

Vincenzo Inglese*Infermiere Blocco
Operatorio Molfetta*

autore

**Agostino Inglese***Presidente Società Scientifica
AIOS*

autore

Il blocco op fra operativi

In questo speciale affronteremo le principali tematiche legate alla sala operatoria e abbiamo scelto di cominciare chiedendo ai nostri esperti AIOS di parlarci degli aspetti legati alla sicurezza. Prendiamo quindi in esame le situazioni di rischio più frequenti e ragioniamo assieme su buone prassi, procedure e linee guida pensate per evitarle

Uno dei momenti più delicati della vita delle persone è la malattia. È il momento in cui anche le più tenaci difese lasciano il posto ad ansie e paure. Ansia per l'evento in sé, paura per la buona risoluzione dello stato di salute precario. Entra, quindi, in gioco la professionalità e la sensibilità di chi per lavoro si "prende cura" del prossimo. Il concetto di "prendersi cura" ha in sé l'insieme di azioni atte a favorire il benessere del paziente. Se il nostro paziente, per problematiche di vario tipo, deve sottoporsi a intervento chirurgico, sul campo scenderà competenza specifica e professionalità elevata, al fine di rendere la performance di alto livello. A rendere ciò possibile contribuisce un'intera équipe, che comprende dirigenti medici, personale infermieristico e personale di supporto; ognuno, per le proprie aree di azione, ha l'obbligo di esercitare la propria professione con dedizione e competenza. La sala operatoria rappresenta statisticamente uno degli ambienti sanitari con i più alti livelli di rischio clinico e rischio collegato alla sicurezza sui luoghi di lavoro. Tra i rischi che si corrono, ci sono quelli legati alla comunicazione non sempre chiara e corretta, all'individuazione del giusto paziente e della giusta sede, al rischio infettivo e a quello di ritenzione di materiale nel sito chirurgico.



eratorio tà e sicurezza

Inoltre, c'è un elevato rischio biologico-infettivo per gli operatori ed errori nella corretta gestione dei campioni biologici.

Numerosi sono gli studi sui livelli di sicurezza in sala operatoria, ma la valutazione dei dati e la misurazione del rischio ottenuta dimostrano una certa difficoltà nell'applicazione di metodologie standard.

I risultati concordano sul fatto che gli attuali livelli di affidabilità dei processi indirizzati a preservare la salute di utenti e sanitari, sono insufficienti.

I sistemi più recenti di risk-management hanno proposto e introdotto tecniche di gestione che promuovono solo interventi di provata efficacia per ridurre i rischi e i danni per gli utenti, intervenendo però sulla riduzione della spesa sanitaria.

L'OMS, nel tempo, ha avviato percorsi e procedure finalizzate alla prevenzione degli eventi avversi in sala operatoria, proprio perché il livello di attenzione intorno a questa problematica è alto e costante.

Il programma "Safe Surgery Safe Lives" evidenzia e descrive l'importanza della salvaguardia dei processi chirurgici per salvare le vite umane ed è da questo programma che sono nate, tra l'altro, le più moderne check-list ormai diffuse in tutti gli ospedali occidentali, comprese quelle emanate dal nostro Ministero della Salute.

Proprio queste raccomandazioni ministeriali, in sinergia con quelle emanate dall'OMS, hanno lo scopo di garantire gli standard in termini di sicurezza per rafforzare i processi chirurgici e l'attività dei lavoratori e delle aziende.

Naturalmente, una buona gestione del rischio clinico non può esimersi dal segnalare gli errori, ovvero gli eventi sentinella.

Queste segnalazioni costituiscono sempre un'opportunità di apprendimento e messa in atto di azioni migliorative per un professionista.

Del resto, la comunicazione in sala operatoria è un aspetto fondamentale per un'attività serena e funzionale.

L'équipe operatoria, e di conseguenza il paziente, dipendono da informazioni che devono essere documentate, firmate e condivise.

Inoltre, la comunicazione interdisciplinare in sala operatoria deve essere favorita a tutti i livelli; ogni professionista deve comunicare ogni singolo dato, compresi errori e criticità relativi all'atto chirurgico nella sua totalità, sia che riguardino il paziente, sia che siano riferiti a un operatore.

Le decisioni da assumere in sala opera-

toria dipendono anche da quelle prese in unità operative afferenti.

Ragion per cui, prima di ogni intervento, ma anche nell'intra e post-operatorio, i flussi di informazioni tra i comparti devono essere precisi e costanti.

Altro aspetto importante è la documentazione sanitaria, che deve contenere dati e informazioni che devono avere precise caratteristiche: vere, tracciabili, aggiornate, documentate e assolutamente protette.

Da una giusta e corretta informazione dipende la vita del paziente, e un errore di comunicazione può comprometterla.

Esempio classico, che evidentemente rientra nell'elenco delle raccomandazioni ministeriali, è il controllo a più voci del giusto paziente e del corretto sito chirurgico.

Più volte, alla ribalta delle cronache, è arrivata la notizia di pazienti operati nel sito chirurgico errato o, addirittura, operati per una patologia inesistente.

Tutto ciò è un atto ingiustificabile e ogni operatore sanitario dovrebbe prendere coscienza di ciò e impegnarsi nel quotidiano perché questi errori clamorosi non si verificano mai.

Esistono protocolli aziendali per l'identificazione del paziente e del sito chirurgico che devono essere noti e applicati da tutti i componenti dell'équipe chirurgica. Altro aspetto di riguardo in sala operatoria è il corretto posizionamento del paziente e la corretta preparazione pre-operatoria.

Molti sono i rischi legati a una non corretta preparazione pre-operatoria del paziente, si pensi al mancato digiuno pre-operatorio di un paziente da sottoporre a intervento sull'apparato digerente o alla non applicazione di protocolli per la terapia anticoagulante in cardiocirurgia.

Per quanto riguarda il posizionamento corretto del paziente sul letto operatorio, è bene sapere che questa operazione nasconde non pochi pericoli.

Anzitutto legati a mancanza di prevenzione delle lesioni da compressione o

stiramento.

Se il primo operatore e l'anestesista hanno la facoltà di decidere il posizionamento ottimale per l'intervento chirurgico da eseguire, è l'infermiere che ha la responsabilità e si deve adoperare adottando le dovute misure al fine di prevenire lesioni legate al posizionamento stesso. Il verificarsi di lesioni da posizionamento errato è legato sia a fattori intrinseci al paziente (età, peso corporeo, stato nutrizivo scadente, lesioni preesistenti), sia a condizioni legate all'efficacia dei sistemi anti-decubito e alle corrette tecniche di posizionamento.

Si pensi che i danni per imprudenza o imperizia sul corretto posizionamento sono causa di co-morbilità, che si traducono in un allungamento dei tempi di ospedalizzazione e possono essere causa di riduzione della qualità di vita del paziente, oltre che onerosi per l'economia aziendale.

Un mal posizionamento potrebbe anche ridurre l'esposizione del sito chirurgico; ciò comporterebbe una maggiore difficoltà per l'operatore nell'esecuzione dell'atto chirurgico e conseguenti complicanze per il paziente.

In conclusione, possiamo affermare che la procedura di posizionamen-

XXV CONGRESSO NAZIONALE AIOS
1-2-3 Ottobre 2020

LECCE

Hotel Centro Congressi
Tiziano LECCE

**TECNOLOGIA E CONOSCENZE:
UN BINOMIO
PER UN PROCESSO
DI STERILIZZAZIONE
SICURO**

Presidente del Congresso
Agostino Inglese

to deve assicurare:

1. sicurezza dal punto di vista statico;
2. esposizione del sito chirurgico ottimale;
3. prevenzione da lesioni;
4. comfort.

Oltre alle infezioni nosocomiali legate all'attività chirurgica, che ancora oggi statisticamente rappresentano una grossa fetta delle tanto temute ICA, per le tecniche chirurgiche stesse, per l'esecuzione della tricotomia pre-operatoria, da tempo messa in discussione e, per l'utilizzo di disinfettanti a base di iodio piuttosto che di clorexidina, l'altro nemico da temere in sala operatoria è il rischio dei materiali ritenuti, per negligenza degli operatori, all'interno del sito chirurgico.

Sembrerebbe assurdo, ma è un evento che può verificarsi in occasione di un'emorragia del sito chirurgico, che può nascondere un tampone, una garza laparatomica, o un ago sfuggito in corso di sutura.

L'introduzione delle ceck-list, da parte del Ministero della Salute, ha notevolmente ridotto questo problema, introducendo e formalizzando la conta delle garze, dello strumentario e degli altri dispositivi.

Nella personale esperienza lavorativa abbiamo a disposizione una conta-garze elettronica che, oltre che eseguire il conteggio delle garze, dà la possibilità di stampare un report da allegare alla cartella clinica del paziente e al registro operatorio.

Altro problema è rappresentato dai farmaci usati durante una procedura anestesiológica. Non sempre il personale sanitario ha il tempo di diluire e preparare i farmaci per far fronte a situazioni di urgenza/emergenza che si vengono a creare in sala operatoria.

All'uopo, alcuni farmaci vengono preparati in siringhe pre-riempite e identificate con etichette che seguono un codice colore prestabilito noto a tutta l'équipe.

Ciò agevola molto il lavoro e si traduce in buoni standard di sicurezza. Anche il prelievo d'organo o di tessuti, e la conseguente raccolta per l'invio ad esame istologico, rappresentano un momento delicatissimo in sala operatoria.

Dalla corretta esecuzione di questa procedura dipendono molte variabili per la prognosi del paziente.

Al campione istologico va sempre allegata la relativa documentazione che riporti tutti i dati del paziente.

Ma potrebbe non bastare e nel blocco operatorio dove lavoro si è implementato un sistema informatico di tracciabilità.

Tale sistema, prevede la stampa di un codice a barre da applicare sul contenitore contenente il pezzo istologico.

Fin qui nulla di che, se non fosse che il sistema informatico di tracciabilità mostra, dopo opportuna lettura del codice a barre, l'intero percorso, non solo dello strumentario chirurgico utilizzato sul paziente, ma anche tutto il percorso del processo di sterilizzazione a cui lo strumentario stesso è stato sottoposto e, a corredo di tutto, lega anche l'eventuale campione istologico del paziente.

Questa metodica consente anche livelli di sicurezza elevati per gli operatori.

Oltre alle infezioni nosocomiali legate all'attività chirurgica, che ancora oggi statisticamente rappresentano una significativa fetta delle tanto temute ICA, l'altro nemico da temere in sala operatoria è il rischio legato ai materiali ritenuti, per negligenza degli operatori, all'interno del sito chirurgico. Sembra assurdo doverlo specificare, ma è un evento che può verificarsi

Infatti, la preparazione del pezzo istologico, poiché prevede l'utilizzo di formalina, espone l'operatore a rischio biologico.

L'apparecchio in uso nel mio contesto lavorativo confeziona il campione in un circuito chiuso, che crea il sottovuoto e preleva la giusta quantità di fissativo senza rischio di inalazione per l'operatore.

Concludiamo dicendo che mai bisogna abbassare la guardia poiché l'errore è sempre dietro l'angolo e non va mai perso di vista l'unico obiettivo dell'operato di noi professionisti della salute: la sicurezza del paziente e la contestuale sicurezza degli ambienti di lavoro. ■