

Marco Geddes e Francesca Ciruolo



Si stima che almeno la metà delle complicanze chirurgiche siano evitabili: prevenirle significa introdurre cambiamenti di sistema, culturali e comportamentali. Lo strumento introdotto dall'OMS per affrontare il problema.

Gli interventi chirurgici sono ogni anno, nel mondo, circa 234 milioni (stima OMS).

Le loro complicanze sono una causa importante di morte (stimata fra lo 0,4 e lo 0,8%) e disabilità (dal 3 al 17%), ed i costi conseguenti per i sistemi sanitari sono elevatissimi. La Banca Mondiale nel 2002 ha stimato che sono dovuti alle complicanze dei trattamenti chirurgici ben 164 milioni di DALYs (Disability-Adjusted Life Years), cioè anni di vita perduti dovuti a morte prematura o vissuti in condizione di disabilità, rappresentando l'11 % dell'intero **carico di malattia** [1] , una misura dello scarto tra lo stato di salute osservato in una popolazione e lo stato di salute atteso, corrispondente a quello in cui tutta la popolazione raggiunge l'aspettativa di vita prevista per la stessa popolazione senza i più importanti problemi di salute.

Si stima che almeno la metà delle complicanze chirurgiche siano evitabili: prevenirle significa introdurre cambiamenti di sistema, culturali e comportamentali.

Dopo la pubblicazione nel 2008 di linee guida sulle pratiche chirurgiche raccomandate per la sicurezza dei pazienti, nell'ambito del programma dell'OMS **Safe Surgery Saves Lives**[2], è stata sperimentata una checklist di 19 items **applicabile in qualsiasi parte del mondo, con l'obiettivo di ridurre il tasso di mortalità e di complicanze chirurgiche.**

La **checklist** ([PDF: 50 Kb](#)) è composta di tre sezioni: prima dell'anestesia, al momento dell'incisione e prima dell'uscita del paziente dalla sala operatoria e riguarda, ad esempio, l'identificazione del paziente e del sito chirurgico, la verifica della presenza del consenso informato, eventuali allergie, rischi di pervietà delle vie aeree o sanguinamento del

paziente, il funzionamento del pulsossimetro, l'effettuazione della antibiotico profilassi, la revisione dei possibili eventi critici, il conteggio dello strumentario e dei presidi ecc.

La checklist è stata testata in situazioni culturali ed assistenziali diverse: otto ospedali localizzati in Giordania, India, Stati Uniti, Tanzania, Filippine, Canada, Regno Unito, Nuova Zelanda, per un totale di 3955 pazienti sottoposti ad intervento chirurgico. È stato effettuato, negli stessi ospedali, uno studio prospettico pre-intervento su 3733 pazienti operati, al fine di determinare il tasso *baseline* di mortalità operatoria e di complicanze ad un mese dall'intervento. I risultati mostrano che dopo la implementazione della checklist la mortalità è scesa in modo statisticamente significativo dal 1,5% allo 0,8% ed il tasso di complicazioni si è ridotto dall'11% al 7%, realizzando una diminuzione percentuale del 36%. I miglioramenti sono maggiormente a carico degli ospedali dei paesi in via di sviluppo, ma sono evidenti anche per quelli dei paesi più ricchi[3].

A fronte di una così autorevole dimostrazione di efficacia nella sua applicazione viene da domandarsi come mai non sia già correntemente utilizzata nelle sale operatorie di tutto il mondo.

In realtà il problema non è solo quello di avere a disposizione strumenti efficaci, ma quello di applicarli in modo diffuso e continuo; tale criticità appare in particolare rilevante quando lo strumento - ed una semplice checklist è in tal senso particolarmente significativa - implica la modifica di abitudini di lavoro sia individuali sia di gruppo.

Da qui parte la difficile strada dell'**implementazione** (un neologismo mutuato dal termine inglese *implementation*, che poi ha una radice latina, *implere*, utilizzato prevalentemente in informatica, ma non solo), ovvero del **trasferimento di un'idea dalla sua dimensione concettuale alla pratica quotidiana**.

Gli otto ospedali che hanno testato la checklist non si sono limitati a distribuirla ai propri operatori ed a raccomandarne l'utilizzo, ma hanno adottato una strategia che ha previsto una serie di strumenti per la sua implementazione: presentazioni, consegna di documenti, video, teleconferenze e visite dirette sul luogo da parte dei responsabili della ricerca. Si è trattato certamente di una situazione particolare, grazie al coinvolgimento in uno studio internazionale promosso dalla OMS. La motivazione dei centri coinvolti è stata sicuramente una leva importante per l'applicazione della checklist ed i risultati sono stati praticamente omogenei indipendentemente dallo stato socio-economico del paese partecipante. Tali elementi devono sollecitarci a riprodurre, nella implementazione di uno strumento così importante, l'impegno proprio di un test di validazione, la molteplicità degli strumenti utilizzati a tal fine, le periodiche verifiche

attivate.

E' per tale motivo che nel sito dell'OMS sono presenti alcuni validissimi *tools*[4], quali il **Manuale di implementazione della checklist** [PDF: 270Kb], la guida per la riproduzione e l'adattamento, una serie di checklist adattate a contesti locali, alcuni video, una raccolta di *FAQs*, un kit per cominciare ed un kit per chi avrà il compito di diffondere la checklist.

Uno studio pilota inglese[5] ha concentrato l'attenzione sul processo di implementazione della checklist della OMS rilevandone barriere ed ostacoli e concludendo che la checklist non è un prodotto finale ma uno strumento "intelligente" che subirà modifiche nel tempo, fermo restando l'impegno ed il sostegno internazionale alla sua diffusione.

Non mancano peraltro in letteratura alcuni commenti che mostrano scetticismo e resistenza di fronte all'utilizzo della checklist[6].

Allo stato attuale, dal sito della OMS, risulterebbero 1600 ospedali in tutto il mondo che utilizzano la checklist e molte altre strutture che sostengono l'iniziativa[7].

Nel nostro sistema sanitario non vi è la cultura dell'implementazione, un processo che comporta anche un investimento di risorse a tale fine: ci si limita spesso a un atto formale e in parte burocratico. Implementare uno standard, una linea guida, una buona pratica o una semplice checklist, e rendere questo processo parte integrante di percorsi già rigidamente strutturati implica una serie di strategie e di tecniche che non possono essere demandate solamente alla distribuzione di materiali e ad un passaggio di conoscenze e di pratiche di tipo "lineare", in particolare quando si tratta di strumenti applicabili universalmente. **Si parla infatti di una vera e propria "implementation science" il cui principale e difficile obiettivo è quello di modificare i comportamenti professionali in modo efficace ma anche sostenibile, tenendo conto dei contesti locali, degli ostacoli e delle barriere ambientali, organizzative, professionali ed individuali.**

Il gruppo collaborativo EPOC (*Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group*) [8] si occupa di elaborare revisioni di quelle che sono le possibili strategie di implementazione e della loro efficacia: oltre alla distribuzione di materiali ed alla elaborazione di reminders, molti sono gli strumenti a disposizione: convegni, seminari, lezioni, riunioni, workshops interattivi, consensus conferences, focus group, visite educazionali, stage, audit, interventi di opinion leaders o da parte di associazioni di pazienti, utili, quest'ultimi, per focalizzare il punto di vista dell'utente/paziente. Possono essere funzionali anche interventi di marketing sociale ed il coinvolgimento dei mass media. Si

tratta di strategie con un'efficacia variabile ed è importante che siano utilizzate in sinergia tra di loro.

Come nel caso di una possibile applicazione della checklist sulla prevenzione delle complicanze chirurgiche appare fondamentale il ruolo di una committenza forte: **se i dipartimenti chirurgici e le direzioni ospedaliere non esercitano uno stimolo forte verso l'implementazione dello strumento, difficilmente i singoli team di operatori lo applicheranno spontaneamente.** Il ruolo di facilitatori esperti[9] o dei risk manager, in genere persone esterne al team operatorio, è sicuramente importante, anche nel prevenire il fisiologico calo di interesse e motivazione che con il tempo si può creare.

Prerequisito per un'implementazione efficace è anche la discussione, la contestualizzazione, l'adattamento della checklist all'interno delle varie realtà sanitarie. A titolo di esempio il Centro Gestione Rischio Clinico della Regione Toscana[10] ha elaborato una versione della check list della OMS.

Come la maggioranza dei processi in sanità, l'approccio multidisciplinare è fondamentale ed ancora poco praticato in quanto è ancora forte la barriera culturale e comunicativa frapposta fra le varie professioni che operano in sanità.

Infine, solo attraverso una condivisione *bottom-up* dello strumento e della sua applicazione sarà possibile che questo entri nella pratica quotidiana come azione propria ed integrata nell'ambito della pratica professionale.

Nota. Francesca Ciruolo - Direzione sanitaria - Presidio Ospedaliero Firenze Centro

Risorse

WHO. Patient Safety. Tool & resources. **Manuale di implementazione della checklist** [[PDF: 270Kb](#)]

Bibliografia

1. WHO Health Promotion Glossary: new terms , in Health Promotion International, Vol. 21 N.4 (doi:10.1093/heapro/dal033).
2. WHO. [Safe Surgery Saves Lives. The Second Global Patient Safety Challenge](#)
3. Haynes AB et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. NEJM 2009,360;5: 491- 99.
4. WHO. [Patient Safety. Tool & resources.](#)

5. Vats A et al. Practical challenge of introducing WHO surgical checklist: UK pilot experience. *BMJ* 2010; 340:133-34.
 6. WHO checklist needs changing e Seductions of the WHO safe surgery checklist. *BMJ* 2010; 340:437.
 7. WHO. [Patient Safety. Surgical Safety Web Map](#)
 8. [Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group](#)
 9. Pino de Sario. *Il facilitatore dei gruppi*. Francoangeli, 2006
 10. Il Centro per la Gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza del Paziente della Regione Toscana ([GRC](#))
-
8. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group <http://epoc.cochrane.org/>
 9. Pino de Sario, *Il facilitatore dei gruppi*, Francoangeli, 2006
 10. Il Centro per la Gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza del Paziente della Regione Toscana (GRC) <http://www.salute.toscana.it/sst/grc/rischio-clinico.shtml>