

COMUNICATO STAMPA

Il decalogo per la sicurezza in sala operatoria

All'8° Congresso Siared il documento per ridurre i rischi

Udine, 9 giugno 2011 - Nel corso dell'8° Congresso Nazionale della SIARED, Società Italiana di Anestesia Rianimazione Emergenza e Dolore (emanazione scientifica dell'AAROI-EMAC, Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani Emergenza Area Critica) sono stati fissati alcuni punti fondamentali per la sicurezza delle sale operatorie. Il documento sottolinea in particolare **l'importanza della cultura della sicurezza e di alcuni fattori quali la comunicazione, la professionalità medica, l'organizzazione e le regole**. Tutti elementi necessari per la riduzione del rischio all'interno delle sale operatorie.

Paolo Gregorini dell'Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale Maggiore di Bologna e consigliere nazionale Siared fa un esempio: "Per ridurre il rischio di un incidente automobilistico è necessario avere un pilota competente, ma molto spesso questo non basta. E' importante avere una macchina e un ambiente circostante (codice della strada, cartelli, strade, etc) che siano il più possibile sicuri. Traslando questo esempio alle sale operatorie, per incrementare la sicurezza dovremo agire sia sulla professionalità del personale sanitario, sia su leggi, regolamenti e linee guida che ne condizionano l'attività e l'organizzazione. Ma ancora non basta – continua Gregorini –, **il principale punto di forza per la riduzione dei rischi è la diffusione della cultura della sicurezza**, ognuno deve conoscere il ruolo che ricopre, saper svolgere la propria attività e lavorare in gruppo con un obiettivo comune: la sicurezza del paziente".

In sintesi alcune indicazioni per una sala operatoria sicura:

1. Tutti devono conoscere i nomi delle persone con cui lavorano e la comunicazione tra gli operatori deve essere strutturata. In sala operatoria, ad esempio, ogni richiesta deve essere preceduta dal nome dell'operatore interessato che, a sua volta, dovrà rispondere al comando ricevuto.
2. Bisogna inoltre conoscere quello che si sta facendo in ambito anestesilogico (e chirurgico) e le possibili conseguenze. In altre parole tutti i componenti dell'equipe devono avere cognizione di quello che sta accadendo in sala operatoria ed essere in grado di svolgere la propria attività sia in una situazione di normalità, sia di emergenza. "In questo senso – spiega Gregorini – è fondamentale il briefing pre-operatorio. I dati mostrano che l'abitudine a studiare l'intervento da fare in equipe può diminuire gli errori di comunicazione del 64%, aumenta la sicurezza del paziente e migliora la qualità del lavoro del team. E' inoltre dimostrato che aumenta l'efficienza delle sale operatorie riducendo i ritardi del 36%";
3. Gli allarmi dei monitor non devono essere mai spenti né deve esserne abbassato il volume. "Spesso non è così – sottolinea Gregorini -. Negli Stati Uniti è stata fatta una campagna pubblicitaria per diffondere l'importanza di tali allarmi che, per quanto rumorosi, possono salvare una vita";
4. Sono necessari momenti formativi *on work* e simulazioni periodiche su ruoli e azioni da compiere in caso di trattamento di un evento avverso;
5. Deve essere presente una figura di riferimento che gestisca tutte le fonti di distrazione (cellulari, telefonate interne, telefonate dal pronto soccorso) per poi trasmettere le informazioni alla fine della seduta operatoria, a meno che non si tratti di effettiva emergenza;
6. Sono inoltre necessarie riprese video delle attività degli operatori da usare esclusivamente per migliorare le prestazioni ed individuare eventuali fattori di rischio. In Italia attualmente non è possibile limitare la raccolta dati unicamente in funzione della qualità, perché ogni registrazione, in caso di incidente, dovrebbe essere acquisito dai giudici.
7. Devono essere utilizzate le *check list* di controllo in accettazione e in dimissione dei pazienti, con il pieno coinvolgimento degli operatori.
8. Deve essere individuato un responsabile delle sale operatorie e delle procedure da applicare (in genere l'anestesista rianimatore);
9. Deve essere presente una *recovery room* nelle immediate vicinanze della sala operatoria per osservare i pazienti dopo l'intervento. In Italia sono pochissimi gli ospedali che hanno a disposizione questo tipo di ambienti dove accertarsi che il risveglio vada nel migliore dei modi;
10. I servizi di supporto (amministrazione, farmacia, radiologia e in generale i fornitori interni) devono collaborare con gli operatori: per tutti gli attori vicini o lontani dall'azione terapeutica l'obiettivo primario deve essere la migliore cura del paziente.