

PREVENZIONE DELLE INFEZIONI DELLA FERITA CHIRURGICA

Rev.	Data	Motivazione della revisione	Redazione	Verifica	Approvazione
00	20/10/2008	prima stesura	Cpse C. Cusano	C.I.O.	Direttore Sanitario Aziendale
01	26/04/2016	prima revisione	Dott. G. Guida Dott.ssa M. Vitale	C.I.O.	Direttore Sanitario Aziendale



INDICE

1. PREMESSA
2. SCOPO
3. CAMPO DI APPLICAZIONE
4. RIFERIMENTI (norme, Leggi, delibere, ecc.)
5. TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI
 - 5.1 *Definizioni*
6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ
7. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ/ATTIVITÀ
8. SCHEDA DI VERIFICA/CHECK LIST
9. LISTA DI DISTRIBUZIONE

1. PREMESSA

Alcuni problemi all'interno di una Struttura Ospedaliera possono assumere un ruolo prioritario per la frequenza con cui si manifestano e/o per la possibilità effettiva di prevenzione, in quanto associate a particolari procedure a rischio. Tra le infezioni correlate all'assistenza, le infezioni del sito chirurgico (ISC) rappresentano una delle complicanze più frequenti e circa il 10% dei pazienti con ferite, tra cui quelle chirurgiche, contrae una infezione nosocomiale, condizione per la quale le Infezioni della Ferita Chirurgica rispondono precipuamente ad ambedue queste caratteristiche. Queste infezioni si associano ad un aumento significativo della durata di degenza, dei costi dell'assistenza e della mortalità attribuibile e pertanto la scelta di focalizzare l'attenzione sulla ferita chirurgica deriva dalla possibilità di poter intervenire in maniera trasversale sui vari settori interessati al processo – degenze e blocco operatorio –, coinvolgendo tutti gli Operatori Sanitari nei diversi ambiti di competenza.

2. SCOPO

La finalità di un sistema di sorveglianza delle ISC è promuovere ed indirizzare interventi mirati a migliorare la qualità dell'assistenza e ridurre le complicanze infettive post-operatorie. Pertanto nell'ambito delle più ampie politiche della minimizzazione del rischio infettivo, scopo della presente procedura è di ridurre il rischio legato alla gestione e trattamento della ferita chirurgica, attraverso un programma consolidato che richiede profondi mutamenti degli atteggiamenti e della cultura del personale sanitario.

L'esigenza dell'attuale revisione nasce dalle ultime raccomandazioni della Commissione della UE (2012/506/UE) dell'8 agosto 2012 sui metodi per la sorveglianza dell'infezione del sito chirurgico.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente programma si applica in tutte le Unità Operative dell'A.O.

4. RIFERIMENTI

- “ Circolare Ministero della Sanità n° 52 “ del 20.12.85
- “ Circolare Ministero della Sanità n° 8 “ del 30.01.88
- “ DGRC 1714 del 28.09.2007 - Piano Regionale di Prevenzione e Controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria “
- “ Protocollo per il Monitoraggio degli eventi sentinella “ ,a cura del Ministero della Salute .
- “ Glossario per la sicurezza dei pazienti e la gestione del rischio clinico “ ,a cura del Ministero della Salute.
- “ Risk Management in sanità .Il problema degli errori “ ,a cura del Ministero della Salute .
- “ European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance of surgical site infections in European hospitals – HAISSE protocol. Version 1.02. Stockholm: ECDC; 2012.

5. TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI

5.1 Definizioni

Infezione

Si intende la presenza di segni clinici locali o sistemici di infezione, accompagnati o meno dall'isolamento del microrganismo patogeno da essudato o da tessuto. La diagnosi può essere posta dal chirurgo o da medico incaricato della rilevazione.

Infezione ospedaliera

Sono definite "Infezioni ospedaliere" le infezioni insorte nel corso del ricovero ospedaliero che non erano manifeste clinicamente o in incubazione al momento dell'ammissione.

Infezioni comunitarie

Si definiscono "Infezioni comunitarie" le infezioni già clinicamente manifeste o in incubazione al momento dell' ammissione.

Infezione Sito Chirurgico

Infezione superficiale dell'incisione chirurgica (SSI-S)

Comparsa entro 30 giorni dall'intervento, interessamento solo di cute e sottocute.

Infezione profonda dell'incisione chirurgica (SSI-S)

Comparsa entro 30 giorni dall'intervento (entro un anno se si tratta di impianto di materiale protesico), interessamento dei tessuti molli profondi.

Infezione di organo/cavità (SSI-O)

Comparsa entro 30 giorni dall'intervento (entro un anno se si tratta di impianto di materiale protesico), interessamento di organi o cavità non interessate dall'intervento.

Colonizzazione

Si intende la persistenza di un microrganismo nei tessuti normalmente non sterili (cute, mucose, ecc.)

Audit clinico

L'audit clinico è un audit di processo finalizzato alla revisione di eventi significativi, avente per obiettivo l'identificazione delle criticità organizzative e le relative ipotesi di miglioramento.

Eventi avversi

Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile.

Evento sentinella

Eventi avversi di particolare gravità, indicativi di un serio malfunzionamento del sistema, che causano morte o gravi danni al paziente .

Procedura

Una metodica di lavoro riguardante le attività intese come insieme di azioni da organizzare in uno spazio temporale definito.

Protocollo

Uno strumento tecnico rigido e come tale utilizzato per la specificazione sequenziale di atti tecnici

6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

Tutte le infezioni della ferita, consecutive ad un intervento chirurgico, devono essere considerate ospedaliere. Ogni ferita poi, secondaria ad intervento chirurgico, a traumi o a ustioni che presenti un essudato purulento deve essere considerata sede di infezione. La diagnosi clinica è sufficiente anche in assenza di una cultura positiva, seppure l'infezione può essere diagnosticata anche in presenza di essudato non purulento, a condizione che sia presente uno dei seguenti segni :

- Eritema, flogosi, deiscenza spontanea o chirurgica della ferita accompagnata da almeno uno dei seguenti segni o sintomi: febbre, dolore localizzato o dolorabilità.
- Presenza di un ascesso o di un'infezione a carico dei tessuti molli o dell'organo/cavità
- Coltura positiva da essudato o da tessuto.

Le SSI sono causate da micro-organismi che entrano in contatto con il sito chirurgico. Le cause endogene di infezione possono essere: la flora microbica del paziente, presente sulla cute e negli annessi cutanei, nelle mucose e nel tratto gastrointestinale, oppure l'inseminazione da un focolaio distante di infezione. Le cause esogene di infezione sono: il personale operante in chirurgia (i chirurghi e i loro team), un abbigliamento sporco, potenziali "rotture" nelle tecniche asettiche, un'igiene delle mani inadeguata. Per quanto riguarda la sala operatoria, le cause d'infezione possono essere rintracciate nell'ambiente fisico e nel sistema di ventilazione, nella strumentazione, nell'equipaggiamento o in altri materiali portati al tavolo operatorio. Conseguentemente, le azioni di prevenzione si focalizzano sulla rimozione dei micro-organismi dalla pelle del paziente, sulla riduzione delle possibilità di moltiplicazione dei micro-organismi durante la procedura chirurgica, sulla riduzione dell'impatto che esistenti morbidità possono avere sulle difese immunitarie e sulla riduzione del rischio che micro-organismi possano entrare in contatto con la ferita nella fase post-operatoria.

Le azioni di prevenzione sono raccolte in bundle e sono distribuite rispetto alle fasi del percorso operatorio, in modo da facilitare l'assegnazione delle responsabilità dell'azione di prevenzione. Le fasi sono:

- Fase pre-operatoria
Le azioni incluse nel bundle per la prevenzione delle SSI previste in questa fase hanno lo scopo di rimuovere i micro-organismi dalla pelle del paziente e prevenirne la possibilità di moltiplicazione durante la procedura chirurgica. Le azioni essenziali previste dal *bundle* hanno ottenuto un riscontro *evidence-based* nella riduzione delle SSI.
- Fase intra-operatoria
Le azioni indicate di seguito sono considerate fondamentali per la prevenzione delle SSI. Devono essere incluse nel *bundle*, dati gli alti livelli di evidenza scientifica e la ben dimostrata fattibilità. Nella fase peri-operatoria, le azioni di prevenzione hanno l'obiettivo di ridurre le possibilità di moltiplicazione dei micro-organismi durante la procedura chirurgica. Agiscono sulla riduzione dell'impatto di esistenti co-morbidità sulle difese immunitarie del paziente soggetto a procedura chirurgica invasiva.
- Fase post-operatoria
Le azioni incluse nel *bundle* in questa fase hanno lo scopo di ridurre il rischio che micro-organismi possano entrare in contatto con la ferita.

FASE PRE-OPERATORIA

- Quando possibile, identificare e trattare tutte le infezioni distali rispetto al sito chirurgico prima di ogni intervento di elezione e posticipare lo stesso fino alla risoluzione dell'infezione.
- **Igiene del cavo orale** Effettuare corretta igiene del cavo orale con dentifricio e soluzione antisettica a base di Clorexidina
- **Doccia pre-operatoria** Far eseguire al paziente una doccia di acqua e sapone o soluzione antisettica il giorno stesso o il giorno precedente l'intervento per rimuovere la flora batterica transitoria presente sulla cute del paziente.
- **Tricotomia** Preparare e pulire la cute con lavaggio e procedere alla tricotomia, preferibilmente immediatamente prima dell'operazione. Secondo le linee guida OMS, peli e capelli non dovrebbero essere rimossi, a meno che questi non interferiscano con la procedura chirurgica. Se i peli devono essere rimossi, utilizzare rasoi elettrici mono-uso (Rasoio chirurgico; vedi P.O. 12 Tricotomia pre operatoria). Il rasoio a mano va evitato perché durante la rasatura la cute può andare incontro a microlesioni che possono essere sede di colonizzazione da parte dei microrganismi.
- **Disinfezione della cute** Utilizzare un'appropriata preparazione antisettica sulla cute. Gli agenti iodofori (per esempio iodopovidone), i prodotti contenenti alcol e la clorexidina gluconato sono gli antisettici più comunemente usati. La disinfezione della cute deve essere effettuata in modo concentrico, muovendosi dal centro verso la periferia del sito chirurgico. L'area disinfettata deve essere abbastanza estesa per poter eventualmente ampliare l'incisione e per crearne di nuove se necessario.
- **Profilassi antibiotica** Somministrare antibiotici in profilassi solo quando indicato o per interventi ad alto rischio di infezione o nei quali l'insorgenza avrebbe gravi conseguenze. Ripetere la profilassi nel caso di interventi superiori all'emivita dell'antibiotico. L'antibiotico scelto dovrà avere uno spettro di azione che garantisca l'efficacia nei confronti dei probabili contaminanti e la somministrazione deve essere iniziata subito prima dell'intervento e sospesa subito, oppure entro 24 ore, dopo la fine della procedura chirurgica (short-term). *Delibera Aziendale 683 del 21 ottobre 2008.*
- **Controllo glicemia nei pazienti diabetici** Prima dell'intervento chirurgico è necessario controllare la glicemia in tutti i soggetti diabetici ed evitare l'iperglicemia nel periodo peri operatorio.
- **Gestione del personale infetto o contaminato** Istruire il personale di reparto ad un autocontrollo per la relativa notifica, in caso di presenza di segni e sintomi di una malattia infettiva trasmissibile. In caso di necessità escludere dal servizio personale con lesioni cutanee essudative.
- **Gestione effetti personali** Prima di essere accompagnati in sala operatoria bisogna indossare il camice e la cuffia per i capelli. Inoltre si raccomanda di togliere: le protesi dentali e i ponti mobili per evitare la loro rottura durante le manovre di intubazione anestesia o la loro accidentale ingestione; le protesi acustiche; le lenti a contatto; i monili (anelli, bracciali, orologi, eccetera); il trucco sul volto e lo smalto sulle unghie perché possono impedire agli operatori di effettuare una corretta valutazione dello stato di ossigenazione dei tessuti durante le varie fasi dell'intervento.

FASE INTRA-OPERATORIA

- **Seguire scrupolosamente le regole dell'asepsi** L'asepsi chirurgica consiste nella preparazione e mantenimento di un ambiente sterile in Sala Operatoria al fine di prevenire le infezioni. Componenti della asepsi chirurgica sono :
 1. Preparazione dello strumentario
 2. Preparazione degli accessori
 3. Preparazione dell'ambiente
 4. Preparazione del personale
- **Limitare al minimo il traffico del personale in sala operatoria** L'organizzazione della seduta operatoria dovrebbe prevedere il minor numero di accessi e di presenti possibili in sala. Il personale dovrebbe porre particolare cura nei comportamenti, in particolare in caso di cambio di guanti, del camice o dei telini sterili.
- **Asepsi di mani ed avambracci per i membri dell'equipe chirurgica** Effettuare un accurato lavaggio chirurgico pre-operatorio per 2-5 minuti, utilizzando un'appropriata soluzione antisettica (P.O. 05 Igiene delle mani).
- Disporre gli strumenti sterili e preparare le soluzioni immediatamente prima del loro uso.
- **Rimuovere la flora residente dalla cute del paziente con soluzione antisettica** Usare Clorexidina gluconato al 2% in soluzione di alcol isopropilico al 70%, superiore al Povidone ioduro, per la preparazione della pelle.
- **Tecniche chirurgiche** Maneggiare i tessuti con cura, osservando una corretta emostasi e rimuovendo i tessuti devitalizzati e necrotici dal sito chirurgico. In caso di sospetto di sito chirurgico fortemente contaminato posticipare la chiusura della ferita, laddove sia necessario un drenaggio, utilizzare un drenaggio chiuso in aspirazione.
- **Mantenere la temperatura corporea del paziente sopra i 36°C durante tutto il periodo peri-operatorio (sono esclusi i pazienti della Cardiochirurgia)** Il mantenimento della normotermia è una raccomandazione chiave per la prevenzione delle SSI. Mantenere una condizione di equilibrio generale del paziente è vitale nella maggior parte delle operazioni chirurgiche al fine di preservare lo stato di salute e di benessere del paziente. Questo include un'ottimale ossigenazione, perfusione e il mantenimento della temperatura corporea durante tutta la fase peri-operatoria.
- **Se il paziente è diabetico, mantenere il livello del glucosio (<198mg/dl) per tutto il tempo dell'intervento chirurgico** Per i pazienti diabetici è raccomandato impostare un controllo della glicemia per tutta la durata dell'intervento per prevenire il rischio delle SSI.

FASE POST-OPERATORIA



- **Non toccare o rimuovere la medicazione della ferita per le 48 h successive all'intervento, a meno che non sia indicato clinicamente** Nella fase post-operatoria si raccomanda di proteggere l'incisione con medicazioni sterili per 24-48 h.
- **Usare una tecnica asettica (*no touch*) per l'ispezione della ferita e/o per i cambi della medicazione della ferita** Si raccomanda di usare una tecnica asettica al momento del cambio della garza di una ferita chirurgica. Per tecnica asettica si intende una serie di azioni che prevengono la trasmissione di micro-organismi, come evitare di toccare aree critiche della ferita, preparare un'area di superficie che riduca il rischio di contaminazione dell'equipaggiamento sterile e l'uso di protezioni personali.
L'igiene delle mani è obbligatoria prima e dopo, ogni volta che la ferita è ispezionata o la medicazione viene cambiata La corretta igiene delle mani è considerata fondamentale, così come ampiamente promosso dall'OMS, con i "5 momenti per l'igiene delle mani", per prevenire il rischio delle SSI.
Si raccomanda di individuare il momento precedente alla medicazione di una ferita chirurgica per effettuare una corretta igiene delle mani.
- **Pulizia della ferita** E' un fattore rilevante nella corretta gestione della ferita. La pulizia della ferita riduce la carica batterica e rimuove i detriti ed i contaminati di superficie proteggendo nello stesso tempo il nuovo epitelio e il tessuto di granulazione.
E' essenziale la scelta di una soluzione non tossica per l'irrigazione e la pulizia della ferita affinché si mantenga sana e prosegua il processo di guarigione. L'irrigazione della ferita con soluzione fisiologica o con un tensioattivo non ionico sono considerati il metodo migliore per detergere una ferita.



7. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'/ATTIVITA'

FASE PREOPERATORIA ATTIVITA'	Chirurgo	Infermiere di reparto	Coordinatore infermieristico di reparto	O.S.S.
Tricotomia	V	R	R/V	C
Rimozione protesi dentarie mobili ed acustiche e lenti a contatto	V	R	R/V	C
Rimozione monili (piercing, anelli, bracciali, orecchini) e smalto		R	R/V	C
Controllo glicemia	R	R/C	R/V	C
Identificare e trattare qualunque infezione prima dell'intervento chirurgico	R/V	R/C	R/V	C
Gestione del personale infetto	R/V	R	R/V	C
Profilassi antibiotica	R/V	R/C	R/V	C

Le responsabilità previste dalla presente procedura sono le seguenti:

R: Responsabilità; C: Coinvolto; V: Verifica

FASE INTRAOPERATORIA ATTIVITA'	Chirurgo	Infermiere di sala operatoria	Coordinatore infermieristico di sala operatoria	Anestesista
Rispetto principi dell'asepsi	R	R	R	C
Verifica degli ambienti e delle procedure	R	R	R	C
Controllo temperatura	C	R	R	C
Controllo glicemia	R	C	C	R
Tecniche chirurgiche	R	C	C	C
Profilassi antibiotica	R	R	R	R

Le responsabilità previste dalla presente procedura sono le seguenti:

R: Responsabilità; C: Coinvolto; V: Verifica

FASE POSTOPERATORIA ATTIVITA'	Chirurgo	Infermiere di reparto	Coordinatore infermieristico
Gestione della ferita	R/V	R	R/V
Pulizia della ferita	V	R	R/V

Le

responsabilità previste dalla presente procedura sono le seguenti:

R: Responsabilità; C: Coinvolto; V: Verifica

8. SCHEDA DI VERIFICA/CHECK LIST

CHECK LIST PREOPERATORIA

Unità Operativa	Direttore
Cognome _____	Data intervento _____
Nome _____	Tipo intervento _____
Sesso M F	_____
Data di nascita	

Infermiere di reparto

VERIFICA	ESEGUITO	NON PREVISTO
Identità del paziente		
Rispetto del digiuno		
Doccia preoperatoria		
Tricotomia		
Disinfezione della cute		
Rimozione protesi dentarie mobili ed acustiche e lenti a contatto		
Rimozione monili (piercing, anelli, bracciali, orecchini) e smalto		
Controllo glicemia		
Data	Firma	

