

5^a Conferenza Nazionale GIMBE®

Dall'Evidence-based Practice alla Clinical Governance

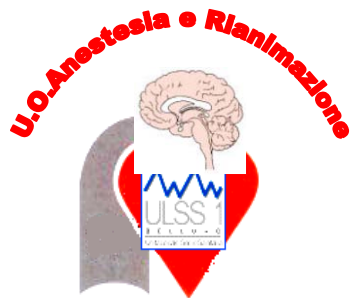
Bologna, 5 febbraio 2010

L'incident reporting migliora la sicurezza dei pazienti in anestesia e rianimazione?

Davide Mazzon

Direttore Dipartimento Discipline Chirurgiche
 Direttore U.O. Anestesia e Rianimazione

Ospedale di Belluno



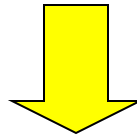
Belluno



FASE 1

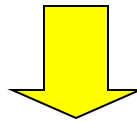
2005: partecipazione dell'UO a studio pilota dell'ASSRV

2007: corso di formazione intraziendale per medici e infermieri di Anestesia e Rianimazione (11 ore – 12 ECM)



EVENTO AVVERSO (EA) COME OPPORTUNITA' DI APPRENDIMENTO

ERRORE COME OPPORTUNITA' DI MIGLIORAMENTO



SEGNALAZIONE DEGLI EA CON SCHEDA DI INCIDENT REPORTING come attività ordinaria in TERAPIA INTENSIVA

Scheda di segnalazione eventi avversi

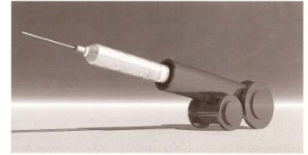
Fronte

- Segnalatore
- Dati paziente: età, ASA
- Spazio narrativo per descrizione evento
- Fattori contribuenti all'EA: pz, personale, sistema

Retro

- Valutazione da parte del referente di UO per il rischio clinico su gravità esito (G) e rischi futuri (F)
- ❖ G 1-4: nessun danno G 5-8: danno al pz.
- ❖ F < 1/anno F > 1/anno

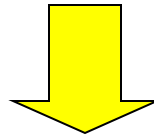
METODI



FASE 2

2008: Istituzione di IRRG in A e R

2009: Corsi di formazione intraaziendale per medici e infermieri di A e R (30 ore-35 ECM) e di Gruppo Operatorio (11 ore-12 ECM)

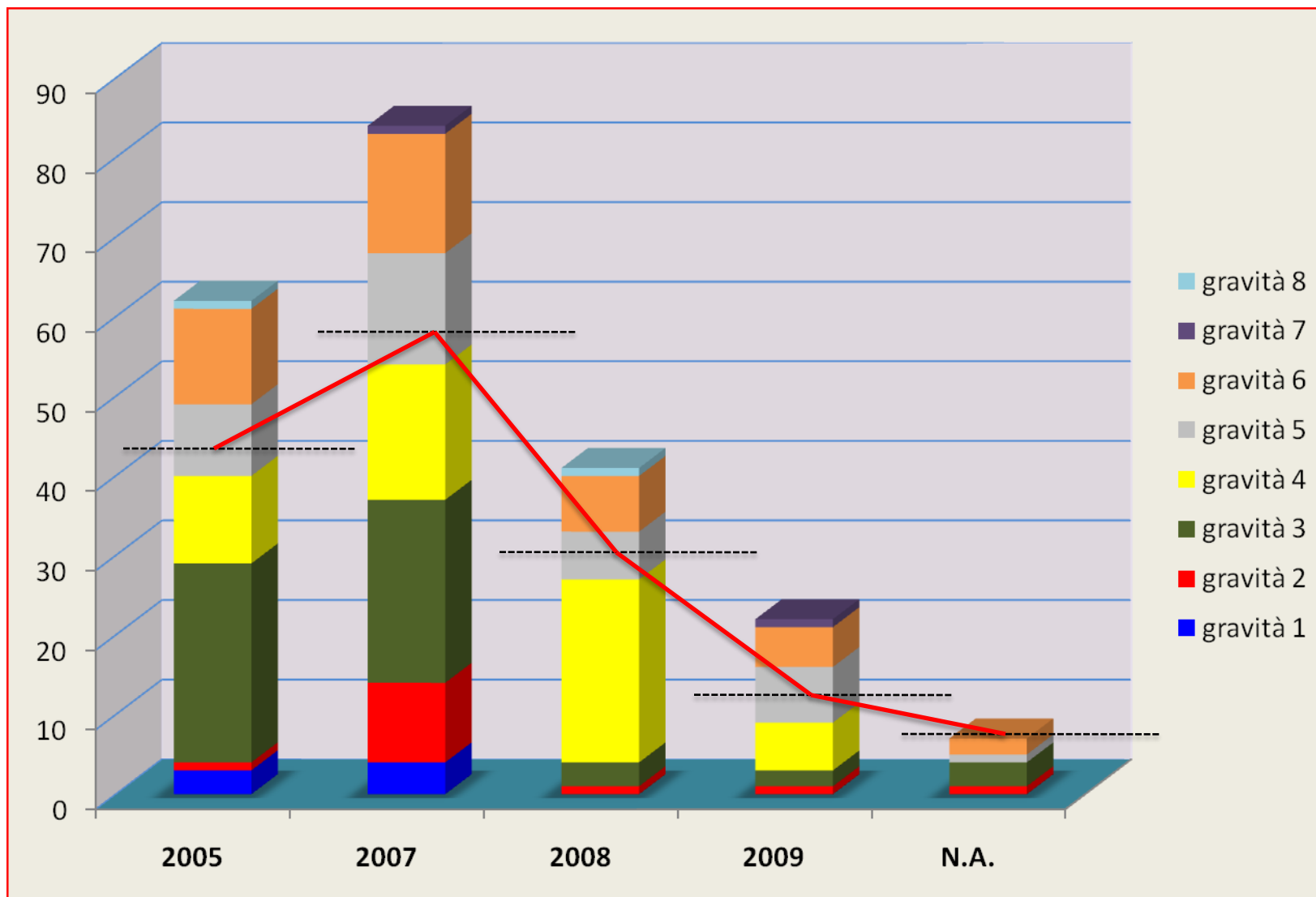


CLASSIFICARE EA E INDIVIDUARE AREE DI MIGLIORAMENTO

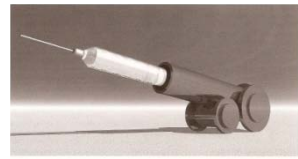
ADOTTARE AZIONI CORRETTIVE E CREARE NUOVI STRUMENTI per COMUNIZZARE LE INFO

ADOTTARE INCIDENT REPORTING IN ANESTESIA

Tot. EA da TI 2005-2009 = 216



Segnalazioni totalmente anonime = 28

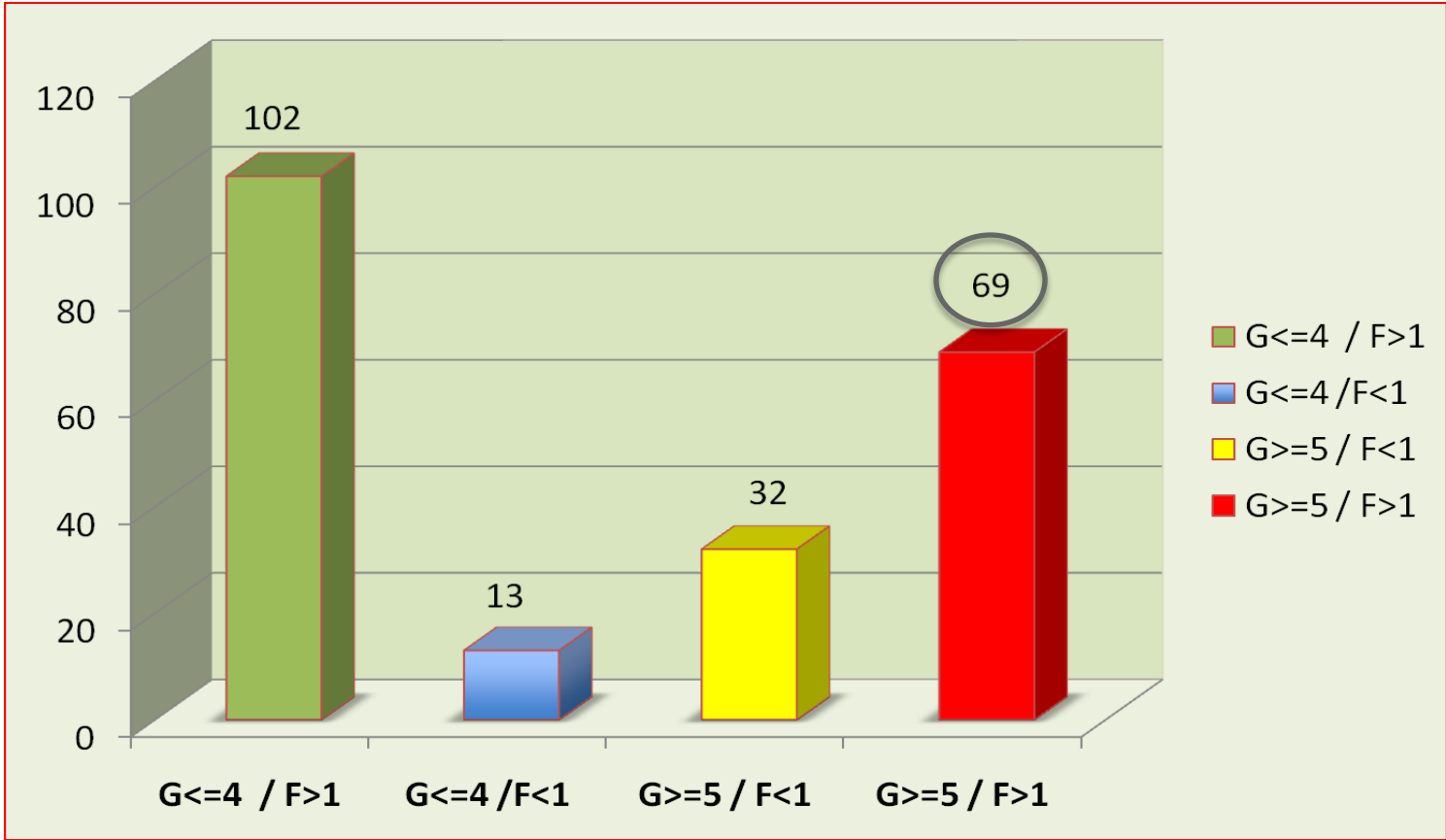


1 Farmaci (34%)

2 Sedazione / contenzione (29%)

3 Gestione informazioni (14%)

4 Altro (33%)



Raccomandazioni per prevenire l'insorgenza di un incendio in sala operatoria

77 seq

ORIE con 2

ALL'INIZIO DI UN INTERVENTO CHIRURGICO:

- Evitare l'accumulo di O₂ sotto i teli delimitanti il campo chirurgico, specie nella chirurgia del capo-collo; un'aria arricchita di O₂ e N₂O aumenta l'infiammabilità di teli, materie plastiche, capelli e pelli.
- Nella preparazione del campo, usare sempre iodopovidone in soluzione acquosa, se non controindicato.
- Nel caso d'impiego di disinfettante alcolico, attendere la sua completa evaporazione (almeno 3 minuti) prima di preparare il campo, eliminare i teli eventualmente impregnati ed allontanare la ciotola col disinfettante dal campo.
- Connettere sempre le fonti luminose ai cavi di fibre ottiche e metterle in modalità standby se non usate.
- Disporre di garze e tamponi bagnati in caso di chirurgia orofaringotracheale.

NEL CASO DI UTILIZZO DEL DEFIBRILLATORE:

- Rimuovere tutte le fonti di O₂ dalla zona circostante il paziente per non avere un'alta concentrazione di O₂ in prossimità delle piastre.
- Creare un buon contatto tra le piastre e la pelle del paziente con un sottile strato di gel. Applicare le piastre uniformemente sul torace facendo una pressione di 9 – 15 kg e assicurandosi che non vi siano contatti fra esse.

NEL CASO DI SOMMINISTRAZIONE AL PAZIENTE DI O₂ SUPPLEMENTARE IN MASCHERA:

- Valutarne attentamente l'indicazione e, in generale, non usare FIO₂ > 0,3.
- Usare un telino da incisione per isolare il campo operatorio dalla fonte di O₂ e sistemare i teli in modo da evitare un sottostante accumulo di O₂.
- Proteggere i capelli e i peli del volto all'interno del campo con gel idrosolubile per ridurre l'infiammabilità.
- Usare la modalità bipolare per l'elettrocoagulazione.

NEL CASO DI IMPIEGO DI ELETTROBISTURI, ELETTROCOAGULAZIONE E LASER:

- Sospendere l'erogazione di O₂ se FIO₂ > 0,3 almeno 1 minuto prima e durante l'uso delle apparecchiature, se possibile.
- Attivare l'apparecchiatura **solo** quando la punta è sotto visione ed a contatto con paziente (massima attenzione in caso di uso di microscopio o endoscopio).
- Disattivare l'apparecchiatura **prima** di staccare la punta dal paziente.
- Deposare gli elettrodi dell'apparecchio in un apposito contenitore lontano dal paziente se non usati.
- Mettere il laser in modalità **standby** se non usato.

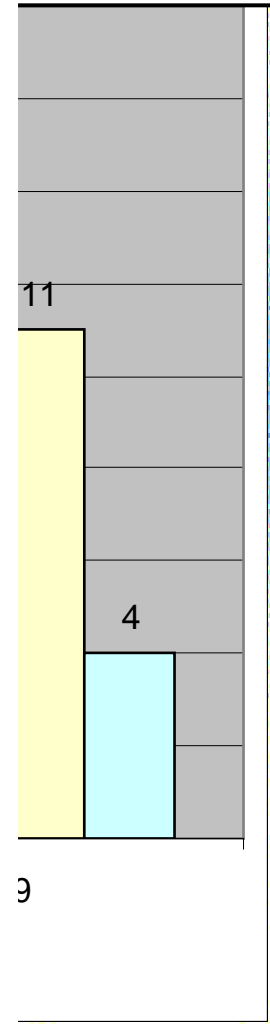
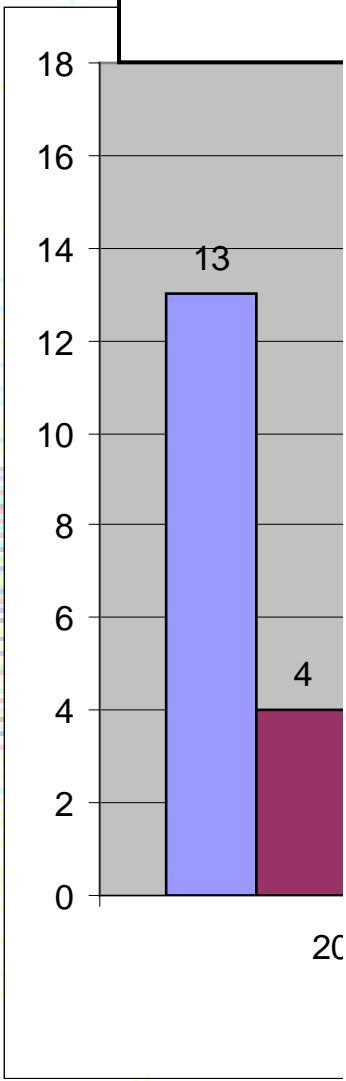
NEL CASO DI CHIRURGIA OROFARINGOTRACHEALE:

- Mantenere nell'orofaringe un sistema d'aspirazione dedicato per la cattura di fughe retrograde di O₂ e N₂O.
- Usare sempre garze e tamponi bagnati.
- Riempire la cuffia del tubo endotracheale per laserchirurgia con acqua e proteggere la zona ad essa circostante con garze bagnate.
- Non usare mai un elettrobisturi per accedere alle vie aeree, specialmente se vi sono un'elevata FIO₂ ed un tubo endotracheale in plastica.

SE, NONOSTANTE LE PRECAUZIONI, SI MANIFESTA UN PRINCIPIO D'INCENDIO:

- Quando avviene sul campo operatorio ed interessa il paziente, coprire le fiamme con la coperta ignifuga, collocata a fianco degli estintori. Per eventi di limitata entità è anche possibile impiegare le telerie inumidite d'acqua.
- L'uso di un estintore a CO₂ può provocare sull'infortunato ustioni da freddo, quindi non va usato sulle persone; è invece idoneo per fuochi di materiali solidi, liquidi, gassosi e di natura elettrica.
- Nel caso di utilizzo di estintore a CO₂, il getto deve essere indirizzato verso la base delle fiamme e con continuità.
- Quando l'incendio interessa o è alimentato da apparecchiature, tubazioni di gas, è necessario, subito intercettare l'alimentazione e sospenderla.
- Non utilizzare acqua su apparecchiature potenzialmente in tensione elettrica.

NON DOBBIAMO ATTENDERE LO SVILUPPO DI UN VERO INCENDIO PER ACCORGERCI CHE QUESTO RISCHIO E' SEMPRE PRESENTE !!!



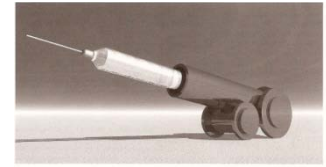
RISULTATI



- Adozione di un sistema di segnalazione degli EA mediante scheda e realizzazione di un DB per la **mappatura del rischio clinico**
- Attuazione di **iniziative di miglioramento** della pratica clinica **coinvolgendo tutti gli operatori**
 - § Manuale operativo UO AR, 2010
 - § Modalità strutturate per gestione delle informazioni
 - § Linee guida per l'applicazione della contenzione fisica dei pazienti in TI
 - § Scheda di gestione perioperatoria
 - § Manuale per gestione farmaci e carrelli, 2010

GdL GESTIONE FARMACI

Dic 2008-Genn 2009



MANUALE PER GESTIONE FARMACI

- Schemi posologici
- Prescrizione verbale/telefonica
- Prescrizione “al bisogno”
- Modalità prescrizione: stampatello, principio attivo, prescr. anticipata/sospesa, abbreviazioni, elenco firme
- Farmaci e NE: frantumabilità, interazioni, etc
- Protocollo per somministrazione antibiotici
- Modalità gestione stupefacenti
- Revisione protocolli allestimento carrelli



LIMITI



L'adozione di un programma di IR può essere ostacolato da:

- Timore di comportamenti punitivi o valutazioni sulla performance degli operatori
- Mancanza di feedback sulle segnalazioni
- Scarso incoraggiamento al programma di IR
- Mancanza di supporto aziendale alla formazione e al cambiamento

CONCLUSIONI



L'IR può migliorare la sicurezza dei pazienti in A e R attraverso:

- Realizzazione di iniziative di miglioramento delle attività dell'UO sulla base della “mappa del rischio”
- Realizzazione di strumenti condivisi che garantiscono uniformità nel decision-making clinico-organizzativo
- Promozione di un buon “clima comunicativo” e di “benessere organizzativo”