

Andamento dello screening per carcinoma della mammella, del collo dell'utero e del colon-retto sulla base delle interviste condotte nell'ambito del Behavioral Risk Factor Surveillance System, anni 2014-2020.

IL COMMENTO DEI RISULTATI

Secondo Spencer e Pignone, dei Dipartimenti di Medicina interna e Medicina della salute della popolazione della Dell Medical School dell'Università del Texas, questi risultati sollevano alcune preoccupazioni sul fatto che gli effetti combinati della pandemia di covid-19 (ossia i rischi diretti associati all'incidenza e alla mortalità di covid-19 e i rischi indiretti associati al differimento delle cure per altre condizioni di malattia) potrebbero indurre un aumento della mortalità per tutte le cause e un peggioramento delle disparità di salute.

A differenza di quanto accaduto per lo screening per il carcinoma della mammella e del collo dell'utero, il ricorso allo screening per il carcinoma del colon-retto non è diminuito in modo significativo, poiché la riduzione dell'impiego della colonscopia è stata controbilanciata da un maggiore ricorso al test per la ricerca del sangue occulto eseguito a domicilio. L'aumento del ricorso a questo test è stato maggiore nelle persone con livelli di istruzione inferiore, suggerendo ai commentatori dell'indagine condotta da Fedewa e colleghi l'ipotesi che gli sforzi compiuti per aumentare la diffusione di questo test stanno raggiungendo l'obiettivo di coinvolgere i soggetti a più alto rischio di non essere sottoposti a screening, fattore questo che potrebbe ridurre le disuguaglianze future.

Letizia Orzella

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Farmaci e Dispositivi, Regione Lazio

Checklist per la sicurezza in sala operatoria: una revisione degli studi disponibili lascia aperti molti interrogativi

Armstrong BA, Dutescu IA, Lemoy L
Effect of the surgical safety checklist on provider and patient outcomes: a systematic review
BMJ Qual Saf 2022; 31: 463-478

Prevenire possibili errori e assicurare adeguati livelli di qualità e sicurezza in chirurgia sono alcuni degli obiettivi che hanno contribuito negli ultimi decenni alla formulazione di checklist via via più perfezionate. L'uso della Checklist per la sicurezza in sala operatoria è stato attivamente promosso anche in Italia, dove nel 2010 il Ministero della Salute ha pubblicato e diffuso uno strumento derivato da quello proposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), adattato al contesto del nostro paese. Successivamente, l'applicazione e l'uso di questa checklist sono stati regolarmente monitorati con l'obiettivo principale di ridurre al minimo le complicanze e la mortalità post-operatorie.

CARATTERISTICHE DELLA CHECKLIST ITALIANA

La checklist in uso in Italia si compone abitualmente di 3 fasi per complessivi 20 item, con i controlli da effettuare nel corso dell'intervento chirurgico e le relative caselle da contrassegnare dopo l'avvenuto controllo. La prima fase, denominata *Sign in*, viene effettuata prima dell'induzione dell'anestesia, mentre la seconda, definita *Time out*, è un breve momento di "pausa chirurgica", che si svolge dopo l'induzione dell'anestesia e prima dell'incisione cutanea. Entrambe le fasi richiedono ovviamente il coinvolgimento di tutti i componenti dell'équipe. L'obiettivo della terza fase, il *Sign out*, è quello di facilitare l'appropriato trasferimento delle informazioni al personale responsabile dell'assistenza al paziente dopo l'intervento. Il *Sign out* dovrebbe essere effettuato prima che il paziente abbandoni il reparto operatorio, può anche coincidere con la chiusura della ferita chirurgica e comunque dovrebbe essere completato prima che il chirurgo abbia lasciato la sala.

L'articolazione in tre fasi serve essenzialmente a creare l'opportunità di discutere gli aspetti critici del caso, chiarire i ruoli di ciascun componente il team ed anticipare eventuali rischi o problemi di varia natura.

Per migliorare l'implementazione della checklist è consigliabile la designazione di un coordinatore tra i membri dell'équipe operatoria, il quale sarà responsabile della verifica dei controlli da parte dei rispettivi componenti della squadra e, soltanto dopo aver accertato l'avvenuto controllo, si farà carico di contrassegnare la casella del relativo item. È previsto che la maggioranza dei controlli venga effettuata verbalmente. La checklist compilata può essere inserita nella documentazione clinica del paziente o archiviata per la valutazione della qualità degli interventi.

PUNTI DI FORZA E CRITICITÀ DELLE CHECKLIST PER LA SALA OPERATORIA

Se i primi studi commissionati dall'OMS indicavano un ruolo positivo di questa procedura nel prevenire gli eventi avversi e ridurre la mortalità postoperatoria, altre indagini condotte successivamente non hanno confermato il medesimo trend, ponendo in sostanza un interrogativo: se uno strumento apparentemente standardizzato produce risultati contrastanti, il problema potrebbe dipendere non dallo strumento in sé ma dal come questo viene utilizzato.

Alla domanda ha tentato di rispondere un gruppo di ricercatori canadesi attraverso una attenta revisione di tutti gli studi pubblicati sull'argomento. Nell'analisi finale, dopo una selezione molto severa della letteratura, sono stati inclusi 300 studi per un totale di oltre 7 milioni di interventi eseguiti in 416 ospedali distribuiti in 78 paesi diversi. Partendo dalla premessa che appena un terzo degli studi revisionati è stato giudicato di alta qualità, solo il 38% indicava in modo adeguato le modalità con cui la checklist veniva completata, il 32% riportava le ricadute della metodologia sulle capacità di comunicazione e comprensione del caso clinico da parte dei componenti l'équipe, mentre appena il 19% segnalava gli effetti sulle complicanze e il 15% la mortalità post-operatoria. Con questi limiti evidenti, gli autori hanno potuto dunque individua-

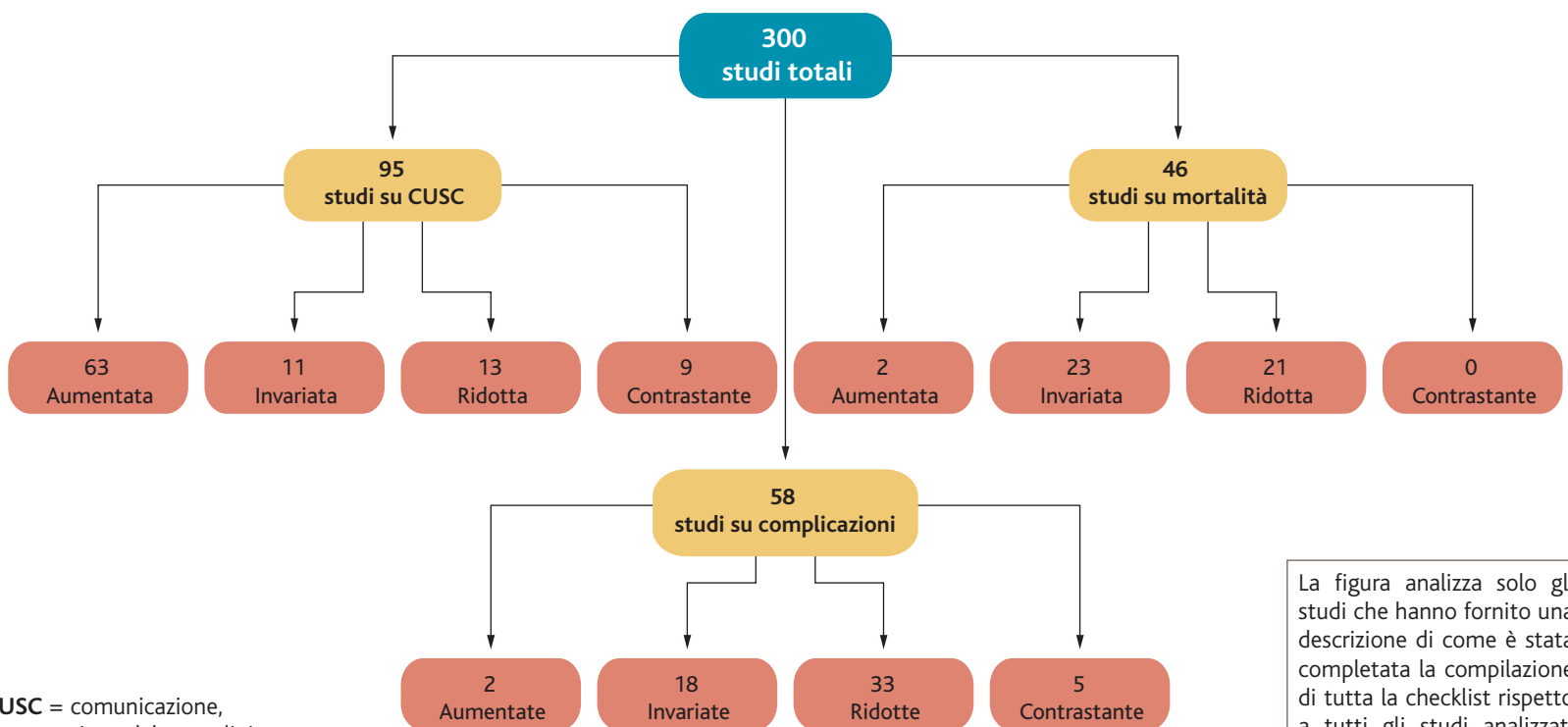
re un impatto positivo della checklist solo sul livello di comunicazione e coinvolgimento del personale, mentre le complicanze e la mortalità risultavano assai meno chiaramente influenzate dalla procedura.

CONCLUSIONI

In definitiva, malgrado la numerosità degli studi effettuati, i dati disponibili appaiono largamente insufficienti per trarre delle conclusioni univoche sulla reale efficacia delle procedure in uso, anche se appare plausibile che l'utilizzo della checklist sia un ottimo strumento per favorire la partecipazione e la condivisione di informazioni all'interno del team impegnato nell'intervento, chiarendo ad esempio dubbi che potrebbero altrimenti favorire gravi errori. Resta il fatto che la ricerca futura dovrà dedicare maggiore attenzione alle modalità con cui la checklist viene effettuata, tenendo presente che solo l'individuazione dei fattori che condizionano la qualità della performance rappresenta la strada maestra per ottenere informazioni attendibili e garantirne una implementazione efficace.

Giancarlo Bausano

EFFETTO DELLE CHECKLIST SUGLI OUTCOME CHE RIGUARDANO L'ÉQUIPE CHIRURGICA (CUSC) E SU QUELLI CHE COINVOLGONO I PAZIENTI (MORTALITÀ E COMPLICAZIONI)



CUSC = comunicazione, comprensione del caso clinico, cultura della sicurezza

La figura analizza solo gli studi che hanno fornito una descrizione di come è stata completata la compilazione di tutta la checklist rispetto a tutti gli studi analizzati nella revisione sistematica.