

Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare

Cinque raccomandazioni di ANMDO - Associazione Nazionale Medici delle Direzioni Ospedaliere in collaborazione con SItI – Società Italiana di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

1	<p>Non sostituire l'igiene delle mani con l'utilizzo dei guanti monouso non sterili. Utilizzare il prodotto a base alcolica come prima scelta per l'igiene delle mani routinaria.</p> <p>L'igiene delle mani, eseguita in modo appropriato, riduce la popolazione microbica cutanea; rimane quindi la misura di base per garantire la decontaminazione delle mani. In ambito assistenziale i guanti monouso non sterili (d'ora in poi indicati come "guanti") non possono sostituire l'igiene delle mani, avendo funzioni diverse: diminuiscono la probabilità di trasmissione ai pazienti dei microrganismi presenti sulle mani degli operatori sanitari (protezione del paziente); sono una barriera per prevenire la contaminazione delle mani degli operatori sanitari in caso di contatto con sangue, altri materiali biologici, dispositivi o superfici contaminate da questi (protezione dell'operatore). I guanti comunque non forniscono una completa protezione contro la contaminazione delle mani: i microrganismi possono raggiungere le mani di quanti prestano assistenza ai pazienti tramite piccoli difetti dei guanti o per contaminazione delle mani durante la loro rimozione. L'utilizzo dei guanti può determinare la mancata pratica dell'igiene delle mani. Vari studi ne riportano una riduzione significativa quando sono usati i guanti, soprattutto se in modo scorretto, dimostrando che il loro utilizzo inappropriato può essere una componente della bassa adesione all'igiene delle mani. Essendo monouso, i guanti, una volta rimossi, non devono essere riutilizzati anche dopo decontaminazione. Rispetto al lavaggio sociale e antisettico, i prodotti a base alcolica aumentano l'adesione degli operatori sanitari all'igiene delle mani routinaria.</p>
2	<p>Non somministrare l'antibiotico per la profilassi perioperatoria prima dei 60 minuti precedenti l'incisione chirurgica*; il momento ideale è all'induzione dell'anestesia. * tranne eccezioni</p> <p>La Profilassi Antibiotica Perioperatoria (PAP) è una misura efficace per la prevenzione delle Infezioni del Sito Chirurgico (ISC), laddove indicata; tuttavia, il suo utilizzo inappropriato contribuisce notevolmente al consumo totale di antibiotici negli ospedali ed è stato associato all'aumento della resistenza agli antibiotici dei microrganismi nonché dei costi dell'assistenza sanitaria. La somministrazione dell'antibiotico entro 30-60 minuti dall'inizio dell'incisione della cute garantisce una concentrazione efficace del farmaco nel siero e nei tessuti sede dell'intervento, riducendo quindi il rischio di infezione post-operatoria. Alcune linee guida riconoscono che alcuni antibiotici richiedono una somministrazione nell'arco di 1-2 ore, come ad esempio i fluorochinoloni e la vancomicina, restringendone l'uso in profilassi esclusivamente nei casi per i quali i programmi locali di <i>antimicrobial stewardship</i> ne consigliano la somministrazione. Pertanto, come eccezione alla regola, la somministrazione di questi agenti dovrebbe iniziare entro 120 minuti prima dell'incisione chirurgica.</p>
3	<p>Non somministrare l'antibiotico per profilassi perioperatoria oltre le 24 ore dall'intervento. La profilassi antibiotica deve essere limitata al periodo perioperatorio. La scelta di continuare la profilassi oltre le prime 24 ore del postoperatorio non è giustificata.</p> <p>La Profilassi Antibiotica Perioperatoria (PAP) è una misura efficace per la prevenzione delle Infezioni del Sito Chirurgico (ISC), laddove indicata; tuttavia, il suo utilizzo inappropriato contribuisce notevolmente al consumo totale di antibiotici negli ospedali ed è stato associato all'aumento della resistenza agli antibiotici dei microrganismi nonché dei costi dell'assistenza sanitaria. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) raccomanda di non prolungare la PAP oltre la fine dell'intervento chirurgico allo scopo di prevenire le ISC. Non è raccomandato, in genere, continuare la PAP oltre le 24 ore dall'intervento. L'importanza dell'appropriata PAP per la prevenzione delle ISC è stata confermata da diversi studi epidemiologici ed in particolare, da una revisione sistematica di 21 meta-analisi e da un recente rapporto tecnico e revisione sistematica dell'<i>European Centre for Disease Prevention and Control</i> (ECDC).</p>
4	<p>Non aprire le porte della sala operatoria durante l'attività chirurgica, ad eccezione di quando necessario per il passaggio del paziente, del personale e di attrezzature.</p> <p>Le strategie di prevenzione delle infezioni del sito chirurgico vertono principalmente su tre ambiti: paziente, tecnica chirurgica e condizioni ambientali della sala operatoria; tra queste ultime, la qualità dell'aria (contaminazione particellare e microbica, temperatura, umidità, ecc.). L'apertura delle porte può compromettere la qualità dell'aria andando a modificare il microclima della sala operatoria e determinando un incremento della contaminazione microbica dell'aria, come dimostrato da diversi studi. In particolare, in uno studio multicentrico condotto dal GISIO-SItI è stata evidenziata una correlazione positiva tra il numero di aperture delle porte e i valori di Indice Microbico dell'Aria (IMA), durante interventi di artroprotesi di anca e ginocchio. Inoltre, l'apertura delle porte interferisce con lo svolgimento dell'attività chirurgica, favorendo la distrazione degli operatori con un conseguente rischio di errori. Le motivazioni dell'apertura delle porte sono spesso inappropriate, quindi passibili di azioni correttive ed interventi educativi mirati a ridurre la frequenza.</p>
5	<p>Non tralasciare di comunicare nella documentazione sanitaria (lettera di dimissione o documento di trasferimento in altra struttura) del paziente l'eventuale positività a microrganismi alert*.</p> <p>*<i>Staphylococcus aureus</i> resistente alla meticillina-MRSA, <i>Clostridioides difficile</i>, <i>Klebsiella pneumoniae</i> e altri Enterobatteri resistenti ai carbapenemi, <i>Acinetobacter baumannii</i> resistente ai carbapenemi, <i>Pseudomonas aeruginosa</i> resistente ai carbapenemi, Enterococchi vancomicina resistenti (VRE) ed eventuali altri microrganismi identificati localmente come alert.</p> <p>L'indicazione della positività a microrganismi alert nella lettera di dimissione o documento di trasferimento in altra struttura è una informazione fondamentale per la successiva corretta gestione del paziente sia a domicilio che in altra struttura sanitaria. La conoscenza della positività del paziente ad un microrganismo alert consente ai sanitari, ai medici di famiglia e agli stessi familiari di adottare le opportune precauzioni nonché di utilizzare gli antibiotici più idonei.</p>

Come si è giunti alla creazione della lista

ANMDO ha aderito al progetto Fare di più non significa fare meglio e si è inoltre proposta di fornire un proprio contributo originale attraverso la stesura di liste relative alle aree di competenza igienistica e organizzativa che comprendano prestazioni di dubbia utilità e di promuovere invece interventi efficaci basati sulle evidenze disponibili, compatibili con il contesto in cui questi devono essere effettuati. Partendo dalla consapevolezza delle proprie specificità, si è scelto di focalizzare l'attenzione sull'ambito dell'Igiene Ospedaliera: una tematica che impatta in maniera significativa sulla salute, anche se per lo più in modo indiretto. In uno spirito intersocietario e nell'intento di ampliare il più possibile i soggetti interessati, questa attività è stata realizzata insieme alla Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità pubblica (SItI) attraverso la creazione di un gruppo di lavoro ANMDO-SItI. L'ambito di scelta delle pratiche ha tenuto conto della rilevanza che ha nelle strutture sanitarie il rischio infettivo. Lo sforzo che il gruppo di lavoro si è proposto di effettuare è stato duplice: individuare tra le pratiche sostenute da evidenze scientifiche quelle più rilevanti e allo stesso tempo renderle operative nelle organizzazioni sanitarie di tutto il Paese attraverso la prospettiva, la professionalità e la determinazione della Sanità Pubblica. Tutte le raccomandazioni sono state riviste a giugno 2022.

Principali fonti bibliografiche

1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings (last update: July 2019). 2. World Health Organization. WHO guidelines on hand hygiene in health care: first global patient safety challenge: clean care is safer care. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Patient Safety; 2009. 3. Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Emilia-Romagna. "Cure pulite sono cure più sicure". Rapporto finale della campagna nazionale OMS. Dossier 189-2010. 4. Regione Emilia-Romagna. Servizio Assistenza Territoriale - Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare – Area Farmaco e Dispositivi Medici. Linee di indirizzo sull'utilizzo appropriato dei guanti monouso non sterili. Luglio 2020. 5. CDC. Strategies for Optimizing the Supply of Disposable Medical Gloves. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/pe-strategy/gloves.html
2	<ol style="list-style-type: none"> 1. European Centre for Disease Prevention and Control. Systematic review and evidence-based guidance on perioperative antibiotic prophylaxis. Stockholm: ECDC; 2013. 2. SNLG 17. Antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto. Linee guida 2008, aggiornamento 2011. Disponibile su: http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_AntibioticoP_Unico_2008.pdf. 3. World Health Organization. Antimicrobial Resistance Global Report on surveillance 2014. Disponibile su: http://www.who.int/drugresistance/documents/surveillancereport/en/. 4. World Health Organization. Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection, second edition. WHO 2018. Disponibile su: https://www.who.int/publications/i/item/global-guidelines-for-the-prevention-of-surgical-site-infection-2nd-ed 5. Berríos-Torres SI, Umscheid CA, Bratzler DW, et al. Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017. <i>JAMA Surg.</i> 2017;152(8):784–791. 6. Adekoya I, Maraj D, Steiner L, Yaphe H, Moja L, Magrini N, Cooke G, Loeb M, Persaud N. Comparison of antibiotics included in national essential medicines lists of 138 countries using the WHO Access, Watch, Reserve (AWaRe) classification: a cross-sectional study. <i>Lancet Infect Dis.</i> 2021 Oct;21(10):1429-1440. 7. Barchitta M, Sabbatucci M, Furiozzi F, et al. Knowledge, attitudes and behaviors on antibiotic use and resistance among healthcare workers in Italy, 2019: investigation by a clustering method. <i>Antimicrob Resist Infect Control.</i> 2021 Sep 10;10(1):134.
3	<ol style="list-style-type: none"> 1. European Centre for Disease Prevention and Control. Systematic review and evidence-based guidance on perioperative antibiotic prophylaxis. Stockholm: ECDC; 2013. 2. SNLG 17. Antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto. Linee guida 2008, aggiornamento 2011. Disponibile su: http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_AntibioticoP_Unico_2008.pdf 3. World Health Organization. Antimicrobial Resistance Global Report on surveillance 2014. Disponibile su: http://www.who.int/drugresistance/documents/surveillancereport/en/. 4. World Health Organization. Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection, second edition. WHO 2018. Disponibile su: https://www.who.int/publications/i/item/global-guidelines-for-the-prevention-of-surgical-site-infection-2nd-ed 5. Berríos-Torres SI, Umscheid CA, Bratzler DW, et al. Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017. <i>JAMA Surg.</i> 2017;152(8):784–791. 6. Global Alliance for Infections in Surgery. Principles of antibiotic prophylaxis in surgery. Disponibile su: https://infectionsinsurgery.files.wordpress.com/2019/02/prophylaxis-principles-1-1.pdf
4	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mangram AL, Horan TC, Pearson ML, Silver LC, Jarvis WR; The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for the prevention of surgical site infection, 1999. <i>Am J Infect Control</i> 1999;27(2): 97-134. 2. World Health Organization. Best Practice Safety Protocols - Clinical Procedures Safety. Ginevra 2004, riformattato 2012. Disponibile online: http://www.who.int/surgery/publications/s15976e.pdf?ua=1.2 3. Association of Operating Room Nurses. RP summary: Recommended practices for a safe environment of care, part II. <i>AORN Journal</i> 2014; 100(3): 294-297. 4. Agodi A, Auxilia F, Barchitta M, et al. Italian Study Group of Hospital Hygiene. Operating theatre ventilation systems and microbial air contamination in total joint replacement surgery: results of the GISIO-ISChIA study. <i>J Hosp Infect.</i> 2015 Jul;90(3):213-9. 5. Birgand G, Saliou P, Lucet J-C. Influence of Staff Behavior on Infectious Risk in Operating Rooms: What Is the Evidence? <i>Infect Control Hosp Epidemiol</i> 2015;36(1):93–106. 6. Pasquarella C, Balocco C, Colucci ME, et al. The Influence of Surgical Staff Behavior on Air Quality in a Conventionally Ventilated Operating Theatre during a Simulated Arthroplasty: A Case Study at the University Hospital of Parma. <i>Int J Environ Res Public Health</i> 2020; 17(2): 452. 7. Regione Emilia-Romagna. Agenzia sanitaria e sociale regionale. Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico. Dossier 261-2017.
5	<ol style="list-style-type: none"> 1. Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Management of Multi-Drug Resistant Organisms in Healthcare Settings, 2006 (last update: February 15, 2017). Disponibile su: https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/mdro 2. Guidelines for the Prevention and Control of Multidrug-resistant Organisms (MDRO) excluding MRSA in the healthcare setting. Royal College for Physicians of Ireland, 2012. 3. Canterbury Guidelines for the Control of MDRO; review 2014.

Slow Medicine ETS, associazione del Terzo Settore di professionisti e cittadini per una cura sobria, rispettosa e giusta, ha lanciato in Italia nel dicembre 2012 il progetto **“Fare di più non significa fare meglio- Choosing Wisely Italy”** in analogia all'iniziativa Choosing Wisely già in atto negli Stati Uniti. Il progetto ha l'obiettivo di favorire il dialogo dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio di inappropriately in Italia, per giungere a scelte informate e condivise. Il progetto italiano è inserito nel movimento Choosing Wisely International. Sono partner del progetto: FNOMCeO, FNOPI, ASI, SNR, ARS Toscana, Partecipasalute, Altroconsumo, Federazione per il Sociale e la Sanità della prov. aut. di Bolzano, Zadig. Per ulteriori dettagli:

www.choosingwiselyitaly.org; www.slowmedicine.it

L'ASSOCIAZIONE NAZIONALE DEI MEDICI DELLE DIREZIONI OSPEDALIERE - A.N.M.D.O. promuove il miglioramento continuo dell'organizzazione sanitaria e socio-sanitaria sotto il profilo della programmazione, organizzazione e gestione aziendale, dell'organizzazione igienico - sanitaria e delle tecniche assistenziali e del management sanitario. Per ulteriori dettagli: anmdo.segreteria@gmail.com

La SOCIETÀ ITALIANA DI IGIENE, MEDICINA PREVENTIVA E SANITÀ PUBBLICA - S.It.I. promuove il progresso scientifico e culturale nel campo dell'Igiene, Epidemiologia, Sanità Pubblica, Medicina Preventiva e di Comunità, Programmazione, Organizzazione, Management ed Economia sanitaria, nonché in tutte le altre sue possibili articolazioni funzionali. www.societaitalianaigiene.org/