

originale **copia controllata informatica**

N. _____

 copia controllata cartacea _____

distribuzione interna a cura del RQ

 copia non controllata **bozza**

Il presente regolamento definisce gli interventi assistenziali appropriati per la corretta gestione della ferita chirurgica.

Redazione

Maria Grazia Consoli, Infermiere U.O.C. Chirurgia Generale II P.O. G. Rodolico;
Salvatrice Santocino, Infermiere U.O.C. Clinica Chirurgica P.O. G. Rodolico;
Rosa Maria Massimino, Coordinatore U.O.C. Ostetricia e Ginecologia P.O. G. Rodolico;
Maurizio Di Rocco, Coordinatore U.O.C. Cardiochirurgia P.O. G. Rodolico;
Emanuele Calarco, Coordinatore U.O.C. Chirurgia Generale P.O. San Marco;
Agata Distefano, Coordinatore U.O.C. Patologia Ostetrica P.O. San Marco;
Maurizio Mannino, Dirigente Medico U.O.C. Chirurgia Toracica P.O. G. Rodolico;
Andrea Vitale, Dirigente Medico U.O.C. Chirurgia Maxillo Facciale P.O. San Marco;
Eugenio Santo Trimarchi, Dirigente Medico U.O.C. Cardiochirurgia P.O. G. Rodolico;
Alessandro Conti, Dirigente Medico U.O.C. Anestesia e Rianimazione P.O. San Marco;
Elvira Lucy Rosalia Marletta, Dirigente Medico U.O.C. Ostetricia e Ginecologia P.O. G. Rodolico;
Simona Di Caro, Infermiere U.O.C. Ortopedia P.O. San Marco
Marialuisa Maniglia, Dirigente Medico Direzione Medica P.O. San Marco;
Dora Castiglione, Dirigente Medico Direzione Medica P.O. San Marco;
Giulia Mammana, Dirigente Medico Direzione Medica P.O. G. Rodolico;
Gabriella Patanè, Coordinatore U.O. per la Qualità e Rischio Clinico;
Marco Torrisi, Dirigente medico U.O. per la Qualità e Rischio Clinico.

Verifica

Vincenzo Parrinello, Responsabile UO per la Qualità e Rischio Clinico

Approvazione

Paolo Adorno, Direttore Medico di Presidio P.O. G. Rodolico;
Anna Rita Mattaliano, Direttore Medico di Presidio P.O. San Marco, Direttore del Dipartimento Igienico-Organizzativo.

Ratifica

Antonio Lazzara,
 Direttore Sanitario Aziendale

Il presente regolamento è la riedizione della versione ed. 3 rev. 00 del 26 settembre 2017, aggiornata per adeguare il sistema di gestione per la qualità ai requisiti previsti dal DA n. 20 del 9/01/2024.

PREMESSA

Il presente regolamento è stato predisposto al fine di soddisfare il punto 8.5 della norma UNI EN ISO 9001:2015 **“Produzione ed erogazione dei servizi”**, che richiede che la produzione e l'erogazione dei servizi debba avvenire in condizioni controllate, che devono comprendere, per quanto applicabile:

- a) la disponibilità di informazioni documentate che definiscano:
 - le caratteristiche dei prodotti da realizzare, dei servizi da erogare o delle attività da eseguire;
 - i risultati da conseguire;
- b) la disponibilità e l'utilizzo di idonee risorse per il monitoraggio e la misurazione;
- c) l'attuazione di attività di monitoraggio e misurazione in fasi appropriate, per verificare che i criteri per il controllo dei processi o degli output, e i criteri di accettazione di prodotti e servizi, siano stati soddisfatti;
- d) l'utilizzo di infrastrutture e ambienti idonei per il funzionamento dei processi;
- e) la designazione di persone competenti, comprese le eventuali qualifiche richieste;
- f) la validazione, e periodica rivalutazione, della capacità di conseguire i risultati pianificati per i processi di produzione e di erogazione dei servizi, quando gli output risultanti non possano essere verificati per mezzo di successivi monitoraggio o misurazione;
- g) l'attuazione di azioni atte a prevenire l'errore umano;
- h) l'attuazione di attività di rilascio, consegna e post-consegna.

Il presente regolamento è stato predisposto, altresì, al fine di soddisfare i seguenti standard del manuale di accreditamento degli ospedali di *Joint Commission International*:

- IPSG.5 *“L'ospedale adotta e implementa linee guida per l'igiene delle mani basate sulle prove scientifiche di efficacia al fine di ridurre il rischio di infezioni correlate all'assistenza sanitaria”*;
- PCI.5.1 *“L'ospedale identifica le aree ad alto rischio di infezione tramite l'esecuzione di una valutazione dei rischi, elabora gli interventi atti a gestire questi rischi e ne monitora l'efficacia”*;
- PCI.7 *“Il programma per la prevenzione e il controllo delle infezioni identifica e implementa gli standard dei programmi riconosciuti per la prevenzione e il controllo delle infezioni allo scopo di normare la sanificazione e la disinfezione degli ambienti e delle superfici ambientali”*.

Il regolamento Gestione della ferita chirurgica è stato redatto stato redatto da un gruppo di lavoro aziendale multidisciplinare, approvata dai Direttori Medici di Presidio e dal Direttore del Dipartimento Igienico-Organizzativo e ratificata dal Direttore Sanitario.

I documenti del Sistema di Gestione per la Qualità sono stati elaborati cercando di tenere conto dei punti vista di tutte le parti interessate e di conciliare ogni aspetto controverso, per rappresentare il reale stato dell'arte della materia ed il necessario grado di consenso.

I documenti del Sistema di Gestione per la Qualità sono riesaminati, quando necessario, e comunque entro tre anni dalla data di emissione, e distribuiti in forma controllata in nuove edizioni o revisioni.

Chiunque ritenesse, a seguito dell'applicazione della presente procedura, di poter fornire suggerimenti per il suo miglioramento o per un suo adeguamento allo stato dell'arte in evoluzione è pregato di inviare i propri contributi all'U.O. per la Qualità e Rischio Clinico all'indirizzo:

qualita.rischioclinico@policlinico.unict.it, che li terrà in considerazione per l'eventuale revisione della stessa



INDICE

	INTRODUZIONE.....	6
1	SCOPO	7
2	CAMPO DI APPLICAZIONE	7
3	RIFERIMENTI.....	7
4	TERMINI E DEFINIZIONI	9
5	REGOLAMENTO	11
5.1	Misure perioperatorie generali	11
5.2	Misure preventive post-operatorie	11
5.2.1	Timing della medicazione delle ferite chirurgiche	11
5.2.2	La medicazione della ferita pulita	11
5.2.3	La medicazione della ferita chirurgica sporca o di seconda intenzione..	11
5.3	Registrazione delle attività	12



INTRODUZIONE

Le ferite chirurgiche sono una forma di lesioni acute della pelle a comparsa programmata con l’obiettivo diagnostico-terapeutico, create secondo le più rigorose norme di asepsi la cui evoluzione è la guarigione in un intervallo di tempo definito. Le ferite chirurgiche possono andare incontro a complicanze spesso causate da fattori intrinseci ed estrinseci che interferiscono con i fattori di riparazione tessutale. Per permettere ad una ferita la *restitutio ad integrum*, cioè il ripristino delle funzioni della cute, è necessario adottare tutte le precauzioni e le manovre pre e post intervento per prevenire l’infezione del sito chirurgico.

I riferimenti di letteratura internazionale ed europea hanno dimostrato che il 10-20% di infezioni acquisite in ambito ospedaliero risultano associate al decorso post-operatorio. Esse si collocano al primo posto tra gli eventi avversi sia per l’impatto clinico e sia per gli elevati costi delle cure, determinando l’allungamento dei giorni di degenza in ospedale. L’incidenza d’infezione del sito chirurgico varia da meno dell’1% in alcuni interventi puliti non a rischio (cardio-chirurgici o interventi protesici sull’anca o sul ginocchio) al 15% in interventi puliti contaminati e sporchi sull’intestino in pazienti a rischio.

Generalmente, l’infezione della ferita si verifica a 30 giorni dall’intervento (o entro 1 anno se in seguito alla procedura viene lasciato in situ un impianto ovvero un corpo estraneo impiantabile, di origine non umana) e può interessare il tessuto incisionale o profondo nel sito dell’intervento, con conseguente coinvolgimento della fascia e/o dei muscoli, comportando gravi complicanze per la salute del paziente, in alcuni casi associata a tassi di mortalità elevati. I fattori che contribuiscono a sviluppare una infezione post-operatoria del sito in pazienti ricoverati e sottoposti a interventi chirurgici, varia in relazione a: distretto anatomico interessato; caratteristiche e durata della degenza; eventuale inserzione di un corpo estraneo; condizioni cliniche del paziente al momento dell’intervento.

I batteri che si creano in una ferita possono causare colonizzazione o infezione, invadendo e danneggiando i tessuti, ritardando la guarigione e causando in qualche caso malattie sistemiche. Il potenziale dei batteri di causare effetti nocivi dipende dalla capacità del sistema immunitario del paziente di combattere i batteri (resistenza dell’ospite), dal numero e tipo di batteri introdotti, da batteri con alto potenziale patogeno (virulenza) e da batteri residenti senza conseguenze negative in una parte del corpo, ma che possono provocare malattie se trasferiti altrove. Il rischio di infezione della ferita aumenta con qualsiasi fattore che debiliti il paziente, che comprometta la resistenza immunitaria o che riduca l’irrorazione dei tessuti (co-morbosità, diabete mellito, immuno-compromissione, obesità, farmaci corticosteroidi) e di determinate caratteristiche della ferita chirurgica. I microrganismi isolati con maggiore frequenza dalla flora batterica endogena del paziente sono: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococchi coagulasi-negativi*, *Enterococcus Sp* e *Escherichia Coli*.

Nonostante gli sforzi fatti nei vari Paesi per contrastare le infezioni post-operatorie, esse non possono essere completamente eliminate, ma l’adozione di interventi strategici mirati all’osservanza di buone pratiche igieniche assistenziali (accurata pulizia e disinfezione delle mani e l’uso dei DPI), in grado di assicurare una gestione asettica dello strumentario, formazione degli operatori, interventi di sanificazione ottimali degli ambienti operatori, sono fondamentali nella riduzione dell’incidenza delle ISC.



1

SCOPO

Il presente regolamento ha lo scopo di definire gli interventi assistenziali appropriati per la preparazione del paziente all'intervento chirurgico, per la corretta gestione della ferita chirurgica nonché per la gestione delle eventuali complicate post-operatorie. L'adozione di misure preventive e l'uso di appropriate medicazioni sono in grado di: favorire un completo/adeguato ripristino delle funzioni della pelle; ridurre il rischio di infusione; condurre la ferita allo stato ottimale, anche dal punto di vista estetico.

2

CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente regolamento è applicabile alla gestione di tutte le ferite chirurgiche di pazienti ricoverati o assistiti in regime di Day Surgery o ambulatoriale.

3

RIFERIMENTI

Circolare Ministero della Sanità n. 52/1985 “*Lotta contro le infezioni Ospedaliere*”.

Circolare Ministero della Sanità n. 8/1988 “*Lotta contro le infezioni Ospedaliere: la sorveglianza*”.

Circolare Ministero della Sanità n. 423/1988 Regione Sicilia: “*Direttive per la lotta contro le infezioni Ospedaliere*”.

Circolare 27 marzo 2001 n. 1047 - Ass.to Sanità Reg. Sicilia “*Lotta contro le infezioni Ospedaliere, elementi oggetto di valutazione per la verifica del raggiungimento degli obiettivi*”.

Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, et al. “*The Hospital Infection Control Practice Advisory Committee. Guideline for the prevention of surgical site infection*” 1999.

Surgical site infection “*Prevention and treatment of surgical site infection*” National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health. 2008.

Safdar N, O’Horo JC, Ghufran A, et al. “*Chlorhexidine-impregnated Dressing for Prevention of Catheter-Related Bloodstream infection: A Meta-Analysis*”, Crit Care Med. 2014 Mar 26 (Review).

Horan TC, Gaynes RP, Martone WJ, Jarvis WR, Emori TG. “*CDC definitions of nosocomial surgical site infections, 1992: a modification of CDC definitions of surgical wound infections*”. Infect Control Hosp Epidemiol 1992;13(10):606–608.

Bode LG, Kluytmans JA, Wertheim HF, et al. “*Preventing surgical-site infections in nasal carriers of Staphylococcus aureus*”. N Engl J Med 2010;362(1):9–17.

Cite as: Kamel C, McGahan L, Mierzwinski-Urban M, Embil J. -“*Preoperative Skin Antiseptic Preparations and application techniques for Preventing Surgical Site Infections: a Sysytematic Review of The Clinical Evidence and Guidelines*”, Ottavia: Canadian Agency for drugs and Technologiesin Health. June 2011 (Rapid Response Report: Systematic Review).

Finzi G., Aparo U., Pellicanò A. et al. “*Linee guida per il corretto utilizzo degli antisettici-disinfettanti*” A.N.M.D.O – Milano, Edicom 2008.

World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Principi di best practice: “*Le ferite infette nella pratica clinica. Un consenso internazionale*”. Londra: MEP Ltd, 2008. Disponibile da www.mepltd.co.uk.

Rocco Amendolara “*Ferite chirurgiche*” tratto da *NURSINGFAD IPASVI MI-LO-MB “Quesiti clinico-assistenziali”*. IJN n. 4/2012.

National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health “*Surgical site infection. Prevention and treatment of surgical site infection*”. Clinical guideline, Ottobre 2008. Disponibile da www.nice.org.uk.

Joanna Briggs Institute “*Knowledge Retention from Pre-operative Patient Information*”, Vol 4(6), 2000. Traduzione a cura di Ferrarello G.

Joanna Briggs Institute “*The Impact of preoperative Hair Removal on Surgical Site*



Infection”, Vol 7(2),2003 Traduzione a cura di Forni C.

Evidence Best Practise Information Sheets for Helath Professionals Traduzione a cura di C. Forni *“L’impatto della tricotomia preoperatoria sull’incidenza delle infezioni delle ferite chirurgiche”*. Volume 7, Issue 2, 2003, ISSN 1329-1874.

Schede Informative per il miglioramento dell’assistenza infermieristica-riabilitativa-ostetrica - Assistenza preoperatoria. Prima parte. Centro studi EBN.

Schede Informative per il miglioramento dell’assistenza infermieristica-riabilitativa-ostetrica - Assistenza preoperatoria. Seconda parte. Centro studi EBN.

National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health *“Surgical site infection. Prevention and treatment of surgical site infection”*. Clinical guideline, Ottobre 2008.

Joanna Brigg Istitute *“Soluzioni tecniche e pressione per la detersione della ferita”*, (2003) volume 7, numero 2 pag.1.

World Health Organization *“Guidelines on hand hygiene in health care-first global patient safety challenge: clean care is safer care”*. WHO 2009.

Linea guida SNLG 17 *“Antibiotico-profilassi perioperatoria nell’adulto”*, set. 2008.

Dumville JC, McFarlane E, Edwards P, Lipp A, Holmes A *“Preoperative skin antiseptics for preventing surgical wound infections after clean surgery”*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 3. Art. No.: CD003949. DOI:10.1002/14651858.CD003949.pub3.

Webster J, Osborne S. *“Preoperative bathing or showering with skin antiseptics to prevent surgical site infection”*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 9. Art. No.: CD004985. DOI: 10.1002/14651858.CD004985.pub4.

Dumville JC, Walter CJ, Sharp CA, Page T. *“Dressings for the prevention of surgical site infection. Cochrane Database of Systematic”* Reviews 2011, Issue 7. Art. No.: CD003091. DOI: 10.1002/14651858.CD003091.pub2.



TERMINI E DEFINIZIONI

Ascesso	Raccolta purulenta tra piani anatomici prossimi alla sede della ferita.
Asepsi	Serie di procedure che servono a prevenire la contaminazione di microrganismi, patogeni e non, su di un substrato originariamente sterile o sterilizzato artificialmente.
Carica batterica	Indica il numero di batteri presenti per unità di volume (1 ml) di campione biologico.
Cicatrizzazione	Fenomeno di riparazione dei tessuti che può avvenire per prima intenzione (processo rapido e senza essudazione con margini netti) e per seconda intenzione (processo con ferita infetta a lembi non aderenti).
Chiusura primaria o per prima intenzione	I bordi della ferita sono avvicinati e tenuti insieme da suture, graffe metalliche, cerotti adesivi. La deposizione del coagulo di fibrina avviene nelle prime 48 ore, rendendo di fatto completamente ermetica la ferita.
Chiusura primaria ritardata o per terza intenzione	Metodo di chiusura di ferita chirurgica, utilizzato quando c'è una notevole contaminazione batterica, gli organi e le cavità sono chiuse e gli strati cutanei e profondi vengono lasciati aperti per drenare pus. Dopo circa 5-6 giorni si tenta di richiudere, suturando gli strati cutanei e sottocutanee lasciati aperti (tecnica utilizzata soprattutto in chirurgia addominale sporca).
Chiusura secondaria o per seconda intenzione	Metodo di riparazione tessutale utilizzato in ferite che hanno una grande perdita di sostanza nelle quali non si possono suturare i margini.
Contaminazione	Presenza di microrganismi sulla ferita ma senza moltiplicazione (la presenza di microrganismi patogeni nella ferita non determina necessariamente un'infezione della stessa).
Cruentazione	Tecnica chirurgica di rimozione dei tessuti scarsamente vitali e di messa allo scoperto di tessuto bene irrorato (<i>curettage</i>).
Deiscenza	Apertura totale o parziale di una ferita chirurgica trattata per prima intenzione, la cui causa è attribuibile generalmente alla tecnica chirurgica utilizzata (per esempio punti di sutura troppo tirati possono favorire la necrosi dermica) e/o alla sovrainfezione batterica dei punti di sutura, degli strati dermici o sottostanti. La Deiscenza può coinvolgere gli strati dermici e la fascia muscolare; una volta attraversata si ha l'esposizione dei visceri sottostanti (addome aperto).
Disinfezione	Operazione che consente di ridurre il numero di batteri patogeni in fase vegetativa a livelli di sicurezza. Viene attuata tramite utilizzo di mezzi chimici. I prodotti chimici dotati di attività antimicrobica si suddividono in:
	<ul style="list-style-type: none">• Disinfettanti: prodotti per oggetti inanimati (superfici, ferri chirurgici, materiale vario, ecc.);• Antisettici: prodotti a bassa tossicità destinati ad essere applicati su cute o tessuti viventi.
Drenaggio	Sistema temporaneo che convoglia all'esterno le secrezioni organiche. I drenaggi vanno rimossi allorché cessa il loro scopo e prima che la loro stessa presenza determini una reazione infiammatoria da corpo estraneo.
Ferita chirurgica	Forma particolare di lesioni acute, definita come soluzioni di continuo della cute, a comparsa programmata, creata secondo le più rigorose norme di asepsi, con obiettivi diagnostico-terapeutici che dovrebbe andare incontro a guarigione senza complicazioni, in un intervallo di tempo definito.
Ferita chirurgica pulita	Detta di interventi nel corso dei quali non si riscontra alcun processo flogistico; in cui non viene lesa la continuità della mucosa respiratoria, intestinale, genito-urinaria, e in cui non si ha la violazione delle regole di asepsi in sala operatoria.
Ferita chirurgica pulita-contaminata	Detta di interventi nei quali viene lesa la continuità della mucosa respiratoria, intestinale e genito-urinaria, ma non si ha perdita di materiale verso l'esterno.
Ferita chirurgica contaminata	Detta di interventi in cui sono presenti segni di flogosi acuta ma senza pus, o dove è presente una contaminazione visibile della ferita (per esempio nella perdita di materiale da un viscere durante un intervento, o quando si è verificata la presenza di ferite aperte meno di 4 ore prima dall'intervento).



Ferita chirurgica sporca	Detta di interventi in cui vi è la presenza di pus o su un viscere cavo precedentemente perforato o su ferite aperte verificatesi oltre 4 ore prima dall'intervento.
Tecnica Touch	Modalità di medicazione di una ferita eseguita tramite l'utilizzo di guanti monouso sterili che toccano direttamente la lesione, senza alcun ausilio dello strumentario chirurgico sterile.
Tecnica No Touch	Modalità di medicazione di una ferita eseguita indossando guanti monouso non sterili che non toccano direttamente la lesione, tramite l'ausilio di dispositivi medici sterili (ferri chirurgici, garze, ecc.).
Zaffo	Tampone di garza da introdurre e stipare in una cavità naturale (naso, utero), in una breccia operatoria o in una ferita, a scopo emostatico o per controllare la cicatrizzazione nel processo di guarigione per seconda intenzione.

4.1

Acronimi

AOU	Azienda Ospedaliero Universitaria
CI	Coordinatore Infermieristico
CIO	Comitato lotta alle Infezioni Ospedaliere
DMP	Direttore Medico di Presidio
DPI	Dispositivi Protettivi Individuali
EN	Norma Europea
IC	Infezione chirurgica
ISO	Organizzazione Internazionale di Standardizzazione
OI	Opuscolo Informativo
ISC	Infezione sito chirurgico
OSS	Operatore Socio Sanitario
OTA	Operatore Tecnico Assistenziale
PO	Presidio Ospedaliero
PPOO	Presidi Ospedalieri
RQ	Referente Qualità
UNI	Ente Nazionale Italiano di Unificazione
UO	Unità Operativa
UUOO	Unità Operative
V	Video



5

REGOLAMENTO

5.1

Misure perioperatorie generali

Le misure preoperatorie ed intraoperatorie generali sono descritte nel regolamento “*Misure preoperatorie ed intraoperatorie generali*”, R-S-4.

5.2

Misure preventive post-operatorie

5.2.1

Timing della medicazione delle ferite chirurgiche

La medicazione non deve essere eseguita in modo routinario, a scadenze fisse (es. tutti giorni o a giorni alterni) o troppo frequentemente.

Il momento più pericoloso per l’infezione della ferita è quello in cui si effettua la medicazione. La medicazione deve rimanere chiusa per 24 - 48 ore dal confezionamento in sala operatoria ed eseguita quando le condizioni la rendono necessaria ossia:

- quando è **bagnata** (non deve mai essere rinforzata, con sovrapposizione di garze e cerotti sulla medicazione esistente, poiché l’ambiente umido favorisce il proliferare di microrganismi e la macerazione dei tessuti);
- in occasione della **rimozione** della sutura e dei drenaggi;
- quando c’è presenza di secrezioni, pus, infiammazione o edema dei tessuti circostanti;
- quando il paziente presenta febbre non riferibile ad infezioni in altra sede (lo scopo è quello di ispezionare la ferita);
- immediatamente dopo l’**ispezione** (non va lasciata scoperta per farla controllare da altro personale).

5.2.2

La medicazione della ferita pulita

- Informare il paziente, se cosciente, delle manovre che verranno eseguite, facendogli assumere una posizione confortevole e una buona esposizione della ferita;
- Valutare lo stato igienico della cute circostante e, se necessario, procedere con la deterzione;
- Indossare i DPI;
- Eseguire l’igiene delle mani con gel idroalcolico per evitare di contaminare il materiale;
- Indossare i guanti monouso non sterili;
- Rimuovere i cerotti e la medicazione delicatamente (se necessario inumidirli con soluzione fisiologica sterile)
- Smaltire il materiale prelevato nell’apposito contenitore dei rifiuti a rischio infettivo;
- Rimuovere i guanti non sterili già contaminati da materiale biologico, ripetere il lavaggio antisettico delle mani e indossare i guanti chirurgici sterili, evitando di contaminarli;
- Detergere la ferita con le garze imbevute di soluzione fisiologica passando una sola volta per evitare la propagazione dei microrganismi presenti;
- Asciugare la ferita con garze asciutte e smaltire i rifiuti negli appositi contenitori a rischio infettivo.

5.2.3

La medicazione della ferita chirurgica sporca o di seconda intenzione

In questo caso la medicazione deve essere ripetuta più volte nelle 24 ore, poiché la deterzione/disinfezione della ferita è necessaria in presenza di essudato e pus, allo scopo di evitare la crescita batterica e la macerazione della cute.

- Informare il paziente, se cosciente, delle manovre che verranno eseguite, facendogli assumere una posizione confortevole e una buona esposizione della ferita;
- Valutare lo stato igienico della cute circostante e, se necessario, procedere con la deterzione;
- Indossare i DPI;
- Eseguire l’igiene delle mani con gel idroalcolico per evitare di contaminare il materiale e prevenire le infezioni;
- Indossare i guanti monouso non sterili;
- Rimuovere i cerotti e la medicazione delicatamente (se necessario inumidirli con soluzione fisiologica sterile);
- Smaltire il materiale prelevato nell’apposito contenitore dei rifiuti a rischio infettivo;
- Eseguire, se necessario e dopo aver osservato e valutato lo stato della ferita, l’esame



culturale;

- Detergere la ferita con le garze imbevute di soluzione fisiologica passando una sola volta per evitare la propagazione dei microrganismi presenti. Disinfettare, con una nuova garza bagnata di antisettico, la ferita partendo dall'esterno verso l'interno con movimenti circolari; in questo modo si evita la contaminazione della zona pulita esterna alla ferita stessa;
- Applicare, se necessario, garze particolari (iodoformiche, utilizzate per “zaffare” le cavità presenti nella ferita), altre sostanze medicamentose (schiume poliuretano) o altre medicazioni avanzate;
- Posizionare garze sterili della misura adeguata;
- Fissare la medicazione;
- Riporre i ferri chirurgici utilizzati nel contenitore apposito per la loro pulizia;
- Smaltire i rifiuti, rimuovere i guanti e gettarli negli appositi contenitori a rischio infettivo;
- Eseguire il lavaggio antisettico delle mani.

5.3

Registrazione delle attività

Poiché la documentazione dell'avvenuta medicazione e delle modalità di esecuzione sono rilevanti, anche ai fini della condivisione delle informazioni tra i diversi operatori che hanno in carico il paziente, esse vanno registrate nel modello “*scheda monitoraggio delle ferite chirurgiche*” M_R-S-19_1.

Nel caso in cui il paziente presenti più ferite chirurgiche per ciascuna di esse dovrà essere redatta una scheda di monitoraggio della ferita.

La sola valutazione dello stato della medicazione (senza la rimozione della stessa e la valutazione della ferita chirurgica), va registrata nel diario clinico/assistenziale.

Indice di revisione	Motivo della revisione	Data
Ed.0 Rev. 00	Emissione	26/11/2014
Ed. 1 Rev. 00	Adeguamento agli Standard Joint Commission: del Manuale JCI 2017	07/10/2019