- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.145.47.253 Wed, 24 Apr 2024, 17:05:12

Adesione all'igiene delle mani: ci stiamo prendendo in giro?

Hand hygiene compliance: are we kidding ourselves?

Nikunj Mahida
Nottingham University Hospitals NHS Trust, Nottingham, UK

Introduzione

L'igiene delle mani è una delle principali strategie per ridurre l'incidenza di infezioni correlate all'assistenza (ICA - IOS) ed è inclusa in linee guida nazionali e internazionali.[1,2] L'entità delle prove di efficacia dell'igiene delle mani nel prevenire le ICA - IOS è costantemente aumentato dall'esperienza clinica di Semmelweis nel 19° secolo ai numerosi studi attualmente disponibili.[1-4] Ci si potrebbe quindi aspettare, in un'era di medicina basata sulle prove di efficacia (EBM), che l'adesione a questa pratica possa essere data per scontata. Invece, è vero l'opposto, con studi che mostrano quanto l'adesione tra gli operatori sanitari rimanga a livelli bassi.[5] Quali ne sono le ragioni? Alcune possibili spiegazioni sono qui di seguito indicate.

Monitoraggio dell'igiene delle mani

La revisione sistematica di Kingston et al.[5] e l'analisi dei dati nazionali tedeschi di Wetzker et al.[6] ci ricordano che un decennio o più dopo l'inizio dell'attuale focalizzazione sull'igiene delle mani non siamo neppure vicini a raggiungere il risultato atteso dell'eccellenza dell'igiene delle mani nelle strutture sanitarie, almeno quando vengono condotte valutazioni di adesione indipendenti e oggettive. È chiaro che gli obiettivi che le istituzioni sanitarie si prefissano sono molto alti (es. 90-100%); tuttavia i risultati di audit auto-condotti presentati nelle riunioni su prevenzione e controllo delle infezioni o in report scritti di solito raggiungono o addirittura eccedono questi obiettivi (mia personale osservazione). È quindi interessante notare che la revisione sistematica di Kingston et al. dimostra una adesione media del 34%, che sale solo al 57% dopo specifici interventi.[5] Quali sono le ragioni della discrepanza tra i risultati di audit indipendenti e non indipendenti sull'igiene delle mani, che sono anche evidenziate in altri studi?[4,7] Una ragione importante potrebbe essere che obiettivi locali o nazionali irraggiungibili, e specialmente quelli dove la sotto-performance determini penalità, potrebbero fornire un incentivo perverso a dimostrare una elevata adesione all'igiene delle mani.

Perciò, registrazioni accurate di igiene delle mani sono molto importanti nel determinare i tassi di adesione. Nei sistemi sanitari moderni dove tablet e telefonini sono usati facilmente nella cura di routine del paziente, una "app" come quella descritta da Viswanath et al. può facilitare una migliore registrazione dell'adesione all'igiene delle mani.[8] Essa offre le potenzialità di una rapida raccolta dati e di un tempestivo feedback agli operatori sanitari per facilitare il miglioramento. Le app possono anche aiutare a ridurre la variazione tra gli osservatori, che è una fonte importante di errore.[9] Comunque, l'uso delle app dipende ancora dalla osservazione diretta della pratica, ciò significa che il rischio dell'effetto Hawthorne rimane.[9] Contro questo background, lo studio di Moller-Sorensen et al. fornisce un importante promemoria del fatto che ogni metodo di osservazione delle prestazioni in termini di igiene delle mani è soggetto a errori (bias).[10] Mentre gli autori dimostrano un miglioramento nel tasso di adesione all'igiene delle mani in chi usa i servizi igienici, questo risultato apparentemente favorevole può essere contraddetto dal fatto che c'era un grande calo nell'uso dei bagni monitorati nel periodo in studio. Non è chiaro se tale evidente fatto di evitare l'uso dei servizi monitorati sia dovuto al percepire l'intervento come intrusivo o imbarazzante oppure se gli operatori sanitari hanno davvero cercato consapevolmente di evitare di doversi lavare le mani. Nonostante l'eleganza, e la potenziale utilità, dell'intervento descritto da Moller-Sorensen et al., non è immediatamente chiaro come un simile intervento possa essere applicato a tutti i momenti di igiene delle mani dell'OMS.[1,10]

Migliorare l'adesione all'igiene delle mani

Per migliorare l'adesione all'igiene delle mani è necessario anzitutto considerare la domanda: quale percentuale di adesione all'igiene delle mani è soddisfacente? È il 100%, il 75%, o forse anche un'adesione del 50% può essere ritenuta adeguata? A quale punto l'adesione all'igiene delle mani scende ad un livello sotto al quale c'è un rischio di ICA - IOS? Queste domande rimangono senza risposta nonostante una cospicua ricerca sull'adesione all'igiene delle mani. Senza affrontare questa domanda, però, è difficile sapere a quale obiettivo di adesione all'igiene delle mani devono aspirare gli operatori sanitari e le istituzioni. Vale la pena notare che in molte altre industrie ad elevata produttività, come quelle di catering, dove l'igiene personale è vitale, i tassi di adesione sono simili a quelli trovati in ambito sanitario. In questo contesto, sono realistici obiettivi di adesione all'igiene delle mani del 90-100%? Alternativamente, non sarebbe meglio avere come obiettivo l'educazione all'igiene delle mani e monitorare le pratiche a più alto rischio?

Diversi dispositivi e sistemi elettronici sono stati impiegati per migliorare la pratica di igiene delle mani.[12-14] Anderson et al.

Journal of Hospital Infection 2016;92:307-8.
Traduzione a cura di ***Federica Balzarini e Matteo Moro***, *IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano.*

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.145.47.253 Wed, 24 Apr 2024, 17:05:12

descrivono un nuovo dispositivo, progettato per aumentare la sicurezza del paziente e l'adesione all'igiene delle mani che include prodotti a base alcolica.[15] Il dispositivo è interessante perché i risultati mostrano un significativo aumento dell'adesione ai momenti dell'igiene delle mani dell'OMS sia in una valutazione simulata sia nella vita clinica reale. I prodotti a base alcolica sono forniti al letto del malato in molti ospedali, inclusa la maggioranza di quelli nel Regno Unito, perciò l'aumento dell'adesione all'igiene delle mani dimostrata in questo studio sembra piuttosto sorprendente. Il miglioramento potrebbe dipendere dalla disponibilità di questi prodotti, che forse non erano presenti precedentemente al letto del malato, o forse dal fattore "novità" in relazione al nuovo dispositivo. Inoltre, è importante notare che i tassi di adesione all'igiene delle mani dimostrati in questo studio, anche dopo l'intervento (79% e 65%) non sono neanche vicini agli standard fissati ed apparentemente raggiunti in molti ospedali, attraverso audit di osservazione auto-eseguiti.

Conclusioni

Misure come l'educazione continua, i prodotti a base alcolica e la responsabilizzazione (*empowerment*) dei pazienti hanno facilitato alcuni miglioramenti nell'igiene delle mani, ma le sfide persistono. Prima di tutto, e più importante, rimane la questione che riguarda il livello di adesione all'igiene delle mani che ci si aspetta dagli operatori sanitari. Chiaramente un'adesione del 90-100% non è raggiungibile come dimostrato in studi indipendenti, ma ci sono poche prove su quale sia il valore specifico sotto il quale i pazienti sono messi a rischio di sviluppare ICA - IOS. Inoltre, la qualità della esecuzione di igiene delle mani è molto raramente valutata e quindi la sola adesione non è una misura adeguata. Un altro problema è che il concetto dei momenti dell'igiene delle mani dell'OMS (che già di per sé ha limitate prove di efficacia) dà uguale peso a ognuno dei momenti, nonostante alcuni possano avere maggiore rilevanza sulle ICA - IOS rispetto ad altri.[1]

In secondo luogo, c'è la questione di agire sugli operatori sanitari perché adottino le migliori pratiche di igiene delle mani e vi aderiscano. Una strategia largamente utilizzata prevede l'impostazione di alti obiettivi (es. 90-100% di adesione) associata al fatto che il mancato raggiungimento di questi livelli comporta l'esame minuzioso da parte degli addetti al Controllo infettivo e qualche volta sanzioni significative. Per evitare queste conseguenze negative, e a causa di errori da parte degli osservatori, gli audit auto-eseguiti di solito raggiungono o eccedono la soglia prefissata. Comunque, essi sono raramente accurati, riproducibili o validati. Un approccio migliore potrebbe essere quello di usare obiettivi realistici, gradualmente incrementati, e di premiare gli operatori quando metodi validati di monitoraggio dimostrano l'aumento dell'adesione. È chiaro che il monitoraggio dell'adesione all'igiene delle mani usando l'osservazione diretta è imperfetto e che le rilevazioni basate su metodi/dispositivi elettronici in combinazione con audit meno estesi, ma condotti da staff opportunamente preparato, consentirebbero una valutazione migliore.[12-14] Questi cambiamenti di approccio dimostreranno senza alcun dubbio livelli minori di adesione all'igiene delle mani, ma sembra poco probabile che i responsabili delle istituzioni sanitarie e i pazienti accetterebbero o comprenderebbero questo apparente peggioramento dei dati.

Dunque, in un'era di batteri Gram negativi multi resistenti, è tempo di fare il punto della situazione e di considerare che abbiamo passato un buon numero di anni facendo ricerche sull'igiene delle mani con poche prove che una specifica strategia funzioni. Forse la ricerca in futuro si dovrebbe concentrare non su campagne per migliorare l'igiene delle mani a tutti i costi, ma sul comprendere quando l'igiene delle mani è di maggior beneficio, su un contesto ragionevole, obiettivi raggiungibili, e poi sul monitoraggio usando metodi riproducibili e validati. ■

Bibliografia

1. World Health Organization. WHO guidelines for hand hygiene in health care. Geneva: WHO. Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906_eng.pdf; 2009 [last accessed January 2016].
2. Loveday HP, Wilson JA, Pratt RJ, et al. epic3: national evidence based guidelines for preventing healthcare-associated infections in NHS hospitals in England. J Hosp Infect 2014;86:S1-S70.
3. Pittet D, Boyce J. Hand hygiene and patient care: pursuing the Semmelweis legacy. Lancet Infect Dis 2001;1:S9-S20.
4. Davis R, Parand A, Pinto A, Buetow S. Systematic review of the effectiveness of strategies to encourage patients to remind healthcare professionals about their hand hygiene. J Hosp Infect 2015;89:141-62.
5. Kingston L, O'Connell NH, Dunne CP. Hand hygiene-related clinical trials reported since 2010: a systematic review. J Hosp Infect 2016;92:309-20.
6. Wetzker W, Bunte-Schonberger K, Walter J, Pilarski G, Gastmeier P, Reichardt C. Compliance with hand hygiene: reference data from the national hand hygiene campaign in Germany. J Hosp Infect 2016;92:328-331.
7. Allegranzi B, Sax H, Pittet D. Hand hygiene and healthcare system change within multi-modal promotion: a narrative review. J Hosp Infect 2013;83:S3-S10.
8. Viswanath SK, Jie L, Meng QS, Yuen C, Tan TY. An Android app for recording hand hygiene observation data. J Hosp Infect 2016;92:344-5.
9. Jeanes A, Coen PG, Wilson AP, Drey NS, Gould DJ. Collecting the data but missing the point: validity of hand hygiene audit data. J Hosp Infect 2015;90:156-62.
10. Møller-Sørensen H, Korshin A, Mogensen T, Høiby N. New technology markedly improves hand-hygiene performance among healthcare workers after restroom visits. J Hosp Infect 2016;92:337-9.
11. Arendt S, Strohbehn C, Jun J. Motivators and barriers to safe food practices: observation and interview. Food Protection Trends 2015;35:365-76.
12. Srigley JA, Gardam M, Fernie G, Lightfoot D, Lebovic G, Muller MP. Hand hygiene monitoring technology: a systematic review of efficacy. J Hosp Infect 2015;89:51-60.
13. Storey SJ, Fitzgerald G, Moore G, et al. Effect of a contact monitoring system with immediate visual feedback on hand hygiene compliance. J Hosp Infect 2014;88:84-8.
14. Sahud AG, Bhanot N, Narasimhan S, Malka ES. Feasibility and effectiveness of an electronic hand hygiene feedback device targeted to improve rates of hand hygiene. J Hosp Infect 2012;82:271-3.
15. Anderson O, Hanna GB. Effectiveness of the Care Centre at improving contact precautions: randomized simulation and clinical evaluation. J Hosp Infect 2016;92:332-6.