

EXECUTIVE MASTER IN SLOW MEDICINE
SLOWMED
2019 - 2021

Project Work

Ridurre il rischio di infezioni del sito chirurgico
attraverso una corretta gestione della Tricotomia del
paziente chirurgico

Corsista: Monica Cuccia

*Desidero ringraziare il prof. Andrea Gardini
per la disponibilità e cortesia dimostratami
durante la stesura del Project Work*

INDICE

RIASSUNTO.....	3
DEFINIZIONE DEL PROBLEMA.....	5
STRATEGIA	9
OBIETTIVI.....	12
PIANO OPERATIVO.....	13
MONITORAGGIO E VALUTAZIONE.....	16
CONCLUSIONI	17
BIBLIOGRAFIA	18
SITOGRAFIA.....	21
ALLEGATI.....	22

Riassunto

Presso il complesso operatorio dell'ospedale Buccheri La Ferla di Palermo, reparto di cui i sono la coordinatrice infermieristica ho avuto modo di affrontare diverse problematiche inerenti il paziente chirurgico di diverse discipline quali l'ortopedia, la chirurgia, l'urologia e la ginecologia. In tale contesto si è potuto verificare come un intervento routinario, possa complicarsi notevolmente sino a manifestarsi con quadri di grave compromissione di un singolo organo o addirittura delle condizioni generali del paziente stesso.

Da ciò nasce l'attenzione ben nota delle sale operatorie dedicate ad interventi chirurgici maggiori sia nella preparazione all'intervento chirurgico e la prevenzione delle infezioni della ferita chirurgica.

Le infezioni del sito chirurgico sono fra le più comuni infezioni ospedaliere.

Il presente progetto dal titolo "Ridurre il rischio di infezioni del sito chirurgico causate dall'utilizzo di un rasoio a lama per la tricotomia" descrive un insieme di attività finalizzate al miglioramento del grado di appropriatezza di protocolli operativi nell'area chirurgica per il controllo delle infezioni del sito chirurgico su interventi eseguiti presso il blocco operatorio dell'ospedale Buccheri La Ferla di Palermo da realizzare mediante l'implementazione della raccomandazione dell'Associazione Italiana degli Infermieri di Camera Operatoria (AICO) che si ritrova incluso nella sessione Assistenza Infermieristica della campagna Choosing Wisely Italy (CWI) promossa da Slow Medicine (SM) dal titolo "Non eseguire la tricotomia pre-operatoria con rasoio a lama in previsione di un intervento chirurgico".

L'elemento sostanziale della strategia progettuale è il coinvolgimento di tutti i soggetti direttamente e indirettamente coinvolti nel processo di aderire a criteri e principi diversi da quelli sinora adottati.

Un gruppo di lavoro aziendale multidisciplinare e multiprofessionale, avrà il compito di progettare, realizzare e implementare uno strumento informatico (check list) finalizzato a supportare il predetto processo, a tenere sotto controllo il suo svolgimento e a monitorare i risultati.

La partecipazione di chirurghi, infermieri, farmacisti e di altri professionisti al lavoro per la realizzazione del presente Project Work (PW) configurerà un'azione formativa specifica, progettata per attribuire crediti ECM.

Dopo l'avvio del nostro progetto, consistente nel praticare la tricotomia eseguita con rasoio elettrico a lama monouso nelle ore subito antecedenti l'intervento stesso, si procederà a valutazione sistematica e periodica del grado di appropriatezza della procedura nell'azienda e la

sua validazione, con lo scopo di includere tale progetto nel sistema di gestione per la qualità aziendale.

La conclusione del percorso progettuale sarà celebrata con un evento di presentazione dei risultati al restante personale dell'Azienda, alle autorità sanitarie e al pubblico, e un resoconto del percorso progettuale realizzato e dei risultati raggiunti verrà consegnato alla letteratura scientifica.

Definizione del problema

Le infezioni delle ferite chirurgiche sono, come frequenza, la terza causa delle infezioni nosocomiali fra i pazienti ospedalizzati. Recenti studi indicano che tali infezioni possono aumentare la lunghezza della degenza di circa 7,4 giorni, aumentano la morbidità e la mortalità dei pazienti che ne sono affetti oltre ad aumentare la spesa sanitaria.

Fra i fattori dell'incremento di tale frequenza e del conseguente aumento di morbidità e mortalità, vi sono sia l'aumento del numero totale di pazienti chirurgici, sia l'invecchiamento della popolazione e la presenza di co-morbidità.

Oltre a questi fattori c'è evidenza che alcune procedure non corrette eseguite dai professionisti sanitari contribuiscano al rischio di sviluppare infezioni del sito chirurgico.

In particolare, singoli studi, hanno suggerito che la pratica di eseguire la tricotomia attraverso l'uso di rasoi porta ad un aumento dell'incidenza delle infezioni chirurgiche postoperatorie.

Studiando l'effetto della rimozione dei peli tramite rasoio infatti si è visto che tale rasatura produce piccoli tagli nella cute che vengono colonizzati da organismi che possono poi portare all'infezione. Recentemente poi, è stata fatta una revisione sistematica su diversi tipi di studi che aggiungono forza all'indicazione di evitare, come pratica routinaria, la tricotomia preoperatoria.

Il monitoraggio dei dati rispetto ai patogeni responsabili delle infezioni delle ferite chirurgiche dimostra che la loro tipologia non si è sostanzialmente modificata negli ultimi 10-15 anni benché la loro proporzione ha subito alcuni cambiamenti così come riportato nella tabella 1.

Table 1		
Pathogen	Percentage of Isolates ²	
	1986-1989 (N=16,727)	1990-1996 (N=17,671)
Staphylococcus aureus	17	20
Coagulase-negative staphylococci	12	14
Enterococcus spp.	13	12
Escherichia coli	10	8
Pseudomonas aeruginosa	8	8
Enterobacter spp.	8	7
Note: Pathogens representing less than 5% have been excluded		

Il fenomeno della resistenza antibiotica ha comportato un aumento dell'incidenza delle infezioni e c'è stato anche un aumento del numero delle infezioni causate dai funghi. Queste modifiche sono attribuibili all'aumento della criticità dei pazienti chirurgici, all'immunocompromissione e all'uso di antibiotici a largo spettro.

Le infezioni delle ferite causate da patogeni inusuali richiedono invece una seria revisione della pratica corrente, dei materiali utilizzati e del personale.

Medicazioni adesive contaminate, l'uso di fasce elastiche, portatori sani tra il personale delle sale operatorie, l'acqua del lavandino e delle soluzioni disinfettanti contaminate, sono state tutte identificate come possibili sorgenti di infezioni causate da microrganismi rari.

Se è vero che la contaminazione è un fattore rischio, è anche vero che la maggioranza delle infezioni dei siti chirurgici può essere attribuita alla stessa flora batterica del paziente.

In particolare la cute, le mucose e i visceri cavi sono spesso colonizzati dalla flora endogena e quindi i metodi adottati per diminuire l'incidenza dell'infezioni delle ferite chirurgiche devono prevedere interventi che riducano l'impatto della flora endogena sulla zona da incidere o sugli strati più profondi.

La classificazione delle ferite chirurgiche è stata utilizzata per assegnare una categoria di rischio ai siti chirurgici in rapporto al grado di contaminazione della ferita stessa durante il tempo chirurgico. Tale classificazione fornisce strumenti per monitorare le percentuali d'infezione tenendo conto del diverso tipo di ferita e quindi di implementare strategie di riduzione del rischio in relazione al grado del rischio stesso rispetto al tipo di ferita (vedi tabella 2).

Tabella 2 classificazione delle ferite chirurgiche (Garner JS & Simmons B) ²	
Classe I/pulita:	ferita chirurgica non infetta in cui non ci sono segni di infiammazione e in cui il tratto respiratorio, alimentare, genitale o urinario non è interessato. In aggiunta la ferita pulita è chiusa per prima intenzione e, se necessario, vengono utilizzati drenaggi a circuito chiuso. Incisioni operatorie conseguenti a traumi non penetranti devono rientrare in questa categoria se ne possiedono tutti i criteri d'inclusione.
Classe II/pulita-contaminata:	ferita chirurgica in cui il tratto respiratorio, alimentare, genitale o urinario è interessato in condizioni controllate e senza contaminazioni inusuali. Operazioni quindi che coinvolgono il tratto biliare, l'appendice, la vagina e l'orofaringe rientrano in questa categoria laddove non ci sia evidenza di infezioni o di consistenti scorrettezze tecniche avvenute durante l'intervento.
Classe III/Contaminata:	ferita aperta, recente e accidentale. In aggiunta sono in questa classe tutte le inosservanze delle manovre di sterilità (es. massaggio cardiaco a cielo aperto) o una grossa fuoriuscita dal tratto gastrointestinale e quelle incisioni in cui c'è evidenza di infiammazione in atto però non purulenta.
Classe IV/sporca-infetta:	ferita traumatica non recente in cui è presente ritenzione di tessuto devitalizzato e quelle ferite che coinvolgono infezioni cliniche pre-esistenti o perforazioni di visceri. Questa definizione suggerisce che i microrganismi causanti l'infezione postoperatoria siano già presenti nel campo operatorio prima dell'intervento stesso.

Un ampio grado di fattori sono stati messi in relazione all'aumento del rischio infettivo comprendendo anche il profilo di rischio del paziente stesso e la complessità della procedura chirurgica. La tricotomia è stata tradizionalmente sempre considerata come una strategia preventiva al rischio infettivo anche se le evidenze disponibili la indicano invece come un possibile fattore di rischio.

La tricotomia preoperatoria fatta con l'uso di lamette è diventata nel tempo la pratica più utilizzata in quanto si riteneva che riducesse il rischio di sviluppare un'infezione della ferita chirurgica ed è rimasta pratica corrente fino a tempi molto recenti.

Uno studio clinico randomizzato, con circa 400 pazienti arruolati, ha confrontato la rasatura a umido rispetto alla non rimozione dei peli. Gli autori hanno trovato che non c'era differenza statisticamente significativa nella diminuzione dell'incidenza delle infezioni delle ferite chirurgiche nel gruppo non sottoposto a tricotomia. Studi fatti su grandi numeri di pazienti (sono state valutate 60.000 ferite chirurgiche con un tempo di follow up di 10 anni) ma con disegni di ricerca meno rigorosi hanno dimostrato in modo significativo un maggior beneficio nel non fare la tricotomia. Tali risultati sono indeboliti dalla scarsità di controlli e dall'uso di trattamenti diversi fra i 2 gruppi.

Sembra esserci una correlazione fra tricotomia e infezione ma non si dimostra un rapporto causa-effetto.

In sintesi, non è stato dimostrato che la rasatura aumenti il rischio di infezione delle ferite chirurgiche negli studi di scarsa qualità mentre studi più rigorosi suggeriscono, ma non dimostrano in modo definitivo, un beneficio associato al non eseguire la tricotomia.

Un grande studio randomizzato ha confrontato la rasatura con il taglio dei peli con tagliacapelli eseguito la sera prima di un intervento di bypass coronarico in 1.980 pazienti monitorizzando il numero di mediastiniti postoperatorie.

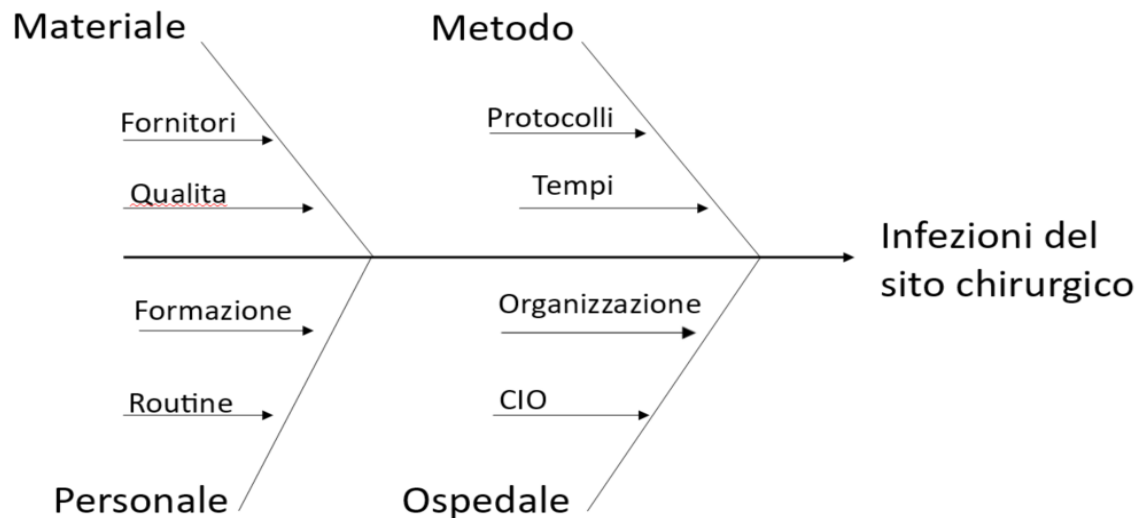
I risultati erano statisticamente significativi a favore del gruppo sottoposto a tricotomia con tagliacapelli ($P=0,024$). Una grande riduzione, statisticamente significativa, delle infezioni delle ferite chirurgiche fu trovata nel gruppo sottoposto a taglio dei peli con tagliacapelli fatto alla mattina stessa dell'intervento ($P>0,01$).

Studi osservazionali indicano una tendenza positiva a favore dei gruppi sottoposti a taglio dei peli con tagliacapelli o suggeriscono non differenza fra i 2 gruppi benché 2 studi di miglior qualità dimostrano un significativo beneficio all'uso dei tagliacapelli rispetto alla rasatura laddove l'asportazione dei peli era necessaria.

La frequenza in questi anni dell'executive master in Slow Medicine e sulla campagna Choosing Wisely seguito presso il Cefpas di Caltanissetta, ha rafforzato la mia precedente idea di modificare alcuni comportamenti tenuti dai colleghi nella sala operatoria. In particolare, dato che all'interno del complesso operatorio tale problematica si è presentata nel corso degli ultimi anni con una frequenza dell'1-3 % per paziente trattato chirurgicamente, in accordo con la raccomandazione di Choosing Wisely, in cui si sottolinea l'importanza di non eseguire la tricotomia preoperatoria in previsione di un intervento chirurgico, ho ritenuto opportuno modificare il comportamento del personale di sala e più ampiamente dei professionisti della salute che ruotano attorno alla preparazione del paziente, facendo sì che la tricotomia venisse eseguita non con un rasoio a lama ma con un rasoio elettrico a lama del tipo monouso ruotante. Questa mia scelta, come indicato in precedenza, nasce dalle volontà di migliorare l'outcome del paziente e nel contempo dal desiderio di contribuire a ridurre l'impatto delle SSI sulle risorse sanitarie, alla luce di tutte le molteplici evidenze scientifiche sopradescritte per la pratica in esame.

Strategia

L'analisi delle presunte **cause del problema** (**corretta gestione della tricotomia**) porta all'identificazione dei seguenti punti critici.



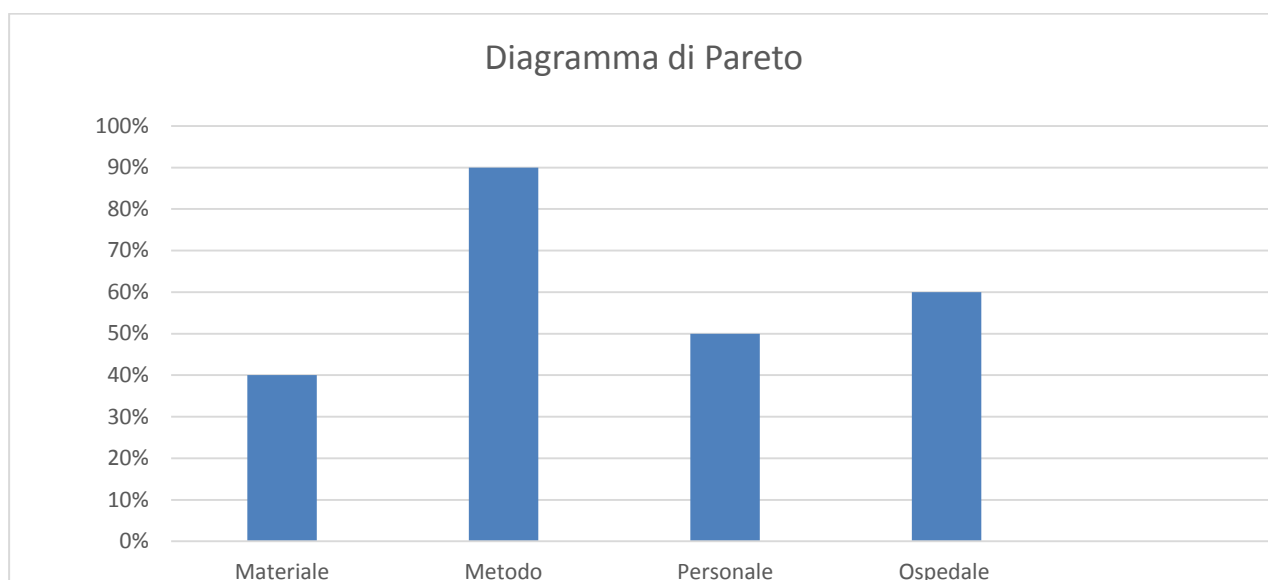
Il diagramma di Ishikawa ha lo scopo di sintetizzare le criticità che si devono affrontare quando si analizza un problema come nel caso dell'inappropriatezza della metodica utilizzata per la tricotomia.

A tal fine è necessario identificare preliminarmente gli stakeholders cioè tutti i soggetti coinvolti direttamente o indirettamente nella procedura in esame.

Gli **stakeholders** del progetto che possono identificarsi in personale medico, personale infermieristico, amministrativi, aziende fornitrici.

- **Diagramma di flusso o di pareto**

Il diagramma di Pareto indica il peso delle singole criticità da affrontare nella realizzazione di un progetto aziendale.



Da tutto ciò scaturisce l'**ipotesi strategica**

consiste nella creazione del percorso che porta alla corretta effettuazione della procedura preoperatoria di tricotomia.

Il percorso prevede l'acquisizione del presidio dimostrando che il maggior costo della procedura viene compensato dalla riduzione dei costi necessari per la gestione dell'infezione del sito chirurgico, la creazione di un percorso di formazione del personale volto a creare una nuova procedura ed ad eliminare le vecchie abitudini, la creazione di procedure di controllo della pratica messa in uso ed un corretto timing.

I risultati che si intendono conseguire sono "sostenibili" nel tempo poiché il costo dell'apparecchio è estremamente esiguo e la procedura può essere adottata senza limitazione in tutti gli ambienti di lavoro.

Riassumendo potremmo considerare che è necessario:

- Instaurare un team multidisciplinare che coinvolga medici, infermieri, direzione sanitaria, personale del laboratorio analisi che siano in grado di svolgere una attività operativa e non solo indicativa;
- Svolgere delle riunioni di divulgazione delle informazioni inerenti l'uso appropriato del presidio;
- Svolgere un compito di registrazione delle procedure poste in essere;
- Coinvolgere la farmacia (il personale) per avere un dato sui consumi e per un regolare approvvigionamento;

- Coinvolgere il personale del team ma anche il personale al di fuori del team in modo da condividere la varie fasi di sviluppo del progetto, la sua finalità e l'utilità per tutti degli esiti, in modo che il P.W. non venga vissuto come imposto dall'alto ma come una direttiva condivisa da tutto il personale coinvolto;
- Responsabilizzare ogni singolo componente del team in quello che deve essere il proprio ruolo all'interno del P.W.;
- Instaurare un programma di formazione e divulgazione delle giuste pratiche da adottare e di ciò che è possibile raggiungere con il progetto sia all'interno del complesso operatorio ma anche in tutta l'azienda ospedaliera;
- Eseguire un'analisi dei costi necessari per implementare il P.W. all'interno del dipartimento e fornire tali dati ai responsabili degli uffici preposti all'erogazione dei finanziamenti cercando di spiegare la profonda utilità del nostro P.W.

Obiettivi

L'obiettivo del P.W. è quello di ridurre le infezioni del sito chirurgico attraverso una corretta gestione della Tricotomia del paziente chirurgico. Progetto che si implementerà con la piena collaborazione e partecipazione del Team. Introducendo nel nostro Ospedale un protocollo per la corretta gestione della Tricotomia, che permetterà una evidente riduzione delle infezioni del sito chirurgico.

Tale riduzione sarà misurabile confrontando i dati relativi alle ICA (Infezioni Correlate all'Assistenza) del nostro Ospedale, con una aspettativa di ridurre del 10% le Infezioni del Sito Chirurgico. Riduzione dei tempi di degenza e mortalità post intervento dovuta a complicanze del sito chirurgico del 5%:

- Migliorare l'*outcome* clinico del paziente chirurgico, riduzione di complicanze
- Riduzione dei giorni di degenza ospedaliera
- Riduzione dei rischi di contaminazione in Sala Operatoria

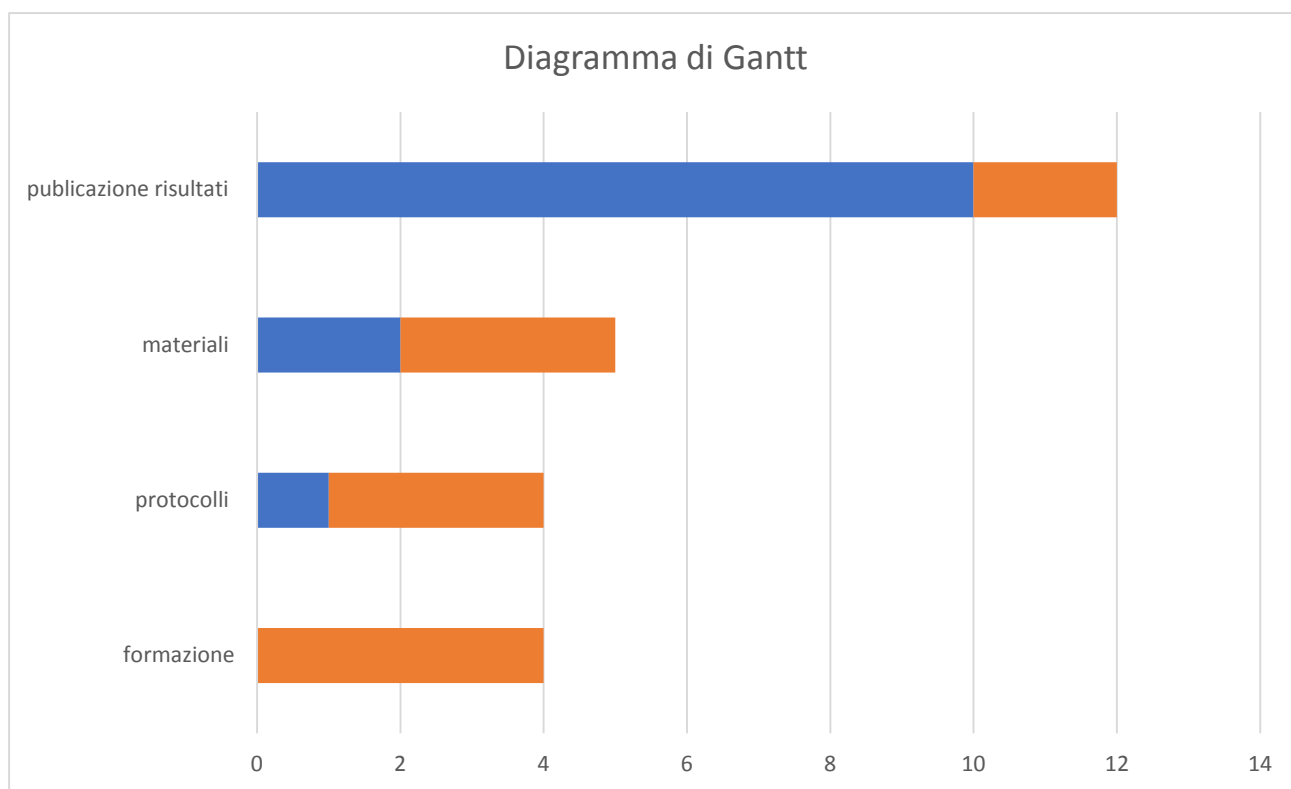
Piano operativo

1) Tabella Piano Operativo (“Chi fa che cosa e in che tempi”)

Descrizione Attività <i>N. Azioni</i>	Durata/Tempo <i>Tempo di inizio e tempo di fine</i>	Responsabilità <i>Struttura/Attori</i>
1) Informativa al dipartimento Chirurgico ed al CIO dell'Ospedale	Dal 01/09/2022 al 30/11/2022	Direzione Sanitaria /Coordinatori dei reparti chirurgici/Capo dipartimento chirurgico/ufficio Acquisti
2) Nomina del project manager e costituzione del gruppo di progetto	Dal 01/09/2022 al 30/11/2022	Direzione Sanitaria
3) Analisi condivisa del problema e delle cause, identificazione di una ipotesi strategica	Dal 01/10/2022 al 30/11/2022	Direzione Sanitaria /Coordinatrice della sala operatoria /Capo dipartimento chirurgico
4) Progettazione e realizzazione di corsi di formazione del personale sanitario	Dal 01/10/2022 al 01/01/2023	Medici e personale infermieristico del dipartimento Chirurgico
5) Valutazione sistematica della riduzione delle infezioni del sito chirurgico	Dal 01/10/2022 al 31/10/2023	Personale medico ed infermieristico del dipartimento chirurgico
6) Relazione tra il responsabile del Project Work ed il CIO dell'Ospedale	Dal 01/10/2022 al 31/10/2023	Responsabile del PW/Capo Dipartimento Chirurgico/Comitato Infezioni Ospedaliere
7) Pubblicazione degli esiti e dei risultati del P.W.	Dal 01/09/2023 al 30/11/2023	Direzione Sanitaria/ Coordinatori dei reparti chirurgici e della sala operatoria /Medici dipartimento chirurgico

N°	Attività del progetto	Tempi in mesi											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	A. Nomina e costituzione gruppo del P.W.												
2	B. attività di informazione e sensibilizzazione												
	B.1 Informazione partecipanti												
	B.2 Formazione/informazione dei docenti												
3	C. attività formativa												
4	D. Analisi e Progettazione del P.W.												
5	E. Valutazione sistematica, monitoraggio ed audit e feed-back												
6	F. Coordinamento ed elaborazione di report mensili												
7	H. Pubblicazione dei risultati												

Il diagramma di Gantt ci permette la rappresentazione grafica del calendario delle nostre attività, utile al fine di pianificare, coordinare e tracciare le specifiche attività del progetto.



Monitoraggio e valutazione

OBIETTIVO	INDICATORE	PERIODO DI VERIFICA	VALORE ATTESO	FONTE DEI DATI
Riduzione del rischio di infezioni del sito chirurgico	Ispezione della ferita chirurgica e riduzione delle infezioni cutanee	Bimestrale per un anno Ottobre 2022 - Ottobre 2023	Riduzione del 10 % rispetto al periodo di riferimento anno 2018 -2019	Cartelle cliniche comprendenti i dati medici ed infermieristici dei reparti afferenti al dipartimento chirurgico
Riduzione Tempi di degenza e mortalità post intervento dovuta a complicanze del sito chirurgico	Dati sui tempi di degenza e sulla mortalità nel dipartimento chirurgico	Bimestrale per un anno Ottobre 2022 - Ottobre 2023	Riduzione del 5 % rispetto al periodo di riferimento anno 2018 -2019	Report mensili sulla degenza media e sulla mortalità nel dipartimento chirurgico

Conclusioni

Concludendo questo mio lavoro un Project Work dal titolo “Ridurre il rischio di infezioni del sito chirurgico a causa dell'utilizzo per la tricotomia di un rasoio a lama” è chiaramente emerso come sia fondamentale il ruolo dell'equipe multidisciplinare e ancora di più degli infermieri per il contenimento delle infezioni.

L'adozione di linee guida e protocolli, come è stato dimostrato dall'enorme bagaglio presente in letteratura, sono in grado di prevenire la trasmissione di infezioni, determinando una significativa riduzione di questa complicanza.

Quando si parla di misure di prevenzione l'immediato collegamento va alle raccomandazioni della C.D.C. di Atlanta, come abbiamo più volte evidenziato.

Solo dalla rigida applicazione di queste linee guida senza che ci sia un divario tra quello che “si sa” e quello che “si fa”, si può ottenere l'effettivo abbattimento delle infezioni del sito chirurgico.

Del resto, il profilo professionale ed il codice deontologico, impongono agli infermieri una elevata qualificazione professionale, sempre alla ricerca di modalità di lavoro che risultino essere efficaci e di qualità ed, in questa logica, trovano collocazione le linee guida ed i protocolli infermieristici.

La vera sfida da affrontare rimane pertanto quella che consente di passare da una pratica fondata sulla tradizione “si è sempre fatto così”, ad una assistenza supportata da evidenze scientifiche.

Questo conferma che non basta la semplice diffusione delle linee guida ma, affinché l'applicazione di raccomandazioni come quelle fornite da Slow Medicine, protocolli ed altri strumenti operativi possa avere successo, occorre un buon lavoro di equipe, una buona attività di coordinamento, preparazione e formazione degli operatori che dovrà essere mantenuta nel tempo.

Un cenno a parte merita comunque la sorveglianza epidemiologica delle infezioni post-operatorie per l'importanza che ricopre quale strumento essenziale per la gestione del rischio infettivo, soprattutto relativamente agli interventi maggiori. Numerosi studi hanno infatti dimostrato una riduzione dell'I.S.C., anche con costi contenuti grazie all'informatizzazione e all'informazione e sensibilizzazione degli operatori.

Bibliografia

1. PNLG. Revisione sistematica sulle protesi d'anca: affidabilità dell'impianto. Settembre 2007
2. Gastmeier P, Sohr D, Brandt C, Eckmanns T, Behnke M, Rüden H. Reduction of orthopaedic wound infections in 21 hospitals. Arch Orthop Trauma Surg 2005; 125: 526-30.
3. HELICS. Surveillance of Surgical Site Infections. Protocol Version 9.1. September 2004.
4. Sculco T. The economic impact of infected joint arthroplasty. Orthopaedics 1995; 18: 871-3.
5. Whitehouse J, Friedman N, Kirkland K, et al. The importance of surgical-site infections following orthopaedic surgery at a community hospital and a university hospital: adverse quality of life, excess length of stay, and extra costs. Infect Control Hosp Epidemiol 2002; 23: 183-9.
6. SNLG 17. Antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto. Linee guida. Settembre 2008.
7. Bedouch P, Labarere J, Chipariz E, et al. Compliance with guidelines on antibiotic prophylaxis in total hip replacement surgery: results of a retrospective study of 416 patients in a teaching hospital. Infect Control Hosp Epidemiol 2004; 25: 302-7.
8. Regione Emilia Romagna, Agenzia sanitaria regionale. Linee guida per la chemioprophylassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia

9. Schneeberger P, Smits M, Zick R, et al. Surveillance as a starting point to reduce surgical-site infection rates in elective orthopaedic surgery. *J Hosp Infect* 2002; 51: 179-84.
10. Mura I, Agodi A, Auxilia F, Barchitta M, Brusaferro S, D'Alessandro D, Montagna MT, Orsi GB, Pasquarella C, Torregrossa MV et GISIO Il network SPIN-UTI del GISIO. *Ann.Ig.* 2009; 1(Supp.1):67-75.
11. Agodi A, Auxilia F, Barchitta M, Brusaferro S, D'Alessandro D, Montagna MT, Orsi GB, Pasquarella C, Torregrossa V, Suetens C, Mura I et GISIO Building benchmark through active surveillance of ICU-acquired infections: the Italian network SPIN-UTI. *J Hosp Infect* 2010; 74, 258-265.
12. Culver DH, Horan TC, Gaynes RP, et al. Surgical wound infection rates by wound class, operative procedure, and patient risk index. *Am J Med* 1991; 91:152S-7S
13. Gaynes RP. Surveillance of Surgical Site Infections and the NNIS SSI risk index : room for improvement. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2000; 21: 184-185.
14. Owens WD, Felts JA, Spitznagel EL. ASA physical status classification: a study of consistency of ratings. *Anesthesiology* 1978; 49:239-243.
15. European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance of surgical site infections in European hospitals – HAISSI protocol. Version 1.02. Stockholm: ECDC; 2012
16. Garner JS. Guideline for prevention of surgical wound infections, 1985.

Infect Control 1986;7:193-200.

17. Manuale dell'Infermiere e dello Strumentista. Ruolo e competenze in chirurgia tradizionale , mininvasiva, endovascolare, robotica. D. Scacchetti, R. Lusuardi, E. Amici. Edizioni Minerva Italica 2011

18. La sala operatoria. S.Giorgi –M Ruggeri edizione Sorbona 1994

19. Il processo di sterilizzazione. Dalla decontaminazione alla riconsegna del materiale sterilizzato. D.Tartaro, G. Sarti Masson 1999

20. Manuale per la sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Check List.. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Ottobre 2009

21. SPECIALTY UPDATE: ARTHROPLASTY, Proceedings of the International Consensus on Periprosthetic Joint Infection, BJJ novembre 2013

Sitografia

1. <https://www.aicoitalia.it/congressi/webinar/2021/linfermiere-di-sala-operatoria-webinar/>
2. <https://www.fnopi.it>
3. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1826_allegato.pdf
4. http://www.quadernidellasalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2560_allegato.pdf
5. <https://abocaedizioni.it/libri/vita-e-natura-fritjof-capra-pier-luigi-luisi/>
6. <https://www.slowmedicine.it>
7. http://www.recentiprogressi.it/articoli.php?archivio=yes&vol_id=1790&id=19492
8. <https://www.choosingwiselyitaly.org>
9. <http://www.choosingwisely.org/>
10. <https://snlg.iss.it>

ALLEGATI:

REPUBBLICA ITALIANA

Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE

Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie
e Osservatorio Epidemiologico

Servizio 8

“Qualità, Governo Clinico e Sicurezza dei pazienti”

Prot. DASOE/8 53456

Palermo li 1-7-2018

Ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie del SSR

c, p.c.

Ai Direttori Sanitari Aziendali

Ai Responsabili della Qualità e rischio clinico

Ai Responsabili della Formazione Aziendale

LORO SEDI

Oggetto: Direttiva Assessoriale - Programma Regionale Appropriatelyzza “Fare di più non (sempre) significa fare meglio”

Lo scrivente Assessorato, con il programma in oggetto, intende promuovere la conoscenza della campagna internazionale “Choosing Wisely” tra medici, professionisti sanitari e cittadini e implementare le raccomandazioni di “Choosing Wisely Italy” in tutte le Aziende del SSR.

La campagna “Choosing Wisely” ha avuto l'avvio negli Stati Uniti nel 2012, ed è stata promossa in Italia da Slow Medicine, fin dallo stesso anno. Oggi è presente e attiva in 20 paesi del mondo, come descritto nell'articolo di Levinson, Born e Wolfson: “Choosing Wisely Campaigns - A Work in Progress” pubblicato su JAMA online del 19 Aprile 2018.

In tutti i 20 paesi, ciascuna delle Società medico-scientifiche nazionali e delle Associazioni di professionisti che aderiscono alla campagna ha predisposto una lista di 5 raccomandazioni relative a procedure cliniche (diagnostiche o terapeutiche) diffusamente prescritte e praticate nel proprio contesto nazionale, per le quali, però, nella letteratura scientifica internazionale non solo non sono attualmente disponibili prove di efficacia, ma anzi spesso sono documentati danni ai pazienti. I promotori della campagna “Choosing Wisely”, le Società medico-scientifiche e le Associazioni di professionisti, che hanno predisposto le proprie “top five list” di procedure ad alto rischio di inappropriatezza, invitano i medici e gli altri operatori sanitari a valutare con cura i bisogni di salute dei pazienti, ad ascoltare con attenzione le loro richieste di prestazioni, e ad illustrare loro con pazienza e rispetto le problematiche connesse con eventuali richieste inappropriate, prescrivendo o praticando esclusivamente procedure diagnostiche e terapeutiche basate su solide prove scientifiche di efficacia e di sicurezza.

In Italia, ad oggi, 44 tra Società medico-scientifiche e Associazioni di professionisti hanno aderito alla campagna “Choosing Wisely Italy”, mettendo a disposizione di medici, operatori sanitari e

pazienti, in totale, 230 raccomandazioni su altrettante pratiche diagnostiche o terapeutiche "ad alto rischio di inappropriatezza". Le schede contenenti le 230 raccomandazioni sono disponibili gratuitamente sui siti www.choosingwiselyitaly.org e www.slowmedicine.it, sul sito del Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità (<https://snlg.iss.it/?p=123>) e sulla App "Choosing Wisely Italia", scaricabile gratuitamente da App Store (per i dispositivi Apple) o da Play Store (per i dispositivi Android).

Il Programma Regionale si articolerà su due livelli:

1. Livello aziendale: progettazione e realizzazione attività del gruppo di lavoro aziendale

Le Direzioni Aziendali dovranno istituire con delibera un **gruppo di lavoro** specifico, multiprofessionale e multidisciplinare, presieduto dal Direttore Sanitario Aziendale e composto delle seguenti professionalità:

- responsabili delle funzioni aziendali Qualità, Rischio clinico e Formazione;
- direttori di UOC e dirigenti delle professioni infermieristiche e tecniche, in numero proporzionato alle dimensioni aziendali, preferibilmente appartenenti alle discipline e professioni afferenti alle Società medico-scientifiche o alle Associazioni che hanno aderito alla campagna "Choosing Wisely" nel nostro paese, disponibili sui siti sopra riportati.

Il gruppo di lavoro aziendale avrà i seguenti **obiettivi**:

- promozione della conoscenza della campagna "Choosing Wisely" tra medici e professionisti sanitari
- implementazione delle raccomandazioni di "Choosing Wisely Italy" pertinenti con le linee di attività cliniche aziendali;
- progettazione e realizzazione di specifiche valutazioni dell'impatto della predetta implementazione in termini di appropriatezza prescrittiva, di riduzione del consumo ingiustificato di risorse e di riduzione dei danni ai pazienti derivanti dalle prescrizioni inappropriate.

Per la **progettazione** e la realizzazione di tali attività dovrà essere utilizzato il modello metodologico sintetizzato nell'allegato "Il project management per l'assistenza sanitaria" redatto da Kathryn Berger nel 2015 per la Scuola di Sanità Pubblica dell'Università di Harvard.

2. Livello regionale: formazione presso il Cefpas

Al fine di rendere omogeneo lo sviluppo delle attività progettuali nelle aziende del SSR è stato programmato un **corso Executive Master** su "Slow Medicine" e sulla campagna "Choosing Wisely" che avrà luogo presso il CEFPAS di Caltanissetta a decorrere dal prossimo mese di ottobre 2019.

Il corso Executive Master prevede la partecipazione di un professionista per ciascuna azienda, da individuare tra i componenti del gruppo di lavoro aziendale, comprenderà 10 moduli formativi di due giornate ciascuna e avrà la durata complessiva di 140 ore.

Il professionista che parteciperà al corso avrà il compito di:

- trasferire agli altri componenti del gruppo di lavoro aziendale le conoscenze, le informazioni e il materiale didattico acquisiti durante la formazione;
- facilitare le attività che il gruppo di lavoro potrà in essere nel contesto aziendale.

Appare evidente che il processo di individuazione del professionista di cui sopra assume un grande valore strategico per il buon esito del progetto e, pertanto, i professionisti dovranno essere individuati tra coloro che:

- hanno avuto precedenti esperienze nello svolgimento di attività finalizzate al miglioramento qualitativo e organizzativo;
- sono in possesso di competenze nell'analisi critica della letteratura scientifica;
- posseggono adeguate competenze comunicative e di leadership.

Al fine di favorire lo svolgimento del Programma Regionale, considerata la rilevanza strategica e il potenziale vantaggio qualitativo ed economico si chiede alle SS.LL. di garantire la partecipazione del professionista individuato al corso Executive Master, assicurando il rimborso delle spese di missione, e di favorire lo svolgimento delle attività progettuali a livello aziendale.

Allo scopo di consentire allo scrivente Assessorato la programmazione delle attività si chiede alle SS.LL. di trasmettere all'indirizzo PEC dipartimento.attivita.sanitarie@certmail.regione.sicilia.it entro il 31 LUGLIO P.V. le seguenti determinazioni:

- l'Atto deliberativo della costituzione del gruppo di lavoro aziendale;
- il nominativo del professionista individuato con i relativi recapiti.

Il Dirigente del Servizio 8
"Qualità, Governo Clinico e Sicurezza dei pazienti"
Dott. Giuseppe Murolo

Il Dirigente U.O.B 8.1
"Sicurezza dei pazienti e HTA"
Dott. Giovanni De Luca

Il Dirigente Generale
Dipartimento per le Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico
Dott. Maria Letizia Di Liberti

L'Assessore per la Salute
Avv. Ruggero Razza





Ministero del Lavoro, Della Salute e delle Politiche Sociali

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI
ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA
UFFICIO III

Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist



delle Politiche Sociali

Ottobre 2009

4.11 Obiettivo 11. Prevenire le infezioni del sito chirurgico

Le infezioni del sito chirurgico rappresentano un importante problema della qualità dell'assistenza sanitaria e possono determinare aumento significativo della mortalità, delle complicanze e della degenza ospedaliera.

- Le direzioni aziendali devono adottare una strategia aziendale proattiva e formalizzata per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico.
- La procedura aziendale per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico deve contenere informazioni basate sull'evidenza e deve comprendere le raccomandazioni contenute nella linea guida "Antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto - 2008", elaborata nell'ambito del Sistema Nazionale Linee guida (21) incluse le raccomandazioni sull'indicazione alla profilassi antibiotica per tipologia di intervento chirurgico (*Raccomandata, Non raccomandata*).
- La decisione finale riguardante i benefici e i rischi della profilassi antibiotica per ogni singolo paziente dipenderà dal rischio di infezione del sito, dalla potenziale gravità dell'eventuale infezione, dalla efficacia della profilassi per quel determinato intervento, dalle possibili conseguenze della profilassi per quel determinato paziente.
- Gli antibiotici utilizzati per la profilassi delle infezioni devono essere somministrati entro i 30-60 minuti precedenti l'incisione, con il dosaggio appropriato e con lo spettro d'azione efficace nei confronti dei probabili agenti contaminati.
- Prima dell'incisione della cute, l'équipe operatoria deve controllare che gli antibiotici siano stati somministrati entro i 30-60 minuti precedenti l'incisione. Qualora si rendesse necessario l'impiego della Vancomicina, l'inizio della infusione deve essere effettuata prevedendo che il suo completamento debba avvenire entro 1 ora dall'incisione della cute.
- Dovrebbe essere tenuta in considerazione la somministrazione di una dose aggiuntiva intraoperatoria di antibiotico se:
 - ☐ l'intervento è ancora in corso dopo un tempo dall'inizio dell'intervento pari al doppio dell'emivita del farmaco impiegato;
 - ☐ se la procedura chirurgica ha una durata superiore alle quattro ore;
 - ☐ se è presente di una notevole perdita di sangue.

Scheda pre-operatoria per la verifica della corretta identificazione del paziente , del sito chirurgico e della procedura

Ospedale Buccheri La Ferla FBF

Paziente (nome e cognome) ----- Data nascita / /

Intervento programmato ----- Data intervento / /

CHECK DI REPARTO	SIGN IN - SALA RISVEGLIO-	TIME OUT- SALA OPERATORIA- <i>prima dell'incisione</i>	SIGN OUT- SALA OPERATORIA- <i>prima dell'uscita del paziente</i>
<input type="checkbox"/> Consenso anestesilogico <input type="checkbox"/> Consenso chirurgico <input type="checkbox"/> Consenso trasfusione <input type="checkbox"/> Accertata disponibilità sangue (se pertinente) <input type="checkbox"/> Sito operatorio contrassegnato (se pertinente) <input type="checkbox"/> Cartella clinica completa di consensi, esami ed immagini radiologiche <u>il chirurgo di reparto:</u>	<input type="checkbox"/> Il paziente ha confermato: -identità, sede intervento procedura chirurgica, consensi <input type="checkbox"/> Il sito operatorio è marcato <input type="checkbox"/> La tricotomia è stata eseguita <input type="checkbox"/> Il sangue è stato assegnato <u>l'infermiere di SR</u> <input type="checkbox"/> Controlli per la sicurezza dell'anestesia completati <input type="checkbox"/> Presidi per la prevenzione dell'ipotermia perioperatoria <input type="checkbox"/> Briefing anestesilogico eseguito per identificazione rischi del paziente, in particolare: <input type="checkbox"/> allergie <input type="checkbox"/> gestione vie aeree <input type="checkbox"/> rischio di perdite ematiche <input type="checkbox"/> L'accesso venoso è adeguato all'intervento <u>l'anestesista</u>	<input type="checkbox"/> La ferrista ha verificato la sterilità, la completezza e funzionalità dello strumentario <input type="checkbox"/> Il team sanitario (chirurgo, anestesista, infermieri) ha verificato l'identità del paziente, la sede dell'intervento, la procedura chirurgica, il corretto posizionamento <input type="checkbox"/> Anticipazioni di eventuali criticità: <input type="checkbox"/> chirurgo: durata intervento, rischio emorragico, altro <input type="checkbox"/> anestesista: specificità del paziente, classe ASA, altro <input type="checkbox"/> Tutti i componenti dell'equipe si sono presentati con il proprio nome e funzione <input type="checkbox"/> La profilassi antibiotica è stata eseguita nei 30-60 minuti che precedono l'incisione chirurgica <input type="checkbox"/> Le immagini diagnostiche sono state visualizzate (laddove applicabile) <u>l'infermiere di Sala Operatoria</u>	L'infermiere conferma verbalmente insieme al team: <input type="checkbox"/> nome della procedura chirurgica e anestesilogica eseguita <input type="checkbox"/> il conteggio finale di garze, bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico è risultato corretto <input type="checkbox"/> il campione chirurgico con relativo contenitore e richiesta è stato etichettato con l'identificativo del paziente e la descrizione del campione <input type="checkbox"/> Chirurgo, anestesista ed infermiere revisionano gli aspetti importanti e gli elementi critici per la gestione dell'assistenza post-operatoria <input type="checkbox"/> È stato prescritto un piano per la profilassi del tromboembolismo post-operatorio PROCEDURA CHIRURGICA ESEGUITA <u>l'infermiere di Sala Operatoria</u> <u>un chirurgo del team</u>