

La prevenzione degli errori in sala operatoria

L'attività di sala operatoria è complessa, diverse figure professionali sono coinvolte nell'attività e prevenire gli errori in sala operatoria è responsabilità di tutti gli operatori.

Le definizioni che seguono sono di riferimento importante per capire il ruolo di ciascun componente dell'équipe operatoria.

Équipe operatoria

L'équipe operatoria comprende chirurghi, anestesisti, infermieri, tecnici e tutto il personale di sala operatoria coinvolto nell'attività chirurgica. La responsabilità della sicurezza e dell'esito degli interventi chirurgici non è attribuibile al singolo chirurgo, ma a tutti i componenti dell'équipe.

Interventi chirurgici

Si definiscono interventi chirurgici "tutte le procedure eseguite in sala operatoria che comprendono incisioni, escissioni, manipolazioni o suture di tessuti che solitamente richiedono anestesia locale, regionale o generale o profonda sedazione per il controllo del dolore".

Sicurezza dei pazienti

Dimensione della qualità dell'assistenza sanitaria, che garantisce, attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi e degli incidenti possibili per i pazienti, la progettazione e l'implementazione di sistemi operativi e processi che minimizzano la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti.

Evento avverso (Adverse event)

Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile".

Evento sentinella (Sentinel event)

Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Per la loro gravità, è sufficiente che si

verifichi una sola volta perché da parte dell'organizzazione si renda opportuna:

- a) un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito;
- b) l'implementazione delle adeguate misure

FELICE APICELLA

Chirurgo generale e toracico, SC Chirurgia Generale, Ospedale San Giovanni di Dio, Asl 10, Firenze

correttive.

Si considera **grave danno una conseguenza non intenzionale e indesiderabile derivante dall'evento avverso**. Sono quindi da considerarsi eventi sentinella quegli eventi che determinano esiti o condizioni cliniche che comportino cambiamenti nel processo assistenziale.

Tutti i dati riportati sono tratti dal: **Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist** (Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Ottobre 2009).

Consideriamo gli eventi sentinella segnalati in ambito ospedaliero.

Categorie di eventi sentinella

1. Procedura in paziente sbagliato.
2. Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte).
3. Errata procedura su paziente corretto.
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure.
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0.
6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica.
7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto.
8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita.
9. Morte o grave danno per caduta di paziente
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale.
11. Violenza su paziente.
12. Atti di violenza a danno di operatore.
13. Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero).
14. Morte o grave danno conseguenti a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale

operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso.

15. Morte o grave danno imprevisi conseguenti ad intervento chirurgico.

16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente.

Tipologia di evento sentinella segnalati

Tipo evento	n.	%
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale	n. 88	22,9%
16. Ogni altro evento che causa morte o grave danno al paziente	n. 66	17,1%
9. Morte o grave danno per caduta di paziente n. 38	9,9%	
15. Morte o grave danno imprevisito conseguente ad intervento chirurgico	n. 36	9,3%
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico	n. 34	8,8%
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità (ABO) n. 29	7,5%	
8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita	n. 25	6,5%
7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto	18	4,7%
6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica	16	4,2%
12. Atti di violenza a danno di operatori	10	2,6%
14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del pronto soccorso	10	2,6%
2. Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)	5	1,3%
1. Procedura in paziente sbagliato	4	1%
3. Errata procedura su paziente corretto	41%	
13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	1	0,3%
11. Violenza su paziente in ospedale	1	0,3%
Totale	385	100%

In dettaglio gli esiti da cui emerge che nel 54,8% dei casi si è verificata la morte e nel 10,7% è stato necessario un reintervento chirurgico:

Gli eventi sentinella nel 25,7% dei casi si

sono verificati in sala operatoria.

Consideriamo i fattori che hanno contribuito a determinarsi degli eventi:

FATTORI CONTRIBUENTI	N°
CAUSE E FATTORI AMBIENTALI	35
CAUSE E FATTORI LEGATI ALLA COMUNICAZIONE	91
CAUSE E FATTORI LEGATI ALLE TECNOLOGIE SANITARIE, FARMACI, LINEE-GUIDA E BARRIERE	150
CAUSE E FATTORI UMANI	92

Dai dati segnalati si possono stabilire gli obiettivi per la prevenzione degli errori in sala operatoria, per l'occasione sono individuati 16 obiettivi:

I sedici obiettivi per la sicurezza in sala operatoria
• Obiettivo 1 Operare il paziente corretto ed il sito corretto
• Obiettivo 2 Prevenire la ritenzione di materiale estraneo nel sito chirurgico
• Obiettivo 3 Identificare in modo corretto i campioni chirurgici
• Obiettivo 4 Preparare e posizionare in modo corretto il paziente
• Obiettivo 5 Prevenire i danni da anestesia garantendo le funzioni vitali
• Obiettivo 6 Gestire le vie aeree e la funzione respiratoria
• Obiettivo 7 Controllare e gestire il rischio emorragico
• Obiettivo 8 Prevenire le reazioni allergiche e gli eventi avversi della terapia farmacologica
• Obiettivo 9 Gestire in modo corretto il risveglio ed il controllo postoperatorio
• Obiettivo 10 Prevenire il tromboembolismo postoperatorio
• Obiettivo 11 Prevenire le infezioni del sito chirurgico
• Obiettivo 12 Promuovere un'efficace comunicazione in sala operatoria
• Obiettivo 13 Gestire in modo corretto il programma operatorio
• Obiettivo 14 Garantire la corretta redazione del registro operatorio
• Obiettivo 15 Garantire una corretta documentazione anestesiologicala
• Obiettivo 16 Attivare sistemi di valutazione dell'attività in sala operatoria

La prevenzione degli errori in sala operatoria si basa sulla adozione di una check list che possa aiutare nella verifica di atti compiuti finalizzati al risultato ottimale, così come si comportano i piloti di aereo prima del decollo.

La check list consta di tre momenti, prima dell'induzione dell'anestesia, prima dell'incisione chirurgica, prima che il paziente lasci la sala operatoria.

Un coordinatore (che in genere è un infermiere) legge ad alta voce le domande e sistematicamente spunta le voci confermate.

In una indagine (tipo prima/dopo) sulla utilità della check list di sala operatoria si sono ottenuti risultati che inducono alla diffusione della check list:

- la mortalità operatoria prima dell'uso della

check list di sala operatoria era 1,5%, dopo l'introduzione della check list è 0,8%;

- la morbilità post-operatoria era 11,0%, dopo l'introduzione della check list di sala operatoria è 7,0%.

La check list di sala operatoria proposta dalla WHO (World Health Organization) può essere modificata secondo le esigenze della realtà locale e quindi adattata alla singola sala operatoria nel rispetto delle raccomandazioni del Ministero della Salute. L'uso della check list di sala operatoria è un indice di sicurezza del paziente e quindi di qualità della struttura.

Bibliografia

Le voci bibliografiche possono essere richieste a: apicellafelice@yahoo.com

TM