
7. <b>Esempi pratici dei requisiti dell'igiene delle mani in una vasta gamma di strutture ambulatoriali</b>	46
7.1 Introduzione e note importanti per il lettore	46
7.2 Esempi pratici	48
1. <b>Campagna pubblica di vaccinazione</b>	48
2. <b>Prelievo di sangue in un laboratorio</b>	51
3. <b>Visita eseguita presso un ambulatorio di medicina generale</b>	54
4. <b>Visita presso un ambulatorio pediatrico</b>	57
5. <b>Visita presso un servizio di emergenza</b>	60
6a. <b>Assistenza domiciliare – aiutare un paziente non autosufficiente a fare il bagno</b>	63
6b. <b>Assistenza domiciliare – cura e bendaggio di ferita</b>	65
7. <b>Radiografia del torace presso un centro diagnostico</b>	68
8a. <b>Emodialisi presso un centro specialistico ambulatoriale – all'inizio della seduta di dialisi</b>	70
8b. <b>Emodialisi presso un centro specialistico ambulatoriale – durante la seduta di dialisi</b>	73
8c. <b>Emodialisi presso un centro specialistico ambulatoriale – dopo la disconnessione del paziente, alla fine della seduta di dialisi</b>	75
8d. <b>Emodialisi presso un centro specialistico ambulatoriale – dopo che il paziente è andato via</b>	77
9. <b>Assistenza al parto</b>	79
9a. <b>Durante il travaglio</b>	79
9b. <b>Al momento del parto</b>	82
9c. <b>Dopo che la madre e il bambino hanno lasciato la zona parto</b>	84
10. <b>Assistenza odontoiatrica presso uno studio dentistico</b>	85
11. <b>Controllo dei parametri vitali e clinici di un residente, costretto a letto in un centro socio sanitario</b>	88
12. <b>Cambio del pannolino ad un residente, costretto a letto in un centro socio sanitario</b>	91
13. <b>Fisioterapia ed esercizi di mobilità per un'anziana residente in un centro geriatrico</b>	93
<b>Riferimenti bibliografici</b>	<b>95</b>
<b>Allegato 1</b>	<b>99</b>
<b>Allegato 2</b>	<b>101</b>

## **RINGRAZIAMENTI**

Questa pubblicazione è frutto del contributo di diverse persone. È stata scritta da Benedetta Allegranzi e Sepideh Bagheri Nejad (Programma dell'OMS per la sicurezza dei pazienti, Ginevra, Svizzera) e da Marie-Noëlle Chraiti (Centro collaboratore dell'OMS per la sicurezza dei pazienti, Ospedali Universitari di Ginevra, Ginevra, Svizzera). La pubblicazione è stata realizzata grazie all'apporto tecnico e al sostegno essenziale (così come la sua traduzione in spagnolo) da parte del Ministero spagnolo della Salute, Servizi Sociali ed Uguaglianza. Anche il Centro di collaborazione dell'OMS per la sicurezza del paziente, gli Ospedali e la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Ginevra, Ginevra, Svizzera, hanno fornito un apporto tecnico rilevante.

### **Autori**

#### **Benedetta Allegranzi**

WHO Patient Safety Programme, Geneva, Switzerland

#### **Sepideh Bagheri Nejad**

WHO Patient Safety Programme, Geneva, Switzerland

#### **Marie-Noëlle Chraiti**

WHO Collaborating Centre on Patient Safety, University of Geneva Hospitals and Faculty of Medicine, Geneva, Switzerland

### **Collaboratori**

#### **Yolanda Agra-Varela**

Directorate General of Public Health, Quality and Innovation, Ministry of Health, Social Services and Equality, Madrid, Spain

#### **María del Mar Fernandez-Maillo**

Directorate General of Public Health, Quality and Innovation, Ministry of Health, Social Services and Equality, Madrid, Spain

#### **Soledad Alonso-Humada**

Almería Primary Healthcare District, Andalucía Region Health Service, Almería, Spain

#### **M. Carmen Gómez-Gonzalez**

Spanish Society of Primary Health Care Practitioners (SEMERGEN), Badajoz, Spain

#### **Béatrice Jans**

Scientific Institute of Public Health, Brussels, Belgium

#### **Ana Martínez-Rubio**

Spanish Association of Primary Healthcare Pediatrics, Sevilla, Spain

#### **Jesús Molina-Cabrillana**

Spanish Society of Preventive Medicine, Public Health and Hygiene, Las Palmas de Gran Canaria, Spain

#### **Maria Luisa Moro**

Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale Regione Emilia-Romagna, Bologna, Italy

#### **Fernando Pérez-Escanilla**

Spanish Society of General Practitioners and Family Doctors, Spain

#### **Teresa Pi-Sunyer-Cañellas**

External Consultant, Barcelona, Spain

#### **Didier Pittet**

WHO Collaborating Centre on Patient Safety, University of Geneva Hospitals and Faculty of Medicine, Geneva, Switzerland

#### **Christiane Reichardt**

Institute of Hygiene and Environmental Medicine, University Medicine Berlin, Charité, Germany



**Lisa Ritchie**

Health Protection Scotland, Glasgow, United Kingdom

**Philip L Russo**

Austin Health, Heidelberg, Victoria, Australia

**Hugo Sax**

Division of Infectious Diseases and Hospital Epidemiology, University Hospital of Zurich, Switzerland

**Luisa Torijano-Casaluenga**

Spanish Society of Community and Family Medicine, Talavera de la Reina, Toledo, Spain

**Revisori**

**Pilar Astier-Peña**

Spanish Society of Community and Family Medicine, Zaragoza, Spain

**Barry Cookson**

Health Protection Agency, London, United Kingdom

**Nizam Damani**

Craigavon Area Hospital, Portadown, Craigavon, United Kingdom

**Francisco Javier Hernández-Herrero**

La Gomera Primary Healthcare, Canary Islands Health Service, San Sebastian de La Gomera, Canary Islands, Spain

**Claire Kilpatrick**

Health Protection Scotland, Glasgow, United Kingdom

**Edward Kelley**

WHO Patient Safety Programme, Geneva, Switzerland

**Elaine Larson**

Columbia University School of Nursing, New York, USA

**Maribel Macián-Morro**

Nursing Federation of Community and Primary Health Care, Caravaca de la Cruz, Murcia, Spain

**Shaheen Mehtar**

Tygerberg Hospital and Stellenbosch University, Tygerberg, Cape Town, South Africa

**Andreas Voss**

Canisius-Wilhelmina Hospitals and Radboud University Nijmegen Medical Centre, Nijmegen, The Netherlands

**Editore**

---

**Rosemary Sudan**, Freelance editor

**Disegno e immagini**

---

Common Sense, Athens, Greece

Il Ministero spagnolo della Salute, Servizi Sociali ed Uguaglianza ha provveduto a finanziare e ad organizzare una riunione di esperti a Madrid - tenutasi il 17 novembre 2011 - allo scopo di discutere il contenuto della presente pubblicazione.

## ABBREVIAZIONI

### VERSIONE EDITA DAL MINISTERO SPAGNOLO (2013)

<b>ABREVIATURAS</b>	
PBA	preparado de base alcohólica para manos
BLEA	betalactamasas de amplio espectro
VHB	virus de la hepatitis B
IRAS	infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria
VHC	virus de la hepatitis C
PS	Profesional sanitario
CSS	centro sociosanitario
SARM	Staphylococcus aureus resistente a la meticilina
IU	infección urinaria
ERV	Enterococos resistentes a vancomicina
OMS	Organización Mundial de la Salud

### CORRISPETTIVO ITALIANO

-	Preparato a Base Alcolica per le mani
-	Beta-lattamasi ad ampio spettro
-	Virus dell'epatite B
ICA	Infezioni relative all'assistenza sanitaria
-	Virus dell'epatite C
OS	Operatore Sanitario
ALT	Assistenza a Lungo Termine
-	Stafilococco Aureo Resistente alla Meticillina
IVU	Infezione Vie Urinarie
EVR	Enterococchi Vancomicina Resistenti
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità

### VERSIONE EDITA DALL'OMS (2012)

<b>ABBREVIATIONS</b>	
ABHRs	alcohol-based handrubs
ESBL	extended-spectrum beta-lactamases
HBV	hepatitis B virus
HCAI	health care-associated infection
HCV	hepatitis C virus
HCW	health-care worker
LCTF	long-term care facility
MRSA	methicillin-resistant Staphylococcus aureus
USA	United States of America
UTI	urinary tract infection
VRE	vancomycin-resistant enterococci
WHO	World Health Organization



## INTRODUZIONE E NOTE ESSENZIALI PER IL LETTORE

Le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sulle migliori pratiche e sulle strategie di miglioramento dell'igiene delle mani sono considerate il gol standard dell'assistenza sanitaria in tutto il mondo.

Nel corso degli ultimi sei anni sono state attuate in migliaia di centri, così come - su scala nazionale - in diversi paesi.

Sebbene queste raccomandazioni e strategie siano state concepite - soprattutto - per il settore ospedaliero, negli ultimi anni si è registrato un grande interesse, nei confronti della possibilità di applicarle al contesto delle cure primarie e ad altri tipi di contesti ambulatoriali.

Allo stesso tempo, sono emersi diversi quesiti, in merito ai rischi di trasmissione e di infezione ed in merito all'applicazione dei concetti dell'igiene delle mani in questi settori di assistenza.

Le evidenze scientifiche disponibili sono limitate e le conoscenze, relative all'attuazione delle misure di controllo delle infezioni in tali settori, sono in una fase iniziale.

Il team *Clean Care is Safer Care* (Una Cura Pulita è una Cura Sicura) dell'OMS, stimolato dalla richiesta generata in questo campo, ha raccolto la sfida di elaborare il presente documento di indirizzo.

Sono stati individuati i seguenti argomenti chiave:

- 1) il rischio di trasmissione e di infezione ed, in particolare, il rischio di trasmissione attraverso le mani, in ambito ambulatoriale;
- 2) la pratica dell'igiene delle mani in queste strutture;
- 3) l'adattamento della **zona paziente** e l'approccio de "I cinque momenti di igiene delle mani" dell'OMS;
- 4) l'attuazione delle strategie di miglioramento a livello istituzionale.

Sono stati utilizzati vari metodi, per risolvere le controversie, per colmare le lacune e per sviluppare i concetti proposti nel presente documento.

Il procedimento ha riguardato, principalmente recensioni della letteratura scientifica, indagini che hanno coinvolto esperti internazionali, consulenze di esperti nazionali ed un'ampia *peer review* relativa al progetto definitivo.

Anche se non è stato possibile risolvere completamente tutte le questioni controverse, l'approccio qui proposto - per quanto concerne le cure primarie e gli altri contesti ambulatoriali - è coerente con la strategia dell'OMS e si basa sul consenso di esperti ed il feedback operato da alcuni dei rappresentanti dei paesi.

Il documento si compone di due sezioni principali:

- 1) una parte concettuale, finalizzata a fornire le evidenze disponibili ed i principi teorici relativi all'approccio de "I cinque momenti di igiene delle mani" ed alla strategia multimodale dell'OMS per il miglioramento dell'igiene delle mani, con l'adattamento alla realtà dei settori sanitari ambulatoriali;

- 2) una parte pratica, con esempi di applicazione dei principi dell'igiene delle mani a situazioni, ricorrenti - con frequenza - nei diversi contesti delle cure ambulatoriali.

Questi esempi pratici sono forniti, per aiutare il lettore a comprendere la necessità dell'igiene delle mani, nella pratica quotidiana, e ad adottare - progressivamente - tale approccio, durante l'erogazione di assistenza sanitaria, in situazioni della vita reale.

I responsabili del controllo delle infezioni, a livello nazionale, e gli operatori, a livello istituzionale, dovrebbero facilitare la comprensione e l'adozione di questi concetti da parte degli Operatori Sanitari (OS) di prima linea.

Ciò comprende la valutazione dei rischi, la definizione delle priorità e la debita valutazione delle risorse disponibili e delle procedure più frequentemente intraprese a livello locale.

L'OMS sta, attualmente, sviluppando ulteriori strumenti pratici per la valutazione, la formazione e l'apprendimento, che saranno destinati agli operatori sanitari dei diversi contesti ambulatoriali e che dovranno essere utilizzati ad integrazione del presente documento di indirizzo.

## 1. OBIETTIVI

I principi fondamentali del controllo delle infezioni e dell'igiene delle mani sono uguali in tutte le strutture sanitarie del mondo.

Tuttavia, il contesto delle cure ambulatoriali comporta alcune sfide specifiche, per quanto concerne l'applicazione dell'approccio de "I cinque momenti di igiene delle mani"<sup>1-3</sup> dell'OMS e l'attuazione della strategia multimodale dell'OMS per il miglioramento dell'igiene delle mani.<sup>1,4</sup>

Sulla base delle prove scientifiche disponibili e del consenso di esperti e, specialmente, con riferimento alle *Linee Guida OMS per l'igiene delle mani nell'assistenza sanitaria*,<sup>1</sup> il presente documento si prefigge di:

- discutere le evidenze disponibili circa il rischio di trasmissione - attraverso le mani - di patogeni associati all'assistenza sanitaria durante le procedure che vengono solitamente eseguite in ambito ambulatoriale;
- affrontare le problematiche specifiche di tali settori e fornire spiegazioni pratiche per la comprensione dei concetti concernenti l'applicazione dell'approccio de "I cinque momenti di igiene delle mani"<sup>1-2</sup> dell'OMS e della strategia multimodale per il miglioramento dell'igiene delle mani<sup>1,4</sup> in regime ambulatoriale;
- fornire esempi pratici di situazioni tipiche di assistenza in questi settori, per agevolare l'attuazione delle raccomandazioni in materia di igiene delle mani e per poter conseguire un'adesione ottimale.

## 2. DEFINIZIONI E CAMPO DI APPLICAZIONE

Lo scopo di questo documento è quello di affrontare gli aspetti pratici, legati all'esecuzione dell'igiene sistematica delle mani nel corso delle cure ambulatoriali.

Il presente documento non si occupa dell'antisepsi preoperatoria delle mani (per la quale si rimanda alle *Linee Guida dell'OMS per l'igiene delle mani nel corso dell'assistenza sanitaria*<sup>1</sup>).

Ai fini del presente documento di indirizzo, l'**assistenza ambulatoriale** viene definita, come qualsiasi servizio di assistenza sanitaria erogato a pazienti, al di fuori dei servizi forniti a coloro **che sono stati ammessi alle cure in qualità di degenti presso un ospedale per acuti**.

I centri di assistenza ambulatoriale possono consistere in istituzioni pubbliche, private o non governative.

Una definizione simile è stata recentemente utilizzata nella *Guida per la prevenzione delle infezioni in ambito ambulatoriale*<sup>5</sup> dei CDC (*Center for Disease Control and Prevention*) degli Stati Uniti.

Le cure ambulatoriali comprendono i settori propri delle **cure primarie** \*.

Secondo la Dichiarazione di Alma-Ata<sup>6</sup>, tali settori equivalgono, di solito, al **contatto di primo livello delle persone con il sistema sanitario nazionale**, per problemi di salute generale e di medicina preventiva.

---

\* Le cure primarie vengono definite come il livello di base ed iniziale di assistenza, che garantisce un'assistenza globale e continua per tutta la vita del paziente, agendo in qualità di manager e case manager e controllando la domanda di assistenza sanitaria. Esse comprenderanno attività finalizzate alla promozione della salute, educazione alla salute, prevenzione delle malattie, assistenza sanitaria, conservazione e recupero della salute e la riabilitazione fisica.”

Nel concetto di assistenza ambulatoriale vengono inclusi, anche, diversi ambiti di assistenza, maggiormente specializzati, rispetto all'ambito delle cure primarie.

Esempi di ambiti di assistenza ambulatoriale sono gli ambulatori ospedalieri per esterni, i poliambulatori, gli ambulatori specialistici (tra cui gli ambulatori chirurgici), gli ambulatori dei servizi di emergenza, gli ambulatori dei medici generici, le postazioni di medicina comunitaria, i centri di fisioterapia e riabilitazione, i laboratori di analisi cliniche, gli ambulatori odontoiatrici.

Anche l'**assistenza domiciliare** e l'assistenza erogata presso i **Centri Socio-Sanitari (CSS)**, \*\* rientrano nel campo di applicazione del presente documento.

L'**Allegato I** contiene un elenco esaustivo dei **Centri Socio-Sanitari**, secondo l'OMS.

In generale, tale tipo di assistenza viene erogata presso centri residenziali comunitari, in cui vengono forniti – contemporaneamente - cura ed alloggio, ad opera di un ente pubblico, di un'organizzazione senza scopo di lucro o di una società privata: ad esempio, case di cura per anziani o centri residenziali, in cui risiedono persone anziane o in situazioni di dipendenza, sia a titolo temporaneo (a breve o lungo termine) che permanente.

Queste strutture possono differire tra loro, a seconda del livello di assistenza infermieristica qualificata fornita e della tipologia dei residenti assistiti.

In regime ambulatoriale, l'assistenza sanitaria può essere erogata, con finalità preventive e di promozione della salute, palliative, curative o riabilitative, specialistiche (ad esempio: unità di dialisi, centri oncologici) o diagnostiche.

Le cure primarie costituiscono un obiettivo chiave del presente documento.

Questo tipo di cure può variare, notevolmente, tra i diversi paesi ed in base alla tipologia delle strutture, presso le quali viene applicato.

Ad esempio, l'ambito può essere rappresentato da strutture, quali gli ambulatori di medicina generale o gli ambulatori specialistici o gli ambulatori medici rurali o i consultori periferici o i centri per le cure primarie.

Esso può corrispondere ad una struttura, in cui le persone si recano per una grande varietà di problemi di salute o, solamente, per determinate "malattie prioritarie".

Può consistere in una struttura centrale, dalla quale i pazienti vengono indirizzati verso il sistema sanitario, oppure verso un presidio sanitario autonomo o verso un professionista sanitario isolato.

Questi ambiti, soprattutto nei paesi sviluppati, possono essere dotati di gruppi multidisciplinari di professionisti, quali medici, infermieri, terapisti, personale di laboratorio, psicologi e personale amministrativo, ma il numero totale di professionisti in organico può essere molto inferiore rispetto a quello delle strutture ospedaliere.

Al contrario, nei paesi a basso/medio reddito, il contesto ambulatoriale può essere ubicato in zone di campagna remote e spesso a corto di personale.

---

\*\* Sono considerati Centri Socio-Sanitari, quei centri nei quali viene erogata - in regime residenziale - un'assistenza medica e sociale continua, multidisciplinare, temporanea o permanente a pazienti, che necessitano di determinate cure a lungo termine, oppure convalescenza o riabilitazione o assistenza a pazienti con determinati tipi di dipendenza.

In alcuni ambiti, l'assistenza è, alle volte, fornita da un singolo operatore sanitario qualificato o addestrato, con il supporto di laici, che non sono professionisti sanitari (ad esempio: volontari comunitari) e che spesso sono rappresentati dai parenti stessi del paziente.

### **3. DESTINATARI**

Questo documento è destinato a tutti gli individui (per la maggior parte Operatori Sanitari, ma anche persone laiche di vari ambiti), che prestano assistenza sanitaria in ambito ambulatoriale, o presso i CSS o a domicilio del paziente.

I principali destinatari sono gli Operatori Sanitari di prima linea, che prestano assistenza e necessitano di sostegno e di indirizzo, al fine di conseguire un miglioramento nelle buone pratiche d'igiene delle mani.

Gli operatori con esperienza nel *controllo delle infezioni o nel settore dell'igiene*, quando disponibili, costituiscono il gruppo più idoneo, cui affidare l'adozione e la contestualizzazione dei concetti proposti in questo documento di indirizzo, al fine di supportare e formare i propri colleghi - che operano presso il **punto di assistenza** relativo al paziente - e di individuare pure le risorse locali necessarie per assicurare una migliore igiene delle mani in ambito ambulatoriale.

D'altra parte, gli operatori responsabili del controllo delle infezioni sono carenti, su scala mondiale, nella maggior parte delle strutture ambulatoriali.

Per questo motivo, i concetti - inclusi in questo documento - vengono espressi, nella maniera più semplice possibile, in modo da facilitarne la comprensione da parte di ciascun Operatore Sanitario.

Inoltre, strumenti semplici, di applicazione e di formazione, accompagnano il presente documento di indirizzo.

I concetti, inclusi nella Sezione 5, e gli esempi pratici, che figurano nella Sezione 7, potranno essere utili, anche, per i responsabili incaricati del monitoraggio dell'adesione all'igiene delle mani, attraverso l'osservazione diretta.

Infine, è fondamentale comprendere, che i responsabili del processo decisionale sono da considerare dei destinatari chiave, per il loro ruolo nella definizione delle priorità, nell'assegnazione delle risorse e nella responsabilizzazione degli altri operatori.

L'attuazione della strategia multimodale dell'OMS per il miglioramento delle Igiene delle mani <sup>1,4</sup>, in ambito ambulatoriale, richiede l'assunzione di decisioni e di provvedimenti, in diversi settori.

È importante, che sia gli amministratori, che lo staff di direzione, vengano coinvolti attivamente nel processo fin dall'inizio.

Il loro ruolo può diversificarsi, variando dall'assunzione di decisioni chiave, nel processo di pianificazione, alla propria candidatura, quale modello da seguire per l'igiene delle mani.

## 4. PERCHÉ L'IGIENE DELLE MANI È IMPORTANTE NELL'ASSISTENZA AMBULATORIALE ?

### 4.1 Il rischio di trasmissione e d'infezione nel contesto delle cure ambulatoriali

Il rischio di infezione in ambito ambulatoriale è, solitamente, considerato basso.

Tuttavia, pochi ricercatori hanno valutato, in maniera sistematica, l'insorgenza e le dinamiche della trasmissione e dell'infezione nelle popolazioni ambulatoriali ed i dati attuali sono scarsi e spesso non aggiornati.

Le due ragioni principali della mancanza di dati consistono nella difficoltà di diagnosticare le infezioni associate all'assistenza (ICA), data la brevità della permanenza del paziente nel contesto ambulatoriale, e nella difficoltà di distinguere tale tipo di infezioni da quelle acquisite in comunità.

Secondo l'opinione degli esperti - riportata dalla letteratura scientifica, pubblicata negli anni '90 - i dati disponibili indicavano, che il rischio di ICA era notevolmente inferiore a quello presente in ospedale.<sup>7</sup>

Nel corso di una revisione della letteratura scientifica, relativa al periodo 1960-1990, sono stati visionati 53 rapporti, che documentavano la trasmissione di ICA negli ambulatori di medicina generale, negli ambulatori specialistici, nei servizi di emergenza (23), negli ambulatori oftalmologici (11), negli studi dentistici (13) e negli ambiti delle cure alternative (6).<sup>8</sup>

Le vie di trasmissione identificate sono state: fonte comune (29), trasmissione da persona a persona (14) e trasmissione per via aerea o mediante goccioline (10).

Gli agenti eziologici, più frequentemente riscontrati, sono stati il *Mycobacterium spp.*, il virus dell'epatite B (HBV), il virus del morbillo, il virus della rosolia e gli adenovirus.<sup>8-9</sup>

I focolai di ICA notificati, in regime ambulatoriale, sono stati principalmente messi in relazione con le procedure invasive.

Un recente studio osservazionale trasversale, realizzato in Spagna, presso 48 centri di cure primarie, ha evidenziato un totale di 1.074 eventi avversi, identificati a carico di 971 differenti pazienti (il 6,7% dei pazienti ha presentato più di un evento avverso).<sup>10</sup>

Di questi, il 55,5% era correlato con i farmaci; le ICA rappresentavano il 7,4% degli eventi rilevati, trattandosi - nella maggior parte dei casi - di infezioni di ferite traumatiche o chirurgiche (5,1%).

La *prevalenza puntuale* stimata degli eventi avversi rilevati è stata dell'1,1%.

È interessante notare, che il 64,3% degli eventi avversi, differenti da quelli legati alle ICA, ed il 78,9% degli eventi avversi legati alle ICA sono stati considerati chiaramente prevenibili.

In virtù di una più alta aspettativa di vita, delle dinamiche sociali e del progresso delle cure riabilitative, un numero crescente di individui, soprattutto anziani, viene assistito nei Centri Socio-Sanitari (CSS) e nei centri residenziali, specialmente nei paesi ad alto reddito.



Le evidenze accumulate suggeriscono, che gli anziani sono a maggior rischio di infezione rispetto agli adulti giovani, con un rischio di polmoniti e di infezioni del tratto urinario (UTI) - rispettivamente - di 3 volte e di 20 volte maggiore.

Gli studi disponibili indicano, che la prevalenza delle ICA, nell'ambito dei CSS, varia tra 6 e 10 per ogni 100 residenti.<sup>11-12</sup>

In media, il residente di un CSS contrae da 1 a 3 infezioni all'anno, soprattutto UTI e polmoniti.

Inoltre, si è riscontrato, che la comparsa dell'infezione costituisce la causa più frequente di ricovero ospedaliero (26-50% dei trasferimenti dai CSS agli ospedali) e la causa più frequente di morte tra i residenti dei CSS, specialmente per polmonite.<sup>11-13</sup>

In molti casi, le ICA sono dovute a patogeni multi-resistenti ai farmaci antimicrobici; in particolare, negli ultimi anni, sono stati segnalati diversi casi ed estese epidemie causate da *Enterobacteriaceae* multiresistenti e da *Clostridium difficile*, nelle residenze per anziani e nei CSS.<sup>14-16</sup>

Inoltre, in alcuni studi si è evidenziato, che la percentuale dei residenti colonizzati da parte di *S. aureus* resistente alla meticillina (MRSA) era stata molto alta in questi contesti.<sup>17-18</sup>

Sono stati identificati molti fattori, che portano ad un incremento del rischio di ICA presso i CSS: l'assenza di politiche e di professionisti dedicati al controllo delle infezioni, la scarsa dotazione di personale infermieristico e la presenza di operatori poco qualificati, l'elevato turnover del personale, la terapia antibiotica inadeguata, le visite mediche poco frequenti e l'elevata frequenza di contatti sociali che favoriscono la trasmissione crociata.

Ulteriori fattori di rischio identificati per la colonizzazione microbica e le infezioni - quali la malnutrizione, l'immunosoppressione, la cateterizzazione vescicale prolungata, le sonde di alimentazione, le piaghe da decubito e l'immobilità cronica - sono molto comuni nella popolazione anziana.<sup>13,1</sup>

I dati disponibili - riguardo all'impatto delle ICA in ambito ambulatoriale - restano limitati e necessitano - con urgenza - di ulteriori indagini, al fine di poter circoscrivere l'entità del problema e le sue implicazioni nei confronti della sicurezza del paziente.

Ancora più importante, è il fatto, che sono stati compiuti scarsissimi sforzi, di adattare ed attuare le politiche e le raccomandazioni in materia di controllo delle infezioni in questi ambienti e di prendere in considerazione i fattori di rischio specifici negli anziani, le infrastrutture e le risorse disponibili nei CSS, il tipo di assistenza fornita ed i rischi di trasmissione derivanti dalla vita comunitaria e dai contatti sociali.

#### **4.2 Il ruolo delle mani nella trasmissione microbica in ambito ambulatoriale**

Sebbene sia stato dimostrato, che le mani degli Operatori Sanitari svolgono un ruolo fondamentale nella trasmissione dei patogeni negli ospedali,<sup>20</sup> resta ancora difficile definire il ruolo della trasmissione, mediante le mani, nel contesto delle cure primarie ed ambulatoriali.

Diversi studi, realizzati in questi ambienti, dimostrano, che le mani degli Operatori Sanitari risultano contaminate da parte di microrganismi potenzialmente patogeni.



A partire da campioni microbiologici, raccolti dalle mani dei medici, nel contesto delle cure primarie pediatriche e negli ambulatori dermatologici, Cohen e colleghi hanno isolato *Staphylococcus spp.* (nell'85,4% e nell'84,6% dei casi, rispettivamente), *S. aureus* (nel 56,4% e nel 69,2% dei casi, rispettivamente) ed MRSA (nel 9,1% e nel 7,7% dei casi, rispettivamente).<sup>21-22</sup>

Girier e Le Goaziou hanno rilevato la presenza di batteri sulle mani dei medici di base, sui fonendoscopi e sugli sfigmomanometri, nel 9% dei campioni raccolti.<sup>23</sup>

È stato - inoltre - osservato, che le mani degli oculisti presentavano colture positive, per almeno un microrganismo residente ed uno transitorio, nel 97,2% e nel 22,2% dei casi, rispettivamente.<sup>24</sup>

In un'unità di dialisi, è stato identificato l'acido ribonucleico del virus dell'epatite C (HCV) nel 23,7% dei campioni, ottenuti dalle mani di Operatori Sanitari, che assistevano dei *pazienti HCV-positivi*.

È stato - altresì - riscontrato, nell'8% dei campioni provenienti da Operatori Sanitari, che assistevano *pazienti HCV- negativi* ( $p < 0.003$ ) e nel 3,3% di campioni prelevati da Operatori Sanitari, che entravano nell'unità di dialisi, prima che avessero un contatto con i pazienti.

Anche le mani dei pazienti possono essere contaminate o colonizzate.

Uno studio, condotto su pazienti colonizzati da *Enterococchi Resistenti alla Vancomicina* (VRE), sottoposti ad emodialisi ambulatoriale, ha dimostrato, che le loro mani erano colonizzate da VRE (nel 36% dei casi) e che le poltrone per l'emodialisi, i lettini per le visite ambulatoriali e le uniformi degli Operatori Sanitari risultavano contaminati da parte degli stessi batteri (nel 58%, nel 48% e nel 20% dei casi, rispettivamente).<sup>26</sup>

Sono stati osservati risultati simili, anche se caratterizzati da microrganismi differenti, nel contesto degli ambulatori, in cui vengono assistiti i pazienti con fibrosi cistica.<sup>27</sup>

Nonostante l'esistenza di tali dati, relativi alla contaminazione ed alla colonizzazione delle mani da parte di microrganismi potenzialmente patogeni, sono pervenute pochissime segnalazioni di focolai - in contesti ambulatoriali - in cui le mani sono state riconosciute come via di trasmissione dei microrganismi responsabili.

Ciò potrebbe essere dovuto, in parte, alle difficoltà di stabilire la correlazione della trasmissione con l'assistenza sanitaria, piuttosto che con l'ambiente comunitario, e nella difficoltà di monitorare i pazienti ambulatoriali.

Le mani sono state indicate, come uno dei possibili fattori co-determinanti della candidemia in un focolaio, insorto tra pazienti pediatriche sottoposti a nutrizione parenterale<sup>28</sup>, e in un caso di otite media, di eziologia tubercolare.<sup>29</sup>

La trasmissione mediata dalle mani è stata prospettata, come il più probabile determinante di infezioni cutanee da MRSA, acquisite in comunità, da parte degli operatori sanitari di un ambulatorio.<sup>30</sup>

Infine, le unghie artificiali di un'infermiera sono state identificate, come causa di trasmissione - in un focolaio di batteriemia da *Serratia marcescens* - in cinque pazienti, che sono stati dializzati con cateteri tunnellizzati.<sup>31</sup>

Nel contesto dei CSS, il rischio di trasmissione - attraverso le mani - di microrganismi correlati all'assistenza sanitaria è considerato assai rilevante, in ragione del fatto che si verificano molti contatti con i residenti.

Tuttavia, le evidenze scientifiche rimangono scarse.

L'unico studio - che ha preso in esame il ruolo delle mani nella trasmissione di MRSA, nel contesto dei CSS - non è riuscito a dimostrare una relazione tra la colonizzazione dei pazienti e la colonizzazione delle mani degli Operatori Sanitari.<sup>32</sup>

Un altro studio - condotto nel 1992, in un Centro Socio Sanitario - ha dimostrato, che una corretta igiene delle mani e l'uso dei guanti erano in grado di impedire la colonizzazione delle mani degli Operatori Sanitari, ad opera di MRSA e di *Clostridium difficile*.<sup>33</sup>

Tuttavia, questi risultati non sembrano essere correlati con l'infezione o la colonizzazione dei pazienti.

Come prova indiretta di trasmissione attraverso le mani, Loeb e colleghi hanno affermato, che la presenza di strutture adeguate - preposte alla prevenzione e al controllo delle infezioni - e la presenza di operatori - appositamente formati - rappresentano le condizioni fondamentali per il rispetto dell'igiene delle mani e la protezione nei confronti dei microrganismi multiresistenti.

In un altro Centro Socio Sanitario, è stato dimostrato, come un incremento del numero dei lavandini, per ogni 100 residenti, fosse correlabile con un ridotto rischio di infezione da *Enterobacteriaceae* resistenti al trimetoprim-sulfametoxazolo.<sup>34</sup>

### **4.3 Le pratiche di igiene delle mani in ambito ambulatoriale**

La cultura della prevenzione e del controllo delle infezioni, così come la cultura dell'igiene delle mani, non sembrano essere ben consolidate, tra le principali priorità, in ambito ambulatoriale, su scala mondiale.

Non esistono raccomandazioni internazionali specifiche su tale argomento; tuttavia, di recente, i CDC degli Stati Uniti hanno pubblicato un documento specialistico, corredato da una checklist di verifica.<sup>5,35</sup>

Sebbene esso non includa una sezione - in cui si discuta delle potenziali vie di trasmissione o dei dati, che evidenziano l'impatto delle ICA in ambito ambulatoriale - in esso viene ribadito, quanto l'igiene delle mani sia fondamentale nella riduzione del rischio di diffusione dell'infezione in tale tipologia di contesto.

Diversi studi dimostrano, che il rispetto dell'igiene delle mani, in particolare tra i medici generici ed i medici che prestano servizio in pediatria, dermatologia e dialisi, è ben al di sotto del 50%.<sup>21-22,36-38</sup>

Ad esempio, in uno studio multicentrico, condotto in alcune unità di dialisi in Spagna, l'adesione all'igiene delle mani si è verificata, solamente, nel 13,8% dei casi, prima del contatto del paziente, e nel 35,6% dei casi, dopo il contatto con il paziente, mentre i guanti sono stati utilizzati nel 92,9% delle occasioni.<sup>36</sup>

Tuttavia, nella maggior parte degli studi, l'osservanza delle pratiche di igiene delle mani è stata realizzata, utilizzando metodi diversi e di conseguenza i dati sono poco confrontabili.

Le differenze più significative risiedono nelle definizioni dei momenti per l'igiene delle mani, nella tipologia delle indicazioni rilevate e nei diversi modi di calcolare il loro numero (può esistere più di una indicazione per tipo di momento).

Analogamente a quanto avviene nel contesto ospedaliero, gli operatori - che prestano assistenza in ambito ambulatoriale - percepiscono la loro adesione all'igiene delle mani in una dimensione, molto più vicina all'ottimale, di quanto avvenga nella realtà, e giustificano la mancata adesione con la mancanza di tempo o con il fatto che il paziente non risulta essere contagioso.<sup>39-40</sup>

Un recente studio, condotto presso 68 centri chirurgici ambulatoriali degli Stati Uniti, evidenzia risultati interessanti, per quanto concerne le pratiche di controllo delle infezioni.<sup>41</sup>

Le osservazioni sono state concentrate su cinque aree di controllo delle infezioni: l'igiene delle mani, la sicurezza delle iniezioni e la gestione dei farmaci; la riprocessazione delle attrezzature; la sanificazione ambientale ed infine la manipolazione delle apparecchiature per la misurazione della glicemia.

Complessivamente, nel 67,6% dei centri si è riscontrato almeno un errore a carico del controllo delle infezioni e nel 17,6% sono stati registrati degli errori in tre o più, delle cinque categorie di controllo delle infezioni.

Gli errori più frequenti si sono verificati nella manipolazione delle apparecchiature per il monitoraggio della glicemia (46,3%), nell'impiego - per più di un paziente - di farmaci monodose (28,1%) e nel mancato rispetto delle pratiche, raccomandate per la riprocessazione delle attrezzature (28,4%).

La percentuale di inosservanza dell'igiene delle mani, prima e dopo l'intervento chirurgico, è stata del 17,7%, e - di conseguenza - relativamente alta, ove si consideri che l'igiene delle mani rappresenta una pietra angolare, nella prevenzione delle infezioni del sito chirurgico.

In alcuni studi, sono state esaminate le pratiche di igiene, messe in atto dagli Operatori Sanitari, presso i CSS.

Sebbene in alcuni casi siano stati segnalati tassi di adesione, relativamente superiori a quelli registrati negli ospedali per acuti, non è possibile effettuare una comparazione adeguata, a causa della diversità dei metodi utilizzati nei differenti studi.

In uno studio osservazionale, realizzato in due ospedali riabilitativi, l'adesione all'igiene delle mani secondo l'approccio de "I cinque momenti di igiene delle mani" dell'OMS è stata pari al 70,8%.<sup>42</sup>

Girou ha segnalato un'adesione del 60,8% in cinque reparti di un ospedale di riabilitazione e ha evidenziato una forte relazione tra l'adesione all'igiene delle mani e la prevalenza di SARM.<sup>43</sup>

In uno studio multicentrico, che includeva un CSS, è stato osservato, in quest'ultimo, un tasso di adesione (38%), più elevato rispetto ad altri tipi di strutture.<sup>44</sup>

In Italia e in Canada, presso i CSS, è stata segnalata un'adesione all'igiene delle mani solo del 17,5% e del 14,7% rispettivamente.<sup>45,46</sup>

In un CSS universitario, gli Operatori Sanitari si lavavano le mani nel 27% dei casi, prima di determinate interazioni con i pazienti (ivi incluse le seguenti: alimentazione orale, bagno, trasporto, trattamenti a carico delle vie urinarie, somministrazione di farmaci per via orale, medicazione di ferite, cambio della biancheria, trattamenti a carico di stomia), nello 0% dei casi durante l'interazione e nel 63% dei casi dopo l'interazione.<sup>47</sup>

Nonostante la mancanza di prove, a favore di una relazione diretta tra la contaminazione delle mani degli Operatori Sanitari e la comparsa di ICA nei CSS, gli interventi multimodali che generano miglioramenti nell'adesione all'igiene delle mani, le infrastrutture ed il livello delle conoscenze degli Operatori Sanitari, hanno mostrato di esercitare un impatto significativo sulle ICA.

In due studi chiave è stata dimostrata una correlazione tra l'incremento dell'adesione (dal 25,8% al 33,3% e dal 9,3% al 30,4%, rispettivamente) e la diminuzione significativa delle ICA.<sup>48-49</sup>

Un altro studio "caso-controllo" ha messo a confronto delle Unità, nelle quali veniva impiegato un preparato a base alcolica (PBA) per le mani, con altre Unità in cui tale preparato non era disponibile, evidenziando una diminuzione del 30,4% nel tasso di infezione presso le Unità in cui era stato impiegato detto prodotto, per un arco di tempo di 34 mesi.<sup>50</sup>

In conclusione, anche se le segnalazioni ed i dati scientifici sono limitati e molte domande rimangono senza risposta, è chiaro che la contaminazione delle mani e quella ambientale svolgono un ruolo significativo nella trasmissione microbica e nel determinismo del rischio di infezione in ambito ambulatoriale.

Inoltre, di recente, si sono registrati dei cambiamenti significativi nel contesto delle strutture assistenziali ed attualmente un numero crescente di procedure viene eseguito ambulatorialmente o a domicilio, interessando in particolare i pazienti ad alto rischio (ad esempio: pazienti in dialisi e pazienti oncologici).

Inoltre, è importante prendere in considerazione il dato dell'incrementata circolazione, in ambito comunitario, di microrganismi multi-resistenti, tipicamente nosocomiali.

Ad esempio, nel corso dell'ultimo decennio, si è osservato un aumento del numero di infezioni da MRSA in ambito comunitario, così come un incremento della circolazione di ceppi di MRSA, di origine nosocomiale, isolati in comunità.<sup>51</sup>

Inoltre, sono emerse e si sono diffuse recentemente, su scala mondiale, le infezioni da ceppi di origine comunitaria di *Escherichia coli* produttrice di beta-lattamasi ad ampio spettro (ESBL) ed, in particolare, l'Infezione Urinaria (IU) grave.<sup>52</sup>

Le mani degli Operatori Sanitari svolgono un ruolo importante nella trasmissione di questi batteri.

Esistono, tuttavia, pochi dati, perché si possa condurre una valutazione accurata del rischio complessivo e specifico di trasmissione delle ICA, in ambito ambulatoriale, soprattutto nelle cure primarie.

Per questo motivo, è difficile stabilire la forza delle raccomandazioni, relative alle pratiche di controllo delle infezioni, ivi inclusa l'igiene delle mani, per determinati contesti.

Le raccomandazioni dovrebbero tener conto dei principi fondamentali del controllo delle infezioni, applicati negli ospedali, in base al consenso di esperti.

Gli aspetti fondamentali, che guidano la valutazione della necessità dell'igiene delle mani e delle altre pratiche di controllo delle infezioni sono: il rischio di trasmissione in base al tipo di procedura e alla trasmissibilità dell'agente infettivo, il rischio di infezione per il paziente e per l'Operatore Sanitario, lo stato di colonizzazione del paziente, noto o sospetto, e la sua suscettibilità in base alle condizioni basali e alle circostanze e alla frequenza e alla durata abituali della procedura.

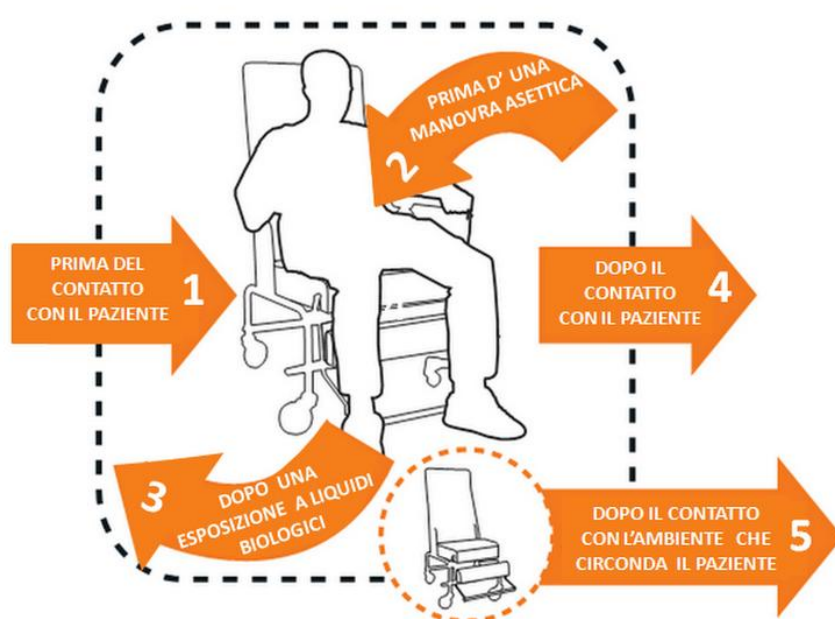
## 5. APPLICAZIONE DELL'APPROCCIO DE "I CINQUE MOMENTI PER L'IGIENE DELLE MANI" IN AMBITO AMBULATORIALE

### 5.1 I concetti di *zona paziente* e di *area di assistenza sanitaria* in ambito ambulatoriale

L'OMS ha individuato *cinque momenti (indicazioni)* essenziali, in cui è raccomandata l'igiene delle mani, nel corso dell'assistenza sanitaria (Figura 1).

FIGURA 1

Illustrazione del concetto de "I cinque momenti per l'igiene delle mani"



L'applicazione dell'approccio de "I cinque momenti per l'igiene delle mani" <sup>1-3</sup> richiede la comprensione dei concetti chiave di ***zona paziente (patient zone)***, di ***area di assistenza sanitaria (health-care area)*** e di ***siti critici (critical sites)***, nella misura in cui ciascuna delle cinque indicazioni ("momenti") per l'igiene delle mani viene formulata in funzione della sequenza dei contatti, che avvengono con le superfici, *dentro* e *tra* queste aree "geografiche".<sup>3</sup>

Questi concetti sono stati applicati, su scala mondiale, in contesti in cui il paziente viene ammesso, sia come ricoverato in un ospedale che come assistito presso altri tipi di struttura sanitaria.

La ***zona paziente*** viene definita come quella, che include il paziente ed alcune superfici ed oggetti presenti nell'ambiente circostante il paziente ed a questi destinato in modo temporale ed esclusivo (ad esempio: tutte le superfici inanimate che vengono toccate dal paziente o che sono in contatto fisico diretto con questi e che possono venir toccate dagli Operatori Sanitari durante l'erogazione di assistenza), ivi inclusi gli effetti personali del paziente.<sup>1-3</sup>

Il fondamento microbiologico di questo concetto risiede nel fatto, che - tanto l'ambiente immediatamente contiguo al paziente, che qualsivoglia dispositivo destinato al paziente - possono venire contaminati da parte della flora microbica del paziente, per contatto diretto o per propagazione microbica (Figura 2).



## FIGURA 2

## Illustrazione del concetto di “zona paziente” e di “area di assistenza sanitaria”



All'interno della *zona paziente*, specifici siti, denominati *siti critici* (*critical sites*), sono correlati con il rischio di infezione.

Essi possono corrispondere a *zone corporee* e a *dispositivi medici*, che devono essere protetti nei confronti degli agenti patogeni (*siti critici con rischio di infezione per il paziente*), oppure a zone corporee o a dispositivi medici che possono comportare la potenziale esposizione delle mani a fluidi corporei e patogeni emo-trasmissibili (*siti critici con rischio di esposizione a fluidi corporei*).

Entrambi i rischi possono verificarsi contemporaneamente.

Questi siti rappresentano dei punti deboli per i pazienti, che presentano ridotte difese nei confronti dell'invasione microbica e, allo stesso tempo, comportano spesso il rischio di esposizione degli Operatori Sanitari ai fluidi corporei.

La cute del paziente e l'ambiente immediatamente contiguo al paziente possono venire contaminati o colonizzati da parte della flora microbica del paziente, fatto questo che caratterizza la specificità della *zona paziente* rendendola un'entità distinta dall'*area di assistenza sanitaria*.

L'*area di assistenza sanitaria* corrisponde a tutte le superfici fisiche, poste all'esterno della *zona paziente*, ivi compresi gli altri pazienti con la loro rispettiva *zona paziente* e l'ambiente sanitario inteso nel senso più ampio.



Nella maggior parte dei contesti assistenziali, anche in presenza di una pulizia adeguata, l'**area di assistenza sanitaria** è caratterizzata dalla presenza di numerosi microrganismi, ivi compresi i patogeni multi resistenti.

Per quanto riguarda le pratiche di igiene delle mani, la distinzione spaziale tra **zona paziente** ed **area di assistenza sanitaria** aiuta a prevenire la trasmissione microbica tra pazienti e la contaminazione dell'ambiente sanitario.

Un concetto ulteriore, fondamentale per la comprensione dell'esigenza dell'igiene delle mani è il termine **punto di assistenza (point of care)**.

L'igiene delle mani deve essere eseguita, in funzione del contatto col paziente e delle procedure assistenziali.



Il **punto di assistenza** corrisponde esattamente alla sede in cui viene svolta l'assistenza ed è definito come il "luogo in cui convergono tre elementi: il paziente, l'Operatore Sanitario ed una prestazione assistenziale o di altra natura che comporta un contatto col paziente."<sup>3</sup>

Maggiori informazioni su questi concetti possono essere ottenute, attraverso la consultazione delle *Linee Guida dell'OMS per l'igiene delle mani nell'Assistenza Sanitaria*<sup>1</sup> e del *Manuale di riferimento tecnico per l'Igiene delle mani dell'OMS*<sup>3</sup>.

**In ambito ambulatoriale**, specie nel contesto delle cure primarie, la comprensione di questi concetti necessita di una particolare attenzione.

Ad esempio, per quanto riguarda il concetto di **zona paziente**, in precedenza spiegato, in diversi casi, nel contesto ambulatoriale, non viene destinato al paziente alcuno spazio ed oggetto specifico, entro un ambito temporale (per un periodo di tempo presumibile) ed in maniera esclusiva.

In queste situazioni, l'accesso del paziente alle cure sanitarie è generalmente limitato ad un breve periodo di tempo e lo spazio allocato per l'erogazione dell'assistenza sanitaria è destinato ad accogliere in sequenza numerosi pazienti.

Inoltre, resta praticamente sconosciuto il tempo necessario, perché si produca l'effettiva contaminazione dell'ambiente immediatamente contiguo al paziente, da parte della flora microbica del paziente.

In queste condizioni, il concetto di **zona paziente** coincide esattamente con il paziente stesso.

Tuttavia, secondo la definizione precedentemente fornita, il concetto di **zona paziente** - inteso come zona geografica, comprendente l'ambiente immediatamente contiguo del paziente - viene applicato al contesto ambulatoriale, allorquando il paziente permane per un certo tempo in uno spazio dedicato, munito di attrezzature dedicate (ad esempio: le unità di dialisi, le sale per la somministrazione della chemioterapia e le sale travaglio e sale parto).

Il concetto di **zona paziente** viene applicato anche nell'ambito dell'**assistenza domiciliare**.

In tale contesto, la **zona paziente** corrisponde al paziente (alla sua cute intatta e ai suoi indumenti) e all'ambiente domiciliare, che viene ad essere contaminato principalmente dalla flora microbica del paziente.

Tutti gli elementi necessari all'assistenza, unitamente ai contenitori adoperati dagli Operatori Sanitari per il loro trasporto, rappresentano l'**area di assistenza sanitaria**.

Il **punto di assistenza** corrisponde al luogo, in cui si svolge la procedura.

L'applicazione del concetto di **zona paziente** e l'identificazione dei requisiti per l'igiene delle mani, nelle strutture di **assistenza a lungo termine**, sono particolarmente impegnativi.

Nei centri socio-sanitari specializzati, i cui residenti versano in una situazione di dipendenza, per problemi fisici o mentali, e vengono assistiti in uno spazio dedicato e mediante l'impiego di attrezzature dedicate, questi concetti e queste raccomandazioni dovrebbero essere applicati, con le stesse modalità con cui vengono attuati negli ospedali.

Nel caso di strutture residenziali, i cui residenti sono parzialmente autonomi e vivono in comunità, questi possono avere una propria camera o condividere una stanza, ma in modo di potersi muovere anche all'interno della struttura residenziale.

In questo tipo di strutture, le raccomandazioni concernenti l'igiene delle mani, riportate nel presente documento, riguardano esclusivamente le situazioni, in cui l'assistenza sanitaria viene prestata ai residenti (ad esempio: sedute di riabilitazione, misurazione dei parametri vitali), vale a dire, presso il **punto di assistenza** (dove si svolge la procedura assistenziale).

È da sottolineare, che le raccomandazioni concernenti l'igiene delle mani, contenute nel presente documento, non comprendono i **contatti sociali** con o tra i residenti delle **strutture di assistenza a lungo termine**, che non usufruiscono di assistenza sanitaria.

In ambito ambulatoriale, è della massima importanza, che gli Operatori Sanitari comprendano, che l'ambiente sanitario può essere contaminato da parte di germi, trasportati dai pazienti, dagli Operatori Sanitari e da altri soggetti.

I dati dimostrano, pure, che i microorganismi circolanti in comunità possono veicolare dei patterns di resistenza dannosi, specie per quanto riguarda le *Enterobacteriaceae* produttrici di ESBL e gli MRSA acquisiti in comunità.<sup>51-52</sup>



La contaminazione dell'ambiente sanitario rappresenta un rischio di trasmissione - specie attraverso le mani degli Operatori Sanitari - che deve essere preso in considerazione in ogni situazione, che comporta l'applicazione delle pratiche d'igiene delle mani.

Per questa ragione, in ambito ambulatoriale, si dovrebbe prestare la massima attenzione alla pulizia dell'ambiente, così come alla pulizia, la disinfezione e/o la sterilizzazione di materiale critico, semi-critico e non critico, secondo le raccomandazioni locali ed internazionali.<sup>35, 53-54</sup>

Per facilitare l'esecuzione dell'igiene delle mani, quando è criticamente necessaria, l'Operatore Sanitario dovrebbe individuare il **punto di assistenza**, all'interno della **zona paziente**, quale punto di riferimento per l'igiene delle mani, presso il quale essa deve essere effettuata, soprattutto per quanto concerne i cinque momenti specifici.

L'approccio de "I cinque momenti dell'igiene delle mani" viene descritto dettagliatamente nella sezione seguente, con qualche adattamento del testo, allo scopo di garantire una migliore comprensione nel contesto delle cure ambulatoriali.

Sebbene il concetto di base non cambi, deve essere presa in considerazione la grande varietà degli ambienti che possono circondare il paziente, secondo quanto precedentemente illustrato.

## **5.2 L'approccio de "I cinque momenti per l'igiene delle mani" in ambito ambulatoriale**

Secondo l'approccio de "*I cinque momenti per l'igiene delle mani*" elaborato dall'OMS<sup>1-3</sup>, le indicazioni per l'igiene delle mani, raccomandate dalle *Linee Guida OMS per l'Igiene delle mani nell'Assistenza Sanitaria*<sup>1</sup> corrispondono ai cinque momenti essenziali, in cui è richiesta l'esecuzione dell'igiene delle mani, nel corso delle procedure di assistenza sanitaria.

Il contatto, diretto e indiretto (attraverso un oggetto intermedio o un fluido corporeo) con il paziente, giustifica la necessità di osservare una o più indicazioni per l'igiene delle mani, prima e dopo il contatto, al fine di prevenire la trasmissione al paziente, all'Operatore Sanitario o all'**area di assistenza sanitaria**.

I tipi più frequenti di contatto sono:

- contatto con la cute integra del paziente;
- contatto con le mucose, la cute non integra o un dispositivo medico invasivo, che corrisponde ad un **sito critico** per quanto riguarda **il rischio per il paziente** (ad esempio: una via di accesso vascolare). In questa tipologia di **sito critico** non dovrebbe venire inoculato alcun tipo di microbo, esogeno o endogeno, durante lo svolgimento delle procedure di assistenza;
- contatto potenziale o reale con un fluido corporeo, che corrisponde ad un **sito critico** per quanto concerne **il rischio per l'Operatore Sanitario** (ad esempio: un punto per il prelievo di sangue), compreso il contatto con le mucose e la cute non integra (**siti critici con rischio di esposizione ai fluidi corporei**); questi possono contenere microbi e si dovrebbe evitare la diffusione ad altre zone. Il rischio di trasmissione di microbi dovrebbe essere preso in considerazione, ogni volta che un sito critico viene ad essere coinvolto in una attività assistenziale;
- contatto con oggetti, presenti nell'ambiente immediatamente circostante il paziente, allorquando vengono destinati superfici o oggetti - in maniera temporale ed esclusiva - ad un paziente in un contesto ambulatoriale. Le superfici o gli oggetti, contenuti in queste aree, devono essere puliti e disinfettati, nel corso dell'assistenza a ogni singolo paziente, in particolare in presenza di ambienti o di situazioni ad alto rischio (per esempio: unità di dialisi, centri oncologici)<sup>0,5, 35, 53-54</sup>

**INDICAZIONE (MOMENTO) 1****Prima di toccare il paziente**

<b>Quando:</b>	prima del contatto con il paziente. Questa indicazione viene determinata dal verificarsi dell'ultimo contatto con l' <i>area di assistenza sanitaria</i> e dal successivo contatto con il paziente.
<b>Perché:</b>	per prevenire la trasmissione dei germi dall' <i>area di assistenza sanitaria</i> al paziente, attraverso le mani degli Operatori Sanitari. In definitiva, per proteggere il paziente dalla colonizzazione e, in alcuni casi, dalle infezioni esogene da germi patogeni.

**FIGURA 3****ESEMPIO DEL MOMENTO 1 : VISITA PEDIATRICA**

<b>INDICAZIONE (MOMENTO) 2</b>	
<b>Prima di eseguire una procedura pulita/asettica</b> (su di un <i>sito critico con rischio d'infezione per il paziente</i> )	
<b>Quando:</b>	subito prima di accedere ad un <i>sito critico con rischio di infezione per il paziente</i> . Questa indicazione viene determinata dal verificarsi dell'ultimo contatto con qualsiasi superficie dell' <i>area di assistenza sanitaria</i> o della <i>zona paziente</i> e dall'esecuzione di qualsiasi procedura pulita/asettica, che comporti il contatto diretto o indiretto con membrane mucose, cute non integra o un dispositivo medico invasivo.
<b>Perché:</b>	per prevenire la trasmissione di microbi al paziente (da parte dell'operatore), nonché la trasmissione da un sito all'altro del corpo dello stesso paziente e la trasmissione dall' <i>area di assistenza sanitaria al paziente</i> , per inoculazione.

FIGURA 4

ESEMPIO DEL MOMENTO 2 : CURE ODONTOIATRICHE

**Note**

Se è indicato l'uso di guanti, per l'esecuzione di una procedura pulita/asettica (vedi *Foglietto delle istruzioni per l'uso dei guanti*<sup>55</sup>), prima di indossarli, sarà necessario attuare l'igiene delle mani, immediatamente prima della procedura.

Successivamente, è necessario ripetere l'igiene delle mani sempre, secondo le indicazioni, che si presentano durante la sequenza delle attività assistenziali; i guanti devono essere cambiati, se il loro impiego continua a rendersi necessario.

Questa indicazione (Momento 2) non è definita da una sequenza di attività assistenziali, ma dal contatto diretto o indiretto con le mucose, con la cute non integra o con un dispositivo medico invasivo.

**INDICAZIONE (MOMENTO) 3****Dopo un *rischio di esposizione a fluidi corporei***

<b>Quando:</b>	non appena è terminata una procedura, che comporta un <b><i>rischio di esposizione a fluidi corporei</i></b> (e dopo aver rimosso i guanti). Questa indicazione viene determinata dal verificarsi di un contatto (anche se minimo e non evidente) con sangue o altri fluidi corporei e dal successivo contatto con una qualsiasi superficie, compreso il paziente, l'ambiente immediatamente circostante il paziente o l' <b><i>area di assistenza sanitaria</i></b> .
<b>Perché:</b>	per proteggere gli Operatori Sanitari dalla colonizzazione o dall'infezione da parte della flora microbica del paziente e per proteggere l'area di assistenza sanitaria dalla contaminazione da parte di germi e dalla loro potenziale successiva diffusione.

**FIGURA 5****ESEMPIO DEL MOMENTO 3 : SEDUTA D' EMODIALISI AMBULATORIALE****Note**

Se l'Operatore Sanitario indossa i guanti, al momento dell'esposizione ad un fluido corporeo, deve rimuoverli immediatamente dopo ed eseguire l'igiene delle mani.

Se la procedura viene ripetuta, in sequenza, su diversi pazienti ed è indicato l'impiego di guanti (cfr. il *Foglietto delle istruzioni per l'uso dei guanti*<sup>55</sup>), è necessario cambiare i guanti, tra un paziente e l'altro, ed eseguire l'igiene delle mani.

In alcuni casi, i guanti devono essere cambiati, quando si passa da una zona corporea ad un'altra di uno stesso paziente (ad esempio: nel caso di due diverse ferite, in due distinte zone del corpo, oppure quando si passa dall'assistenza orale alla cura di ferite).



**INDICAZIONE (MOMENTO) 4****Dopo aver toccato il paziente**

<b>Quando:</b>	dopo aver toccato il paziente, solitamente alla fine dell'incontro o quando l'incontro è stato interrotto. Questa indicazione è determinata dal verificarsi di un contatto con la cute integra del paziente o con i suoi indumenti e dal successivo contatto con una superficie posta all'interno dell' <i>area di assistenza sanitaria</i> .
<b>Perché:</b>	per proteggere gli Operatori Sanitari dalla colonizzazione e dalla potenziale infezione da parte della flora microbica del paziente e per proteggere l' <i>area di assistenza sanitaria</i> dalla contaminazione da parte di germi e dalla loro potenziale diffusione.

**FIGURA 6****ESEMPIO DEL MOMENTO 4 : VISITA PEDIATRICA**

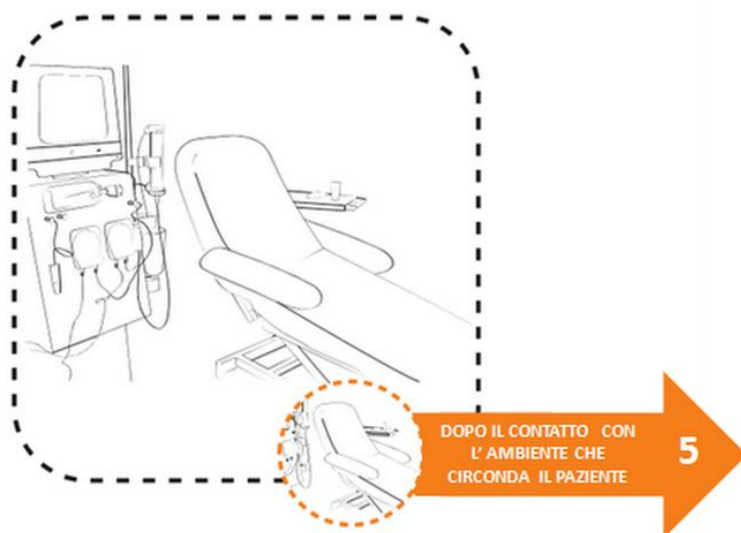


**INDICAZIONE (MOMENTO) 5****Dopo il contatto con l'ambiente immediatamente contiguo al paziente**

<b>Quando:</b>	dopo aver toccato qualsiasi oggetto o elemento d'arredo, posto nell'ambiente immediatamente circostante il paziente (e senza che vi sia stato contatto diretto col paziente) allorquando una zona specifica viene dedicata temporalmente ed esclusivamente ad un paziente, nel contesto ambulatoriale. Questa indicazione è determinata dal verificarsi dell'ultimo contatto con oggetti inanimati e superfici nell'ambiente circostante il paziente (e senza che ci sia stato contatto diretto con quest'ultimo) e dal successivo contatto con l' <b>area di assistenza sanitaria</b> .
<b>Perché:</b>	per proteggere gli Operatori Sanitari dalla colonizzazione da parte dei germi del paziente, che possono essere presenti sulle superfici o sugli oggetti nell'ambiente circostante il paziente e per proteggere l' <b>area di assistenza sanitaria</b> dalla contaminazione e dalla potenziale propagazione dei germi.

FIGURA 7

ESEMPIO DEL MOMENTO 5 : SEDUTA D' EMODIALISI AMBULATORIALE

**Note**

- Questa indicazione si applica alle strutture ambulatoriali, soprattutto quando il paziente viene ospitato - per un certo periodo di tempo - in uno spazio dedicato, munito di attrezzature dedicate (ad esempio: unità di dialisi, studi dentistici, locali per la chemioterapia e sale parto). In questo caso, le superfici e gli oggetti contenuti nell'ambiente immediatamente circostante il paziente si contamineranno e, di conseguenza, richiederanno la pulizia e la decontaminazione, secondo le raccomandazioni internazionali, una volta che il paziente è andato via.
- Dal punto di vista dell'osservatore, che si occupa del monitoraggio delle pratiche di igiene delle mani, l'*Indicazione 4* (dopo aver toccato un paziente) e l'*Indicazione 5* (dopo aver toccato l'ambiente circostante il paziente) non dovrebbero mai essere combinate tra loro, in quanto l'*Indicazione 5* esclude il contatto con il paziente e l'*Indicazione 4* va applicata soltanto dopo il contatto con il paziente.

## **6. ATTUAZIONE DELLA STRATEGIA MULTIMODALE PER IL MIGLIORAMENTO DELL'IGIENE DELLE MANI E KIT DEGLI STRUMENTI DI ATTUAZIONE IN AMBITO AMBULATORIALE**

Il miglioramento, efficace e duraturo, dell'igiene delle mani viene ottenuto, attraverso l'attuazione di un insieme di misure, volte a superare i differenti ostacoli e le barriere comportamentali.<sup>56</sup>

In base alle evidenze e alle raccomandazioni, fornite dalle *Linee Guida OMS per l'igiene delle mani nell'assistenza Sanitaria*<sup>1</sup>, una strategia multimodale efficace per l'igiene delle mani è costituita dai seguenti componenti:

- cambiamento di sistema;
- educazione e formazione;
- valutazione e feedback;
- promemoria sul posto di lavoro;
- clima di sicurezza istituzionale.

La *strategia multimodale dell'OMS per il miglioramento dell'igiene delle mani*<sup>4</sup> si prefigge, come obiettivo, l'attuazione delle raccomandazioni dell'OMS sull'igiene delle mani.

La strategia ed il suo kit di attuazione sono stati testati in un gran numero di strutture ospedaliere, con eccellenti risultati, per quanto concerne la fattibilità ed il miglioramento delle pratiche di igiene delle mani, le infrastrutture, il grado di conoscenza e di percezione da parte degli Operatori Sanitari - ivi compresi gli alti dirigenti amministrativi - nei riguardi dell'importanza dell'impatto delle ICA e dell'igiene delle mani.<sup>1</sup>

L'attuazione ha dimostrato, che ogni singolo elemento risulta essenziale ai fini del risultato, così come pure appare essenziale l'integrazione dei singoli elementi nella strategia generale.

Le sezioni seguenti spiegano le caratteristiche principali dei singoli componenti della strategia, fornendo alcune considerazioni sull'applicazione e sull'adattamento degli stessi al contesto ambulatoriale.

### **6.1 Cambiamento di sistema**



Il cambiamento di sistema fa riferimento ad un approccio sistematico, volto a garantire che le strutture sanitarie rendano disponibili le infrastrutture (attrezzature ed impianti) necessarie a consentire agli Operatori Sanitari di eseguire l'igiene delle mani.

Il cambiamento di sistema rappresenta una priorità di particolare importanza per le strutture sanitarie, che incominciano il proprio percorso di attività di miglioramento dell'igiene delle mani, basata sul presupposto e sull'aspettativa che l'insieme delle infrastrutture necessarie venga messo in atto immediatamente.

È, inoltre, essenziale, che le strutture sanitarie sottopongano a revisione periodica le infrastrutture già presenti, al fine di garantire, che le installazioni adibite all'igiene delle mani siano in ogni momento conformi ai requisiti richiesti.

Con l'introduzione dei PBA, presso il *punto di assistenza*, sono stati superati alcuni importanti ostacoli al miglioramento dell'igiene delle mani, quali la mancanza di tempo, la mancanza di impianti e di agenti ottimali, la scarsa tollerabilità dei prodotti per l'igiene delle mani, o l'ubicazione scarsamente accessibile dei lavandini e degli erogatori.

L'impiego dei PBA dovrebbe essere adottato, come metodo preferito per l'igiene sistematica delle mani, nei settori sanitari,<sup>1,57</sup> ivi compreso l'ambito ambulatoriale, per i seguenti motivi: il loro più ampio spettro antimicrobico, in confronto a quello di altri agenti; il minor tempo (20-30 secondi) impiegato per un'efficace decontaminazione antimicrobica; la migliore tollerabilità cutanea; e la loro capacità nei riguardi di una maggiore accessibilità al **punto di assistenza**.

I PBA dovrebbero essere disponibili presso ogni **punto di assistenza** (vedi Sezione 5), sia all'interno di *dispenser a parete*, sia in *flaconi disposti sul carrello dei farmaci* e/o trasportati dagli operatori sanitari sotto forma di *confezioni tascabili*.

La disponibilità di PBA, contenuti in erogatori a parete, collocati nelle zone di attesa riservate ai pazienti e/o all'ingresso del setting ambulatoriale, costituisce una soluzione ideale, per la prevenzione della trasmissione, direttamente nella comunità, di germi patogeni correlati all'assistenza sanitaria, sempre che il loro impiego sia accompagnato da un'adeguata informazione fornita al paziente.

Quando si sceglie un PBA - sia al momento dell'acquisto iniziale, che in occasione della verifica dell'adeguatezza dei prodotti già disponibili - è importante utilizzare criteri precisi, per un cambiamento di sistema efficace:<sup>58-59</sup>

- 1) l'efficacia relativa degli antisettici (vedi parte I.10 delle *Linee Guida OMS per l'igiene delle mani nell'assistenza sanitaria*), in conformità con gli standard internazionali ASTM (*American Society for Testing and Materials*) e con la Normativa Europea (EN) per l'antisepsi igienica delle mani e per la preparazione chirurgica delle mani;
- 2) la buona tollerabilità cutanea e dermica;
- 3) gli aspetti economici;
- 4) il tempo di essiccamento (prodotti che richiedono un tempo di asciugatura maggiore possono influenzare negativamente il miglioramento delle pratiche di igiene delle mani);
- 5) le preferenze estetiche degli Operatori Sanitari e dei pazienti (profumo, colore, consistenza, viscosità) e la facilità d'uso;
- 6) considerazioni pratiche, quali la disponibilità, l'accessibilità ed il funzionamento del distributore e la capacità di prevenire la contaminazione.

Nel valutare tali criteri, a livello locale, gli Operatori Sanitari dovrebbero essere coinvolti nel processo di discussione e di decisione, così come alla segnalazione di qualsiasi malfunzionamento o situazione, che possono produrre una contaminazione.

I PBA possono essere acquistati sul mercato, applicando i criteri sopra descritti per la loro selezione, oppure possono essere prodotti localmente - secondo le formulazioni raccomandate dall'OMS<sup>60</sup> - presso una struttura centralizzata, per la successiva distribuzione ai pazienti ambulatoriali della zona.

Se si dispone già di PBA, non significa tuttavia, che il cambiamento di sistema sia stato pienamente conseguito.

In questi contesti, ci si dovrebbe concentrare nel valutare, se la tipologia e l'ubicazione del distributore utilizzato garantiscono o meno l'appropriatezza e la facilità di accesso, così come il monitoraggio del loro uso effettivo e la loro accettazione da parte degli Operatori Sanitari.

Va segnalato, tuttavia, che il ricorso al lavaggio delle mani rimane sempre necessario in alcune situazioni specifiche (quando le mani sono visibilmente sporche o insudiciate da parte di sangue o

altri fluidi corporei; dopo aver usato la toilette; o in presenza di conferma o forte sospetto di un'esposizione ad agenti patogeni sporigeni).

Pertanto, nell'ambito delle cure ambulatoriali, dovrebbe essere garantita la disponibilità di un numero adeguato di lavandini (almeno uno per stanza: sia nei locali in cui avvengono le cure o la dove ha luogo la manipolazione di attrezzature o di rifiuti, sia presso i servizi igienici),<sup>61</sup> dotati di acqua corrente potabile e riforniti continuamente di sapone e di asciugamani monouso.

Tutti questi tre elementi sono imprescindibili, ai fini del conseguimento del miglioramento dell'igiene delle mani.

Eventuali carenze dovranno essere corrette tempestivamente, così come dovranno essere migliorate le infrastrutture per il lavaggio delle mani.

In molte zone del mondo, ancora in via di sviluppo, è possibile che le strutture sanitarie non siano alimentate con acqua corrente o che ne siano provviste solo in modo intermittente.

Spesso l'unica opzione nei centri, privi di un'alimentazione affidabile, consiste nello stoccaggio in situ di una quantità sufficiente di acqua.

Tuttavia, è noto che tale tipo di acqua è soggetta a contaminazione microbica - salvo, che venga conservata ed usata correttamente - e che essa può richiedere un trattamento al **punto di utilizzo** e/o la disinfezione in loco.<sup>1</sup>

Tra gli altri vantaggi, questo costituisce un motivo, per il quale l'offerta di PBA risulta essere di estrema importanza, in quanto potrebbe servire a superare questo tipo di ostacolo al miglioramento dell'igiene delle mani.

## 6.2 Educazione e formazione



La formazione degli Operatori Sanitari costituisce una delle pietre angolari del miglioramento delle pratiche di igiene delle mani.<sup>62</sup>

Si raccomanda, che il concetto di igiene delle mani ed altri concetti rilevanti - per quanto concerne il controllo delle infezioni - vengano inclusi fin dall'inizio nei piani di studio delle scuole di medicina e delle scuole infermieristiche.<sup>63</sup>

Tutti gli Operatori Sanitari dell'ambito ambulatoriale, in particolare quelli a contatto diretto con il paziente, necessitano di una formazione continua sull'importanza dell'igiene delle mani, sul modello de "I cinque momenti per l'igiene delle mani",<sup>1-3</sup> e sulle tecniche corrette di lavaggio e frizione delle mani.<sup>64-65</sup>

L'educazione è un elemento strategico vitale, che integra fortemente tutti gli altri componenti della strategia.

Senza un'adeguata formazione pratica è improbabile, che il cambiamento di sistema si traduca in un cambiamento comportamentale, con l'adozione dell'impiego dei PBA e con un miglioramento duraturo dell'igiene delle mani.

A livello locale, qualsiasi attività di valutazione e di feedback, in merito alle pratiche di igiene delle mani o alle conoscenze degli Operatori Sanitari, dovrebbe utilizzare degli indicatori, basati su concetti formativi mirati, volti a far riconoscere agli Operatori Sanitari le proprie carenze.

Inoltre, la maggior parte dei tipi di promemoria (ad esempio: poster) dovrebbero essere progettati, in modo da richiamare l'attenzione sui principali messaggi educativi.

Infine, la costruzione di una cultura istituzionale di sicurezza, forte e genuina, è legata intrinsecamente ad un'attività formativa efficace.

Anche se, in ambito ambulatoriale, potrebbe essere necessario stabilire e/o ottimizzare le condizioni essenziali per la formazione - quali disponibilità di esperti nel controllo delle infezioni, strutture adeguate, assegnazione di un budget dedicato e di tempo nell'ambito dell'orario di servizio - le autorità sanitarie e le istituzioni dovrebbero apertamente impegnarsi nella formazione del personale e nell'individuazione delle strade percorribili per la sua realizzazione.

È possibile impiegare molte tecniche differenti per la formazione, ma dovrebbero essere identificate quelle più appropriate, in base alle opportunità e all'organizzazione locale del lavoro.

I formatori potranno proporre presentazioni formali, comprensive di dimostrazioni ed esempi pratici su come e quando attuare l'igiene delle mani, secondo il modello de "I cinque momenti per l'igiene delle mani".

Idealmente, il formatore dovrebbe possedere le conoscenze di base, in materia di controllo delle infezioni ed avere esperienza nelle tecniche della didattica e nelle attività di assistenza sanitaria.

Nelle strutture, in cui non si disponga di tempo o di risorse per le attività di formazione, dovrebbe essere fornito agli Operatori Sanitari un adeguato supporto formativo nel campo dell'igiene delle mani.

Sebbene il loro sviluppo sia più sofisticato, i moduli di e-learning (apprendimento elettronico, formazione elettronica) costituiscono una buona opzione, a condizione, che ogni Operatore Sanitario abbia facile accesso ad un computer.

I supporti e i documenti didattici dovrebbero includere i seguenti concetti: definizione, impatto e costi delle ICA; principali modelli di trasmissione dei patogeni correlati con l'assistenza sanitaria, con particolare attenzione alla trasmissione attraverso le mani; concetti essenziali dell'igiene delle mani, che includano le informazioni esplicative sul *perché, quando e come* attuare l'igiene delle mani, in accordo con le *Linee guida dell'OMS sull'igiene delle mani nell'assistenza sanitaria*<sup>1</sup> e con il kit di applicazione che le accompagna.

Se viene prevista l'osservazione diretta dell'igiene delle mani per il monitoraggio, si dovrebbero assegnare delle sessioni aggiuntive, riservate esclusivamente agli osservatori, allo scopo che essi possano apprendere il metodo di osservazione proposto e che sappiano metterlo in pratica (vedi anche il paragrafo 6.3).

Altri metodi per il trasferimento di conoscenze tra gli Operatori Sanitari consistono nei *focus group* di discussione, nelle tattiche di risoluzione dei problemi (*problem-solving*), nell'apprendimento esperienziale e in quello interattivo, nelle lavagne a fogli mobili, nei video e nei sistemi di supporto tra pari (*buddy system*) (vale a dire, sistemi in cui gli Operatori Sanitari vengono abbinati, in modo che si offrano sostegno reciproco e che si controllino l'un l'altro e che commentino reciprocamente le rispettive pratiche).<sup>62</sup>



È di particolare importanza una formazione sulle tecniche appropriate per l'igiene delle mani, corredata da esempi pratici del concetto de "I cinque momenti".

I filmati dell'OMS per la formazione sull'igiene delle mani<sup>66</sup> e altri strumenti simili<sup>67</sup> costituiscono un valido supporto - pronto all'uso - per la formazione pratica sulle tecniche appropriate.

Il personale in organico alle strutture sanitarie può essere sostituito di frequente ed il personale in servizio è sottoposto alla pressione di dover ricordare una serie di regole da rispettare durante le proprie attività quotidiane.

Per questo motivo, la formazione deve essere ripetuta (con una periodicità minima annua), allo scopo di formare anche il personale di recente assunzione e di aggiornare le conoscenze dei restanti Operatori Sanitari.

L'ideale sarebbe, che le strutture sanitarie prendessero in considerazione la realizzazione di un sistema di verifica del grado di competenza di tutti gli Operatori Sanitari, che hanno ricevuto una formazione nel campo dell'igiene delle mani.

### **6.3 Valutazione e feedback**



La valutazione e il monitoraggio ripetuto di una serie di indicatori, che riguardano le infrastrutture per l'igiene delle mani, così come la compliance, la conoscenza e la percezione relative all'igiene delle mani, da parte degli Operatori Sanitari, rappresentano le componenti vitali della strategia multimodale dell'OMS per una migliore igiene delle mani.<sup>4</sup>

Tali elementi restano una tappa essenziale, nell'identificazione delle aree che necessitano di maggiori attenzioni e nella restituzione di informazioni cruciali, utili a reindirizzare, in maniera più appropriata, le attività del piano d'attuazione locale.

Ad esempio, i questionari concernenti la percezione forniscono elementi per la comprensione dei fattori di rischio derivanti da una scarsa performance dell'igiene delle mani e da una valutazione soggettiva dell'adesione da parte degli Operatori Sanitari; viceversa i test concernenti il livello delle conoscenze possono indicare le lacune da colmare attraverso la formazione.

Dopo la valutazione iniziale della situazione locale, per quanto concerne l'igiene delle mani, un controllo periodico risulta molto utile, per misurare e dimostrare i cambiamenti indotti dalla realizzazione della strategia (ad esempio: le tendenze relative al consumo dei PBA).

Può anche aiutare a stabilire, se le attività di promozione sono state efficaci nel migliorare l'applicazione, la percezione e la conoscenza dell'igiene delle mani, da parte degli Operatori Sanitari, e riguardo alla riduzione delle ICA.

Il feedback dei risultati di questi studi è parte integrante della valutazione e rende la valutazione significativa.

Ad esempio, in una struttura in cui il programma di miglioramento dell'igiene delle mani viene attuato per la prima volta, i dati - indicanti delle lacune nelle buone pratiche e nelle conoscenze o una scarsa percezione del problema - possono essere utilizzati, per aumentare la consapevolezza negli Operatori Sanitari e convincerli della necessità di miglioramento.

I dati del monitoraggio, relativi agli Operatori Sanitari, sono fondamentali, dopo l'attuazione del programma di promozione di igiene delle mani, al fine di dimostrare il miglioramento, di mantenere la motivazione nei riguardi delle buone pratiche e di compiere continui sforzi sia a livello individuale che istituzionale.

Inoltre, questi dati sono molto utili, per l'identificazione delle aree, nelle quali sono necessari ulteriori sforzi e per fornire informazioni nell'ambito dei piani d'attuazione.

Nelle strutture, in cui l'igiene delle mani viene promossa costantemente, anche successivamente al periodo di implementazione iniziale, la *Strategia Multimodale dell'OMS per il Miglioramento dell'Igiene delle mani* richiede l'attuazione di cicli di valutazione, che abbiano una frequenza minima annuale, per assicurarne la sostenibilità.

I risultati delle inchieste possono essere divulgati, per iscritto o mediante altri mezzi di comunicazione interna, o essere presentati nel corso di sessioni formative e di feedback dei dati, ma spetta ad ogni singola struttura la scelta del modo migliore di comunicare i risultati.

Il metodo proposto dall'OMS<sup>68</sup> per l'osservazione dell'igiene negli ospedali dovrebbe essere utilizzato anche nelle strutture ambulatoriali.<sup>1,3</sup>

Sono state apportate delle modifiche di alcune variabili, a carico del metodo di osservazione dell'OMS, allo scopo di adattarlo meglio alla realtà dell'ambito ambulatoriale.

In particolare, le strutture ad alto rischio (ad esempio: le unità di dialisi e di chirurgia ambulatoriale) dovrebbero preferibilmente controllare il rispetto dell'igiene delle mani, richiesto in tutte e cinque le indicazioni (momenti).

In altri settori (ad esempio: strutture delle cure primarie), se non è attuabile il monitoraggio di tutte e cinque le indicazioni, l'obiettivo potrebbe essere ridotto, concentrandosi su di una o due indicazioni, includendo solo uno o due momenti nella scheda di osservazione (cfr. i documenti disponibili su : <http://www.who.int/gpsc/en/>).

In ambito ambulatoriale, è probabile che siano presenti delle limitazioni a carico del monitoraggio delle pratiche e degli indicatori dell'igiene delle mani.

In primo luogo, nella maggioranza dei casi, manca solitamente un professionista impegnato nella valutazione del rischio, nel controllo delle infezioni e/o nel miglioramento della qualità e, di conseguenza, mancano il tempo e la competenza per svolgere le attività di monitoraggio.

In secondo luogo, i canali del feedback possono essere differenti da quelli presenti negli ospedali.

In particolare, è probabile che gli Operatori Sanitari non siano abituati a ricevere un feedback; è possibile che non abbiano disponibilità di tempo e che risulti difficile per loro integrarsi nella cultura del monitoraggio.

Inoltre, le osservazioni possono essere percepite come un'intrusione, allorché il paziente si trova di fronte ad un unico professionista (ad esempio: un medico nel proprio studio).

In queste condizioni, il monitoraggio dei consumi di PBA e di sapone potrebbe fornire una stima indiretta dell'adesione all'igiene delle mani e aiutare a superare i limiti, dovuti alla carenza di risorse umane e di competenze.



Secondo un consenso di esperti, il denominatore per il calcolo del consumo dei prodotti dovrebbe essere rappresentato dal numero di pazienti visitati al giorno.

Quando, in un ambito ambulatoriale, lavorano insieme almeno due professionisti, il monitoraggio ed il feedback delle pratiche di igiene delle mani possono essere eseguiti, ricorrendo ad un *sistema di sostegno tra pari*.

Sono in via di sviluppo numerosi sistemi di monitoraggio automatico dell'uso dei distributori o dei lavandini, alcuni dei quali sono attualmente in fase di *testing* ed altri sono già utilizzati in campo ambulatoriale.<sup>69-77</sup>

Adattamenti alle strutture ambulatoriali sono senza dubbio fattibili e promettenti, tenendo conto tuttavia dei possibili limiti relativi all'osservazione diretta, che - essendo costosa - può - di fatto - non costituire un'opzione per le strutture con risorse limitate.

#### **6.4 Promemoria sul posto di lavoro**



I promemoria sul posto di lavoro sono strumenti chiave, per segnalare e ricordare agli Operatori Sanitari l'importanza dell'igiene delle mani e le indicazioni e le tecniche adeguate ad essa relative.

Per i pazienti, i promemoria costituiscono un mezzo per essere informati degli standard assistenziali - che dovrebbero aspettarsi da parte degli Operatori Sanitari, che li hanno in cura, per quanto riguarda l'igiene delle mani - ed uno strumento per insegnare loro ad eseguire l'igiene delle mani, all'entrata e alla uscita nella/dalla struttura ambulatoriale.

I *poster* sono il tipo più comune di promemoria.

Nuove immagini sono state elaborate, per illustrare il concetto de "I cinque momenti per l'igiene delle mani", in alcune situazioni comuni di assistenza ambulatoriale (Figure 8-12).

I poster dell'OMS, contenenti tali immagini, sono stati realizzati per le strutture di assistenza ambulatoriale; sono - altresì - disponibili dei manifesti che illustrano il procedimento corretto per le procedure di frizione e di lavaggio delle mani (in <http://www.who.int/gpsc/en/>).

Dal momento, che - di solito - molti altri manifesti sono appesi ai muri delle strutture di assistenza primaria, può essere particolarmente importante fornire altri tipi di promemoria, allo scopo di catturare l'attenzione degli Operatori Sanitari e dei pazienti per quanto riguarda l'igiene delle mani.

Ad esempio, pieghevoli, che ciascun Operatore Sanitario può portare in tasca, adesivi applicati presso il **punto di assistenza**, etichette speciali, ivi inclusi alcuni slogan persuasivi, incollati sui dispenser di PBA per mani e distintivi con il logo dell'igiene delle mani.

I promemoria, in particolare i poster e gli adesivi dovrebbero essere posizionati nei **punti di assistenza**, accanto ai dispenser di PBA per le mani ed ai lavandini.

Pur continuando a concentrarsi sui principali concetti tecnici dell'OMS, occorrerà incentivare l'impiego di promemoria, caratterizzati da testo, immagini e stile visivo maggiormente contestualizzati rispetto alla cultura locale.

**FIGURA 8**

POSTER DELL'OMS SULLE INDICAZIONI PER L'IGIENE DELLE MANI NEL CORSO D'UNA CAMPAGNA VACCINALE

## I Tuoi 5 Momenti per la Igiene delle Mani Campagna di vaccinazione

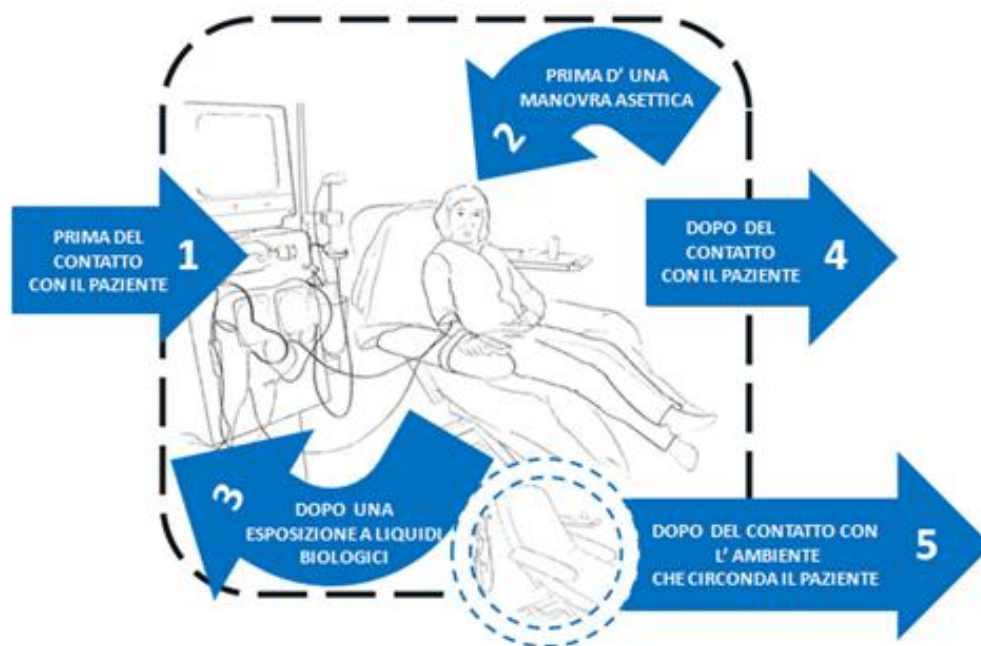


<b>1</b>	<b>Prima del contatto col paziente</b>	<b>Quando?</b> <b>Perché?</b>	Prima di toccare il paziente. Per proteggere il paziente dai germi presenti sulle mani.
<b>2</b>	<b>Prima di una manovra asettica</b>	<b>Quando?</b> <b>Perché?</b>	Prima di eseguire una manovra pulita/asettica. Per proteggere il paziente dai germi, che potrebbero entrare nel suo corpo dall'esterno, e dai germi provenienti dallo stesso paziente.
<b>3</b>	<b>Dopo un'esposizione a liquidi biologici</b>	<b>Quando?</b> <b>Perché?</b>	Dopo un'esposizione a liquidi biologici (e dopo aver tolto i guanti). Per proteggersi e per proteggere l'area di assistenza sanitaria dai germi del paziente.
<b>4</b>	<b>Dopo il contatto con il paziente</b>	<b>Quando?</b> <b>Perché?</b>	Dopo del contatto col paziente, al termine della visita o se questa è stata interrotta. Per proteggersi e per proteggere l'area di assistenza sanitaria dai germi del paziente.

FIGURA 9

POSTER DELL'OMS SULLE INDICAZIONI PER L'IGIENE DELLE MANI DURANTE UNA SEDUTA D' EMODIALISI AMBULATORIALE

## I Tuoi 5 Momenti per la Igiene delle Mani Emodialisi in regime ambulatoriale

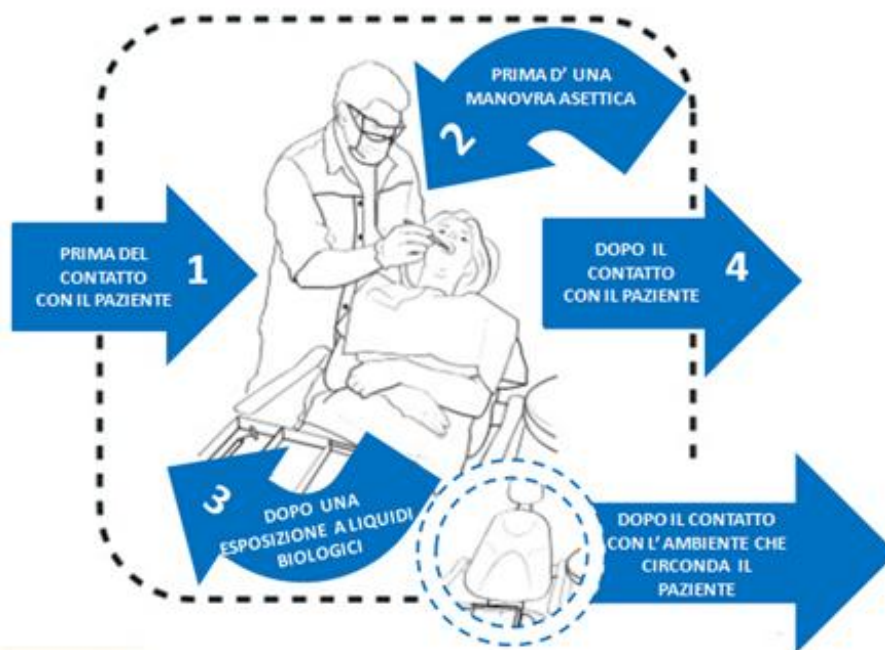


1	Prima del contatto col paziente	<b>Quando?</b> <b>Perché?</b>	Prima di toccare il paziente. Per proteggere il paziente dai germi presenti sulle mani.
2	Prima di una manovra asettica	<b>Quando?</b> <b>Perché?</b>	Prima di attuare una manovra pulita/asettica. Per proteggere il paziente dai germi, che potrebbero entrare nel suo corpo dall'esterno, e dai germi provenienti dallo stesso paziente.
3	Dopo un'esposizione a liquidi biologici	<b>Quando?</b> <b>Perché?</b>	Dopo un'esposizione a liquidi biologici (e dopo aver tolto i guanti). Per proteggersi e per proteggere l'area di assistenza sanitaria dai germi del paziente.
4	Dopo il contatto con il paziente	<b>Quando?</b> <b>Perché?</b>	Dopo aver toccato il paziente, al termine della visita o se questa è stata interrotta. Per proteggersi e per proteggere l'area di assistenza sanitaria dai germi del paziente.
5	Dopo il contatto con l'ambiente che circonda il paziente	<b>Quando?</b> <b>Perché?</b>	Prima di toccare qualunque oggetto o qualunque arredo posto nell'ambiente circostante il paziente, entro un'area dedicata temporalmente ed esclusivamente al paziente (anche se non ha toccato il paziente). Per proteggersi e per proteggere l'area di assistenza sanitaria dai germi del paziente.

**FIGURA 10**

POSTER DELL'OMS SULLE INDICAZIONI PER L'IGIENE DELLE MANI DURANTE UNA SEDUTA D' EMO-DIALISI AMBULATORIALE

### I Tuoi 5 Momenti per la Igiene delle Mani Cure odontoiatriche

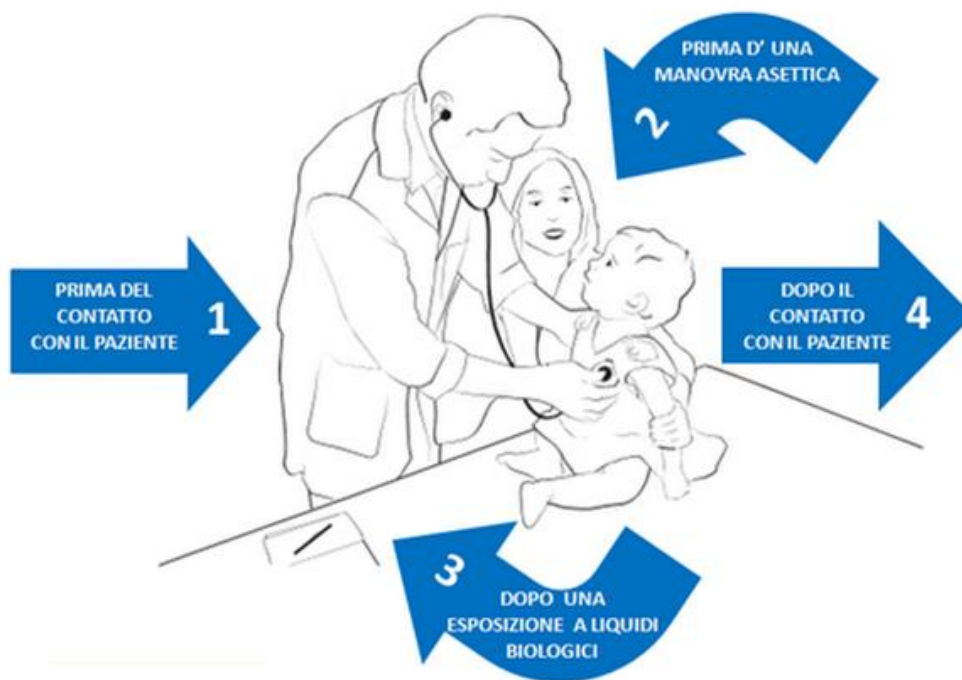


<b>1</b>	Prima del contatto col paziente	<b>Quando?</b> <b>Perché?</b>	Prima di toccare il paziente. Per proteggere il paziente dai germi presenti sulle mani.
<b>2</b>	Prima di una manovra asettica	<b>Quando?</b> <b>Perché?</b>	Prima di eseguire una manovra pulita/asettica. Per proteggere il paziente dai germi, che potrebbero entrare nel suo corpo dall'esterno, e dai germi provenienti dallo stesso paziente.
<b>3</b>	Dopo un'esposizione a liquidi biologici	<b>Quando?</b> <b>Perché?</b>	Dopo un'esposizione a liquidi biologici (e dopo aver tolto i guanti). Per proteggersi e per proteggere l'area di assistenza sanitaria dai germi del paziente.
<b>4</b>	Dopo il contatto con il paziente	<b>Quando?</b> <b>Perché?</b>	Dopo del contatto col paziente, al termine della visita o se questa è stata interrotta. Per proteggersi e per proteggere l'area di assistenza sanitaria dai germi del paziente.
<b>5</b>	Dopo il contatto con l'ambiente che circonda il paziente	<b>Quando?</b> <b>Perché?</b>	Prima di toccare qualunque oggetto o qualunque elemento di arredo posto nell'ambiente circostante il paziente, entro un'area dedicata temporalmente ed esclusivamente al paziente (anche se non ha toccato il paziente). Per proteggersi e per proteggere l'area di assistenza sanitaria dai germi del paziente.

**FIGURA 11**

**POSTER DELL'OMS SULLE INDICAZIONI PER L'IGIENE DELLE MANI NEL CORSO D' UNA VISITA PEDIATRICA**

## I Tuoi 5 Momenti per la Igiene delle Mani Visita pediatrica



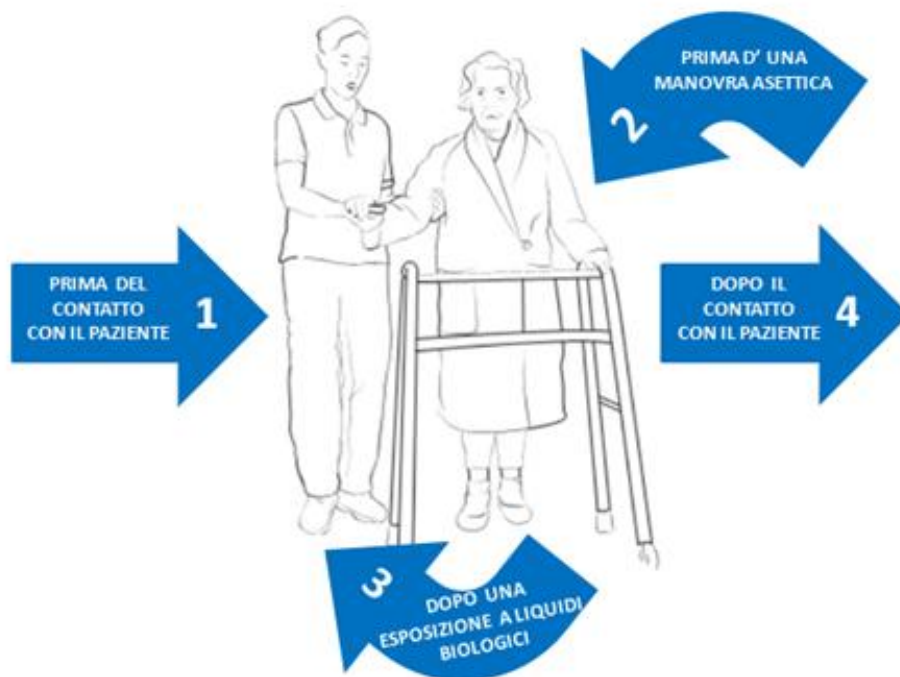
<b>1</b>	<b>Prima del contatto col paziente</b>	<b>Quando? Perché?</b>	Prima di toccare il paziente. Per proteggere il paziente dai germi presenti sulle mani.
<b>2</b>	<b>Prima di una manovra asettica</b>	<b>Quando? Perché?</b>	Prima di eseguire una manovra pulita/asettica. Per proteggere il paziente dai germi, che potrebbero entrare nel suo corpo dall'esterno, e dai germi provenienti dallo stesso paziente.
<b>3</b>	<b>Dopo un'esposizione a liquidi biologici</b>	<b>Quando? Perché?</b>	Dopo un'esposizione a liquidi biologici (e dopo aver tolto i guanti). Per proteggersi e per proteggere l'area di assistenza sanitaria dai germi del paziente.
<b>4</b>	<b>Dopo il contatto con il paziente</b>	<b>Quando? Perché?</b>	Dopo aver toccato il paziente, al termine della visita o se questa è stata interrotta. Per proteggersi e per proteggere l'area di assistenza sanitaria dai germi del paziente.



FIGURA 12

POSTER DELL'OMS SULLE INDICAZIONI PER L'IGIENE DELLE MANI DURANTE UN'ATTIVITÀ D' ASSISTENZA GERIATRICA

## I Tuoi 5 Momenti per la Igiene delle Mani Assistenza geriiatrica



<b>1</b>	Prima del contatto col paziente	<b>Quando?</b> <b>Perché?</b>	Prima di toccare il paziente. Per proteggere il paziente dai germi presenti sulle mani.
<b>2</b>	Prima di una manovra asettica	<b>Quando?</b> <b>Perché?</b>	Prima di eseguire una manovra pulita/asettica. Per proteggere il paziente dai germi, che potrebbero entrare nel suo corpo dall'esterno, e dai germi provenienti dallo stesso paziente.
<b>3</b>	Dopo un'esposizione a liquidi biologici	<b>Quando?</b> <b>Perché?</b>	Dopo un'esposizione a liquidi biologici (e dopo aver tolto i guanti). Per proteggersi e per proteggere l'area di assistenza sanitaria dai germi del paziente.
<b>4</b>	Dopo il contatto con il paziente	<b>Quando?</b> <b>Perché?</b>	Dopo aver toccato il paziente, al termine della visita o se questa è stata interrotta. Per proteggersi e per proteggere l'area di assistenza sanitaria dai germi del paziente.



## 6.5 Clima istituzionale della sicurezza



Il clima istituzionale della sicurezza si riferisce all'instaurarsi di un'atmosfera e di alcune percezioni, che favoriscono la sensibilizzazione riguardo ai problemi della sicurezza dei pazienti, conferendo la massima priorità all'igiene delle mani a tutti i livelli.<sup>4</sup>

In particolare esso comprende:

- la partecipazione attiva sia a livello istituzionale, che individuale;
- la consapevolezza della capacità individuale ed istituzionale, di poter cambiare e migliorare (auto-efficacia);
- la collaborazione con i pazienti e le associazioni di pazienti.

Ai fini del raggiungimento di un clima istituzionale di sicurezza è necessario, che i leader delle organizzazioni ed i manager dei centri promuovano il miglioramento dell'igiene delle mani e lo sostengano in maniera manifesta, attraverso attività di sensibilizzazione ed attraverso la garanzia delle risorse e degli impianti necessari.

Inoltre, è necessario l'impegno e la responsabilizzazione di tutti gli Operatori Sanitari.

A livello istituzionale, questa componente della strategia per il miglioramento dell'igiene delle mani costituisce le fondamenta, per l'integrazione del programma di miglioramento dell'igiene delle mani in un clima, che capisce e rende prioritarie le questioni fondamentali della sicurezza del paziente.

A livello individuale, questa componente è importante, per quanto concerne la sensibilizzazione di tutti gli Operatori Sanitari nei riguardi dell'importanza prioritaria dell'igiene delle mani, così come per quanto concerne la loro motivazione ad attuarla in maniera ottimale, come testimonianza del proprio impegno a non recar danno alcuno ai pazienti.

Attraverso la creazione di un clima istituzionale di sicurezza, sia l'istituzione, che ciascun Operatore Sanitario, prendono coscienza delle proprie capacità di generare cambiamenti e di catalizzare il miglioramento di tutti gli indicatori.

Nelle fasi iniziali, occorre compiere un grande sforzo, al fine di creare un'adeguata motivazione ad intraprendere la promozione dell'igiene delle mani.

È importante coinvolgere nel processo di pianificazione, quanto prima possibile, i decisori e gli Operatori Sanitari e i soggetti influenti.

Queste persone possono fornire un contributo rilevante, ai fini dello sviluppo efficace di un clima di sicurezza ed è fondamentale garantire il loro continuo impegno, sia nel corso dell'attuazione del programma che successivamente.

Oltre ai professionisti appartenenti alla struttura, le figure influenti possono provenire da organizzazioni esterne o organizzazioni non governative o organismi professionali, che possono offrire consulenza circa le strategie efficaci, per il miglioramento della sicurezza del paziente.

A seguito di un processo continuo di sviluppo, in modo simultaneo o in modo sequenziale, dovranno andare ad esplorare altre aree della sicurezza del paziente, in modo che il clima di

sicurezza venga ad essere profondamente radicato nella tradizione e nel comportamento dell'istituzione.

Questo clima dovrà essere basato su un tipo di cultura non colpevolizzante, che sia in grado di stimolare gli Operatori Sanitari a diventare sempre più consapevoli dei problemi legati alla sicurezza del paziente e ad aspirare continuamente alla realizzazione delle migliori pratiche.

Inoltre, ciò richiede continui progressi nello sviluppo di sistemi stabili, per la rilevazione degli eventi avversi e per la valutazione della qualità, laddove l'igiene delle mani rappresenta uno degli indicatori chiave.

Su scala mondiale, l'ambito ambulatoriale è caratterizzato dal possesso di strutture e di organizzazioni diverse tra loro ed in molti casi l'applicazione di questi concetti può risultare difficoltosa.

Ad esempio, è possibile che non vi siano dirigenti o professionisti, incaricati del controllo delle infezioni, oppure è possibile che prestino servizio solo uno o due Operatori Sanitari, presso il centro in questione (ad esempio: ambulatorio di un medico generico).

In tali circostanze, le campagne di igiene delle mani dovrebbero essere promosse ed attuate, da parte di enti/soggetti, che esercitano un ruolo di coordinamento o di regolamentazione, nei riguardi delle strutture ambulatoriali appartenenti al sistema sanitario.

### **Partecipazione dei pazienti, come componente del clima istituzionale della sicurezza**

Allorquando è possibile ed appropriato in base alla cultura locale, i pazienti dovranno essere stimolati, a contribuire, anch'essi, alla creazione del clima di sicurezza del paziente.<sup>78-79</sup>

L'elevato numero di pazienti, che accedono all'ambito ambulatoriale ed, in particolare, alle cure primarie, costituisce un valido motivo, per promuovere la formazione del paziente in merito all'importanza dell'osservanza di adeguate pratiche di igiene delle mani, da parte degli Operatori Sanitari, nonché sul ruolo rivestito dagli stessi pazienti nella prevenzione della trasmissione delle infezioni.

Ciò può essere ottenuto, aumentando la consapevolezza dell'importanza dell'igiene delle mani, all'ingresso e all'uscita nel/dal centro, al fine della prevenzione di specifici tipi di infezioni (ad esempio: gastroenteriti, infezioni respiratorie, congiuntiviti, ecc.).

Negli opuscoli informativi e nei poster, esposti all'ingresso dei centri e nelle zone di attesa, potrebbero essere previsti messaggi semplici, in modo da essere facilmente compresi ed appresi dai pazienti.

È, anche, possibile addestrare i pazienti e i visitatori, affinché vengano stimolati a formarsi tra loro.

In alcuni paesi (ad esempio: Spagna), le esperienze di educazione all'igiene delle mani, all'interno di gruppi di pazienti, sono promettenti per quel che concerne le buone pratiche e le attività di sensibilizzazione.

Un atteggiamento positivo da parte dei pazienti, assistiti dagli Operatori Sanitari, nei riguardi dell'attuazione di una buona igiene delle mani, potrebbe migliorare l'adesione all'approccio de "I cinque momenti di igiene delle mani".

L'esecuzione di una corretta igiene delle mani, davanti agli occhi del paziente, può promuovere la fiducia del paziente e la collaborazione tra i pazienti e gli Operatori Sanitari, nell'ottica di un'assistenza più sicura.

Tuttavia, dovranno essere tenuti presente i limiti di tempo, legati ad alcuni incontri - di solito di breve durata - tra il paziente e gli Operatori Sanitari, nonché i problemi culturali locali e le dinamiche sociali, nel momento in cui viene presa in considerazione l'attuazione di questi aspetti di *empowerment* del paziente.

Queste strategie sono - di solito - accolte meglio, allorquando la promozione dell'igiene delle mani è già abbastanza radicata tra gli Operatori Sanitari.

L'educazione dei pazienti dovrebbe mirare, prima di tutto, a sostenere le migliori pratiche di igiene delle mani tra loro stessi.

BOLZA

## **7. ESEMPI PRATICI DEI REQUISITI DELL'IGIENE DELLE MANI IN UNA VASTA GAMMA DI STRUTTURE AMBULATORIALI**

### **7.1 Introduzione e note importanti per il lettore**

Sono stati forniti esempi pratici di situazioni di assistenza sanitaria, allo scopo di indicare come può essere messo in pratica il concetto <sup>1-3</sup> de "I cinque momenti per l'igiene delle mani", in specifiche situazioni, che si possono presentare in ambito ambulatoriale.

L'obiettivo è quello di condurre gli Operatori Sanitari, verso una migliore organizzazione della sequenza assistenziale e di facilitare la pratica dell'igiene delle mani.



Questi esempi pratici non hanno come scopo quello di indicare il gol standard per una determinata procedura, né di proporre delle raccomandazioni.

Alcuni esempi riflettono situazioni, nelle quali numerosi pazienti vengono sottoposti, uno dopo l'altro, ad una procedura assistenziale, di modo che le indicazioni per l'igiene delle mani si presentano con una frequenza molto alta, in un breve arco di tempo.

In altri esempi, la situazione assistenziale è molto simile a quella presente nell'ambito ospedaliero (ad esempio: la dialisi o i parti, in zone remote, presso dispensari a reddito medio-basso).

Questi esempi costituiscono la base per acquisire le competenze necessarie, per l'identificazione della **zona paziente** e del **punto di assistenza** e le indicazioni per l'igiene delle mani e le opportunità che si vengono a configurare.

Lo sviluppo di questi esempi ha comportato diversi passaggi.

Un nucleo principale di esperti in igiene delle mani, che ha diretto lo sviluppo delle *Linee Guida OMS per l'igiene delle mani nell'assistenza sanitaria*,<sup>1</sup> ha provveduto ad elaborare gli scenari in base alle situazioni più comuni nelle cure ambulatoriali.

Alcuni di questi sono stati testati attraverso la somministrazione online di un questionario, inviato a 14 esperti internazionali in materia di controllo delle infezioni, ai quali è stato chiesto di identificare il livello di rischio di infezione e di trasmissione di patogeni, attraverso le mani, sia al paziente che agli Operatori Sanitari e l'esistenza di opportunità per l'igiene le mani.

In seguito, il gruppo principale di esperti ha ultimato gli esempi, ivi inclusi i requisiti per la pratica dell'igiene delle mani, che sono stati successivamente analizzati da un gruppo di professionisti addetti al controllo delle infezioni e da rappresentanti di paesi, nel corso di una consultazione con l'OMS.



Gli esperti hanno individuato diversi aspetti chiave, che devono esser presi in considerazione, al momento di valutare la necessità dell'igiene delle mani durante l'assistenza ambulatoriale:

- 1) il rischio potenziale di trasmissione, in base alla procedura e alla trasmissibilità dell'agente infettivo;
- 2) il rischio potenziale di infezione per il paziente e per l'Operatore Sanitario;
- 3) lo stato di colonizzazione - confermato o sospetto - del paziente e la suscettibilità correlata alle condizioni di base;
- 4) l'applicabilità dell'igiene delle mani in specifiche situazioni assistenziali, che si verificano solitamente nelle strutture ambulatoriali, tenendo conto della frequenza della procedura.

Una vasta gamma di procedure assistenziali viene svolta nell'ambito ambulatoriale.

Alcune non differiscono dalle situazioni riscontrate negli ospedali, mentre altre presentano specifiche caratteristiche, per quanto riguarda l'igiene delle mani.

Alcuni Operatori Sanitari possono lavorare in entrambi i tipi di strutture e cioè sia ospedaliere che ambulatoriali.

Quando forniscono assistenza ai pazienti ricoverati in ospedale, gli Operatori Sanitari dovrebbero praticare sempre l'igiene delle mani, secondo i criteri dell'approccio de "I cinque momenti".

Negli esempi pratici, prospettati nel presente documento, le indicazioni per l'igiene delle mani sono sviluppate secondo gli stessi principi.

Tuttavia, sulla base dei suddetti quattro criteri stabiliti dagli esperti, sono stati individuati i requisiti minimi per l'igiene delle mani in alcune situazioni di assistenza molto particolari (ad esempio: nel contesto di un flusso assistenziale ad elevata frequenza), sottolineando le opportunità essenziali.

Nella sezione seguente, gli esempi vengono presentati nella versione definitiva, conseguente al consenso di esperti, e sono accompagnati da tabelle riepilogative, che illustrano le principali caratteristiche delle situazioni.

Nell'**Allegato II** vengono riportati maggiori dettagli, sull'applicazione rigorosa de "I cinque momenti per l'igiene delle mani", negli esempi 1, 2 e 7.

Occorre segnalare, che lo scopo principale di questo documento di indirizzo è quello di concentrarsi su come aiutare a comprendere il significato dell'igiene delle mani nel contesto ambulatoriale.

Per questo motivo, gli scenari vengono presentati, nel modo più semplice possibile, e le procedure di riferimento per la sanificazione ambientale e/o la decontaminazione dei dispositivi non vengono descritte esplicitamente nelle situazioni presentate.

Tuttavia, tutti gli Operatori Sanitari devono tenere presente, che l'efficacia dell'igiene delle mani è strettamente legata alla contaminazione ambientale.

Quando le attrezzature ed i dispositivi medici condivisi non vengono decontaminati - quando raccomandato (preferibilmente, dopo essere stati adoperati su ciascun paziente) - e/o non è stata effettuata una corretta pulizia ambientale, non si può pretendere, che l'igiene delle mani possa compensare la mancata applicazione di queste procedure di carattere generale.

## 7.2 Esempi pratici

### 1. Campagna pubblica di vaccinazione

#### Spiegazione sintetica

L'ambiente è costituito da un consultorio standard, utilizzato per la vaccinazione della popolazione nel contesto di una campagna pubblica.

Tutta l'attrezzatura necessaria è a portata di mano degli Operatori Sanitari, essendo stata disposta in precedenza su di un tavolo-vassoio.

Le persone entrano, una dopo l'altra, in rapida successione, per farsi vaccinare.

Non vengono utilizzati guanti monouso, perché non sono raccomandati, in quanto il rischio di esposizione a fluidi corporei non è considerato importante (vedi figura 1.23.1 delle *Linee Guida OMS per l'igiene delle mani nell'assistenza sanitaria*).<sup>3, 55</sup>

L'Operatore Sanitario si occupa delle persone, in una sequenza ad elevata frequenza, eseguendo una serie di compiti in un flusso sistematico (preparazione del materiale occorrente per l'iniezione, esecuzione dell'iniezione, registrazione).

Non viene dedicato alcuno spazio o attrezzatura alla persona, che riceve l'iniezione durante la sequenza assistenziale.

La **zona paziente** corrisponde esclusivamente al singolo paziente; il **punto di assistenza** corrisponde esattamente al posto dove viene eseguita l'iniezione.

#### Sequenza assistenziale in base ai requisiti minimi per l'igiene delle mani \*

A. Una persona entra (mentre la persona precedente esce) e si siede su una sedia.

#### **L'Operatore Sanitario (OS) esegue l'igiene delle mani**

(i **Momenti 1** e **2** si combinano e costituiscono un'occasione, per soddisfare i requisiti minimi)

- B. La persona presenta il suo braccio, l'OS applica sul punto di iniezione l'antisettico cutaneo, con un piccolo tampone di garza e lo smaltisce dopo l'uso.
- C. L'OS prende il materiale monouso PRE- allestito per la vaccinazione.
- D. L'OS esegue l'iniezione.
- E. L'OS smaltisce la siringa nel contenitore per rifiuti taglienti, che è posto sul tavolo.
- F. L'OS applica un cerotto sul punto di iniezione.
- G. L'OS registra l'atto della vaccinazione.
- H. La persona si alza ed esce dal consultorio (mentre fa il suo ingresso la persona seguente).

#### **L'OS esegue l'igiene delle mani (Momento 4)\*\***

\* Nell'**Allegato II** figura lo stesso scenario, con la stretta applicazione dell'approccio de "I cinque momenti".

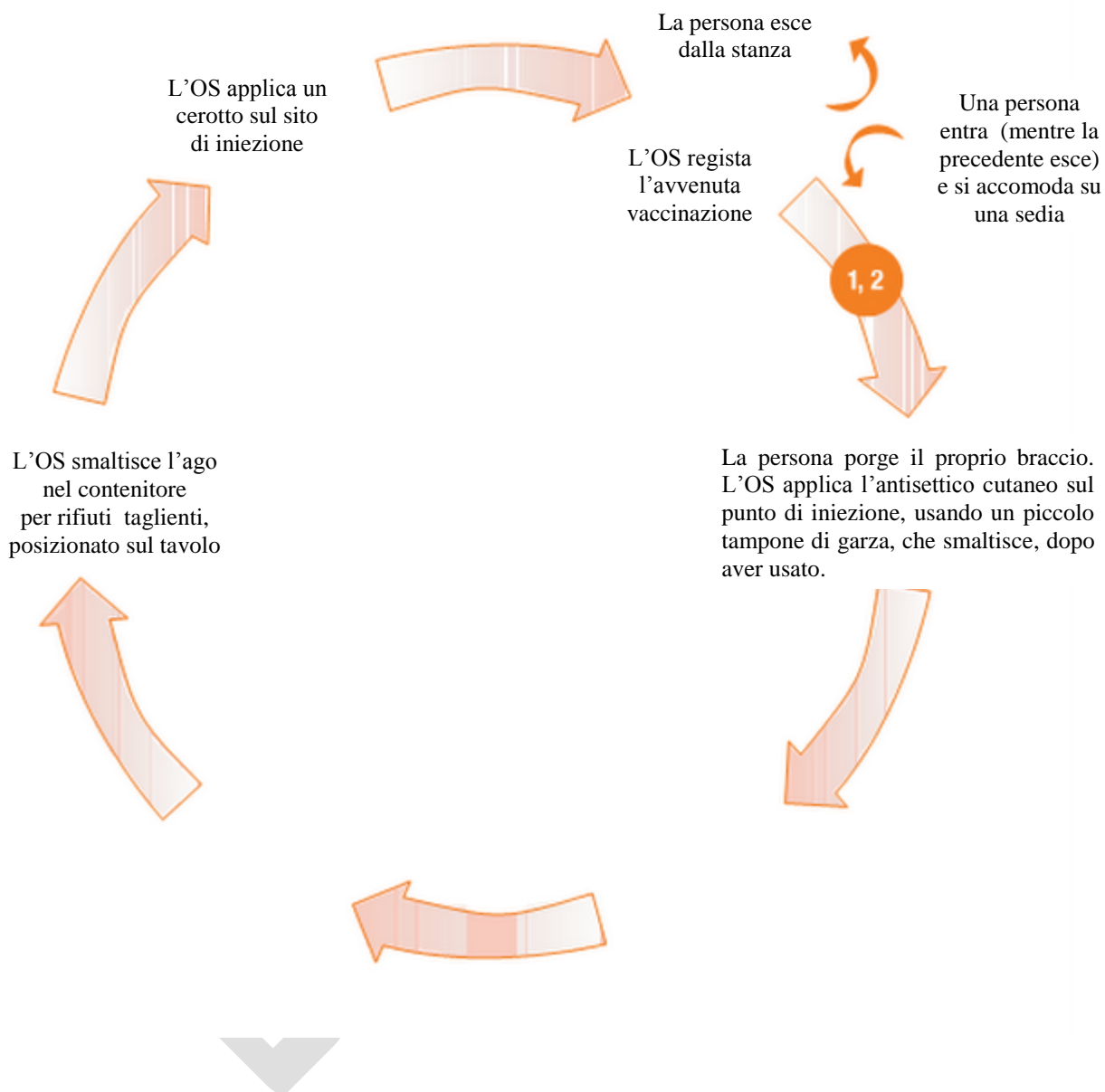
\*\* Se la sequenza descritta si verifica senza interruzioni ed in condizioni normali (ad esempio: in assenza di una situazione nota di focolaio), la pratica dell'igiene delle mani verrà ripetuta **ancora una volta, tra un paziente e l'altro** (i **Momenti 4** e **1** e **2** sono combinati e costituiscono un'occasione per soddisfare i requisiti minimi).



<b>Caratteristiche della sequenza assistenziale</b>	
Frequenza probabile della sequenza per ora	Approssimativamente 30 persone
Durata della sequenza	Molto breve, approssimativamente 2 minuti
Numero di opportunità per l'igiene delle mani per sequenza in base ai requisiti minimi	2 (o 1 quando la sequenza viene ripetuta senza interruzione)
Tipo di contatto con le mani	Cute/cute non integra
Uso di guanti	No
Uso di dispositivi di protezione individuale	No
Uso di materiale monouso	Sì
Uso di materiale sterile	Sì
Uso di materiale condiviso	No
Zona del paziente	Il paziente
<i>Punto di assistenza</i>	<i>Dove si esegue la vaccinazione</i>

## CAMPAGNA PUBBLICA DI VACCINAZIONE

### Opportunità per l'igiene delle mani in base ai **requisiti minimi** per l'igiene delle mani



### *Commento*

In questo esempio, non vengono inclusi i contatti sociali, come le strette di mano tra la persona che deve essere vaccinata e l'Operatore Sanitario, sia all'inizio che alla fine della procedura di vaccinazione. Questo tipo di gesto può variare in funzione delle diverse culture e dei diversi costumi. Tale contatto, quando si verifica, può aumentare il rischio di trasmissione e rappresentare un'ulteriore opportunità per l'igiene delle mani.

## 2. Prelievo di sangue in un laboratorio

### Spiegazione sintetica

Il contesto è rappresentato da una sala per prelievi di campioni di sangue di un laboratorio clinico. Durante la procedura, l'OS dispone tutti i dispositivi medici necessari su di un vassoio, che è a portata di mano. L'uso di guanti è indicato, in accordo con le raccomandazioni dell'OMS.<sup>3,55</sup> I dispositivi critici (siringhe) devono essere sterili.

L'OS assiste i pazienti in una sequenza ad alta frequenza, mentre esegue una serie di azioni in un flusso sistematico (raccolta/controllo dei dati del paziente, preparazione del materiale specifico per il prelievo di campioni di sangue, esecuzione del prelievo venoso, smaltimento del materiale monouso, annotazione).

Non esiste alcuno spazio o materiale destinato al singolo paziente durante la sequenza.

La **zona paziente** corrisponde esclusivamente al paziente; il **punto di assistenza** corrisponde esattamente al punto dove viene prelevato il sangue.

### Sequenza assistenziale in base ai requisiti minimi per l'igiene delle mani \*

- A. Un paziente entra nella stanza e si siede (mentre esce il paziente che lo ha preceduto). L'OS chiede il nome e l'indirizzo del paziente.
- B. L'OS predispose ed etichetta le provette per i campioni, verificando l'identità del paziente; quindi gli chiede di scoprire l'avambraccio.
- C. L'OS prepara il materiale per l'iniezione (siringhe, tamponi, antisettico, laccio emostatico, cerotti).
- D. L'OS dispone un laccio emostatico intorno al braccio.

**L'OS esegue l'igiene delle mani (i Momenti 1 e 2 si combinano tra loro, configurando un'opportunità per soddisfare i requisiti minimi)**

- E. L'OS indossa dei guanti non sterili.
- F. L'OS individua una vena mediante la palpazione con due dita.
- G. L'OS applica l'antisettico, utilizzando un piccolo tampone di garza nel punto di iniezione e lo strofina.
- H. L'OS punge la vena e preleva il sangue.
- I. L'OS rilascia il laccio emostatico.
- J. L'OS sfila la siringa e la smaltisce in un contenitore per i rifiuti taglienti, invitando il paziente ad esercitare una pressione sul punto di iniezione.
- K. L'OS deposita le provette in un vassoio ed elimina il materiale rimanente.
- L. L'OS copre il punto di iniezione con un cerotto.
- M. L'OS rimuove i guanti e li elimina.

**L'OS esegue l'igiene delle mani (Momenti 3 e 4 combinati) \*\***

- N. L'OS registra l'attività su un foglio di carta, mentre il paziente esce e fa il suo ingresso il paziente successivo.

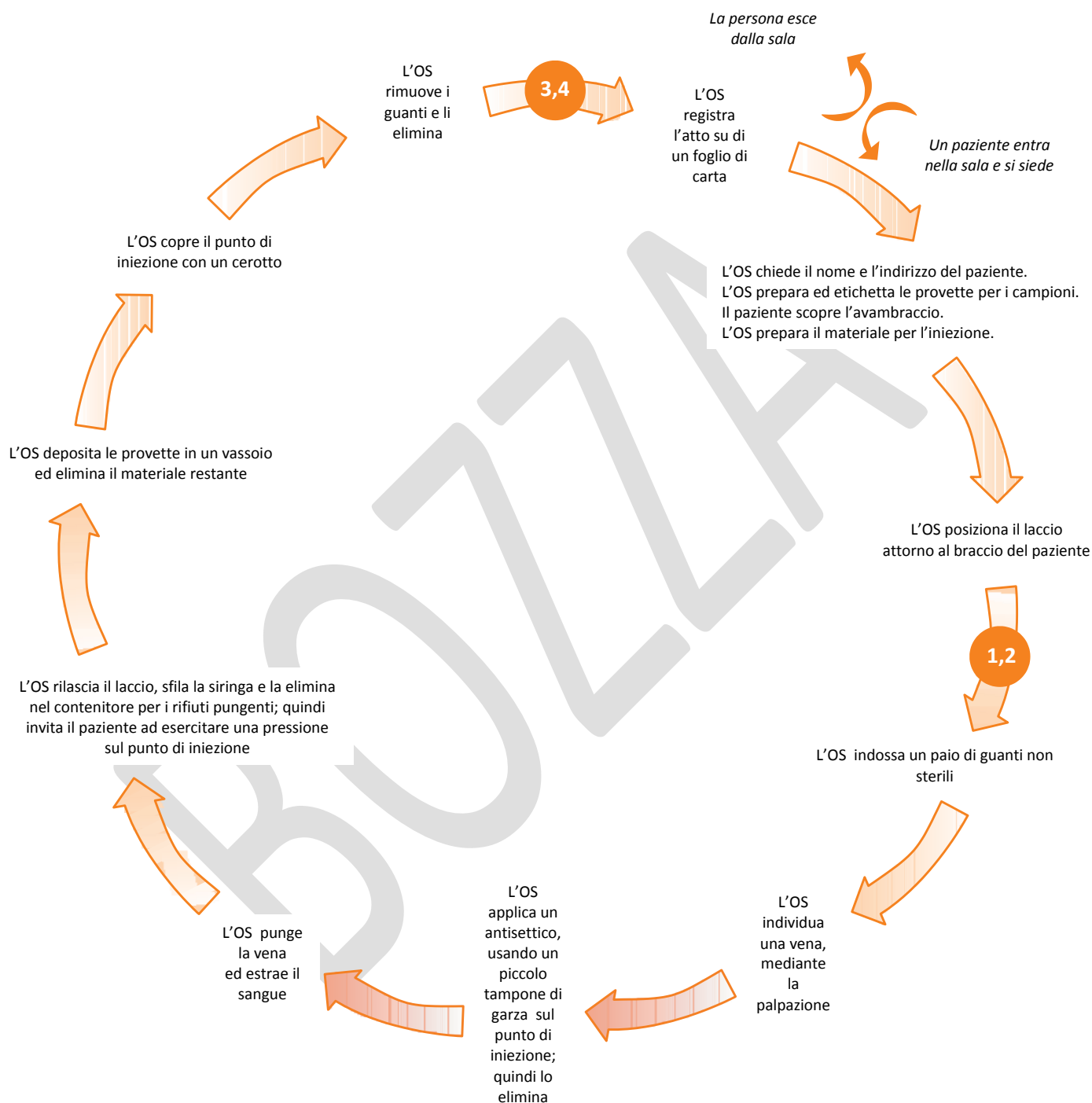
\* Nell'**Allegato II** viene descritto lo stesso scenario, con la rigorosa applicazione del modello de "I cinque momenti."

\*\* Se la sequenza descritta avviene senza interruzione ed in condizioni normali (ad esempio: in assenza di una condizione nota di focolaio epidemico), la pratica di igiene verrà effettuata ancora una volta, tra un paziente e il successivo (I **Momenti 3 e 4** ed **1 e 2** sono combinati tra loro e configurano un'occasione per soddisfare i requisiti minimi).

<b>Caratteristiche della sequenza assistenziale</b>	
Frequenza probabile della sequenza per ora	12-20 persone
Durata della sequenza	Approssimativamente 3-5 minuti
Numero di opportunità d'igiene delle mani per sequenza, in base ai requisiti minimi	2 (o 1 quando la sequenza viene ripetuta senza interruzione)
Tipo di contatto con le mani	Cute/cute non integra/sangue
Uso di guanti	No
Uso di dispositivi di protezione individuale	Guanti
Uso di materiale monouso	Sì
Uso di materiale sterile	Sì
Uso di materiale condiviso	Sì (laccio)
Zona del paziente	Il paziente
<i>Punto di assistenza</i>	<i>Dove si esegue il prelievo di sangue</i>

## PRELIEVO DI SANGUE IN UN LABORATORIO

Opportunità per l'igiene delle mani in base ai **requisiti minimi** per l'igiene delle mani



### Commento

In questo esempio non sono inclusi i contatti sociali, come la stretta di mano tra paziente e l'OS, all'inizio e alla fine dell'incontro. Questo gesto può variare a seconda della cultura e dei costumi. Tale tipo di contatto, quando si verifica, può aumentare il rischio di trasmissione e rappresentare un'ulteriore opportunità per l'igiene delle mani.

### 3. Visita eseguita presso un ambulatorio di medicina generale

#### Spiegazione sintetica

Il contesto è rappresentato da un ambulatorio di medicina generale, equipaggiato di scrivania e di sedie per il medico ed il paziente, di un lettino per l'esame del paziente e di un carrello, provvisto delle apparecchiature mediche (martelletto, fonendoscopio, sfigmomanometro, ecc.) e di alcuni dispositivi quali spatole monouso e materiale sterile.

Il medico esegue l'esame in una sequenza sistematica di azioni (parlare con il paziente, eseguire un esame fisico, parlare e prescrivere).

Nessuno spazio o materiale viene destinato al singolo paziente, durante la sequenza assistenziale.

La **zona paziente** corrisponde esclusivamente al paziente; il **punto di assistenza** equivale esattamente al posto in cui viene eseguito l'esame fisico.

Non si applica nessuna procedura invasiva. Possiamo dire, che ciò non esclude il possibile contatto con siti critici, quali le mucose e la cute non integra, o la possibile esposizione a fluidi corporei.

Qualsiasi cambiamento, a carico del flusso di lavoro descritto, può modificare le indicazioni per l'igiene delle mani ed, in tale eventualità, vanno apportati gli opportuni adattamenti.

#### Sequenza assistenziale

- A. Il medico si trova nel suo studio ed il paziente entra nella stanza.
- B. Il paziente e il medico si siedono e parlano tra loro, mentre il medico esamina la storia clinica del paziente.
- C. Il medico invita il paziente a sdraiarsi sul lettino.

#### **Il medico esegue l'igiene delle mani (Momento 1)**

- D. Il medico esegue l'esame fisico, auscultando il cuore e il torace del paziente, controllando con l'aiuto di un martelletto i riflessi tendinei del paziente e misurando la pressione arteriosa.
- E. Al termine dell'esame fisico, il medico aiuta la persona ad alzarsi.

#### **Il medico esegue igiene delle mani (Momento 4)**

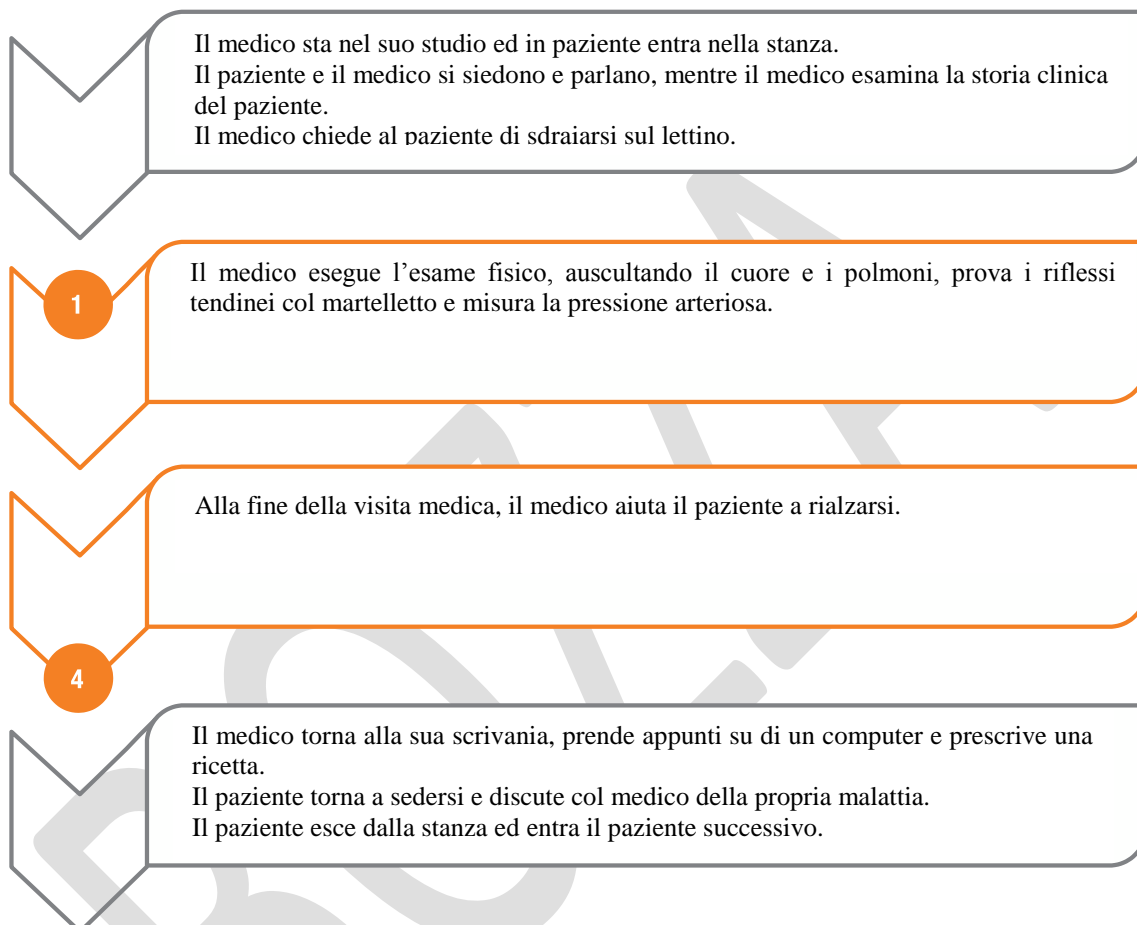
- F. Il medico ritorna alla sua scrivania, prende appunti con l'aiuto di un computer e prescrive una ricetta.
- G. Il paziente torna a sedersi e a discutere della sua malattia.
- H. Il paziente va via ed il paziente successivo entra nella stanza.



<b>Caratteristiche della sequenza assistenziale</b>	
Frequenza probabile della sequenza per ora	4-6 pazienti
Durata della sequenza	Approssimativamente 10-15 minuti
Numero di opportunità per l'igiene delle mani per sequenza	2
Tipo di contatto con le mani	Cute
Uso di dispositivi di protezione individuale	No
Uso di materiale monouso	No
Uso di materiale sterile	No
Uso di materiale condiviso	Sì
Zona del paziente	Il paziente
<i>Punto di assistenza</i>	<i>Dove si esegue l'esame fisico</i>



L'efficacia dell'igiene delle mani dipende dal grado di contaminazione ambientale. Quando i dispositivi medici e le attrezzature condivisi non vengono puliti e decontaminati, dopo esser stati usati per ciascun paziente, non si può pretendere che l'igiene delle mani riesca a compensare l'inosservanza delle descritte procedure di carattere generale.

**VISITA ESEGUITA PRESSO UN AMBULATORIO DI MEDICINA GENERALE****Opportunità per l'igiene delle mani in base ai requisiti minimi per l'igiene delle mani****Commento**

- In questo esempio non sono inclusi i contatti sociali, come la stretta di mano tra paziente e medico, all'inizio e alla fine della visita. Questo gesto può variare a seconda della cultura e dei costumi. Tale tipo di contatto, quando si verifica, può aumentare il rischio di trasmissione e rappresentare un'ulteriore opportunità per l'igiene delle mani.
- Se si esegue una procedura invasiva o si produce un contatto con le mucose o con la cute non integra (procedura pulita/asettica) durante l'esame fisico, si realizzano delle opportunità supplementari per l'igiene delle mani (**Momenti 2 e 3**).

## 4. Visita presso un ambulatorio pediatrico

### Spiegazione sintetica

Il contesto è rappresentato da un ambulatorio di pediatria. Ci sono sedie sia per gli Operatori Sanitari che per la madre ed un piccolo lettino, su cui far distendere i bambini e su cui poterli sottoporre ad una visita medica. Tutto il materiale e le attrezzature medicali necessarie (bilance pesabambini, metro a nastro, spatola, stetoscopio, ecc.) sono a portata di mano dell'OS, collocati su di un carrello o ubicati entro una distanza di due metri.

L'OS svolge varie attività organizzate in una sequenza sistematica di azioni (parlare, misurare, pesare, attuare l'esame fisico, annotare).

Di solito si può verificare il contatto con le mucose, così come con i fluidi corporei del bambino.

La **zona paziente** include il bambino, ma può comprendere anche la madre; il **punto di assistenza** è dove viene effettuato l'esame obiettivo.

### Sequenza assistenziale

- A. Un bambino di una settimana di età e sua madre entrano nella stanza. La madre si siede su di una sedia, tenendo il bambino in braccio. L'OS chiede alcune informazioni ed annota i dati.
- B. La madre spoglia il bambino.

#### **L'OS esegue l'igiene delle mani (Momento 1)**

- C. L'OS prende il bambino dalle braccia della madre e lo pone sul lettino.
- D. L'OS esegue l'esame fisico, misurando le dimensioni e la circonferenza cranica del bambino, e successivamente pesandolo.
- E. Il bambino fa la pipì sulla bilancia pesa-bebè; l'OS indossa un guanto ed asciuga il liquido dalla superficie col lenzuolo di carta, posto a protezione della bilancia. L'OS rimuove il guanto e lo getta via.

#### **L'OS esegue l'igiene delle mani (Momento 3)**

- F. L'OS ausculta le spalle del bambino e palpa il suo addome, osserva l'ombelico e valuta i vari riflessi neonatali.
- G. L'OS ausculta il cuore ed il torace del bambino con uno stetoscopio.

#### **L'OS esegue l'igiene delle mani (Momento 2)**

- H. L'OS esamina gli occhi del bambino, tirando leggermente verso il basso le palpebre; il bambino piange senza che vi sia lacrimazione.
- I. L'OS esamina la vista del bambino, servendosi di un dito.
- J. Il bambino continua a piangere e l'OS coglie l'occasione, per esaminare la bocca con l'aiuto di una lampadina, mentre gli sostiene il capo.
- K. L'OS esamina le orecchie con un otoscopio e successivamente smaltisce il cono monouso buttandolo nel cestino per i rifiuti.
- L. L'OS valuta l'udito del bambino, battendo le mani in corrispondenza dei due lati della testa.
- M. L'OS palpa il collo del bambino.

**L'OS esegue l'igiene delle mani (Momento 4)**

N. La madre veste il bambino.

O. L'OS si siede, registra i dati e parla brevemente con la madre.

P. La madre esce dalla stanza assieme al bambino.

<b>Caratteristiche della sequenza assistenziale</b>	
Frequenza probabile della sequenza per ora	4-6 pazienti
Durata della sequenza	Approssimativamente 10-15 minuti
Numero di opportunità per l'igiene delle mani per sequenza	3
Tipo di contatto con le mani	Cute/fluidi corporei
Uso di dispositivi di protezione individuale	No
Uso di materiale monouso	Sì
Uso di materiale sterile	No
Uso di materiale condiviso	Sì
Zona del paziente	Il bambino
<i>Punto di assistenza</i>	<i>Il lettino su cui si esegue l'esame fisico</i>



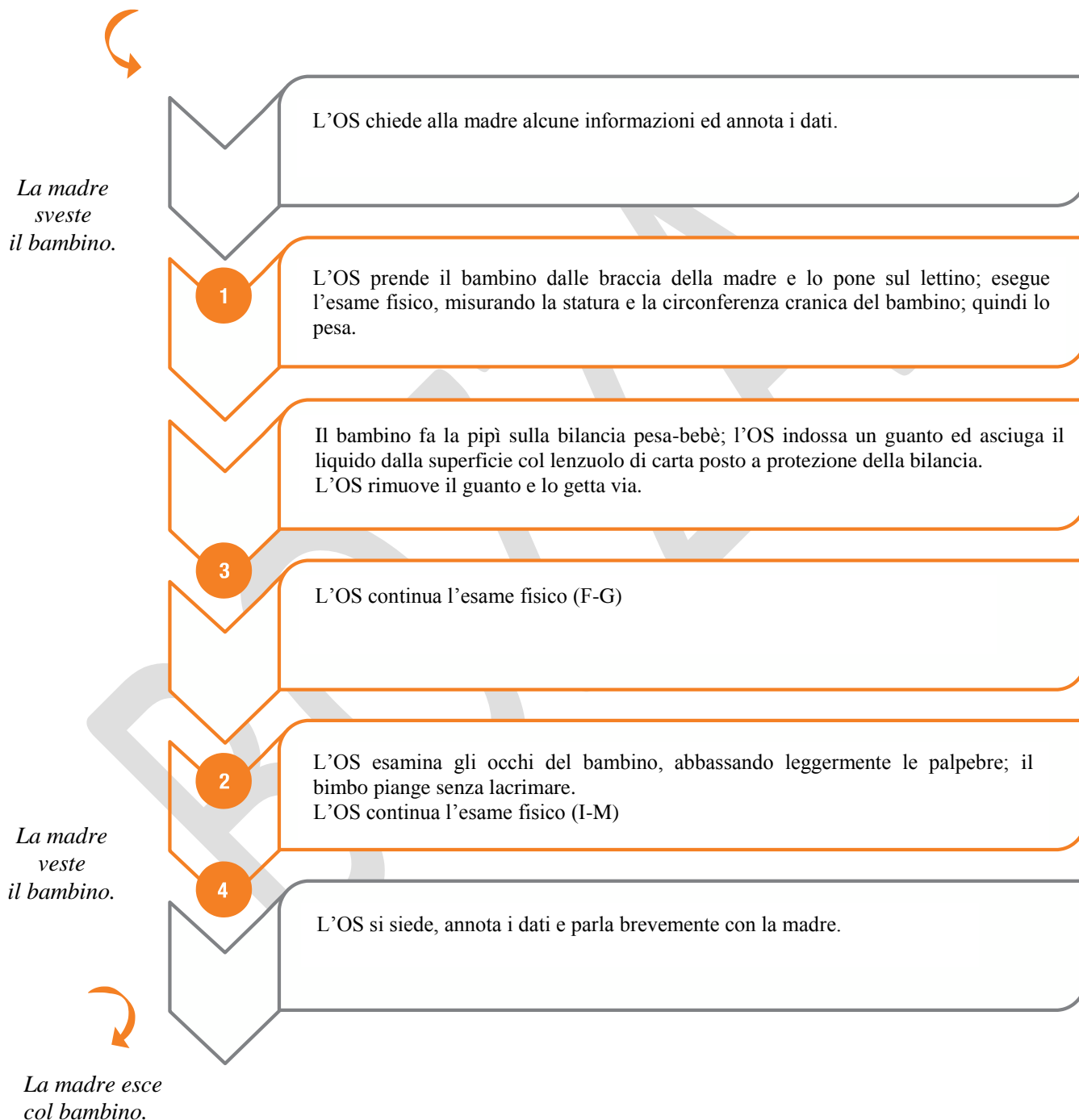
L'efficacia dell'igiene delle mani dipende dal grado di contaminazione ambientale. Quando i dispositivi medici e le attrezzature condivisi non vengono puliti e decontaminati, dopo esser stati usati per ciascun paziente, non si può pretendere che l'igiene delle mani riesca a compensare l'inosservanza delle descritte procedure di carattere generale.

## VISITA PRESSO UN AMBULATORIO PEDIATRICO

### Opportunità per l'igiene delle mani in base ai requisiti minimi per l'igiene delle mani

*Un bambino di una settimana di vita e la madre entrano nell'ambulatorio.*

*La madre si siede su di una sedia col bimbo in braccio.*



### Commento

In questo esempio non sono inclusi i contatti sociali, come la stretta di mano tra paziente e medico, all'inizio e alla fine della visita. Questo gesto può variare a seconda della cultura e dei costumi. Tale tipo di contatto, quando si verifica, può aumentare il rischio di trasmissione e rappresentare un'ulteriore opportunità per l'igiene delle mani.

## 5. Visita presso un servizio di emergenza

### Spiegazione sintetica

Il contesto è rappresentato da un servizio di emergenza, che comprende un'area dove i pazienti arrivano, vengono registrati ed aspettano, uno studio medico ed una sala per trattamenti con lettini, separati da tende divisorie. I pazienti accedono a questa zona, chiedendo assistenza per problematiche differenti, ma vengono trattate, esclusivamente, le emergenze che non comportano pericoli per la vita.

Gli Operatori Sanitari eseguono attività, basate sul livello di urgenza, e spesso devono fare i conti con situazioni impreviste. In questo contesto vengono coinvolte diverse categorie di operatori.

### Sequenza assistenziale

A. Un aiuto-infermiere sta scrivendo sul bancone della reception, mentre entra un paziente anziano, aiutato dai propri familiari. L'aiuto-infermiere chiede informazioni e compila la scheda del paziente.

#### **L'aiuto-infermiere esegue l'igiene delle mani (Momento 1)**

B. L'OS si avvicina al paziente, lo aiuta a sedersi su una sedia a rotelle e lo accompagna dal medico.

#### **Prima di andar via, l'aiuto-infermiere esegue l'igiene le mani (Momento 4)**

C. Il medico riceve il paziente, legge la scheda del paziente e formula alcune domande; capisce che il paziente è caduto e sospetta che abbia una gamba fratturata.

Prima di avvicinarsi al paziente, per ispezionare la gamba e compiere alcune manovre, **il medico esegue l'igiene delle mani (Momento 1)**

D. Dopo aver compiuto l'ispezione, il medico chiede all'aiuto-infermiere di accompagnare il paziente a fare una radiografia.

#### **Il medico esegue l'igiene delle mani (Momento 4)**

E. Il medico torna a prendere la scheda del paziente e scrive alcune annotazioni. Nel frattempo, un'**infermiera** chiama il medico e gli chiede di recarsi in sala di trattamento per visitare un paziente con grave emorragia nasale.

F. L'infermiera prende una confezione di panni dall'armadio, bagna un panno e si reca dal paziente.

#### **Il medico esegue l'igiene delle mani (Momento 1)**

G. Il medico indossa dei guanti non sterili, tampona il naso e pulisce il viso e le mani del paziente con il panno. Una volta completata la procedura, il medico si disfa del panno, destinandolo alla pulizia e alla decontaminazione, smaltisce i fazzoletti di carta nel cestino, rimuove i guanti e li getta via.

#### **Il medico esegue l'igiene delle mani (Momenti 3, 4 ed 1 combinati)**



H. L'**infermiera** chiede al medico di aiutarla a mobilizzare un paziente molto pesante, sdraiato su un letto ed, in seguito, di esaminare e suturare una ferita al braccio di un altro paziente, presente in sala.

#### **Il medico esegue l'igiene delle mani (Momenti 4 e 2 combinati)**

- I. Il medico apre il materiale sterile, preparato dall'infermiera su di un carrello posto vicino al paziente e versa una soluzione antisettica su di una compressa di garza, indossa dei guanti sterili ed applica la compressa di garza sulla ferita.
- J. Il medico esegue un'iniezione sottocutanea locale di anestetico, pulisce la cute che circonda la ferita con un panno umido ed asciuga la cute.
- K. Il medico sutura la ferita, torna ad applicare dell'antisettico e benda la ferita.
- L. Il medico rimuove i guanti e li getta via.

#### **Il medico esegue l'igiene delle mani (Momenti 4 e 3 combinati)**

- M. Il paziente se ne va.
- N. Un aiuto-infermiere, che indossa dei guanti per uso domestico, si avvicina al lettino, rimuove il materiale deposto sul carrello, pulisce il carrello ed il lettino e si toglie i guanti.

#### **L'aiuto-infermiere lascia la zona, dopo aver eseguito l'igiene delle mani (Momenti 3 e 5)**

<b>Caratteristiche della sequenza assistenziale</b>	
Frequenza probabile della sequenza per ora	1-2 pazienti
Durata della sequenza	Approssimativamente 30-60 minuti
Numero di opportunità per l'igiene delle mani per sequenza	2 per l'infermiera, 6 per il medico, 3 per l'aiuto infermiere
Tipo di contatto con le mani	Cute/cute non integra/fluidi corporei/superfici inanimate
Uso di dispositivi di protezione individuale	Guanti
Uso di materiale monouso	Sì
Uso di materiale sterile	Sì
Uso di materiale condiviso	No
Zona del paziente	Ognuno dei pazienti ed i loro lettini
<i>Punto di assistenza</i>	<i>La zona del paziente</i>

- L'efficacia dell'igiene delle mani dipende dal grado di contaminazione ambientale. Quando i dispositivi medici e le attrezzature condivisi non vengono puliti e decontaminati dopo esser stati usati su ciascun paziente, non si può pretendere che l'igiene delle mani riesca a compensare l'inosservanza delle descritte procedure di carattere generale.
- Si dovrebbero prendere in considerazione le indicazioni per l'igiene delle mani, prima e dopo ogni evento, in cui può verificarsi un contatto sociale tra l'OS ed il paziente, come ad esempio in occasione di una stretta di mano.

## VISITA PRESSO UN SERVIZIO D'EMERGENZA

### Opportunità per l'igiene delle mani in base ai requisiti minimi per l'igiene delle mani

Un aiuto-infermiere sta scrivendo sul bancone della reception, mentre entra un paziente anziano aiutato dai familiari. L'aiuto-infermiere chiede informazioni e compila la scheda del paziente.

1

L'OS si avvicina al paziente, lo aiuta a sedersi su una sedia a rotelle e lo accompagna dal medico.

4

1

Il medico riceve il paziente, legge la scheda del paziente e fa alcune domande; capisce che il paziente è caduto e sospetta una frattura alla gamba. Ispeziona la gamba e compie alcune manovre. Dopo la visita, il medico chiede all'aiuto-infermiere di accompagnare il paziente a fare una radiografia.

4

Il medico torna a prendere la scheda del paziente e scrive alcune note. Nel frattempo, un'infermiera chiama il medico e gli chiede di recarsi in sala di trattamento, per visitare un paziente con grave emorragia nasale. L'infermiera prende una confezione di fazzolettini di carta dall'armadio, bagna un panno e si reca dal paziente.

1

Il medico indossa dei guanti non sterili, tampona il naso e pulisce il viso e le mani del paziente con il panno. Una volta completata la procedura, il medico si disfa del panno, destinandolo alla pulizia e alla decontaminazione, smaltisce i fazzolettini usati nel cestino, rimuove i guanti e li getta via.

3,4,1

L'infermiera chiede al medico di aiutarla a mobilizzare un paziente molto pesante, sdraiato su un letto, ed, in seguito, di esaminare e suturare una ferita al braccio di un altro paziente, presente in sala.

4,2

Il medico apre il materiale sterile, preparato dall'infermiera su un carrello posto vicino al paziente e versa una soluzione antisettica su di una compressa di garza, indossa dei guanti sterili ed applica la compressa di garza sulla ferita.

Il medico esegue un'iniezione sottocutanea locale di anestetico, pulisce la cute che circonda la ferita con una compressa umida ed asciuga la cute.

Il medico sutura la ferita, torna ad applicare dell'antisettico e benda la ferita.

Il medico rimuove i guanti e li getta via.

3,4

*Il paziente va via*

3,5

Un aiuto-infermiere, che indossa dei guanti per uso domestico, si avvicina al lettino, rimuove il materiale deposto sul carrello, pulisce il carrello ed il lettino e si toglie i guanti.

## 6a. Assistenza domiciliare – aiutare un paziente non autosufficiente a fare il bagno

### Spiegazione sintetica

L'aiuto infermiere si reca, tre volte a settimana, al domicilio di un paziente in una situazione di dipendenza, per aiutarlo a fare il bagno. La visita dell'aiuto-infermiere è seguita dalla visita di un infermiera, che si reca a cambiare la benda di una ferita dovuta ad un'ulcera della gamba (si veda Assistenza domiciliare 6b).

Il paziente e l'ambiente domiciliare rappresentano la **zona paziente**. Il/i **punto/punti di assistenza** è/sono dove l'OS assiste il paziente. Sebbene l'assistenza venga fornita a domicilio, l'approccio de "I cinque momenti", viene pienamente applicato.

### Sequenza assistenziale

A. L'OS esce ed accede al domicilio del paziente, dove questi si trova ad attenderlo.

#### **L'OS esegue l'igiene delle mani (Momento 1)**

- B. Egli stringe la mano al paziente ed ha una breve conversazione con lui.
- C. L'OS prepara un asciugamano e degli indumenti ed altri oggetti necessari.
- D. L'OS indossa un grembiule impermeabile ed aiuta il paziente ad alzarsi e a recarsi nella stanza da bagno.
- E. L'OS aiuta il paziente a spogliarsi, a fare la doccia, ad asciugarsi, a vestirsi e a prepararsi.
- F. L'OS aiuta il paziente a sedersi su una sedia, posta di fronte al lavabo. Mentre il paziente si lava i denti, l'OS rimuove il grembiule e cambia le lenzuola.
- G. L'OS aiuta il paziente ad andare a letto, in attesa della visita dell'infermiera, ed accende il televisore, come di solito.
- H. L'OS dà la mano paziente.

#### **L'OS esegue l'igiene delle mani (Momento 4)**

- I. L'OS prende la sua valigetta e va via.

<b>Caratteristiche della sequenza assistenziale</b>	
Frequenza probabile della sequenza per ora	1 paziente
Durata della sequenza	Approssimativamente 30-60 minuti
Numero di opportunità per l'igiene delle mani per sequenza	2
Tipo di contatto con le mani	Cute
Uso di dispositivi di protezione individuale	No
Uso di materiale monouso	No
Uso di materiale sterile	No
Uso di materiale condiviso	No
Zona del paziente	Il paziente e l'ambiente domiciliare
<i>Punto di assistenza</i>	<i>Dove si produce il contatto col paziente</i>

**ASSISTENZA DOMICILIARE – AIUTARE UN PAZIENTE NON AUTOSUFFICIENTE A FARE IL BAGNO****Opportunità per l'igiene delle mani in base ai requisiti minimi per l'igiene delle mani**

L'OS esce ed accede al domicilio del paziente, dove questi si trova ad attenderlo.

1

Quindi stringe la mano al paziente ed ha una breve conversazione con lui.  
Il PS prepara un asciugamano e vestiti e altri oggetti necessari.

L'OS indossa un grembiule impermeabile ed aiuta il paziente ad alzarsi e a recarsi in bagno. L'OS aiuta il paziente a spogliarsi, a fare la doccia, ad asciugarsi, a vestirsi e prepararsi.  
L'OS aiuta il paziente a sedersi su una sedia posta di fronte al lavabo.

Mentre il paziente si lava i denti, l'OS rimuove il grembiule e cambia le lenzuola.

L'OS aiuta il paziente ad andare a letto in attesa della visita dell'infermiera ed accende il televisore, come di solito.  
L'OS dà la mano paziente.

4

L'OS prende la sua valigetta e se ne va.

## 6b. Assistenza domiciliare – cura e bendaggio di ferita

### Spiegazione sintetica

L'infermiera si reca, tre volte alla settimana, al domicilio di un paziente in una situazione di dipendenza, per cambiare il bendaggio di una ferita da ulcera alla gamba. Tale tipo di assistenza viene fornita dopo che un aiuto-infermiere ha aiutato il paziente a fare il bagno. L'infermiera raccoglie tutto il materiale occorrente per la medicazione (garze, antisettico, bende adesive, dispositivi di protezione individuale, PBA, ecc.) in un contenitore di plastica.

Il paziente ed il suo ambiente rappresentano la **zona paziente**.

Il/i **punto / punti di assistenza** è / sono dove vengono attuate le procedure.

Il contenitore di plastica ed il materiale di medicazione, recati dall'OS, rappresentano l'**area di assistenza sanitaria**. Anche se l'assistenza è fornita a domicilio, l'approccio de "I cinque momenti" si applica integralmente.

### Sequenza assistenziale

- A. L'infermiera parte e si dirige verso il domicilio del paziente, presso il quale questi l'aspetta.
- B. L'infermiera entra nell'abitazione e pone la sua valigetta su una sedia.

#### **L'infermiera esegue l'igiene delle mani (Momento 1)**

- C. Quindi stringe la mano del paziente, ha una breve conversazione con lui ed infine scopre la gamba del paziente.
- D. L'infermiera pulisce un tavolo, che si trova vicino al letto.

#### **L'infermiera esegue l'igiene delle mani (Momento 4)**

- E. L'infermiera estrae dalla sua valigetta un quaderno ed una scatola di plastica.

#### **L'infermiera esegue l'igiene delle mani (Momenti 1 e 2 combinati)**

- F. L'infermiera prepara le bende sterili ed il restante materiale necessario ed indossa guanti non sterili.
- G. L'infermiera elimina le bende bagnate, che fasciano la gamba, ed esamina la medicazione e la ferita.
- H. L'infermiera getta le bende sporche nel cestino, rimuove i guanti e li smaltisce.

#### **L'infermiera esegue l'igiene delle mani (Momenti 3 e 2 combinati)**

- I. Utilizzando gli strumenti adeguati, l'infermiera applica l'antisettico, ripetute volte, rimuove la fibrina con le forbici e riapplica l'antisettico. Tutti i rifiuti vengono gettati nel cestino e gli strumenti vengono inseriti nel contenitore di plastica.
- J. Utilizzando gli strumenti adeguati, l'infermiera applica una garza - trattata con una pomata - sulla ferita, e - al di sopra di questa - altre garze asciutte ed infine un bendaggio adesivo.
- K. Dopo la medicazione, l'infermiera rimuove tutto ciò che resta sul tavolo, chiude il contenitore di plastica e lo pone in un sacchetto di plastica, e quindi pulisce il tavolo con un panno.

#### **L'infermiera esegue igiene delle mani (Momenti 3 e 4 combinati)**

L. L'infermiera prende nota dello stato della ferita e del procedimento e conserva il quaderno nella sua valigetta.

**L'infermiera esegue l'igiene delle mani (Momento 1)**

M. L'infermiera aiuta il paziente a recarsi in cucina per la prima colazione, accende il televisore, stringe la mano al paziente e va via.

**L'infermiera esegue l'igiene delle mani (Momento 4).**

<b>Caratteristiche della sequenza assistenziale</b>	
Frequenza probabile della sequenza per ora	1 paziente
Durata della sequenza	60 minuti
Numero di opportunità per l'igiene delle mani per sequenza	7
Tipo di contatto con le mani	Cute intatta/cute non integra/fluidi corporei/ oggetti contaminati
Uso di dispositivi di protezione individuale	Guanti
Uso di materiale monouso	Sì
Uso di materiale sterile	Sì
Uso di materiale condiviso	No
Zona del paziente	Il paziente e l'ambiente domiciliare
<i>Punto di assistenza</i>	<i>Dove si presta l'assistenza</i>



**ASSISTENZA DOMICILIARE – CURA E BENDAGGIO DI FERITA****Opportunità per l'igiene delle mani in base ai requisiti minimi per l'igiene delle mani**

L'infermiera parte e si dirige verso il domicilio del paziente, presso il quale questi l'aspetta.  
L'infermiera entra nell'abitazione e pone la sua valigetta su una sedia.

1

Quindi stringe la mano del paziente, ha una breve conversazione con lui ed infine scopre la gamba del paziente.  
L'infermiera pulisce un tavolo, che si trova vicino al letto.

4

L'infermiera estrae dalla sua valigetta un quaderno ed una scatola di plastica.

1,2

L'infermiera prepara le bende sterili ed il restante materiale necessario ed indossa guanti non sterili.  
L'infermiera elimina le bende bagnate, che fasciano la gamba ed esamina la medicazione e la ferita.  
L'infermiera getta le bende sporche nel cestino, rimuove i guanti e li getta.

3,2

Utilizzando gli strumenti adeguati, l'infermiera applica l'antisettico, ripetute volte, rimuove la fibrina con le forbici e riapplica l'antisettico. Tutti i rifiuti vengono gettati nel cestino e gli strumenti vengono inseriti nel contenitore di plastica.  
Utilizzando gli strumenti adeguati, l'infermiera applica una garza - trattata con pomata - sulla ferita, e - al di sopra di questa - altre garze asciutte ed infine un bendaggio adesivo.  
Dopo la medicazione, l'infermiera rimuove tutto ciò che resta sul tavolo, chiude il contenitore di plastica e lo pone in un sacchetto di plastica, e quindi pulisce il tavolo con un panno.

3,4

L'infermiera prende nota dello stato della ferita e della procedura e conserva il quaderno nella sua valigetta.

1

L'infermiera aiuta il paziente a recarsi in cucina per la prima colazione, accende il televisore, stringe la mano al paziente e va via.

4

## 7. Radiografia del torace presso un centro diagnostico

### Spiegazione sintetica

Il contesto è rappresentato da un centro medico diagnostico, con un'area riservata alla macchina per i raggi X, in cui si trova il paziente, ed un'altra area ubicata dietro ad una finestra e nella quale si trovano pannelli tecnici di controllo e pulsanti di comando. Il tecnico esegue una serie di azioni organizzate in una sequenza sistematica. Nessuno spazio o attrezzatura sono destinati al singolo paziente durante la sequenza assistenziale.

La **zona paziente** corrisponde esclusivamente al paziente; il **punto di assistenza** è dove si trova il paziente.

La caratteristica di questa situazione è rappresentata dalla sequenza di contatti con il paziente e con l'**area di assistenza** (macchina e tasti di comando); in generale, i pulsanti di comando non possono essere decontaminati tra un procedimento e l'altro.

### Sequenza assistenziale in base ai requisiti minimi per l'igiene delle mani \*

A. Il paziente entra nella sala, deposita i suoi vestiti su una sedia, e si avvicina al tecnico per attuare le sue istruzioni.

#### **Il tecnico esegue l'igiene delle mani (Momento 1)**

- B. Il tecnico aiuta il paziente ad indossare il grembiule protettivo piombato e a posizionarsi correttamente di fronte alla macchina. In seguito aggiusta la macchina avvicinandola al torace del paziente.
- C. Il tecnico si posiziona dietro la finestra; è sul punto di premere il pulsante per effettuare la radiografia, quando si rende conto che la posizione del paziente non è adeguata.
- D. Il tecnico torna ad avvicinarsi al paziente e lo aiuta a posizionarsi correttamente.
- E. Il tecnico torna a mettersi dietro la finestra ed esegue la radiografia.
- F. Il tecnico torna ad avvicinarsi al paziente, ritira la macchina e la protezione piombata, e, se necessario, aiuta il paziente a vestirsi.

#### **Il tecnico esegue l'igiene delle mani (Momento 4)**

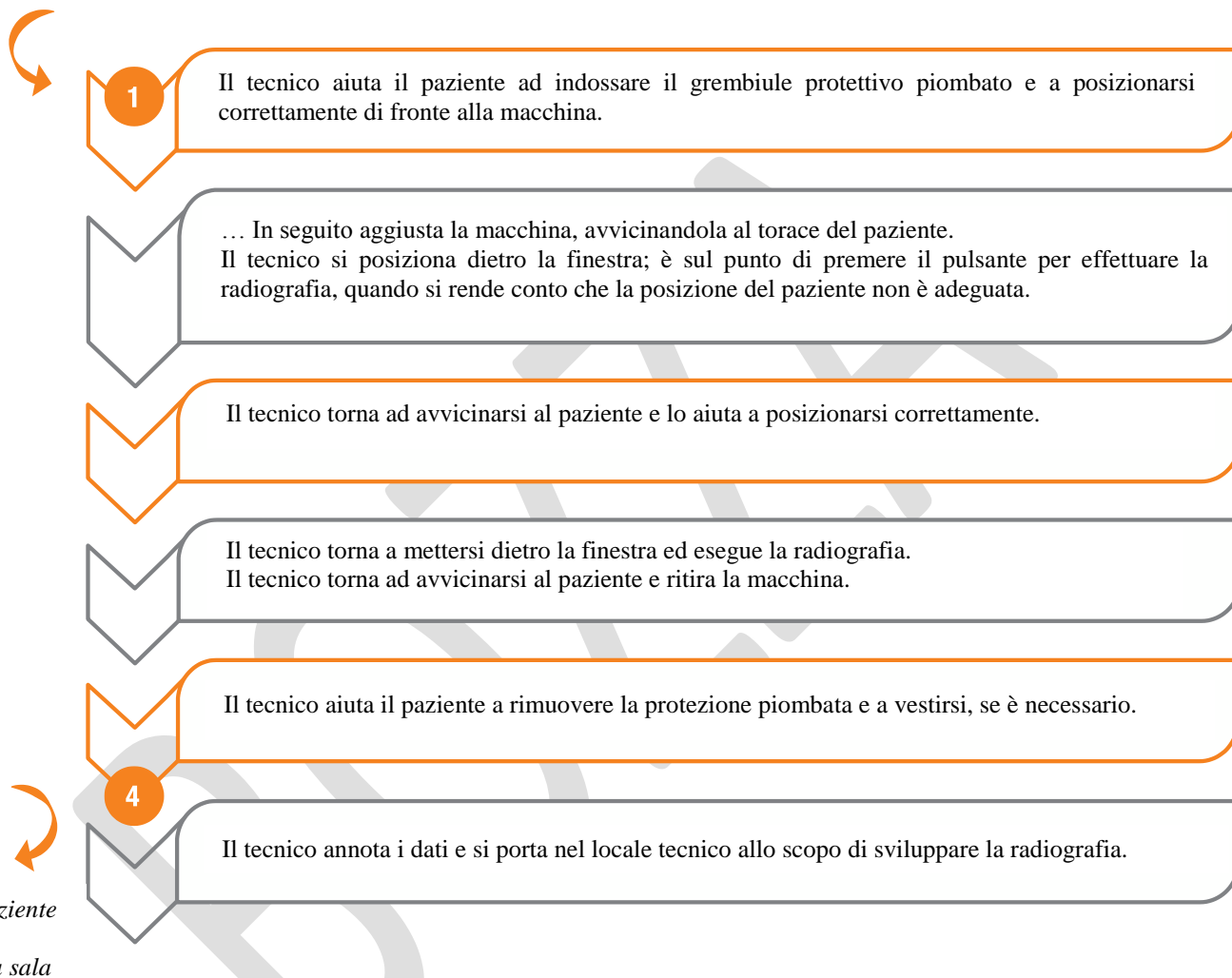
G. Il tecnico scrive i dati e si dirige nel locale tecnico allo scopo di sviluppare la radiografia.

\* Nell'**Allegato II** figura il medesimo scenario, però con la rigorosa applicazione dell'approccio de "I cinque momenti".

## RADIOGRAFIA DEL TORACE PRESSO UN CENTRO DIAGNOSTICO

### Opportunità per l'igiene delle mani in base ai **requisiti minimi** per l'igiene delle mani

*Il paziente entra nella sala, deposita i suoi vestiti su una sedia, e si avvicina al tecnico per attuare le sue istruzioni.*



### Commento

In questo esempio non sono inclusi i contatti sociali, come la stretta di mano tra paziente e l'OS, all'inizio e alla fine della seduta. Questo gesto può variare a seconda della cultura e dei costumi. Tale tipo di contatto, quando si verifica, può aumentare il rischio di trasmissione e rappresentare un'ulteriore opportunità per l'igiene delle mani.

## 8a. Emodialisi presso un centro specialistico ambulatoriale – all'inizio della seduta di dialisi

### Spiegazione sintetica

Il contesto è rappresentato da un centro di emodialisi ambulatoriale, in cui cinque pazienti condividono una stanza. Ogni paziente occupa un letto o una poltrona. Nell'area riservata al paziente è compreso anche un comodino contenente materiale sanitario ed un vano per gli effetti personali, la macchina per la dialisi, con un sacchetto per i rifiuti fissato alla stessa, uno sfigmomanometro ed uno stetoscopio.

I pazienti si susseguono ad intervalli di circa quindici minuti. Un'infermiera si occupa dei cinque pazienti presenti nella sala.

La **zona paziente** corrisponde al paziente e all'ambiente a questi immediatamente contiguo, compreso il letto o la poltrona, il comodino, la macchina per la dialisi ed altri strumenti medici destinati al paziente.

Tutte le superfici e le attrezzature mediche devono essere pulite e decontaminate, dopo il loro uso, al termine della seduta di dialisi, prestando particolare attenzione alla macchina di dialisi, con le relative superfici esterne ed il pannello dei comandi.

In questo ambiente - considerato l'elevato rischio di infezione per il paziente, così come l'elevato rischio di trasmissione ad altri pazienti ed agli Operatori Sanitari, conseguenti alle ripetute procedure invasive e alla manipolazione di sangue - è estremamente importante soddisfare i requisiti per un'igiene ottimale delle mani, pur in presenza di un'alta frequenza di opportunità per l'igiene delle mani.

Alcuni dispositivi di protezione individuale (camici, maschere ed occhiali di protezione) possono essere utilizzati per più di un paziente (allorquando si presta assistenza a pazienti differenti), purché non siano stati contaminati da parte di fluidi corporei.

### Sequenza assistenziale

A. Il paziente arriva, deposita i propri effetti personali nel comodino, e va a lavarsi il braccio e a pesarsi. Il paziente ritorna e si sdraia sul letto o si siede sulla poltrona. L'infermiera arriva con la macchina pronta per l'uso, indossa un camice, una maschera e gli occhiali di protezione.

#### **L'infermiera esegue l'igiene delle mani (Momento 1)**

- B. L'infermiera misura i parametri vitali e la temperatura del paziente, gli chiede il peso, controlla il fremito della fistola, lo aiuta a connettersi alla macchina e gli pone una protezione sotto al braccio.
- C. L'infermiera annota i dati nella scheda del paziente e deposita la medesima sopra la macchina di dialisi.
- D. L'infermiera programma la macchina.

#### **L'infermiera esegue l'igiene delle mani (Momento 2)**

- E. L'infermiera apre il set di somministrazione per iniezione sul comodino, prepara un antisettico, prepara l'ago e alcune provette per prelievo di sangue, se esse sono necessarie, quindi riempie le siringhe e prepara delle compresse.

#### **L'infermiera esegue l'igiene delle mani (Momento 2)**

- F. L'infermiera indossa guanti sterili ed applica l'antisettico sul punto di iniezione (sito della fistola artero-venosa) utilizzando gli strumenti appropriati.
- G. L'infermiera inserisce il primo ago, lo irriga e lo fissa alla porta di accesso, collega il circuito di dialisi, e ripete la procedura con il secondo ago.
- H. L'infermiera regola l'uscita della macchina.
- I. L'infermiera ritira il set di iniezione e rimuove i guanti e li getta nel cestino per i rifiuti.

### L'infermiera esegue l'igiene delle mani (Momento 3)

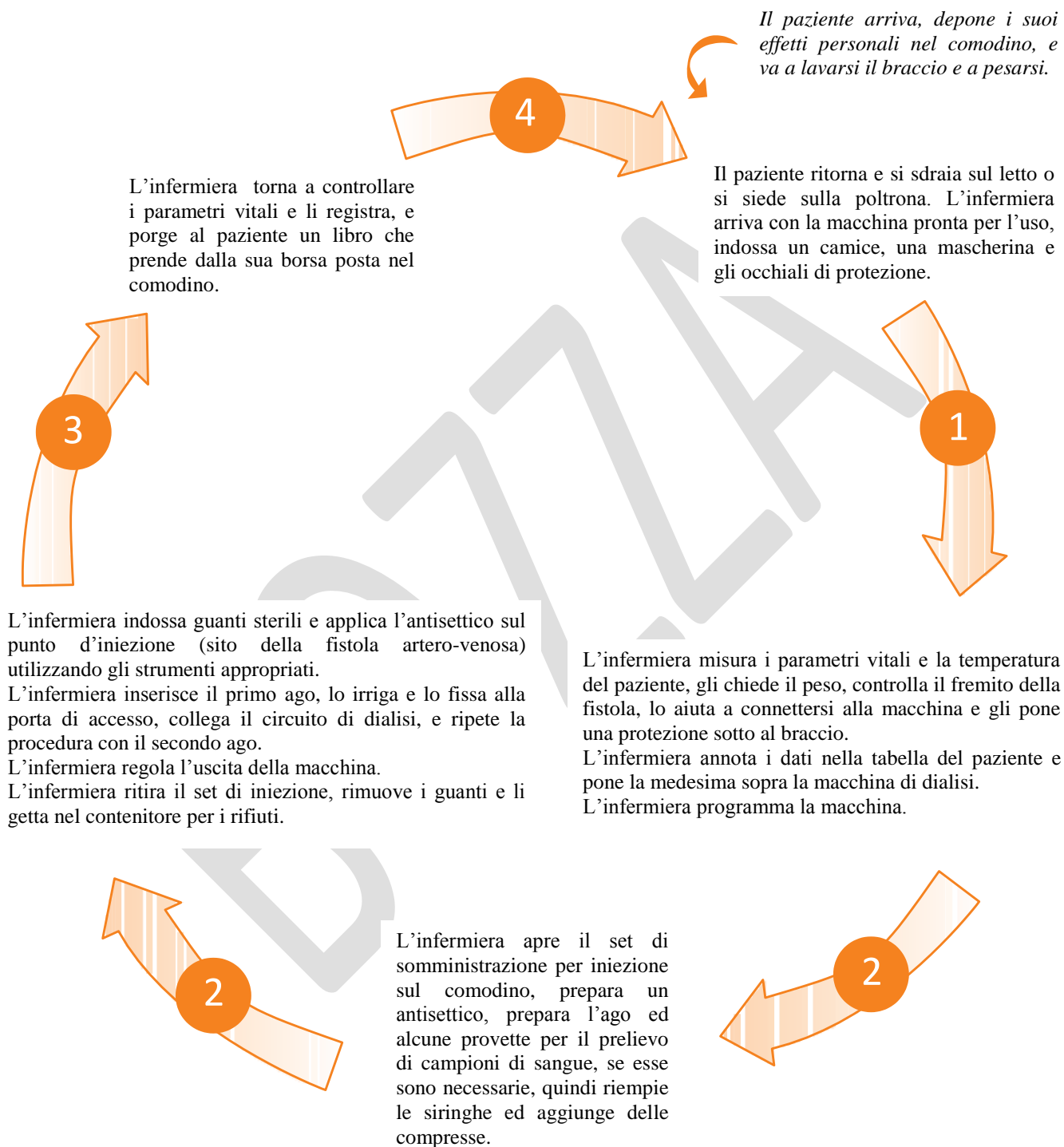
- J. L'infermiera torna a controllare i parametri vitali e li annota, e quindi porge al paziente un libro che prende dalla borsa di questi, posta nel comodino.

### L'infermiera esegue l'igiene delle mani (Momento 4)

Caratteristiche della sequenza assistenziale	
Frequenza probabile della sequenza per ora	3 pazienti
Durata della sequenza	Approssimativamente 20 minuti
Numero di opportunità per l'igiene delle mani per sequenza	5
Tipo di contatto con le mani	Cute intatta/cute non integra/fluidi corporei/materiale sanitario
Uso di dispositivi di protezione individuale	Camice, mascherina, occhiali protettivi e guanti
Uso di materiale monouso	Sì
Uso di materiale sterile	Sì
Uso di materiale condiviso	No
Zona del paziente	Il paziente, la poltrona, il comodino, la macchina per la dialisi
<i>Punto di assistenza</i>	<i>Dove il paziente si siede o si sdraia per essere dializzato</i>

## EMODIALISI PRESSO UN CENTRO SPECIALISTICO AMBULATORIALE – ALL'INIZIO DELLA SEDUTA DI DIALISI

### Opportunità per l'igiene delle mani secondo "I cinque momenti per l'igiene delle mani"



#### Commento

In questo esempio non è incluso il contatto sociale, come la stretta di mano tra paziente e il medico, all'inizio e alla fine della visita. Questo gesto può variare a seconda della cultura e dei costumi. Tale tipo di contatto, quando si verifica, può aumentare il rischio di trasmissione e rappresentare un'ulteriore opportunità per l'igiene delle mani.



**8b. Emodialisi presso un centro specialistico ambulatoriale – durante la seduta di dialisi**Spiegazione sintetica

Vedere la spiegazione punto 8 a.

Sequenza assistenziale

A. Dopo aver assistito un altro paziente o esser stata nell'**area di assistenza sanitaria**, l'infermiera torna ad occuparsi del paziente, ogni 30-60 minuti in media.

**L'infermiera esegue l'igiene delle mani (Momenti 4 e 1 combinati)**

B. L'infermiera misura i parametri vitali e la temperatura, verifica che la macchina funzioni correttamente ed effettua le regolazioni necessarie.

C. In qualche occasione, il paziente chiede all'infermiera di fargli un massaggio per alleviare i crampi e di aiutarlo a connettersi alla macchina.

**L'infermiera esegue l'igiene delle mani (Momenti 4 e 1 combinati)**

D. L'infermiera va a prendersi cura di un altro paziente, per le stesse finalità.

**L'infermiera esegue l'igiene delle mani (Momenti 4 e 1 combinati)**

Caratteristiche della sequenza assistenziale	
Frequenza probabile della sequenza per ora	5-10 pazienti
Durata della sequenza	5 minuti
Numero di opportunità per l'igiene delle mani per sequenza	2
Tipo di contatto con le mani	Cute
Uso di dispositivi di protezione individuale	No
Uso di materiale monouso	No
Uso di materiale sterile	No
Uso di materiale condiviso	No
Zona del paziente	Il paziente, la poltrona, il comodino, la macchina per la dialisi
Punto di assistenza	<i>Dove il paziente si siede o si sdraia per essere dializzato</i>

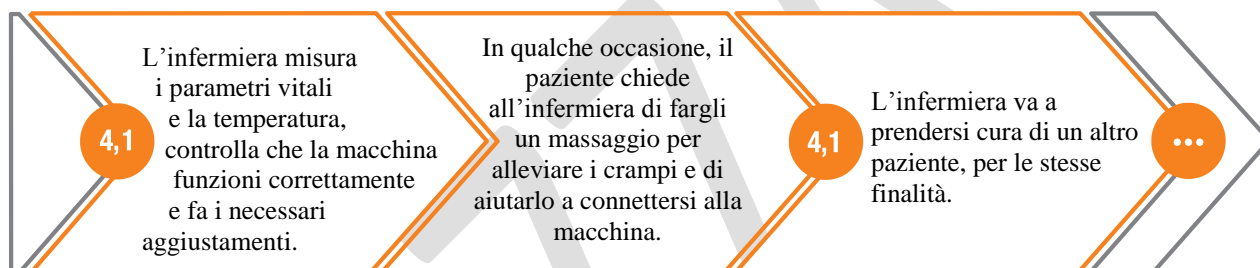


L'efficacia dell'igiene delle mani dipende dal grado di contaminazione ambientale. Quando i dispositivi medici e le attrezzature condivisi non vengono puliti e decontaminati, dopo esser stati usati per ciascun paziente, non si può pretendere che l'igiene delle mani riesca a compensare l'inosservanza delle descritte procedure di carattere generale.

## EMODIALISI PRESSO UN CENTRO SPECIALISTICO AMBULATORIALE – DURANTE LA SEDUTA DI DIALISI

### ● Opportunità per l'igiene delle mani secondo "I cinque momenti per l'igiene delle mani"

*Dopo aver assistito un altro paziente o esser stata nell'area di assistenza, l'infermiera torna ad occuparsi del paziente, ogni 30-60 minuti in media.*



## 8c. Emodialisi presso un centro specialistico ambulatoriale – dopo la disconnessione del paziente, alla fine della seduta di dialisi

### Spiegazione sintetica

Vedere la spiegazione del punto 8 bis.

### Sequenza assistenziale

A. L'infermiera torna ad occuparsi del paziente; indossa camice, maschera ed occhiali di protezione.

#### **L'infermiera esegue l'igiene delle mani (Momento 1)**

- B. L'infermiera misura i parametri vitali e la temperatura, e regola la macchina per la dialisi in modo che restituisca il sangue.
- C. Registra i dati nella scheda del paziente e pone la scheda sulla macchina per la dialisi.
- D. L'infermiera aiuta il paziente a posizionarsi per la disconnessione al termine della seduta.
- E. L'infermiera apre la confezione contenente le compresse per l'emostasi.

#### **L'infermiera esegue l'igiene delle mani (Momento 2)**

- F. L'infermiera indossa dei guanti non sterili.
- G. L'infermiera rimuove gli aghi, li getta nel contenitore per rifiuti pungenti e scarta il resto del materiale nell'apposito contenitore, mentre il paziente tiene premuto per assicurare l'emostasi.
- H. L'infermiera rimuove i guanti e li getta nel cestino.
- I. L'infermiera lascia il paziente per occuparsi di un altro paziente o per dirigersi verso altro settore sanitario.

#### **L'infermiera esegue l'igiene delle mani (Momenti 3, 4 e 1)**

- J. Una volta ottenuta l'emostasi (dopo circa 20 minuti), l'infermiera torna a prendersi cura del paziente.

#### **L'infermiera esegue l'igiene delle mani (Momento 1)**

- K. L'infermiera torna a misurare i parametri vitali del paziente, gli chiede il peso e registra i dati.

#### **L'infermiera esegue l'igiene delle mani (Momento 4)**

- L. Il paziente va via.

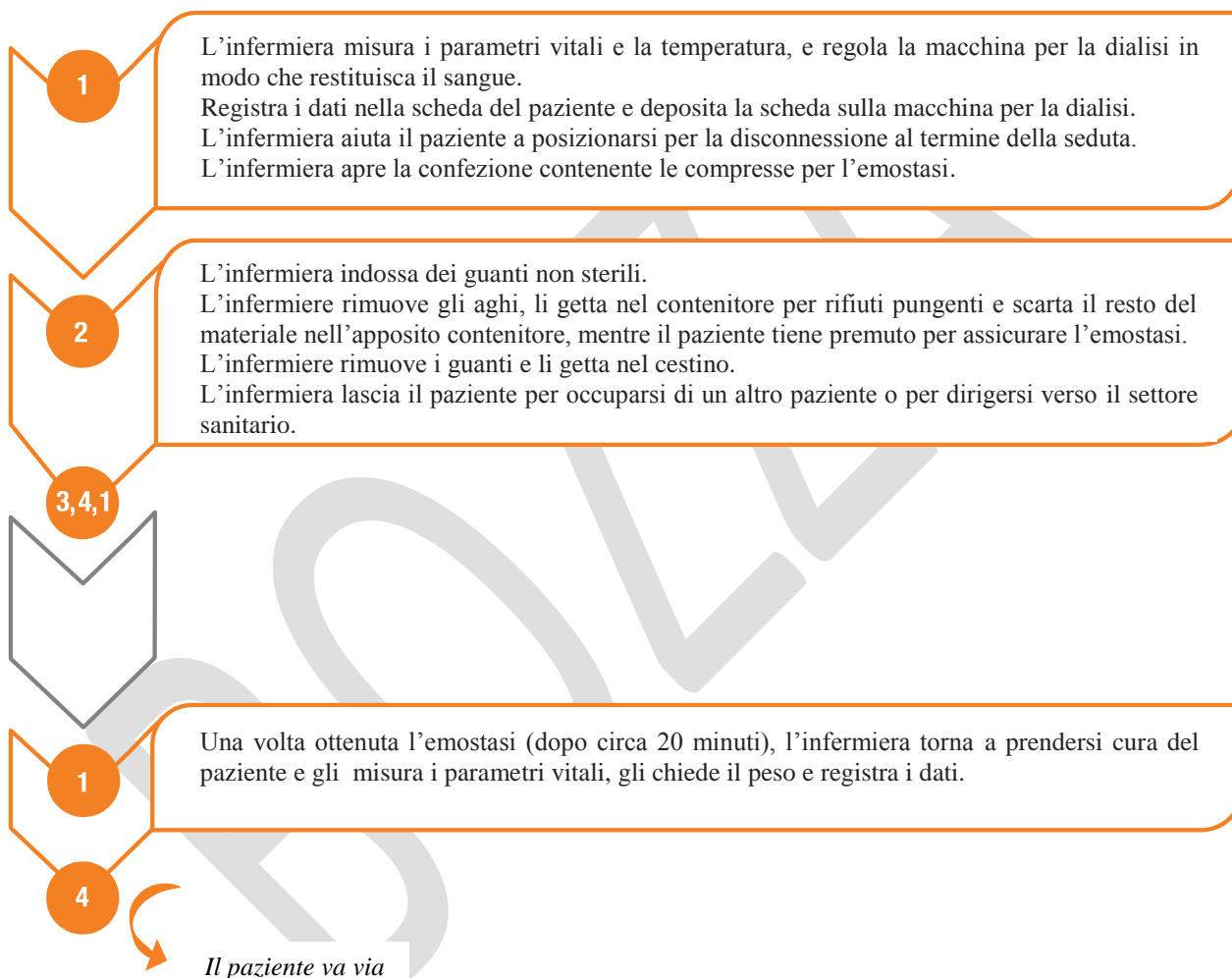


L'efficacia dell'igiene delle mani dipende dal grado di contaminazione ambientale. Quando i dispositivi medici e le attrezzature condivisi non vengono puliti e decontaminati, dopo esser stati usati per ciascun paziente, non si può pretendere che l'igiene delle mani riesca a compensare l'inosservanza delle descritte procedure di carattere generale.

## EMODIALISI PRESSO UN CENTRO SPECIALISTICO AMBULATORIALE – DOPO LA DISCONNESSIONE DEL PAZIENTE, ALLA FINE DELLA SEDUTA DI DIALISI

### Opportunità per l'igiene delle mani secondo "I cinque momenti per l'igiene delle mani"

... *L'infermiera torna ad occuparsi del paziente: indossa camice, mascherina ed occhiali di protezione.*



**8d. Emodialisi presso un centro specialistico ambulatoriale – dopo che il paziente è andato via**Spiegazione sintetica

Vedere la spiegazione del punto 8 a.

Sequenza assistenziale

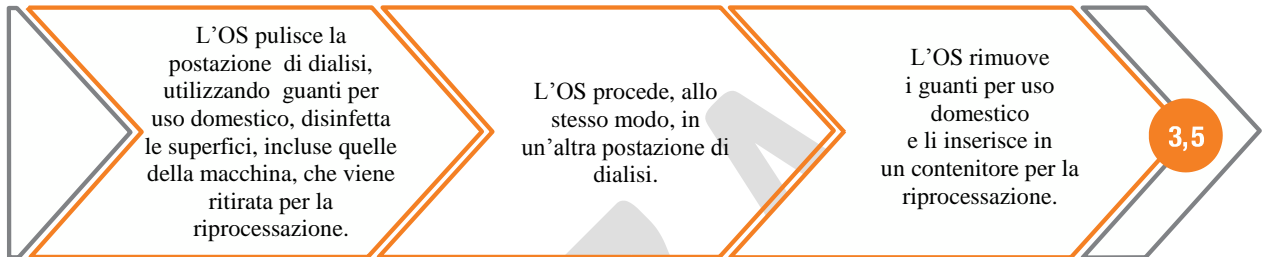
- A. L'Operatore Sanitario pulisce la postazione di dialisi, utilizzando guanti per uso domestico; quindi disinfetta le superfici, comprese quelle della macchina, che viene rimossa per la sua riprocessazione.
- B. L'Operatore Sanitario procede allo stesso modo, in corrispondenza di un'altra postazione di dialisi.
- C. Al termine, l'Operatore Sanitario rimuove i guanti ad uso domestico e li getta in un contenitore per riprocessazione.

**L'Operatore Sanitario esegue l'igiene delle mani (Momenti 3 e 5 combinati)**

<b>Caratteristiche della sequenza assistenziale</b>	
Frequenza probabile della sequenza per ora	4 pazienti
Durata della sequenza	15 minuti
Numero di opportunità per l'igiene delle mani per sequenza	1
Tipo di contatto con le mani	Oggetti dell'ambiente / oggetti insanguinati
Uso di dispositivi di protezione individuale	Guanti per uso domestico
Uso di materiale monouso	No
Uso di materiale sterile	No
Uso di materiale condiviso	No
Zona del paziente	La poltrona, il comodino, la macchina per la dialisi
<i>Punto di assistenza</i>	<i>No</i>

## EMODIALISI PRESSO UN CENTRO SPECIALISTICO AMBULATORIALE – DOPO CHE IL PAZIENTE È ANDATO VIA

### Opportunità per l'igiene delle mani secondo "I cinque momenti per l'igiene delle mani"





## 9. Assistenza al parto

### Spiegazione sintetica

L'assistenza viene fornita in una sala travaglio/sala parto, in cui sono presenti diversi letti, separati da tende divisorie.

Un'ostetrica può assistere fino a quattro partorienti, nello stesso arco di tempo. Ad ogni donna viene riservato un letto da parto. C'è un comodino per gli effetti personali ed il materiale sanitario ed un contenitore per i rifiuti, posto accanto al comodino. Nella stanza, è presente un armadio, che contiene materiale sanitario di vario tipo, come biancheria da letto, garze, dispositivi di protezione individuale, dispositivi medici sterili, soluzione antisettica, etc.

L'eco-doppler, l'ossimetro e lo sfigmomanometro possono essere condivisi, in funzione delle diverse esigenze.

La **zona paziente** corrisponde alla donna, al letto da parto sul quale è sdraiata ed al comodino.

In seguito al parto, il neonato diviene parte della **zona paziente**.

Il **punto di assistenza** equivale alla sede in cui avvengono le visite mediche ed il parto. Una volta, che la donna si sdraia sul letto da visita/letto da parto, è necessario applicare una rigorosa igiene delle mani, secondo i principi del modello de "I cinque momenti".

Il concetto di **zona paziente** si applica sempre in questo settore, indipendentemente dal luogo del parto (centro di cure primarie o di cure ospedaliere).

Ciò implica, che la **zona paziente** venga decontaminata dopo ogni parto.

Sia durante che dopo il parto, la **zona paziente** comprende sia madre che il neonato.

Dato l'elevato rischio di infezione puerperale e di trasmissione microbica al bambino, ad altri pazienti e agli Operatori Sanitari, a causa della reiterazione di procedure invasive e della presenza di grandi quantità di fluidi corporei, è estremamente importante soddisfare i requisiti di igiene delle mani, nonostante l'alta frequenza delle opportunità della medesima.

### 9a. Durante il travaglio

#### Sequenza assistenziale

A. L'ostetrica si avvicina alla donna, chiude le tende, parla brevemente con lei e le chiede informazioni.

**L'ostetrica esegue l'igiene delle mani (Momento 1)**

B. L'ostetrica palpa l'addome e misura il polso e la frequenza respiratoria.

**L'ostetrica esegue l'igiene delle mani (Momento 4)**

C. L'ostetrica apre le tende, esce dalla **zona paziente**, quindi ritorna con uno sfigmomanometro.

**L'ostetrica esegue l'igiene delle mani (Momento 1)**

- D. L'ostetrica misura la pressione del sangue e quindi ascolta la frequenza cardiaca fetale mediante uno stetoscopio.
- E. L'ostetrica versa dell'antisettico in un recipiente ed apre una confezione di garze.

**L'ostetrica esegue l'igiene delle mani (Momento 2)**

- F. L'ostetrica indossa dei guanti non sterili (perlomeno un guanto).
- G. L'ostetrica applica dell'antisettico ed esegue un'esplorazione vaginale.
- H. L'ostetrica asciuga il liquido amniotico con un telo (con la mano guantata, nel caso, che indossi un solo guanto).
- I. Rimuove i guanti e li getta nel contenitore per i rifiuti.

**L'ostetrica esegue l'igiene delle mani (Momenti 3 e 4 combinati)**

- J. L'ostetrica registra i dati e va via.

<b>Caratteristiche della sequenza assistenziale</b>	
Frequenza probabile della sequenza per ora	4-6 pazienti
Durata della sequenza	10-15 minuti
Tipo di contatto con le mani	Cute/ mucose/ fluidi corporei
Uso di dispositivi di protezione individuale	Guanti
Uso di materiale monouso	Sì
Uso di materiale sterile	Sì
Uso di materiale condiviso	Sì
Zona del paziente	La paziente, il letto da parto, il comodino e il suo contenuto
<i>Punto di assistenza</i>	<i>Dove sta sdraiata la paziente</i>



L'efficacia dell'igiene delle mani dipende dal grado di contaminazione ambientale.<sup>5,54</sup> Quando i dispositivi medici e le attrezzature condivisi non vengono puliti e decontaminati, dopo esser stati usati per ciascun paziente, non si può pretendere che l'igiene delle mani riesca a compensare l'inosservanza delle descritte procedure di carattere generale.

**ASSISTENZA AL PARTO – DURANTE IL TRAVAGLIO****Opportunità per l'igiene delle mani secondo "I cinque momenti per l'igiene delle mani"**

L'ostetrica si avvicina alla donna, chiude le tende, parla brevemente con lei e le chiede delle informazioni.

**1**

L'ostetrica palpa l'addome e misura il polso e la frequenza respiratoria.

**4**

L'ostetrica apre le tende, esce dalla **zona paziente** e vi ritorna con uno sfigmomanometro.

**1**

L'ostetrica misura la pressione del sangue e rileva la frequenza cardiaca fetale, con uno stetoscopio fetale.  
L'ostetrica versa dell'antisettico in un recipiente ed apre una confezione di garze.

**2**

L'ostetrica indossa dei guanti non sterili (perlomeno uno).  
L'ostetrica applica l'antisettico ed esegue un'esplorazione vaginale.  
L'ostetrica asciuga il liquido amniotico con un telo (con la mano guantata, nel caso, che indossi un solo guanto).  
Rimuove i guanti e li getta nel contenitore per i rifiuti.

**3,4**

L'ostetrica registra i dati e va via.

## 9b. Al momento del parto

### Sequenza assistenziale

A. L'ostetrica prepara il materiale necessario per la madre ed il bambino (asciugamani, compresse di garza, forbici, pinze, fasce di garza, ecc.) ed indossa il camice, la mascherina e gli occhiali di protezione.

#### **L'ostetrica esegue l'igiene delle mani (Momento 1)**

B. L'ostetrica misura i parametri vitali della madre ed ascolta la frequenza cardiaca del feto con uno stetoscopio fetale.  
C. L'ostetrica versa dell'antisettico in un recipiente ed apre una confezione di compresse.

#### **L'ostetrica esegue l'igiene delle mani (Momento 2)**

D. L'ostetrica indossa i guanti sterili.  
E. L'ostetrica applica dell'antisettico attorno alla zona vaginale.  
F. L'ostetrica fa nascere il bambino.  
G. L'ostetrica osserva il bambino e - dopo aver pinzato e tagliato il cordone ombelicale - lo avvolge in un asciugamano e lo dà alla madre.  
H. L'ostetrica aiuta la madre ad espellere la placenta, esercitando una pressione sull'addome ed esamina la placenta.  
I. L'ostetrica rimuove i guanti e li elimina nel contenitore per i rifiuti.

#### **L'ostetrica esegue l'igiene delle mani (Momento 3)**

J. L'ostetrica controlla i parametri vitali e l'addome della madre.  
K. L'ostetrica esamina il bambino ed assiste la madre e il bambino, durante il primo episodio di allattamento al seno.

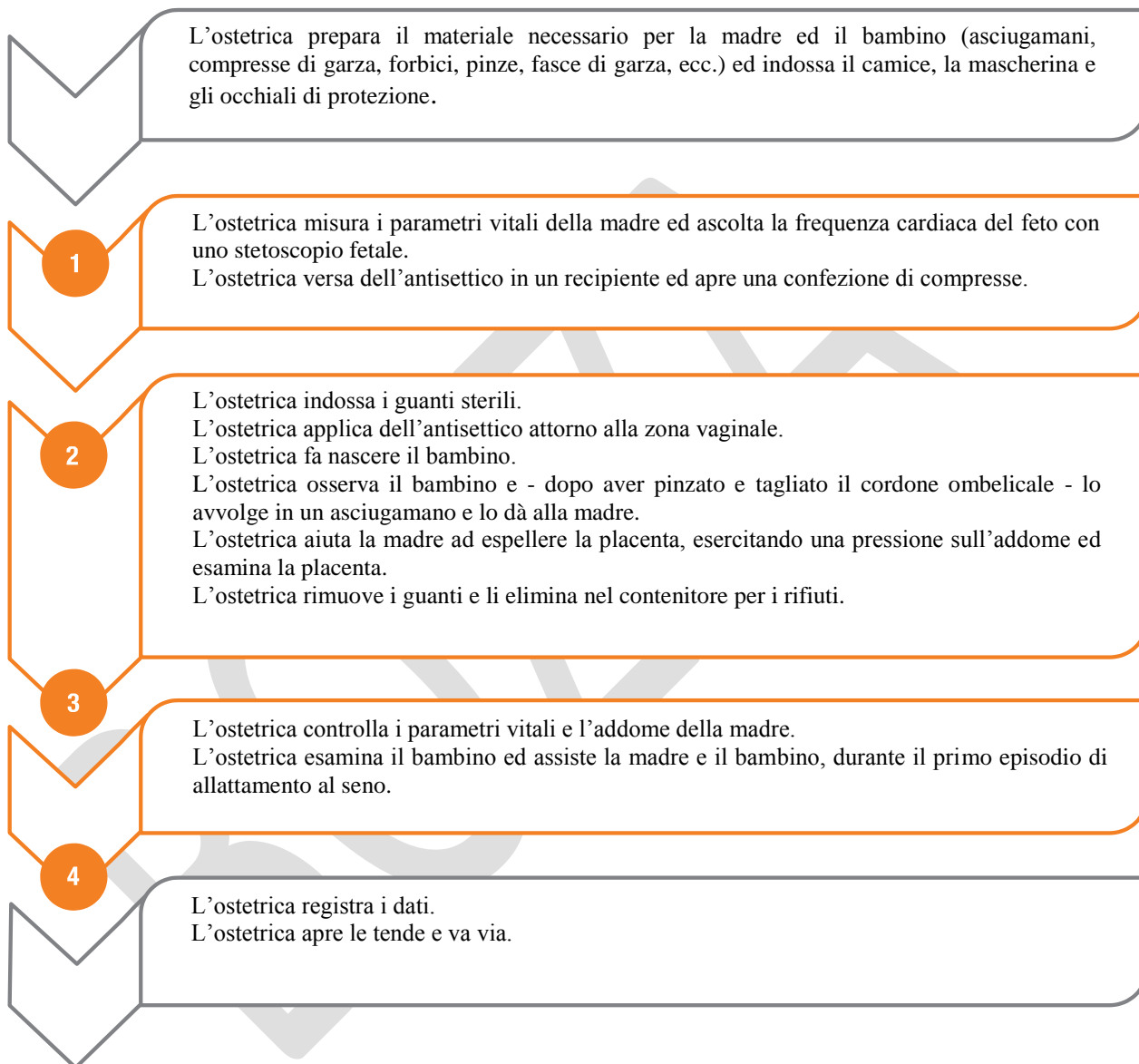
#### **L'ostetrica esegue l'igiene delle mani (Momento 4)**

L. L'ostetrica registra i dati.  
M. L'ostetrica apre le tende e va via.

<b>Caratteristiche della sequenza assistenziale</b>	
Frequenza probabile della sequenza per ora	1-2 pazienti
Durata della sequenza	30-60 minuti
Numero di opportunità per l'igiene delle mani per sequenza	4
Tipo di contatto con le mani	Cute/ mucose/ fluidi corporei
Uso di dispositivi di protezione individuale	Camice, mascherina, occhiali protettivi, guanti
Uso di materiale monouso	Sì
Uso di materiale sterile	Sì
Uso di materiale condiviso	Sì
Zona del paziente	La paziente, il letto da parto, il comodino e il suo contenuto
<i>Punto di assistenza</i>	<i>Dove sta sdraiata la paziente</i>

## ASSISTENZA AL PARTO – AL MOMENTO DEL PARTO

### Opportunità per l'igiene delle mani secondo "I cinque momenti per l'igiene delle mani"



### 9c. Dopo che la madre e il bambino hanno lasciato la zona parto

#### Sequenza delle attività

- A. Un OS, che indossa guanti per uso domestico, entra portando con se dei prodotti per la pulizia.
- B. L'OS seleziona i vari oggetti ed i vari rifiuti e li deposita in un apposito contenitore, per trasportarli fino alla zona di decontaminazione o fino al lavandino per la loro pulizia.
- C. L'OS pulisce il tavolo da parto e le altre superfici (ad esempio: il comodino), compreso il pavimento.
- D. L'OS scarta ed elimina i prodotti per la pulizia, tra cui i guanti per uso domestico, secondo le procedure locali.

**L'OS esegue l'igiene delle mani (Momenti 3-5 combinati).**

<b>Caratteristiche della sequenza assistenziale</b>	
Frequenza probabile della sequenza per ora	1 paziente
Durata della sequenza	Approssimativamente 10 minuti
Numero di opportunità per l'igiene delle mani per sequenza	1
Tipo di contatto con le mani	Fluidi corporei/ superfici contaminate
Uso di dispositivi di protezione individuale	Guanti
Uso di materiale monouso	Sì
Uso di materiale sterile	No
Uso di materiale condiviso	Sì
Zona del paziente	<i>Il tavolo da parto, il comodino e il suo contenuto</i>



## 10. Assistenza odontoiatrica presso uno studio dentistico

### Spiegazione sintetica

L'ambiente è costituito da una sala di uno studio dentistico, in cui sono presenti tre poltrone, corredate di strumentario, macchinario e materiale corrispondenti. Tale contesto è caratterizzato da un'elevata frequenza di contatti con *siti critici*. Tutte le attrezzature mediche devono essere decontaminate, per ogni paziente, ed ogni elemento, che entra a contatto con i denti e le mucose, deve essere sottoposto ad una *disinfezione ad alto livello* o a *sterilizzazione*.<sup>54</sup> Sono presenti grandi armadi, contenenti i diversi materiali, utilizzati per le cure odontoiatriche. C'è anche uno schermo, per la visualizzazione delle radiografie.

### Sequenza assistenziale

- A. Il paziente entra in ambulatorio e si siede sulla poltrona odontoiatrica.
- B. Il dentista, che indossa una maschera e degli occhiali di protezione, si avvicina alla poltrona, saluta verbalmente il paziente, aggiusta la propria sedia ed accende la lampada della poltrona odontoiatrica.

### **Il dentista esegue l'igiene delle mani (Momenti 1 e 2 combinati)**

- C. Il dentista indossa dei guanti non sterili ed esamina i denti del paziente con un piccolo specchio, prelevato da un vassoio, preparato dall'assistente, assieme ad altri oggetti e materiali e prodotti necessari per le cure odontoiatriche.
- D. Il dentista somministra un'iniezione di anestetico locale, rimuove i guanti e li getta nel contenitore per i rifiuti.

### **Il dentista esegue l'igiene delle mani (Momenti 3 e 4 combinati)**

- E. In attesa, che l'anestetico faccia effetto, prende la radiografia del paziente dal tavolo di lavoro e si avvicina allo schermo per visionarla.
- F. Torna ad avvicinarsi al paziente.

### **Il dentista esegue l'igiene delle mani (Momenti 1 e 2 combinati)**

- G. Indossa i guanti ed inizia l'intervento.
- H. Alla fine dell'intervento, il dentista rimuove dal vassoio alcuni materiali, toglie i guanti e li getta nel contenitore per i rifiuti.

### **Il dentista esegue l'igiene delle mani (Momenti 3, 4 ed 1 combinati)**

- I. Il dentista si congeda dal paziente e si reca da un altro paziente.
- J. Un assistente dentale, dopo aver indossato i guanti, rimuove i materiali e i rifiuti, pulisce la poltrona, l'ambiente circostante e le attrezzature. Quindi, l'assistente rimuove i guanti e li elimina.

### **L'assistente dentale esegue l'igiene delle mani (Momenti 3 e 5 combinati)**

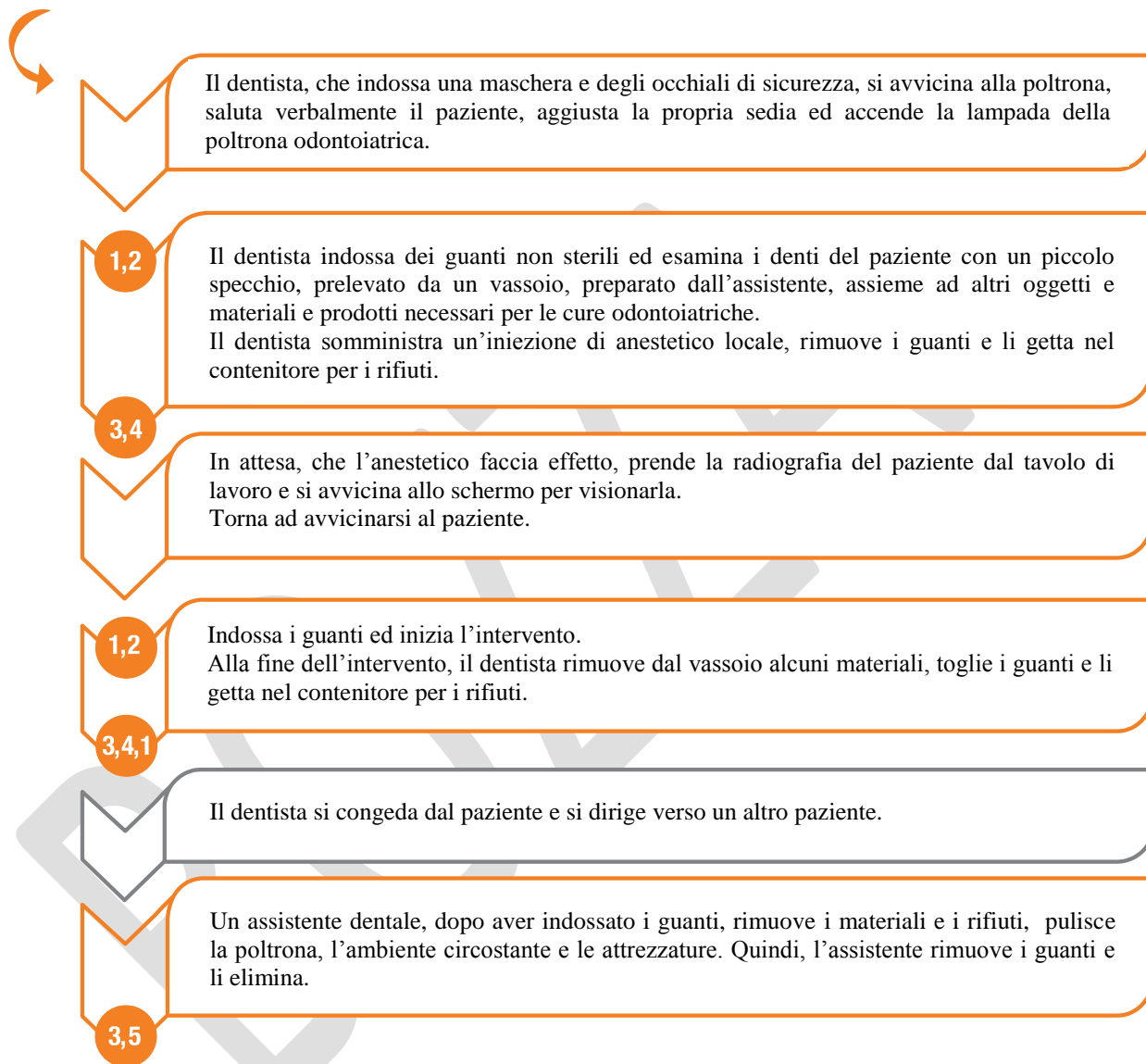
<b>Caratteristiche della sequenza assistenziale</b>	
Frequenza probabile della sequenza per ora	1-2 pazienti
Durata della sequenza	30-60 minuti
Numero di opportunità per l'igiene delle mani per sequenza	5 (4 per il dentista e 1 per l'assistente dentale)
Tipo di contatto con le mani	Materiale sanitario/ fluidi corporei/ potenzialmente la cute
Uso di dispositivi di protezione individuale	Guanti, maschera, occhiali di protezione
Uso di materiale monouso	Sì
Uso di materiale sterile	Sì
Uso di materiale condiviso	Sì
Zona del paziente	Il paziente, la poltrona odontoiatrica e il supporto tecnico
<i>Punto di assistenza</i>	<i>Dove vengono prestate le cure odontoiatriche</i>



L'efficacia dell'igiene delle mani dipende dal grado di contaminazione ambientale.<sup>5,54</sup> Quando i dispositivi medici e le attrezzature condivisi non vengono puliti e decontaminati, dopo esser stati usati per ciascun paziente, non si può pretendere che l'igiene delle mani riesca a compensare l'inosservanza delle descritte procedure di carattere generale.

**ASSISTENZA ODONTOIATRICA PRESSO UNO STUDIO DENTISTICO****Opportunità per l'igiene delle mani in base ai requisiti minimi per l'igiene delle mani**

*Il paziente entra in ambulatorio e si siede sulla poltrona odontoiatrica.*

**Commento**

In questo esempio, non sono inclusi i contatti sociali, quali la stretta di mano tra il dentista e il paziente. Questo tipo di gesto può variare a seconda della cultura e dei costumi. Tali contatti, quando si verificano, possono aumentare il rischio di trasmissione e costituire un'ulteriore opportunità per l'igiene delle mani. L'igiene delle mani deve esser presa in considerazione, prima e dopo di ciascun evento, in cui il dentista stabilisce un contatto sociale con il paziente, come nel caso di una stretta di mano.

## 11. Controllo dei parametri vitali e clinici di un residente, costretto a letto in un centro socio sanitario

### Spiegazione sintetica

Il contesto è rappresentato dalla stanza di un residente in un Centro Socio Sanitario. In questo caso, il residente si trova in una posizione di dipendenza fisica ed è costretto a letto. Il monitoraggio della pressione sanguigna e degli altri parametri vitali, quali la glicemia, vengono eseguiti di frequente presso i Centri Socio Sanitari.

L'OS entra nella stanza del residente, recando con se un carrello, contenente uno sfigmomanometro ed un fonendoscopio in dotazione al reparto, un contenitore per rifiuti taglienti ed un vassoio con il materiale necessario per l'esame della glicemia, un quaderno ed una penna.

Il residente e l'ambiente della stanza rappresentano la **zona paziente**. Il/i **punto/i di assistenza** è / sono dove gli operatori sanitari entrano in contatto con i residenti, per scopi di assistenza medica e di assistenza infermieristica.

### Sequenza assistenziale

A. L'OS entra nella stanza del residente e saluta il residente verbalmente.

#### **L'OS esegue l'igiene delle mani (Momento 1)**

- B. Egli spiega al residente, che lo scopo della visita è quello di misurare la sua pressione sanguigna e la sua glicemia.
- C. L'OS scopre il braccio del residente e misura la pressione sanguigna.
- D. L'OS aiuta il residente a sedere in una posizione confortevole.
- E. L'OS applica dell'antisettico sul dito del residente, con un piccolo tampone di garza e quindi lo elimina.

#### **L'OS esegue l'igiene delle mani (Momento 2)**

- F. L'OS indossa i guanti.
- G. L'OS prende un campione di sangue dal dito, utilizzando un dispositivo per la puntura del polpastrello
- H. L'OS elimina il dispositivo per la puntura del polpastrello nel contenitore per lo smaltimento dei rifiuti pungenti.
- I. L'OS applica il sangue sulla striscia reattiva.
- J. L'OS pone una garza sul punto di iniezione ed esercita una pressione, per breve tempo, fino a quando il sanguinamento si arresta.
- K. L'OS rimuove i guanti e li elimina

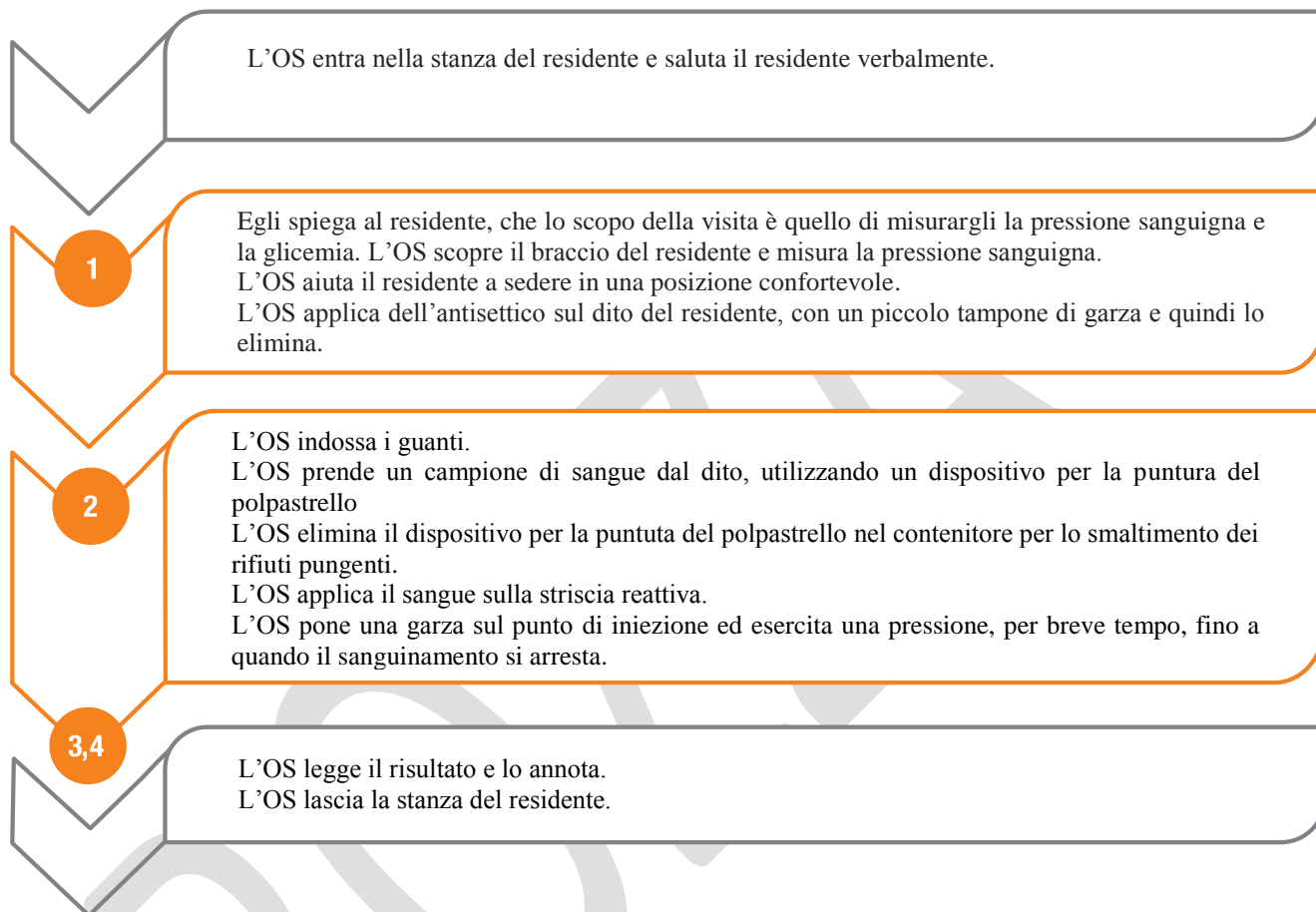
#### **L'OS esegue l'igiene delle mani (Momenti 3 e 4 combinati)**

- L. L'OS legge il risultato e lo registra.
- M. L'OS lascia la stanza del residente.

Caratteristiche della sequenza assistenziale	
Frequenza probabile della sequenza per ora	4-6 pazienti
Durata della sequenza	Approssimativamente 10-15 minuti
Numero di opportunità per l'igiene delle mani per sequenza	3
Tipo di contatto con le mani	Cute / fluidi corporei
Uso di dispositivi di protezione individuale	Guanti
Uso di materiale monouso	Sì
Uso di materiale sterile	Sì
Uso di materiale condiviso	Sì
Zona del paziente	Il paziente e l'ambiente della stanza del residente
<i>Punto di assistenza</i>	<i>Dove si producono i contatti con il residente</i>



L'efficacia dell'igiene delle mani dipende dal grado di contaminazione ambientale.<sup>5,54</sup> Quando i dispositivi medici e le attrezzature condivisi non vengono puliti e decontaminati, dopo esser stati usati per ciascun paziente, non si può pretendere che l'igiene delle mani riesca a compensare l'inosservanza delle descritte procedure di carattere generale.

**CONTROLLO DEI PARAMETRI VITALI E CLINICI DI UN RESIDENTE, COSTRETTO A LETTO IN UN CENTRO SOCIOSANITARIO****Opportunità per l'igiene delle mani in base ai requisiti minimi per l'igiene delle mani****Commento**

In questo esempio non è incluso il contatto sociale, quale la stretta di mano tra il residente e l'OS. Questo gesto può variare a seconda della cultura e dei costumi. Tale tipo di contatto, quando si verifica, può aumentare il rischio di trasmissione e rappresentare un'ulteriore opportunità per l'igiene delle mani.

## 12. Cambio del pannolino ad un residente, costretto a letto in un centro socio sanitario

### Spiegazione sintetica

Il contesto è rappresentato dalla stanza di un residente di un CSS (geriatrico), che soffre di incontinenza fecale. L'assistenza di residenti con incontinenza, in un CSS, equivale ad una delle azioni a rischio di contaminazione, attraverso le mani, che vengono eseguite più frequentemente.

Il residente e l'ambiente della stanza equivalgono alla **zona paziente**.

Il/i **punto / punti di assistenza** è /sono dove l'OS tocca il residente e l'ambiente circostante.

### Sequenza assistenziale

A. L'OS entra nella stanza e saluta il residente verbalmente.

#### **L'OS esegue l'igiene delle mani (Momento 1)**

B. Egli spiega al residente, che intende cambiare il suo pannolino.

C. L'OS prende il materiale necessario dall'armadio ed indossa i guanti monouso.

D. Egli prende la biancheria da letto, per coprire il residente, raccoglie e piega il pannolino usato e lo getta nel contenitore per i rifiuti.

E. L'OS pulisce il residente, servendosi di una tovaglia di carta e di schiuma detergente, prima di fargli indossare un pannolino pulito.

F. Getta nel contenitore dei rifiuti la tovaglia di carta utilizzata, rimuove i guanti e li getta nel contenitore per i rifiuti.

#### **L'OS esegue l'igiene delle mani (Momento 3)**

G. L'OS colloca il residente a letto, in una posizione confortevole, e lo copre con le coperte.

#### **L'OS esegue l'igiene delle mani (Momento 4)**

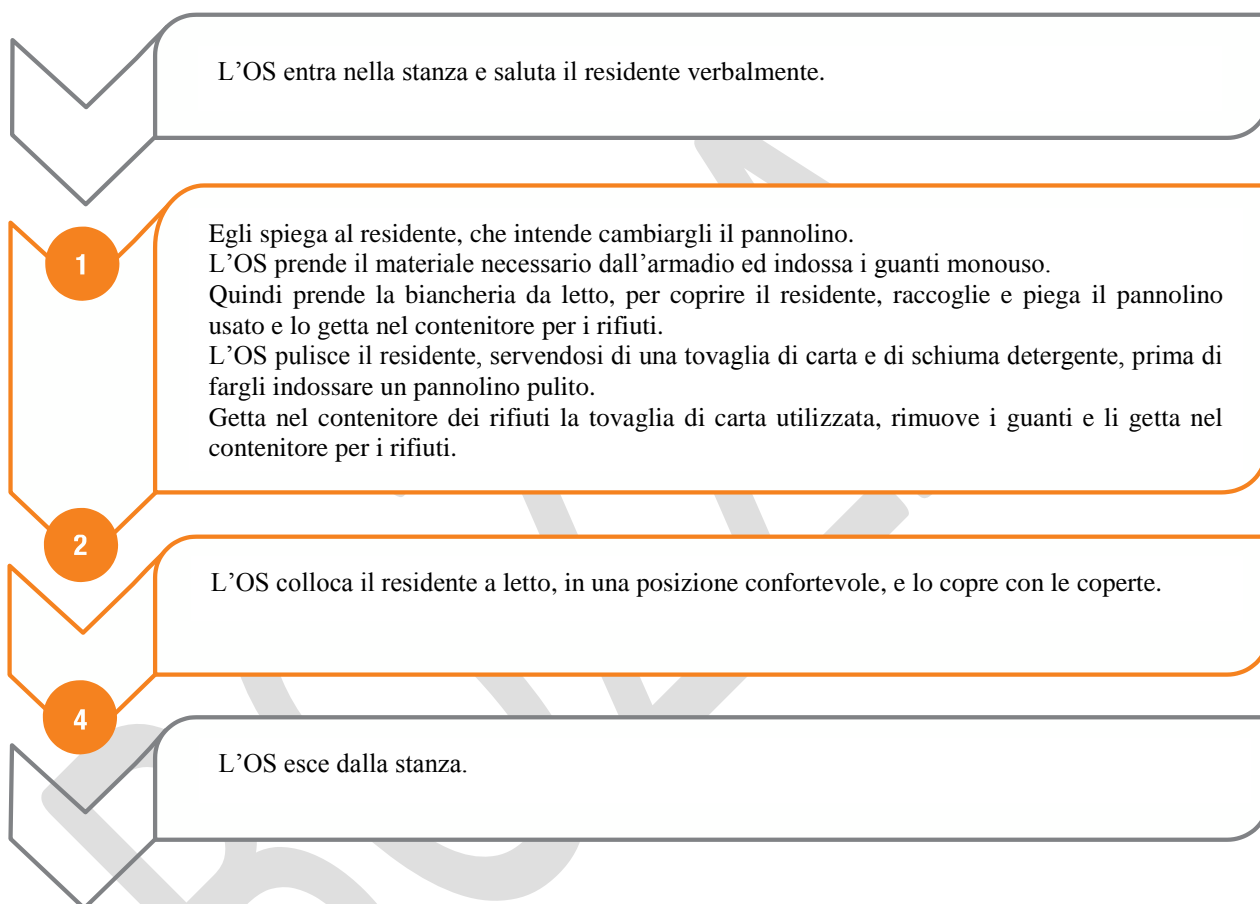
H. L'OS esce dalla stanza.

<b>Caratteristiche della sequenza assistenziale</b>	
Frequenza probabile della sequenza per ora	6 pazienti
Durata della sequenza	Approssimativamente 10 minuti
Numero di opportunità per l'igiene delle mani per sequenza	3
Tipo di contatto con le mani	Fluidi corporei/ cute / contatto con oggetti contaminati
Uso di dispositivi di protezione individuale	Guanti
Uso di materiale monouso	Sì
Uso di materiale sterile	No
Uso di materiale condiviso	No
Zona del paziente	Il residente, la stanza del residente ed il suo contenuto
Punto di assistenza	Dove è sdraiato il paziente



## CAMBIO DEL PANNOLINO AD UN RESIDENTE, COSTRETTO A LETTO IN UN CENTRO SOCIO SANITARIO

Opportunità per l'igiene delle mani in base ai **requisiti minimi** per l'igiene delle mani



### Commento

In questo esempio non è incluso il contatto sociale, quale la stretta di mano tra il residente e l'OS. Questo gesto può variare a seconda della cultura e dei costumi. Tale tipo di contatto, quando si verifica, può aumentare il rischio di trasmissione e rappresentare un'ulteriore opportunità per l'igiene delle mani.

### 13. Fisioterapia ed esercizi di mobilità per un'anziana residente in un centro geriatrico

#### Spiegazione sintetica

Il contesto è rappresentato da un centro geriatrico, in cui molti residenti possiedono una mobilità ridotta, correlata a diversi gradi di dipendenza, e necessitano di assistenza e di fisioterapia per mantenere il livello di esercizio, necessario alla deambulazione. La residente e l'ambiente della sua stanza o il letto della residente ed i suoi immediati dintorni (nel caso di stanze condivise) rappresentano la **zona paziente**.

L'ambiente del centro geriatrico, posto all'esterno della **zona paziente**, rappresenta l'**area di assistenza sanitaria**.

Il **punto di assistenza** è dove l'OS entra a contatto con i residenti.

#### Sequenza assistenziale

A. L'aiuto-infermiere entra nella stanza della residente, che è seduta su di una poltrona e la saluta verbalmente.

#### **L'aiuto-infermiere esegue l'igiene delle mani (Momento 1)**

B. L'aiuto-infermiere aiuta la residente ad alzarsi e ad appoggiarsi al carrello deambulatore e l'accompagna in una stanza riservata agli esercizi e alla fisioterapia.

C. L'aiuto-infermiere lascia la residente in compagnia del fisioterapista.

**L'aiuto-infermiere esegue l'igiene delle mani (Momento 4)** e si dedica ad altri compiti.

**Il fisioterapista esegue l'igiene delle mani (Momento 1)** prima di iniziare gli esercizi.

D. Il fisioterapista aiuta la residente ad eseguire esercizi di mobilità.

E. Una volta completati gli esercizi, l'aiuto-infermiere torna nella stanza.

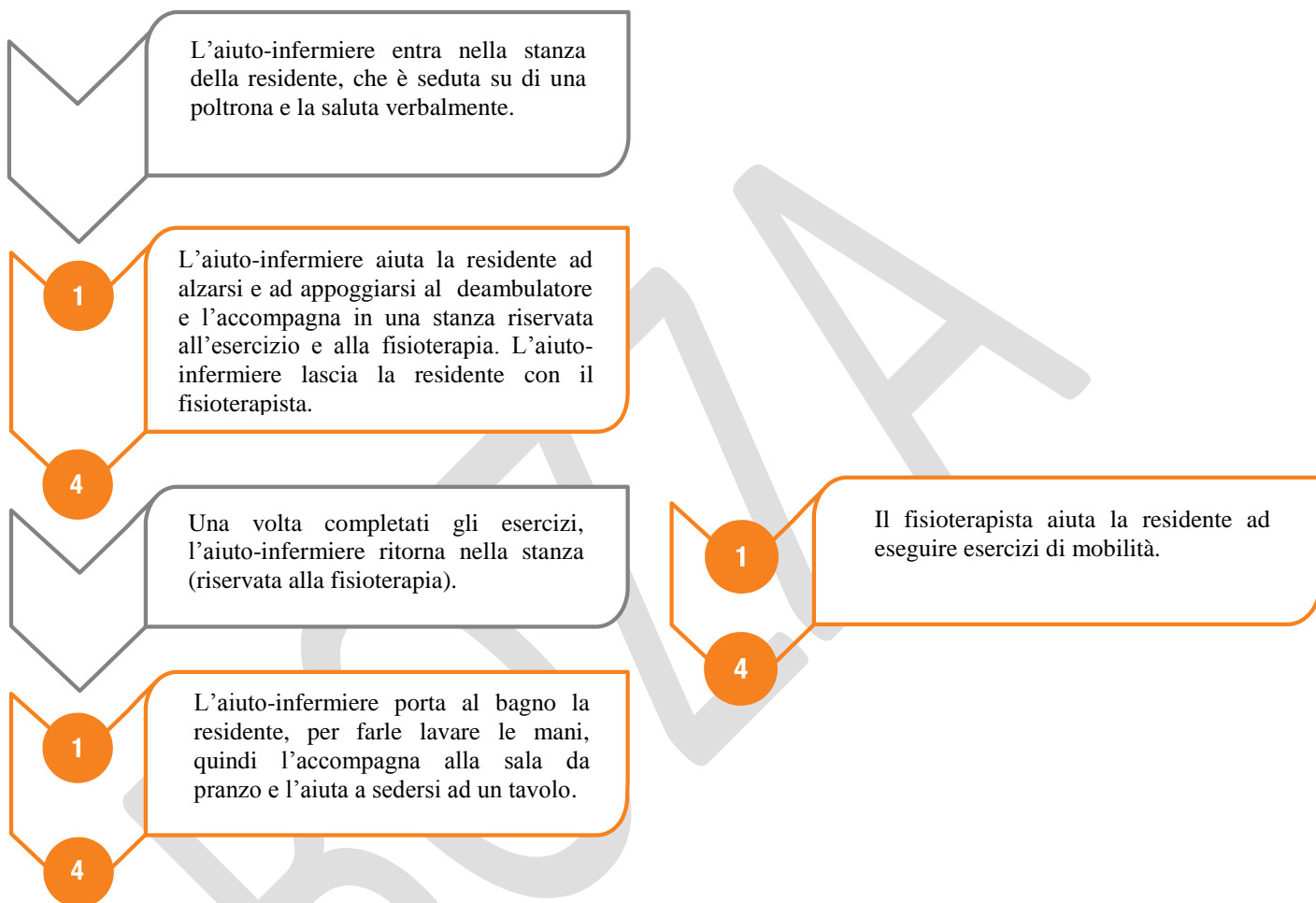
**Sia il fisioterapista (Momento 4) che l'aiuto-infermiere (Momento 1) eseguono l'igiene delle mani**

F. L'aiuto-infermiere porta al bagno la residente, per farle lavare le mani, quindi l'accompagna alla sala da pranzo e l'aiuta a sedersi ad un tavolo.

**L'aiuto-infermiere esegue l'igiene delle mani (Momento 4)**

G. L'aiuto-infermiere versa del tè in una tazza, serve la residente e va via.

Caratteristiche della sequenza assistenziale	
Frequenza probabile della sequenza per ora	2 pazienti
Durata della sequenza	Approssimativamente 30-40 minuti
Numero di opportunità per l'igiene delle mani per sequenza	6 (4 per l'aiuto-infermiere e 2 per il fisioterapista)
Tipo di contatto con le mani	Cute
Uso di dispositivi di protezione individuale	No
Uso di materiale monouso	No
Uso di materiale sterile	No
Uso di materiale condiviso	No
Zona del paziente	La residente, e l'ambiente della sua stanza
Punto di assistenza	Dove si verificano i contatti con la paziente

**FISIOTERAPIA ED ESERCIZI DI MOBILITÀ PER UN'ANZIANA RESIDENTE  
IN UN CENTRO GERIATRICO****Opportunità per l'igiene delle mani secondo "I cinque momenti per l'igiene delle mani"**

## **RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI**

1. WHO guidelines on hand hygiene in health care. Geneva: World Health Organization, 2009. ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf); accessed 19 February 2012)
2. Sax H et al. 'My five moments for hand hygiene': a user-centred design approach to understand, train, monitor and report hand hygiene. *Journal of Hospital Infection*, 2007, 67:9-21.
3. Hand hygiene technical reference manual. Geneva: World Health Organization, 2009. ([http://www.who.int/gpsc/5may/tools/training\\_education/en/index.html](http://www.who.int/gpsc/5may/tools/training_education/en/index.html); accessed 19 February 2012)
4. Guide to implementation of the WHO multimodal hand hygiene improvement strategy. Geneva: World Health Organization, 2009. ([http://www.who.int/gpsc/5may/tools/training\\_education/en/index.html](http://www.who.int/gpsc/5may/tools/training_education/en/index.html); accessed 19 February 2012)
5. Centers for Disease Control and Prevention. Guideline to infection prevention in outpatient settings: minimum expectations for safe care. Atlanta (GA), USA, 2011. (<http://www.cdc.gov/HAI/settings/outpatient/outpatient-settings.html>; accessed 19 February 2012)
6. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. ([http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf); accessed 19 February 2012)
7. Nafziger DA et al. Infection control in ambulatory care. *Infectious Disease Clinics of North America*, 1997, 11:279-296.
8. Goodman RA, Solomon SL. Transmission of infectious diseases in outpatient health care settings. *Journal of the American Medical Association*, 1991, 265: 2377-2381.
9. Herwaldt LA, Smith SD, Carter CD. Infection control in the outpatient setting. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 1998, 19: 41-74.
10. Aranaz-Andres JM et al. A study of the prevalence of adverse events in primary healthcare in Spain. *European Journal of Public Health*, 2011 [E-pub November 29, 2011] doi:10.1093/eurpub/ckr168.
11. Strausbaugh LJ. Emerging health care-associated infections in the geriatric population. *Emerging Infectious Diseases*, 2001, 7:268-271.
12. Schulz M, Mielke M, Wischnewski N. Clusters of infectious diseases in German nursing homes: observations from a prospective infection surveillance study, October 2008 to August 2009. *Euro Surveillance*, 2011, 16:pii 19881.
13. Gavazzi G, Krause KH. Ageing and infection. *Lancet Infectious Diseases*, 2002, 2:659-666.
14. Birgand G et al. Investigation of a large outbreak of *Clostridium difficile* PCR-ribotype 027 infections in northern France, 2006-2007 and associated clusters in 2008-2009. *Euro Surveillance*, 2010, 24;15(25).
15. Lautenbach E et al. Epidemiology of antimicrobial resistance among gram-negative organisms recovered from patients in a multistate network of long-term care facilities. *Infection Control Hospital Epidemiology*, 2009, 30:790-3.
16. Carbapenem-resistant *Klebsiella pneumoniae* associated with a long-term-care facility – West Virginia, 2009-2011. *MMWR Morbidity Mortality Weekly Report*, 2011, 60:1418-20.
17. Barr B et al. Prevalence of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* colonization among older residents of care homes in the United Kingdom. *Infection Control Hospital Epidemiology*, 2007, 28:853-9.
18. Manzur A et al. Prevalence of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and factors associated with colonization among residents in community long-termcare facilities in Spain. *Clinical Microbiology and Infection*, 2008;14:867-72.
19. Yoshikawa TT. Antimicrobial resistance and aging: beginning of the end of the antibiotic era? *Journal of the American Geriatric Society*, 2002, 50(Suppl.):S226-229.
20. Pittet D, Allegranzi B, Sax H, Dharan S, Pessoa-Silva CL, Donaldson L, et al. Evidence-based model for hand transmission during patient care and the role of improved practices. *Lancet Infect Diseases*. 2006 Oct;6(10):641-52.
21. Cohen HA et al. Handwashing patterns in two dermatology clinics. *Dermatology*, 2002, 205: 358-361.
22. Cohen HA et al. Handwashing patterns in primary pediatric community clinics. *Infection*, 1998, 26:45-47.
23. Girier P, Le Goaziou MF. [Are multiresistant microorganisms present in GP'S offices?] *Medecine et Maladies Infectieuses*, 2005, 35(Suppl. 2):S69-S71.
24. Lam RF et al. Extent and predictors of microbial hand contamination in a tertiary care ophthalmic outpatient practice. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 2005, 46:3578-3583.

25. Alfurayh O et al. Hand contamination with hepatitis C virus in staff looking after hepatitis C-positive hemodialysis patients. *American Journal of Nephrology*, 2000, 20: 103-106.
26. Grabsch EA et al. Risk of environmental and healthcare worker contamination with vancomycin-resistant enterococci during outpatient procedures and hemodialysis. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2006, 27: 287-293.
27. Zuckerman JB et al. Bacterial contamination of cystic fibrosis clinics. *Journal of Cystic Fibrosis*, 2009, 8:186-192.
28. Cano MV et al. Candidemia in pediatric outpatients receiving home total parenteral nutrition. *Medical Mycology*, 2005, 43:219-225.
29. Karcher H et al. Nosocomial transmission of tuberculous otitis media in an ear, nose and throat outpatient unit: a clinical and hygienical investigation. *Journal of Infection*, 2010, 61:96-99.
30. Johnston CP et al. Epidemiology of community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* skin infections among healthcare workers in an outpatient clinic. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2006, 27:1133-1136.
31. Gordin FM et al. A cluster of hemodialysis-related bacteremia linked to artificial fingernails. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2007, 28:743-744.
32. Cretnik TZ et al. Prevalence and nosocomial spread of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* in a long-term-care facility in Slovenia. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2005, 26:184-190.
33. Larson E et al. Lack of care giver hand contamination with endemic bacterial pathogens in a nursing home. *American Journal of Infection Control*, 1992, 20:11-15.
34. Loeb MB et al. Risk factors for resistance to antimicrobial agents among nursing home residents. *American Journal of Epidemiology*, 2003, 157:40-47.
35. Centers for Disease Control and Prevention. Infection prevention checklist for outpatient settings: minimum expectations for safe care. Atlanta (GA), USA, 2011. (<http://www.cdc.gov/hai/settings/outpatient/checklist/outpatient-care-checklist.html>; accessed 19 February 2012)
36. Arenas MD et al. A multicentric survey of the practice of hand hygiene in haemodialysis units: factors affecting compliance. *Nephrology, Dialysis, Transplantation*, 2005, 20:1164-1171.
37. Whyte BS et al. Hand-washing frequency and factors that influence it in a family practice clinic. *Journal of the American Board of Family Practice*, 1997, 10:229-231.
38. Martin-Madrado C et al. [Evaluation of hand hygiene compliance in a primary health care area of Madrid]. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 2011, 29:32-35.
39. Myers R et al. Hand hygiene among general practice dentists: a survey of knowledge, attitudes and practices. *Journal of the American Dental Association*, 2008, 139:948-957.
40. Michiels B et al. GPs can improve their hand washing habits. *British Medical Journal*, 2000, 320:869-870.
41. Schaefer M et al. Infection control assessment of ambulatory surgical centers. *Journal of the American Medical Association*, 2010, 303:2273-2279.
42. Eveillard M et al. Rates of adherence to hand hygiene and gloving practices in 2 French rehabilitation hospitals by differentiation between single contacts and series of successive contacts with patients or the environment. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2010, 31:878-879.
43. Girou E et al. Association between hand hygiene compliance and methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* prevalence in a French rehabilitation hospital. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2006, 27:1128-1130.
44. Vernon MO et al. Adherence with hand hygiene: does number of sinks matter? *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2003, 24:224-225.
45. Pan A et al. Adherence to hand hygiene in an Italian long-term care facility. *American Journal of Infection Control*, 2008, 36:495-497.
46. Smith A, Carusone SC, Loeb M. Hand hygiene practices of health care workers in long-term care facilities. *American Journal of Infection Control*, 2008, 36:492-494.
47. Thompson BL et al. Handwashing and glove use in a long-term-care facility. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 1997, 18:97-103.
48. Yeung WK, Tam WS, Wong TW. Clustered randomized controlled trial of a hand hygiene intervention involving pocket-sized containers of alcohol-based hand rub for the control of infections in long-term care facilities. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2011, 32:67-76.
49. Huang TT, Wu SC. Evaluation of a training programme on knowledge and compliance of nurse assistants' hand hygiene in nursing homes. *Journal of Hospital Infection*, 2008, 68:164-170.



50. Fendler EJ et al. The impact of alcohol hand sanitizer use on infection rates in an extended care facility. *American Journal of Infection Control*, 2002, 30:226-233.
51. David MZ, Daum RS. Community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: epidemiology and clinical consequences of an emerging epidemic. *Clinical Microbiology Reviews*, 2010, 23:616-87.
52. Oteo J, Perez-Vazquez M, Campos J. Extended-spectrum [beta]-lactamase producing *Escherichia coli*: changing epidemiology and clinical impact. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 2010, 23:320-326.
53. Sehulster L, Chinn RY. Guidelines for environmental infection control in health-care facilities. Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). *Morbidity and Mortality Weekly Report – Recommendations and Reports*, 2003, 52(RR-10):1-42.
54. Rutala WA, Weber D, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). CDC guideline for disinfection and sterilization in healthcare facilities, 2008. ([http://www.cdc.gov/hicpac/Disinfection\\_Sterilization/1\\_sumIntroMethTerms.html](http://www.cdc.gov/hicpac/Disinfection_Sterilization/1_sumIntroMethTerms.html); accessed 19 February 2012)
55. Glove use information leaflet (revised August 2009). Geneva: World Health Organization, 2009. ([http://www.who.int/gpsc/5may/tools/training\\_education/en/index.html](http://www.who.int/gpsc/5may/tools/training_education/en/index.html); accessed 19 February 2012)
56. Allegranzi B, Pittet D. The role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention. *Journal of Hospital Infection*, 2009, 73:305-315.
57. Boyce JM, Pittet D. Guideline for hand hygiene in health-care settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. Society for Healthcare Epidemiology of America/ Association for Professionals in Infection Control/Infectious Diseases Society of America. *Morbidity and Mortality Weekly Report – Recommendations and Reports*, 2002, 51(RR-16):1-45. (<http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5116.pdf>; accessed 19 February 2012)
58. Alcohol-based handrub planning and costing tool (revised March 2010). Geneva: World Health Organization, 2010. ([http://www.who.int/gpsc/5may/tools/system\\_change/en/](http://www.who.int/gpsc/5may/tools/system_change/en/); accessed 19 February 2012)
59. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care (advanced draft). Geneva: World Health Organization, 2006. ([http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/ghhad\\_download\\_link/en/](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/ghhad_download_link/en/); accessed 19 February 2012)
60. Guide to local production: WHO-recommended handrub formulations (revised April 2010). Geneva: World Health Organization, 2010. ([http://www.who.int/gpsc/5may/tools/system\\_change/en/](http://www.who.int/gpsc/5may/tools/system_change/en/); accessed 19 February 2012)
61. Medecins Sans Frontieres. Public health engineering in precarious situations (draft). Paris, France, 2010. ([ftp://support.geneva.msf.org/permanent/LOG/LogToolBox/toolbox\\_v4/contenu/1tech%20fam/watsan/guideline/public\\_health\\_tech\\_draft2010\\_UK/printable-version.pdf](ftp://support.geneva.msf.org/permanent/LOG/LogToolBox/toolbox_v4/contenu/1tech%20fam/watsan/guideline/public_health_tech_draft2010_UK/printable-version.pdf); accessed 19 February 2012)
62. Mathai E et al. Educating healthcare workers to optimal hand hygiene practices: addressing the need. *Infection*, 2010, 38:349-356.
63. Multi-professional patient safety curriculum guide. Geneva: World Health Organization, 2011. (<http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/en/>; accessed 19 February 2012)
64. How to handwash. Geneva: World Health Organization, 2009. (<http://www.who.int/gpsc/5may/background/5moments/en/>; accessed 19 February 2012)
65. How to handrub. Geneva: World Health Organization, 2009. (<http://www.who.int/gpsc/5may/background/5moments/en/>; accessed 19 February 2012)
66. Hand hygiene training films. Geneva: World Health Organization, 2011. ([http://www.who.int/gpsc/media/training\\_film/en/](http://www.who.int/gpsc/media/training_film/en/); accessed 19 February 2012)
67. Longtin Y, Sax H, Allegranzi B, Schneider F, Pittet D. Videos in clinical medicine. Hand hygiene. *New England Journal of Medicine*, 2011, 364:e24.
68. Sax H et al. The World Health Organization hand hygiene observation method. *American Journal of Infection Control*, 2009, 37:827-834.
69. Swoboda SM et al. Electronic monitoring and voice prompts improve hand hygiene and decrease nosocomial infections in an intermediate care unit. *Critical Care Medicine*, 2004, 32:358-363.
70. Swoboda SM et al. Isolation status and voice prompts improve hand hygiene. *American Journal of Infection Control*, 2007, 35:470-476.
71. Venkatesh AK et al. Use of electronic alerts to enhance hand hygiene compliance and decrease transmission of vancomycin-resistant *Enterococcus* in a hematology unit. *American Journal of Infection Control*, 2008, 36:199-205.

72. Kinsella G, Thomas AN, Taylor RJ. Electronic surveillance of wall-mounted soap and alcohol gel dispensers in an intensive care unit. *Journal of Hospital Infection*, 2007, 66:34-39.
73. Boscart VM et al. Acceptability of a wearable hand hygiene device with monitoring capabilities. *Journal of Hospital Infection*, 2008, 70:216-222.
74. Boyce JM, Cooper T, Dolan MJ. Evaluation of an electronic device for real-time measurement of alcoholbased hand rub use. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2009, 30:1090-1095.
75. Marra AR et al. Measuring rates of hand hygiene adherence in the intensive care setting: a comparative study of direct observation, product usage, and electronic counting devices. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 2010, 31:796-801.
76. Sahud AG, Bhanot N. Measuring hand hygiene compliance: a new frontier for improving hand hygiene. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 2009, 30: 1132.
77. Boscart VM, Levchenko AI, Fernie GR. Defining the configuration of a hand hygiene monitoring system. *American Journal of Infection Control*, 2010, 38:518-522.
78. McGuckin M et al. Patient empowerment and multimodal hand hygiene promotion: a win-win strategy. *American Journal of Medical Quality*, 2011, 26:10-17.
79. Longtin Y et al. Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clinic Proceedings*, 2010, 85:53-62.
80. Recommendations for preventing transmission of infections among chronic hemodialysis patients. *Morbidity and Mortality Weekly Report – Recommendations and Reports*, 2001, 50:1-43. (<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5005a1.htm>; accessed 19 February 2012)



## ALLEGATO I

### Definizione di Cure di Lunga Durata (CLD)

**FONTE: Lessons for Long-Term Care Policy. WHO 2002**

[http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMH7CCL\\_02.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH7CCL_02.1.pdf)

Le Cure di Lunga Durata (CLD) comprendono le attività prestate da caregiver informali (familiari e amici) e da caregiver formali, tra cui professionisti e para-professionisti (sanitari, sociali e altri), caregiver tradizionali o volontari, a favore di persone che non possono essere pienamente autosufficienti per un periodo di tempo prolungato.

Esse includono una vasta gamma di servizi, tra cui l'assistenza alla persona (ad esempio: il bagno e la cura della persona), i lavori domestici (ad esempio: la preparazione dei pasti e le pulizie), i compiti della vita quotidiana (ad esempio: lo shopping, la gestione dei farmaci e dei trasporti), i dispositivi di supporto alla deambulazione (ad esempio: bastoni e deambulatori), le tecnologie più avanzate (ad esempio: i sistemi d'allarme d'emergenza e i promemoria computerizzati dei farmaci) e le modifiche a carico dell'abitazione (ad esempio: rampe e corrimano).

Questa combinazione di servizi, indipendentemente dal fatto, che essi vengano forniti a domicilio, in comunità o in contesti istituzionali, è concepita per ridurre al minimo, riabilitare o compensare la perdita di autonomia funzionale fisica o mentale.

Le Cure di Lunga Durata (CLD) non includono la prevenzione, il trattamento delle malattie croniche, la riabilitazione e l'assistenza per patologie acute in generale.

Tuttavia, è necessario garantire l'accesso a questi servizi, da parte della popolazione, che necessita di assistenza a lungo termine.

Le CLD comprendono anche particolari forme di assistenza, volte a soddisfare le esigenze abitative ed ad assicurare i mezzi di sussistenza.

Le CLD comprendono gli sforzi, finalizzati a garantire l'accesso - da parte della popolazione che necessita di assistenza a lungo termine - all'assistenza per malattie croniche e acute.

Esse includono anche gli sforzi, volti a prevenire il deterioramento della capacità funzionale di persone in situazioni di dipendenza (come la prevenzione delle ulcere da decubito e la prevenzione delle forme di depressione), promuovendo stili di vita adeguati a queste persone e ai loro caregiver ed adattando le cure preventive, volte al mantenimento della capacità funzionale e della capacità di interazione sociale.

### **Popolazione Target**

La popolazione, che necessita di cure a lungo termine, comprende tutte le persone, che si trovano in situazioni di dipendenza fisica o mentale.

L'obiettivo, derivato dalla precedente definizione di CLD, è la cura delle persone con problemi di salute a lungo termine, che hanno bisogno di supporto, per le attività della vita quotidiana.

La popolazione target comprende persone di ogni età, che soffrono di determinate forme di dipendenza funzionale, così come i loro *caregiver*.

### **Tipi di servizi inclusi nelle Cure di Lunga Durata**

L'assistenza a lungo termine può essere fornita a livello istituzionale o a domicilio e può avere carattere formale o informale.

L'assistenza a lungo termine è di tipo istituzionale o residenziale, allorché in un medesimo luogo viene prestata assistenza a tre o più persone indipendenti.

L'assistenza domiciliare può essere fornita a domicilio, oppure nel contesto della comunità, ma al di fuori del domicilio.

È utile distinguere due tipi di servizi di CLD domiciliari :

- 1) l'assistenza sanitaria, denominata assistenza domiciliare;
- 2) le cure legate allo svolgimento delle funzioni quotidiane, quali l'assistenza personale (ad esempio: alimentarsi, fare il bagno) e le faccende domestiche (ad esempio: cucinare, fare le pulizie).

L'assistenza formale (vale a dire: l'assistenza retribuita), può essere organizzata e finanziata con fondi pubblici. In questo contesto, i servizi possono essere forniti da enti pubblici; da ONG locali, nazionali o internazionali; oppure da organizzazioni senza scopo di lucro. La cura formale viene di solito fornita da professionisti riconosciuti (ad esempio: medici, infermieri e assistenti sociali) e / o paraprofessionali (ad esempio: assistenti personali).

I *caregivers* tradizionali rappresentano, inoltre, un'importante fonte addizionale di assistenza.

Nell'assistenza informale vengono inclusi i componenti del nucleo familiare e quelli facenti parte della parentela, i vicini, gli amici ed i volontari indipendenti, così come le forme di volontariato organizzato, svolte da organizzazioni quali i gruppi religiosi.

## ALLEGATO II

Lo scopo del presente allegato è quello di evidenziare le differenze presenti tra alcuni scenari, allorquando viene rigorosamente applicato l'approccio de "I cinque momenti."

Come è stato spiegato nella Sezione 7 (Esempi pratici dei requisiti dell'igiene delle mani in una vasta gamma di strutture ambulatoriali), si è deciso di raccomandare i requisiti minimi per la pratica dell'igiene delle mani, per come illustrato negli esempi 1, 2, e 7, invece della rigida applicazione dell'approccio de "I cinque momenti", secondo i quattro criteri principali di cui alla Sezione 7.

Al fine di aiutare a comprendere l'esistenza di opportunità per l'igiene delle mani, nel contesto del rischio correlato a ciascuna situazione assistenziale specifica, vengono altresì fornite le modifiche apportate alle caratteristiche della sequenza assistenziale.

### 1. Campagna pubblica di vaccinazione

#### Sequenza assistenziale, secondo il modello de "I cinque momenti"

A. Una persona entra (mentre la persona precedente esce) e si siede su una sedia.

#### L'OS esegue l'igiene delle mani (Momento 1)

B. La persona presenta il suo braccio, il PS applica l'antisettico per la cute in corrispondenza del punto d'iniezione con una piccola striscia di garza e la smaltisce dopo l'utilizzo.

#### L'OS esegue l'igiene delle mani (Momento 2)

C. L'OS raccoglie il materiale monouso PRE- allestito per la vaccinazione.

D. L'OS esegue l'iniezione.

E. L'OS smaltisce l'ago in un contenitore per rifiuti taglienti, che è posto sul tavolo.

F. L'OS applica un cerotto sul sito di iniezione.

#### L'OS esegue l'igiene delle mani (Momento 4)

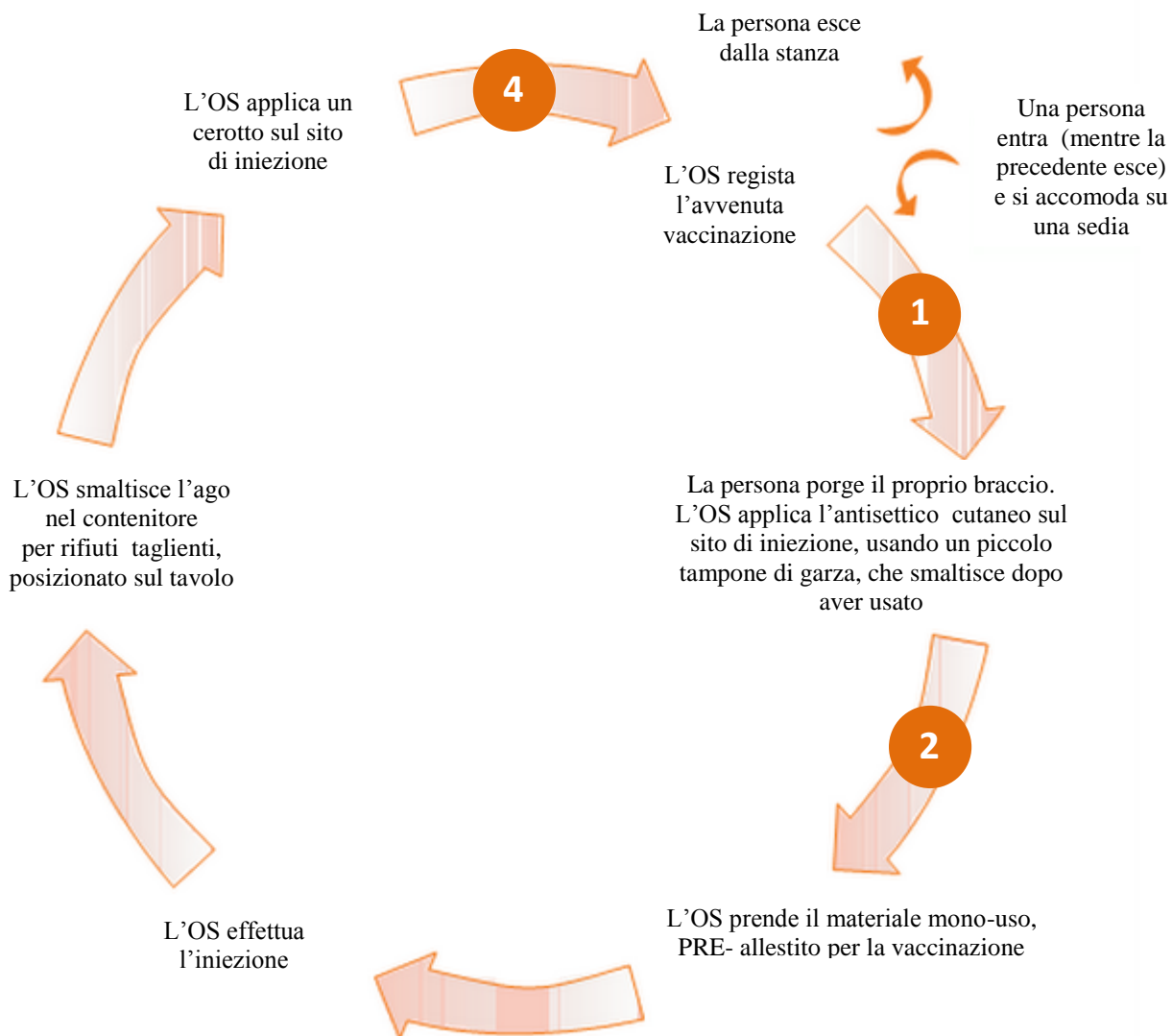
G. L'OSS registra l'atto della vaccinazione.

H. La persona si alza e lascia l'ambulatorio (mentre fa il proprio ingresso la persona successiva).

Caratteristiche della sequenza assistenziale	
Frequenza probabile della sequenza per ora	30 persone
Durata della sequenza	2 minuti
Numero di opportunità per l'igiene delle mani per sequenza	3
Tipo di contatto con le mani	cute/ cute non integra
Uso di dispositivi di protezione individuale	No
Uso di materiale monouso	Sì
Uso di materiale sterile	Sì
Uso di materiale condiviso	No
Zona del paziente	Il paziente
Punto di assistenza	Sito dove viene eseguita l'iniezione

## CAMPAGNA PUBBLICA DI VACCINAZIONE

### Opportunità per l'igiene delle mani in base a "I cinque momenti per l'igiene delle mani"



## 2. Prelievo di sangue in un laboratorio

### Sequenza assistenziale, secondo l'approccio de "I cinque momenti"

- A. Un paziente entra nella stanza e si siede (mentre esce il paziente che lo ha preceduto). L'OS chiede il nome e l'indirizzo del paziente.
- B. L'OS predispose ed etichetta le provette per i campioni, quindi invita il paziente a scoprire il proprio avambraccio.
- C. L'OS prepara il materiale per l'iniezione (siringa, antisettico, laccio emostatico, cerotto).

#### **L'OS esegue l'igiene delle mani (Momento 1)**

- D. L'OS applica un laccio emostatico attorno al braccio.
- E. L'OS individua una vena, mediante la palpazione con due dita.
- F. L'OS applica dell'antisettico, utilizzando un tampone di garza sul punto di iniezione e quindi lo elimina.

#### **L'OS esegue l'igiene delle mani (Momento 2)**

- G. L'OS indossa un paio di guanti non sterili.
- H. L'OS punge la vena ed estrae il sangue.
- I. L'OS rilascia il laccio emostatico.
- J. L'OS sfila la siringa e la smaltisce nel contenitore per rifiuti taglienti, quindi chiede al paziente di esercitare una pressione sul punto di iniezione.
- K. L'OS deposita le provette in un vassoio ed elimina il materiale rimanente.
- L. L'OS copre il punto di iniezione con un cerotto.
- M. L'OS rimuove i guanti e li getta via.

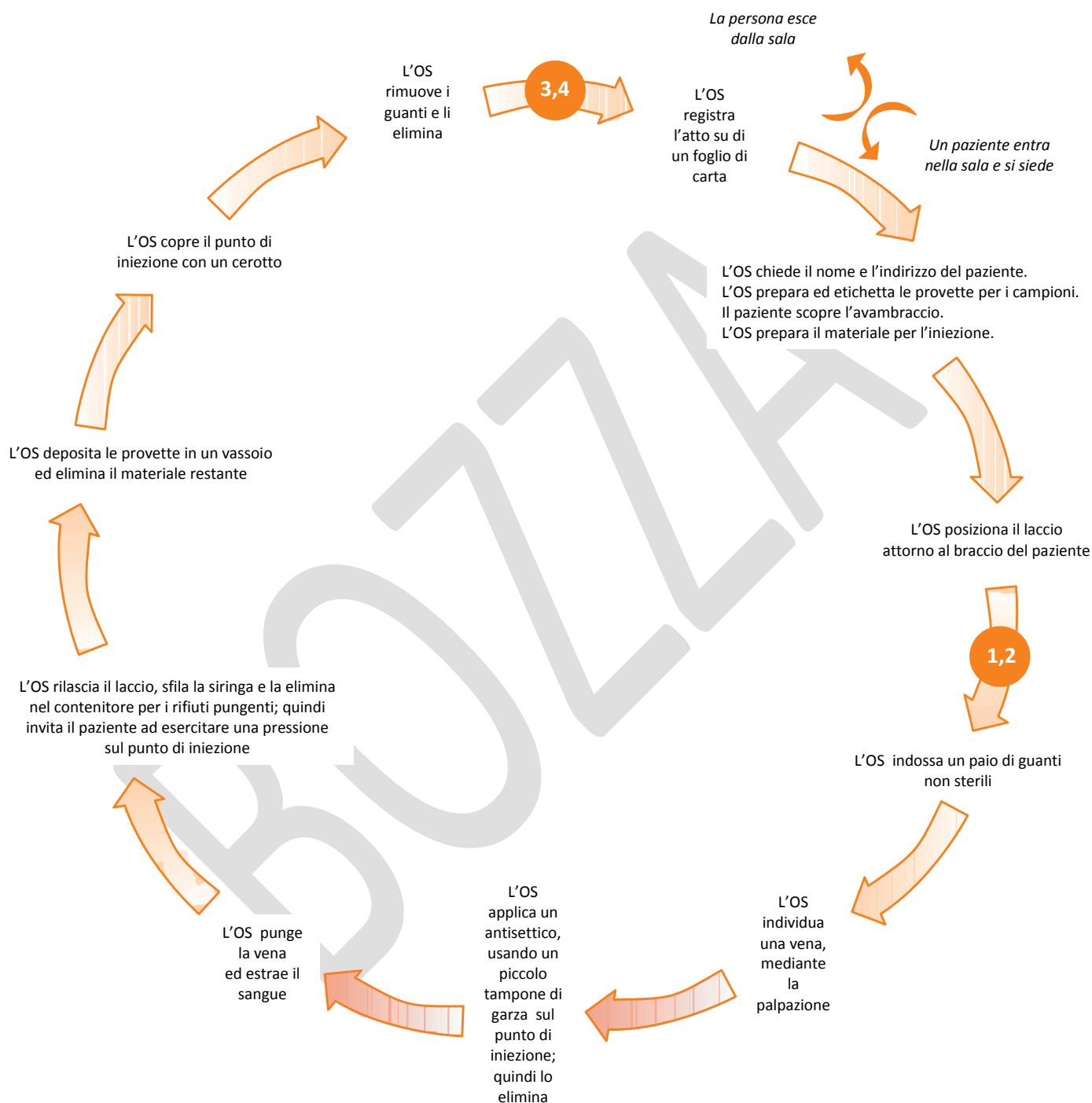
#### **L'OS esegue l'igiene delle mani (Momenti 3 e 4).**

- N. L'OS registra la procedura su di un foglio di carta, mentre il paziente esce ed entra il paziente successivo.

<b>Caratteristiche della sequenza assistenziale</b>	
Frequenza probabile della sequenza per ora	12-20 pazienti
Durata della sequenza	Approssimativamente 3-5 minuti
Numero di opportunità per l'igiene delle mani per sequenza	3
Tipo di contatto con le mani	Cute/ cute non integra/sangue
Uso di dispositivi di protezione individuale	Guanti
Uso di materiale monouso	Sì
Uso di materiale sterile	Sì
Uso di materiale condiviso	Sì ( <i>laccio emostatico</i> )

## PRELIEVO DI SANGUE IN UN LABORATORIO

### Opportunità per l'igiene delle mani in base a "I cinque momenti per l'igiene delle mani"



## 7. Radiografia del torace presso un centro diagnostico

### Sequenza assistenziale, secondo l'approccio de "I cinque momenti"

A. Il paziente entra nella sala, deposita i suoi vestiti su una sedia e si avvicina al tecnico, per eseguirne le istruzioni.

#### **Il tecnico esegue l'igiene delle mani (Momento 1)**

B. Il tecnico aiuta il paziente ad indossare il grembiule protettivo piombato ed a posizionarsi correttamente di fronte alla macchina. In seguito, aggiusta la macchina, avvicinandola al torace del paziente.

#### **Il tecnico esegue l'igiene delle mani (Momento 4)**

C. Il tecnico si posiziona dietro la finestra; sta per premere il pulsante per effettuare la radiografia, quando si rende conto che la posizione del paziente non è appropriata.

#### **Il tecnico esegue l'igiene delle mani (Momento 1)**

D. Il tecnico torna ad avvicinarsi al paziente e lo aiuta a posizionarsi correttamente.

#### **Il tecnico esegue l'igiene delle mani (Momento 4)**

E. Il tecnico torna a posizionarsi dietro la finestra e scatta la radiografia.

F. Il tecnico si riavvicina al paziente e ritira la macchina.

#### **Il tecnico esegue l'igiene delle mani (Momento 1)**

G. Il tecnico aiuta il paziente a rimuovere la protezione piombata e, se necessario, a vestirsi.

#### **Il tecnico esegue l'igiene delle mani (Momento 4)**

H. Il tecnico registra i dati e si dirige nel locale tecnico, per sviluppare la radiografia.

<b>Caratteristiche della sequenza assistenziale</b>	
Frequenza probabile della sequenza per ora	4-6 pazienti
Durata della sequenza	Approssimativamente 5-15 minuti
Numero di opportunità per l'igiene delle mani per sequenza	6
Tipo di contatto con le mani	Cute
Uso di dispositivi di protezione individuale	No
Uso di materiale monouso	No
Uso di materiale sterile	No
<i>Uso di materiale condiviso</i>	Sì
Zona del paziente	Il paziente
<i>Punto di assistenza</i>	<i>Dove è ubicato il paziente</i>





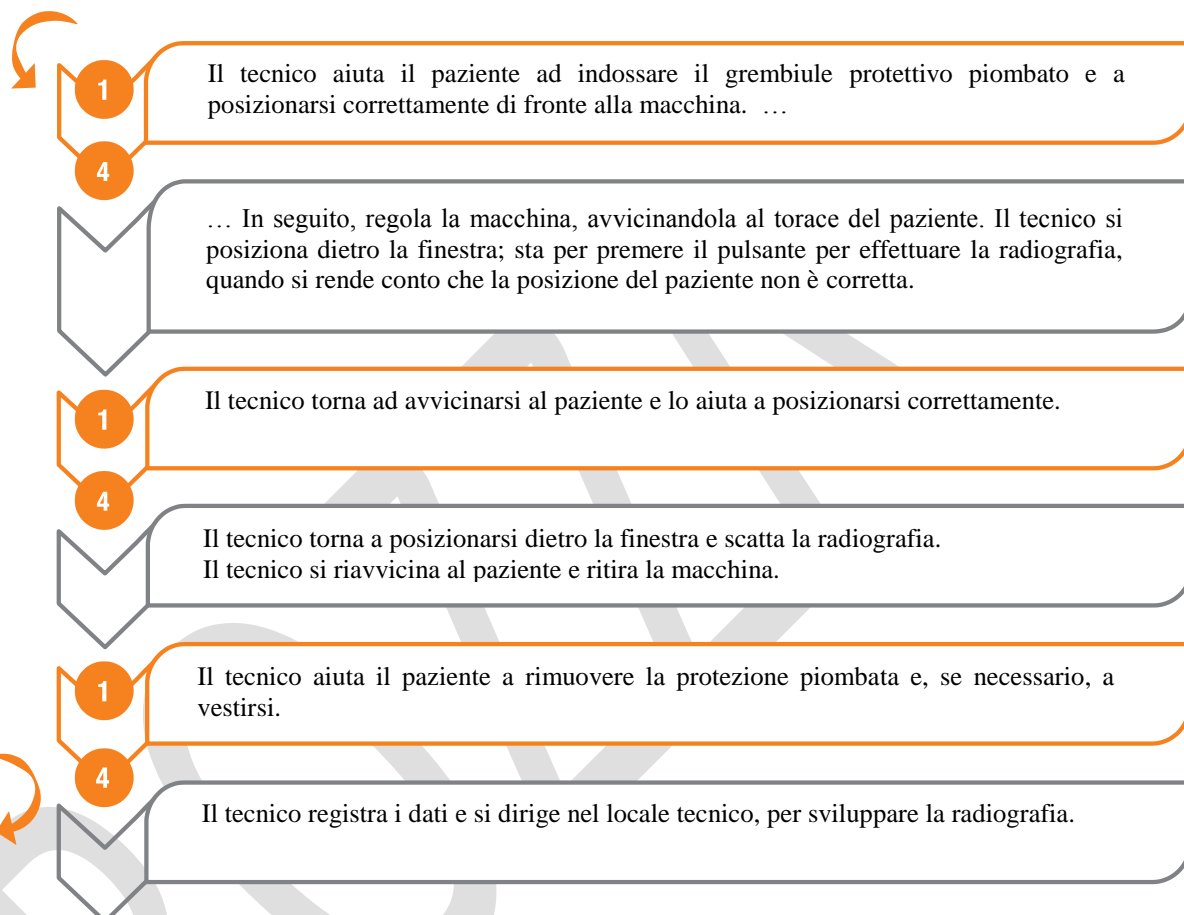
- L'efficacia dell'igiene delle mani dipende dal grado di contaminazione ambientale. Quando i dispositivi medici e le attrezzature condivisi non vengono puliti e decontaminati, dopo esser stati usati per ciascun paziente, non si può pretendere che l'igiene delle mani riesca a compensare l'inosservanza delle descritte procedure di carattere generale. Durante la pulizia ambientale dovrebbe essere identificate e rigorosamente decontaminate le superfici che vengono toccate più spesso (come, ad esempio, i pulsanti di comando).
- L'igiene delle mani dovrebbe essere presa in considerazione, prima e dopo ciascun evento, in cui l'OS stabilisce un contatto sociale con il paziente, come in occasione della stretta di mano.

BOLZA

## RADIOGRAFIA DEL TORACE PRESSO UN CENTRO DIAGNOSTICO

### Opportunità per l'igiene delle mani in base a "I cinque momenti per l'igiene delle mani"

*Il paziente entra nella sala, depone i suoi vestiti su una sedia e si avvicina al tecnico per eseguire le sue istruzioni.*



*Il paziente esce dalla sala*

finito di stampare  
il 21 agosto 2015

BOZZA