

## L'evento avverso in anestesia ostetrica

**G. L. Palmesano\* - T. Bartoli**

\* Dirigente Medico U.O.C. di Anestesia e Rianimazione - Ospedale di Capua - A.S.L. Ce 2

La medicina non è una scienza esatta, bensì un'arte rigorosamente fondata su presupposti scientifici.

I calcoli di una struttura in cemento armato risulteranno costanti, a parità di dati prefissati, indipendentemente dal tecnico che li avrà eseguiti. Altrettanto non può essere affermato nei confronti di una realtà astratta (la malattia) che viene affrontata, di volta in volta, nella sua proiezione concreta (l'individuo affetto).

Questo ampio margine di soggettività e la peculiarità del rapporto medico-paziente hanno costituito il punto di partenza per l'incremento, registrato negli ultimi anni, di conflittualità in sede penale e civile per i casi di malpratica. La medicina attuale ha infatti in parte perduto la caratteristica ippocratica del presupposto di beneficenza, per diventare sempre più medicina relazionale.

L'espressione tipica del nuovo rapporto è il consenso informato, la cui estensione non ha comunque sinora diminuito la causidicità, infatti il diritto di ogni soggetto a essere informato sui rischi del trattamento propostogli, lungi dal ridurre la conflittualità ha inaugurato una nuova figura di responsabilità medica, quella appunto del difetto di consenso.

Si è, inoltre, sempre più spostata l'attenzione dall'individuo malato al sano, la cui aspettativa non è più quindi solo la salute, ma una migliore qualità di vita. Questo valore aggiunto psicologico è particolarmente presente in alcune

branche, l'ostetricia per esempio, che opera in una dimensione di aspettativa di gioia, il lieto evento. Il violento contrasto tra aspettative ed evento avverso è sufficiente a spiegare perché l'ostetricia sia una delle specialità più colpite dalla malpratica.

Dall'Osservatorio istituito presso l'Università di Napoli in materia di RC professionale medica si rileva che le professioni per le quali si registra un maggior numero di casi segnalati all'Osservatorio, e che, quindi, sono considerate più a rischio, sono:

- Ostetricia/ginecologia (16,0% del totale dei casi segnalati)
- Chirurgia generale (13,7%)
- Ortopedia e traumatologia (12,4%)
- Medicina generale (6,0%)
- Anestesia e rianimazione (5,2%)

In oltre il 70% dei casi segnalati all'Osservatorio è stata riconosciuta la responsabilità del professionista; quasi il 50% delle azioni giudiziarie di risarcimento viene trattata in sede penale, il 36% in sede civile e il 14% in sede stragiudiziale. Una ricerca della Regione Lombardia sulle strutture sanitarie locali ha evidenziato che dal 1998 al 2002 i premi per la responsabilità civile delle strutture sanitarie hanno subito un incremento del 121%. Queste cifre dimostrano che occorre operare a monte dell'assicurazione perché, agire esclusivamente sulla "leva" assicurativa non produce effetti immediati positivi per nessuno, né per gli assi-

curati, né per le imprese di assicurazione. Il paradosso è costituito dal fatto che la presenza di una polizza assicurativa a copertura della responsabilità sanitaria ha reso percepibile, attraverso il costo del premio, l'aumento graduale del rischio, rendendo evidenti le dimensioni del fenomeno della malpractice e la necessità di elaborare valide soluzioni. Infatti, se per un verso la concezione e la pratica sanzionatoria improntata sulla identificazione e punizione del responsabile rassicura l'opinione pubblica, per converso non riduce la possibilità che i pazienti possano essere vittime di errori o di eventi avversi.

Gestire il rischio clinico quindi significa individuare e cercare di ridurre gli errori evitabili, senza colpevolizzare, tenendo sempre in considerazione che l'errore è una componente inevitabile della realtà umana.

Sicuramente noi medici abbiamo cominciato ad interessarci al problema dell'errore in medicina tardivamente rispetto ad altri settori lavorativi quale i trasporti ferroviari o aerei, le centrali nucleari o gli impianti chimici, ma è evidente quanto il problema sia presente nella pratica quotidiana, soprattutto se si vuole fare attenzione alla sicurezza del paziente.

James Reason distingue tre tipologie di errori:

- Slips tutte quelle azioni che sono eseguite in modo diverso da quello pianificato, oppure sono compiute inavvertitamente in maniera non corretta (es. il paziente riferisce di un'allergia all'infermiere che dimentica di riferirlo al medico).
- Lapsus quando l'azione ha un risultato diverso da quello atteso per un fallimento della memoria
- Mistakes: errori non commessi durante l'esecuzione pratica dell'azione. Sono errori pregressi che si sviluppano durante i processi di pianificazione di strategie: l'obiettivo non viene raggiunto perché le tattiche ed i mezzi attuati per raggiungerlo non lo permettono.

- Violazioni: intendiamo tutte quelle azioni che vengono eseguite, anche se formalmente ciò è impedito da un regolamento, una direttiva.

Errori organizzativi

Con l'accadere di un incidente è, quindi, l'intera organizzazione che fallisce e non soltanto l'individuo a più stretto contatto con l'evento stesso e la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso è sempre presente.

Dare una definizione univoca del rischio non è cosa semplice, anche perché esistono molti livelli di rischio che vanno dai danni ai pazienti, come interventi sbagliati, agli effetti indesiderati di farmaci, alle morti inattese, alle attese troppo lunghe per prestazioni sanitarie.

Volendo, così, definire cosa è un evento potremmo dire che è ogni accadimento che ha causato danno o ne aveva la potenzialità, nei riguardi di un paziente, visitatore od operatore, ovvero ogni evento che riguarda il malfunzionamento, il danneggiamento o la perdita di attrezzature o proprietà, ovvero ogni evento che potrebbe dar luogo a contenzioso.

Evento avverso è, quindi, un danno causato dalla gestione clinica (piuttosto che dal processo della malattia) misurabile in termini di prolungamento della degenza o della disabilità al momento della dimissione.

Evento sentinella rappresenta, invece, tutte quelle evenienze che si manifestano in modo assolutamente inatteso, ma che costituiscono momenti rivelatori di gravi criticità del sistema. Si stima che un evento sentinella, nelle

organizzazioni sanitarie, si verifichi una volta ogni 1000 eventi indesiderati (Standard New Zealand).

L'"Australian Council of Safety and Quality Department of Health" (DHS 2002 - 2003) ha catalogato i seguenti dieci principali "eventi sentinella":

- procedure chirurgiche eseguite su parti anatomiche o pazienti sbagliati;
- la ritenzione, in regione oggetto di intervento chirurgico, di strumenti o materiali vari, che richiede un re-intervento o - comunque - ulteriori procedure chirurgiche;
- danni neurologici riconducibili ad anestesia spinale;
- l'ipossia cerebrale in corso di anestesia, o di tecniche di ventilazione;
- la morte del paziente per inadeguata somministrazione di farmaci;
- l'embolia gassosa mortale, o determinante un danno neurologico;
- le reazioni emolitiche da incompatibilità trasfusionale tra donatore e ricevente;
- a morte, o un danno severo, di una donna gravida, associata al travaglio di parto o al parto;
- il suicidio del paziente ospedalizzato;
- la dimissione di un neonato, con affidamento (sic!) ad una famiglia sbagliata.

Tutti questi eventi, anche laddove non sia stata ravvisata una specifica colpa professionale, sono relativamente infrequenti, anche se spesso riflettono deficienze del sistema o di alcuni processi. Il Quasi evento è ogni accadimento che avrebbe potuto verificarsi, ma non ha, per fortuna o per abilità di gestione, originato un evento avverso.

La gestione del rischio non consiste, pertanto,

nell'eliminare l'evenienza di errori umani, considerati isolatamente dal sistema, ma analizzare ed eventualmente rimuovere le condizioni dall'interno del sistema stesso che ostacolano una corretta interazione tra tutte le componenti che concorrono alla realizzazione ed al funzionamento del sistema.

Un esempio può essere l'utilizzazione di una scheda di segnalazione spontanea di evento perché gestire il rischio clinico significa gestire la sicurezza.

È per questo che nel corso degli anni gli anestesisti si sono sempre impegnati per migliorare la sicurezza e la qualità in anestesia attraverso l'identificazione di tutti gli incidenti critici occorsi e la loro eventuale riduzione. Qualità e sicurezza in anestesia sono intimamente connesse, tanto connesse da consentire negli anni, la riduzione della mortalità correlata all'anestesia passando da 2 exitus ogni 10.000 anestesi nei primi anni '80 a 1 exitus ogni 200.000 narcosi negli ultimi venti anni.

Tuttavia la possibilità di errare è sempre in agguato per l'anestesista e gli errori sono commessi da una persona, ma questa persona molto spesso non è la sola responsabile dell'errore (errore umano), bensì soltanto l'ultimo anello di una catena che inizia con le decisioni manageriali (difetto nel sistema).

Studi condotti sugli anestesisti e sui medici delle unità intensive dimostrano molte analogie con il lavoro dei piloti d'aviazione e degli operatori delle centrali nucleari. In tutti questi casi l'errore umano è grandemente favorito, se non addirittura direttamente determinato, da una serie di condizioni organizzative (generalmente poco o per nulla controllabili da chi materialmente commette l'errore) che nascono

a due livelli: quello della "prima linea" e quello "dei piani alti" dell'organizzazione.

A livello della "prima linea" (interfaccia uomo-sistema o paziente-medico) le condizioni di lavoro più a rischio sono:

- gli ambienti fortemente dinamici;
- le troppe e diverse fonti di informazioni;
- il cambiamento frequente di obiettivi;
- la scarsa chiarezza degli obiettivi;
- l'utilizzo di informazioni indirette o riferite;
- il passaggio rapido da situazioni di stress elevato a situazioni routinarie;
- l'uso di tecnologie avanzate e complesse;
- la coesistenza di priorità differenti;
- la presenza di più leader in competizione tra di loro.

A livello "dei piani alti" le condizioni che agiscono negativamente sulla "prima linea" sono:

- interazioni non ben regolate tra gruppi professionali diversi;
- scarsa chiarezza del sistema delle regole;
- compresenza di norme conflittuali;
- cattiva progettazione dell'organizzazione;
- scarsa o nulla attenzione alle politiche della sicurezza;
- disinteresse per la qualità.

Ma entrando più nel dettaglio degli errori in grado di poter generare un evento avverso in anestesia vediamo come possono essere correlati ai farmaci ed in tal caso rappresentino circa il 25% di tutti gli errori commessi dagli anestesisti. L'errore farmacologico può essere sia di tipo esecutivo, come scambio di siringa o di farmaco, che di tipo pianificativo come errata scelta del farmaco, della posologia, della via di somministrazione, di preparazione ecc...e tale errore è

fortemente favorito dalle condizioni di lavoro: contesti ambientali spesso caotici, somministrazioni di più farmaci, allocazione dei farmaci tale da confondere l'identificazione dello stesso. Gli errori correlati alle apparecchiature sia come malfunzionamento del ventilatore automatico che degli apparecchi di monitoraggio del paziente che una errata impostazione o una mancata monitorizzazione dei parametri del paziente e della FiO<sub>2</sub>, una manutenzione non adeguata delle apparecchiature e dei vaporizzatori, una difettosa sterilizzazione dei ferri chirurgici, un mancato funzionamento del laringoscopio.

Incidenti avversi correlabili alle tecniche proprie dell'anestesia possono presentarsi nel corso dell'intubazione tracheale, nasale, cateterizzazione di vene centrali, come per esempio l'aspirazione bronchiale di materiale gastrico. Ed infine eventi avversi correlati all'anestesia loco-regionale possono essere le lesioni da blocchi nervosi periferici, la puntura accidentale della dura in corso di anestesia epidurale, l'ematoma spinale, la cefalea post-spinale, le aracnoiditi chimiche. Qualora poi l'evento avverso si verifici in anestesia ostetrica esso appare come un evento ancora più drammatico.

## BIBLIOGRAFIA

1. Marcon G, Ciuffreda M, Corrà P. Errori medici e danni causati dalle cure Professione 2001; 9: 34-41
2. Youngberg BJ. Essentials of hospital risk management Aspen, Gaithersburg MD 1990
3. Brennan TA, Leape LL, Laird NM et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Study N Engl J Med 1991; 324: 370-376
4. Marcon G. Risk management clinico: modelli di eccellenza. I progetti di ricerca sulla sicurezza finanziati dall'AHRQ. Rischiosanità 2002; 4: 7-8
5. Ciuffreda M, Corrà P, Marcon G. Come identificare e prevenire errori e danni derivanti dalle cure Professione 2001; 9: 41-45
6. Hammer M. Beyond reengineering. How the process-centered organization is changing our work and our life Harper Business, New York, 1996
7. Marcon G. Don't look at the finger, look where it points. Five paths to future medicine Proceedings of 31st International Hospital Federation Congress. Copenhagen 1-4 June 1999
8. Tommassini C, Turco L, Faraoni T, Mannacci A, Cecchi A, Nerattini M, Filomena A, Veneri F. Il progetto indicatori del presidio ospedaliero del Mugello - ASL 10 di Firenze. Relazione tenuta al Convegno Introduzione agli indicatori di performance clinica nel sistema sanitario. Ferrara, 21-22 novembre 2003.
9. Feldman SE. Medical accidents in hospital care: application of failure analysis to hospital quality appraisal. Jt Comm J Qual Improv, 1997; 23: 567-80.
10. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. Patient safety program. <http://www.jcaho.org/index.html>
11. Institute of Medicine. To Err is Human. National Academy Press, 2000.
12. Kirwan B, Ainsworth LK. A guide to task analysis. London: Taylor&Francis, 1993.
13. Perrow C. Normal Accidents: Living with High-Risk Technology. New York: Basic Books, 1984.
14. Reason J. Too little and too late: a commentary on accidents and incidents reporting system. In: Van der Schaaf T, Lucas, DA, Hale AR, eds. Near Miss Reporting as Safety Tool. Oxford: Butterworth-Heinemann Ltd.
15. Reason J. L'errore umano. Bologna: Il Mulino, 1991.
16. Reason J. Managing the risks of organizational accidents. 1997.
17. Deasy TL. Quality Improvement: The Gurus and Their Approaches. Int Anesth Clin 1992; 2: 1-14
18. Siegel LC, Whitchee C. Economics and monitoring. Intern Anesth Clin 1989; 27: 200-204
19. U.O.C. di Anestesia e Rianimazione P.O. Capua (CE)