

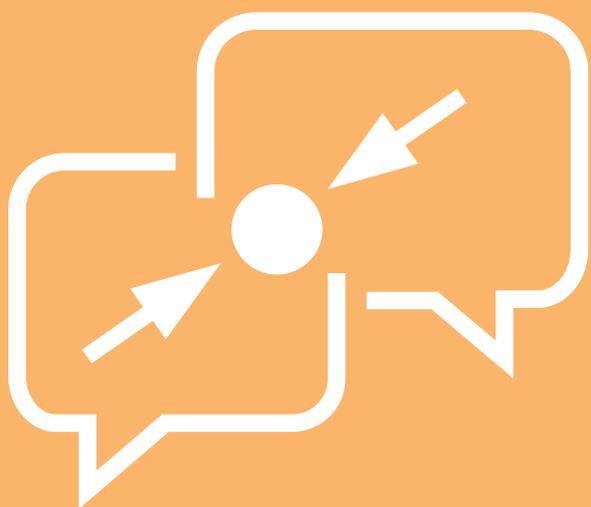
Pubblicazione

Sicurezza dei pazienti Svizzera

N° 5+

Supplemento e proseguimento
della pubblicazione n° 5

COM-Check – chirurgia sicura



Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera
Anita Imhof
Dott.ssa Annemarie Fridrich
Prof. dott. David Schwappach

Indice

| | | |
|----------|-----------------------|----------|
| 1 | Ringraziamenti | 4 |
| 2 | Prefazione | 5 |
| 3 | Introduzione | 6 |

PARTE A

| | | |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 4 | Complementi alla pubblicazione 5: design delle checklist e direttive per lo svolgimento | 10 |
| 4.1 | Due tipi di checklist: read-do e do-confirm | 11 |
| 4.2 | Due tipi di item: check e prompt | 11 |
| 4.3 | Adeguamento della checklist al contesto locale o nel quadro di un processo di miglioramento continuo | 12 |
| 4.4 | Possibilità di adeguamento positive | 13 |
| 4.5 | Una o più checklist? | 14 |
| 4.6 | Standard minimo per interventi di breve durata, d'urgenza e speciali | 14 |
| 4.7 | Direttive per lo svolgimento | 15 |
| 4.8 | Direttive per la marcatura | 17 |

PARTE B

| | | |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 5 | Più sicurezza grazie all'autovalutazione e al riscontro | 20 |
| 5.1 | Costituire un team interprofessionale di progetto e di osservazione | 21 |
| 5.2 | Stabilire gli obiettivi individuali del monitoraggio e le cifre chiave generali | 21 |
| 5.3 | Organizzare la comunicazione interna | 22 |
| 5.4 | Adeguare alla checklist chirurgica gli strumenti per il rilevamento della compliance | 22 |
| 5.4.1 | Definizione della compliance | 22 |
| 5.4.2 | Frequenza della compliance | 23 |
| 5.4.3 | Completezza e qualità della compliance | 24 |
| 5.5 | Riscontro collegiale e mirato all'apprendimento | 28 |
| 5.5.1 | Atteggiamento e atmosfera | 29 |
| 5.5.2 | Riscontro secondo la tecnica dei tre passi | 29 |
| 5.5.3 | Riscontri complessi | 30 |
| 5.5.4 | Monitoraggio del riscontro | 31 |
| 5.6 | Preparare gli strumenti per il rilevamento dei dati | 31 |
| 5.7 | Esercitare l'osservazione e la formulazione del riscontro | 32 |
| 5.8 | Implementare i miglioramenti e pianificare i rilevamenti successivi | 33 |

| | | |
|----------|---------------------|-----------|
| 6 | Bibliografia | 36 |
|----------|---------------------|-----------|

| | | |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Allegato I: | item di controllo e di esortazione della checklist chirurgia sicura | 38 |
| Allegato II: | modello strumento per il rilevamento della frequenza | 40 |
| Allegato III: | modello strumento di osservazione per il rilevamento della completezza e della qualità | 41 |
| Allegato IV: | pocketcard osservazione e riscontro | 45 |

1 | Ringraziamenti

Numerosi specialisti ed esperti hanno fornito un sostegno prezioso alla realizzazione del programma pilota nazionale «progress! COM-Check – chirurgia sicura», il quinto della serie. I responsabili di progetto degli ospedali pilota del primo programma nazionale «progress! Chirurgia sicura», in particolare, hanno raccontato in ampie interviste le loro esperienze con l'utilizzo della checklist chirurgica nei loro istituti e l'attuazione di misure volte ad aumentare la compliance, e sono sempre rimasti a disposizione in caso di domande.

I nostri ringraziamenti vanno anche ai team di progetto e di osservazione interprofessionali degli ospedali pilota del programma nazionale «progress! COM-Check – chirurgia sicura», i quali hanno implementato e testato il concetto di monitoraggio descritto nel capitolo 5 e volto a rilevare e a incrementare la compliance nell'impiego della checklist. Nonostante l'interruzione del programma a causa dei provvedimenti antipandemici, tra cui le limitazioni dell'attività chirurgica e i divieti di visita e di assembramento durante la prima e la seconda ondata di coronavirus, l'enorme impegno profuso ha consentito loro di soddisfare, quando non addirittura di superare, i requisiti. In rappresentanza dell'organico di questi team, menzioniamo qui i responsabili di progetto: Roosevelt Abilorme (Hôpital ophtalmique Jules-Gonin, HOJG), dott. med. Mirko Brenni (See-Spital Horgen Kilchberg), Adriana Degiorgi (Ospedale Regionale di Lugano, Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli), Daniela Franco (Clinica Ars Medica), Anne-Catherine Germain (Spital Davos), dott. med. Werner Girgsdies (Medizinisches Zentrum Brugg AG), dott.ssa med. Eva-Maria Jordi Ritz (Universitäts-Kinderspital beider Basel, UKBB), dott.ssa med. Mireille Neumann (Spital Zofingen), dott. Marwan Obeid (Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais), Michela Pfyffer von Altishofen (Clinica Sant'Anna), Bekim Qerimi (AndreasKlinik Cham Zug), Nadine Schneider (Privatklinik Bethanien), PD dott. med. Sven Staender (Spital Männedorf).

Un sentito grazie pure alle associazioni professionali e alle organizzazioni che hanno sostenuto il programma a livello concettuale: l'Associazione svizzera dei medici con attività chirurgica ed invasiva (fmCh), la Federazione dei medici svizzeri (FMH), l'Associazione professionale svizzera dei tecnici di sala operatoria diplomati SSS (APS TSO), l'Associazione per il personale dirigente di sala operatoria (LOPS), la Federazione svizzera infermiere e infermieri anestesisti (FSIA), H+ Gli Ospedali Svizzeri.

La nostra gratitudine va infine ai membri del gruppo di pilotaggio progress!, che hanno seguito gli sviluppi del programma e hanno contribuito ai rapporti semestrali.

**Prof. dott. David Schwappach, MPH,
Direttore Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera**

**Anita Imhof MSc,
responsabile programma**

**Dott.ssa Annemarie Fridrich,
collaboratrice scientifica**

2 | Prefazione

Il programma pilota nazionale «progress! COM-Check – chirurgia sicura» è il quinto della serie dopo 1) Chirurgia sicura, 2) Farmacoterapia sicura nei punti di interfaccia, 3) Sicurezza nel cateterismo vescicale e 4) Farmacoterapia sicura nelle case di cura. Rispetto a quelli precedenti, non è incentrato sull'introduzione di nuove misure basate sull'evidenza, bensì sulla creazione di competenze interne in materia di osservazione, valutazione e riscontro. La capacità di fornire riscontro, in particolare, è un elemento essenziale della cultura della sicurezza. Il programma mirava a trovare una tecnica di riscontro adeguata, facilmente applicabile, efficace, attuabile in una quotidianità scandita da ritmi serrati come quella operatoria e che stimolasse la riflessione e l'apprendimento in seno alle équipe chirurgiche e tra i singoli membri. Dallo sviluppo di questa competenza interna nascono i cosiddetti vettori culturali, parte integrante dell'organizzazione.

La presente pubblicazione descrive un concetto di monitoraggio per il rilevamento e l'incremento della compliance con la checklist chirurgica. Esso poggia sulle basi del primo programma pilota nazionale, della checklist chirurgia sicura e della pubblicazione 5 «Operazione Chirurgia sicura» (1). Si tratta insomma di un complemento alla documentazione esistente, da qui la cifra 5+. Chi desidera implementare la checklist chirurgica nel proprio istituto dovrebbe leggere sia la pubblicazione 5 sia la prima parte della pubblicazione 5+. Agli ospedali che già lavorano con la checklist chirurgica e intendono migliorarne l'utilizzo raccomandiamo invece di leggere la pubblicazione 5+ e di ricorrere alla 5 quale opera di consultazione.

Il programma pilota nazionale «progress! COM-Check – chirurgia sicura» è stato finanziato dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), dall'Associazione svizzera dei medici con attività chirurgica ed invasiva (fmCh) e dalla Fondazione Hanela.

Le associazioni e organizzazioni seguenti hanno sostenuto il programma a livello concettuale:

- Associazione svizzera dei medici con attività chirurgica ed invasiva (fmCh)
- Federazione dei medici svizzeri (FMH)
- Associazione professionale svizzera dei tecnici di sala operatoria diplomati SSS (APS TSO)
- Associazione per il personale dirigente di sala operatoria (LOPS)
- Federazione svizzera infermiere e infermieri anestesisti (FSIA)
- H+ Gli Ospedali Svizzeri



Schweizerische Interessengemeinschaft für Anästhesiepflege
Fédération suisse des infirmières et infirmiers anesthésistes
Federazione svizzera infermiere e infermieri anestesisti



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

3 | Introduzione

Sono passati dieci anni dall'implementazione della checklist chirurgia sicura e dall'uscita della pubblicazione 5 «Operazione Chirurgia sicura» (1) da parte di Sicurezza dei pazienti Svizzera. Dieci anni nei quali la checklist chirurgica è diventata lo standard nel settore stazionario. Studi in Svizzera e nel mondo dimostrano tuttavia che essa non viene sempre utilizzata in modo sistematico e con la dovuta qualità (2–8). Per questo motivo, Sicurezza dei pazienti Svizzera ha lanciato e svolto il programma pilota nazionale «progress! COM-Check – chirurgia sicura», il quinto della serie. COM-Check sta per verifica della compliance, ossia dell'adesione sistematica e corretta alla checklist chirurgica. Una compliance elevata significa che la checklist chirurgica viene utilizzata in modo sistematico e corretto dall'intera équipe chirurgica interprofessionale.

Esperienze dalla prassi e con il programma pilota nazionale «progress! COM-Check – chirurgia sicura» hanno consentito di acquisire nuove conoscenze sulla checklist, sulla sua funzione, su singoli item, sull'adeguamento a contesti locali, sull'idoneità per interventi di breve durata, d'urgenza e speciali, sulle direttive di marcatura e svolgimento, e sull'intero processo. Il capitolo 4 descrive queste conoscenze, da intendersi quale complemento a quanto riportato nella pubblicazione 5 (1).

Una checklist ben concepita raggiunge il massimo della sua efficacia solo se viene utilizzata in modo sistematico e corretto, quindi per ogni intervento e con un elevato livello di qualità, dall'intera équipe chirurgica. Dalla prassi emerge tuttavia che ciò non è sempre il caso. Esiste insomma potenziale di ottimizzazione in materia di compliance. Nel quadro del programma pilota nazionale «progress! COM-Check – chirurgia sicura» è stato quindi sviluppato un concetto di monitoraggio volto a rilevare e a incrementare a lungo termine la compliance con la checklist chirurgica. La presente pubblicazione descrive questo concetto di monitoraggio, testato in dodici istituti pilota (quindici sedi). Vengono illustrate le singole fasi dell'introduzione, esemplificate con dati dal programma e dichiarazioni di partecipanti degli ospedali pilota.

Il motto del programma COM-Check «Un'équipe – un obiettivo» sottolinea l'importanza dei processi di comunicazione e in seno alle équipes. Per un impiego efficace della checklist serve l'impegno di ogni singolo membro e, parimenti, il rilevamento e l'incremento della compliance sono responsabilità di tutte le professioni coinvolte. Il cuore del programma COM-Check è quindi il team di progetto e di osservazione interprofessionale, composto di medici degli ambiti della chirurgia e dell'anestesia, nonché di specialisti delle infermiere/a chirurgia e anestesista.

Il monitoraggio che rileva la compliance con la checklist chirurgica e al contempo la incrementa mediante l'osservazione e il riscontro è inteso come una misura nel quadro del processo di miglioramento continuo da ripetersi a intervalli regolari. Sulla base di dati analizzati di un periodo di misurazione vengono tratte e attuate misure di ottimizzazione. L'obiettivo è un utilizzo di elevata qualità della checklist chirurgica 24 ore su 24, per interventi ambulatoriali e stazionari, elettivi e d'urgenza.

Fonti di dati

La presente pubblicazione riprende dati e analisi del quinto programma pilota nazionale «progress! COM-Check – chirurgia sicura». Le fonti sono le seguenti.

PROGRAMMA COM-CHECK: CONFRONTO CHECKLIST 2020

All'inizio del programma COM-Check, 24 checklist di 18 istituti sono state analizzate a livello di forma e contenuto, e confrontate con i modelli dell'Organizzazione mondiale della sanità e della Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera. I risultati dettagliati sono stati pubblicati a inizio 2021 sul «Journal of Patient Safety» (13).

RILEVAMENTO DATI 2021 PROGRAMMA COM-CHECK: RILEVAMENTO DELLA FREQUENZA*

Nel quadro del programma COM-Check, 12 aziende (15 sedi) hanno rilevato la frequenza dell'utilizzo della checklist. In totale, si disponeva di dati validi di 8622 interventi.

RILEVAMENTO DATI 2021 PROGRAMMA COM-CHECK: OSSERVAZIONE E RISCONTRO*

Nel quadro del programma COM-Check, in 11 istituti (14 sedi) team interprofessionali interni hanno condotto osservazioni sulla compliance nell'utilizzo della checklist. In totale, si disponeva di dati validi di 715 osservazioni. Sulla base delle osservazioni, in 565 casi sono stati forniti riscontri sulla compliance e registrati dati al riguardo.

VALUTAZIONE PROGRAMMA COM-CHECK 2021

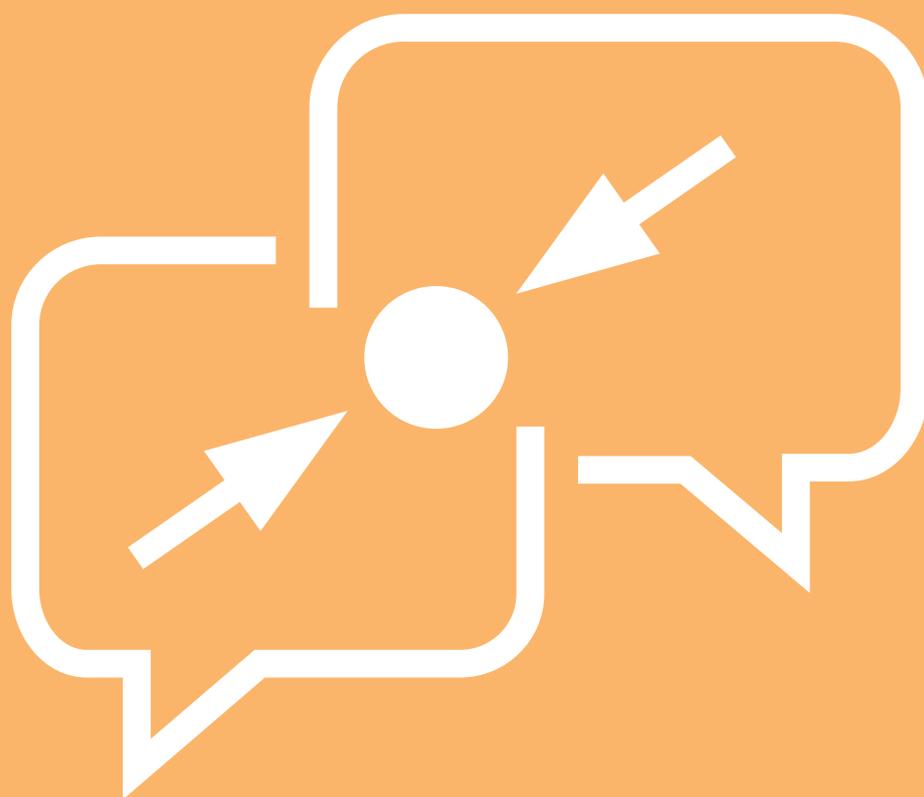
Nel mese di agosto 2021, tutti i partecipanti (n = 71) hanno avuto la possibilità di valutare il programma tramite un questionario on-line. Al sondaggio hanno risposto 27 persone, pari a un tasso del 38%.

* Il programma COM-Check prevedeva il rilevamento di tre aspetti della compliance (v. punto 5.4): la frequenza dell'utilizzo della checklist (rilevamento della frequenza), il passaggio in rassegna di tutti gli item e la qualità dello svolgimento (osservazione). Una parte dei dati è stata presentata sotto forma di manifesto in occasione dell'International Forum on Quality and Safety in Healthcare Europe nel mese di giugno 2021. Al momento di andare in stampa, la possibilità di una pubblicazione dei dati in una rivista scientifica era ancora al vaglio.



PARTE A

COM-Check – chirurgia sicura



4 | Complementi alla pubblicazione 5: design delle checklist e direttive per lo svolgimento

Dallo svolgimento del programma pilota nazionale «progress! Chirurgia sicura» e l'introduzione della checklist chirurgica in Svizzera, sono state acquisite preziose esperienze nella prassi. Il successivo programma «progress! COM-Check – chirurgia sicura» ha fornito dal canto suo ulteriori conoscenze sul design delle checklist e sulle direttive per lo svolgimento, nozioni riepilogate nel presente capitolo, il quale funge da complemento alla pubblicazione 5 (1).

Nella prassi, è emersa una notevole varianza a livello di complessità delle checklist chirurgiche utilizzate. L'elevato grado di dettaglio di alcune checklist potrebbe essere riconducibile a una comprensione errata della funzione di questo strumento. Il punto 4.1 mira dunque a fare chiarezza a tale proposito.

Sussistono inoltre tutt'ora dubbi sulla differenza tra «process check» e «conversation prompt». Considerata l'importanza di questa distinzione nell'ottica dell'adeguamento della checklist al contesto locale, al punto 4.2 si trovano definizioni ed esempi per una maggiore chiarezza.

L'adeguamento della checklist alle circostanze locali di un istituto o nel quadro di un processo di miglioramento continuo viene sovente effettuato in modo intuitivo e situazionale, invece che sistematico. Ciò cela il rischio di ridurre o eliminare importanti aspetti contenutistici e processuali – i cosiddetti elementi chiave – oppure di aumentare la complessità della checklist, con conseguente calo della facilità di utilizzo e, quindi, dell'efficacia. Il punto 4.3 fornisce indicazioni da considerare al momento di adeguare la checklist.

La checklist pubblicata nel 2012 da Sicurezza dei pazienti Svizzera è stata rivista sulla scorta delle esperienze acquisite con il programma COM-Check e dello scambio con specialisti. Il punto 4.4 presenta varie possibilità di adeguamento.

In seno a un istituto vengono spesso utilizzate più checklist. In genere, sarebbe preferibile ricorrere a un modello generico impiegabile in tutte le circostanze. Il punto 4.5 indica in quali casi può essere invece utile avvalersi di altre checklist.

La checklist chirurgica non viene ancora utilizzata in modo sistematico soprattutto per gli interventi di breve durata, d'urgenza e speciali, situazioni in cui tuttavia può contribuire a prevenire gravi danni per i pazienti. Sicurezza dei pazienti Svizzera raccomanda quindi di ricorrere per lo meno a una versione breve della checklist e al punto 4.6 presenta un set minimo di item standard che dovrebbe essere contenuto in ogni checklist.

Una checklist raggiunge il massimo grado di efficacia solo se a tutte le persone coinvolte è chiaro come e quando utilizzarla, e chi deve farlo. Ogni istituto dovrebbe quindi formulare direttive vincolanti in materia. Il punto 4.7 evidenzia gli aspetti che devono imperativamente essere disciplinati in tali direttive.

La marcatura del sito chirurgico e la relativa verifica sono essenziali per evitare scambi di lato o di intervento. Anche se per determinati interventi la marcatura è difficile, Sicurezza dei pazienti Svizzera raccomanda di farlo sistematicamente e, al punto 4.8, presenta esempi di procedure già in atto in alcuni ospedali (p.es. nel campo della chirurgia oculistica).

4.1 | Due tipi di checklist: read-do e do-confirm

Le esperienze nel quadro del programma COM-Check hanno dimostrato che le checklist di alcuni istituti sono molto lunghe e dettagliate. Lunghezza non è sinonimo di sicurezza, anzi, la checklist in questione rischia di essere utilizzata meno frequentemente e peggio (9). Dopo sessanta-novanta secondi, di regola subentra una distrazione, le persone prendono scorciatoie, tralasciano item importanti o il processo viene disturbato dall'esterno (9, 10). Una checklist non dovrebbe dunque contenere più di cinque-nove item. L'elevato grado di dettaglio di alcune checklist potrebbe essere riconducibile a una comprensione errata della funzione di questo strumento. La checklist chirurgica non è un'istruzione per l'uso (read-do) (10) che guida passo dopo passo. Al momento di svilupparla, si è partiti dal presupposto che ogni gruppo professionale coinvolto conosca i suoi compiti e li svolga già in modo professionale (11). La checklist chirurgica è una procedura di backup (do-confirm) che, alla fine di ogni fase di un processo, permette all'équipe di verificare di non aver dimenticato alcuno dei punti più importanti e potenzialmente più rischiosi. Tutti i presenti dovrebbero avere lo stesso modello mentale dell'intervento in programma e poter reagire rapidamente in caso di divergenza (9, 10, 12).

Programma COM-Check: confronto checklist 2020 (13)

Le checklist degli istituti partecipanti si distinguono notevolmente da quelle della Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera e dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) in quanto a numero e contenuto degli item. Se la checklist chirurgia sicura (Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera) e la Surgical Safety Checklist (OMS) hanno trenta, rispettivamente ventidue item, quelle degli ospedali variano dai quindici ai 76.

Maggiori informazioni sulla fonte di dati a pag. 7

4.2 | Due tipi di item: check e prompt

Un'importante funzione della checklist chirurgica è il miglioramento e la strutturazione dello scambio di informazioni in seno all'équipe chirurgica. I singoli item dovrebbero indurre i membri a discutere e a verificare (11) passi facilmente dimenticati, ma che incidono pesantemente sull'esito dell'intervento. È possibile distinguere due tipi di item: gli item di controllo (*process checks*) e gli item di esortazione (*conversation prompts*).

Secondo il Implementation Guide (11), i primi permettono di scambiare, controllare attivamente e confermare verbalmente importanti informazioni in seno all'équipe. I controlli vengono svolti da almeno due persone ed esigono un confronto con almeno un'altra fonte di informazioni. Una dichiarazione del paziente può per esempio essere confrontata con la documentazione. Spetta alle direttive interne stabilire chi debba occuparsi di verificare l'item in questione e come effettuare il controllo (confronto verbale o visivo; con il paziente o la documentazione ecc.). L'obiettivo è verificare sistematicamente tutti i passi essenziali e critici per la sicurezza dei pazienti. In caso di divergenza, il processo va arrestato e ripreso solo a chiarimento totale avvenuto. Il controllo dell'identità al momento del sign in, il controllo del sito chirurgico/della marcatura al momento del team time out e il controllo del conteggio al momento del sign out rientrano indubbiamente in questo tipo di item (v. allegato I).

Gli item di esortazione invitano invece l'équipe chirurgica a discutere aspetti critici dell'intervento previsto e rischi specifici, a esprimere eventuali preoccupazioni e a porre domande. L'obiettivo è fare in modo che tutti i membri abbiano lo stesso modello mentale dell'operazione e siano quindi in grado di reagire immediatamente alle divergenze. Lo scambio di informazioni determinato dagli item di esortazione ha un effetto enorme sulla collaborazione in seno all'équipe (1, 11). Questi item non vanno dunque in alcun caso rimossi dalla checklist. Lo scambio di informazioni su «Difficoltà delle vie aeree/rischio di aspirazione aumentato» al momento del sign in, lo scambio di informazioni su fasi operatorie critiche o inusuali al momento del team time out e lo scambio di informazioni sugli aspetti principali per l'assistenza postoperatoria al momento del sign out rientrano indubbiamente in questo tipo di item (v. allegato I).

**Programma COM-Check:
confronto checklist 2020 (13)**

Se le checklist della Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera e dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) comprendono ventuno, rispettivamente dodici item di controllo, quelle degli istituti pilota presentano una mediana di 15,5 item (dai tre ai venticinque). Se le checklist della Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera e dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) comprendono nove, rispettivamente dieci item di esortazione, quelle degli istituti pilota presentano una mediana di quattro item (dagli zero ai dieci).

Maggiori informazioni sulla fonte di dati a pag. 7

4.3 | Adeguamento della checklist al contesto locale o nel quadro di un processo di miglioramento continuo

Sicurezza dei pazienti Svizzera e l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) raccomandano di adeguare la checklist chirurgica al contesto locale. Il processo di adeguamento, da realizzarsi se possibile in seno a un team interdisciplinare, può influenzare positivamente l'accettazione della checklist, rafforzare il senso di responsabilità individuale e contribuire al perfezionamento di una pratica (1, 11) (v. punto 4.4). Non mancano tuttavia i rischi: importanti parti possono andare perse, l'aggiunta di item può pregiudicare la comprensibilità, impaginazioni differenti possono spostare il focus, il tutto a scapito della funzione vera e propria e dell'efficacia della checklist. È quindi fondamentale procedere in modo sistematico sia con l'adeguamento iniziale alle circostanze locali sia in caso di modifiche successive in base al contesto sanitario e ospedaliero dinamico nell'ottica di un processo di miglioramento continuo.

Prima di adeguare la checklist chirurgica, occorrerebbe chiarire quali modifiche sono innocue o addirittura auspicabili, e quali andrebbero invece evitate o effettuate solo con estrema prudenza perché potrebbero ridurre l'efficacia del documento. Si tratta in definitiva di distinguere gli elementi chiave, assolutamente da mantenere, da quelli periferici modificabili (14). Nonostante gli sviluppi e i test, finora non è stato possibile attestare in misura sufficiente quali siano esattamente gli elementi chiave della checklist chirurgica. Si parte tuttavia dal presupposto che, dal punto di vista del contenuto, gli item di esortazione abbiano un'importanza particolare perché modificano le modalità di comunicazione in seno all'équipe chirurgica interprofessionale e con i pazienti (11). Essi andrebbero quindi considerati elementi chiave e lasciati nella checklist. Nella checklist chirurgia sicura, la differenza tra item di controllo e di esortazione è segnalata da campi di colori diversi (v. allegato I). Dalla prospettiva del processo, vengono ritenuti elementi chiave anche i tre momenti dell'utilizzo della checklist e dello scambio interprofessionale.

**Programma COM-Check:
confronto checklist 2020 (13)**

Le checklist degli istituti partecipanti si distinguono notevolmente da quelle della Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera e dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS): in parte sono stati stralciati item di esortazione, e alcune checklist contengono molti meno o molti più item rispetto ai modelli. Il grado di efficacia e la facilità di utilizzo non sono dunque sempre paragonabili a quelli della «Surgical Safety Checklist» dell'OMS.

Maggiori informazioni sulla fonte di dati a pag. 7

Tra gli elementi periferici e modificabili troviamo gli adeguamenti lessicali e grafici, nonché la definizione di processi interni, responsabilità e procedure (v. punto 4.7). Per ogni parte della checklist, occorre stabilire chi deve essere presente al momento dell'elaborazione, come elaborare gli item e come procedere in caso di divergenza.

Esistono diversi ausili per attuare un processo di adeguamento sistematico, dagli strumenti di pianificazione alle istruzioni per la documentazione di modifiche già effettuate (14). Qui menzioniamo il Framework for Reporting Adaptations and Modifications-Enhanced (FRAME) (15) per la sua vicinanza alla prassi. Secondo tale strumento, vanno documentati gli aspetti seguenti di un adeguamento.

- L'adeguamento è stato pianificato?
- Quando è stato effettuato l'adeguamento?
- Che cosa è stato adeguato?
- Che tipo di adeguamento dei contenuti è stato effettuato?
- Che tipo di adeguamento della forma è stato effettuato?
- In che misura gli elementi chiave sono stati mantenuti?
- Per chi o che cosa è stato effettuato l'adeguamento?
- Chi ha deciso di procedere all'adeguamento?
- Qual era l'obiettivo dell'adeguamento?
- Quali sono i motivi all'origine dell'adeguamento?

Il concetto FRAME prevede anche un'ampia checklist con possibili opzioni di risposta. Benché sviluppato per la documentazione successiva di adeguamenti, esso può essere utilizzato anche in sede di pianificazione quale ausilio alla riflessione sul tipo, la portata, i motivi e le conseguenze degli adeguamenti previsti.

4.4 | Possibilità di adeguamento positive

La checklist pubblicata nel 2012 da Sicurezza dei pazienti Svizzera è stata oggetto di una riflessione critica sulla scorta delle esperienze acquisite con il programma COM-Check e dello scambio con specialisti. Si è tuttavia volutamente rinunciato a una revisione per due motivi: da un lato, gli item e la struttura generale corrispondono tutt'ora allo stato attuale delle conoscenze,

dall'altro la checklist di Sicurezza dei pazienti Svizzera è da intendersi come modello da adeguare al contesto locale (v. punto 4.3) e non ha alcuna pretesa di essere completa e perfettamente adatta a ogni situazione. Dal confronto delle checklist all'inizio del programma COM-Check sono emerse interessanti possibilità di adeguamento che toccano gli elementi periferici modificabili senza intaccare l'efficacia della checklist nel suo complesso.

Le osservazioni seguenti riguardano tutte le tre parti della checklist.

- In generale, la checklist dovrebbe contenere solo le informazioni strettamente necessarie. Essa costituisce infatti una procedura di backup, non un'istruzione per l'uso (v. punto 4.1). I dettagli concernenti lo svolgimento, per esempio un'istruzione su come o chi deve verificare un item, dovrebbero essere inserite nelle apposite direttive (v. punto 4.7).
- Nell'ottica di una distinzione più semplice e chiara tra item di controllo e di esortazione (v. punto 4.2), può essere utile contrassegnarli per esempio con colori diversi, raggrupparli secondo il tipo o inserire dei titoli (p.es. «Controllo» ed «Descrizione»). Così facendo, il/la coordinatore/trice della checklist riconosce immediatamente se si tratta di un item di controllo che prevede la verifica con una seconda fonte oppure di un item di esortazione volto allo scambio di informazioni in seno all'équipe chirurgica.
- Un visto apposto accanto a un item dovrebbe avere lo stesso significato per tutti gli item (= verificato). Possono sorgere difficoltà se un item non è rilevante per un intervento e non ci sono risposte alternative. In questo caso, il/la coordinatore/trice della checklist dovrebbe comunque chiamare l'item, definirlo come non rilevante e vistarlo. Una didascalia per spiegare il significato del visto potrebbe aiutare a prevenire dubbi di questo genere.
- È importante che il/la coordinatore/trice della checklist segnali esplicitamente l'inizio, ma anche la fine dell'elaborazione di una parte. Menzionare questi passaggi (p.es. «Sign in concluso») può essere utile.

L'osservazione seguente riguarda il sign in.

- Invece di un unico item per il consenso del paziente per la chirurgia e l'anestesia, è consigliabile averne due distinti, uno per la chirurgia e uno per l'anestesia.

L'osservazione seguente riguarda il team time out.

- L'item riguardante le presentazioni in seno all'équipe manca in molte checklist, spesso perché considerato socialmente sconveniente. Raccomandiamo tuttavia di integrarlo, è infatti importante che tutti i membri dell'équipe si conoscano e sappiano chi ha quale ruolo nell'intervento in questione. L'item poggia sul ragionamento secondo il quale persone che all'inizio di un colloquio hanno la possibilità di esprimersi saranno poi più propense a comunicare eventuali preoccupazioni (10, 11). Nelle équipe fisse in cui tutti si conoscono, l'item potrebbe essere completato come segue: «Le équipe in cui tutti si conoscono confermano di essere pronte per il team time out.» Una possibilità può essere l'utilizzo di cappucci chirurgici riportanti nome (prenome, nome) e funzione (16).
- Se la corretta marcatura del sito chirurgico va verificata con una seconda fonte (p.es. il piano operatorio), è consigliabile suddividere il relativo item in due (sito chirurgico e marcatura).
- Alla fine del team time out, con l'item riguardante le preoccupazioni è possibile invitare nuovamente l'intera équipe chirurgica a esprimersi (speak up).

4.5 | Una o più checklist?

La checklist chirurgia sicura e la Surgical Safety Checklist sono volutamente generiche affinché possano essere utilizzate nel maggior numero possibile di discipline chirurgiche. È tuttavia emersa una scarsa idoneità per gli interventi di breve durata, per esempio nel campo della chirurgia oculistica, e per quelli complessi, per esempio nel campo della chirurgia cardiaca. Le esperienze acquisite con i due programmi pilota nazionali hanno dimostrato che in parte ci si avvale di checklist specifiche per interventi di breve durata nella chirurgia interventistica e diagnostica oculistica e dentale, e nel caso di interventi d'urgenza in cui la vita del paziente è in pericolo. Anche con queste checklist speciali bisognerebbe comunque rispettare lo standard minimo (v. punto 4.6).

Fondamentalmente, si sconsiglia di utilizzare diverse checklist in una sala operatoria (11).

Programma COM-Check: confronto checklist 2020 (13)

Il 22% degli istituti partecipanti utilizza più di una checklist. Si impiegano checklist diverse secondo il tipo di anestesia (locale o totale), il tipo di intervento (interventistico o diagnostico) e la disciplina (chirurgia pediatrica o generale).

Maggiori informazioni sulla fonte di dati a pag. 7

4.6 | Standard minimo per interventi di breve durata, d'urgenza e speciali

Le esperienze dimostrano che la checklist generica chirurgia sicura ha troppi o comunque molti item inappropriati per gli interventi di breve durata, d'urgenza e speciali, e spesso quindi non viene utilizzata. Sicurezza dei pazienti Svizzera ha pertanto definito un set minimo di item standard da verificare a ogni intervento indipendentemente dal tipo di checklist e dalla disciplina in questione. In questo modo, si garantisce che la checklist chirurgica venga utilizzata anche nei casi summenzionati e che elementi chiave decisivi siano contenuti anche nelle checklist speciali.

Tabella 1: set minimo di item standard per interventi di breve durata

| | |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sign in | <ul style="list-style-type: none">– Identità– Tipo di intervento– Marcatura/sito chirurgico– Allergie |
| Team time out | <ul style="list-style-type: none">– Identità– Tipo di intervento– Marcatura/sito chirurgico– Rischi anestesia– Rischi chirurgo |
| Sign out | <ul style="list-style-type: none">– Descrizione intervento eseguito– Assistenza postoperatoria |

Rilevamento dati 2021 programma COM-Check: rilevamento della frequenza

Il 64% delle checklist conteneva tutti i quattro item standard per il sign in, il 79% tutti i cinque item standard per il team time out e il 93% entrambi gli item standard per il sign out.

Maggiori informazioni sulla fonte di dati a pag. 7

4.7 | Direttive per lo svolgimento

Direttive specifiche per lo svolgimento sono un'importante premessa affinché tutti i membri dell'équipe chirurgica sappiano come e quando utilizzare la checklist, e chi se ne occupa. Dovrebbero contenere gli aspetti chiave, essere vincolanti per tutte le collaboratrici e tutti i collaboratori, ed essere accessibili in qualsiasi momento all'intero personale (p.es. in intranet). Tali direttive possono agevolare l'introduzione di nuovi dipendenti, fungere da documentazione didattica o da opera di consultazione in caso di dubbi, e contenere le modifiche dopo una revisione della checklist o del processo di utilizzo della checklist. Sono insomma una base necessaria per rilevare e valutare il corretto utilizzo della checklist nel quadro del monitoraggio della compliance (v. punto 5.4.3).

Programma COM-Check: confronto checklist 2020 (13)

Solo il 33% degli istituti dispone di ampie direttive per l'utilizzo della checklist.

Maggiori informazioni sulla fonte di dati a pag. 7

Le direttive per lo svolgimento dovrebbero considerare in particolare gli aspetti seguenti.

Momento dello svolgimento: quando occorre dedicarsi a quale parte della checklist?

Ogni parte della checklist corrisponde a una pausa nello svolgimento dell'intervento. Al momento dell'interruzione, i lavori in questione sono già stati svolti e si tratta soltanto di verificare di non aver dimenticato nulla prima di passare alla fase successiva. Nelle direttive occorre quindi stabilire quando dedicarsi alle varie parti della checklist.

Programma COM-Check: confronto checklist 2020 (13)

L'88% degli istituti ha inserito nelle direttive o nella checklist informazioni sul momento dello svolgimento.

Rilevamento dati 2021 programma COM-Check: osservazione e riscontro

Considerando tutte le tre parti, nel 90% dei casi la checklist è stata utilizzata nel momento raccomandato dalla Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera, nell'8% dei casi troppo presto e nel 2% dei casi troppo tardi.

Maggiori informazioni sulla fonte di dati a pag. 7

Membri dell'équipe presenti: chi deve essere presente per quale parte della checklist?

La checklist chirurgica persegue l'obiettivo di migliorare la comunicazione e la collaborazione in seno all'équipe interprofessionale. Ciò significa che essa non deve essere passata in rassegna e vistata da una sola persona. Secondo la parte da elaborare, è dunque fondamentale la presenza dei membri centrali dell'équipe. Nelle direttive per lo svolgimento occorre definire chi almeno deve essere presente per ciascuna delle parti.

Programma COM-Check: confronto checklist 2020 (13)

Il 38% degli istituti ha inserito nelle direttive o nella checklist informazioni sui membri dell'équipe che devono essere presenti secondo la parte da elaborare. Queste indicazioni sono però sovente formulate in modo generico (p.es. «tutta l'équipe chirurgica»).

Rilevamento dati 2021 programma COM-Check: osservazione e riscontro

Considerando tutte le tre parti della checklist, nell'88% dei casi erano presenti tutti i membri rilevanti dell'équipe (secondo le direttive interne).

Maggiori informazioni sulla fonte di dati a pag. 7

Rilevamento dati 2021 programma COM-Check: osservazione e riscontro

Tra tutti i gruppi professionali coinvolti, al momento del sign in gli infermieri/le infermiere anestesista hanno assunto più spesso (64%) il coordinamento, al momento del team time out l'assistenza infermieristica in chirurgia (51%) e al momento del sign out il chirurgo (43%).

Maggiori informazioni sulla fonte di dati a pag. 7

Elaborazione degli item: come vengono passati in rassegna quali item? Che cosa significa un item vistato/crociato? Quali controlli vanno effettuati in quale situazione?

La checklist chirurgica comprende due tipi di item, da elaborare in modo diverso (v. punto 4.2). Le direttive per lo svolgimento dovrebbero stabilire chi elabora quale item e in che modo. Per gli item di controllo, in particolare, è importante definire con quale fonte supplementare (paziente, programma operatorio, documentazione del paziente ecc.) va confrontata un'informazione. È per esempio possibile indicare che al momento del team time out l'identità del paziente deve essere verificata dagli/dalle infermieri/e anestesista sulla scorta del bracciale del paziente. Nel caso degli item di esortazione, invece, occorre stabilire quali informazioni debbano essere condivise con l'équipe. Nel team time out, per esempio, il rischio di perdite ematiche, trombosi o piaghe da decubito può essere discusso durante il team time out nei rischi specifici del paziente.

Rilevamento dati 2021 programma COM-Check: osservazione e riscontro

Al momento del sign in, l'identità del paziente è stata espressa verbalmente nel 98% dei casi, ma solo nel 76% dei casi è stata verificata visivamente. Al momento del team time out, è stata espressa verbalmente nel 97% dei casi, ma verificata visivamente solo nel 45% dei casi.

Maggiori informazioni sulla fonte di dati a pag. 7

Ruolo del/la coordinatore/trice della checklist: chi si occupa del coordinamento per quale parte della checklist? Quali sono i suoi compiti?

Una conduzione chiara è indispensabile per un processo ben strutturato e completo. La pubblicazione 5 (1) descrive dettagliatamente il ruolo del/la coordinatore/trice della checklist, chiamato/a per esempio ad avviare al momento giusto l'elaborazione della rispettiva parte e ad annunciare con voce forte e chiara tutti gli item nella sequenza in cui appaiono sulla checklist. Fondamentalmente, qualsiasi membro dell'équipe chirurgica può assumere questo ruolo, purché disponga delle competenze per interrompere il processo in caso di dubbio e procedere ai chiarimenti del caso secondo le direttive. Le direttive per lo svolgimento dovrebbero riportare per ogni parte della checklist chi si occupa del coordinamento e quali sono i suoi compiti / le sue competenze.

Programma COM-Check: confronto checklist 2020 (13)

Il 67% degli istituti ha inserito nelle direttive o nella checklist informazioni sul coordinamento della checklist.

Procedura in caso di divergenze: come si procede in caso di divergenze? Chi assume quale compito?

L'efficacia della checklist nel prevenire complicanze e danni ai pazienti dipende in particolare dalla possibilità di individuare ed eliminare per tempo le divergenze. Il/la coordinatore/trice e i membri dell'équipe coinvolti devono sapere come comportarsi in una tale situazione. La sistematicità con la quale vengono eliminate le divergenze, anche a costo di ritardare il processo chirurgico, è parte integrante della cultura della sicurezza. Se un determinato item comporta sovente delle divergenze, è possibile che in quel punto del processo debbano essere adottate misure di miglioramento. Nelle direttive per lo svolgimento occorre definire per ogni parte della checklist (in particolare per gli item di controllo) come procedere in caso di divergenza e chi assume quale compito.

Rilevamento dati 2021 programma COM-Check: osservazione e riscontro

Nel 10% dei sign in, nell'11% dei team time out e nel 10% dei sign out sono state individuate una o più divergenze.

Maggiori informazioni sulla fonte di dati a pag. 7

4.8 | Direttive per la marcatura

L'utilizzo della checklist chirurgica influisce sui processi di lavoro perioperatori, i quali a loro volta influenzano l'esito per il paziente (17). Affinché l'introduzione della checklist sia efficace, devono essere ottimizzati e armonizzati anche i processi precedenti e successivi, a cominciare dalla marcatura, la quale deve essere gestita uniformemente in tutto l'istituto e disciplinata in modo chiaro. Questi aspetti devono essere garantiti per esempio anche per gli interventi in chirurgia ambulatoriale o svolti da medici convenzionati. Gli interventi sul paziente sbagliato, sul lato del corpo sbagliato o sul sito chirurgico sbagliato sono tra gli errori più gravi in chirurgia. In teoria, potrebbero essere completamente

evitati con una marcatura corretta e una verifica sistematica e affidabile con la checklist. Dato che questo genere di errore può verificarsi in ogni intervento, Sicurezza dei pazienti Svizzera raccomanda di procedere sempre alla marcatura, a meno che non si tratti di un'emergenza in cui la vita del paziente sia in acuto pericolo.

Da un recente studio condotto nel Regno Unito (18) sono emerse notevoli differenze in materia di marcatura preoperatoria. Nemmeno in Svizzera esistono ancora direttive unitarie al riguardo. Ogni istituto dovrebbe stabilire internamente come e con che cosa effettuare la marcatura, chi deve occuparsene ecc. La pubblicazione 5 (1) descrive importanti principi della marcatura, come il coinvolgimento dei pazienti o la verifica preventiva dell'identità del paziente e del tipo di intervento. Numerosi interventi, soprattutto nel campo della chirurgia oculistica, dentale o della colonna vertebrale, esigono procedure di marcatura molto specifiche. Cliniche specializzate hanno testato diverse tecniche e possono fornire raccomandazioni pratiche. Nella chirurgia oculistica, per esempio, si tende a lavorare con braccialetti o cerotti colorati sul viso, mentre altre cliniche per gli interventi al viso effettuano una marcatura sulla mano per indicare il lato corretto.

Viste le differenze di approccio tra interventi stazionari e ambulatoriali, e personale dell'istituto e medici convenzionati, è fondamentale definire le procedure e le relative responsabilità.

Rilevamento dati 2021 programma COM-Check: osservazione e riscontro

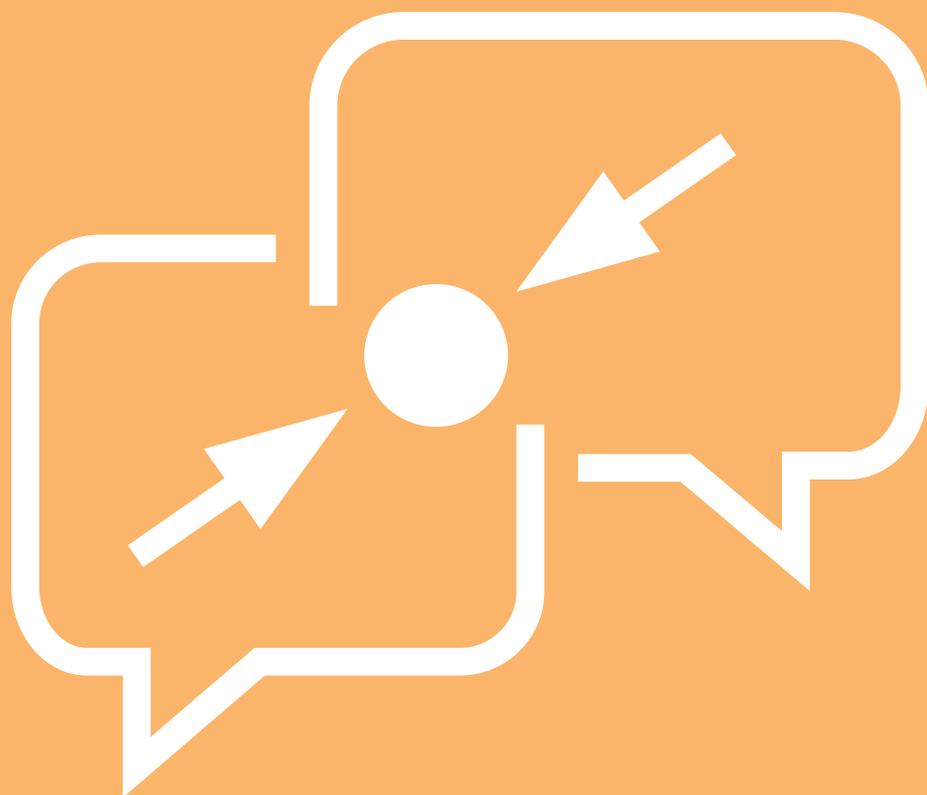
Al momento del sign in, l'item concernente la marcatura è stato espresso verbalmente nel 72% dei casi e verificato visivamente nel 61% dei casi. Al momento del team time out, le percentuali sono rispettivamente dell'84% e del 32%.

Maggiori informazioni sulla fonte di dati a pag. 7



PARTE B

COM-Check – chirurgia sicura



5 | Più sicurezza grazie all'autovalutazione e al riscontro

Sicurezza dei pazienti Svizzera ha sviluppato un concetto di monitoraggio per il rilevamento e l'incremento della compliance con la checklist chirurgica (v. definizione al punto 5.4.1). Gli istituti rilevano autonomamente la loro compliance, svolgono osservazioni in sala operatoria (v. punto 5.4) e subito dopo l'osservazione forniscono un riscontro collegiale e mirato all'apprendimento (v. punto 5.5). L'autovalutazione permette di costituire internamente le competenze necessarie e di formare quindi specialisti che indicheranno la via in seno all'organizzazione. I rilevamenti della compliance da parte di persone esterne avvengono nel quadro di verifiche, che tuttavia possono essere svolte solo in modo puntuale e saltuario, e spesso vengono percepiti come «controlli». È invece più efficace un monitoraggio regolare della compliance mediante osservazione e riscontro diretto in tempo reale (19).

Il concetto di monitoraggio qui descritto è parte di un processo di miglioramento continuo (v. punto 5.8) e va pianificato sin dall'introduzione in modo da rendere possibili rilevamenti regolari con osservazione e riscontro immediato. La compliance viene misurata sia mediante la documentazione (p.es. quantità di checklist in formato cartaceo) sia mediante l'osservazione, e viene incrementata formulando un riscontro subito dopo l'osservazione. Portando a consapevolezza un certo comportamento, acquisendo conoscenze, discutendo dubbi e interrompendo routine errate si favorisce l'apprendimento in seno all'équipe chirurgica interprofessionale.

Le tappe seguenti sono imprescindibili per l'efficace introduzione di un concetto di monitoraggio:

- costituire un team interprofessionale di progetto e di osservazione (v. punto 5.1);
- stabilire gli obiettivi individuali del monitoraggio e le cifre chiave generali (v. punto 5.2);
- pianificare le osservazioni e il rilevamento dei dati (v. punti 5.4.2 e 5.4.3);
- organizzare la comunicazione interna (v. punto 5.3);
- adeguare alla checklist chirurgica gli strumenti per il rilevamento della compliance (v. punto 5.4);
- esercitare l'utilizzo dello strumento di osservazione (v. punto 5.7);
- esercitare la formulazione di un riscontro collegiale e mirato all'apprendimento (v. punto 5.7);
- attuare le osservazioni e il rilevamento dei dati;
- analizzare i dati e comunicare i risultati (v. punto 5.8);
- implementare i miglioramenti e pianificare i rilevamenti successivi (v. punto 5.8).

Di seguito, descriviamo le singole tappe, e presentiamo le esperienze acquisite con il programma pilota e dichiarazioni di membri degli ospedali partecipanti.



Il simbolo della lampadina contrassegna indicazioni concrete e raccomandazioni per l'introduzione del concetto di monitoraggio.

5.1 | Costituire un team interprofessionale di progetto e di osservazione

Per garantire l'accettazione e l'esecuzione a lungo termine del monitoraggio della compliance, nel team di progetto e di osservazione devono essere rappresentati tutti i gruppi professionali che partecipano al processo.

Sicurezza dei pazienti Svizzera raccomanda di affidare le osservazioni e i riscontri a persone con compiti di conduzione, come direttori medici di chirurgia e anestesia o responsabili infermiere/a chirurgia e anestesista. Il gruppo di progetto dovrebbe poi essere completato con collaboratrici e collaboratori della gestione della qualità e del rischio. Negli istituti più grandi, possono essere coinvolti anche esponenti della gestione chirurgica, della tecnica o dell'istruzione. È dimostrato che i riscontri vengono accettati meglio se provengono da persone che dispongono di competenze e capacità adeguate (20).



Nel quadro del programma COM-Check, in alcuni ospedali pilota le osservazioni e i riscontri sono stati affidati anche a collaboratrici e collaboratori della gestione della qualità e del rischio. La composizione del team deve essere tale che osservazioni e riscontri vengono accettati dall'équipe chirurgica. Secondo la cultura dell'istituto, può trattarsi di persone diverse.

« Dopo l'introduzione, gli incaricati della qualità si sono occupati anche delle osservazioni e dei riscontri, il che è stato accolto molto positivamente. »

« Abbiamo svolto le osservazioni con riscontro sullo strumento di conduzione. »

5.2 | Stabilire gli obiettivi individuali del monitoraggio e le cifre chiave generali

Costituito il team interprofessionale di progetto e di osservazione, occorre definire gli obiettivi del monitoraggio. Deve per esempio fornire una panoramica complessiva della compliance in tutto l'istituto o concentrarsi su singole discipline chirurgiche, determinati giorni della settimana od orari della giornata?

Vanno inoltre rilevate cifre chiave generali con un influsso potenziale sull'impiego della checklist (v. tabella 2). Queste cifre aiutano nell'interpretazione dei risultati e, se il numero di casi è sufficiente, consentono di formare gruppi di confronto interni, per esempio tra cliniche o tra interventi ambulatoriali e stazionari.

Tabella 2: criteri per il rilevamento delle cifre chiave generali

| Criterio | Gruppi di confronto |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Data | Lu-ve vs. sa-do |
| Ora | Giorno (7.30-16.59) vs. notte (17-7.29) ¹ |
| Ambulatoriale/ stazionario | Ambulatoriale, stazionario |
| Disciplina chirurgica | Chirurgia viscerale, ortopedia, ginecologia ecc. |
| Intervento elettivo/ d'urgenza | Intervento elettivo, intervento d'urgenza <i>Opzionale: incl. premura dell'urgenza</i> |
| Anestesia | Totale, regionale, locale |
| <i>Opzionale: sede</i> | <i>Sede A, sede B</i> |
| <i>Opzionale: chirurghi interni/esterni</i> | <i>Chirurghi interni medici convenzionati</i> |
| <i>Opzionale per l'osservazione: professione della persona osservatrice</i> | <i>chirurgo/a, anestesista, infermiere/a chirurgia e anestesista, gestione chirurgica, gestione del rischio e della qualità</i> |

Osservazione: ¹ Ripartizione secondo van Klei, et al., 2012 (21)



Al momento di definire gli obiettivi del monitoraggio, ricordate che, per essere affidabili, i confronti necessitano di campioni di dimensioni adeguate. Sicurezza dei pazienti Svizzera consiglia di stabilire tali obiettivi sin dall'inizio in modo realistico e in considerazione delle risorse disponibili per non correre il rischio di voler rilevare una quantità eccessiva di dati e di non riuscire poi a stare al passo sul lungo periodo.

Verificate in seguito se le cifre chiave generali coprono le informazioni cercate. All'occorrenza, definite criteri complementari (v. tabella 2 «Opzionale»).

Accertatevi che le cifre chiave generali (ev. inclusi i complementi) siano integrate e vengano rilevate negli strumenti di rilevamenti descritti di seguito (v. punto 5.4).

5.3 | Organizzare la comunicazione interna

Con l'introduzione del concetto di monitoraggio, occorre riflettere per tempo su quali gruppi di collaboratrici e collaboratori informare in quale momento e secondo quali modalità. In particolare, le osservazioni e il riscontro vanno introdotti con cura affinché il personale in questione possa accoglierli. Le modalità (e-mail, intranet, manifesto, incontro ecc.), la procedura (p.es. dapprima i quadri, poi le collaboratrici e i collaboratori) e il momento vanno fissati dal gruppo di progetto interprofessionale.

Pure la comunicazione dei risultati del rilevamento della compliance va stabilita in anticipo. Attraverso le osservazioni e i riscontri, il personale del settore chirurgico è direttamente coinvolto nella misurazione. È quindi importante che riceva un riscontro sui risultati e che ne possa discutere.

«**Serve un riscontro corredato da cifre chiave. L'équipe chirurgica deve vedere in che direzione sta andando.**»

5.4 | Adeguare alla checklist chirurgica gli strumenti per il rilevamento della compliance

Affinché le cifre chiave (interne, rilevamenti successivi, esterne) siano confrontabili, la compliance deve essere definita in modo unitario con la checklist e il metodo di misurazione deve essere standardizzato. Sicurezza dei pazienti Svizzera ha sviluppato appositi strumenti, testati e ottimizzati nel quadro del programma COM-Check.

«**È importante il benchmark, così da vedere a che punto siamo rispetto agli altri.**»

5.4.1 | Definizione della compliance

La compliance con la checklist chirurgica viene rilevata sulla scorta di tre aspetti: frequenza, completezza e qualità dello svolgimento.

Un'elevata compliance a livello di **frequenza** significa che tutte le tre parti della checklist chirurgica vengono elaborate a ogni intervento: a qualsiasi ora, con ogni forma di anestesia, in ogni disciplina chirurgica, per interventi elettivi e d'urgenza, nel settore stazionario e ambulatoriale.

Un'elevata compliance a livello di **completezza** significa che per ciascuna parte della checklist vengono elaborati tutti gli item. Un item è considerato elaborato se viene per lo meno menzionato ad alta voce (2, 22).

La **qualità dello svolgimento** equivale al grado di fedeltà dell'attuazione (fidelity), ossia il rispetto delle direttive nell'utilizzo della checklist (3, 23). Indipendentemente dalle direttive interne, ciò significa un chiaro inizio e una conduzione strutturata, il coinvolgimento attivo e concentrato dell'équipe in questione e la corretta elaborazione degli item della checklist. Gli item di controllo esigono un confronto affidabile con un'altra fonte di informazioni, gli item di esortazione un buono scambio di informazioni in seno all'équipe chirurgica (v. punto 4.2).

I tre aspetti della compliance vengono rilevati sulla base della documentazione (frequenza) e dell'osservazione (completezza e qualità).

5.4.2 | Frequenza della compliance

La frequenza dell'utilizzo della checklist viene rilevata con l'ausilio di documenti (checklist cartacee o schede specifiche). Se lo svolgimento viene già registrato elettronicamente, i dati possono essere esportati direttamente dal sistema. L'obiettivo è ricavare informazioni sulla frequenza dell'elaborazione delle parti sign in, team time out e sign out. Se disponibili, possono essere incluse nella misurazione della compliance anche altre parti, per esempio una checklist di reparto.

Strumento di rilevamento (v. modelli nell'allegato II)

Per ogni intervento, si verifica se le tre parti della checklist vengono elaborate completamente, elaborate in parte o non elaborate.

| | |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Elaborate completamente: | tutti gli item della rispettiva parte sono visti |
| Elaborate in parte: | almeno un item della rispettiva parte è visto, ma non tutti |
| Non elaborate: | nessun item della rispettiva parte è visto o non c'è alcuna checklist |

Al momento di misurare la frequenza della compliance, per ogni intervento vanno rilevate anche le cifre chiave generali (v. punto 5.2). Per verificare se nel periodo definito sono stati rilevati tutti gli interventi senza alcuna eccezione e se vi sono immissioni mancanti o doppie, occorre infatti stabilire una cifra chiave inequivocabile per individuare l'intervento. Essa non dovrebbe permettere di risalire a dati sensibili e può essere cancellata dal set di dati dopo il controllo.

Negli istituti in cui le direttive interne prevedono la conferma dell'utilizzo della checklist con data e firma, il rilevamento della frequenza può includere anche tale conferma. Una firma mancante, tuttavia, non dovrebbe confluire nei valori concernenti la compliance. In altre parole, non dovrebbe essere considerata un item supplementare. La firma serve unicamente ad attestare l'avvenuto utilizzo della checklist, ma non la completezza e la correttezza dell'elaborazione (1).

Quantità di dati necessaria

Le dimensioni dell'istituto e il volume di interventi determinano la quantità massima di dati da rilevare in un certo periodo. Per il rilevamento della frequenza, Sicurezza dei pazienti Svizzera raccomanda almeno un set di dati di duecento interventi. Per il rilevamento completo, quindi di tutti gli interventi che si succedono in un determinato periodo, occorrerebbe considerare una finestra temporale di almeno un mese affinché vi confluiscono anche le operazioni svolte durante il fine settimana e di notte. Se ai sensi degli obiettivi del monitoraggio (v. punto 5.2) è necessario effettuare confronti tra singoli gruppi (p.es. tra diverse discipline chirurgiche), il campione deve essere più grande al fine di individuare differenze statisticamente significative.

Rilevamento dati 2021 programma COM-Check: frequenza

Tra novembre 2020 e marzo 2021, i dodici ospedali pilota hanno rilevato in media 719 interventi validi.

Maggiori informazioni sulla fonte di dati a pag. 7

Forma della checklist

Se la checklist viene elaborata in formato cartaceo, per il rilevamento della frequenza occorre stabilire come e dove raccogliere le checklist, e chi si occupa di confrontarle con il piano operatorio e di digitalizzarle.

Se la checklist viene elaborata oralmente con un riferimento visivo (manifesto, checklist plastificata), occorre compilare una scheda per ogni intervento. Vanno stabiliti responsabilità e processi per il loro utilizzo corretto durante il periodo di misurazione e per la successiva digitalizzazione.

Se l'elaborazione della checklist chirurgica avviene già in formato elettronico, occorre verificare che i dati, incluse le cifre chiave generali, possano essere esportati dal sistema. All'occorrenza, vanno dapprima programmati altri campi o interfacce.



Sicurezza dei pazienti Svizzera raccomanda di svolgere un test di una settimana prima della misurazione vera e propria per verificare che il processo funzioni e che vengano rilevate tutte le informazioni necessarie. Per garantire una qualità elevata dei dati, vanno eliminati i doppi e le immissioni ripetute, indipendentemente dalla forma della checklist e dal tipo di rilevamento.

« L'informatica può agevolare il processo, per esempio con uno scanner in sala operatoria. »

« L'informatica va sincronizzata. Le singole parti della checklist vengono rilevate in diversi programmi che finora non erano interfacciati. »

5.4.3 | Completezza e qualità della compliance

La completezza dell'elaborazione degli item e la qualità dello svolgimento vengono rilevate tramite osservazione. Sicurezza dei pazienti Svizzera ha sviluppato a tale scopo uno strumento, il quale è stato testato e ulteriormente perfezionato nel quadro del programma COM-Check in undici istituti (quattordici sedi). Esso è basato su strumenti esistenti, come il Checklist Usability Tool (24) e il WHOBARS (25), sulle conoscenze acquisite con uno studio nazionale dell'Università di Neuchâtel (<http://p3.snf.ch/Project-156882>), su elementi della closed loop communication (26, 27) e sui principi legati all'anatomia della checklist chirurgica (11). Lo scopo dello strumento di osservazione è quello di rappresentare i processi rilevanti per la sicurezza a livello di item.

L'utilizzo di uno strumento di questo genere aiuta a mantenere la concentrazione su specifici comportamenti, a rilevare in modo standardizzato e unitario le osservazioni svolte da persone diverse, e a selezionare un tema concreto per il successivo riscontro all'équipe chirurgica (11).

Strumento di osservazione

(v. modello nell'allegato III)

Lo strumento di osservazione è suddiviso in quattro parti: (1) le cifre chiave generali (v. punto 5.2); (2) l'inizio; (3) l'elaborazione degli item; (4) la valutazione complessiva. Le cifre chiave generali vengono rilevate immediatamente prima dell'osservazione. Raccomandiamo di documentare anche la professione della persona che si occupa dell'osservazione. Secondo il gruppo professionale, l'attenzione al momento dell'osservazione e del riscontro può essere focalizzata su aspetti diversi dell'utilizzo della checklist.

L'inizio del processo

Un chiaro segnale di inizio, il momento giusto, la presenza di tutti i membri dell'équipe necessari e l'interruzione del lavoro da parte di tutte le persone coinvolte sono fattori imprescindibili per un buon avvio. Il segnale di inizio dà ai membri dell'équipe la possibilità di confermare la loro disponibilità o di chiedere di attendere se stanno finendo un lavoro, perché poi tutta l'attenzione dovrà essere dedicata alla checklist.

Il segnale di inizio viene dato di regola dalla persona incaricata del coordinamento, la quale si accerta che tutti i membri dell'équipe siano presenti e attenti. Per un processo strutturato e per evitare che nulla venga tralasciato, è fondamentale leggere ad alta voce e in modo chiaro tutti gli item secondo la sequenza della checklist rivolgendosi alle persone in questione. Le direttive interne per lo svolgimento (v. punto 4.7) stabiliscono per ogni parte della checklist quale persona in quale funzione deve occuparsi del coordinamento.

La tabella 3 riepiloga i criteri raccomandati da Sicurezza dei pazienti Svizzera per la valutazione dell'inizio del processo.

Tabella 3: criteri per la valutazione dell'inizio del processo

| Critério | Categoria di risposta |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Chiaro segnale di inizio | Sì In parte No |
| Momento giusto del sign in / team time out / sign out | Sì, prima dell'induzione dell'anestesia / Sì, prima dell'incisione / Sì, prima che il chirurgo esca dalla sala operatoria No, troppo presto No, troppo tardi |
| Tutti presenti | Anestesista Infermieri anestesisti <i>Elencare tutti i gruppi professionali / le funzioni che devono essere presenti ai sensi delle direttive interne</i> Se no, chi mancava? |
| Tutti sospendono il loro lavoro | Sì In parte No |
| Chi conduce il sign in / team time out / sign out? | Anestesista Infermieri anestesisti <i>Elencare tutti i gruppi professionali / le funzioni che devono essere presenti ai sensi delle direttive interne</i> (Possibili più risposte) |
| Lettura ad alta voce degli item | Sì In parte No |

« Ci sono due modi di guidare i colleghi attraverso la checklist: in modo rigoroso o solo in parte rigoroso. Chi lo fa in modo solo in parte rigoroso non se ne rende conto. »

« I diversi momenti vanno avviati in modo uniforme, soprattutto il team time out. »

Elaborazione degli item

L'elaborazione corretta della checklist richiede un continuo rimbalzo comunicativo tra il/la coordinatore/trice della checklist e l'équipe (v. figura 1). Il/la coordinatore/trice enuncia l'item in modo forte e chiaro (menzione orale). Se si tratta di un item di controllo, l'équipe svolge la verifica in modo affidabile (controllo visivo) e ne fornisce conferma verbale (risposta fornita). Se invece si tratta di un item di esortazione, le persone coinvolte condividono le informazioni necessarie (risposta fornita) (v. punto 4.2). Se un item non viene enunciato e non riceve risposta, è considerato non elaborato.

Se nel corso dell'elaborazione di un item viene scoperto un errore, per esempio una firma mancante sulla dichiarazione di consenso o un impianto inadeguato, esso viene indicato come «Errore scoperto» (v. figura 1). Secondo le direttive interne (v. punto 4.7), in questo caso si interviene subito e si corregge l'errore (1).

La figura 1 mostra l'elaborazione corretta dei singoli item della checklist. Per il rilevamento della completezza della compliance, un item è considerato elaborato se è stato almeno enunciato o ha ricevuto risposta. Gli errori scoperti non sono rilevanti per il calcolo della compliance, dimostrano piuttosto che la checklist è efficace e che il suo corretto utilizzo permette di prevenire errori gravi, rispettivamente di individuare dove i processi devono ancora essere ottimizzati.



Le esperienze nel quadro del programma COM-Check hanno dimostrato che non è sempre chiaro chi si occupa del coordinamento ed è responsabile della conduzione. In alcuni casi, più persone hanno assunto la guida contemporaneamente o si sono date il cambio nel corso dell'elaborazione. Da qui la necessità di consentire più risposte alla rispettiva voce.

Figura 1: sezione dello strumento di osservazione per il rilevamento della completezza e della qualità dell'elaborazione degli item

| Punti della checklist nel Team time out (TTO) | Menzione orale | Controllo visivo | Risposta fornita | Errore scoperto | Non elaborato |
|-----------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| TTO Identità | <input type="checkbox"/> |
| TTO Tipo d'intervento | <input type="checkbox"/> |
| TTO Sito chirurgico (marcatore) | <input type="checkbox"/> |



Le tre elementi della checklist indicate sono esemplari.

« La checklist può essere utilizzata anche a scopo di marketing, quando si spiega ai pazienti perché viene elaborata in loro presenza. »

« Lo speak-up può venire anche dai pazienti, li si può invitare a intervenire se commettiamo un errore. »

Valutazione complessiva

In seguito, il processo va valutato nel suo complesso, in particolare nell'ottica degli aspetti seguenti: conduzione lungo la checklist, impegno dell'équipe, atmosfera, ritmo e condizioni acustiche. Nel programma COM-Check, i criteri per la valutazione complessiva sono stati riuniti su una scala bipolare (v. figura 2). I risultati rilevano valori medi elevati e una varianza contenuta. Considerando tutti i criteri, la media era pari a 4,2.



Consigli per l'osservazione

- L'osservazione e la valutazione con l'apposito strumento, in particolare la verifica dell'elaborazione degli item, è una questione di esercizio. Nel quadro del programma COM-Check, abbiamo constatato che per esercitarsi si dovrebbero svolgere almeno cinque osservazioni in coppia, in modo indipendente l'uno dall'altro, e poi confrontare le valutazioni.
- La sequenza e l'enunciazione degli item nello strumento di osservazione dovrebbero corrispondere alla checklist utilizzata.
- È bene scegliere accuratamente la posizione per l'osservazione. Accertatevi sin dall'inizio di vedere bene tutti i membri dell'équipe.
- Se risulta difficile seguire lo svolgimento, annotatene il motivo, per esempio i membri dell'équipe hanno parlato troppo piano, hanno elaborato gli item troppo velocemente o non hanno rispettato la sequenza della checklist. Parlatene poi in sede di riscontro.

Figura 2: criteri per la valutazione complessiva (secondo il programma COM-Check)

| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
|-------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------------------|
| Conduzione lungo la checklist | Nessuna conduzione | <input type="radio"/> | Chiara conduzione |
| Impegno dell'équipe | Passivo, assente, ciascuno per sé | <input type="radio"/> | Attivo, presente, insieme |
| Atmosfera | Teso, irritato | <input type="radio"/> | Aperto, rispettoso, speak-up possibile |
| Ritmo | affannato | <input type="radio"/> | Tranquillo |
| Condizioni acustiche (rumore) | Voce impossibile da udire | <input type="radio"/> | Voce chiaramente udibile |

Sicurezza dei pazienti Svizzera consiglia quindi di effettuare la valutazione complessiva mediante criteri formulati in senso positivo (v. tabella 4). È probabile che per le persone che si occupano dell'osservazione sia più facile valutare obiettivamente un item formulato in senso positivo rispetto a uno basato su una scala con valori positivi e negativi. I nuovi criteri non sono ancora stati testati a fondo nella prassi.

Tabella 4: criteri per la valutazione complessiva (raccomandati)

| Criterio | Categoria di risposta |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| La conduzione lungo la checklist è stata chiara e strutturata. | Si In parte No |
| L'intera équipe ha partecipato attivamente al processo. | Si In parte No |
| L'atmosfera in seno all'équipe era di apertura e rispetto, e ha sempre consentito lo speak-up. | Si In parte No |
| Il ritmo di elaborazione della checklist è stato adeguato e tranquillo. | Si Troppo veloce Troppo lento |
| Quanto veniva detto si è sentito bene. | Si In parte No |

Condizioni quadro per l'osservazione

L'osservazione deve essere aperta e non partecipativa. Ciò significa che la persona incaricata è presente durante l'elaborazione della checklist, ma non interviene negli eventi, a meno beninteso che non si tratti di evitare un errore grave. Aperta vuol dire invece salutare tutti i presenti prima di iniziare l'osservazione e spiegare esplicitamente all'équipe il motivo per il quale è lì e che al termine dell'osservazione seguirà un riscontro. Un'osservazione aperta è sintomo di una cultura della fiducia e una premessa per il successivo riscontro collegiale volto all'apprendimento.

Le osservazioni dovrebbero però svolgersi a sorpresa: il personale della sala operatoria sa in quale periodo vengono svolti i rilevamenti della compliance, ma non conosce il giorno e l'ora.

Quantità di dati necessaria

Per il rilevamento della completezza e della qualità dell'utilizzo della checklist, Sicurezza dei pazienti Svizzera raccomanda un minimo di trenta osservazioni con riscontro immediato, ripartite equamente in base alle tre parti della checklist e alle professioni rappresentate in seno all'équipe. Sono necessari dieci osservazioni e riscontri a persona per poter constatare un effetto di apprendimento.

Rilevamento dati 2021 programma COM-Check: osservazione e riscontro

Tra novembre 2020 e marzo 2021, gli undici ospedali pilota hanno svolto in media 65 osservazioni.

Maggiori informazioni sulla fonte di dati a pag. 7



Prima di procedere alle osservazioni, verificate se tutti i membri del team di progetto e di osservazione hanno la stessa idea su come dovrebbero essere elaborate correttamente le tre parti della checklist chirurgica. Ciò dovrebbe essere disciplinato nelle direttive interne (v. punto 4.7). Senza una chiara idea in tal senso, la qualità del processo non può essere valutata in modo unitario e affidabile.

« L'osservazione e la formulazione del riscontro devono essere esercitate. Più si praticano, più capacità si acquisiscono. »

« Con le osservazioni, la curva dell'apprendimento è molto ripida. »

5.5 | Riscontro collegiale e mirato all'apprendimento

L'osservazione e il riscontro sono un metodo efficace per favorire l'apprendimento in seno a équipe chirurgiche interprofessionali perché consentono di riflettere sul proprio comportamento, di acquisire conoscenze, di discutere eventuali dubbi e di spezzare routine errate. Il concetto di riscontro del programma COM-Check persegue due obiettivi: deve essere efficace, ossia favorire l'apprendimento e il cambiamento di comportamento nell'équipe chirurgica interprofessionale, e attuabile nel lavoro quotidiano.

Sulla scorta di colloqui con responsabili di progetto degli ospedali pilota e con altri specialisti (28), sono stati formulati i requisiti seguenti per il riscontro nel quadro del monitoraggio della compliance:

- il riscontro deve essere formulato immediatamente dopo l'osservazione;
- deve essere presente l'intera équipe oggetto dell'osservazione;
- il riscontro deve durare uno-tre minuti;
- il riscontro immediato affronta solo un aspetto, rispettivamente una situazione concreta osservata;
- il riscontro deve essere auspicato;
- la sicurezza dei pazienti deve sempre essere garantita;
- in casi eccezionali, il riscontro può essere formulato in un secondo tempo o nel quadro di un colloquio individuale.

Il concetto di riscontro si basa sulla Clinical Performance Feedback Theory (CP-FIT) (20), il Debriefing with good judgement (29, 30) e le raccomandazioni sul coaching tratte dalla Implementation Guide di Ariadne Labs (11).

Rilevamento dati 2021 programma COM-Check: osservazione e riscontro

Nel 79% delle osservazioni, è stato possibile fornire un riscontro. Il limite dei tre minuti è stato rispettato nel 96% dei casi.

Maggiori informazioni sulla fonte di dati a pag. 7

5.5.1 | Atteggiamento e atmosfera

L'approccio critico al proprio comportamento è un elemento essenziale dell'apprendimento. Affinché una riflessione in tal senso sia possibile e sfoci in un'esperienza positiva, occorre creare un'atmosfera di sicurezza psicologica (31).

L'approccio di buon senso (*debriefing with good judgement*) descrive un atteggiamento basato sul presupposto che i partecipanti siano competenti, diano il meglio e vogliano imparare (29, 30). Nel settore sanitario, è lecito supporre che tutti vogliano agire per il bene dei pazienti (20).

Questo atteggiamento positivo della persona chiamata a fornire riscontro poggia sulla consapevolezza che ogni comportamento ha una causa. Gli errori possono essere il frutto di azioni volontarie e razionali basate su assunzioni errate. Le persone non reagiscono passivamente al contesto. Le conoscenze, le esperienze e le proprie convinzioni inducono a conferire attivamente un senso a una situazione e a reagire di conseguenza (29, 30). Si tratta di schemi mentali non visibili portati alla luce nel quadro del debriefing con la tecnica dell'advocacy (valutazione) e dell'inquiry (domande) al fine di individuare possibilità alternative. Una volta acquisita consapevolezza degli schemi mentali, nascono curiosità e apprezzamento nei confronti delle persone osservate. Insieme, si cerca di capire il comportamento osservato in riferimento all'obiettivo comune di un utilizzo sistematico e corretto della checklist. La persona che fornisce il riscontro sa a sua volta che anche il suo comportamento e le sue valutazioni sono influenzate da schemi mentali, e sarà portata a metterli in discussione e a rifletterci. Un riscontro di uno-tre minuti non basta a raggiungere una tale profondità, ma può essere utile per avviare processi di riflessione.

5.5.2 | Riscontro secondo la tecnica dei tre passi

Il riscontro strutturato in tre passi è una tecnica volta a fornire all'équipe osservata informazioni obiettive e trasparenti sul comportamento tenuto durante il processo della checklist e a coinvolgerla attivamente nel dialogo (11).

Il riscontro è strutturato come segue:

1. dapprima si descrive che cosa è stato osservato concretamente. La descrizione dovrebbe essere quanto più possibile specifica, chiara e obiettiva;
2. la persona che fornisce il riscontro espone in modo trasparente il suo punto di vista sulla situazione descritta. Ciò può avvenire con una valutazione, una dichiarazione o una trasmissione di conoscenze;
3. la domanda aperta e priva di giudizio consente ai partecipanti di esporre attivamente il loro punto di vista e di trarne le conclusioni.

Tabella 5: riscontro secondo la tecnica dei tre passi

| Osservazione | Valutazione, trasmissione di conoscenze, affermazione | Domanda |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Vorrei affrontare una questione. Ho notato che... | Dal mio punto di vista... Ciò potrebbe essere all'origine di un problema di sicurezza, perché... Secondo le nostre direttive, dovrebbe... | Come la vedete? Che cosa ne pensate? |

È importante che le persone osservate abbiano la possibilità (terzo passo) di esprimersi sul riscontro, perché per gli adulti il sistema migliore per imparare è trarre autonomamente le proprie conclusioni (11). Al contrario, un riscontro unidirezionale rende passivi i partecipanti (32).

Il riscontro non deve per forza evidenziare un comportamento critico, può essere utilizzato anche per rafforzare quelli positivi. La tecnica dei tre passi andrebbe adottata anche per apprendere da esperienze positive.

Sicurezza dei pazienti Svizzera ha sviluppato una pocketcard (v. allegato IV) che descrive la procedura concreta dai saluti iniziali al commiato e fornisce proposte di formulazione. È disponibile all'indirizzo <https://www.securitedespatients.ch/programmes-progress/com-check-securite-chirurgicale/>

5.5.3 | Riscontri complessi

Possono verificarsi situazioni difficili se non è stato chiesto il consenso al riscontro e l'équipe osservata non è pronta oppure se la persona che lo formula non è in grado di assumere il necessario atteggiamento positivo e basato sull'apprezzamento (v. punto 5.5.1) o la valutazione contiene messaggi nascosti.

Gli errori seguenti sarebbero da evitare nel formulare il riscontro (11).

- Non generalizzare: «Ritengo che la comunicazione da noi sia alquanto lacunosa.»
- Presumere: «Sospetto che ciò sia avvenuto perché...»
- Porre domande in cui l'équipe deve tirare a indovinare: «Qual è stato l'errore secondo voi?..»
- Porre domande in cui già è contenuta la risposta: «Non pensate che sarebbe stato meglio...»
- Inserire convinzioni personali in una domanda: «Avete veramente intenzione di...?»



Con il secondo passo (la valutazione), la persona che formula il riscontro prende posizione in modo chiaro e trasparente su una situazione concreta osservata. La trasparenza e la chiarezza creano fiducia. Badate a non far fare brutte figure o umiliare singoli membri dell'équipe.

Rilevamento dati 2021 programma COM-Check: osservazione e riscontro

Nel 64% dei casi, le équipe chirurgiche hanno reagito per lo più positivamente al riscontro, solo nell'1% dei casi per lo più negativamente. Nel restante 35% dei casi, la reazione è stata mista o neutra. Quando sono stati discussi dubbi, la reazione è stata per lo più positiva addirittura nell'80% dei casi.

Valutazione programma COM-Check 2021

In sede di valutazione del programma, il 78% delle persone interpellate ha dichiarato di essersi sentito a proprio agio nello svolgere l'osservazione e nel formulare il riscontro. Il 74% ha confermato che si sarebbe messo di nuovo a disposizione in un'altra occasione.

Maggiori informazioni sulla fonte di dati a pag. 7

« Al momento del sign in, è difficile formulare il riscontro, soprattutto se negativo, con il paziente sveglio. »

5.5.4 | Monitoraggio del riscontro

A titolo opzionale, possono essere rilevati dati sul riscontro. Sulla scorta dei temi affrontati, il team di progetto e di osservazione può individuare punti di forza e potenziale di miglioramento, e proporre misure di ottimizzazione concrete.

La tabella 6 riporta i criteri per il rilevamento del riscontro utilizzati nel quadro del programma COM-Check.

Tabella 6: criteri per il rilevamento del riscontro

| Criterio | Formato delle risposte |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Riscontro fornito immediatamente | Sì No In un altro momento |
| Motivi del mancato riscontro | Situazione acuta Grande pressione temporale Tensioni in seno all'équipe Riscontro rifiutato Altro: campo di testo |
| Tema del riscontro | Campo di testo |
| Focalizzazione del riscontro | Rafforzamento del comportamento positivo Individuazione di potenziale di miglioramento Discussione di dubbi |
| Necessità di un'elaborazione successiva in seno al gruppo di progetto | Sì No |
| Reazione dell'équipe chirurgica al riscontro | Positivamente, con interesse In modo neutro Mista (alcuni membri con interesse, altri no) Rifiuto, osservazioni negative |
| Durata del riscontro | < 1 minuto 1-3 minuti > 3 minuti |

5.6 | Preparare gli strumenti per il rilevamento dei dati

Prima del rilevamento dei dati, vanno preparati gli appositi strumenti, uno per la misurazione della frequenza della compliance (v. punto 5.4.2) e uno per ogni parte della checklist per l'osservazione e il riscontro (v. punti 5.4.3 e 5.5.4). Se in un istituto sono in uso diverse checklist, aumenta anche il numero di strumenti necessari.

Microsoft Forms e Google Forms sono alternative economiche e facili da attuare per il rilevamento elettronico dei dati. Su richiesta (info.securitedespatis.ch), vi mettiamo a disposizione i moduli modello, i quali possono essere compilati direttamente sul cellulare o sul tablet al momento dell'osservazione e del riscontro oppure essere stampati, compilati a mano e infine digitalizzati.



È importante verificare in particolare che la matrice di rilevamento per la valutazione dell'elaborazione corrisponda a livello di sequenza e di formulazione degli item a quanto riportato sulla checklist. La formazione dovrebbe essere svolta con gli strumenti che saranno poi ufficialmente in uso.

« Serve un sistema di rapporto che consenta un monitoraggio in tempo reale per raggiungere un grado di attenzione più elevato. »

5.7 | Esercitare l'osservazione e la formulazione del riscontro

L'osservazione e la formulazione del riscontro sono capacità che devono essere trasmesse e poi esercitate, competenze che possono tornare utili anche in altri ambiti, come la conduzione o l'insegnamento.

Nel quadro del programma COM-Check, è stata svolta una giornata di formazione per il team interprofessionale di progetto e di osservazione, durante la quale sono state trasmesse conoscenze sulla definizione e sul rilevamento della compliance, nonché sulla tecnica del riscontro in tre passi. La valutazione della completezza e della qualità dell'utilizzo della checklist, l'impiego corretto dello strumento di osservazione e la formulazione del riscontro sono stati esercitati con l'ausilio di video didattici neozelandesi (25). È emerso che l'esercitazione con video provenienti da altre aree culturali, con una diversa comprensione dei ruoli nell'elaborazione della checklist e altri item risulta un po' astratta e necessita di un ulteriore adeguamento alle caratteristiche del proprio istituto.

Per questo motivo, Sicurezza dei pazienti Svizzera raccomanda di svolgere le formazioni sul rilevamento della compliance esclusivamente nel proprio ospedale per tutto il team interprofessionale di progetto e di osservazione. La valutazione della completezza e della qualità dell'utilizzo della checklist deve poter essere esercitata in situazioni reali, per esempio nella propria sala operatoria o mediante video creati autonomamente, e servendosi dello strumento di osservazione adeguato al proprio istituto. La giornata di formazione è stata altresì utile per discutere in seno all'équipe interprofessionale delle aspettative in merito a un corretto utilizzo della checklist e a confrontarle con le direttive interne. La formulazione del riscontro secondo la tecnica dei tre passi viene dunque esercitata in uno scenario protetto, reale e tipico per l'istituto in questione.



Preparate la giornata di formazione in modo che il team interprofessionale di progetto e di osservazione possa esercitarsi in un contesto quanto più possibile reale. I moduli di rilevamento (v. punto 5.6) della compliance dovrebbero essere quelli poi utilizzati ufficialmente. Se i dati vengono rilevati in formato elettronico, devono essere disponibili e testati i dispositivi del caso (cellulari, tablet).

L'osservazione e la formulazione del riscontro sono competenze che devono essere sviluppate. Apprendete le tecniche nel contesto protetto di una formazione interna ed esercitatevi poi in seno al team di progetto e di osservazione. Potete avvalervi a tale scopo dei video didattici utilizzati nel programma pilota nazionale e realizzati dal team di ricerca neozelandese dell'Università di Auckland per allenare l'impiego dello strumento di osservazione WHOBARS (25). Ve li mettiamo volentieri a disposizione su richiesta (info@securitedespatients.ch). Iniziate a introdurre l'osservazione e la formulazione del riscontro in seno a équipe chirurgiche interessate a elaborare correttamente la checklist e aperte a esperienze di apprendimento.

«**Dopo il decimo riscontro abbiamo constatato un miglioramento a livello di chiarezza. Si osserva un effetto di apprendimento man mano che ci si esercita.**»

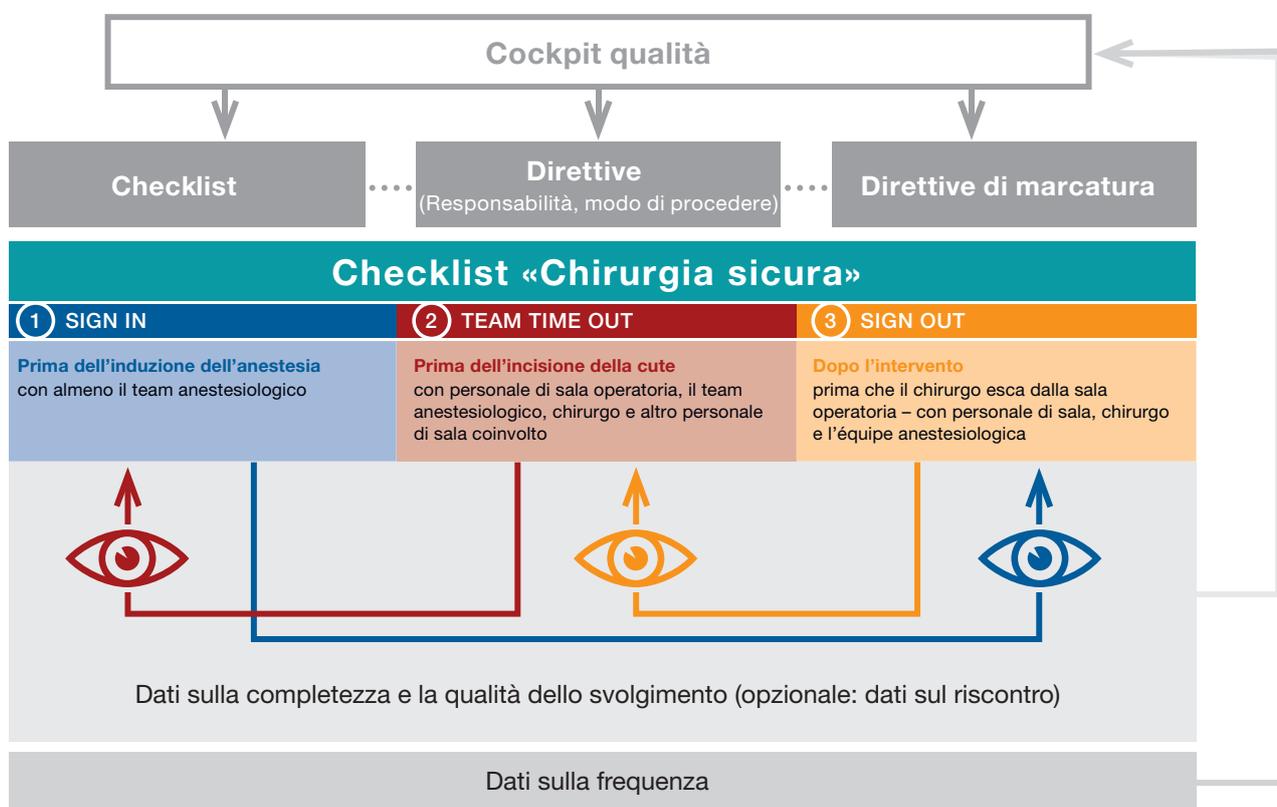
5.8 | Implementare i miglioramenti e pianificare i rilevamenti successivi

Il monitoraggio della compliance è parte di un processo di miglioramento continuo. I dati raccolti in un periodo di misurazione devono essere analizzati e comunicati (internamente) (v. punto 5.3), e se necessario vanno adottate misure di miglioramento, per esempio complementi alle direttive per lo svolgimento.

« L'incremento della compliance è stato indicato tra gli obiettivi annuali in materia di qualità. »

« Le cifre inerenti alla compliance vengono pubblicate nel rapporto sulla qualità. »

Figura 3: monitoraggio della compliance nel processo di miglioramento continuo



Sicurezza dei pazienti Svizzera raccomanda di implementare stabilmente il concetto di monitoraggio e di ripetere regolarmente i rilevamenti (incl. osservazione e riscontro). Se all'inizio vengono riscontrate importanti lacune per quanto concerne la frequenza, la completezza o la qualità dell'utilizzo della checklist, si consigliano misurazioni a cadenza semestrale. Se invece l'utilizzo si attesta su buoni livelli, bastano cicli annuali.

« Le osservazioni con relativo riscontro devono essere ripetute, altrimenti finiscono nel dimenticatoio. »

« Quando abbiamo introdotto la checklist, eravamo dell'opinione che la presentazione dell'équipe al momento del team time out non fosse necessaria. Nel frattempo, il notevole numero di medici convenzionati l'ha resa imprescindibile. »

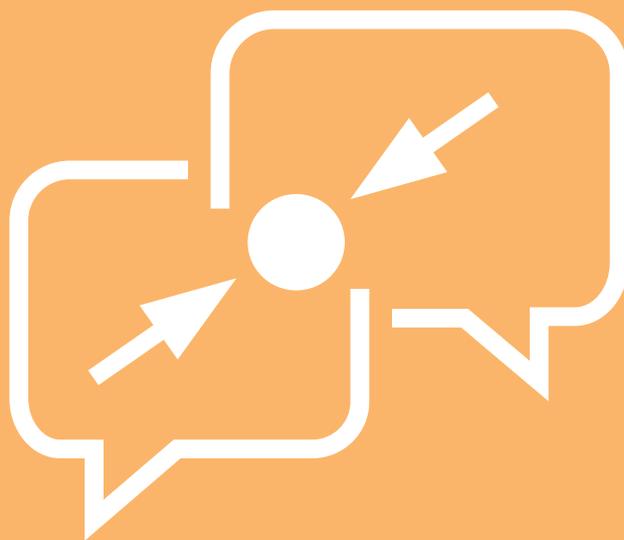
Dato che l'autovalutazione ha gli svantaggi di misurarsi con i propri riferimenti e di avere punti ciechi, Sicurezza dei pazienti Svizzera consiglia ai membri del team di osservazione di guardare anche le parti della checklist che ricadono nel settore di responsabilità di un altro gruppo professionale. Il personale chirurgico e infermieristico dovrebbe dunque osservare anche il sign in, e il personale anestesiologicalo anche il sign out (v. figura 3).

Dopo un periodo di misurazione, i dati raccolti vengono analizzati in considerazione dei temi del riscontro, i risultati vengono discussi in seno all'équipe chirurgica e, all'occorrenza, vengono attuate misure di miglioramento. Esempi di misure di tale genere si trovano nel rapporto di sintesi (28) o sono stati menzionati dai partecipanti durante lo scambio di esperienze nell'ambito del programma COM-Check.

« Da noi, il personale anestesiologicalo ha osservato il sign in e il personale infermieristico il team time out. Temevamo potessero esserci problemi se il riscontro proveniva da un altro gruppo professionale. »

« Noi abbiamo fatto esattamente l'opposto, le varie parti della checklist sono state osservate da altri gruppi professionali, per esempio il team time out dal personale anestesiologicalo. »

« Abbiamo fatto esperienze positive, in futuro puntiamo ad assegnare le osservazioni a membri di un'altra sede. »





6 | Bibliografia

1. Bezzola P, Hochreutener MA, Schwappach DLB, Patientensicherheit S für. Operation Sichere Chirurgie. Die chirurgische Checkliste und ihre Implementierung: Kultur-Team-Tools. Schriftenreihe Nr. 5. Zürich: Stiftung Patientensicherheit Schweiz; 2012.
2. Cullati S, Le Du S, Raë A-C, Micallef M, Khabiri E, Ourahmoune A, et al. Is the Surgical Safety Checklist successfully conducted? An observational study of social interactions in the operating rooms of a tertiary hospital. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2013 Aug;22(8):639–46. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjqs-2012-001634>
3. Levy SM, Senter CE, Hawkins RB, Zhao JY, Doody K, Kao LS, et al. Implementing a surgical checklist: More than checking a box. *Surgery* [Internet]. 2012 Sep;152(3):331–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.surg.2012.05.034>
4. Schwendimann R, Blatter C, Lüthy M, Mohr G, Girard T, Batzer S, et al. Adherence to the WHO surgical safety checklist: an observational study in a Swiss academic center. *Patient Saf Surg* [Internet]. 2019 Dec 12;13(1):14. Available from: <https://pssjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13037-019-0194-4>
5. Rydenfält C, Johansson G, Odenrick P, Åkerman K, Larsson PA, et al. Compliance with the WHO Surgical Safety Checklist: deviations and possible improvements. *Int J Qual Heal Care* [Internet]. 2013;25(2):182–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzt004>
6. Vogts N, Hannam JA, Merry AF, Mitchell S. Compliance and quality in administration of a Surgical Safety Checklist in a tertiary New Zealand hospital. *J New Zeal Med Assoc.* 2011;124(1342):48–58.
7. Mayer EK, Sevdalis N, Rout S, Caris J, Russ S, Mansell J, et al. Surgical Checklist Implementation Project. *Ann Surg* [Internet]. 2016 Jan;263(1):58–63. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00000658-201601000-00010>
8. Biffi WL, Gallagher AW, Pieracci FM, Berumen C. Suboptimal compliance with surgical safety checklists in Colorado: A prospective observational study reveals differences between surgical specialties. *Patient Saf Surg.* 2015;9(5):10.1186/s13037-014-0056-z.
9. Degani A, Wiener EL. Cockpit Checklists: Concepts, Design, and Use. *Hum Factors* [Internet]. 1993;35(2):28–43. Available from: <http://ti.arc.nasa.gov/m/profile/adevani/CockpitChecklists.pdf>
10. Gawande A. *The Checklist Manifesto. How to Get Things Right.* 2nd ed. London: Profile Books LTD; 2011.
11. *Safe Surgery Checklist Implementation Guide* [Internet]. Boston MA: Ariadne Labs; 2015. Available from: www.ariadnelabs.org
12. Pennington B, Garside J. The perioperative Team Brief: A patient safety initiative or another tick-box exercise? *J Perioper Pract.* 2019;0(0):1–5.
13. Fridrich A, Imhof A, Schwappach DLB. How Much and What Local Adaptation Is Acceptable? A Comparison of 24 Surgical Safety Checklists in Switzerland. *J Patient Saf* [Internet]. 2021 Apr 14;17(3):217–22. Available from: <https://journals.lww.com/10.1097/PTS.0000000000000802>
14. Goodrich DE, Miake-Lye I, Braganza MZ, Wawrin N KA. Quality Enhancement Research Initiative. QUERI Roadmap for Implementation and Quality Improvement [Internet]. 2020. Available from: www.queri.research.va.gov/tools/roadmap/
15. Wiltsey Stirman S, Baumann AA, Miller CJ. The FRAME: an expanded framework for reporting adaptations and modifications to evidence-based interventions. *Implement Sci* [Internet]. 2019 Dec 6;14(1):58. Available from: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-019-0898-y>
16. Douglas N, Demeduk S, Conlan K, Salmon P, Chee B, Sullivan T, et al. Surgical caps displaying team members' names and roles improve effective communication in the operating room: a pilot study. *Patient Saf Surg* [Internet]. 2021 Dec 28;15(1):27. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13037-021-00301-w>
17. Haugen AS, Wæhle HV, Almeland SK, Harthug S, Sevdalis N, Eide GE, et al. Causal Analysis of World Health Organization's Surgical Safety Checklist Implementation Quality and Impact on Care Processes and Patient Outcomes. *Ann Surg* [Internet]. 2019 Feb;269(2):283–90. Available from: <http://journals.lww.com/00000658-201902000-00016>
18. Bathla S, Chadwick M, Nevins EJ, Seward J. Preoperative Site Marking: Are We Adhering to Good Surgical Practice? *J Patient Saf* [Internet]. 2021 Sep;17(6):e503–8. Available from: http://journals.lww.com/journalpatientsafety/Abstract/publishahead/Preoperative_Site_Marking___Are_We_Adhering_to.99486.aspx
19. Sendlhofer G, Leitgeb K, Kober B, Brunner G, Tax C, Kamolz L-P. Neue Wege zur Evaluierung von patientensicherheitsrelevanten Aspekten: Feedback-Patientensicherheit. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* [Internet]. 2016;114:13–27. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.zefq.2016.05.008>
20. Brown B, Gude WT, Blakeman T, van der Veer SN, Ivers N, Francis JJ, et al. Clinical Performance Feedback Intervention Theory (CP-FIT): a new theory for designing, implementing, and evaluating feedback in health care based on a systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *Implement Sci* [Internet]. 2019 Dec 26;14(1):40. Available from: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-019-0883-5>

21. van Klei WA, Hoff RG, van Aarnhem EEHL, Simmermacher RKJJ, Regli LPEE, Kappen TH, et al. Effects of the Introduction of the WHO "Surgical Safety Checklist" on In-Hospital Mortality. *Ann Surg* [Internet]. 2012 Jan;255(1):44–9. Available from: http://journals.lww.com/annalsofsurgery/Fulltext/2012/01000/Effects_of_the_Introduction_of_the_WHO_Surgical.8.aspx
22. Giles K, Munn Z, Aromataris E, Deakin A, Schultz T, Mandel C, et al. Use of surgical safety checklists in Australian operating theatres: an observational study. *ANZ J Surg* [Internet]. 2017 Dec;87(12):971–5. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ans.13638>
23. Anderson KT, Bartz-Kurycki MA, Masada KM, Abraham JE, Wang J, Kawaguchi AL, et al. Decreasing intraoperative delays with meaningful use of the surgical safety checklist. *Surgery* [Internet]. 2018 Feb;163(2):259–63. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S003960601730538X>
24. Russ S, Rout S, Caris J, Mansell J, Davies R, Mayer E, et al. Measuring Variation in Use of the WHO Surgical Safety Checklist in the Operating Room: A Multicenter Prospective Cross-Sectional Study. *J Am Coll Surg* [Internet]. 2015 Jan;220(1):1–11.e4. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1072751514017190>
25. Devcich DA, Weller J, Mitchell SJ, McLaughlin S, Barker L, Rudolph JW, et al. A behaviourally anchored rating scale for evaluating the use of the WHO surgical safety checklist: development and initial evaluation of the WHOBARS. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2016 Oct;25(10):778–86. Available from: <http://qualitysafety.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjqs-2015-004448>
26. El-Shafy IA, Delgado J, Akerman M, Bullaro F, Christopherson NAM, Prince JM. Closed-Loop Communication Improves Task Completion in Pediatric Trauma Resuscitation. *J Surg Educ* [Internet]. 2018 Jan;75(1):58–64. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsurg.2017.06.025>
27. Härgestam M, Lindkvist M, Brulin C, Jacobsson M, Hultin M. Communication in interdisciplinary teams: exploring closed-loop communication during in situ trauma team training. *BMJ Open* [Internet]. 2013 Oct;3(10):e003525. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2013-003525>
28. Imhof A, Niederhauser A, Häsler L. «progress! COM - Check – Sichere Chirurgie» Phase I - Synthesebericht 2019 [Internet]. 2019. Available from: https://www.patientensicherheit.ch/fileadmin/user_upload/1_Projekte_und_Programme/progress_COM-Check/Synthesebericht_Erhebung_COM-Check_Juni2019.pdf
29. Rudolph JW, Simon R, Dufresne RL, Raemer DB. There's No Such Thing as "Nonjudgmental" Debriefing: A Theory and Method for Debriefing with Good Judgment. *Simul Healthc J Soc Simul Healthc* [Internet]. 2006;1(1):49–55. Available from: <http://journals.lww.com/01266021-200600110-00006>
30. Rudolph JW, Simon R, Rivard P, Dufresne RL, Raemer DB. Debriefing with Good Judgment: Combining Rigorous Feedback with Genuine Inquiry. *Anesthesiol Clin* [Internet]. 2007 Jun;25(2):361–76. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1932227507000237>
31. Edmondson A. Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams. *Adm Sci Q* [Internet]. 1999 Jun 24;44(2):350–83. Available from: <http://asq.sagepub.com/content/44/2/350.abstract>
32. Tannenbaum SI, Cerasoli CP. Do Team and Individual Debriefs Enhance Performance? A Meta-Analysis. *Hum Factors J Hum Factors Ergon Soc* [Internet]. 2013 Feb 4;55(1):231–45. Available from: <http://hfs.sagepub.com/content/55/1/231.abstract>

Allegato I: item di controllo e di esortazione della checklist chirurgia sicura

Distinzione cromatica tra item di controllo e di esortazione

Checklist «Chirurgia sicura»

1 SIGN IN

Prima dell'induzione dell'anestesia

con almeno l'équipe anestesiologicala

Verifica (e conferma da parte della/del paziente)

- Identità:** cognome, nome, data di nascita
- Tipo d'intervento**
- Sito chirurgico**
- Tecnica anestesiologicala programmata**
- Informazione – consenso del paziente** (chirurgia e anestesia)

- Verifica della marcatura** (confronto con la cartella clinica e, se possibile, coinvolgimento attivo della/del paziente)
- Nessuna marcatura coerentemente alle direttive interne

- Verifica dell'esecuzione dei controlli di sicurezza anestesiologicali** (apparecchi anestesiologicali/ respiratori, monitoraggio quali ECG, pulsossimetro, pressione arteriosa e farmaci)

Rischi specifici per la/il paziente*

Allergie note?

- No
- Sì (da indicare)

Difficoltà delle vie aeree / rischio di aspirazione aumentato?

- No
- Sì, disponibilità degli apparecchi / del personale necessari

Rischio di perdite ematiche > 500 ml?

(7 ml/kg per i bambini)

- No
- Sì, sono presenti accessi venosi/sostituti ematici sufficienti

- Controllo dell'assegnazione alla sala operatoria corretta**

2 TEAM TIME OUT

Prima dell'incisione della cute

con personale di sala operatoria, équipe anestesiologicala, chirurgo e altro personale di sala coinvolto

- Presentazione di tutti i membri dell'équipe** (nome e ruolo)

Conferma attiva da parte di tutti i membri dell'équipe presenti e/o dei gruppi specialistici rilevanti

- Identità:** cognome, nome, data di nascita
- Tipo d'intervento**
- Sito chirurgico** (marcatura)
- Posizionamento corretto**

Verifica della profilassi antibiotica

- Somministrazione tempestiva (normalmente entro un intervallo di tempo di 60 minuti prima dell'incisione)?
- È stato preparato l'antibiotico per recidive intra-operatorie in caso di necessità?
- Non indicato

Anticipazione di potenziali eventi critici

Équipe anestesiologicala

- Rischi specifici per il paziente**

Chirurgo

- Fasi operatorie critiche o inusuali**
- Durata dell'intervento**
- Perdita ematica prevista**

Personale di sala operatoria

- Conferma della sterilità** (strumenti, materiale, indicatori di sterilità inclusi)

- Particolarità in merito alle attrezzature e altri dubbi**

Radiografie, ecografie, immagini di RMN ecc. necessarie del paziente corretto, lato corretto

- Presenti
- Non applicabile

Impianti corretti

- Disponibili/presenti
- Non applicabile

3 SIGN OUT

Dopo l'intervento

prima che il chirurgo esca dalla sala operatoria – con personale di sala, chirurgo e l'équipe anestesiologicala

Descrizione degli interventi eseguiti*

Conferma

- Conta corretta di strumenti, teli, tamponi, aghi ecc.**
- Non applicabile
- Identificazione corretta dei campioni e abbinamento con i moduli di laboratorio e con l'etichettatura delle provette / dei contenitori di laboratorio** (definizione, cognome, nome, data di nascita)
- Non applicabile

Problemi di materiali e attrezzature?

- No
- Sì (da indicare)

Chirurgo, équipe anestesiologicala e personale di sala

- Informazioni sugli aspetti principali per l'assistenza postoperatoria e per la continuazione del trattamento di questo paziente**

* A seconda di come l'item viene elaborato (vedi capitolo 4.2, capitolo 4.7), l'item della checklist può essere definito come un item di controllo o come un item di esortazione. In questa versione, gli item di esortazione sono evidenziati a colori.



sicurezza dei pazienti svizzera



Per le istruzioni e i consigli sull'uso e l'implementazione, si veda la pubblicazione n° 5 «Operazione chirurgia sicura» della Fondazione per la Sicurezza dei Pazienti © Sicurezza dei Pazienti Svizzera «Chirurgia sicura» (Versione 1, 2012; revisione 2021: adeguamento della ortografia, del design e linguaggio sensibile al genere)

Allegato II: modello strumento per il rilevamento della frequenza

| | |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cifra chiave per identificare l'intervento | Campo di testo <i>Numero anonimo del caso o numerazione progressiva di tutti gli interventi durante il periodo di misurazione</i> |
| Data (dell'intervento) | Campo di testo (p.es. 7 gennaio 2021) |
| Ora (inizio dell'intervento) | Campo di testo (p.es. ore 8.30) <i>Stabilire internamente l'ora esatta, per esempio il momento dell'incisione</i> |
| Ambulatoriale/stazionario | Ambulatoriale Stazionario |
| Disciplina chirurgica | Chirurgia viscerale Ortopedia Ginecologia ecc. <i>Elenco delle discipline chirurgiche del vostro istituto, risp. che intendete rilevare secondo gli obiettivi di monitoraggio</i> |
| Intervento elettivo/d'urgenza | Elettivo D'urgenza <i>Opzionale: incl. premura dell'urgenza</i> |
| Anestesia | Totale Regionale Locale |
| <i>Opzionale: sede</i> | <i>Sede A</i> <i>Sede B</i> |
| <i>Opzionale: chirurgo</i> | <i>Interno</i> <i>Medico convenzionato</i> |
| <i>Opzionale: altre parti della checklist, come preoperatorio in reparto</i> | <i>Elaborate completamente</i> <i>In parte</i> <i>Non elaborate</i> <i>Opzionale: data presente (si/no),</i> <i>firma presente (si/no)</i> |
| Sign in | Elaborate completamente In parte Non elaborate <i>Opzionale: data presente (si/no),</i> <i>firma presente (si/no)</i> |
| Team time out | Elaborate completamente In parte Non elaborate <i>Opzionale: data presente (si/no),</i> <i>firma presente (si/no)</i> |
| Sign out | Elaborate completamente In parte Non elaborate <i>Opzionale: data presente (si/no),</i> <i>firma presente (si/no)</i> |
| Commenti/osservazioni (facoltativo) | Campo di testo |

Allegato III: modello strumento di osservazione per il rilevamento della completezza e della qualità

Esempio con il sign in (opzionale: incl. riscontro)

| Cifre chiave generali (compilare prima dell'osservazione) | |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Opzionale: osservatore/trice</i> | Chirurgo/a Anestesista Infermiere/a chirurgia e anestesista Gestione chirurgica Gestione del rischio e della qualità Altro: campo di testo |
| Data | Campo di testo (p.es. 7 gennaio 2019) |
| Ora | Campo di testo (p.es. ore 8.30) |
| Ambulatoriale/stazionario | Ambulatoriale Stazionario |
| Disciplina chirurgica | Chirurgia viscerale Ortopedia Ginecologia ecc. <i>Elenco delle discipline chirurgiche del vostro istituto, resp. che intendete rilevare secondo gli obiettivi di monitoraggio</i> |
| Intervento elettivo/d'urgenza | Elettivo D'urgenza <i>Opzionale: incl. premura dell'urgenza</i> |
| Anestesia | Totale Regionale Locale |
| <i>Opzionale: sede</i> | <i>Sede A</i> <i>Sede B</i> |
| <i>Opzionale: chirurgo</i> | <i>Interno</i> <i>Medico convenzionato</i> |
| Sign in svolto? | Sì, proseguire con inizio e svolgimento No, proseguire con le domande sul riscontro |
| Inizio e svolgimento sign in | |
| Chiaro segnale di inizio | Sì In parte No |
| Chi conduce il sign in? | Anestesista Infermiere/a anestesista Altro: campo di testo |
| Momento giusto | Sì, prima dell'induzione dell'anestesia No, troppo presto No, troppo tardi |
| Tutti presenti | Sì No |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Se no, chi mancava? | Anestesista Infermiere/a anestesista Altro: campo di testo |
| Tutti sospendono il lavoro | Sì In parte No |
| Lettura ad alta voce dei punti della checklist | Sì In parte No |
| Elaborazione degli item (sign in) Selezionate ciò che fa al caso. | |
| Identità: cognome, nome, data di nascita | Menzione orale Controllo visivo Risposta fornita Errore scoperto Non elaborato |
| Tipo di intervento | Menzione orale Controllo visivo Risposta fornita Errore scoperto Non elaborato |
| Sito chirurgico | Menzione orale Controllo visivo Risposta fornita Errore scoperto Non elaborato |
| Tecnica anestesiológica programmata | Menzione orale Controllo visivo Risposta fornita Errore scoperto Non elaborato |
| Informazione – consenso del paziente | Menzione orale Controllo visivo Risposta fornita Errore scoperto Non elaborato |
| Verifica della marcatura | Menzione orale Controllo visivo Risposta fornita Errore scoperto Non elaborato |
| Verifica dell'esecuzione dei controlli di sicurezza anestesiológicos | Menzione orale Controllo visivo Risposta fornita Errore scoperto Non elaborato |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Allergie note? | Menzione orale (Controllo visivo) Risposta fornita Errore scoperto Non elaborato |
| Difficoltà delle vie aeree / rischio di aspirazione aumentato? | Menzione orale (Controllo visivo) Risposta fornita Errore scoperto Non elaborato |
| Rischio di perdite ematiche > 500 ml? | Menzione orale (Controllo visivo) Risposta fornita Errore scoperto Non elaborato |
| Controllo dell'assegnazione alla sala operatoria corretta | Menzione orale Controllo visivo Risposta fornita Errore scoperto Non elaborato |
| Valutazione complessiva | |
| La conduzione lungo la checklist è stata chiara e strutturata. | Sì In parte No |
| L'intera équipe ha partecipato attivamente al processo. | Sì In parte No |
| L'atmosfera in seno all'équipe era di apertura e rispetto, e ha sempre consentito lo speak-up. | Sì In parte No |
| Il ritmo di elaborazione della checklist è stato adeguato e tranquillo. | Sì Troppo veloce Troppo lento |
| Quanto veniva detto si è sentito bene. | Sì In parte No |

| Opzionale: riscontro | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>È stato possibile fornire un riscontro all'équipe chirurgica immediatamente dopo l'osservazione?</i> | <i>Sì No In un altro momento</i> |
| <i>Se no, per quali motivi non è stato possibile fornire un riscontro?</i> | <i>Situazione acuta, incidente medico Grande pressione, non c'era tempo Troppa tensione in seno all'équipe Il riscontro è stato rifiutato dall'équipe chirurgica Altro: campo di testo</i> |
| <i>Qual era il tema del riscontro?</i> | <i>Campo di testo</i> |
| <i>Su che cosa si è concentrato il riscontro?</i> | <i>Rafforzamento del comportamento positivo Individuazione di potenziale di miglioramento Discussione di dubbi</i> |
| <i>È necessaria un'elaborazione successiva (p.es. in seno al gruppo di progetto, adeguamento direttiva, gestione della qualità)?</i> | <i>Sì No</i> |
| <i>Come ha reagito l'équipe chirurgica al riscontro?</i> | <i>Positivamente, con interesse In modo neutro Mista (alcuni membri con interesse, altri no) Con un rifiuto, con osservazioni negative</i> |
| <i>Quanto è durato all'incirca il riscontro?</i> | <i>Meno di 1 minuto 1-3 minuti Più di 3 minuti</i> |

COM-Check
Chirurgia sicura

Una squadra – un obiettivo.

COM-Check

Misurare e migliorare la compliance alla checklist

Procedura di osservazione e riscontro

Consigli di formulazione a tergo

Benvenuto

«Salve a tutti, sono (nome, funzione).
Oggi osserverò e valuterò con un apposito strumento lo svolgimento della checklist.
Al termine, vi fornirò un breve riscontro al riguardo.»

Riscontro

«Voglio parlarvi in particolare di un aspetto, altri temi potranno poi essere approfonditi in un secondo tempo.»

Osservazione

«Ho visto che ...»
«Non ho sentito ...»
«Ho apprezzato il fatto che ...»
«Non ho capito ...»

Valutazione

«Dal mio punto di vista, questo dovrebbe ..., perché ...»
«Secondo le direttive ...»
«Lo scopo della checklist è ...»

Coinvolgimento

«Che cosa ne pensate?» / «Che cosa ne pensi (nome)?»

Consenso

«Siete d'accordo se ora vi fornisco un riscontro di al massimo tre minuti?»

Conclusione

«Vi ringrazio per le vostre valutazioni/idee/osservazioni, ne terrò senz'altro presente. Possiamo discutere altre questioni in un secondo tempo. Vi auguro buon lavoro, a presto.»

- 1 Benvenuto**
 - Presentazione personale
 - Breve informazione sull'osservazione e il successivo riscontro
- 2 Osservazione dello svolgimento della checklist**
 - Rilevamento preliminare delle cifre chiave generali
 - Buon posizionamento
 - Osservazione senza intervenire (salvo in presenza di pericolo acuto)
 - Compilazione dello strumento di osservazione durante l'osservazione
- 3 Consenso per il riscontro in seno all'équipe chirurgica**
- 4 Riscontro**
 - Osservazione
 - Valutazione
 - Coinvolgimento
- 5 Conclusione**
 - Disponibilità in caso di ulteriori domande in un secondo tempo
 - Ringraziamento e congedo
- 6 Registrazione del riscontro**
 - Invio dei dati nello strumento di osservazione



patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera

nov. 2021

progress!



COM-Check
Chirurgia sicura

Una squadra – un obiettivo.

COM-Check

progress!

COM-Check
Chirurgia sicura

Una squadra –
un obiettivo.

Spiegazioni sullo strumento di osservazione: Elaborazione di punti della checklist

Crociate ciò che fa al caso per ogni punto della checklist.

| Punti della checklist nel Team time out (TTO) | Spiegazioni | | | | | Non elaborato |
|--------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------|------------------|
| | Menzione orale | Controllo visivo | Risposta fornita | Errore scoperto | Il punto della checklist non è stato richiamato né è stato risposto. | |
| TTO Identità | <input type="checkbox"/> | |
| TTO Tipo d'intervento | <input type="checkbox"/> | |
| TTO Sito chirurgico (marcatura) | <input type="checkbox"/> | |

Le tre elementi della checklist indicate sono esemplari.

www.securitedespatients.ch/programmes-progress/com-check-securite-chirurgicale
Referenza: Pubblicazione 5+ «COM-Check - Chirurgia sicura», Sicurezza dei pazienti Svizzera 2021,
ISBN 978-3-905803-32-7


patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera

Impressum

Editore:
Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera, Zurigo

Impaginazione:
schroederpartners.com

Stampa e correttorato:
Neidhart + Schön Print AG

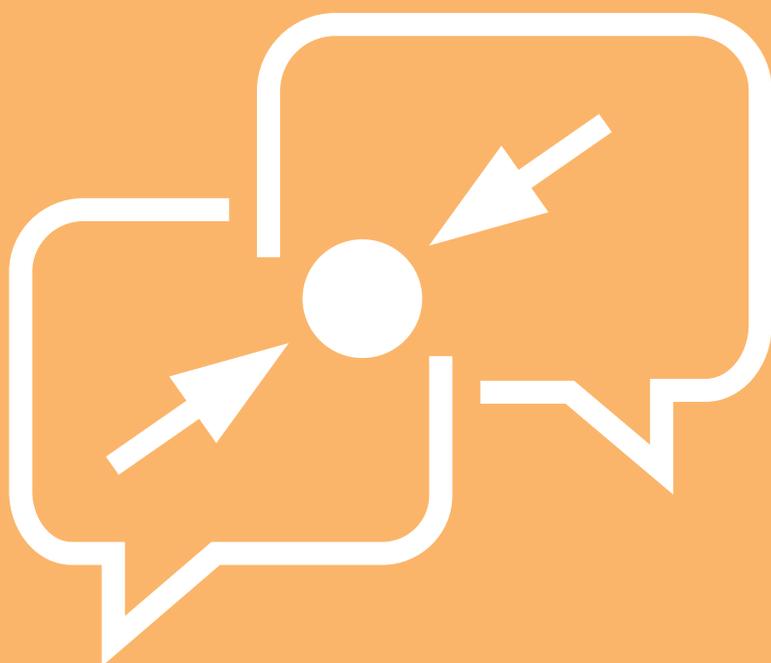
Settembre 2021
© Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera, Zurigo

Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera
Asylstrasse 77
CH-8032 Zurigo
T +41 43 244 14 80
info@securitedespatients.ch

Sede della Fondazione:
c/o Accademia Svizzera delle Scienze Mediche
(ASSM), Basilea

Il presente testo è parte dell'ampia pubblicazione della Fondazione Sicurezza dei pazienti Svizzera su numerosi aspetti della sicurezza dei pazienti e della gestione del rischio clinico. Trovate maggiori informazioni e potete ordinare tutti i documenti al sito www.securitedespatients.ch

Pubblicazione Sicurezza dei pazienti Svizzera



Fondazione per la Sicurezza dei Pazienti
Asylstrasse 77
CH-8032 Zurigo
T +41 (0)43 244 14 80
info@securitedespatients.ch

Sede della Fondazione
c/o Academia Svizzera delle
Scienze Mediche (ASSM),
CH-4051 Basilea

ISBN 978-3-905803-32-7



patient safety switzerland
patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera