

RISK MANAGEMENT IN SALA OPERATORIA

Sala operatoria, al tempo del COVID19

Il PNRR getta le basi per permetterci di rivedere anche le buone pratiche del passato in ottica futura, guardiamo oltre soprattutto nelle "piccole/grandi cose".

INFERMIERE Giuseppe Iudicello ASP MESSINA
INFERMIERE Giovanni Caminiti ASP MESSINA





INDICE

RIASSUNTO.....	3
AMBITO DEL PROBLEMA	4
DEFINIZIONE DEL PROBLEMA.....	5
ALTRI RISCHI CONNESSI ALLA PRATICA ATTUALE.....	10
RISCHIO BIOLOGICO.....	12
DIAGRAMMA DI HISHIKAWA DELLE CRITICITA'.....	14
RAPPRESENTAZIONE DEGLI STAKEHOLDERS.....	15
STRATEGIA.....	16
ADEGUAMENTI NORMATIVI.....	21
OBIETTIVI ECONOMICI.....	25
DIFFERENZE TRA LA PROCEDURA SECURE TABLE E LE ALTRE.....	27
TABELLA PIANO OPERATIVO 1.....	28
TABELLA PIANO OPERATIVO 2.....	29
CONCLUSIONI.....	30
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	31



Riassunto

L'uso corretto della check-list e delle schede di conteggio di dispositivi, sono degli strumenti indispensabili per abbattere molti rischi in sala operatoria. Il nostro è semplicemente un tentativo di integrare le già note regole per la sicurezza con alcune accortezze pratiche sul ciclo dei dispositivi potenzialmente infetti, nei conteggi e nella loro eliminazione in sicurezza.

Sarebbe risultato riduttivo pensare di individuare delle criticità, e non tentare di proporre una piccola soluzione! La critica, il confronto aiutano a crescere, ma soprattutto l'amore verso sé stessi e gli altri, ha ispirato la nostra crescita personale e professionale, e ci ha fornito quella spinta necessaria per metterci in gioco per studiare una procedura in linea con la normativa vigente e con uno sviluppo sostenibile, già accolta anche se parzialmente in alcune sale operatorie perché ritenuta valida.

Essendo due infermieri con esperienza ventennale in sala operatoria, in continuo contatto con tanti colleghi su tutto il territorio nazionale, abbiamo una discreta conoscenza di quello che giornalmente avviene in moltissime sale operatorie. La nostra grande scommessa è quella di riuscire a dimostrare che anche il ciclo "da munnizza" (*come si dice a casa nostra*) ha la sua importanza nella riuscita di qualunque intervento chirurgico, e che anche una disattenzione apparentemente lontana dal sito chirurgico, può metterne a rischio la buona riuscita.

Sarebbe auspicabile riuscire a trovare la collaborazione con le istituzioni e le aziende sanitarie, anche se è difficile trattandosi di manovre apparentemente secondarie, per mettere a regime la stessa procedura e monitorarne i risultati nel tempo in termini di qualità delle prestazioni, spesa sanitaria, infezioni del sito chirurgico, eventi avversi, incidenti del personale...



Ambito del problema

Per inquadrare meglio il presente project work si è voluto suddividere il lavoro di sala operatoria in 2 fasi:

1. FASE IN (verso il paziente) che comprende tutte quelle manovre e procedure che vanno dalla preparazione alla partecipazione ad un intervento chirurgico;
2. FASE OUT (verso l'esterno) che comprende tutte quelle manovre che riguardano la tracciabilità, il recupero e lo smaltimento di tutti i dispositivi utilizzati in un intervento chirurgico, (siano essi monouso che riutilizzabili).

Questo project work prende in esame la FASE OUT e alcune criticità della stessa.

L'attenzione delle istituzioni, degli operatori, dei media e dell'opinione pubblica è rivolta prevalentemente all'evento sentinella "dimenticanza di garze e strumenti all'interno del sito chirurgico," e partendo proprio da questo ne analizzeremo molti aspetti.



Descrizione del problema

La Raccomandazione Ministeriale n.2 del 2008, che analizzeremo sinteticamente, è la principale fonte in Italia per evitare eventi avversi di questo tipo in sala operatoria,



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI
ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA
UFFICIO III

RACCOMANDAZIONE PER PREVENIRE LA RITENZIONE DI
GARZE, STRUMENTI O ALTRO MATERIALE ALL'INTERNO
DEL SITO CHIRURGICO

**La ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno
del sito chirurgico può causare gravi danni**

tra gli importanti contenuti della stessa troviamo anche che in essa si stabilisce “CHI” deve effettuare i conteggi e l'importanza di effettuarli sotto il controllo di più unità di personale (conteggi crociati) e QUANDO effettuarli nelle varie fasi operatorie, il COME è demandato alle strutture sanitarie:

“CHI”

1. FUORI CAMPO
2. STRUMENTISTA
3. PRIMO OPERATORE (HA IL COMPITO DI ACCERTARE L'AVVENUTO CONTEGGIO E L'ESATTEZZA DELLO STESSO)

“QUANDO”

1. PRIMA DELL'INTERVENTO
2. DURANTE LA CHIUSURA DI CAVITÀ O ORGANO
3. PRIMA DELLA CHIUSURA DELLA FERITA
4. ALLA CHIUSURA DELLA CUTE E POI ANCORA...
5. IN CASO DI MANCATA CORRISPONDENZA DELLA CONTA
6. IN CASO DI CAMBIO DI EQUIPE DURANTE UN INTERVENTO.

~~“COME”~~

**È DEMANDATO ALLE
AZIENDE SANITARIE CHE
ELABORANO DELLE
PROCEDURE VALIDE PER
EVITARE ERRORI.**

RITENZIONE DI GARZE E STRUMENTI ALL'INTERNO DEL SITO CHIRURGICO

Casistica generale

Nonostante l'attenzione sul problema della ritenzione di garze e strumenti all'interno del sito chirurgico, le statistiche dicono che **ogni 1000/3000 interventi l'errore è costante.**

Il risarcimento alle vittime di questo evento avverso ha un costo medio per le aziende sanitarie di circa **€ 60.000**, al quale vanno poi sommate le spese generate dal riutilizzo delle sale operatorie, dall'allungamento dei tempi di degenza, dalla spesa per farmaci e ulteriori spese indirette generate da un evento di questo tipo.

Casistica per specialistiche

- Il 34.7% durante **procedure ostetriche e ginecologiche**
- il 25.5% durante la **chirurgia generale**
- l'11.9% durante la **chirurgia cardio-toracica**
- l'1.7% durante **procedure ortopediche.**

A cosa sono andati incontro questi pazienti?

Nella maggioranza dei casi (69.6%) dei casi si è registrato un **prolungamento della degenza e cure aggiuntive** non preventivate, con conseguente danno, severo ma temporaneo. È riportato un **decesso** dovuto a un tampone nelle vie aeree durante una laringoscopia non urgente e **danno permanente** dovuto a una garza laparotomica durante una laparotomia esplorativa urgente. Due casi di **perdita permanente di funzione** sono riportati in un caso di resezione intestinale e in un caso di taglio cesareo.

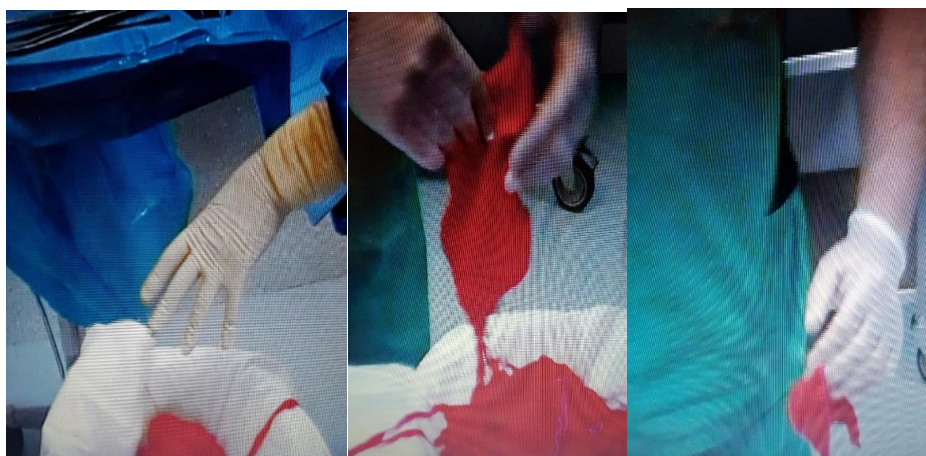
E partendo proprio dall'osservazione del "COME" vediamo cosa succede giornalmente nelle nostre sale operatorie:

- il **conteggio di garze, tamponi, pezze...** viene svolto utilizzando una delle seguenti procedure o similari:

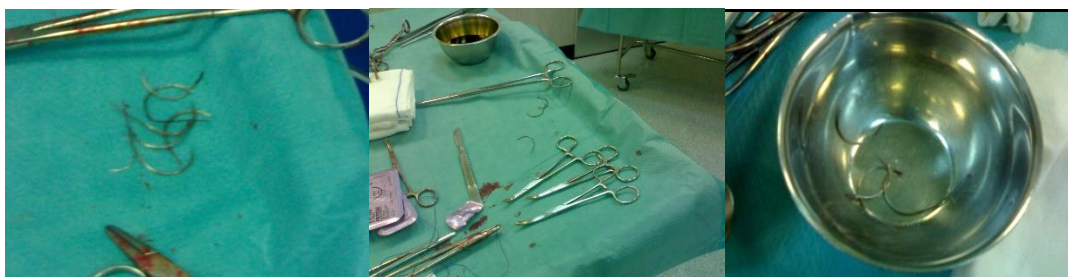
lo strumentista pone fuori dal campo sterile il materiale da tracciare, e al conteggio provvede materialmente l'infermiere di sala, sotto la visione diretta dello strumentista e del primo operatore, entrambi corresponsabili della corrispondenza con i conteggi iniziali. Le garze in uscita dal campo sterile vengono poste a seconda dell'organizzazione interna: su delle traverse poste sul pavimento; all'interno di bacinelle; all'interno cestini dell'immondizia; su dei carrelli o dei tavoli etc. etc.



L'infermiere di sala in ogni momento su indicato dalla Raccomandazione ministeriale n.2 del 2008, e ancora in caso di passaggio di consegne o di discrepanza nel conteggio, dovrà calzare i guanti e ripetere anche varie volte le operazioni.



La gestione di aghi e taglienti, invece non investe materialmente altri operatori esterni (infermiere di sala), e viene attuata dallo strumentista al campo. Dovendo partecipare all'intervento, la presenza di aghi liberi o taglienti sul tavolo servitore fanno sì che lo strumentista rimanga esposto a rischio di lesione. A fine intervento gli acuminati vengono recuperati per lo smaltimento negli appositi contenitori rigidi.

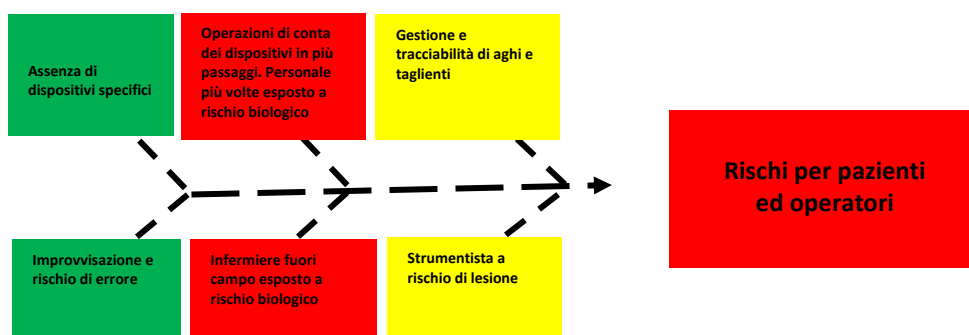


Essendo dispositivi venuti a contatto con sangue o altri liquidi biologici, sarebbe auspicabile formulare anche delle procedure standard per scoraggiare l'improvvisazione in modo da:

- *ridurre il numero di manipolazioni, compreso il successivo passaggio per lo smaltimento finale;*
- *evitare che rimangano liberi o in contenitori generici sul tavolo servitore nel corso dell'intervento.*

Dall'osservazione della pratica attuale emergono delle criticità sulle quali si vuole intervenire, e che possono essere riassunte in:

1. Assenza di dispositivi specifici;
2. Operazioni di conteggio effettuate in molti passaggi;
3. Gestione rischiosa degli acuminati.



Chi conosce il lavoro di sala operatoria sa benissimo che l'errore è sempre in agguato per una serie di fattori di stress che ne determinano l'andamento, quali:

- Lavorare in urgenza a salvaguardia della vita del paziente;
- Una pseudo-misurazione delle abilità del chirurgo legata al tempo che impiega "da cute a cute!";
- Liste operatorie stilate al ribasso sempre in relazione ad una presumibile tempistica standard;
- Riduzione dei tempi morti di utilizzo delle sale;
- Stanchezza degli operatori;
- Etc. etc.

Altri rischi connessi alla pratica attuale

Ai rischi già evidenziati, ne abbiamo aggiunto altri generati dalla presenza a ridosso del campo sterile del contenitore per rifiuti speciali.

Le procedure di sanificazione all'interno della sala operatoria vengono effettuate sulle superfici orizzontali e verticali anche tra un intervento e un altro per abbattere il rischio di infezione. Infatti tutte le aree, gli arredi, i dispositivi pluriuso e i piani di lavoro, sono lavabili, sanificabili o addirittura sterilizzabili e tutte vengono coperte da barriere sterili durante l'intervento.



*E dopo un'attenta sanificazione, si rischia di vanificare ogni sforzo con l'introduzione di un dispositivo, il contenitore per rifiuti speciali, che non ha nessuna di queste caratteristiche e che **"potrebbe" aver subito delle contaminazioni** durante le operazioni di stoccaggio, per poi essere posizionato "nudo e crudo" a ridosso del campo sterile.*



Non è scientificamente provato che lo stesso sia il veicolo per introdurre in sala dei particolari microrganismi, ma risulterebbe molto difficile dimostrare il contrario.



*L'azione di risk management in tal senso mira ad evitare il posizionamento dello steso a ridosso del campo sterile, **per abbattere le probabilità di introdurre in sala agenti contaminanti**, e quindi uno anche se infinitesimale, potenziali fattori di rischio di infezione del sito chirurgico.*

INFEZIONI DEL SITO CHIRURGICO

- *Chirurgia del colon 9.5%*
- *Bypass-aorto coronarico 3.5%*
- *Taglio cesareo 2.9%*
- *Colecistectomia 1.4%*
- *Protesi d'anca 0.8%*
- *Laminectomie e protesi del ginocchio 0.75%*

Altro aspetto legato alla presenza del contenitore per rifiuti speciali a ridosso del campo sterile, riguarda le contaminazioni esterne (schizzi di sangue o altro materiale biologico) che esso subisce durante un intervento chirurgico, o a fine intervento quando viene riempito nella zona sporca per smaltire tutte le componenti monouso del campo sterile.



RISCHI PER IL PERSONALE ADDETTO ALLO SMALTIMENTO



Quante possibilità ha un contenitore per rifiuti speciali di uscire dalla sala operatoria non contaminato nel suo involucro esterno?

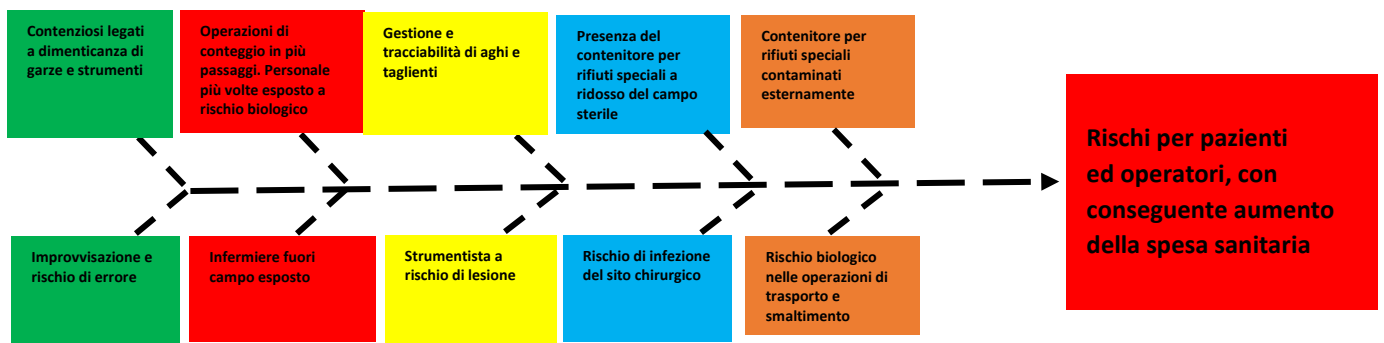


INCIDENTI OCCUPAZIONALI

La manipolazione di potenziali infetti siano essi garze o strumenti, piuttosto che lame o aghi, espone il personale a rischio di “incidente occupazionale biologico.” Gli infermieri sono la categoria più esposta, e tra le attività a maggior rischio troviamo **gli interventi chirurgici e le operazioni di pulizia e smaltimento dei rifiuti in ambito ospedaliero.** Secondo i dati dell'Osservatorio nel 2017 gli incidenti per taglio o puntura costituiscono il 75% degli incidenti occupazionali e l'ulteriore 25% è riconducibile a contaminazioni mucose o cutanee con sangue o altri liquidi biologici. (dati studio Siroh). Inoltre secondo l'OMS l'incidenza del virus dell'epatite B e C e dell'HIV è notevolmente più alta nella popolazione ospedaliera piuttosto che in quella generale, e costano al SSN circa **36 milioni** di euro ogni anno.

Diagramma delle criticità

AGGIUNGENDO LE CRITICITA' LEGATE ALLA PRESENZA DEL CONTENITORE PER RIFIUTI SPECIALI A RIDOSSO DEL CAMPO STERILE AVREMO IL SEGUENTE DIAGRAMMA DI ISHIKAWA:



Rappresentazione degli stakeholders

LE PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO “FASE OUT” VENGONO ADESSO ESPLICITATE NEL PRESENTE PROJECT WORK.

DEVONO ESSERE COINVOLTI GLI STAKEHOLDERS, RAPPRESENTATI NELL’IMMAGINE SOTTOSTANTE:



Per ottenere la giusta considerazione degli stakeholders coinvolti nel presente **project work** bisogna che il progetto sia attuabile, e sostenibile dal punto di vista economico, e che porti ad un passo in avanti rispetto alla pratica attuale. Ci piace pensare che questo sia un progetto in possesso di tutti questi requisiti, e che possa far nascere un'azione sinergica tra gli attori coinvolti, senza trovare nessuno ostacolo politico- istituzionale né tantomeno professionale. In questo progetto, per la realizzazione dei kit sterili sono presenti partner privati dai quali non si può prescindere, e se ne dovranno necessariamente inserire altri.

Strategia

PROCEDURA®

Dopo un periodo di studio, siamo arrivati alla conclusione che una delle possibili soluzioni alle criticità esposte, potrebbe essere rappresentata dalla procedura® che adesso andremo ad esporre. Si tratta di introdurre un dispositivo di semplice fattura, facile da utilizzare ed economico, e soprattutto **adattabile ad ogni tipo di intervento**. Infatti con l'uso di un **sacchetto sterile** utilizzato in un punto preciso del ciclo della FASE OUT, dei **conta-garze** di pochi micron e un **conta aghi**, abbiamo allestito un kit che ci permetterà di formulare la nostra procedura.

Il kit è provvisto di **codice identificativo adesivo** da apporre sulla scheda di conteggio a fine intervento, per certificare la procedura utilizzata.

La procedura prevede:

- Il **sacchetto sterile** applicato in modo che rimanga esposto con il suo interno, fissato su uno specifico supporto in acciaio. All'interno dello stesso vengono smaltiti tutti i dispositivi catalogati come potenziali infetti (rifiuti speciali), in quanto venuti a contatto con sangue o altri liquidi biologici durante l'intervento chirurgico;



- Il **conta garze a 10 scomparti** (pre-riempito) viene applicato (tramite una banda adesiva) sul bordo del sacco sterile per il controllo sotto visione delle garze;



I conteggi, come stabilisce la raccomandazione ministeriale e le procedure interne di ogni azienda, vengono **effettuati in tutte le sale operatorie**, e se l'errore è costante nonostante "l'apparente esattezza", bisogna ricercare le criticità:

- nei conteggi iniziali;
- nella presenza di dispositivi liberi (garze, tamponi, pezze etc.) durante l'intervento

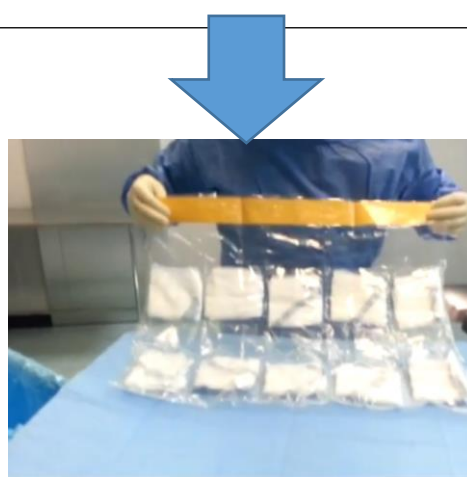
Con la PROCEDURA® si evitano sia i conteggi iniziali sia l'utilizzo dei cosiddetti "mucchietti da 10, 5, 3...", e in sala operatoria saranno presenti solo le garze del kit.

Qualora fosse necessario integrare le garze, le pezze etc. avremo a disposizione altri conta garze pre-riempiti e confezionati, in modo da esercitare un costante e affidabile controllo visivo, in quanto arrivano già sterilizzati e confezionati.

L'errore potrebbe nascere nel conteggio iniziale



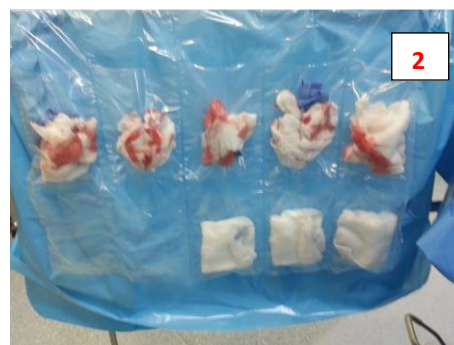
Con la PROCEDURA® il punto di partenza è questo



PROCEDURA[®]

Le garze che escono dal dispositivo di conta, dopo l'utilizzo rientrano all'interno dello stesso. In questo modo tutti gli operatori **SEMPLICEMENTE GUARDANDO** (*vedi figure*), avranno una chiara visione in qualunque momento dell'intervento di quante ne sono state utilizzate, delle rimanenti e di quante sono in corso di utilizzo. Il principio è quello di evitare conteggi e ri-conteggi del materiale utilizzato nelle varie fasi dell'intervento.

Per fare un esempio, in una conta garze a 10 scomparti, sarà molto semplice controllare la presenza delle stesse.



Qualora in un intervento si debba ricorrere all'utilizzo di garze di varia misura, batuffoli... le conta garze possono essere applicate anche all'interno del dispositivo. Avremo così 4 lati utilizzabili in tutta facilità.



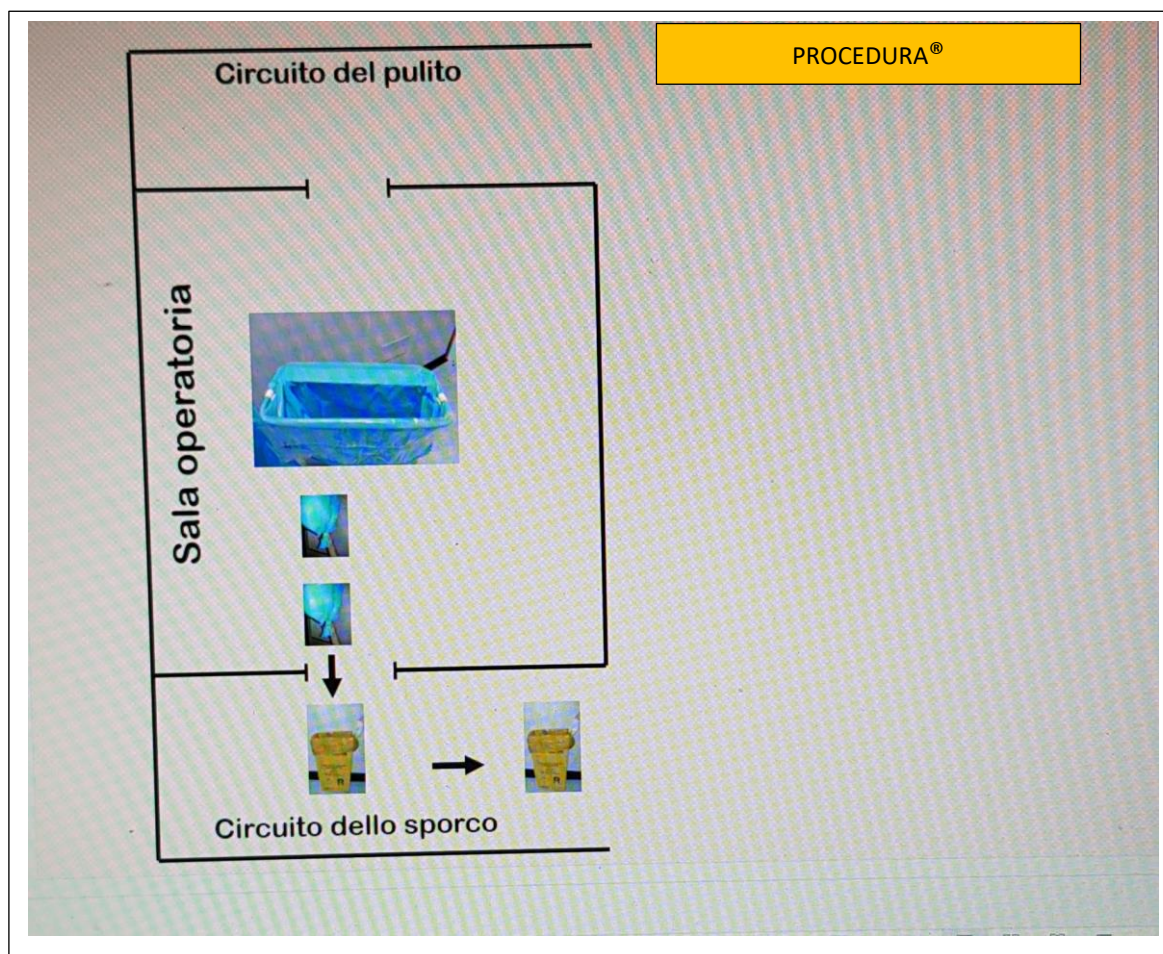
A fine intervento le conta garze piene, vengono semplicemente rigirate all'interno del sacco e quindi eliminate.



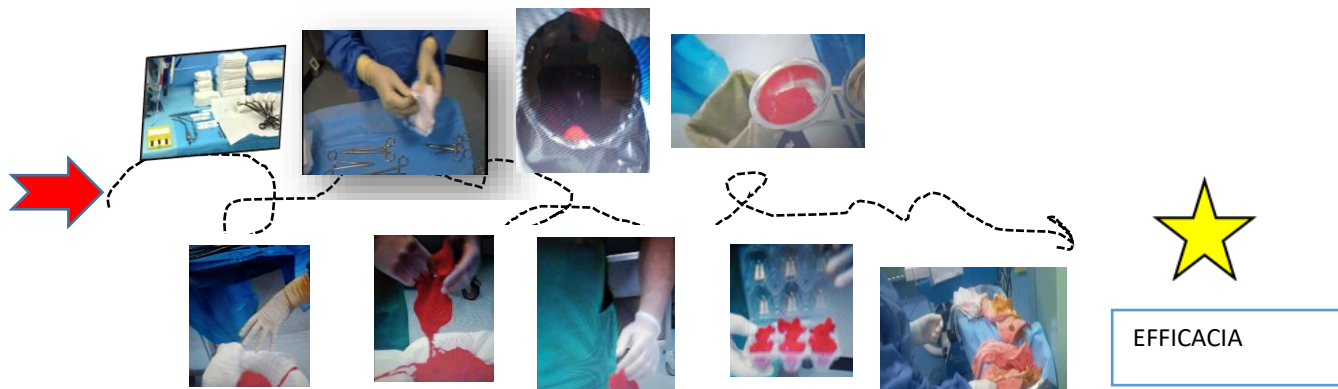
- Il **conta aghi e taglienti** della grandezza di un normale ferro chirurgico, da posizionare sul tavolo servitore per eliminare e tracciare gli acuminati in un solo passaggio, infatti il contenitore a fine intervento viene chiuso ed eliminato nel sacco del kit.



Anche tutto il materiale monouso da eliminare dal campo operatorio viene convogliato all'interno del sacco (telini, scatola per aghi chiusa, elettrobisturi, tubi di aspirazione, camici usati, guanti usati... etc. etc.) Basterà semplicemente sganciare il sacchetto dal supporto in acciaio e convogliarlo all'interno del contenitore per rifiuti speciali POSIZIONATO NEL CORRIDOIO DELLO SPORCO.



PRATICA ATTUALE



PROCEDURA®



IN TAL SENSO VOGLIO RUBARE LO SLOGAN DEL MOVIMENTO SLOW MEDICINE

FARE DI PIU' NON SIGNIFICA FARE MEGLIO



Adeguamenti normativi

Per quanto riguarda la **RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N.2 DEL 2008**

Chi

Tutta l'equipe in qualunque momento dell'intervento potrà accertare l'esattezza della conta senza che l'infermiere di sala ricorra ad ulteriori manipolazioni di potenziali infetti.

Quando

Nei tempi stabiliti dalla raccomandazione o in ogni momento dell'intervento

Come

Attraverso l'uso della PROCEDURA®

Obblighi del datore di lavoro

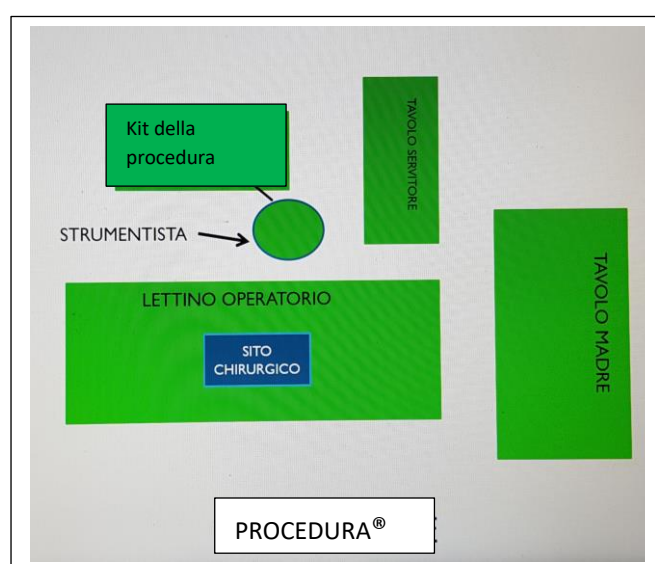
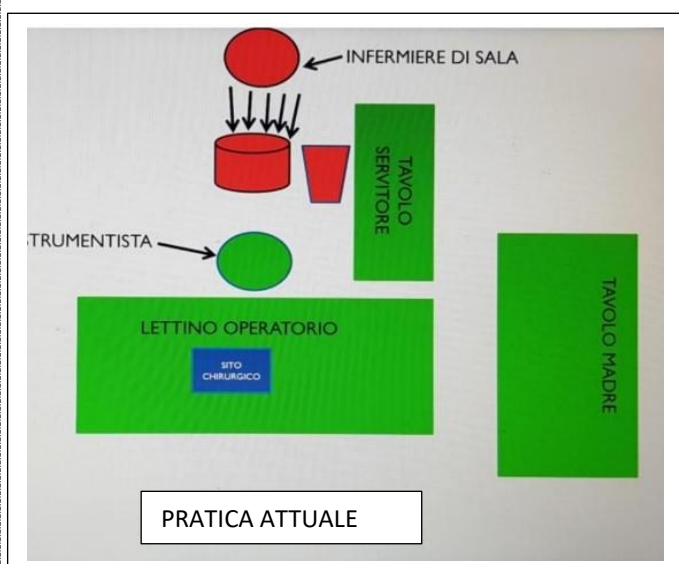
Art. 272. Decreto 81/2008 **(Misure tecniche, organizzative, procedurali)**

In tutte le attività per le quali la valutazione di cui all' articolo 271 evidenzia rischi per la salute dei lavoratori, **il datore di lavoro attua misure tecniche, organizzative e procedurali**, per evitare ogni esposizione degli stessi ad agenti biologici.

Al punto B dell'art. 272 del D.lgs.81/2008

limita al minimo i lavoratori esposti, o potenzialmente esposti, al rischio di agenti biologici;

- Zona non sterile
- Sito chirurgico
- Campo sterile



L'uso della PROCEDURA® permette allo strumentista di compiere ogni operazione di controllo e di smaltimento in autonomia, **senza coinvolgere fisicamente l'infermiere di sala in manovre a rischio.**

Al punto C dell'art. 272 del D.lgs.81 del 2008

progetta adeguatamente i processi lavorativi, anche attraverso l'uso di dispositivi di sicurezza atti a proteggere dall'esposizione accidentale ad agenti biologici;



L'uso dei DPI (Dispositivi di Protezione Individuale) riduce ma non azzerà i rischi di infezione al personale che è soggetto a frequenti esposizioni. In ogni attività lavorativa è possibile ridurre i rischi limitando il numero di esposizioni del personale, ricorrendo ad una attenta progettazione, e utilizzando dei dispositivi appropriati definiti DPC (Dispositivi di Protezione Collettiva)

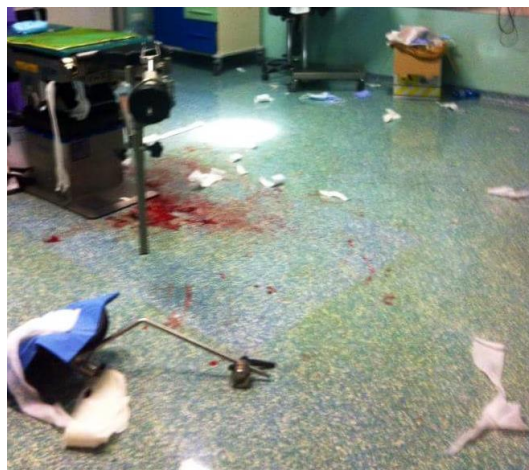
La Procedura[®], per la funzione che svolge, fornisce degli strumenti che potrebbero essere inseriti tra i DPC (Dispositivi di Protezione Collettiva).

Al punto E dell'art. 272 del D.lgs.81

adotta misure igieniche per prevenire e ridurre al minimo la propagazione accidentale di un agente biologico dentro e fuori dal luogo di lavoro;

Al punto M dell'art. 272 del D.lgs.81

concorda procedure per la manipolazione ed il trasporto in condizioni di sicurezza di agenti biologici all'interno e all'esterno del luogo di lavoro.

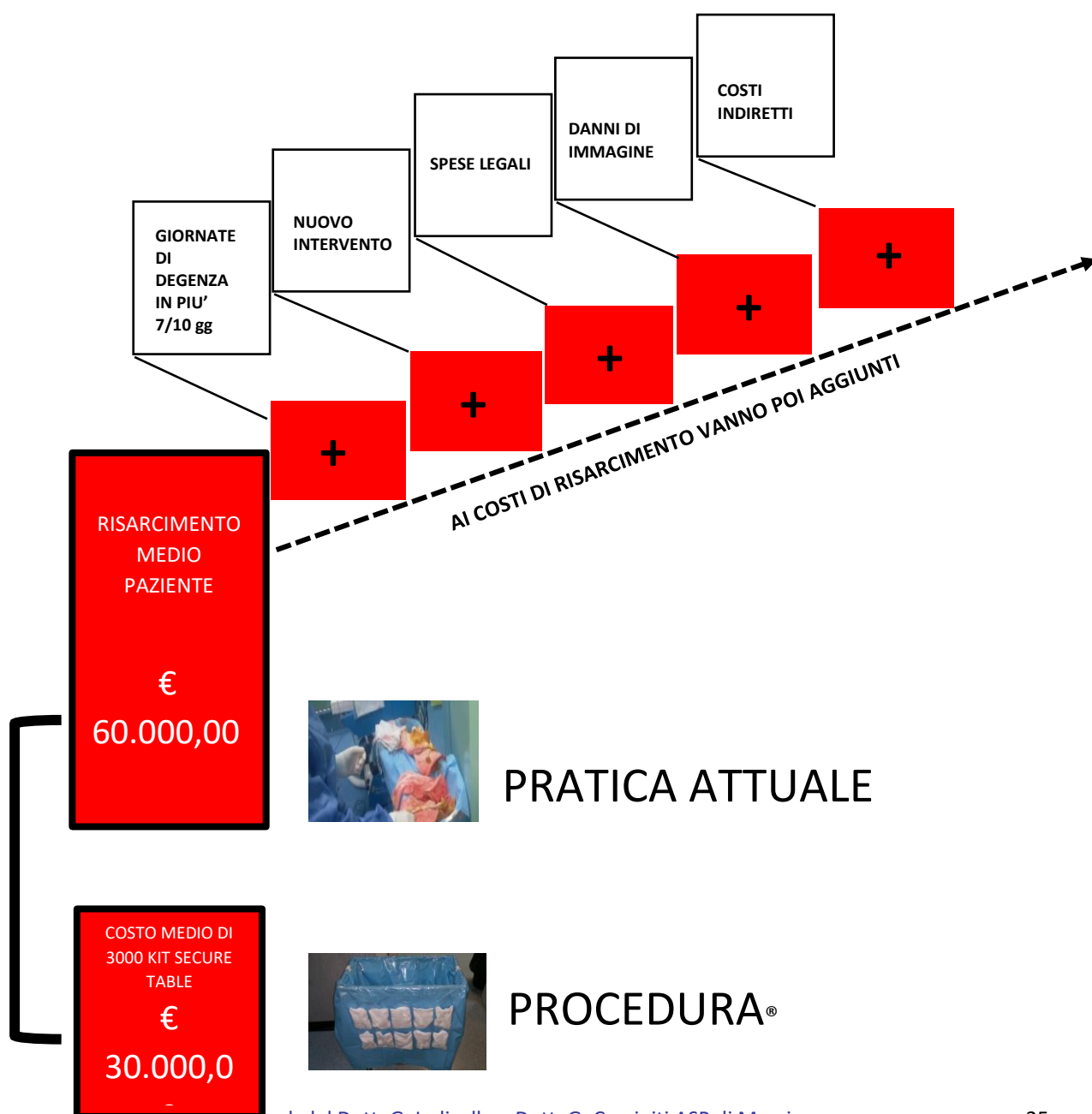


***Quante possibilità ha un contenitore per rifiuti speciali di uscire non contaminato nel suo involucro esterno se viene adoperato a ridosso del sito chirurgico?
Si potrà garantire la NON propagazione di agenti patogeni dentro e fuori dal luogo di lavoro?
La manipolazione ed il trasporto potranno essere svolte in sicurezza?***

Obiettivi economici

In merito alla ritenzione di garze e strumenti all'interno del sito chirurgico le statistiche dicono che ogni 1000/3000 interventi l'errore è costante. Falsando al ribasso le statistiche e calcolando 1 errore ogni 3000 interventi, se riuscissimo a rimuovere le cause dell'errore avremo una significativa riduzione di spesa.

Comparando il solo costo medio del risarcimento al paziente (€ 60.000) vittima di questo evento avverso, con il costo medio della PROCEDURA[®] su 3000 interventi (circa € 30.000), avremo una riduzione di spesa del 50%. Ma l'evento avverso incide sulla spesa sanitaria per molte altre voci che ne fanno lievitare i costi.





Riepilogo degli obiettivi

EQUIPE OPERATORIA



- OPERAZIONI DI CONTEGGIO FACILITATE- MINOR NUMERO DI MANIPOLAZIONI
- TUTTI GLI OPERATORI POSSONO VERIFICARE L'ESATTEZZA DEI CONTEGGI IN OGNI MOMENTO DELL'INTERVENTO SOTTO VISIONE
- POSSESSO DI UNA PROCEDURA STANDARD CHE SE RISPETTATA RILEVERA' CON PIU' PRECISIONE IL CONTEGGIO
- EVITA LA DELEGA AD ALTRO PERSONALE

AZIENDA SANITARIA



- FORNIRE DISPOSITIVI DI SICUREZZA ATTI A PROTEGGERE DALL'ESPOSIZIONE ACCIDENTALE
- LIMITARE AL MINIMO I LAVORATORI ESPOSTI A RISCHIO BIOLOGICO
- PERMETTERE IL TRASPORTO IN SICUREZZA
- EVITARE SPANDIMENTI DI MATERIALE POTENZIALMENTE INFETTO
- RIDURRE LE PROBABILITA' DI INFEZIONE DEL SITO CHIRURGICO
- RIDURRE LA SPESA SANITARIA
- MIGLIORARE LA QUALITA' DELLE PRESTAZIONI

SOSTENIBILITA' AMBIENTALE ED ECONOMICA



Differenza tra la PROCEDURA® e le altre procedure.

PROCEDURA®

1. *Permette di esercitare un controllo nel dettaglio dei dispositivi in ogni fase dell'intervento, semplicemente sotto visione*
2. *Esclude dalla pratica i conteggi iniziali, in quanto le garze arrivano già selezionate e alloggiare negli appositi scomparti*
3. *Permette a tutto il personale di accertare l'esattezza dei conteggi in modo semplice, verificando gli scomparti della conta garze*
4. *Si evita di coinvolgere altro personale nelle manipolazioni di potenziali infetti*
5. *Si evita di introdurre in sala il contenitore per rifiuti speciali*
6. *Permette al personale, in caso di cambio di equipe in corso di intervento chirurgico, di ricevere le consegne in maniera più rapida, più dettagliata e soprattutto esclude ogni rischio di ricevere in consegna conteggi errati*
7. *Evita la presenza di garze, tamponi e laparotomiche libere durante l'intervento chirurgico, scongiurando così ogni possibilità che qualche componente dell'equipe attinga a dispositivi fuori conteggio*

ALTRE PROCEDURE

Qualunque altro dispositivo in uso propone soluzioni parziali e principalmente:

1. *coinvolge fisicamente altro personale nei conteggi*
2. *non esclude la presenza del contenitore per rifiuti speciali a ridosso del campo sterile*
3. *non abbate la reale probabilità di rischio generato da errate selezioni dei dispositivi e conteggi iniziali*
4. *Non esclude la presenza di dispositivi liberi durante l'intervento chirurgico*
5. *in quanto non sterile, entrerà in sala operatoria vuoto e non potrà essere garantita l'esatta corrispondenza del numero di garze, anche se risultasse pieno in tutti gli scomparti a fine intervento*



1)Tabella Piano Operativo

Descrizione Attività Azioni	Responsabilità Struttura/attori
SCIENTIFICA	STAKEHOLDERS
LEGISLATIVA	MINISTERO – AGENAS BUONE PRATICHE- REGIONI- AZIENDA
CONTROLLO	MINISTERO, AGENAS BUONE PRATICHE, INAIL, REGIONE AZIENDA
MONITORAGGIO	MINISTERO, ISS AGENAS BUONE PRATICHE REGIONE AZIENDA, PROTEZIONE E PREVENZIONE
ATTUAZIONE	INFERMIERI CHIRURGHI AUSILIARI
COLLABORAZIONE	FORNITORI

2) Tabella Piano Operativo



ATTIVITA' DEL PROGETTO

TEMPI IN MESI

ATTIVITA' DI FORMAZIONE E SENSIBILIZZAZIONE

1 mese

AZIENDE DI FORNITURA

1 mese

(per adattare i kit alle esigenze di ogni singola struttura,
assegnando dei codici)

MONITORAGGIO

24 mesi



Conclusioni

*Questa proposta di Risk Management mira a ridurre le probabilità di accadimento di tutti gli eventi su esposti, che comportano danni o perdite a pazienti, al personale, alle Aziende sanitarie. Il PNRR getta le basi per una nuova sfida innovatrice anche e soprattutto in sanità. Il COVID 19 ha evidenziato che bisogna rivedere anche le buone procedure del passato per la sicurezza di tutti. Attraverso step successivi, avremo la possibilità di **identificare, analizzare, valutare, eliminare e monitorare** i rischi associati a questa attività o processo, in modo da rendere l'organizzazione capace di minimizzare le perdite e massimizzare le opportunità.*

*Il primo passo fondamentale di questo project è stato quello di **studiare in modo preventivo i rischi** (quali sono gli eventi potenzialmente dannosi, con quale frequenza si possono manifestare e quale impatto possono avere).*

La conoscenza del rischio ci ha permesso di preparare o di adottare azioni correttive e preventive migliorative, e comprende una previsione dei costi di gestione del rischio in termini di risorse economiche, di capacità e di mezzi.

*È necessario sottolineare, che **i costi di gestione del rischio proposti con questa procedura sono di gran lunga inferiori dei costi di eventuali danni causati dal concretizzarsi del rischio stesso**. Altri aspetti positivi nell'applicazione di "buona pratica", sarebbero rappresentati da una successiva riduzione della spesa nella stipula delle polizze assicurative il cui costo è concepito come un'uscita infruttifera dalle casse di ogni azienda. Con la pratica attuale potremmo correre il rischio che le compagnie assicurative esercitino anche il diritto di rivalsa sia sulle aziende sanitarie sia sul personale sanitario nei risarcimenti per colpa grave.*

*Per concludere vorremmo riproporre una linea guida che ispira giornalmente il nostro lavoro: **in ambiti così delicati, dai quali dipende la salute delle persone a costi elevati, la cura dei dettagli può fare una grossa differenza.***



Bibliografia

1. Il project management per l'assistenza sanitaria di Kathryn Berger, 17 dicembre 2015
2. Ministero della Salute. 5° Rapporto "Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella" (settembre 2005dicembre 2012). 2015.
3. Steelman V.M., Shaw C., Shine I., Hardy-Fairbanks A.J. Retained surgical sponges: a descriptive study of 319 occurrences and contributing factors from 2012 to 2017. Patient Safety in Surgery, Jun 2018, 29 (12:20).
4. Watson DS. Patient safety first. Never Event in Health Care. AORN Journal, Mar 2010; 91(3), 378-382.
5. Ministero della Salute
<http://www.ministerosalute.it/dettaglio/pdfocus.jsp?area=programmazionequalita & colore=3&id=305>
6. Ministero del lavoro [http://normattiva.it/uri-res/N2Ls? urn:nir:stato:decreto.legislativo:2008-04-09;81vig=Bani-Hani](http://normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:2008-04-09;81vig=Bani-Hani) KE.
7. Gharaibeh KA, Yaghan RJ. Retained surgical sponges (gossypiboma). Asian J Surg. 2005 Apr;28(2):109-15.
8. http://www.quotidianosanita.it/lavoro-eprofessionisti/articolo.php?articolo_id=23917 sentenza Cass.pen.Sez.IV, Sent., (ud.29-042014) 27-08-2014, n. 36229
9. Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM, et al., eds. Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. Evidence Report/Technology Assessment No. 43, AHRQ Publication No. 01-E058, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. July 2001
10. Gawande AA et al.. Risk factors for retained instruments and sponges after surgery. N Engl J Med. 2003 Jan 16;348(3):229-35.
11. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, The Source, Volume 3, Issue 10 2005.
12. Kaiser CW, Frideman S, Spurling KP, Slowick T, Kaiser HA. The retained surgical sponge. Ann Surg 1996;224:79-84.
13. Porteous J. Surgical counts can be risky business! Can Oper Room Nurs J. 2004 Dec;22(4):6-8, 10, 12.
14. AORN, Standards, Recommended Practices, and Guidelines; 2005; 307-311.
15. Tavolo per la sicurezza nello smaltimento dei materiali infetti in sala operatoria® (brevetto)

Sitografia

1. <https://www.nurse24.it/studenti/standard/evento-sentinella-protocollo-monitoraggio.html>
2. https://www.uptodate.com/contents/retained-surgical-sponge-gossypiboma-and-other-retained-surgical-items-prevention-and-management/print&ved=2ahUKEwilH-e1N_mAhXKsaQKHfzHBNoQFjABegQIAhAB&usq=AOvVawOWp4Tbyb_WWTl_uAHV6M5l
3. <https://www.hqinstitute.org/overview/patient-safety-first>
4. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa021721>
5. <https://healthfinder.gov/FindServices/Organizations/Organization.aspx?code=HR1458>
6. [https://www.researchgate.net/publication/8022778 Surgical counts can be risky business](https://www.researchgate.net/publication/8022778_Surgical_counts_can_be_risky_business)
7. <https://www.aorn.org/essentials>
8. <https://delpup.wordpress.com/2007/07/31/risk-management-cose/>