

Anche quest'anno la ASL3 Genovese, attraverso l'Unità di Gestione del Rischio (UGR), aderisce alla campagna dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

## "SALVA LE VITE: PULISCI LE TUE MANI"



<http://www.who.int/gpsc/5may/en/>

**15000** strutture sanitarie nel mondo si sono registrate aderendo alla campagna "SALVA LE VITE: PULISCI LE TUE MANI"

### Cinque passi per il 5 Maggio 2012 – Quale è il tuo piano?

La campagna **SALVA LE VITE: PULISCI LE TUE MANI 5 MAGGIO 2012** si focalizza sul "costruire un piano d'azione basato sui risultati della tua struttura utilizzando la checklist di autovalutazione dell'OMS".

**UTILIZZA LA CHECKLIST OMS DI AUTOVALUTAZIONE (traduzione Regione Emilia Romagna) PER MONITORIZZARE I TUOI PROGRESSI.**

*Congratulazioni a tutti a tutti quelli che si sono impegnati per il quarto anno della campagna "SALVA LE VITE: PULISCI LE TUE MANI". L'impegno è stato altissimo a dimostrazione del fatto che esiste a livello globale una reale volontà di migliorare la sicurezza del paziente anno dopo anno attraverso l'igiene delle mani*

## MESSAGGIO DAL COORDINATORE DELLA CAMPAGNA OMS PROF. D. PITTET

### Benvenuti

*A partire dalla prima iniziativa nel 2005, 128 stati membri avevano garantito il loro supporto. A maggio 2012, più di 15.000 strutture sanitarie si sono impegnate a migliorare l'igiene delle mani. Esse rappresentano circa 10 milioni di operatori sanitari, e più di 3.7 milioni di posti letto, un successo senza precedenti. I nostri sforzi e quelli degli operatori sanitari devono ora essere diretti a sostenere i miglioramenti e di conseguenza ridurre le infezioni associate all'assistenza sanitaria e la sofferenza dei pazienti.*

*Ogni anno queste infezioni colpiscono centinaia di milioni di pazienti nel mondo; le persone muoiono o sono colpite da infezioni come quelle da stafilococco aureo resistente alla meticillina (MRSA) e altre gravi infezioni contratte durante periodo di cura. Effettuando l'igiene delle mani, gli operatori possono prevenire queste malattie e contribuire a ridurre il carico globale delle infezioni. La strategia multimodale dell'OMS per l'igiene delle mani descritta sul sito web dimostra come e perché le infezioni si diffondono e che cosa può essere fatto per promuovere il cambiamento.*

*Incoraggiare gli ospedali e le strutture sanitarie ad adottare le modalità descritte come "I 5 momenti fondamentali per l'igiene delle mani" (vedi poster Ministero della Salute) favorirà una maggior consapevolezza e comprensione dell'importanza dell'igiene delle mani. La nostra visione per il prossimo decennio è quella di accrescere questa consapevolezza e promuovere il bisogno di una maggior compliance e sostenibilità nella pratica dell'igiene delle mani al "Point of care".<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> **POINT OF CARE:** Il posto dove si combinano tre elementi: il paziente, l'operatore e l'assistenza o il trattamento che implica contatto con il paziente o ciò che gli sta intorno ("zona del paziente"). Il concetto implica l'esigenza di effettuare l'igiene delle mani nei momenti raccomandati esattamente dove l'assistenza viene erogata. Ciò richiede che un prodotto per l'igiene delle mani (p.e. soluzione alcolica se disponibile) sia facilmente accessibile e il più vicino possibile (a portata di mano) nel punto in cui si effettua l'assistenza al paziente o il trattamento. I prodotti disponibili nei point of care devono essere accessibili senza lasciare la "zona del paziente".

**ZONA DEL PAZIENTE:** concetto riferito alla visualizzazione geografica dei momenti chiave per l'igiene delle mani. Essa contiene il paziente X e l'area circostante. Ciò generalmente comprende la cute integra del paziente e tutte le superfici che vengono toccate o sono in diretto contatto fisico con il paziente come p.e. sbarre del letto, comodino, biancheria del letto, linee di infusione e altri dispositivi medici. La "zona del paziente" comprende inoltre superfici frequentemente toccate dall'operatore mentre assiste il paziente come monitors, maniglie, pulsanti e altre superfici di contatto ad "alta frequenza".



**World Health  
Organization**

**Patient Safety**

A World Alliance for Safer Health Care

## Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide

**Rapporto sul grave problema  
delle infezioni endemiche  
associate all'assistenza sanitaria a  
livello mondiale (2011)**

Clean Care is Safer Care

**Cure pulite sono cure più sicure**



Traduzione Angela Corbella

**NOTA:** il documento si compone di 40 pagine; la traduzione che segue è riferita al “Sommario” riportato nella prima pagina. Il testo integrale (in inglese) è disponibile sul sito intranet “*gestione del rischio clinico*” e internet gestione del rischio <http://www.gestionerischio.asl3.liguria.it/>

## SOMMARIO

Le infezioni associate all’assistenza sanitaria (HCAI Health Care Associated Infection) sono quelle contratte durante il periodo di cura e rappresentano l’evento avverso più frequente. Tuttavia le dimensioni globali del fenomeno sono sconosciute a causa delle difficoltà a disporre di dati attendibili. In molti contesti, dagli ospedali, agli ambulatori alle lungodegenze, le HCAI sono un problema nascosto e trasversale che nessuna istituzione o paese può affermare di aver risolto. La sorveglianza delle HCAI è complessa e richiede l’utilizzo di criteri standardizzati, disponibilità di servizi diagnostici ed expertise nel condurre indagini e interpretarne i risultati. I sistemi di sorveglianza per le HCAI esistono in alcuni paesi ad alto reddito ma sono inesistenti nella maggior parte dei paesi a basso e medio reddito.

**I dati inclusi nel presente rapporto sono il risultato di revisioni sistematiche della letteratura su HCAI endemiche dal 1995 al 2010 in paesi ad alto, medio e basso reddito.** In base agli studi nazionali e multicentrici pubblicati, la prevalenza di HCAI in popolazioni miste di pazienti è del 7.6% nei paesi ad alto reddito. Il Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (ECDC European Centre for Disease Prevention and Control – *corrispondente europeo del CDC americano*) ha stimato che 4.131.000 di pazienti sono affetti da circa 4.544.100 episodi di HCAI ogni anno in Europa. Il tasso di incidenza stimato in USA era del 4.5% nel 2002, corrispondente a 9.3 infezioni per 1000 giorni-paziente e 1.7 milioni di pazienti colpiti.

Dalla revisione sistematica della letteratura emerge chiaramente un quadro estremamente frammentato del fenomeno HCAI nei paesi in via di sviluppo. Da alcune regioni sono disponibili informazioni molto scarse e nessun dato è disponibile per numerosi paesi (66%). Molti studi condotti in contesti sanitari con risorse limitate riportano tassi di HCAI più elevati rispetto ai paesi sviluppati. La prevalenza negli ospedali varia dal 5.7% al 19.1% con una prevalenza cumulativa del 10.1%. Degno di nota è il fatto che la prevalenza di HCAI risulta essere significativamente più elevata in studi/ricerche di elevata qualità rispetto a quelli di scarsa qualità (15.5% versus 8.5% rispettivamente). L’infezione del sito chirurgico è la più sorvegliata e rappresenta l’infezione più frequente nei paesi a basso e medio reddito con tassi di incidenza che vanno dall’1.2 al 23.6 per 100 procedure chirurgiche e un’incidenza cumulativa dell’11.8%. Per contro, nei paesi sviluppati, i tassi di infezione del sito chirurgico variano dall’1.2% al 5.2%.

Il rischio di HCAI è significativamente più elevato nei reparti di terapia intensiva, con circa il 30% di pazienti che contraggono almeno 1 episodio di HCAI con un’associazione significativa di morbilità e mortalità. In pazienti adulti ad alto rischio nei paesi industrializzati, la densità di incidenza cumulativa è stata di 17.0 episodi per 1000 giorni-paziente. Per contro lo stesso dato in paesi a basso e medio reddito varia dal 4.4% all’88.9% e con una densità di incidenza cumulativa di 42.7 episodi per 1000 giorni-paziente.

Un’elevata frequenza di infezioni è associata all’uso di dispositivi invasivi, in particolare cateteri venosi centrali (CVC), urinari (CV) e ventilatori. Tra la popolazione adulta delle terapie intensive in paesi ad alto reddito la densità di incidenza cumulativa di infezioni associate al CVC, CV e polmonite da ventilatore è di 3.5 per 1000 giorni-CVC, 4.1 per 1000 giorni-CV e 7.9 per 1000 giorni-ventilatore rispettivamente. In paesi a basso e medio reddito, l’incidenza cumulativa è di 12.2 per 1000 giorni-CVC, 8.8 per 1000 giorni-CV e 23.9 per 1000 giorni-ventilatore rispettivamente.

I neonati sono anch'essi una popolazione ad alto rischio nei paesi in via di sviluppo e i tassi di infezione neonatale sono da 3 a 20 volte più elevati rispetto ai paesi industrializzati.

L'impatto delle HCAI implica un aumento della durata di degenza, disabilità di lungo termine, aumentata resistenza dei microrganismi agli antimicrobici, enormi spese aggiuntive per i servizi sanitari, costi elevati per i pazienti e le famiglie oltre ad un aumento della mortalità. In Europa le HCAI causano 16 milioni di giornate aggiuntive di degenza, 37.000 morti attribuibili, e contribuiscono ogni anno ad ulteriori 110.000 morti. Le perdite finanziarie annuali sono stimate in circa 7 miliardi di euro includendo solo i costi diretti. Negli USA circa 99.000 morti sono stati attribuiti alle HCAI nel 2002 e l'impatto economico annuale è stato stimato in circa \$ 6.5 miliardi nel 2004. Le informazioni dai paesi a basso e medio reddito sono molto scarse e nessun dato è disponibile a livello nazionale e regionale. In base ad un rapporto sulle infezioni associate ai dispositivi in 173 reparti di terapia intensiva di 25 paesi in America Latina, Asia, Africa e Europa la mortalità eccedente in pazienti adulti è stata del 18.5%, 23.6% e 29.3% rispettivamente per CVC, CV e ventilatori. Una revisione di diversi studi ha dimostrato che l'aumento della durata della degenza associata alle HCAI variava da 5 a 29.5 giorni.

**Nonostante le stime globali di HCAI non siano ancora disponibili, integrando i dati degli studi pubblicati, emerge con chiara evidenza che centinaia di milioni di pazienti contraggono un'infezione ogni anno nel mondo; il problema si presenta con tassi molti più elevati nei paesi a basso e medio reddito. Vi è un bisogno urgente di attivare sistemi di sorveglianza affidabili delle HCAI e di raccogliere dati in maniera regolare. La valutazione dei determinanti chiave delle HCAI rappresenta un passo essenziale per individuare strategie e misure di miglioramento.**

**Esistono solide evidenze per affermare che le HCAI possono essere prevenute e la dimensione del fenomeno può essere ridotta del 50% o più. Da parte delle organizzazioni internazionali e nazionali sono state elaborate autorevoli raccomandazioni, ma la loro applicazione necessita di essere rafforzata e accompagnata dal monitoraggio della performance sia nei paesi ad alto reddito che in quelli a medio e basso reddito. Le HCAI devono essere considerate una priorità per la sicurezza del paziente da affrontare efficacemente con un approccio globale integrato.**

Il programma dell'OMS per la sicurezza del paziente integra gli sforzi con altri programmi OMS per ridurre le HCAI attraverso la valutazione, pianificazione e implementazione di politiche di prevenzione e controllo, incluse azioni tempestive a livello istituzionale e nazionale.

---

### **Per i coordinatori infermieristici, tecnici e della riabilitazione**

Ricordo il ruolo fondamentale dei coordinatori nel migliorare l'adesione degli operatori alle raccomandazioni sull'igiene delle mani:

- Informare, sensibilizzare il personale sul problema e fungere da esempio / modello; ricordare al personale che tutto il materiale (slides, manifesti, posters, linee guida, checklist di autovalutazione dei progressi ecc..) è disponibile e consultabile sul sito intranet "Unità di Gestione del rischio" e internet [www.gestionerischio.asl3.liguria.it/](http://www.gestionerischio.asl3.liguria.it/) nella sezione "Infezioni: campagna mani pulite" (menu a sinistra);
- Collocare i poster reminders in aree dove siano facilmente visibili e accessibili anche ai pazienti;
- Cambiare i poster reminders una volta al mese così da mantenere l'attenzione del personale;
- Collocare i manifesti OMS – MDS vicino ai lavandini, sale infermieri, sale medicazioni;

- Verificare che la soluzione alcolica per il frizionamento delle mani sia presente: sui carrelli terapia, prelievi, giro letti, medicazioni, visita medica; verificare che gli operatori portino con sé la confezione tascabile
- Verificare che il materiale per lavaggio delle mani sia disponibile e funzionante ad OGNI lavandino: portasapone, sapone (cartuccia), rotoli carta e contenitore per smaltimento rifiuti.