

**TRATTAMENTO  
PREOPERATORIO E  
PREPARAZIONE  
ALL'INTERVENTO**

# DEFINIZIONE

Si definisce periodo preoperatorio il tempo che intercorre fra la decisione di effettuare un intervento chirurgico e la sua attuazione. Questo periodo può variare da pochi minuti/ore (interventi in emergenza/urgenza) a più settimane, quando l'atto chirurgico deve essere preceduto da una preparazione particolare o da altri trattamenti.

# PROCEDURE CHIRURGICHE

## ➤ EMERGENZE:

intervento eseguito immediatamente al fine di salvare la vita al soggetto;

## ➤ URGENZE:

non è di emergenza ma deve essere praticata non appena le condizioni dell'individuo lo permettono (12-48 ore).

## ➤ NECESSARIE:

interventi che possono essere programmati necessariamente per il benessere della persona (es. tumore o valvulopatie cardiache,).

## ➤ OPZIONALI:

non essenziali (chirurgia estetica migliora l'aspetto e il benessere della persona).

# COMPLESSITÀ PROCEDURE CHIRURGICHE

- **GRADO 1- PICCOLA CHIRURGIA:**  
(escissione lesioni cutanee, drenaggio, ascessi mammari)
- **GRADO 2- MEDIA CHIRURGIA:**  
(ernia inguinale, safenectomia, artroscopia, tonsillectomia)
- **GRADO 3 - MEDIO/ALTA CHIRURGIA:**  
(isterectomia radicale, tiroidectomia totale, prostactectomia endoscopica)
- **GRADO 4 - ALTA E ALTISSIMA CHIRURGIA**  
(polmonare, cardiovascolare, neurochirurgia, colon, stomaco, fegato, emergenze addominali, ecc)

# **CLASSIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI IN RAPPORTO AL RISCHIO CRESCENTE DI CONTAMINAZIONE BATTERICA E DI INFEZIONE**

➤ **PULITI**

➤ **PULITI CONTAMINATI**

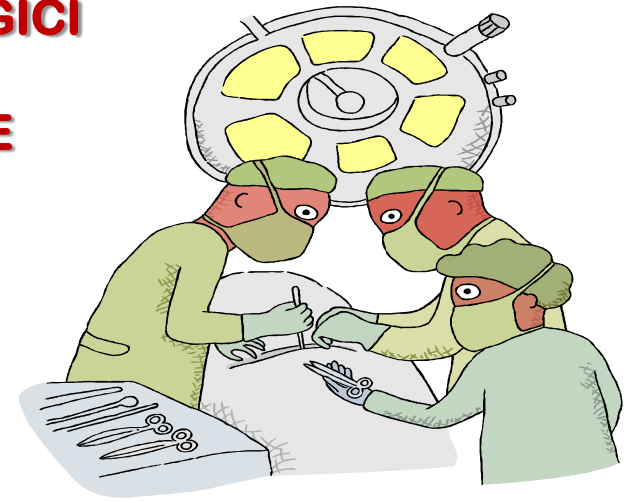
➤ **CONTAMINATI**

➤ **SPORCHI**

# CLASSIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI IN RAPPORTO AL RISCHIO CRESCENTE DI CONTAMINAZIONE BATTERICA E DI INFEZIONE

## ➤ PULITI

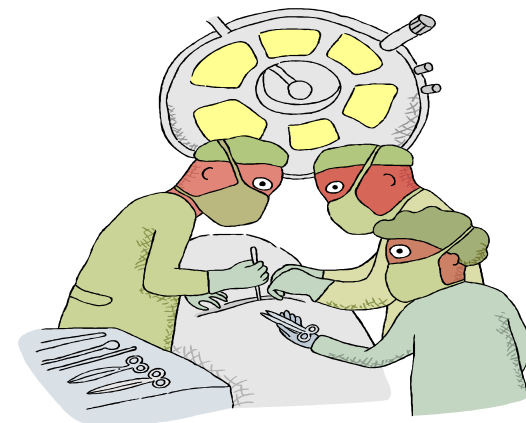
- non traumatici
- senza infiammazione in atto
- senza drenaggi
- senza difetti di tecnica chirurgica
- senza accesso alle vie respiratorie, gastroenteriche, orolaringee ed urogenitali



## ➤ PULITO-CONTAMINATI

- con accesso alle vie respiratorie, gastroenteriche, orolaringee ed urogenitali, ma senza significativa contaminazione
- appendicectomia
- con accesso alle vie biliari ma in assenza di infezione biliare
- con difetto lieve di tecnica chirurgica
- con drenaggi meccanici

# CLASSIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI IN RAPPORTO AL RISCHIO CRESCENTE DI CONTAMINAZIONE BATTERICA E DI INFEZIONE



## ➤ CONTAMINATI

- Ferite traumatiche recenti
- Con ampia fuoriuscita di contenuto del tratto gastroenterico
- Con accesso alle vie urinarie o biliari in presenza, rispettivamente di infezione urinaria o biliare
- Con difetto grave di tecnica chirurgica
- Con incisione chirurgica in regione sede di flogosi acuta non purulenta

## ➤ SPORCHI (O INFETTI)

- Ferita traumatica con ritenzione di tessuto devitalizzato, corpi estranei, contaminazione fecale o trattamento ritardato
- Con perforazione di viscere
- Con presenza di raccolta purulenta in sede di intervento

# PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO

Preparare un paziente ad affrontare e superare un intervento chirurgico, equivale a ricercare, identificare e correggere (se possibile) alterazioni della normale fisiologia che potrebbero comprometterne il decorso postoperatorio e la guarigione.



**RIDURRE IL COSIDDETTO "RISCHIO OPERATORIO".**



# **RISCHIO OPERATORIO**

*Rappresenta il pericolo di vita del  
paziente che deriva dall'intervento  
chirurgico e da diversi fattori, che  
sommatisi aggravano la situazione*

# IL PAZIENTE CHIRURGICO

## ➤ A BASSO RISCHIO

in ottime condizioni generali, affetti da una malattia localizzata, senza ripercussioni sull'intero organismo (appendicite acuta, calcolosi della colecisti, etc).

## ➤ A RISCHIO INTERMEDIO

persone di età avanzata senza o con modeste alterazioni sistemiche, etc.

## ➤ AD ALTO RISCHIO

sono quei soggetti con malattie gravi e compromissione generale e/o con patologia a carico di organi vitali (cuore, polmoni, etc).

# RISCHIO LEGATO ALL'INTERVENTO

- Tipo di intervento
- Tipo di anestesia
- Gravità della patologia per cui è richiesto  
l'atto chirurgico
- Possibilità o meno di effettuare una valutazione  
e/o preparazione preoperatoria

# **RISCHIO LEGATO A FATTORI INDIVIDUALI**

- **Età: bambini/anziani**
- **Stato nutrizionale: denutrizione-malnutrizione/obesità**
- **Diabete**
- **Uso di tabacco o alcool**
- **Uso di Steroidi**
- **Infezioni**
- **Alterazioni della coagulazione (congenite o acquisite)**
- **Alterazioni della funzione respiratoria**
- **Alterazioni della funzione renale**
- **Alterazioni della funzione cardiaca**

### ETÀ (Bambino)

- La risposta varia grandemente a seconda che si tratti di un neonato (specie se prematuro), di un lattante o di un divezzo
- Una perdita ematica o idrica determinano alterazioni diverse rispetto all'adulto; particolare attenzione va posta in presenza di vomito e/o diarrea.
- Tanto più piccolo è il bambino e tanto maggiore è il rischio di disidratazione.
  - turgore cutaneo
  - tensione delle fontanelle
  - infossamento dei bulbi oculari
  - quantità della diuresi
- Febbre e polipnea aumentano le perdite di liquidi
- L'iperidratazione è altrettanto pericolosa della disidratazione

### ETÀ (Bambino)

La **DISPNEA** e la **CIANOSI** sono segni di alterata ventilazione e/o funzione cardiocircolatoria, per patologia infettiva o malformativa, e vanno corrette prima di ogni atto operatorio con:

- Aspirazione delle secrezioni mucose
- Cambiamento di decubito
- Massaggio toracico
- Adeguata umidità e ossigenazione dell'ambiente
- Prevenzione della distensione addominale facendo ricorso al sondino nasogastrico e alla nutrizione parenterale

# ETÀ (Anziano)

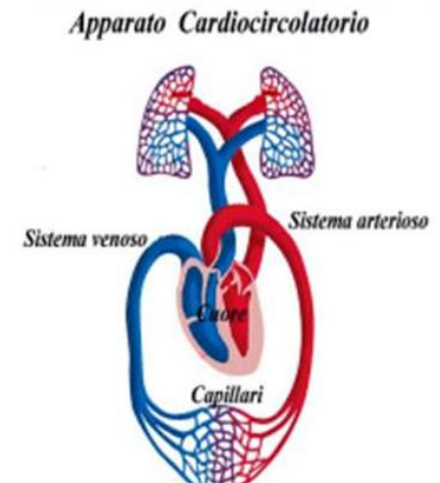
- Ridotta capacità funzionale di organi ed apparati
- Alta incidenza di complicazioni postoperatorie
- Elevata mortalità operatoria
- Patologie d'organo associate

### ❖ CUORE

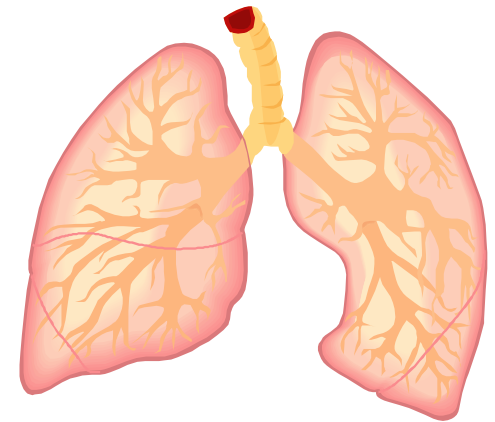
- Cardiomiopatie
- Coronaropatie
- Alterazioni del ritmo
- Alterazioni della conduzione atrio-ventricolare

### ❖ VASI

- arteriosclerosi
- ipertensione
- trombosi venose e arteriose;
- l'ipovolemia, dannosa a livello cardiaco e cerebrale



### ETÀ (Anziano)



#### ➤ Patologie d'organo associate

#### ❖ APPARATO RESPIRATORIO

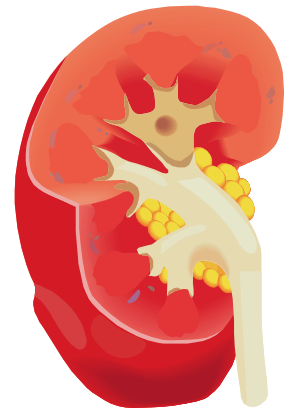
- Bronco pneumopatie cronico ostruttive [BPCO]
- Riduzione dell'elasticità parenchimale
- Ridotta perfusione
- Atelettasie
- Debolezza della muscolatura

Vanno diagnosticate preoperatoriamente:

- Indagini radiografiche
- Indagini funzionali [PFR]
- Emogasanalisi [EGA])



### ETÀ (Anziano)



Patologie d'organo associate

#### ❖ RENE E VIE ESCRETRICE

Identificare preo-peratoriamente poiché sono potenzialmente causa di gravi complicazioni:

- Ipertrofia prostatica,
- Sclerosi del collo vescicale
- Calcolosi vescicale
- Insufficienza renale cronica

Nel postoperatorio:

- monitorare la diuresi (giornaliera o oraria)
- catetere a dimora
- bilancio idroelettrolitico

# ETÀ (Anziano)



### Patologie d'organo associate

#### ❖ STATI LATENTI DI DENUTRIZIONE

- Edentulia
- Infezioni e flogosi gengivali
- Anoressia
- Demenza

#### ❖ DISIDRATAZIONE

alterazione del centro ipotalamico della sete su base vascolare

- terapie diuretiche
- purghe
- clisteri e diete nel periodo preoperatorio

#### ❖ FLOGOSI CRONICHE (bronchiali, urinarie)

#### ❖ TURBE DEL METABOLISMO (diabete)

# **MALNUTRIZIONE E DENUTRIZIONE**

- **INSUFFICIENTE O ALTERATO APPORTO NUTRIZIONALE**  
(anoressia nervosa o secondaria a stati patologici che impediscono una normale alimentazione per os)
- **ALTERATO ASSORBIMENTO DEGLI ALIMENTI**  
(morbo celiaco, pancreatite cronica, malattie infiammatorie croniche e nella sindrome da intestino corto)
- **ELEVATA PERDITA DI SOSTANZE NUTRIENTI**  
(fistole enterocutanee, ascite, etc)
- **STATI IPERCATABOLICI**  
(interventi chirurgici, traumi, infezioni, etc)
- **MALATTIA NEOPLASTICA**  
(possono concorrere diverse cause quali la malnutrizione, il malassorbimento e l'aumento del fabbisogno energetico)

# MALNUTRIZIONE E DENUTRIZIONE

Lo stato nutrizionale viene determinato con misurazione di indici:

➤ **ANTROPOMETRICI:**

peso abituale/peso attuale, statura, circonferenza del braccio, spessore della plica cutanea

➤ **BIOUMORALI:**

albuminemia, creatininuria delle 24 ore (nei soggetti con funzionalità renale normale è indice reale della massa muscolare corporea)

➤ **IMMUNOLOGICI:**

conta dei linfociti; dosaggio delle immunoglobuline sieriche

La correzione dello stato nutrizionale deve essere iniziata nel periodo preoperatorio anche mediante alimentazione artificiale {con nutrizione parenterale totale [NPT]}, o per via enterale

# OBESITÀ

Il paziente obeso presenta un maggior rischio operatorio in senso generale sulla base di diversi possibili meccanismi fisiopatologici.

- **RIDOTTA CAPACITÀ VENTILATORIA POSTOPERATORIA**  
maggiore dispendio energetico, scarsa riserva respiratoria, tendenza all'ipossia periferica
- **SOVRADOSAGGI DI ANESTETICI**  
liposolubilità della maggior parte degli anestetici, lenti e ritardati risvegli, turbe neurovegetative e circolatorie
- **INTOLLERANZA AL GLUCOSIO**  
ridotta resistenza alle infezioni

Una diminuzione di peso prima dell'intervento è pertanto sempre auspicabile, sebbene diete drastiche, anche se per brevi periodi, non siano indicate poiché possano essere causa di squilibri idroelettrolitici, talora più dannosi dell'obesità stessa.

# DIABETE

Il paziente diabetico risente maggiormente del trauma chirurgico (che da solo può aggravare lo stato diabetico) ed è più esposto alle complicazioni infettive

### ➤ DIABETE IN BUON COMPENSO

ben controllate durante e dopo l'atto chirurgico usando solo insulina pronta

### ➤ DIABETE GRAVE

alterazioni di organi e apparati (vasi, reni e cuore) la cui entità va attentamente valutata prima dell'intervento.

Vanno risolti sia l'acidosi che il coma

- *coma diabetico o iperglicemico o chetoacidotico:*  
caratterizzato dall'iperglicemia e dalla presenza di corpi chetonici nel sangue e nelle urine
- *coma ipoglicemico:*  
caratterizzato dall'ipoglicemia e ha come elemento distintivo la presenza di sudorazione profusa.

# INFEZIONI

- Qualsiasi infezione (vie urinarie, respiratorie etc.) Va risolta o circoscritta prima dell'atto chirurgico allo scopo di ridurre il rischio operatorio generale, quello di ulteriori complicanze infettive e la degenza ospedaliera
- Quando indicata, la terapia antibiotica dovrà essere effettuata preferibilmente sulla scorta dell'antibiogramma
- L'uso profilattico di antibiotici in chirurgia è riservato agli interventi contaminati o ad alto rischio di contaminazione (interventi, sul colon-retto, su focolai settici, sull'apparato genitale femminile) ai pazienti immunodepressi (traumi, ustioni, neoplasie, diabete, obesità, denutrizione etc), e a procedure in cui sia previsto l'impianto di protesi.

### **ALTERAZIONI METABOLICHE**

(squilibri idro-elettrolitici, alterazioni della crasi ematica, deficit coagulazione, deficit proteici, iperglicemia, etc)

### **ALTERAZIONI RESPIRATORIE**

(BPCO, atelectasie, etc.)

### **ALTERAZIONI CARDIOVASCOLARI**

(ipertensione arteriosa, cardiopatie pregresse o in atto, aritmie, etc)

### **ALTERAZIONI FUNZIONE RENALE**

(insufficienza renale con alterata produzione di urine, etc)



### RISCHIO TROMBOEMBOLICO

- **Eta' > 45 anni**
- **Durata dell'intervento > 3 ore**
- **Obesità**
- **Presenza di varici arti inferiori**
- **Immobilizzazione**
- **Pregressa TVP**
- **Embolia polmonare**
- **Uso di contraccettivi orali**

# RISCHIO EMORRAGICO

- Storia familiare e/o pregressa di sanguinamenti
- Fenomeni emorragici post assunzione di FANS
- Assunzione di farmaci anticoagulanti/antiaggreganti piastrinici
- Insufficienza epatica
- Deficit coagulativi
- Paziente in trattamento anticoagulante orale questo deve essere sospeso almeno 48-72 ore prima dell'intervento e sostituito con terapia eparinica (eparine a basso peso molecolare)
- Aspirina (sospendere 5gg prima, in caso di cardiopatia no)
- Contraccettivi orali vanno sospesi 30 giorni prima
- In caso di insufficienza epatica e ittero è indicata la somministrazione preoperatoria di vitamina K

# **LA PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO CHIRURGICO**

Consente di "far arrivare" la persona che si sottopone ad intervento chirurgico nelle migliori condizioni possibili e rende più agevole il decorso post-operatorio, contribuendo al successo clinico e funzionale della procedura.

# **NURSING PERIOPERATORIO**

**Modalità di ricovero**

**Preparazione diagnostica**

**Preparazione all'intervento**



**COMPILAZIONE CARTELLA CLINICA INTEGRATA**

# NURSING PERIOPERATORIO

- Attività di nursing esplicata nelle fasi preoperatorio, intraoperatorio e post operatorio, dell'esperienza chirurgica della persona sottoposta ad intervento chirurgico
- Le incombenze degli infermieri nel contesto perioperatorio si esplicano negli ospedali, nei centri di chirurgia e negli ambulatori chirurgici e nei Day Hospital o chirurgia breve

# MODALITÀ DI RICOVERO

## ➤ Elezione/programmato

(pre-ospedalizzazione, la cartella clinica va compilata all'atto dell'accettazione del paziente, mentre il ricovero verrà registrato solo quando il paziente viene materialmente ricoverato in ospedale)

## ➤ Emergenza/urgenza (Ricovero Ordinario)

## ➤ Day surgery/one day surgery/PACC

(Ricovero, registrato come day-Hospital al momento dell'accettazione del paziente, massimo tre accessi)

## ➤ Ambulatoriale

Ricovero, può essere registrato come day-Hospital

# REPARTO DI DEGENZA CHIRURGICO

- Ambiente igienico atto a salvaguardare la salute del paziente chirurgico
- Microclima secondo le indicazioni di legge nelle camere di degenza
- Ambienti per personale infermieristico, cucinetta, servizi igienici per pazienti e per raccolta materiali sporchi
- Locale per anamnesi visite al paziente medicazioni e preparazione dei pazienti in DH surgery.

# ELEZIONE - PROGRAMMATO

Pre-ospedalizzazione:

- Preparazione del paziente all'intervento chirurgico, mediante l'esecuzione di esami diagnostici e strumentali.
- Ciò permette la riduzione del periodo di ricovero preoperatorio
- Durante una sola mattinata, è possibile essere sottoposto a tutti gli accertamenti necessari per affrontare un intervento chirurgico, compresa la visita cardiologica e quella anestesiologicala
- In questo modo è possibile essere ricoverati anche il mattino stesso dell'intervento, evitando una notte in Ospedale, con almeno due risultati attesi :
  - Riduzione dello stress emotivo
  - Minor incidenza di complicanze settiche, relative alla minor permanenza in ambiente ospedaliero: è noto infatti che la permanenza in ospedale è in grado di modificare, in senso negativo, la tipologia della flora batterica della cute



# DAY SURGERY - ONE DAY SURGERY

- La Day Surgery rappresenta un complesso organizzativo mediante il quale viene realizzata la possibilità di effettuare interventi chirurgici o anche talune procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, in anestesia generale, locoregionale o locale.
- La One Day Surgery è un ricovero in day surgery che prevede il pernottamento del paziente nel giorno di esecuzione dell'intervento chirurgico e che consente atti chirurgici più complessi (es. laparoscopia), interventi gravati da possibili complicanze (tonsillectomia), assistenza a pazienti con problemi logistici o socio-familiari.

# CENNI STORICI

Reprinted from THE BRITISH MEDICAL JOURNAL, Sept. 18, 1909

## THE SURGERY OF INFANCY

By JAMES H. NICOLL, M.B., C.M.GLASG.,

*Surgeon, Western Infirmary; and to the Royal Hospital for Sick Children, Glasgow.*

THE LANCET]

ORIGINAL ARTICLES

[SEPT. 10, 1955

### EARLY AMBULATION WITH SPECIAL REFERENCE TO HERNIORRHAPHY AS AN OUTPATIENT PROCEDURE \*

ERIC L. FARQUHARSON  
M.D., F.R.C.S.E., F.R.C.S.

*SURGEON, ROYAL INFIRMARY OF EDINBURGH*

## Work of a day-bed unit 1972-8

J B RAINEY, C V RUCKLEY

*British Medical Journal, 1979, 2, 714-717*



## Day Surgery Development and Practice

Chapter 1 | The development of ambulatory surgery and future challenges  
*Paul Jarrett, Andrzej Staniszewski*

Reprint of the First International Edition 2006

# EVOLUZIONE STORICO-LEGISLATIVA IN ITALIA

Guzzanti E, et al: "Day surgery: concetti e possibilità di attuazione".  
Federazione medica. 1 gennaio 1993: 7-13

## II SEZIONE DEL CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITÀ 14/2/95

- la chirurgia di giorno/Day Surgery, venne ricompresa nella chirurgia ambulatoriale;
- la possibilità del pernottamento venne esclusa.
- Personale infermieristico e medico, con sufficiente maturità ed anzianità professionale.
- Esclusione delle strutture autonome private geograficamente distanti da ospedali

## II SEZIONE DEL CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITÀ 14/6/95

Viene introdotto il pernottamento:

- Interventi gravati da più frequenti complicanze;
- Interventi nei i quali è necessario garantire un adeguato periodo di osservazione postoperatorio;
- Trasferimento di un maggior numero di interventi effettuabili in tale regime assistenziale;
- offrire questa tipologia di trattamento anche a pazienti il cui luogo di residenza è lontano dalla sede di ricovero.

# EVOLUZIONE STORICO-LEGISLATIVA IN ITALIA

Il Ministro della Salute con la collaborazione dell'ASSR (ora Agenas), del Gruppo nazionale multidisciplinare per la diffusione della chirurgia di giorno e delle principali Società scientifiche



PROPOSTA DI REGOLAMENTAZIONE DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI E DELLE PROCEDURE INTERVENTISTICHE DIAGNOSTICHE E/O TERAPEUTICHE DA EFFETTUARE IN REGIME DI ASSISTENZA CHIRURGICA A CICLO DIURNO

- Definizione di chirurgia ambulatoriale e di Day Surgery;
- Modelli organizzativi e le sedi di attuazione;
  - Posti letto dedicati nell'Unità di degenza ordinaria;
  - Unità di degenza dedicate;
  - Unità autonome;
- Il pernottamento e la sorveglianza postoperatoria;

*Guzzanti E, et al: "Day Surgery: evoluzione dei concetti e delle iniziative in Italia e proposte per la regolamentazione."*

*Rivista di Studi e Ricerche sui Servizi Sanitari Regionali. 1997;4:73-106*

# EVOLUZIONE STORICO-LEGISLATIVA IN ITALIA

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 23 luglio 1998

Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000. (GU Serie Generale n.288 del 10-12-1998 - Suppl. Ordinario n. 201)

Commissione di Studio sulla day surgery e la chirurgia ambulatoriale  
"Proposta per L'organizzazione e lo sviluppo e regolamentazione delle attività chirurgiche a ciclo diurno"  
Ministero della Sanità, decreto Ministeriale del 12 settembre 2000

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 29 novembre 2001

Definizione dei livelli essenziali di assistenza (GU Serie Generale n.33 del 08-02-2002 - Suppl. Ordinario n. 26)

DRG Chirurgici ad alto rischio di inappropriatezza (43 Totali)		
	DRG	DESCRIZIONE
1.	006	Decompressione del tunnel carpale
2.	025	Convulsioni e cefalea
3.	039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia
4.	040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni
5.	041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni
6.	042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino (eccetto trapianti di cornea
7.	055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola
8.	119	Legatura e stripping di vene
9.	158	Interventi su ano e stoma senza CC
10.	160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (eccetto ricoveri 0-1 gg)
11.	162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (eccetto ricoveri 0-1 giorni)
12.	163	Interventi per ernia, età < 18 anni (eccetto ricoveri 0-1 giorno)
13.	222	Interventi sul ginocchio (codice intervento 80.6)
14.	232	Artroscopia
15.	262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne (cod. interv. 85.20 e 85.21)
16.	267	Interventi perianali e pilonidali
17.	270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC
18.	364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne
(Tratto da Allegato C - DPCM del 29 novembre 2001)		




# EVOLUZIONE STORICO-LEGISLATIVA IN ITALIA

DRG Chirurgici ad alto rischio di inappropriatezza (108 Totali)		
	DRG	DESCRIZIONE
1.	06	Decompressione del tunnel carpale
2.	08	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC
3.	36	Interventi sulla retina
4.	38	Interventi primari sull'iride
5.	39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia
6.	40	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni
7.	41	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni
8.	42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino (eccetto trapianti di cornea)
9.	51	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia
12.	55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola
11.	59	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni
12.	60	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni
13.	61	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni
14.	62	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni
15.	119	Legatura e stripping di vene
16.	158	Interventi su ano e stoma senza CC
17.	160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (eccetto ricoveri 0-1 gg)
18.	162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC (eccetto ricoveri 0-1 giorni)
19.	163	Interventi per ernia, età < 18 anni (eccetto ricoveri 0-1 giorno)
20.	168	Interventi sulla bocca con CC
21.	169	Interventi sulla bocca senza CC
22.	227	Interventi sui tessuti molli senza CC
23.	228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC
24.	229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC
25.	232	Artroscopia
26.	262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne (cod. interv. 85.20 e 85.21)
27.	266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC
28.	268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella
29.	270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC
30.	339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni
31.	340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni
32.	342	Circoncisione, età > 17 anni
33.	343	Circoncisione, età < 18 anni
34.	345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne
35.	360	Interventi su vagina, cervice e vulva
36.	362	Occlusione endoscopica delle tube
37.	364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne
38.	377	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico
39.	381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia
40.	503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione
41.	538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna ec-cetto anca e femore
Tratto da allegato A - Intesa Stato Regioni del 03.12.2009		

- 1° ACCESSO (PREOSPEDALIZZAZIONE)
- 2° ACCESSO (INTERVENTO CHIRURGICO)
- 3° ACCESSO (CHIUSURA CARTELLA)
  - Al Controllo Ambulatoriale se DS
  - Alla Dimissione in caso di pernottamento





Ministero della Salute  
0034783-P-23/10/2008  
DGPROG 1.9 b/1

*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 VI - Federalismo  
DELL'EX MINISTERO DELLA SALUTE

27764353

Agli Assessorati alla Sanità  
delle Regioni e Province Autonome

LORO SEDI

**OGGETTO:** Indicazioni per la compilazione e codifica delle informazioni anagrafiche ed amministrative contenute nel tracciato nazionale della scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

Le prestazioni chirurgiche che prevedono un solo pernottamento, la cosiddetta "one day surgery", devono essere indicate nella SDO come prestazioni in regime ordinario

# **CRITERI DI SELEZIONE DEI PAZIENTI**

- **PERSONALI**
- **CLINICI**
- **PSICHIATRICI E PSICOLOGICI**
- **FAMILIARI**
- **LOGISTICI E SOCIALI**
- **LEGISLATIVI**

# **DAY SURGERY - ONE DAY SURGERY**

- Utilizzo da esterno di strutture per piccola chirurgia
- Riduzione dei costi
- Miglioramento indici di occupazione e produttività operatoria
- Minor impatto psicologico e sociale del paziente
- Minor possibilità di incorrere ad infezioni ospedaliere
- Riduzione dei tempi di intervallo dal lavoro per l'assistito



# DAY SURGERY - ONE DAY SURGERY

- Esiste una lista d'attesa
- Personale infermieristico e medico con autonomia gestionale (dimissione pz nei tempi previsti)
- Coordinatore pianifica le attività
- L'infermiere si occupa dell'accettazione del paziente compilazione cartella clinica, lettura e archiviazione esiti esami, sorveglianza del paziente prima della sua dimissione
- I rapporti con il paziente sono anche indiretti: comunicazioni telefoniche per procedure amministrative o preparazione ad esami ed un apporto educativo a paziente e famiglia per la corretta gestione a domicilio (rapporto di fiducia)

# DAY SURGERY - ONE DAY SURGERY

- Il pz ha eseguito tutti gli accertamenti vengono esclusi i pz con malattie sistemiche gravi e difetti emocoagulativi broncopneumopatie ostruttive, diabete non controllabile, cardiopatologie ecc.
- Interventi di breve durata
- La struttura deve possedere tutti i requisiti previsti dalla legge per le normali S.O.
- Anamnesi infermieristica
- Scheda di consenso informato firmato e testimoniato, nella quale viene indicata la regione dell'intervento (arti per es)
- Spiegare la necessità di eseguire determinati esami
- Valutazione delle caratteristiche del paziente che possono indicare un rischio operatorio

# I PERCORSI AMBULATORIALI COMPLESSI E COORDINATI (PACC)



## ARTICOLAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI DAY SERVICE AMBULATORIALE

- Definizione del modello assistenziale di day service ambulatoriale
- Ambiti di applicazione
- Linee generali di organizzazione

**Abbattimento dei DH medici collegati ai DRG ad alto rischio di non appropriatezza**

# I PERCORSI AMBULATORIALI COMPLESSI E COORDINATI (PACC)

BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE CAMPANIA - N. 23 DEL 23 APRILE 2007

REGIONE CAMPANIA - Giunta Regionale - Seduta del 30 marzo 2007 - Deliberazione N. 546 - Area Generale di Coordinamento N. 19 - Piano Sanitario Regionale e Rapporti con le UU.SS.LL. - N. 20 - Assistenza Sanitaria - Interventi per la promozione dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri - Adeguamento delle soglie massime di ricovero ai sensi dell'allegato 2C del DPCM 20.11.2001 - Livelli Essenziali di Assistenza - Istituzione del modello organizzativo del Day Service.

BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE CAMPANIA - N. 8 DEL 9 FEBBRAIO 2009

REGIONE CAMPANIA - Giunta Regionale - Seduta del 23 gennaio 2009 - Deliberazione N. 102 - Area Generale di Coordinamento N. 20 - Assistenza Sanitaria - Modifiche ed integrazioni alla deliberazione n° 2040 del 23 dicembre 2008 "Modello organizzativo del day-service (DGRC 546/2007): ulteriori indicazioni sulle modalità operative di erogazione del day-service e sulle modalità di remunerazione; definizioni di specifici Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC) e relativi flussi informativi.

BOLLETTINO UFFICIALE  
della REGIONE CAMPANIA

n. 20 del 31 Marzo 2014

PARTE I Atti della Regione

## DECRETO n. 17 DEL 20.03.2014

Oggetto: Linee guida per migliorare l'appropriatezza della funzione ospedaliera ed il potenziamento di forme alternative al ricovero. Revoca del decreto del commissario ad acta n. 58 del 30.09.2010.

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 2 aprile 2015, n. 70

Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. (15G00084) (GU Serie Generale n.127 del 04-06-2015)

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 12 gennaio 2017

Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015) (GU Serie Generale n.65 del 18-03-2017 - Suppl. Ordinario n. 15)

BOLLETTINO UFFICIALE  
della REGIONE CAMPANIA

n. 32 del 30 Aprile 2018

PARTE I Atti della Regione

## DECRETO N. 31 DEL 19.04.2018

OGGETTO: Interventi tesi a migliorare l'appropriatezza organizzativa dei Ricoveri Ospedalieri: "Linee guida per l'attuazione dei percorsi ambulatoriali complessi e coordinati (PACC) - modifiche ed integrazioni del DCA n.35 del 8.8.2017 e del DCA n.4 del 17.01.2018" (acta vii: "attuazione degli interventi rivolti all'incremento della produttività e della qualità dell'assistenza erogata dagli Enti del Servizio Sanitario Regionale").

## PACC PECULIARITÀ:

- La presa in carico → "case-manager"
- L'organizzazione complessa ed integrata
- Prestazioni incluse in liste ragionate
- La durata di 30gg dall'attivazione
- Numero limitato di accessi (massimo 3)
- Apposita lista di prenotazione

## ➤ PER GLI UTENTI

- Presa in carico in percorsi assistenziali incentrati sul reale bisogno di salute
- Accesso sanitario e amministrativo facilitato
- Riduzione del tempo di attesa

## ➤ PER L'AZIENDA SANITARIA

- Ampliamento dell'offerta e miglioramento della qualità dell'assistenza
- Riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza
- Ottimizzazione delle risorse
- Migliore utilizzo dei servizi diagnostici
- Riduzione delle liste di attesa e del carico amministrativo

## ➤ PER LA REGIONE

- Riduzione del tasso di ospedalizzazione
- Miglior utilizzo in generale dei servizi sanitari
- Miglioramento della appropriatezza e della qualità della pratica clinica
- Garanzia di continuità assistenziale per l'integrazione tra i professionisti
- Miglioramento della customer satisfaction.



# CHIRURGIA AMBULATORIALE

Spesso in strutture del tutto distaccata dalle sezioni destinate al ricovero

- Piccola chirurgia
- Endoscopia digestiva
- Senologia
- Ecografia interventistica
- Coloproctologia
- Diagnostica vascolare, etc..

# **L'INFERMIERE IN D.H. CHIRURGICO**

- Raccolta dati alla prima visita ambulatoriale  
apertura scheda ambulatoriale
- Indagini diagnostiche strumentali che non richiedono anestesia
- Piccoli interventi in anestesia locale senza vigilanza anestesiológica
- Medicazioni post operatorie
- Follow up funzionali oncologici

# L'INFERMIERE IN D.H. CHIRURGICO

- Valutazione condizioni generali del paziente
- Programmare il periodo perioperatorio
- Controllare, istruire e valutare il paziente
- Personale con capacità di coordinamento delle attività ambulatoriali
- Personale inf, medico ausiliario

Ambienti igienicamente sani, forniti di lavandini, ben illuminati e areati, dotati di sistemi di erogazione di O<sub>2</sub> e per aspirazione di gas anestetici



# PREPARAZIONE DIAGNOSTICA

- Indagini a scopo diagnostico in relazione al quadro clinico del paziente
- Indagini necessarie alla valutazione del rischio anestesiológico
  - Indagini ecografiche (non invasive)
  - INDAGINI RADIOGRAFICHE (Rx torace, +o-invasive)
  - Indagini endoscopiche
  - INDAGINI DI LABORATORIO (emocromo, elettroliti, coagulazione, funzionalità renale ed epatica, urine, determinazione gruppo sanguigno markers epatitici)
  - Elettrocardiogramma
  - Consulenze (in base alle condizioni del paziente , al tipo di intervento chirurgico, al rischio, ad eventuali richieste da parte del medico anestesista)

# VISITA ANESTESIOLOGICA

- Valutazione condizioni cliniche che potrebbero avere una certa rilevanza nella scelta del trattamento anestesiológico.
- Valutazione opportunità o meno di ulteriori indagini mediche necessarie a completare la valutazione preoperatoria.
- Valutazione eventuale assunzione di farmaci, precedenti anestesiológicos del paziente e dei familiari (ipertermia maligna), eventuali allergie o intolleranza a farmaci, metalli, gomma (lattice) ed altro
- Valutazione Esami del sangue, ECG ed eventualmente RX Torace

# VISITA ANESTESIOLOGICA

- Sulla scorta dei vari dati clinico-strumentali sarà elaborata una valutazione del Rischio Anestesiologico e Cardiologico anche in funzione del tipo di chirurgia a cui dovrebbe essere sottoposto il paziente.
- La classificazione ASA (per il rischio anestesiologico) è quella accettata a livello internazionale e permette una categorizzazione dei pazienti in funzione della presenza o meno di alterazioni organiche o funzionali dell'organismo al momento del trattamento chirurgico ed anestesiologico. Si distinguono 5 Classi che definiscono livelli crescenti di rischio a partire dalla Classe I fino alla Classe V.
- Questa fase si concluderà obbligatoriamente con la firma da parte del paziente e dell'anestesista del Consenso Informato

# CLASSIFICAZIONE ASA

CLASSE	DESCRIZIONE
I	Nessuna alterazione organica, biochimica o psichiatrica Esempio: ernia inguinale in paziente senza alcuna malattia
II	Malattia sistemica lieve correlata o no alla ragione dell'intervento chirurgico Esempio: bronchite cronica; obesità moderata; diabete controllato; infarto del miocardio di vecchia data ; ipertensione arteriosa moderata
III	Malattia sistemica severa ma non invalidante correlata o no alla ragione dell'intervento chirurgico Esempio: cardiopatia ischemica con angor; diabete insulino dipendente; obesità patologica; insufficienza respiratoria moderata.
IV	Malattia sistemica grave con prognosi severa che pregiudica la sopravvivenza indipendentemente dall'intervento chirurgico Esempio: insufficienza cardiaca severa; angina instabile; aritmie refrattarie al trattamento; insufficienza respiratoria, renale, epatica ed endocrina avanzata
V	Paziente moribondo che non sopravviverà nelle 24 ore successive, che viene sottoposto all'intervento chirurgico come ultima possibilità Esempio: rottura aneurisma aorta con grave stato di shock
E	Ogni intervento chirurgico non dilazionabile e che non consente una completa valutazione del paziente e la correzione di ogni anomalia: La lettera E viene aggiunta alla corrispettiva classe ASA

# ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO

- Approccio multidisciplinare nella raccolta/compilazione
- Raccolta dati anagrafici
- Diagnosi d'ingresso
- Anamnesi
- Valutazione modelli funzionali/stili di vita
- Parametri vitali
- Fattori di rischio (es. Scala braden)

# ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO

## ESAME OBIETTIVO

- Altezza e peso corporeo (BMI)
- Colorito e caratteristiche della cute (edemi, secchezza...)
- Caratteristiche della respirazione
- Postura, deambulazione e mobilità degli arti
- Orientamento temporo-spaziale
- Terapia domiciliare
- Allergie (profilassi antiallergica preoperatoria)
- Normativa privacy e trattamento dati sensibili

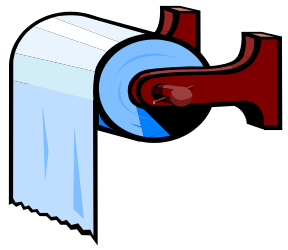
# TERAPIA FARMACOLOGICA DOMICILIARE

- Farmaci non correlati al motivo dell'intervento; valutare con il medico l'indicazione alla sospensione o al proseguimento nel periodo perioperatorio.
- Possono essere assunti anche la mattina dell'intervento con poca acqua:
  - Antiipertensivi
  - Antiaritmici
  - Antianginosi
  - Digitalici
  - Broncodilatatori
  - Anticonvulsivanti
  - Antiparkinson
  - Terapia sostitutiva della tiroide

# PREPARAZIONE INTESTINALE

Un'adeguata preparazione intestinale, costituisce uno dei più importanti obiettivi che il chirurgo si sforza di raggiungere nell'intento di migliorare i risultati dopo interventi di chirurgia colo-rettale, riducendo la percentuale di complicanze settiche.



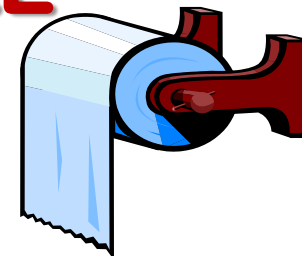


# PREPARAZIONE INTESTINALE

Una corretta preparazione intestinale , insieme alla Short-Term (profilassi antibiotica), offre dei notevoli vantaggi e cioè :

- Diminuisce l'incidenza delle infezioni post-operatorie;
- Migliora la cicatrizzazione delle anastomosi, aumentando le difese antibatteriche tessutali a livello della ferita;
- Permette di effettuare una corretta tecnica chirurgica.

# PREPARAZIONE INTESTINALE

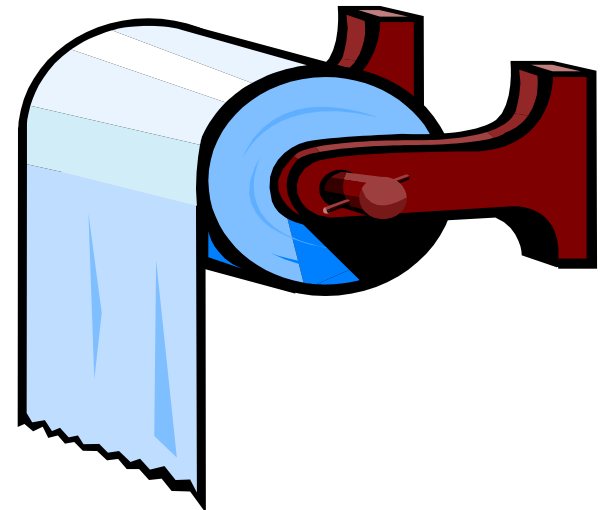


- Varia in base al tipo di intervento
- Alcuni interventi non prevedono tale preparazione (es. mammella, chirurgia ambulatoriale, etc.)
- In associazione alla preparazione intestinale si utilizza un regime dietetico appropriato (chirurgia tratto gastro-enterico)
- La dieta deve essere iniziata alcuni giorni prima dell'atto chirurgico
- Deve essere priva di scorie, iperproteica, ipercalorica ed arricchita di vitamine

# PREPARAZIONE INTESTINALE

I lassativi impiegati per la pulizia del colon, in base ai loro effetti farmacologici, possono essere distinti in:

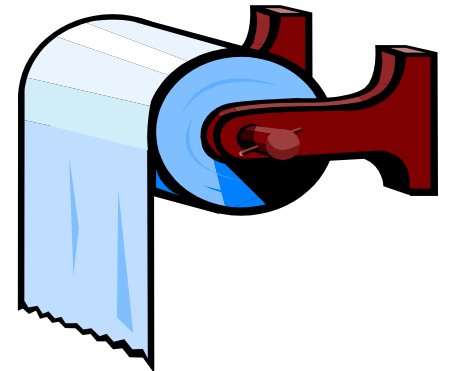
- Purganti stimolanti
- Osmotici
- Lubrificanti



# PURGANTI STIMOLANTI

Agiscono stimolando le contrazioni muscolari dell'intestino e aumentando il contenuto di acqua nelle feci, facilitandone in tal modo l'evacuazione.

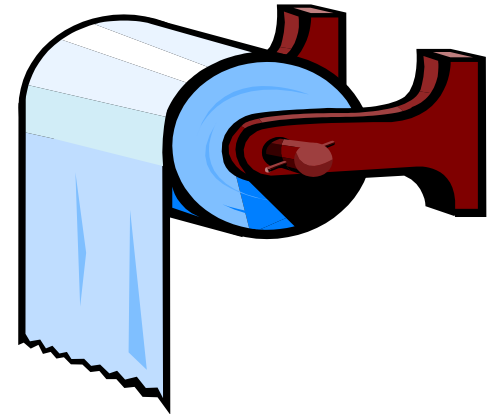
- Olio di ricino
- Antrachinonici (sena, aloe, rabarbaro)
- Sennosidi (pursennid)



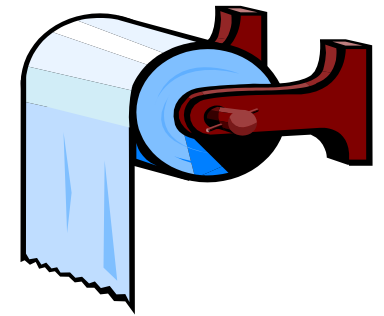
# PURGANTI SALINI O OSMOTICI

- Sostanze che agiscono per osmosi in quanto, non venendo assorbite a livello intestinale, richiamano acqua all'interno del lume con aumento del contenuto intestinale che stimola la peristalsi
- Vengono però in parte assorbiti e ciò può comportare disturbi sistemici a carico dell'equilibrio idroelettrolitico se usati in grande quantità o di frequente; per queste ragioni non dovrebbero essere somministrate a pazienti con funzione renale compromessa o con scompenso cardiaco.

- Sali di magnesio
- Citrato di mg
- Solfato di sodio
- Fosfato di sodio
- Tra i più conosciuti c'è il PEG, polietilenglicole (isocolan)



# LUBRIFICANTI



- Comprendono la paraffina liquida e l'olio di vaselina che non vengono assorbiti e favoriscono lo svuotamento colico grazie alla loro proprietà lubrificante e ad una blanda azione emolliente
- L'enterfluid è quello di ultima generazione, costituito da un polisaccaride naturale non assimilabile, non presenta controindicazioni e viene usato nella fase preparatoria dell'idrocolonterapia.

# PROFILASSI ANTIBIOTICA



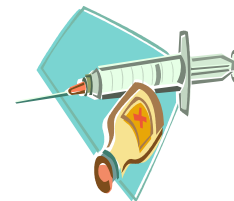
- L'infezione della sede di incisione o dei tessuti molli è una complicanza comune, ma potenzialmente evitabile, di qualunque procedura chirurgica.
- Un certo grado di contaminazione batterica del sito chirurgico è inevitabile, da parte sia della flora batterica dello stesso paziente, sia della flora batterica ambientale.
- La somministrazione profilattica di antibiotici ha lo scopo di impedire che i batteri venuti a contatto con il campo operatorio nel corso della fase contaminante dell'intervento si annidino nel sito chirurgico e/o aderiscano al materiale protesico impiantato.



# PROFILASSI ANTIBIOTICA

- Ridurre l'incidenza di infezioni del sito chirurgico utilizzando gli antibiotici secondo quanto dimostrano le prove di efficacia
- Minimizzare gli effetti degli antibiotici sulla flora batterica del paziente
- Minimizzare gli effetti indesiderati degli antibiotici
- Indurre le minori modificazioni possibili alle difese immunitarie del paziente

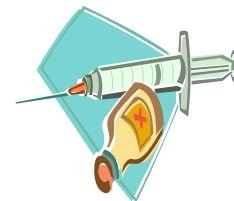




# PROFILASSI ANTIBIOTICA

**CHE COSA È:** la somministrazione di un antibiotico prima dell'incisione chirurgica al fine di impedire che la contaminazione batterica, non evitabile, determini un'infezione postoperatoria del sito chirurgico (SSI) o aderisca al materiale protesico.

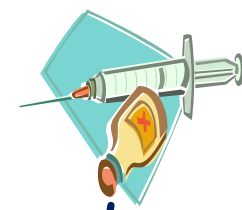
**CHE COSA NON È:** la somministrazione di un antibiotico nella chirurgia contaminata o sporca, oppure nel corso di interventi la cui classe è variata in seguito a sopravvenute difficoltà tecniche, eccessiva durata dell'intervento o altri imprevisti intraoperatori. In questi casi la somministrazione di antibiotici è da considerarsi terapeutica e non profilattica



# PROFILASSI ANTIBIOTICA

**QUALI INTERVENTI PROFILASSARE:** Interventi di chirurgia programmata puliti-contaminati o puliti quando l'eventuale infezione postoperatoria del sito chirurgico assumerebbe particolare gravità. In generale interventi di chirurgia protesica (o con innesto di materiale estraneo) e pochi altri come chirurgia dei trapianti, by-pass aorto-coronarico, craniotomia e chirurgia del rachide.

**QUALE ANTIBIOTICO SOMMINISTRARE:** la scelta del farmaco deve tener conto dell'efficacia documentata in letteratura, della eventuale tossicità, della capacità di indurre resistenze batteriche e, infine, del costo.



# PROFILASSI ANTIBIOTICA

**QUANDO SOMMINISTRARE L'ANTIBIOTICO:** entro un'ora prima dell'inizio dell'intervento, generalmente per via endovenosa (sebbene sia generalmente preferibile ridurre tutti gli interventi invasivi , in questo caso prevale la necessità di ottenere picchi di concentrazione certi nel momento dell'incisione chirurgica), mantenendo il paziente sotto osservazione da parte del personale sanitario

**PER QUANTO TEMPO:** solitamente è prevista una sola dose pre-operatoria. Talvolta sono necessarie delle dosi intra-operatorie, nel caso in cui la durata dell'intervento supera il doppio dell'emivita plasmatica del farmaco usato preoperatoriamente o per altri sopravvenuti fattori

# PROFILASSI ANTIBIOTICA

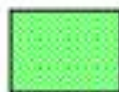


**EXTRA - SHORT TERM:** nella maggior parte degli interventi è sufficiente una sola somministrazione preoperatoria dell'antibiotico (nei termini della quale resta confinata la somministrazione di una successiva dose 4h dopo la fine dell'intervento chirurgico, periodo considerato a più alta probabilità di infezione specialmente nei pazienti più suscettibili allo sviluppo di infezioni malgrado sottoposti a chirurgia "pulita" (immunocompromessi, diabetici, in età estreme).

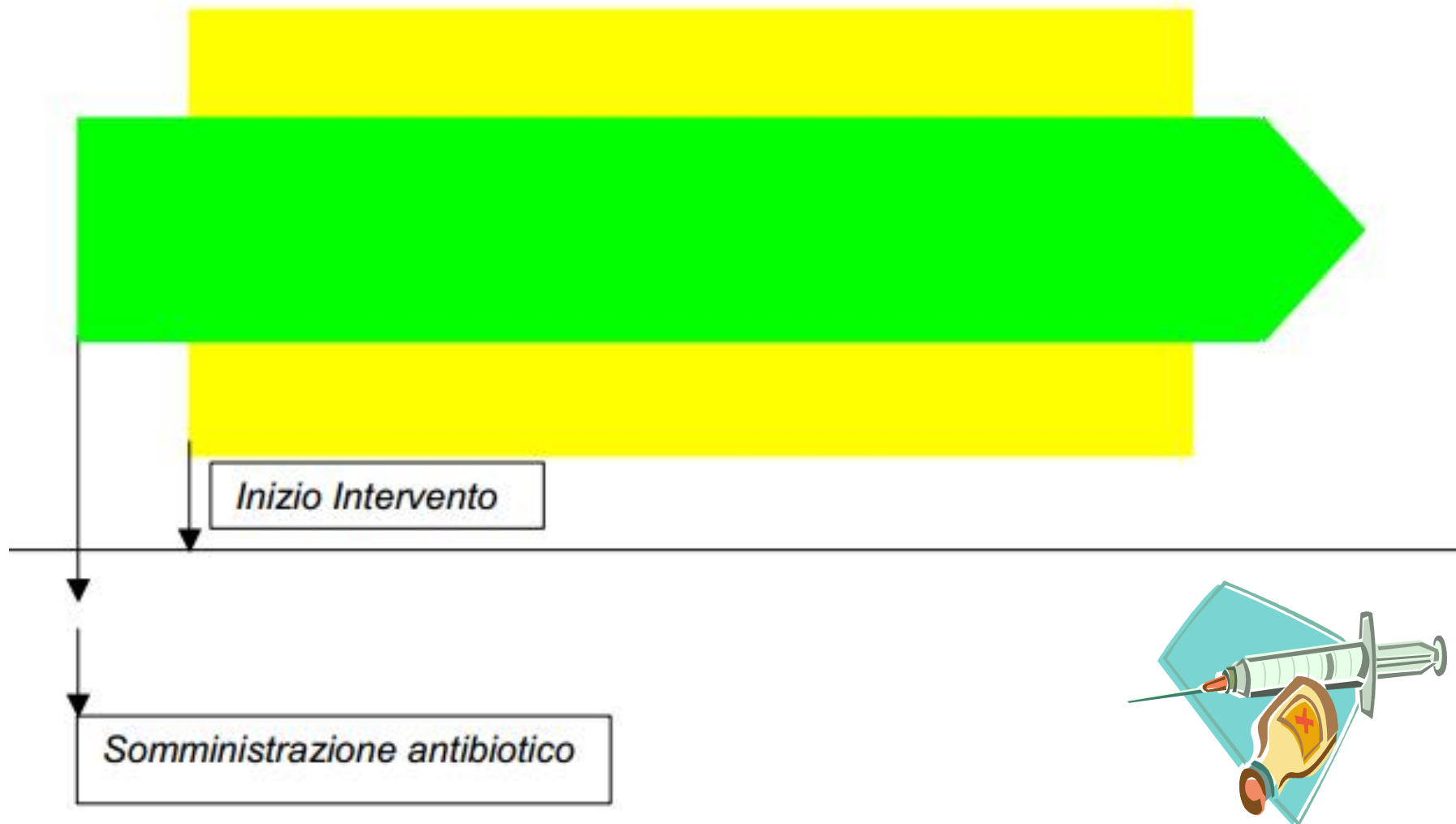
**SHORT - TERM:** prevede oltre la somministrazione preoperatoria dell'antibiotico, ripetute somministrazioni nel postoperatorio per un periodo  $> = 24h$  e  $< 72h$ , tempo oltre il quale si entra decisamente nel campo terapeutico



Tempo Operatorio



Durata della copertura antibiotica



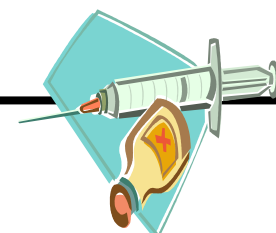


# ANTIBIOTICI RACCOMANDATI

CLASSE	ANTIBIOTICO	NOME COMMERCIALE	DOSE	EMIVITA	DOSE SUCCESSIVA	TEMPO DI SOMMINISTRAZIONE
Cefalosporine I gener	Cefazolina	CEFAMEZIN	2g	1h e 45'	1g dopo 3h e 30'	30' (in 100ml)
Cefalosporine II gener	cefuroxime	CUROXIM	2g	1h e 45'	1g dopo 3h e 30'	30' (in 100ml)
Cefalosporine II gener	Cefonicid	CEFODIE	1g	4h e 30'	NO	30' (in 100ml)
Pennicilline/inib $\beta$ lattamasi	Amoxicillina - Ac- Clavulanico	AUGUMENTIN	2g	1h e 10'	1g dopo 2h	30' (in 100ml)
Pennicilline/inib $\beta$ lattamasi	Ampicillina - Sulbactam	UNASYN	3g	1h e 45'	1,5g dopo 3h	30' (in 100ml)
Lincosamidi	Clindamicina	DALACIN	600/900 mg	2h	600/900mg dopo 4h	30' (in 50ml)
Aminoglicoside	Gentomil	GENTOMIL	3mg/Kg		NO	60' (100 ml)
Nitroimidazolici	Metronidazolo	Deflamon	500mg	8h	NO	30'
Fluorochinilonici	Ciprofloxacina	Ciproxin	400mg	4-6h	NO	60'
Glicopeptidi	Vancomicina	Vancomicina	15mg/kg	6h	NO	60' (250ml)

# ANTIBIOTICI NON RACCOMANDATI

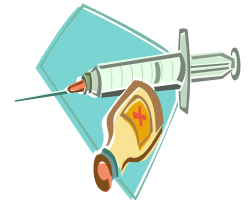
Cefalosporine III Generazione	Cefalosporine IV Generazione	Carbapenemi	Monobactami	Penicilline (ampio spettro)
Cefotaxime (ZARIVIZ)	Cefepime (MAXIPIME)	Meropenem (MERREN)	Aztreonam (PRIMBACTAM)	Piperacillina/Tazobactam (TAZOCIN)
Cefazidima (GLAZIDIM - TAZIDIF)		Ertapenem (INVANZ)		Ticarcillina/ Ac. Clavulanico (CLAVUCAR)
Ceftizoxima (EPOSERIN)		Imipenem/ Cilastatina (TIENAM)		
Cedizime (DIEZIME)				



# **ANTIBIOTICI NON RACCOMANDATI**

I motivi che rendono non appropriato il loro utilizzo in profilassi sono i seguenti:

- Attività antistafilococcica nulla o inferiore alle cefalosporine di I generazione
- Spettro allargato a patogeni raramente in causa con chirurgia di elezione
- Maggiori rischi di selezionare antibiotico-resistenze
- Rapporto costo/beneficio sfavorevole in profilassi





**Scheda ISC1 - SCHEDA RACCOLTA DATI  
DI SORVEGLIANZA INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO**

Identificativo del paziente \_\_\_\_\_

**RICOVERO**

Anno [ ][ ][ ][ ]

Codice Ospedale [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Età (anni) [ ][ ][ ]

Data ammissione [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

ID Scheda [ ][ ][ ][ ]

Codice Reparto [ ][ ][ ][ ]

Sesso: ☐ Maschio ☐ Femmina

**INTERVENTO**

Data intervento chirurgico [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

ICD - 9 CM: [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ]

ICD - 9 CM: [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ]

ICD - 9 CM: [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ]

Classe contaminazione intervento ☐ pulito ☐ pulito - contaminato ☐ contaminato ☐ sporco ☐ non noto

Intervento in videoendoscopia ☐ sì ☐ no

Impianto materiale protesico: ☐ sì ☐ no

Intervento urgente/elezione ☐ elezione ☐ urgenza ☐ non noto

Durata intervento (minuti): [ ][ ][ ]

Punteggio ASA ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ non noto

Profilassi antibiotica perioperatoria ☐ sì ☐ no ☐ non noto

**POST INTERVENTO**

Data dimissione dall'ospedale o ultimo contatto in ospedale [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Stato alla dimissione: ☐ vivo ☐ deceduto in ospedale ☐ non noto

**FOLLOW UP POST DIMISSIONE**

Data ultimo contatto post-dimissione [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Modalità ultimo contatto: ☐ Ricovero ☐ Visita ☐ Telefonata ☐ Scheda paziente

**INFEZIONE SITO CHIRURGICO**

Infezione della ferita chirurgica: ☐ sì ☐ no

Se sì: ☐ Superficiale ☐ Profonda

Data insorgenza infezione [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

☐ Di organi/spazi

Per infezioni di organi e spazi specificare la sede:

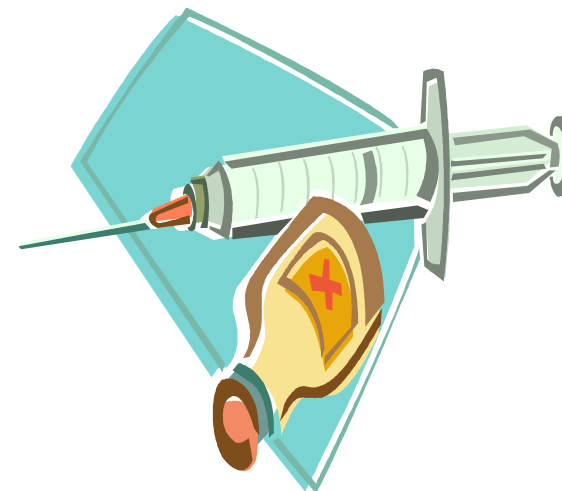
☐ Arterie/vene ☐ Endocardio ☐ Tratto gastrointestinale ☐ Articolazioni/borse ☐ Pericardio/miocardio

☐ Osteomielite ☐ Mediastino ☐ Intra - addominale ☐ Tratto genitale femminile ☐ Cupola vaginale

Microrganismo 1 \_\_\_\_\_ Resistenza 1 \_\_\_\_\_

Microrganismo 2 \_\_\_\_\_ Resistenza 2 \_\_\_\_\_

Microrganismo 3 \_\_\_\_\_ Resistenza 3 \_\_\_\_\_



**Scheda ISC2 - SHEDA RACCOLTA DATI SULLA PROFILASSI ANTIBIOTICA**

**Identificativo del paziente** \_\_\_\_\_

ID Scheda [ ][ ][ ][ ]

Codice Ospedale [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Codice Reparto [ ][ ][ ][ ]

Età (anni) [ ][ ] Sesso: ☐ Maschio ☐ Femmina

Data ammissione [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ]

Data intervento chirurgico [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ][ ]

ICD - 9 CM: [ ][ ] . [ ][ ]

ICD - 9 CM: [ ][ ] . [ ][ ]

ICD - 9 CM: [ ][ ] . [ ][ ]

Classe contaminazione intervento ☐ pulito ☐ pulito - contaminato ☐ contaminato ☐ sporco ☐ non noto

Intervento urgente/elezione ☐ elezione ☐ urgenza ☐ non noto

Durata intervento (minuti): [ ][ ][ ]

Punteggio ASA ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ non noto

\*Antibiotico (molecola) \_\_\_\_\_ \*Via di somm. \_\_\_\_\_ \*Dose \_\_\_\_\_ \*Unità di misura \_\_\_\_\_

\*Timing perioperatorio:  $\leq$  1h prima inter. ☐  $\geq$  1h dopo inter. ☐ \*Dose aggiuntiva intra-operatorie ☐ si ☐ no

\*\*n. dosi aggiuntive intra - operatorie \_\_\_\_\_ \*\*Tempi di somministr. dosi aggiunt. (minuti dall'incisione) \_\_\_\_\_

\*Data/ora inizio somministrazione: \_\_/\_\_/\_\_ h \_\_/m\_\_ \*Data/ora fine somministrazione: \_\_/\_\_/\_\_ h \_\_/m\_\_

\*Durata della profilassi superiore a 24 h ☐ si ☐ no

in caso affermativo indicarne le motivazioni \_\_\_\_\_

\*\*Profilassi conforme ai Protocolli ☐ si ☐ no

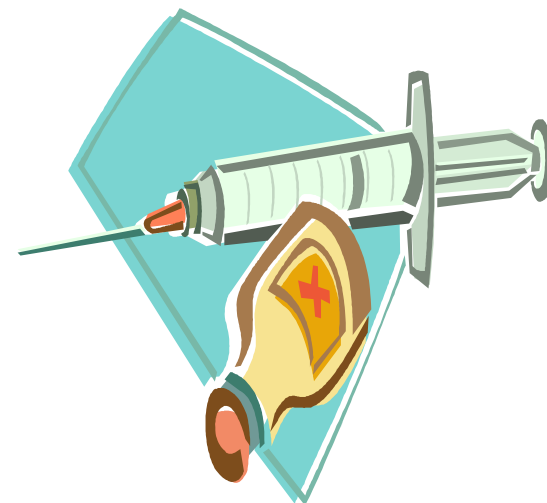
in caso di scelta di profilassi non conforme, indicare le motivazioni e specificare il Protocollo alternativo applicato

\_\_\_\_\_

\* = Campo obbligatorio

Campo facoltativo

\*\* =



# DOCCIA E BAGNO PREOPERATORIO



- Esiste un chiaro rapporto tra la flora microbica cutanea del paziente, in particolare lo stafilococco, e le infezioni della ferita chirurgica
- E' opportuno ridurre la carica microbica, ed in particolare lo stafilococco, presente sulla cute dell'operando



E' meglio che la riduzione della carica microbica avvenga su tutta la superficie del corpo piuttosto che solo sulla zona operanda

# DOCCIA E BAGNO PREOPERATORIO

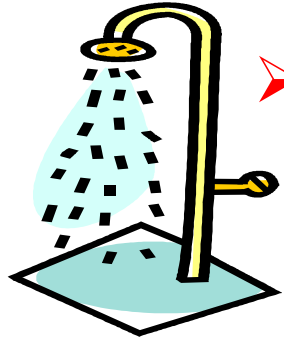


- È stato dimostrato che un lavaggio con un comune sapone come preparazione dell'intervento, sia addirittura nocivo in quanto, dopo la doccia o il bagno, si ha una cospicua desquamazione
- La doccia o il bagno preoperatorio con solo sapone non è indicata.
- Se invece del solo sapone si usa un sapone antisettico si riesce a ridurre la carica microbica cutanea



Bisogna fornire al paziente le informazioni necessarie su cosa utilizzare e come fare la doccia

# DOCCIA E BAGNO PREOPERATORIO

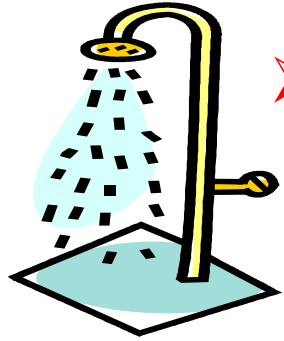


- Uno studio compiuto su 700 operandi ha evidenziato che due docce preoperatorie con Clorexidina hanno ridotto la conta batterica di 9 volte rispetto allo Iodio Povidone che la riduce del 1,3 volte.

- Le docce preoperatorie riducono la conta delle colonie microbiche, ma questo non è associato ad una riduzione di tassi di infezione del sito chirurgico.



# DOCCIA E BAGNO PREOPERATORIO



➤ Materiale occorrente: confezioni monodose da 20 a 50 ml di detergente\antisettico, asciugamano o telo pulito

➤ Bisogna insaponare tutto il corpo compresa la testa e procedere col lavaggio dall'alto verso il basso

➤ Insaponare bene le mani e lavare capelli, viso, naso ed orecchie. Successivamente insaponare e lavare il torace con particolare attenzione alle ascelle e alla zona ombelicale e alle altre pieghe cutanee



# DOCCIA E BAGNO PREOPERATORIO



- Insaponare le aree genitale ed anale, con particolare riguardo per l'uomo al solco balano prepuziale e allo scroto e per la donna alla zona vulvare
- E' importante che la procedura di pulizia venga effettuata dalla zona genitale verso la zona anale
- Successivamente insaponare e lavare le gambe e i piedi con particolare riguardo ai solchi interdigitali.
- Sciacquare completamente e ripetere la procedura sempre in senso cranio-caudale.
- Asciugare accuratamente, in particolare non lasciare umide le pieghe cutanee (ascelle, inguine)
- Nelle pieghe cutanee infatti la temperatura è più elevata e la presenza di umidità favorisce la crescita di batteri e di funghi.
- Indossare indumenti puliti

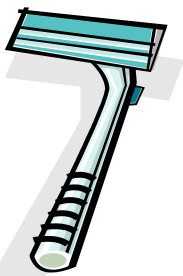


# DOCCIA E BAGNO PREOPERATORIO

La doccia sarebbe bene fosse eseguita la sera precedente e la mattina dell'intervento, dopo aver eseguito la tricotomia







# TRICOTOMIA



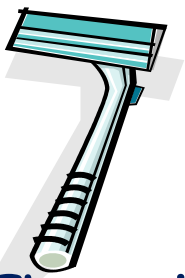
- Cruise e Foord nel 1971 dimostrarono che pazienti sottoposti ad intervento chirurgico pulito cui era stata effettuata la tricotomia, presentavano un'incidenza di infezioni della ferita chirurgica quasi 3 volte superiore rispetto al gruppo di controllo che non aveva effettuato la tricotomia
- Altri studi (Alson e Seropian 1981) misero in evidenza che posticipando la tricotomia al momento dell'intervento si aveva una significativa riduzione delle infezioni della ferita.
- L'incidenza di infezioni era 3,1% quando la rasatura veniva effettuata poco prima dell'intervento, era del 7% quando fatta entro 24 ore prima dell'intervento, del 20% quando veniva fatta oltre 24 ore prima dell'intervento



# TRICOTOMIA



- Seropian e Reynolds mostrarono una riduzione di infezioni della ferita chirurgica sostituendo al rasoio creme depilatorie
- L'uso di creme depilatorie non si è imposto per le frequenti reazioni di intolleranza alle stesse
- La rasatura resta quindi un argomento ancora controverso; i traumi provocati alla cute dal rasoio (abrasioni, graffi con produzione di essudato che va subito incontro a colonizzazione) sembrano costituire un rischio di infezione
- La tricotomia eseguita con rasoio elettrico è più sicura e comporta un minor rischio d'infezione delle ferite, a prescindere dal momento in cui viene eseguita rispetto all'intervento
- Meglio evitare, quando possibile, la tricotomia.
- Se ciò è indispensabile, depilare solo la zona che deve essere incisa.



# TRICOTOMIA



- E' assolutamente da evitare la tricotomia in sala operatoria, in quanto i peli costituiscono veicolo di microrganismi
- Utile può' essere l'applicazione di garze imbevute di antisettico sulla zona rasata
- Sono da evitare i pennelli da barba in quanto serbatoi e veicolo di microrganismi
- Usare esclusivamente rasoi monouso
- Depilare con cura evitando di provocare tagli o abrasioni
- Praticarla 2 ore prima dell'intervento soprattutto quando vengono usate le lamette
- Se si usa il rasoio elettrico o creme depilatorie, il QUANDO sembra non importante



# DIGIUNO PREOPERATORIO

- Il paziente che deve subire un intervento chirurgico in anestesia generale deve essere a digiuno (12 ore prima) per prevenire il vomito e quindi il rischio di una eventuale aspirazione:
- L'ab ingestis si verifica quando cibo o liquidi rigurgitati dallo stomaco vengono ispirati nel sistema respiratorio, con un'alta percentuale di mortalità (60-70%)
- Se l'intervento è programmato per il mattino, il pasto della sera precedente deve prevedere una normale alimentazione leggera.



# DIGIUNO PREOPERATORIO

- Non ci sono evidenze che l'assunzione di liquidi 2 o 3 ore prima dell'intervento ponga il paziente a più alto rischio di complicanze rispetto ai pazienti che seguono un regime di digiuno standard (digiuno dalla mezzanotte)
- Bere nel periodo preoperatorio riduce l'esperienza di sete del paziente e non lo espone ad aumentati rischi di rigurgito o aspirazione
- quindi può essere concessa l'assunzione di liquidi chiari fino a 2 ore prima dell'intervento oppure 150 ml di liquidi chiari fino ad 1 ora prima dall'intervento per l'assunzione di farmaci per os

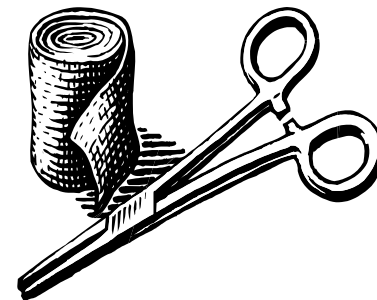


# DIGIUNO PREOPERATORIO

- I pazienti devono essere informati del periodo di digiuno preoperatorio e delle sue ragioni con sufficiente anticipo rispetto all'intervento
- La verifica del rispetto della prescrizione di digiuno deve essere effettuata al momento dell'intervento
- Quando queste raccomandazioni non sono seguite, i professionisti devono valutare il rapporto rischi-benefici del procedere ugualmente, in relazione alla quantità di liquidi o di solidi ingeriti



# **PROFILASSI (TVP)** **(Trombosi Venosa Profonda)**



- La trombosi venosa profonda (TVP) può essere causata da stasi venosa, danni ai vasi e alterazione dei fattori della coagulazione.
- I metodi meccanici (calze elastiche o compressione pneumatica intermittente) si applicano in genere due ore prima dell'intervento.
- Generalmente si scelgono calze che arrivano fino alla coscia.
- Va posta attenzione a non ridurre del flusso cutaneo e sottocutaneo
- Alto rischio se fratture o chirurgia ortopedica maggiore, interventi oncologici maggiori alla pelvi o all'addome, traumi o anamnesi positiva per TVP, embolia o episodi trombotici.
- Nei pazienti a basso o medio rischio, si valuta la necessità di volta in volta.
- Le calze non devono essere arrotolate e non devono presentare pieghe.



# **RICHIESTA EMOCOMPONENTI**

- La trasfusione peri-operatoria è un requisito indispensabile della chirurgia moderna.
- Quasi il 60% di tutti gli emocomponenti vengono somministrati durante o dopo l'intervento chirurgico.
- La terapia con emocomponenti ha inoltre reso possibile interventi chirurgici maggiori anche in pazienti affetti da grave anemia, piastrinopenia o malattie della coagulazione.





# **RICHIESTA EMOCOMPONENTI**

- Quando si effettua una richiesta di sangue preoperatoria viene effettuato il cosiddetto type and screen ovvero la determinazione del gruppo ABO, dell'antigene D (Rh) e la ricerca degli anticorpi anti-eritrociti.
- La prova di compatibilità viene effettuata in genere prima dell'intervento.
- Considerare la possibilità dell'autotrasfusione.
- Informare sulla necessità di donatori per il reintegro emoteca
- Consenso informato alla trasfusione

# CONSENSO INFORMATO



- L'esercizio del diritto del paziente all'autodeterminazione rispetto alle scelte diagnostico/terapeutiche proposte
- La scelta viene attuata al termine del processo informativo
- Consenso deve significare partecipazione, consapevolezza, informazione, libertà di scelta e di decisione delle persone assistite
- Rappresenta il momento determinante di quella "alleanza terapeutica" fondamentale per affrontare in modo corretto la malattia

# CONSENSO INFORMATO



La corretta informazione alla base del C.I. deve essere:

## ➤ PERSONALIZZATA

adeguata alla situazione di salute, psicologica, culturale e linguistica del paziente e proporzionata alla prestazione proposta. Va evitato ogni possibile, involontario, condizionamento dovuto al differente bagaglio informativo esistente tra il medico ed il paziente.

## ➤ COMPRENSIBILE

con linguaggio semplice e chiaro, usando dati specialistici senza ricorso a sigle o termini scientifici (se indispensabili, devono essere integrati da una spiegazione), con grafia leggibile ed anche attraverso l'uso di schede illustrate e materiale video.

# CONSENSO INFORMATO



La corretta informazione alla base del C.I. deve essere:

## VERITIERA

non falsamente illusoria ma prudente, evitando esasperate precisazioni di dati (percentuali esatte, oltretutto difficilmente definibili, di complicanze, mortalità, insuccessi funzionali) e accompagnata da elementi ragionevoli di speranza nei casi che possono comportare gravi preoccupazioni o prognosi infauste.

## ESAUSTIVA

il paziente è informato correttamente sulle proprie condizioni, sulle procedure e trattamenti proposti, potenziali benefici ed inconvenienti del trattamento proposto, possibili problemi di recupero e guarigione, possibili alternative al trattamento proposto, possibili esiti del non trattamento e le probabilità di successo del trattamento stesso.

# CONSENSO INFORMATO



La corretta informazione alla base del C.I. deve essere:

## OBIETTIVA

basata non solo su fonti validate ma indicativa delle effettive potenzialità di cura e delle prestazioni tecnico-scientifiche fornite dalla Struttura stessa.

## NON IMPOSTA

il paziente può rifiutare l'informazione, delegando a terzi la ricezione della stessa. Di questo, tuttavia, deve rimanere evidenza scritta nella documentazione sanitaria. Il consenso sarà firmato dal paziente, subordinatamente alle informazioni rese dalla persona a lui delegata.

# CONSENSO INFORMATO



- Il paziente ha il diritto di revocare in qualsiasi momento il consenso prestato, eventualmente anche nell'immediatezza della procedura sanitaria che si sta ponendo in essere
- Per poter esprimere un consenso realmente valido deve essere garantito al paziente un periodo di tempo sufficiente durante il quale riflettere sul contenuto informativo ricevuto ed eventualmente sottoporlo all'attenzione di un medico di sua fiducia o, più semplicemente al proprio medico curante

# CONSENSO INFORMATO



Il dovere di raccogliere il consenso / dissenso con le modalità di seguito specificate è del medico che si sia proposto di "intraprendere" l'attività diagnostico e/o terapeutica e/o di altro operatore sanitario, ma limitatamente agli atti e alle informazioni di sua specifica competenza.

## STATO DI NECESSITA'

Ai familiari non è riconosciuto alcun vero e proprio potere decisionale; è opportuno che siano informati, ma le decisioni cliniche spettano autonomamente al medico.

# INFORMAZIONE PREOPERATORIA



Una buona informazione preoperatoria ha dimostrato diversi esiti positivi per il paziente:

- ↓ dei tempi di degenza post-operatoria
- ↓ della paura
- ↓ dell'ansia
- ↓ dello stress psicologico e del dolore
- ↑ della collaborazione allo svolgimento delle attività
- ↑ soddisfazione
- ↑ abilità nell'assunzione di farmaci
- ↓ uso di analgesici
- ↑ recupero fisico
- ↑ autonomia di movimento e grado di preparazione per la dimissione



# INFORMAZIONE PREOPERATORIA



- **Percorso clinico**
- **Preparazione preoperatoria**
- **Quali modificazioni porta l'intervento chirurgico**
- **Quello che proveranno nel postoperatorio (sete, nausea, dolore, sensazioni, presenza di drenaggi..)**
- **Come potrà collaborare per evitare complicanze (mobilizzazione precoce, esercizi di ginnastica respiratoria, educazione alla tosse..)**

# INFORMAZIONE PREOPERATORIA



## OPUSCOLI INFORMATIVI

In generale l'uso degli opuscoli sembra essere utile ad ottimizzare i livelli di conoscenza ed abilità acquisite dai pazienti, nonché di tempo impiegato per apprenderli.

Gli opuscoli sono risultati essere più efficaci se consegnati prima del ricovero e/o se preparati specificatamente per la procedura chirurgica che verrà svolta.

## USO DEI VIDEO

Le valutazioni sul ruolo e l'efficacia dei video nell'educazione preoperatoria dei pazienti sono limitate.

I risultati sulla loro efficacia sono contraddittori, ma si ritiene possano avere un loro ruolo in un programma educativo preoperatorio più ampio.

# INFORMAZIONE PREOPERATORIA



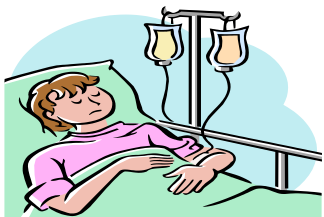
## COLLOQUI FORMATIVI

- L'insegnamento pre-ricovero è più efficace di quello post-ammissione in termini di conoscenza del paziente
- L'insegnamento di gruppo è efficace quanto quello individuale
- L'insegnamento di gruppo può ridurre il tempo necessario all'acquisizione delle abilità richieste

# IL GIORNO DELL'INTERVENTO



- Far eseguire igiene del cavo orale
- Far svuotare la vescica
- Far togliere trucco, smalto per unghie, anelli, bracciali, collane, piercing, eventuali protesi (dentarie, auricolari, occhiali, lenti a contatto..)
- Far indossare alla persona camice monouso e cuffia (o sala)



# ACCESSO VENOSO



- Garantire un adeguato apporto di liquidi, ristabilire l'equilibrio elettrolitico, somministrare farmaci e per infondere eventuali derivati ematici.
- Può essere di tipo periferico o centrale, in alcune situazioni sono indicati entrambe. Posizionata nel periodo preoperatorio ed essere a buona portata (18 gauge),
- L'infermiere collabora all'inserimento degli accessi vascolari centrali, procede invece in forma autonoma al posizionamento degli accessi periferici
- L'inserimento dei cateteri deve avvenire attraverso tecniche asettiche, e per gli accessi venosi centrali, usando guanti, camici, mascherine e ampi teli sterili.
- La cute va disinfettata con antisettico (soluzione alcolica di clorexidina o iodopovidone), che va fatta asciugare prima di procedere all'inserimento del catetere.

# IL GIORNO DELL'INTERVENTO

## INFERMIERE



Verifica la completezza della documentazione clinica, compresa l'avvenuta preparazione e la presenza dei consensi informati, segnalando eventuali variazioni rispetto al momento, comunicando con il personale di supporto del Comparto Operatorio