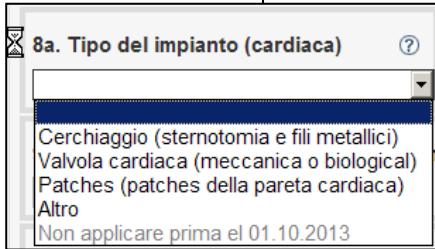


Documento 16 SSI-module

KEY TERMS. Versione del 01.11.2018. Nuovo: KT 1 (revisione). Nuovo: KT 35-48

N	TEMA	DATA	SPIEGAZIONI
1	Coltura positiva ottenuta in modo asettico	30.09.2013	Si tratta di una coltura ottenuta da un prelievo effettuato in modo da prevenire l'introduzione di organismi dai tessuti adiacenti nel campione raccolto e non necessariamente da un sito corporeo normalmente sterile. Uno striscio effettuato in buone condizioni può quindi essere preso in considerazione.
2	Ascesso di un solo punto di sutura ("stitch abcess")	30.09.2013	L'ascesso di un solo punto di sutura ("stitch abcess"), vale a dire un'infezione minima e uno spurgo limitato al punto di penetrazione della sutura non è considerato come un'infezione del sito chirurgico nel sistema NHSN e di Swissnoso.
3	Dermo-ipodermite, cellulitis	30.09.2013	Una dermo-ipodermite isolata non è sufficiente a porre la diagnosi d'infezione incisionale superficiale.
4	Fuoriuscita o l'allentamento di una sutura anastomotica	30.09.2013	Una fuoriuscita o l'allentamento di una sutura anastomotica, visualizzata in corso di esame radiologico o di un reintervento, corrispondono ad un'infezione d'organo/spazio anche se gli altri criteri di un'infezione non sono (ancora) raggiunti .
5	Endometriti e endocarditi	30.09.2013	Le endometriti e le endocarditi dopo chirurgia sono considerate come delle infezioni d'organo/spazio se rispondono ai criteri specifici. Si veda tabella dei criteri specifici.
6	LAVH	30.09.2013	LAVH (L aparoscopically A ssisted V aginal H ysterectomy) significa in italiano: Isterectomia vaginale assistita laparoscopicamente. Questa tecnica corrisponde ad una laparoscopia, bisogna segnare scopia "si" nel CRF.
7	Procedura bilaterale	15.10.2013	In caso di procedure chirurgiche bilaterali identiche , effettuate una dietro l'altra nella medesima operazione, quali ad esempio cura di un'ernia inguinale a destra e a sinistra, posa di protesi alle ginocchia/anche a destra e a sinistra, bisogna: → Creare 2 CRF e seguire l'evoluzione del sito operatorio destro e sinistro indipendentemente. Se un'infezione è scoperta, annotare per il lato in questione nella base dati online "infezione si". Tutte le infezioni sono così recensite per lato. Inoltre, bisogna annotare il tempo operatorio "dal taglio alla chiusura" specifico per ogni lato.

Documento 16 **swissnosc** SSI-module

N	TEMA	DATA	SPIEGAZIONI	
8	Tipo Impianto	15.10.2013	Il tipo d'impianto in cardiocirurgia (cerchiaggio: fili metallici di chiusura della sternotomia, valvole cardiache (meccaniche o biologiche), patches (heart wall) e altri dispositivi medici) e in chirurgia del rachide (protesi discale, spaziatore interspinoso o altri dispositivi medici) é recensito dal 1° ottobre 2013. Da notare che la banca dati online non riporta questa domanda per i casi raccolti prima del 1° ottobre 2013.	
			In caso di intervento cardiaco, è possibile avere più di un tipo di materiale estraneo impiantato durante la stessa operazione. Per esempio dei fili metallici per fermare la sternotomia (cerchiaggio) e la posa di una valvola cardiaca meccanica o biologica per un'insufficienza della valvola mitrale o tricuspidale. Selezionare la risposta sulla base delle spiegazioni seguenti :	
				
			Cerchiaggio	= cerchiaggio senza altri corpi estranei
			Valvole cardiache (meccaniche o biologiche)	= valvole (i) meccaniche (i) con o senza cerchiaggio dello sterno = valvole (i) biologiche (i) con o senza cerchiaggio dello sterno
			Patches	= patches della parete cardiaca con o senza cerchiaggio dello sterno
			Altro	= altro dispositivo medico considerato come corpo estraneo con o senza cerchiaggio dello sterno
9	Via d'accesso transapicale «TAVI», via d'accesso anterolaterale, ministernotomie	15.10.2013	In cardiocirurgia, la via d'accesso transapicale (TAVI: transcatheter aortic valve implantation), le altre vie d'accesso antero-laterali e le mini-sternotomie o mini-toracotomie con un'apertura parziale superiore dello sterno, sono considerate come “mini-invasive”.	
10	Via accesso anteriore di Hueter o anterolaterale di Röttinger in chirurgia ortopedica (AMIS)	29.01.2014	<u>Definizione d'accesso mini-invasivo durante posa di protesi totale dell'anca: la via d'accesso anteriore di Hueter (decubito dorsale) et anterolaterale di Röttinger (decubito laterale)</u> sono approcci che si attengono ai principi di una procedura “mini-invasiva”: preservazione dei muscoli e tendini incontrati durante l'avvicinamento della capsula articolare. Questi approcci anteriori «AMIS» (Anterior Minimally Invasive Surgery) sono considerati come una procedura mini invasiva. NB: gli altri approcci qualificati come mini-invasivi (via posteriore, laterale o doppia incisione) sono solamente delle tecniche che riducono l'incisione cutanea e sono associate a danneggiamento dei muscoli e/o dei tendini. Queste ultime non sono considerate come mini-invasivi ma come delle tecniche convenzionali.	

Documento 16 SSI-module

N	TEMA	DATA	SPIEGAZIONI
11	Raccolta di criteri diagnostici dell'endometrite e dell'endocardite nella banca dati online	29.01.2014	I criteri specifici dell'endometrite e dell'endocardite (infezioni d'organo/spazio) sono presentati alla pagina 46-48 a complemento della tabella del documento 7 della guida dell'utente. I criteri A e C si applicano come per tutte le infezioni del sito chirurgico. Raccolta nella banca dati online in caso d'endometrite o endocardite: - In presenza del criterio specifico CRITERIO 1, raccolta nella banca dati B1 = si - In presenza del criterio specifico CRITERIO 2, raccolta nella banca dati B2 = si - B3 = no
12	Definizione di revisione della ferita per la diagnosi di infezione dell'incisione superficiale o profonda	10.06.2014	Una revisione deliberata consiste: → a incidere la cicatrice e/o → a togliere prematuramente i fili di sutura o le agrafo e/o → ad allontanare i lembi della pelle Questo indipendentemente dal fatto che sia effettuata da un chirurgo, un altro medico o un altro curante ed indipendentemente dal luogo dove questo gesto è effettuato. <i>Nota bene: una punzione non è considerata come una revisione</i>
13	Utilizzazione del criterio B1 al momento dell'infezione organo/spazio	10.06.2014	Se nel corso di un esame radiologico si effettua una punzione guidata nel compartimento organo/spazio per evacuare un <u>ascesso o una collezione ascessuata</u>, il criterio B1 può <i>ugualmente</i> essere applicato. <i>Far riferimento ai rapporti radiologici.</i> Se si posa un drenaggio nel compartimento organo/spazio in corso di esame radiologico o nel caso di una nuova operazione, e questo drenaggio riporta uno sgocciolamento purulento nei giorni seguenti, il criterio B1 può <i>ugualmente</i> essere applicato. <i>Considerare il caso nel suo insieme.</i>
14	Utilizzazione del criterio B1 al momento dell'infezione superficiale e profonda	10.06.2014	Se la riapertura deliberata di una ferita (criterio B3 per l'infezione chirurgica superficiale e criterio B2 per l'infezione chirurgica profonda) permette ad un <u>ascesso o ad una collezione ascessuata</u> di sgocciolare, e se questo sgocciolamento è purulento, il criterio B1 "sgocciolamento purulento proveniente dall'incisione superficiale o profonda" può <i>ugualmente</i> essere applicato.

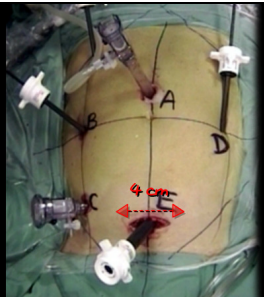
Documento 16 SSI-module

N	TEMA	DATA	SPIEGAZIONI
15	Codifica dei ponteggi coronarici combinati	10.06.2014	Nel corso di un pontaggio coronarico con l'arteria mammaria o l'arteria toracica (codice 44) in coppia ad un pontaggio con un innesto vascolare (vene o vascolare) prelevato ad una estremità (codice 45), bisogna completare la banca dati online nel modo seguente: - intervento principale = 45 - seconda procedura = 44 Il codice 45 attiva il sotto-formulario per il procedere del sito secondario.
16	Rioperazione per complicazioni non infettive seguita da infezione	10.06.2014	Durante il periodo post-operatorio (30 giorni / 1 anno) di un caso inizialmente incluso dall'ospedale, può sopraggiungere un'infezione del sito chirurgico dopo una nuova operazione per complicazioni non infettive. In questo caso non è possibile attribuire con certezza l'infezione alla prima operazione o alla seconda (nuova operazione). L'infezione é però recensita purché la diagnosi sia stata posta durante il periodo di decorso del primo intervento, anche se non è possibile stabilire a quale intervento l'infezione è dovuta.
17	Procedure bilaterali (cure delle ernie) con dapprima una via chirurgica unica	10.06.2014	Complemento all'informazione nr. 7 del 15.10.2013 sull'atteggiamento in caso di cure delle ernie bilaterali. Se le procedure bilaterali sono effettuate una dopo l'altra durante la stessa operazione e se l'operazione è praticata con una via dapprima unica, ad esempio per via laparoscopica, bisogna: - creare 1 solo CFR - annotare intervento principale = 11 e seconda procedura = 11 - annotare il tempo operatorio «pelle a pelle» - e seguire l'evoluzione del sito chirurgico come un tutto <i>Nota bene: se si effettuano due incisioni distinte, bisogna creare 2 CFR. CF KEY TERMS nr. 7, procedura bilaterale, 15.10.2013.</i>
18	Procedure bilaterali con due vie dapprima chirurgiche distinte e censite durante l'operazione	10.06.2014	Complemento all'informazione nr. 7 del 15.10.2013 sull'attitudine in caso di procedure chirurgiche bilaterali identiche (ad esempio cure delle ernie inguinali o protesi del ginocchio) effettuate una dopo l'altra durante la stessa operazione ma da due vie distinte, e per le quali 2 CRF sono creati. In assenza del tempo operatorio specifico da ogni parte, bisogna dividere il tempo totale dell'intervento in due. Esempio: - colpo di bisturi a destra alle 07h00 e fine della sutura a sinistra alle 9h20. La durata

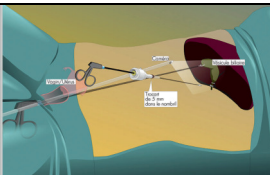
Documento 16 SSI-module

N	TEMA	DATA	SPIEGAZIONI
			dell'operazione totale è di 2h20, dunque 140 minuti. - CRF nr 1, lato destro: inizio = 07h00 e fine alle 08h10 (70 minuti = 140/2) - CRF nr 2, lato sinistro: inizio = 08h10 e fine alle 09h20 (70 minuti = 140/2) Nota bene: il censimento dell'ora della somministrazione della profilassi antibiotica corrisponde all'ora reale alla quale l'antibiotico è stato somministrato. Questo significa che l'ora di somministrazione deve essere identica per entrambi i lati e dunque per il CRF nr 1 e CRF nr 2.
19	Operazione di « second look » dopo chirurgia digestiva	10.06.2014	In seguito ad una prima operazione, in particolare quelle con una classe di contaminazione IV, si decide talvolta di pianificare nei giorni seguenti un secondo intervento detto di «second look» per completare il trattamento. Questa ha luogo nel medesimo spazio della prima e consiste per esempio nel lavare/risciacquare la cavità addominale, e/o a verificare la viabilità dei segmenti dell'intestino, e/o ad assicurarsi della tenuta della/delle anastomosi, e/o a chiudere in un secondo tempo l'addome. Annotare « si » alla domanda del CRF « rioperazione per complicazioni non infettive nel mese in corso (o per una second look)».
20	Prima protesi elettiva	10.06.2014	Se negli anni che precedono la posa di una protesi sono state effettuate un'osteotomia di valgisation/varisation o un'osteosintesi dovuta ad una frattura, e se il materiale d'osteosintesi è sempre presente al momento della posa della protesi, questa non deve essere inclusa. Idem in caso di impianto iniziale di protesi a seguito di un traumatismo che ha provocato una frattura, o nel caso di una frattura spontanea.
21	Criteri d'inclusione o d'esclusione in caso di procedure chirurgiche multiple	10.06.2014	In caso di procedure chirurgiche multiple, solo l'intervento chirurgico principale deve essere considerato per decidere dell'inclusione del caso. Esempio: - Isterectomia con ovariectomia dove il motivo principale é un tumore maligno esteso dell'ovaio e che necessita ugualmente una resezione colica. In questo caso non deve essere incluso come un colon ma deve/può essere incluso come un'isterectomia se l'ospedale segue questo tipo d'intervento (in questo caso codificare: intervento principale = 30, seconda procedura = 6) - Duodenopancreatomia (operazione di Whipple, ablazione della testa e/o del corpo del pancreas, di una sezione della parte inferiore dello stomaco, del duodeno, di una sezione del digiuno, della vescica biliare, del canale coledoco e dei gangli linfatici attigui). In questo caso non deve essere incluso come una colecistectomia.
22	Esclusione degli interventi	10.06.2014	Gli interventi chirurgici, sia che si tratti di una rioperazione sullo stesso sito corporeo e/o organo o di

Documento 16 **swissnosc** SSI-module

N	TEMA	DATA	SPIEGAZIONI
	effettuati nei 30 giorni (o 1 anno se impianto) seguenti una prima operazione		un nuovo intervento nel medesimo spazio (ad esempio cavità addominale), avvenuti nei 30 giorni (o un anno se impianto) dopo una prima operazione, non devono essere inclusi. Esempio: un paziente subisce una resezione dell'intestino tenue il 1.4.2013 seguito da una risezione del colon destro il 20.4.2013. In questo caso il colon non è incluso. Esempio; un paziente subisce una colecistectomia il 7.4.2014 seguita da un'emicoleclectomia sinistra e da una sigmoidectomia per diverticolite il 25.4.14. In questa situazione l'intervento sul colon/sigmoide non è incluso. Esempio: pontaggio coronarico (44, 45) con cerchiaggio metallico il 1.1.2014 e un cambio della valvola (43) 6 mesi più tardi. La posa della valvola non è inclusa.
23	Interventi viscerali eseguiti in laparoscopia con una mini-incisione per togliere la parte anatomica	01.10.2016	 Nella maggior parte dei casi gli interventi viscerali sono eseguiti in laparoscopia. È il caso, per esempio, di resezioni coliche e rettali. In questi casi, l'estrazione del pezzo anatomico asportato viene eseguita tramite una mini incisione (4-6 cm), generalmente sovrappubica (incisione secondo « Pfannenstiel »), più raramente in fossa iliaca destra. Malgrado la realizzazione di questa incisione, la stessa è da considerarsi come un intervento eseguito in laparoscopia. Scopia=si
24	Interventi eseguiti tramite robotica/robot assistiti	01.10.2016	Si tratta di un intervento operatorio mini invasivo assistito tramite computer. Il sistema robotico è composto dalla console chirurgica, dal carrello con braccia articolate e delle immagini simili a una laparoscopia. Quest'ultimo è da considerare un intervento eseguito tramite laparoscopia. Scopia=si
25	Interventi per via transvaginale che non siano isterectomie	01.10.2016	I metodi operatori che utilizzano gli orifizi naturali del corpo per la chirurgia laparoscopica sono chiamati «natural orifice transluminal endoscopic surgeries» (<i>NOTES</i>). Questo consiste nel ricorrere primariamente alla via transvaginale come via per introduzione laparoscopica, per esempio, di una colecistectomia o di una sigmoidectomia. Oltre alla via transvaginale, una parte supplementare con un piccolo diametro viene inserita per via ombelicale (<i>NOTE hybrides</i>) al fine di facilitare la creazione di pneumoperitoneo e il controllo interno. La maggioranza delle procedure viene realizzata tramite l'orifizio naturale.

Documento 16 **swissnosc** SSI-module

N	TEMA	DATA	SPIEGAZIONI
			 Via dapprima transvaginale (<i>NOTES ibrides</i>) per l'ablazione della vescicola biliare (© Eucker 2012)
26	Codifica delle isterectomie laparoscopiche per via addominale (30) e per via vaginale (31)	01.10.2016	Il metodo di codifica dell'ablazione dell'utero (30 per isterectomia per via addominale e 31 per isterectomia per via vaginale) dipende dalla via e dalla tecnica chirurgica utilizzate per la resezione delle strutture da togliere. Ciò non dipende dalla parte del corpo per la quale la paziente viene operata. Isterectomia laparoscopica per via addominale: la dissezione totale dell'utero e delle strutture circostanti (legamenti utero-ovarici, ampi, rotondi, utero-sacrali, spazio vescico-uterino, preparazione e sezione dei vasi uterini) si effettua con l'aiuto di strumenti infilati nella cavità addominale tramite i trocar. L'estrazione del campione operatorio può essere effettuata tramite l'addome o la vagina aperta (colpotomia) la sutura della vagina avviene tramite la cavità addominale (via laparoscopica). Isterectomia per via vaginale assistita per laparoscopia: solo una parte della dissezione delle strutture per liberare il corpo uterino fino allo spazio vescico-uterino è effettuata per via addominale. In seguito viene praticata una colpotomia per via vaginale che permette la dissezione del collo dell'utero (cervice) e il legamento e la sezione dei legamenti utero-sacrali e dei vasi uterini. L'esemplare operato viene estratto dalla vagina. Il peritoneo e la colpotomia vengono suturate per via vaginale. <i>La via per la legatura (o la cauterizzazione) e la sezione dei vasi uterini costituisce la tappa decisiva per differenziare una isterectomia laparoscopica per via addominale da una isterectomia per via vaginale assistita in laparoscopia (b)</i> <i>a) legatura o cauterizzazione e sezione dei vasi uterini per via addominale</i> <i>b) legatura o cauterizzazione e sezione dei vasi uterini per via vaginale</i> Code CHOP_2018: Isterectomia addominale per laparoscopia [LSH e THL]: 68.31,68.41,68.61. Isterectomia per via vaginale assistita in laparoscopia [LAVH e LARVH]: 68.44,68.64

Documento 16 SSI-module

N	TEMA	DATA	SPIEGAZIONI
27	Creatinina clearance (GFR ml/min), scelta del valore e della finestra temporale	01.10.2016	Criteri di scelta per ordine di priorità: 1. Considerare il valore preoperatorio più vicino all'intervento calcolato durante l'ospedalizzazione in corso. 2. Se non è stato calcolato nessun valore preoperatorio nel corso dell'ospedalizzazione, dovrà essere considerato il valore postoperatorio più elevato. 3. Se, nel corso dell'ospedalizzazione, nessun valore fosse disponibile, andrà considerato, se facilmente reperibile, il valore calcolato durante l'anno precedente. Nel caso non fosse disponibile, crociare « non misurato » inserendo la scelta nei dati base il sistema utilizzerà per difetto il valore >50ml/min per effettuare il monitoraggio.
28	Infezioni da incisione superficiali o profonde e durata del procedere	01.10.2016	Le infezioni da incisione superficiale o profonda diagnosticate prima della fine del periodo di osservazione possono aggravarsi e arrivare ad organi più profondi, ad uno spazio o a una cavità articolare. Questi casi devono essere seguiti fino a 30 giorni/1 anno tramite colloqui telefonici o documentazione medica (se disponibile e completa) al fine di verificare che non si siano aggravate.
29	Determinazione del tipo d'infezione e piano anatomico	01.10.2016	Se sono coinvolti diversi piani anatomici la determinazione del tipo d'infezione superficiale, profonda o d'organo/spazio deve riflettere l'infezione più profonda.
30	Determinazione del tipo d'infezione in caso di intervento necessitante plurime incisioni (es. Laparoscopia, laparotomia e colostomia)	01.10.2016	Se vengono effettuate diverse incisioni secondo la stessa procedura chirurgica, per esempio chirurgia laparoscopica o colostomia, e le stesse si infettano, bisogna considerare il punto di infezione più profondo. Per esempio: 1. Se un'uncisione corrisponde ai criteri di infezione superficiale e un'altra ai criteri di infezione profonda, bisogna censire l'infezione da incisione più profonda. 2. Se è presente un'infezione d'organo/spazio e un'infezione di incisione superficiale o profonda, bisogna censire l'infezione organo/spazio. 3. Se si tratta di un'infezione della colostomia e della laparotomia, bisogna censire unicamente l'infezione più profonda.
31	Data della diagnosi di infezione	01.10.2016	La data da censire corrisponde a quella della prima diagnosi d'infezione di sito chirurgico. Vedi pagine 43-47 della guida.

Documento 16 SSI-module

N	TEMA	DATA	SPIEGAZIONI
32	Classe di contaminazione in caso di endocardite/valutazione del risultato delle culture e PCR	01.10.2016	I criteri di decisione per la determinazione della classe di contaminazione in caso di endocardite sono differenti a dipendenza se il trattamento antibiotico prescritto è ancora in corso al momento dell'intervento cardiaco (1) o se invece è terminato (2). - Intervento effettuato durante il trattamento antibiotico instaurato per l'endocardite: - Classe III se la cultura della valvola o delle vegetazioni è negativa, si che la PCR sia negativa o positiva. - Classe IV se la cultura della valvola o delle vegetazioni è positiva, indipendentemente dal risultato della PCR o se gli ascessi sono visualizzabili durante l'intervento, anche se la cultura è negativa. - Intervento effettuato dopo la fine del trattamento antibiotico dell'endocardite: - Classe I se la cultura della valvola o delle vegetazioni è negativa e se l'assenza di segni d'infiammazione è visualizzata durante l'operazione. - Classe III se segni di infiammazione sono visualizzabili durante l'intervento e/o se la PCR è positiva, anche se la coltura è negativa. - Classe IV se la coltura della valvola o delle vegetazioni è positiva, indipendentemente dal risultato della PCR o se gli ascessi sono visualizzabili durante l'operazione, anche se la coltura è negativa.
33	Esami /interventi ginecologici effettuati nell'arco di 30 giorni prima di un'isterectomia	01.10.2016	Un esame ginecologico come un'isteroscopia o un intervento che si limitano alla cavità uterina, ad esempio un raschiamento, non costituiscono un criterio di esclusione dell'isterectomia effettuata 30 giorni dopo. La cavità addominale non viene penetrata e non sono praticate incisioni.
34	Chirurgia addominale e classe di contaminazione IV: inclusione, evoluzione dell'infezione iniziale vs. infezioni d'organo/cavità	14.11.2016 Aggiornam ento della traduzione 02.11.2019	Come per qualsiasi altro intervento, anche per un intervento iniziale effettuato quando un'infezione è già presente (classe di contaminazione IV) deve essere monitorato. Ad esempio: Sigmoidectomia per diverticolite perforata. In una situazione del genere, un'infezione che si verifica successivamente nel sito di incisione (superficiale o profondo) deve essere considerata secondo i criteri del CDC, indipendentemente dal tempo di comparsa dopo l'intervento iniziale. D'altra parte, un'infezione d'organo/cavità dopo un intervento addominale iniziale con contaminazione di classe IV sarà da considerare secondo i criteri del CDC, soltanto se si verifica a partire dal 6°giorno (giorno dell'intervento = giorno 0) dopo l'intervento iniziale. Gli elementi che suggeriscono

Documento 16 SSI-module

N	TEMA	DATA	SPIEGAZIONI
		Addendum 29.11.2016	un'infezione d'organo/cavità entro i primi 5 giorni postoperatori rientrano ancora sotto l'evoluzione dell'infezione iniziale e non sono considerati un'infezione del sito chirurgico. Precisione del 29.11.2016: il principio del KEY TERM N. 34 va applicato per gli interventi effettuati a partire dal 01.10.2016 (da applicare anche retroattivamente per gli interventi del 01.10.2016 sino al 29.11.2016 se necessario), in modo che la sua attuazione corrisponda all'inizio del periodo di monitoraggio in corso. Nota bene: Una fuoriuscita o l'allentamento di una sutura anastomotica, visualizzata in corso di esame radiologico o di un reintervento, corrispondono sempre ad un'infezione d'organo/spazio anche se gli altri criteri di infezione non sono (ancora) raggiunti (KEY TERM N. 4) e anche se la fuoriuscita o l'allentamento di una sutura anastomotica si verifica entro 5 giorni dopo l'operazione. La definizione di KEY TERM N. 34 <u>non si applica</u> nel caso specifico di allentamento di sutura anastomotica.
35	Colonscopia entro i 30 giorni che precedono un'operazione di un organo della cavità addominale IV	01.11.2018	Una colonscopia (con o senza biopsie) è un esame endoscopico confinato al lume intestinale. Questa procedura <u>non</u> è un criterio per escludere un intervento digestivo o ginecologico effettuato entro i 30 giorni seguenti. Se una perforazione iatrogena si verifica durante la colonscopia e richiede una resezione digestiva, quest'ultima è inclusa e la classe di contaminazione è IV .
36	Drenaggio dell'ascesso percutaneo usando un catetere di tipo Pigtail per via trans-addominale, -rettale o -vaginale.	01.11.2018	La presenza di un catetere di tipo Pigtail (o di altro drenaggio) o di un drenaggio temporaneo dell'ascesso della cavità addominale o del piccolo bacino, compreso il drenaggio guidato tramite TAC, nei 30 giorni precedenti l'operazione costituisce un criterio di esclusione nel caso di resezione digestiva o altre procedure chirurgiche gastrointestinali o ginecologiche.
37	Presenza di una sonda gastrostomica percutanea endoscopica (PEG)	01.11.2018	La presenza di una sonda gastrostomica percutanea endoscopica (PEG) al momento dell'operazione, o nei 30 giorni precedenti all'operazione, di un organo della cavità addominale (digestivo o ginecologico) costituisce criterio di esclusione al momento di interventi di chirurgia digestiva o ginecologica.
38	Iniezione intra-articolare nei 30 giorni precedenti l'introduzione di una protesi	01.11.2018	Una iniezione intra-articolare nei 30 giorni precedenti l'introduzione di una protesi costituisce un criterio di esclusione (stessa articolazione).

Documento 16 SSI-module

N	TEMA	DATA	SPIEGAZIONI
39	Procedure multiple durante la chirurgia spinale	01.11.2018	Se nella stessa operazione vengono operate due zone distinte e non adiacenti, ad esempio alla terza vertebra dorsale e a livello delle vertebre lombari 4 e 5, si devono creare 2 CRF, notare il tempo operativo "pelle a pelle" specifico per ogni procedura e seguire separatamente l'evoluzione dei due siti operativi. Se, nella stessa operazione, sono interessati due siti operativi adiacenti, ad esempio i segmenti L1-L2 e D11-D12, questa procedura viene considerata come singolo sito chirurgico anche nel caso di due incisioni separate. In questo caso creare un unico CRF. Durante l'operazione alla spina dorsale che comprende contemporaneamente 1 intervento posteriore e 1 intervento anteriore (cervicale e addominale) e sullo stesso segmento vertebrale, creare un unico CRF e considerare un'infezione (se presente) qualunque sia l'incisione. Nelle operazioni effettuate in date diverse e se riguardano segmenti vertebrali non adiacenti, ad esempio al livello cervicale C5-C6 e lombare L2-L3, i 2 interventi devono essere inclusi. Nelle operazioni effettuate in date diverse e se riguardano segmenti vertebrali adiacenti, ad esempio a livello lombare L2-L3 durante un primo intervento e L4-L5 in un secondo tempo, la seconda operazione sul segmento L4-L5 non deve essere inclusa.
40	Cesareo e classe di contaminazione IV	01.11.2018	Nel caso di taglio cesareo in una partoriente che presenta un liquido amniotico torbido o una coltura positiva del liquido amniotico, devono essere presenti almeno 2 segni d'infezione quali febbre, la leucocitosi o l'aumento di CRP per considerarla una contaminazione di IV livello.
41	Cesareo, sindrome da infezione intra-amniotica e livello di contaminazione	01.11.2018	Nella <u>diagnosi medica</u> della sindrome di infezione intra-amniotica ed in assenza di liquido amniotico torbido o della coltura positiva, la contaminazione viene considerata di III livello.
42	Infezione del sito secondario > 30 giorni	01.11.2018	Le infezioni del sito secondario (innesto venoso alla gamba o arterioso all'avambraccio) vengono registrate soltanto fino a 30 giorni successivi l'operazione. Un'infezione che si sviluppa dopo 30 giorni non viene contata.
43	Criterio specifico B1 dell'infezione associata ad una protesi ortopedica	01.11.2018	Il criterio specifico B1 per l'infezione associata ad una protesi ortopedica si ottiene quando almeno 2 colture positive per lo stesso micro-organismo sono ottenute da prelievi peri-protesici. I 2 prelievi non devono essere necessariamente raccolti contemporaneamente ma possono essere eseguiti in tempi diversi (ad es. durante una puntura o durante l'intervento chirurgico consecutivo).

Documento 16 SSI-module

N	TEMA	DATA	SPIEGAZIONI
44	Esame fisico clinico	01.11.2018	Evidenziata un'infezione o elementi infettivi probatori durante un intervento invasivo o durante l'esame clinico del paziente, da parte di un medico, durante la degenza in ospedale o durante i successivi controlli. Questo completa il criterio B3 utilizzato per la diagnosi di infezione da incisione profonda e il criterio B3 per organo/spazio. Vedi documento n. 7 della Guida dell'utente, versione 01.11.2018. Rif.: Centers for Disease Control and Prevention. The National Healthcare Safety Network (NHSN). Surgical Site infection (SSI) Event. January 2018.
45	Metodo di identificazione di microrganismi	01.11.2018	È ammesso il metodo di identificazione del microrganismo tramite metodo o test diverso dalla coltura.
46	Purulenza	01.11.2018	Non esiste una definizione standard e/o dei criteri clinici per la nozione di purulenza o della secrezione purulenta. In generale, una secrezione purulenta descritta dal personale curante (note o osservazioni dirette) come viscoso, torbido, opaco con o senza sangue, viene accettato come secrezione purulenta.
47	Infezione del moncone vaginale dopo isterectomia	01.11.2018	Al fine di uniformare il metodo di monitoraggio Swissnosc con i criteri specifici del CDC/NHSN, un'infezione del moncone vaginale dopo isterectomia addominale o vaginale viene considerata un'infezione d'organo/spazio qualora sia stato raggiunto almeno uno dei seguenti criteri: 1. Spurgo purulento dal moncone vaginale oggettivato durante l'esame clinico della paziente (criterio B1). 2. Microrganismi identificati, in base ad un fluido o da un tessuto proveniente dal moncone vaginale, utilizzando una coltura o un altro test d'identificazione di microrganismi, ai fini di una diagnosi clinica o di un trattamento (criterio B2). 3. Ascesso o altra prova d'infezione * del moncone vaginale descritto da un esame clinico della paziente, esame radiologico o da una procedura invasiva (Criterio B3). *Il dolore addominale causato dall'esame clinico della paziente è una prova sufficiente d'infezione rilevata senza altre procedure invasive. 4. Il ginecologo descrive la situazione come 1 o 3), o diagnostica l'infezione da moncone vaginale (criterio C). 5. Nota bene: Una vaginite dopo l'isterectomia non viene considerata un'infezione del sito chirurgico.

Documento 16 SSI-module

N	TEMA	DATA	SPIEGAZIONI
48	Criterio specifico B3 per l'infezione associata ad una protesi ortopedica	01.11.2018	Il criterio minore "una sola coltura positiva" viene raggiunto anche se il criterio B1 (almeno 2 colture positive) è già utilizzato. Va notato che la diagnosi d'infezione associata ad una protesi ortopedica è già stata posta in presenza del criterio B1.