

# Checklist in sala operatoria: ora è (quasi) obbligatoria

*Le verifiche semplici e banali che salvano la vita*

Sembrava un po' un' americanata la checklist in sala operatoria (in pratica, un controllo su personale e strumentazione di bordo, come quello che si fa in aereo prima del decollo, trasferito in ospedale), ma si è rivelata così convincente che adesso, anche in Italia, ha uno sponsor ufficiale: il Ministero della salute, che la propone con tanto di manuale di accompagnamento e tre video visibili sul suo sito. Video girati in veri ospedali e con veri operatori che mostrano l' uso di checklist in un caso semplice (asportazione di un' ernia) e in un caso complesso (metastasi al fegato), più un esempio di come «non» si deve fare questa verifica: con disattenzione, pressapochismo e, soprattutto, non credendoci. Ma utilizzare questo strumento di "sicurezza", cui per altro diversi ospedali ricorrono già da anni è diventato obbligatorio? «Di fatto sì, anche se non c' è una legge - risponde Alessandro Ghirardini, della Direzione Programmazione sanitaria del Ministero della salute - si tratta di una "forte indicazione" concordata e condivisa con Regioni, Province Autonome e Aziende sanitarie. Il nostro "modello" di checklist non è però inciso sulla pietra e lo si può modificare per renderlo più adatto alle realtà locali. Quanto alle cifre sull' utilizzo reale, non sappiamo ancora quanto sia diffuso e con quali risultati, ma ci stiamo lavorando e nel giro di pochi mesi contiamo di avere un quadro generale della situazione». La checklist italiana (divisa in tre fasi: controlli prima dell' anestesia, prima dell' incisione della cute, e prima dell' uscita del paziente dalla sala operatoria) è una traduzione di quella proposta dall' Oms, l' Organizzazione mondiale della sanità. Solo qualche piccola variante e una voce in più che riguarda la prevenzione del tromboembolismo venoso tramite la specifica profilassi. La checklist dell' Oms ha, d' altronde, mostrato il suo valore sul campo. Un' indagine condotta, tra il 2007 e il 2008, in otto ospedali, in giro per il mondo (Canada, Stati Uniti, Inghilterra, Nuova Zelanda, India, Giordania, Filippine e Tanzania), e quindi in Paesi con ospedali e problemi diversissimi tra di loro, ha dimostrato senza ombra di dubbio che serve. Dopo la sua introduzione di chirurgia si moriva meno: 8 decessi ogni 100 pazienti operati, mentre prima erano 15. E diminuivano vistosamente anche le complicanze: da 110 a 70 ogni mille interventi. La conferma, forse anche al di là delle aspettative, dell' idea di quello che poi è diventato il guru della checklist, Atul Gawande, docente alla Harvard Medical School, autore di infinite pubblicazioni sulla materia - ultimo successo il libro *The check list Manifesto* - animato da uno zelo che i commentatori hanno definito "missionario". Gawande, chiamato in aiuto dall' Oms per rendere più sicura la chirurgia nel mondo, dopo i successi ottenuti con una grandiosa campagna vaccinale contro la poliomielite in India, è stato il primo a pensare di «copiare» i controlli di bordo che si fanno sugli aerei e a capire che bisognava puntare sulla semplicità. E, infatti, la checklist contiene prescrizioni apparentemente banali, tipo: essere sicuri sull' identità e le patologie del paziente che si sta per operare; non sbagliare "lato" dell' intervento; fare la conta delle garze e degli strumenti chirurgici a operazione terminata, onde evitare la "pinza nella panza". Che, come nota Ghirardini, è la prima causa di rientro in sala operatoria, cioè di un nuovo intervento. «La semplicità vince, - conferma Paolo Cantaro, direttore generale della Asl di Caltanissetta, che ha coordinato con il Ministero la realizzazione dei tre video sulla checklist - direi che si tratta di un pensiero debole che si rivela forte». Che il "segreto" per evitare errori sia a portata di mano lo conferma anche una recentissima ricerca (sarà pubblicata sul *British Medical Journal*, il 20 febbraio) condotta nelle Unità di terapia intensiva del Michigan, dove, tre anni fa, si è deciso, per ridurre il numero di infezioni di adottare per la "gestione" dei cateteri centrali venosi (per intenderci, quelli che servono infondere farmaci e liquidi) la checklist elaborata dal prestigioso Johns Hopkins. Una lista che è poco definire "basica", solo cinque punti: quando si deve inserire un catetere venoso centrale bisogna prima lavarsi le mani; detergere la pelle del paziente con clorexidina; indossare maschera, cappellino, camice e guanti; mettere teli sterili sul paziente; evitare di inserire il catetere all' inguine, dove si registra il più alto tasso infezioni, e rimuoverlo appena possibile anche se potrebbe rendersi necessario reinserirlo in seguito. Ebbene, tanto è bastato per passare, in 18 mesi, da 3 infezioni per 1000 ore di uso di catetere (infezioni costose e potenzialmente letali) a zero. E dopo tre anni, cioè oggi, il dato è rimasto costante. Daniela Natali RIPRODUZIONE RISERVATA I video che spiegano che cosa fare \* \* \* Regione Toscana Si sperimenta una lista potenziata Da qualche mese in Toscana si sperimenta una checklist "allargata", divisa in sette fasi, che rispetto a quella ministeriale aumenta i controlli pre-operatori e aggiunge valutazioni da fare al ritorno in corsia. La sperimentazione è in corso al Careggi e al pediatrico Meyer di Firenze, in una clinica privata e negli ospedali delle Asl di Firenze,

Empoli, Prato e Pistoia. «L' adesione è molto alta - racconta Riccardo Tartaglia, direttore del Centro Gestione Rischio Clinico della Toscana che gestisce il progetto - ma è presto per avere i risultati sulla riduzione degli eventi avversi. Abbiamo però iniziato uno studio per il Ministero della Salute per il quale stiamo valutando oltre 10.000 cartelle cliniche di tutti gli ospedali toscani e del Niguarda di Milano, San Filippo Neri di Roma e Policlinico di Bari, per scovare gli errori. I dati saranno pronti l' anno prossimo».

\* \* \* Torino - Le Molinette Il promemoria c' è già da un anno All' ospedale Molinette di Torino una checklist di sala operatoria tradotta e adattata a partire da quella dell' Oms è arrivata già un anno fa. Oggi viene impiegata in quasi tutte le 50 sale attive e Marco Rapellino, direttore dell' Area Risk Management, spiega: «La sfida è stata far capire al personale che non si trattava dell' ennesima richiesta burocratica o di un modo per incastrarli, ma di una "lista della spesa" per ricordare tutto. Il bilancio è positivo: medici e infermieri hanno imparato a condividere le responsabilità e ormai bastano pochi minuti per fare la checklist, che vorremmo presto informatizzare. Il vero rischio? Rilassarsi e smettere di usarla quando, col tempo, si diventa "bravi". Non bisogna mai abbassare la guardia: le procedure operatorie sono complesse, le verifiche passo per passo possono sembrare banali, ma non lo sono affatto».

\* \* \* Roma - Bambino Gesù Più garanzie per i più piccoli All' ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma la checklist si usa dal 2005, quando l' ospedale ha ottenuto, l' accreditamento di Joint Commission International, ente americano che certifica la qualità delle strutture sanitarie. Per i bambini nel "protocollo" è prevista qualche attenzione in più: «Cerchiamo di ridurre al minimo il trauma del distacco dai familiari prima dell' intervento e perciò abbiamo "adattato" i protocolli per accompagnare i bimbi per quanto possibile» sottolinea il direttore sanitario Massimiliano Raponi -. Con la checklist abbiamo aumentato efficienza e sicurezza delle sale operatorie: i controlli permettono di ottimizzare i tempi e si sono azzerati, ad esempio, gli eventi avversi legati a un rinvio dell' intervento perché manca qualcosa in sala o non si è rispettato il digiuno». E. M.

## I passi da fare anche per il consenso in urgenza

*Le diversità Le norme per il consenso sono chiare, ma tutto è più confuso quando il tempo fa la differenza fra la vita e la morte I dubbi Anche col miglior questionario, esisterà sempre una zona grigia in cui è difficile capire se il paziente può decidere*

A Joseph Carrese, dell' Istituto di Bioetica dell' università Johns Hopkins di Baltimora, l' idea è venuta durante un convegno sull' etica clinica con i giovani medici dell' ateneo. È stato ascoltando le loro storie che ha pensato a una "checklist da pronto soccorso", un mini-questionario da sottoporre ai pazienti per capire quanto e se sono in grado di decidere della loro salute. Di norma il percorso è chiaro: si informa il malato delle possibilità di cura, si dà un proprio parere, si prende atto della libera volontà del paziente nella scelta dell' opzione terapeutica. Ma tutto è ben più confuso in emergenza, quando il tempo può fare la differenza fra la vita e la morte e il malato, se è cosciente, è in preda a paura e sofferenze: per capire se può dare un consenso davvero informato occorre uno strumento rapido e facile. Carrese l' ha ideato e si chiama Curves, acronimo in inglese delle parole-chiave del questionario. Appena pubblicato sulla rivista Chest, il questionario comprende solo sei domande: il paziente può scegliere fra diverse opzioni ed è in grado di comunicarlo? Comprende rischi, benefici e conseguenze delle diverse possibilità? Può argomentare la decisione? La decisione è in linea con le sue convinzioni? Se la risposta a queste prime quattro domande è no, o è poco chiara, si ritiene che il malato non abbia in quel momento, un' adeguata capacità decisionale; il medico deve allora fare a se stesso le ultime due domande: c' è una reale emergenza con pericolo di vita per il paziente?E' immediatamente disponibile un documento legale o un tutore del paziente che riferisca i suoi desideri? A questo punto ci sono gli elementi per decidere. Carrese ha raccontato due casi realmente accaduti: una donna di 84 anni con broncopneumopatia cronica, arrivata in pronto soccorso in condizioni disperate che voleva morire a

casa senza essere intubata; un 53enne obeso, rianimato dopo un episodio di apnea, che rifiutava l'intubazione necessaria per stabilizzargli il respiro. «Applicando il Curves la donna è stata lasciata andare; l'uomo è stato intubato», spiega Carrese. «La checklist statunitense è uno strumento che può aiutarci, assieme ad altri che già abbiamo per valutare la capacità decisionale dei pazienti - dice Francesco Schiraldi, presidente della Società Italiana di Medicina dell' Emergenza e Urgenza -. Anche in Italia si sono pensati questionari simili: uno lo ha messo a punto la Scuola Superiore Sant' Anna di Pisa ed è in sperimentazione in Toscana e in alcuni ospedali liguri». In Italia esistono molti Pronto soccorso all'avanguardia dove c'è personale formato per comunicare coi pazienti e sono disponibili moduli simili al Curves; altrove si conta sulla sensibilità di medici e infermieri. «In altri casi c'è ancora molto da migliorare - ammette Schiraldi -. Ma il vero problema è un altro: per quanto ben strutturato possa essere un questionario, esisterà sempre una zona grigia in cui è difficile essere certi che il paziente, in emergenza, abbia realmente compreso ciò che sta accadendo e le opzioni di cura. In questi casi, quando è il malato stesso che preferisce non scegliere, è il medico che continua a doversi assumere la responsabilità della decisione». Elena Meli

**Meli Elena**