

Definizione dei percorsi pulito-sporco all'interno del blocco operatorio

M. Sacco*, A. Mastretti°, M. Arpesella*, D. Moro*

*Dipartimento di Sanità Pubblica, Neuroscienze, Medicina Sperimentale e Forense. Sezione di Igiene. Università degli Studi di Pavia, ° Istituto di Cura Città di Pavia, Gruppo Ospedaliero San Donato

INTRODUZIONE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha individuato nel tema della sicurezza in sala operatoria una sfida importante nonché una priorità globale. In riferimento alle "Guidelines for Surgery" dell'OMS, il Ministero della Salute e delle Politiche Sociali ha elaborato un elenco di obiettivi per la sicurezza in sala operatoria legati alle procedure cui attenersi nelle fasi di "Sign In", "Time Out", "Sign Out" (1). Lo scopo consiste nell'arginare una serie di rischi tra cui quello di natura infettiva, per il quale dati internazionali riportano un'incidenza di infezione al sito chirurgico compresa tra il 3% ed il 16% nelle procedure eseguite nei ricoveri ordinari, con un tasso di mortalità compreso tra lo 0,4 % e lo 0,8 %. In tali studi, circa la metà degli eventi avversi sono stati considerati prevenibili (2-6).

MATERIALI E METODI

Per rendere uniformi e corretti i comportamenti igienico-sanitari la Direzione Sanitaria ha elaborato due piantine che, tramite l'utilizzo di indicatori di direzione colorati, evidenziano i percorsi fondamentali degli spostamenti nel blocco operatorio:

1. DEFINIZIONE PERCORSO PAZIENTE: individua il percorso del paziente distinguendo la fase preoperatoria da quella postoperatoria.
2. DEFINIZIONE PERCORSO PULITO-SPORCO: individua percorsi differenziati per materiale sporco e pulito.

Le piantine sono state affisse in prossimità del punto d'accesso paziente e all'ingresso di ciascuna sala operatoria, punti strategici del blocco, in modo che lo strumento visivo possa fungere da immediato e costante richiamo per tutto il personale di sala operatoria.

Obiettivi dell'intervento:

- Contenere il rischio infettivo attraverso la differenziazione dei percorsi
- Agevolare l'implementazione delle raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria attraverso la razionalizzazione dei percorsi

RISULTATI

I risultati dell'intervento saranno valutati attraverso ispezioni interne programmate e rilevazioni statistiche periodicamente effettuate.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

L' utilizzo dello strumento visivo impiegato al fine di disciplinare i movimenti del personale e dei pazienti all'interno del blocco operatorio potrebbe rappresentare uno dei primi e più semplici interventi da attuarsi in un più ampio contesto di politica per la sicurezza

BIBLIOGRAFIA

- 1) Manuale per la Sicurezza in Sala Operatoria. Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali. Dipartimento della Qualità Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema Ufficio III. Ottobre 2009
- 2) Brennan TA, Leape LL, Laird N et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study. New England Journal of Medicine, 1991,324 (6):370-7.
- 3) Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. British Medical Journal, 2001, 322:517-9. (1183):U624. Raccomandazioni per la sicurezza in sala operatoria - Ottobre 200949
- 4) Baker GR, Norton PG, Flintolf V, et al. The Canadian Adverse events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. Canadian Medical Association Journal, 2004,179(11):1678 - 1686.
- 5) Thomas EJ, Studdert DM, Runchiman, WB et al. A comparison of iatronic injury studies in Australia and the USA I: context, method, casemix, population, patient and hospital characteristics. International Journal of Quality in Health Care, 2000,12 (5):371-378.
- 6) Schioler T, Lipezak H, Pedersen BL et al. Danish Adverse Event Study. Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records, Ugeskr laeger, 2001, 163 (39):5370-8.