

lare la corretta identificazione del paziente, la corretta procedura e il corretto sito chirurgico e nella fase di "controllo in doppio" (*double check*) l'intervento di due componenti dell'équipe (l'operatore che esegue l'intervento e un altro componente dell'équipe forniscono un'ulteriore conferma delle informazioni riguardanti la corretta identità del paziente e la correttezza della procedura e del sito chirurgico).

Perché si sbaglia in sala operatoria?

Uno studio qualitativo condotto da Silén-Lipponen si è occupato degli errori in sala operatoria e delle modalità messe in atto per prevenirli da parte delle équipe infermieristiche⁽¹⁷⁾. L'indagine comprendeva infermieri dei dipartimenti di sala operatoria finlandesi, statunitensi e inglesi ed è stata condotta attraverso interviste. Domande principali erano: quali sono le fonti di potenziali errori nel lavoro in team in sala operatoria? Quali sono le potenziali strategie per la prevenzione degli errori in tale ambito? Dalle risposte degli infermieri, sono state individuate tre categorie principali:

□ la prima (*demanding teamwork practice*) individua le possibili fonti di errore e mette in evidenza la complessità legata alla gestione di richieste multiple e simultanee e alla pressione vissuta dal personale infermieristico per la necessità di fornire sempre e comunque un'alta qualità delle cure. In questa categoria sotto stati individuate quattro sottocategorie: 'fear of errors', in caso di errore gli infermieri

sentono una responsabilità personale e temono il giudizio degli altri operatori; 'turnover in teams', la rotazione delle équipe può essere ritenuta una potenziale fonte di errore, poiché si può costituire un team meno affidabile, meno motivato o con problemi di competenza per il rapido sviluppo tecnologico del settore disciplinare della sala operatoria; "overtime work", caratterizzato dall'eccessiva durata del turno di servizio e dalla richiesta di operare più velocemente, sottoponendo gli infermieri a un lavoro stressante che può ostacolare la concentrazione e la fiducia nel team; "emotional distress", che causa un diminuzione della coesione del team e può distogliere l'attenzione dagli aspetti fondamentali;

□ la seconda e la terza categoria riguardano i potenziali fattori di protezione (si rimanda al proposito al paragrafo successivo).

Alfredsdottir e Bjornsdottir⁽¹⁸⁾ hanno condotto uno studio per identificare i rischi e i fattori di miglioramento per la sicurezza del paziente in sala operatoria, analizzando come gli infermieri percepiscono il proprio ruolo nel garantirne la sicurezza. L'indagine è stata svolta per mezzo di interviste e focus group con il

⁽¹⁷⁾ Silén-Lipponen M., Tossavainen K., Turunen H., Smith A., "Potential errors and their prevention in operating room teamwork as experienced by Finnish, British and American nurses", *International Journal of Nursing Practice* 2005; 11: 21-32.

⁽¹⁸⁾ Alfredsdottir H., Bjornsdottir K., "Nursing and patient safety in the operating room", *Journal of Advanced Nursing*, 2008, 61(1), 29-37.

personale infermieristico di sala operatoria. I risultati individuano, quali minacce alla sicurezza del paziente, la richiesta di una maggiore velocità e produttività (overtime work), la costante richiesta di massima concentrazione (constant concentration); la mancanza di controllo nelle situazioni (lack of control of circumstances); i problemi di staff e di organizzazione del lavoro (staffing and the organization of work). Spesso ci si aspetta che gli infermieri facciano molto in poco tempo e il tempo per ogni attività di routine è ridotto. Sovente, per ottenere un maggior numero di interventi chirurgici, non potendo agire sulla durata dell'intervento, si tende a ridurre la durata delle fasi pre e post operatorie, aumentando la pressione sugli infermieri e sottoponendoli a forme di stress. Il lavoro di sala operatoria è complicato e delicato e richiede pertanto un alto livello di attenzione e concentrazione, dimenticare qualcosa può essere dannoso e la stanchezza deve essere considerato un sintomo di allarme. La mancanza di controllo nelle situazioni si traduce in mancanza di conoscenze o di esperienza, distrazione e fretta. Perciò, lo staff deve essere adeguato e il team competente in modo che il lavoro possa essere ben organizzato.

Strategie e metodi di prevenzione dell'errore

Le categorie individuate da Silén-Lipponen per i fattori di prevenzione degli errori in sala operatoria sono la condivisione delle responsabilità nel riconoscimento dei rischi (shared responsibility in teams) e l'organizzazione del lavoro (organized team work). La prima

comprende a sua volta le seguenti sottocategorie:

- familiar teams, che permette di creare stabilità nel team, condivisione delle abilità e pianificazione avanzata;
- controlling safety, che consiste nel controllo della sicurezza attraverso il monitoraggio, la correzione immediata di eventuali errori e la prevenzione di rischi attuali e potenziali;
- formal documentation of errors, attraverso la predisposizione di report degli eventi avversi.

L'organized teamwork comprende quattro sottocategorie:

- scheduling, per mezzo di una corretta organizzazione del lavoro è possibile definire l'ordine e la tempistica delle attività e una sistematica programmazione e diffusione attiva delle conoscenze;
- competency, cioè il possesso di una conoscenza versatile, in grado di favorire nuove pratiche e perfezionare nuove abilità, in un contesto di responsabilizzazione della propria crescita professionale;
- management, che porta sicurezza al team, assicurando un elevato livello di educazione e motivazione e prevedendo l'assegnazione di personale con esperienza sufficiente per ogni team;
- physical environment, inteso sia come dimensione, numerosità e disposizione dei locali, sia come disponibilità e corretta gestione dell'equipaggiamento.

Alfredsdottir e Bjornsdottir hanno rilevato tre elementi per il miglioramento della condizione di sicurezza del paziente:

- ❑ il pensiero preventivo, che permette di immaginare qualsiasi situazione di pericolo possa verificarsi e di attivarsi per prevenire qualsiasi evento avverso;
- ❑ il grado di conoscenza ed esperienza degli operatori;
- ❑ la reciproca fiducia basata sulla collaborazione che si sviluppa attraverso il lavoro di gruppo e le relazioni stabili tra i colleghi.

Il coordinatore infermieristico e la gestione del rischio clinico in sala operatoria

Le competenze dell'infermiere coordinatore si possono suddividere in competenze manageriali, riconducibili allo stile di leadership adottato nei confronti dei collaboratori, e in competenze gestionali, individuate nella direzione, nella supervisione e nel coordinamento. In un contesto di prevenzione del rischio clinico, le capacità manageriali devono prevedere l'adozione di uno stile di leadership basato sull'empowerment, allo scopo di diffondere una cultura della sicurezza e di promuovere un cambiamento basato sulla visione dell'errore non come colpa individuale ma come opportunità dell'organizzazione per apprendere dagli errori e migliorare la percezione del rischio attraverso il riconoscimento e la segnalazione degli errori.

Il miglioramento della sicurezza dei pazienti comporta tre principali attività che devono essere messe in atto dal coordinatore: prevenzione, visibilità e riduzione degli effetti degli errori. Il

primo passo consiste nell'adottare strategie per ridurre il margine di errore che gli operatori possono commettere durante la pratica professionale. La gestione degli eventi critici riconducibili a errori latenti deve essere una priorità del coordinatore, che dovrà attivarsi per individuare tutte quelle condizioni che possono trasformarsi in fonte di errore, quali l'eccessivo carico di lavoro, la mancanza di supervisione, la mancanza di leadership, l'eccessiva ristrettezza di tempo per le prestazioni, l'inadeguatezza degli strumenti e delle apparecchiature, la scarsa formazione, la mancanza di comunicazione. La supervisione diventa uno strumento di valutazione del comportamento operativo degli operatori nonché delle prestazioni assistenziali erogate agli utenti. In tal modo, la riduzione della variabilità comportamentale legata alla pratica professionale può essere ottenuta uniformando i comportamenti specifici per mezzo di strumenti operativi evidence-based, quali le linee guida, i percorsi clinici e i protocolli e sviluppando modalità assistenziali basate sulle prove di efficacia.

Rendere visibili gli errori è fondamentale per ridurre il rischio in sala operatoria, pertanto il coordinatore dovrà attivarsi per promuovere in prima persona un sistema di incident e near miss degli errori, in modo da permettere un'analisi per imparare dagli errori e migliorare il sistema nel suo complesso.

Bibliografia

- Agenzia Sanitaria Regionale, *FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore e guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie*, Regione Emilia-Romagna - Dossier 75, 2002.

- Agenzia Sanitaria Regionale, *La root cause analysis per l'analisi del rischio nelle strutture sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio*, Regione Emilia-Romagna - Dossier 130, 2006.
- Alfredsdottir H., Bjornsdottir K., "Nursing and patient safety in the operating room", *Journal of Advanced Nursing*, 2008, 61(1), 29-37.
- Butler M., Boxer E., Sutherland-Fraser S., "The factors that contribute to count and documentation errors in counting". *ACORN Journal*, 2003, 16 (1), 10-14.
- Chiari P., Mosci D., Naldi E., *L'infermieristica basata su prove di efficacia: guida operativa per l'Evidence Based Nursing*, McGraw-Hill, Milano, 2006.
- Commissione Tecnica sul Rischio Clinico, Risk management in Sanità. *Il problema degli errori*, Roma, 2004.
- Del Poeta G., Mazzufero F., Canepa M., *Il risk management nella logica del governo clinico*, McGraw-Hill, Milano, 2006.
- Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema, *Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella*, Ministero della Salute, 2005.
- Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema, Protocollo Sperimentale di Monitoraggio degli Eventi Sentinella - 1° Rapporto (Settembre 2005-Febbraio 2007), Ministero della Salute, 2007.
- Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema, *Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura*, Ministero della Salute, Raccomandazione n. 3, 2008.
- Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema, *Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico*, Ministero della Salute, Raccomandazione n. 2, 2008.
- Gawande A., Studdert D., Orav J., Brennan T., Zinner M. (2003). "Risk factors for retained instruments and sponges after surgery". *The New England Journal of Medicine*, 2003, 348 (3), 229-235.
- Grilli R., Taroni F., *Governo clinico: governo delle organizzazioni sanitarie e qualità dell'assistenza*, Il Pensiero Scientifico Editore, 2005.
- Kaiser C., Friedman S., Spurling K., Slowick T., Kaiser H., "The retained surgical sponge". *Annals of Surgery*, 1996, 244, 79-84.
- Kohn L.T., Corrigan J.M., Donaldson M.S., *To Err is Human: Building a Safer Health System*, Washington, DC: Institute of Medicine-National Academy Press, 2000.
- Lauwers P., Van Hee R., "Intraperitoneal gossypibomas: The need to count sponges". *World Journal of Surgery*, 2000, 24, 521-527.
- Moss F., Barach P., "Quality and safety in health care: a time of transition", *Qual Saf Health Care*. 2002 Mar; 11(1): 107.
- Motta P.C., "Checklist e assistenza infermieristica", *Nursing Oggi*, 1, 2008
- Panà A., Amato S., *Il rischio clinico: metodologie e strumenti organizzativi gestionali*, Esse Editrice, Roma, 2007.
- Reason J., "Human errors: models and management", 2000; *BMJ*; 320; 768-70.
- Reason J., *Human error*, Cambridge University Press, 1990 (ed. it. *L'errore umano*, Il Mulino, Bologna).
- Silén-Lipponen M., Tossavainen K., Turunen H., Smith A., "Potential errors and their prevention in operating room teamwork as experienced by Finnish, British and American nurses", *International Journal of Nursing Practice* 2005; 11: 21-32.