



Emissione:
25/03/2010

SIQuAS-VRQ

**Società Italiana
per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria**

Pagina
1 di 11

L'Audit Clinico: come realizzarlo in pratica

Benjamin, Andrea

Questo documento deve essere citato come: Benjamin A. "Audit: how to do it in practice". BMJ May 2008; 336: 1241 - 1245 [Traduzione italiana in "Raccomandazioni sull'Audit Clinico. SIQuAS-VRQ", Milano, 2010].

Per la parte introduttiva e propedeutica alle Raccomandazioni, il Gruppo di Lavoro SIQuAS-VRQ sull'Audit Clinico non ha redatto un documento apposito, ma ha chiesto ed ottenuto l'autorizzazione dell'autrice e del BMJ Publishing Group a tradurre in Italiano e riprodurre il seguente lavoro che corrisponde esattamente alle stesse esigenze.

La traduzione è stata effettuata da Fulvia Andri e rivista dal Gruppo di Lavoro SIQuAS-VRQ sull'Audit Clinico in data 12.12.2009.

Prima pubblicazione online: 25.3.2010 su www.siquas.it

Nel Regno Unito, nei primi due anni successivi al conseguimento della laurea, ai medici viene richiesto di realizzare un audit¹.

L'obiettivo dell'audit è di effettuare una misurazione della pratica assistenziale in riferimento ad una serie di standard. A differenza dell'attività di ricerca (in cui ci si pone la domanda, "qual è la cosa giusta da fare?"), in un audit clinico ci si chiede: "stiamo facendo la cosa giusta nel modo giusto?" (1).

L'audit clinico è parte del Governo Clinico, il cui obiettivo è di assicurare che i pazienti ricevano la migliore qualità delle cure. Il Governo Clinico viene sovente definito in riferimento al concetto di *accountability*² delle organizzazioni appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale rispetto al miglioramento continuo della qualità dei servizi che erogano e al mantenimento di elevati standard di assistenza (2).

L'audit può includere la valutazione dei seguenti fattori:

- la struttura che eroga le cure (per esempio, risorse quali la presenza di una *stroke unit* dedicata),
- il processo assistenziale (per esempio, i tempi di attesa negli ambulatori),
- l'esito (*outcome*) delle cure (per esempio, la riduzione della pressione arteriosa in risposta alla terapia).

Inoltre l'audit deve essere trasparente. Non deve essere fonte di conflitti, né esprimere giudizi. L'obiettivo non è quello di individuare un colpevole da far vergognare e biasimare.

L'Audit funziona?

Vi sono evidenze discordanti sul fatto che l'audit funzioni. L'audit e il feedback non si sono dimostrati costantemente efficaci (3). Per ogni storia di successo esiste un progetto conclusosi senza aver potuto dimostrare alcun contributo sostanziale alla qualità dei servizi. La barriera più frequentemente citata che impedisce il successo di un audit clinico è il fatto che le organizzazioni sanitarie non avevano previsto del tempo dedicato e sufficiente a garantire la partecipazione all'audit dei *team* di operatori sanitari (4).

La più recente revisione sistematica ha concluso che fornire agli operatori sanitari dati relativi alla loro *performance* sotto forma di audit e *feedback* può contribuire a migliorare la loro pratica assistenziale (5). Comunque, negli studi inclusi nella revisione, gli effetti prodotti dagli audit facevano registrare un'ampia variabilità, da un effetto apparentemente negativo a uno molto positivo. Quando l'audit risulta efficace, gli effetti variano generalmente da piccoli a moderati. La revisione ha concluso che l'efficacia relativa di un audit e del corrispondente feedback era probabilmente maggiore quando l'aderenza iniziale ad una pratica raccomandata era bassa e quando il feedback era effettuato con maggiore intensità. Tuttavia le evidenze presentate in questa revisione non sono in favore dell'imposizione dell'audit e del feedback come interventi intesi a modificare la pratica assistenziale (5).

Appare ironico che lo strumento utilizzato per misurare se stiamo facendo la cosa giusta nel modo giusto – dove i criteri dell'audit dovrebbero essere ricavati dalle migliori evidenze – non sia di per sé sostenuto da evidenze particolarmente solide. E allora perché continuiamo a realizzare gli audit?

Poiché l'audit fa parte del Governo Clinico, per valutare se i pazienti stiano ricevendo la migliore qualità delle cure è per noi essenziale misurare la pratica assistenziale, per sapere quando dobbiamo modificarla. L'audit ci offre il migliore strumento disponibile per raggiungere questo obiettivo. Un esempio di una storia di successo è l'Audit Nazionale sull'Ictus del Regno Unito (Scozia esclusa), che ha migliorato la qualità delle cure per i pazienti con ictus in tutte e tre le parti del paese (6).

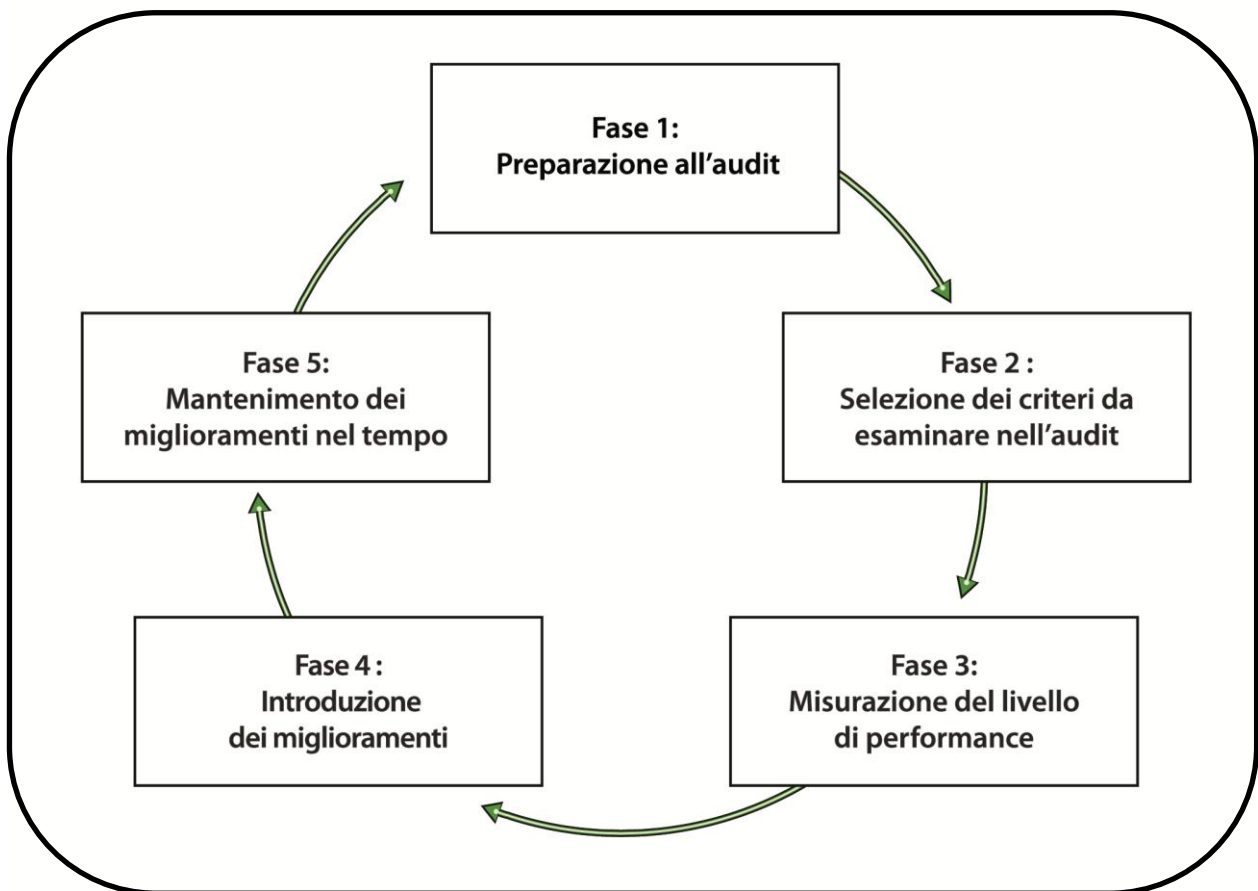


Figura 1 - Il ciclo dell'audit

L'audit è incluso nel *Foundation Programme*ⁱⁱⁱ per consentire a voi, medici che avete recentemente conseguito la laurea, di comprendere come ottenere, mantenere e migliorare i livelli di servizio che erogate ora e che erogherete in futuro. La realizzazione di un audit può anche esservi di aiuto per imparare e comprendere il processo di erogazione dell'assistenza sanitaria in un campo particolare. Può inoltre consentirvi di redigere o affinare un protocollo clinico.

Le barriere che si frappongono alla realizzazione di un audit di successo possono costituire una delle ragioni della mancanza di effetti degli audit trovata in alcuni degli studi considerati nella revisione appena citata. Quindi, nell'effettuare un audit, noi tutti dobbiamo tentare di superare tali barriere.

Come si può realizzare un audit con esito positivo evitando gli insuccessi?

Se conoscete gli ostacoli che più frequentemente ci impediscono di realizzare un audit con esito positivo, potete cercare di evitarli, e realizzare un buon audit evitando un insuccesso.

Mancano evidenze di buona qualità sul metodo di conduzione di un audit. Tuttavia, i due elementi che si sono dimostrati più efficaci per il suo svolgimento, in base alle evidenze tratte da una revisione (7) e dall'opinione degli autori di un articolo (8), sono i seguenti: un ambiente in cui le direzioni dell'Azienda Sanitaria considerino l'audit una priorità, in modo che la sua realizzazione venga incoraggiata e sostenuta; e l'esistenza di un programma strutturato per l'audit, in cui l'Azienda Sanitaria disponga di un ufficio centrale dedicato all'audit clinico che coordini le relative attività e ricomponga i risultati dell'audit per tutta l'Azienda nel suo complesso. In assenza di tali elementi, le probabilità di successo dell'audit si riducono.

Riassunto degli elementi presenti in un audit clinico efficace*

- Un audit clinico deve valutare la struttura, il processo o gli esiti (outcome) dell'assistenza sanitaria
- L'audit dovrebbe far parte di un programma strutturato ed avere un responsabile locale
- Un audit dovrebbe essere, idealmente, multidisciplinare
- I pazienti, idealmente, dovrebbero essere coinvolti nell'audit
- Scegliere i temi dell'audit basandosi sul rischio elevato, alti volumi o costi elevati, oppure facendo riferimento agli audit clinici nazionali, al National Service Framework, o alle Linee Guida NICE
- Ricavate gli standard da linee guida di buona qualità
- Utilizzate piani d'azione per superare le barriere locali al cambiamento e individuate i soggetti responsabili del miglioramento dei servizi
- Ripetete l'audit per verificare se siano stati implementati miglioramenti dell'assistenza erogata in seguito alla realizzazione dell'audit clinico
- Mettete a punto meccanismi e sistemi specifici per monitorare e mantenere nel tempo i miglioramenti dei servizi una volta completato il ciclo di audit previsto

*Testo tratto da "A practical Handbook for Clinical Audit" (Un manuale pratico per gli audit clinici)

La maggior parte delle aziende sanitarie dovrebbe nominare un responsabile dell'audit clinico, che avrà il compito di creare ed applicare la strategia per l'audit clinico, definendone le priorità ed implementando un programma di audit.

I dati utilizzati per l'audit vengono generalmente raccolti con un approccio retrospettivo. Tuttavia una raccolta prospettica dei dati può fornire al team un feedback immediato sulla propria performance attuale e fungere da rinforzo positivo per il miglioramento o il mantenimento della pratica assistenziale. Un audit prospettico richiede abitualmente la disponibilità di valide risorse in termini di information technology (4;9;10).

Il ciclo e la spirale dell'audit

L'audit clinico può essere descritto come un processo sistematico ciclico o a spirale (si veda la Figura 1) con l'obiettivo finale di migliorare l'assistenza erogata. L'immagine della spirale suggerisce che con la continuazione del processo ciascun ciclo aspira a un livello di qualità più elevato.

Fase 1: Preparazione all'audit

Individuate il problema e le risorse locali disponibili per l'audit

La selezione di un tema per la realizzazione dell'audit dipende dagli obiettivi dell'audit stesso e con tutta probabilità comporterà la necessità di misurare l'aderenza ai processi di erogazione dell'assistenza sanitaria che hanno dimostrato di produrre gli esiti^{iv} migliori per i pazienti.

Considerate anche l'opportunità di tener conto dei punti di vista di tutti gli operatori sanitari coinvolti nelle cure prestate al paziente, come nell'Audit Nazionale sull'Ictus (4;5).

Il *team* clinico ha un ruolo importante nello stabilire le priorità tra le problematiche cliniche da affrontare. Le domande seguenti potranno aiutarvi a selezionare un argomento:

- Il tema prescelto costituisce una priorità per l'organizzazione? Per esempio, sono stati riscontrati problemi in una delle aree seguenti?
 - Volume elevato: per esempio nel caso delle richieste di esecuzione di radiografie del torace nel dipartimento di emergenza,
 - Rischio elevato per il personale: per esempio nel caso di puntura da aghi in un reparto per la cura del paziente con HIV,
 - Alto rischio per i pazienti: come alcune complicanze nel postoperatorio,
 - Costi elevati: come nel caso del trastuzumab per il trattamento del carcinoma della mammella.
- I pazienti hanno raccomandato di affrontare determinati argomenti? Le priorità dei pazienti possono differire notevolmente da quelle individuate dai clinici. Sono stati definiti approcci pratici per coinvolgere i pazienti in tutte le fasi dell'audit (inclusa la progettazione), nella raccolta dati e nell'implementazione del cambiamento (11;12).
- Sono disponibili evidenze valide sulla base delle quali definire gli standard (per esempio, revisioni sistematiche o linee guida cliniche nazionali)?

Reperite le informazioni rilevanti

- Dove potete trovare le linee guida cliniche? Presso il *National Institute for Health and Clinical Excellence* (www.nice.org.uk); la *National Library for Health* (www.library.nhs.uk); e la *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (www.sign.ac.uk).
- Dove potete trovare i criteri da utilizzare per gli audit clinici? Potete ricavarli dalle linee guida cliniche o dalle linee guida degli ospedali locali.
- Dove potete reperire informazioni sugli standard di servizio? ^v
 - Potete ricavarli dai *National Service Frameworks*, che sono strategie a lungo termine definite da vari stakeholder - quali gli operatori sanitari, gli utenti dei servizi e i dirigenti - per introdurre miglioramenti in aree specifiche dell'assistenza sanitaria stabilendo obiettivi misurabili da conseguire in tempi definiti. Per esempio, l'obiettivo di contenere entro un mese il periodo di tempo che intercorre tra la richiesta di visita specialistica d'urgenza stilata dal medico di base per sospetta neoplasia e l'inizio della terapia.(13)
 - Potete inoltre ottenere le predette informazioni presso il *National Centre for Health Outcomes Development* (<http://nchod.uhce.ox.ac.uk>)

- Presso la *Health Commission Wales (Specialist Services)* (<http://new.wales.gov.uk/topics/health/hcw/?lang=en>).
- Quali organizzazioni dispongono di informazioni sugli audit clinici? I *Royal College* ed altri organismi professionali. La *Clinical Effectiveness and Evaluation Unit* del *Royal College of Physicians* opera al fine di promuovere gli standard clinici attraverso gli audit, le linee guida e le attività correlate per migliorare l'assistenza sanitaria.

Fase 2. Selezione dei criteri da esaminare nell'audit

Per la definizione di criteri e standard potete utilizzare raccomandazioni ricavate da linee guida di pratica clinica. In tal modo potrete risparmiare tempo e lavoro aggiuntivo.

Definite che cosa state cercando di misurare

I criteri di audit sono delle affermazioni esplicite che definiscono un risultato da misurare. Devono fare riferimento ad aspetti importanti dell'assistenza ed essere ricavati dalle migliori evidenze disponibili. Il riferimento a criteri di selezione espliciti assicurerà che i dati che raccogliete siano precisi e che raccogliate soltanto informazioni essenziali.

Definite standard ideali

Affinché il criterio risulti utile, è necessario definire lo standard (il livello di assistenza da raggiungere per ciascun criterio specifico, che di norma viene espresso in percentuale) (14). Assicuratevi che lo standard prescelto sia realistico per il contesto in cui operate (si veda la scheda con l'esempio operativo).

Anderson, nel suo "*ABC of Audit*", scrive: "Uno standard minimo descrive il livello di performance minimo accettabile. Gli standard minimi sono sovente utilizzati per tracciare una distinzione tra una pratica assistenziale accettabile e una inaccettabile. Uno standard ideale descrive l'assistenza che si dovrebbe poter erogare in condizioni ideali, in assenza di vincoli. Per definizione, è di norma impossibile raggiungere un tale standard. Uno standard ottimale si collocherà in una posizione intermedia tra lo standard minimo e quello ideale. La definizione di uno standard ottimale richiede capacità di giudizio, la discussione e il consenso con gli altri componenti del *team*. Gli standard ottimali rappresentano lo standard di cura che con ogni probabilità potrà venir raggiunto in normali condizioni di pratica assistenziale" (15).

Due esempi di criteri di audit (con standard diversi definiti per ciascun criterio) sono:

- Misurare quale sia la percentuale di pazienti affetti da shock settico ai quali sia stata somministrata una terapia anti-infettiva. Dato che lo shock settico è una condizione morbosa con un elevato tasso di mortalità, sarebbe appropriato mirare ad uno standard del 100%.
- Misurare quale sia la percentuale di pazienti che vengono visitati entro un'ora nel servizio ambulatoriale di reumatologia. In questo caso per il primo audit potrà essere accettabile uno standard dell'80%.

Fase 3: Misurare i livelli di performance

Raccogliete i dati

Alcuni ospedali hanno *team* di audit che possono essere d'aiuto nella raccolta dati. Una scheda costruita appositamente è utile per la raccolta^{vi} delle informazioni e può essere agevolmente ricavata da linee guida e protocolli collaudati. È necessario definire quali pazienti dovranno essere inclusi ed esclusi dall'audit, oltre ai criteri da esaminare nell'audit e il loro periodo di applicazione.

Esempio operativo: come effettuare un Audit perfetto

Fase 1: Preparazione all'Audit

Individuate il problema e le risorse locali disponibili per l'Audit

- Il Dottor Black è un medico al secondo anno del Foundation Programme che lavora nel Reparto di Pneumologia. Un mese dopo l'inizio del suo incarico nota che alcuni pazienti affetti da Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) che soddisfacevano i criteri per l'instaurazione di una terapia con ventilazione non invasiva non sono stati sottoposti al trattamento. Discute la cosa con il suo Consulente, che lo incoraggia a effettuare un Audit.
- Il Dottor Black scopre che il suo ospedale ha un responsabile locale per gli Audit e un Ufficio dedicato agli Audit Clinici. Si mette in contatto con loro, che gli garantiscono la propria assistenza per la conduzione dell'Audit.
- In accordo con il Responsabile Locale Audit, il dottore sceglie le Linee Guida della *British Thoracic Society** sulla ventilazione non invasiva in corso di insufficienza respiratoria acuta e le trova sul sito Web della Società.

Fase 2: Selezione dei criteri

Definite che cosa state cercando di misurare e individuate i gold standard

- Il Dottor Black formula il seguente criterio, derivato dalle Linee Guida della Thoracic Society: "Misurare la percentuale di pazienti con riacutizzazione di Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva con acidosi respiratoria ($\text{pH} < 7,35$), nonostante il massimo trattamento medico oltre la ossigenoterapia controllata, che hanno ricevuto il trattamento con ventilazione non-invasiva".
- Dopo aver discusso la questione con il Team di Pneumologia, il Dottor Black sceglie uno standard al 90%, poichè ritiene che nel contesto dato, come standard ottimale, tale percentuale sia più realistica dello standard ideale del 100%.

Fase 3: Misurazione del livello di performance

Raccogliete i dati

Il Dottor Black decide di raccogliere i dati dalle note redatte dal personale medico sugli ultimi 50 pazienti ricoverati con riacutizzazione di broncopneumopatia cronica ostruttiva. Chiede all'Ufficio Audit di reperire e trasmettergli le note del personale medico. A quel punto redige la seguente check-list (successivamente impiega due pomeriggi per la raccolta dati):

1. Il paziente presenta acidosi respiratoria ($\text{pH} < 7,35$) nonostante il massimo trattamento medico oltre la ossigenoterapia controllata? Sì/No
2. I pazienti sono stati trattati con ventilazione non-invasiva? Sì/No
3. Se i pazienti non sono stati trattati con ventilazione non invasiva, è stato motivato? Sì/No

Confrontate la performance con i criteri

- Il Dottor Black analizza i dati facendo riferimento alla formulazione del Criterio. Quaranta dei cinquanta pazienti considerati presentavano acidosi respiratoria, nonostante il massimo trattamento medico oltre la ossigenoterapia controllata; 31 di questi 40 pazienti (77,5%) sono stati trattati con ventilazione non invasiva.
- La percentuale citata non soddisfa lo standard del 90% e quindi il dottore analizza le ragioni della mancata attuazione della terapia con ventilazione non invasiva in nove dei pazienti considerati. In quattro pazienti l'acidosi respiratoria era stata notata, ma era stata documentata la decisione di continuare il trattamento medico. In due pazienti l'acidosi respiratoria era stata considerata un'acidosi metabolica. Nel caso di altri due pazienti non risultava disponibile l'apparecchiatura per la ventilazione non invasiva e per entrambi i pazienti era stato necessario ricorrere all'intubazione. In un paziente, quando lo specialista aveva preso la decisione di iniziare la ventilazione non invasiva, era risultata necessaria l'intubazione.

Fase 4: Introdurre miglioramenti

- Tre mesi dopo l'inizio del suo incarico, il Dottor Black presenta l'Audit al Dipartimento di Medicina Generale e di Emergenza. C'è consenso che le due principali ragioni che hanno portato al mancato utilizzo della ventilazione non invasiva sono state la mancanza di un numero sufficiente di apparecchiature e le carenti conoscenze da parte del personale medico su quando utilizzarle.
- I direttori sanitari dei Dipartimenti di Medicina Generale e di Emergenza concordano il seguente piano d'azione per il miglioramento dell'utilizzo della ventilazione non invasiva in questi pazienti:
 1. Educare tutto il personale medico in materia di interpretazione dell'emogasanalisi e di utilizzo della ventilazione non invasiva. L'intervento educativo va condotto con l'ausilio di *tutorial* sull'interpretazione dei dati di emogasanalisi da svolgersi due volte l'anno, rivolti a tutti i medici che hanno conseguito la laurea di recente, con corsi di formazione in ventilazione non invasiva. I consulenti di Pneumologia e i medici specialisti debbono tenere i corsi nella prima settimana di servizio per tutti i neoassunti.
 2. Affissione di poster che indichino quando utilizzare la ventilazione non invasiva nei pazienti con broncopneumopatie croniche ostruttive nel Dipartimento di Emergenza e di Medicina Generale. I poster devono essere disegnati dal Direttore Sanitario del Dipartimento di Emergenza e prodotti dal Dipartimento di Illustrazione Medica. Il piano prevede di completare l'affissione dei poster entro i tre mesi successivi.
 3. Sviluppo di un piano economico per aumentare il numero di apparecchiature per la ventilazione non invasiva in ospedale. Il documento deve essere stilato dai Direttori Sanitari dei Dipartimenti di Medicina Generale e di Emergenza e presentato al Direttore Generale entro i tre mesi successivi.

Fase 5: Mantenere i miglioramenti nel tempo

Ripetete l'Audit

- Un anno dopo, benché lavori ormai in gastroenterologia, il Dottor Black ripete l'audit. I primi due cambiamenti previsti dal Piano d'Azione sono stati implementati con successo e ora l'ospedale dispone di tre apparecchiature per la ventilazione non invasiva in più. Il dottore riscontra che il 90% dei pazienti soddisfa i criteri.
- Grazie ai miglioramenti conseguiti, il Dottor Black e il consulente di Pneumologia creano uno strumento di monitoraggio per garantire che tali miglioramenti vengano mantenuti nel tempo. Lo strumento è costituito da una breve checklist riprodotta su un foglio di carta in formato A4. La checklist viene allegata alle note di tutti i pazienti affetti da broncopneumopatie croniche ostruttive. Il documento fornisce una metodica semplice per assicurare che quando tali pazienti soddisfino i criteri per il trattamento con ventilazione non invasiva la terapia venga somministrata in modo appropriato. Lo strumento può essere utilizzato per la raccolta dati retrospettiva e prospettica.
- Quando l'audit verrà ripetuto potrà risultare opportuno fissare lo standard a un livello superiore al 90%.

* La Società prevede di aggiornare la presente linea guida. L'opera di aggiornamento inizierà nel 2008.

I dati potranno essere disponibili in un sistema informatico computerizzato, ma potrà anche essere appropriato raccogliergli manualmente, a seconda del risultato che si intenda misurare. In entrambi i casi dovrete considerare quali dati dovrete raccogliere, dove reperirli e chi li raccoglierà.

Sebbene le cartelle cliniche siano frequentemente utilizzate come fonti di dati, spesso si rivelano incomplete. Raccogliere dati da fonti diverse – quali le cartelle cliniche, i risultati degli esami del sangue ricavati dai sistemi amministrativi di gestione dei pazienti, e da immagini tratte da appositi archivi e dai sistemi di comunicazione – può contribuire a risolvere il problema.

I sistemi informativi elettronici sono utili non soltanto per la raccolta dati, ma anche per migliorare l'accesso alle evidenze della ricerca, promuovendo il cambiamento tramite modelli di documentazione e introducendo sistemi di assistenza modificati.

Suggerimenti per clinici molto impegnati

- Prima di iniziare un audit, informatevi se il vostro ospedale ha un responsabile audit locale. In caso affermativo, contattatelo per ricevere consigli e informazioni
- Scegliete un tema che rispecchi quelli trattati negli audit clinici nazionali, nei national service frameworks, o nelle Linee Guida NICE
- Usate una check-list di Audit. Agevolerà la raccolta dei dati necessari.

Confrontate la performance con i criteri

Questa è la fase dell'analisi.

- Confrontate i dati raccolti con i criteri e gli standard
- Valutate in che misura gli standard siano stati soddisfatti
- Qualora non siano stati soddisfatti, cercate di capire perché.

In teoria, se lo standard non è stato soddisfatto nella misura prevista, esiste un potenziale di miglioramento dell'assistenza erogata. Ricordate, lo standard definito poteva essere del 90%. In pratica, se i risultati sono vicini al 100% di raggiungimento dello standard previsto, potrete decidere che un eventuale ulteriore miglioramento sia difficile da conseguire, e che quindi vorrete dare la priorità, nel vostro piano di azione, ad altri standard, il cui scostamento dal risultato prefissato sia maggiore. Comunque tale decisione dipenderà anche dal tema prescelto. In alcune condizioni morbose a possibile esito infausto sarà importante raggiungere lo standard al 100%.

Fase 4: Introdurre miglioramenti

Implementate il cambiamento

La raccolta dati non potrà produrre alcun impatto se a questa non farà seguito il processo più difficile di implementazione dei cambiamenti. Se avrete completato rapidamente le fasi 1-3 nei vostri quattro mesi di servizio, sarete in grado di presentare i vostri risultati entro questo lasso di tempo.

Una volta presentati e discussi i risultati dell'audit con i membri del team e con chiunque altro sia interessato, dovrete concordare una serie di raccomandazioni relative ai cambiamenti da introdurre. Utilizzate un piano d'azione per registrare tali raccomandazioni, indicando inoltre chi abbia accettato di fare che cosa entro quali scadenze.

La diffusione di materiale educativo, come ad esempio delle linee guida, produce un effetto limitato se queste non sono corredate da metodiche di implementazione selezionate, come seminari di istruzione, discussioni fra pari, o strumenti di promemoria (4).

Fase 5: Mantenere i miglioramenti nel tempo

Questa fase è di importanza critica per un successo dell'audit: consente di verificare se i cambiamenti implementati abbiano prodotto un effetto e di definire se risultino necessari ulteriori miglioramenti per raggiungere gli standard individuati nella Fase 2.

Ripetete l'audit

Anche se, come medico che partecipa ad un *Foundation Programme*, non sarete in grado di completare l'intero ciclo di audit nel corso dei vostri quattro mesi di servizio, in questo lasso di tempo potrete raccogliere e confrontare i dati. Tuttavia, per completare il ciclo, dopo un periodo concordato sarà necessario ripetere l'audit.

Se desiderate portare voi stessi a compimento il ciclo di audit, potreste ritornare e completare il ciclo. In caso contrario, voi o il vostro Primario dovrete garantire che questa attività venga svolta da qualcun altro, altrimenti il tempo che avete impiegato per le prime tre fasi dell'audit sarà sprecato.

Voi, o chiunque altro debba completare il ciclo di audit (eventualmente il medico che entrerà in servizio dopo di voi), dovrete utilizzare le medesime strategie di realizzazione dell'audit per garantire che il secondo sia comparabile al primo. È auspicabile che l'audit ripetuto sia in grado di dimostrare come siano stati implementati dei cambiamenti e conseguiti dei miglioramenti.

Sviluppate strumenti per mantenere i miglioramenti nel tempo

Per mantenere i miglioramenti nel tempo si dovrà mettere in campo una qualche forma di monitoraggio che sia sostitutiva di un audit completo. Il *team* dovrà sviluppare strutture e sistemi per integrare, monitorare e mantenere nel tempo i miglioramenti implementati grazie all'audit clinico. Nel caso in cui si registri un deterioramento della performance, sarà però necessario riattivare l'audit nella sua interezza.

Quali sono le sfide?

La sfida principale è quella di garantire che l'audit abbia successo. In primo luogo avete bisogno di sostegno. È auspicabile che la vostra Azienda Sanitaria si sia dotata di un Responsabile dell'Audit Clinico. In caso contrario, assicuratevi l'appoggio entusiastico del vostro Primario, altrimenti ottenere successo potrà essere difficile. Informate il vostro Primario di una presentazione di un audit locale alla quale avete assistito, in cui una ripetizione dell'audit abbia dimostrato come le cure erogate ai pazienti siano in effetti migliorate dopo questa iniziativa, oppure citate la storia di un audit clinico che ha avuto successo, quale ad esempio l'Audit Nazionale sull'Ictus.

Punti chiave

Un audit misura la pratica con riferimento alla miglior performance^{vii}

Il ciclo di audit è costituito da cinque fasi: la preparazione all'audit; la selezione dei criteri; la misurazione del livello di performance; l'introduzione di miglioramenti; il mantenimento dei miglioramenti nel tempo

Scegliete i temi dell'audit in base a problemi ad alto rischio, volume elevato, o costi elevati; oppure con riferimento ad audit clinici nazionali, ai National service framework, o alle Linee Guida del *National Institute for Health and Clinical Excellence*

Ricavate gli standard da linee guida di buona qualità

Usate piani di azione per superare le barriere locali che si frappongono al cambiamento e individuate i responsabili del miglioramento dei servizi

Ripetete l'audit per verificare se siano stati implementati miglioramenti delle cure dopo il primo audit

Inoltre, concedetevi tempo sufficiente. È probabilmente opportuno che iniziate a pensare alla scelta di un tema per un audit clinico dopo un mese di servizio. Se avete accesso ad un computer e alla documentazione dei casi clinici, nel caso di un audit retrospettivo potreste raccogliere i dati nel giro di poche ore.

In terzo luogo, siate realistici quando definite gli standard per il vostro audit. Non scegliete uno standard del 100% se sapete che la vostra Azienda non sarà mai in grado di raggiungere questo standard ideale. Mirate ad uno standard ottimale, piuttosto che ad uno ideale. Discutete col *team* quale debba essere lo standard ottimale.

Da ultimo, ricordate che gli audit hanno maggiori probabilità di essere efficaci quando l'aderenza iniziale ad una pratica raccomandata è bassa e quando il *feedback* viene effettuato con maggiore intensità (5).

Questo articolo è basato su un precedente modulo del BMJ Learning dello stesso autore (<http://learning.bmj.com/learning/main.html>)

Contributi: unico contributo di Andrea Benjamin

Conflitti di interesse: non dichiarati

Origine e peer review: Commissionato; revisionato da revisori esterni

Reference List

1. Smith R. Audit and research. *BMJ* 1992;305:905-6.
2. Scally G., Donaldson L.J. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ* 1998;317:61-5.
3. Grimshaw J.M., Shirran L., Thomas R, Mowatt G, Fraser C., Bero L.A. Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions. *Medical Care* 2001;39(suppl 2):2-45.
4. National Institute for Clinical Excellence, CHI, Royal College of Nursing, University of Leicester. Principles for Best Practice in Clinical Audit. Oxon, UK: Radcliffe Medical Press Ltd; 2002.
5. Jamtvedt G., Young J.M., Kristoffersen D.T., O'Brien M.A., Oxman A.D. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006 Apr 19;(2):1-24.
6. Intercollegiate Stroke Working Party. National sentinel stroke audit. London: Royal College of Physicians; 2007.
7. Morrell C., Harvey G., Kitson A. Practitioner based quality improvement. *Quality in Health Care* 1997;6:29-34.
8. Fraser RC, Baker R. The clinical audit programme in England. *Audit Trends* 1997;5:131-6.
9. Dixon N. Good Practice in Clinical Audit - A Summary of Selected Literature to Support Criteria for Clinical Audit. London: National Centre for Clinical Audit; 1996.
10. Kendall JM, McCabe SE. The use of audit to set up a thrombolysis programme in the accident and emergency department. *Emerg Med J* 1996;13:49-53.
11. Balogh R., Simpson A., Bond S. Involving Clients in Clinical Audits of Mental Health Services. *International Journal for Quality in Health Care* 1995;7(4):343-53.
12. Kelson M. Promoting patient involvement in clinical audit. Practical guidance on achieving effective involvement. London: College of Health and Clinical Outcomes Group; 1998.
13. Department of Health. The NHS Cancer Plan. 2000.
14. Irvine D, Irvine S. Making sense of audit. Oxford: Radcliffe Medical Press; 1991.
15. Anderson DG. ABC of Audit.
<http://www.pdptoolkit.co.uk/Files/Guide%20to%20the%20PDP/content/audit.htm.2005>
[cited 2010 Mar 4];

Traduzione dall'inglese in italiano: Fulvia Andri

Revisione e redazione: Danilo Orlandini, Daniela Ranocchia, Ulrich Wienand per il Gruppo sull'Audit Clinico della SIQuAS-VRQ.

Si ringrazia il BMJ Publishing group per aver concesso il permesso di riproduzione.

Si ringrazia Glaxo Smith Kline Italia spa per aver sostenuto le spese di traduzione.

Note a pie' di pagina

ⁱ Il presente articolo, a carattere fortemente didattico, è contenuto in una sezione del British Medical Journal, denominata "Il novizio competente", rivolta ai giovani professionisti in formazione.

ⁱⁱ Il termine "accountability" non ha ancora trovato una traduzione italiana condivisa. Esso denota la responsabilità verso il sociale e gli stakeholder, mentre la "responsibility" è rivolta verso il singolo paziente.

ⁱⁱⁱ N.d.T.: Il Foundation Programme 1 è riservato, nel Regno Unito, agli studenti in medicina appena laureati ma senza l'abilitazione all'esercizio. Infatti, scopo del Foundation Programme 1 è quello di ottenere la Full Registration.

^{iv} Orig.: outcome

^v Questo paragrafo indica delle istituzioni in ambito britannico.

^{vi} Orig: "check-list"

^{vii} Nell'originale inglese non compare il termine "migliore"