

Marco Geddes



Valutare un percorso assistenziale senza acquisire il punto di vista degli utenti è come effettuare una guida dei ristoranti senza nessun giudizio da parte di chi si è seduto al tavolo!

Nel mese di Febbraio si è tenuta a Londra la X Conferenza annuale sull'Audit Clinico, promossa dall'*Health Quality Improvement Partnership*[1]. Un'occasione che ha consentito una valutazione delle iniziative in atto nel Regno Unito e alcuni confronti con la situazione di altri paesi e, in particolare, dell'Italia. Gli elementi qualificanti dell'esperienza anglosassone possono essere così sintetizzati:

Strategia nazionale di promozione degli Audit clinici, attraverso varie organizzazioni e in particolare *The National Clinical Audit and Patient Outcomes Programme*[2], che offre opera di supporto a livello centrale e locale a venti Audit nazionali attualmente in corso.

Attività di formazione e di supporto, attraverso molteplici strumenti:

- Pubblicazioni che, ridefinendo le diverse fasi dell'Audit clinico (**Figura 1**), individuano, per ciascuna di esse, criteri, indicatori fondamentali, raccomandazioni[3].
- Rivista quadrimestrale (*Clinical Audit Today*)[4], edita dal 2008, utile per un aggiornamento sull'attività di Audit clinico nel Regno Unito.
- Attività di formazione degli operatori nell'ambito dell'Audit clinico, con la promozione di Master[5].
- Iniziative, anche di carattere privato, volte a promuovere e sviluppare l'attività di Audit, quali ad esempio il *Clinical Audit Support Centre*[6].

Figura 1.



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Rapporto fra Audit nazionali e locali

È fondamentale l'articolazione degli Audit sia a livello nazionale che locale. Un Audit nazionale deve avere una implementazione a livello locale e la partecipazione degli operatori delle diverse organizzazioni a programmi nazionali deve essere *compensata* da un continuo ritorno di informazioni sullo stato di attività e sui risultati ottenuti. Gli Audit locali devono invece rispondere alle strategie del NHS e sapersi proiettare, almeno in termini di standard di riferimento e di benchmarking, con altre realtà.

La rilevanza del re-Audit

L'Audit clinico si sostanzia come tale se attraversa tutte le fasi del ciclo, riportate in Figura 1. Anche nella realtà inglese si pone il problema di attuare i re-Audit, al fine di verificare l'efficacia delle iniziative adottate e individuare nuovi standard. La esecuzione di un Audit, senza attivare le modifiche alle procedure e ai percorsi assistenziali, verificandone l'attuazione e l'efficacia sugli outcome, configura una semplice attività di raccolta di informazioni.

La promozione di Audit clinici fra GP e primary care

Questa è una iniziativa, rivolta ai medici di medicina generale (*General Practitioner*) e ai *Primary Care Teams*, che trova pochi (o sostanzialmente nessuno) riscontri nella realtà italiana. Si sviluppa in due direzioni:

- gli Audit di processo, volti a valutare e implementare l'assistenza per il diabete, l'asma, l'infarto miocardico, o l'ipertensione;
- il *Significant Event Audit*[7], una procedura "qualitativa", promossa dalla *National Patient Safety Agency*. Si tratta di un processo che parte da singoli eventi in diversi settori (errori di prescrizione, errori di comunicazione, ritardi nella diagnosi, perdite di pazienti al follow up etc.), che vengono sottoposti a valutazione strutturata nell'ambito del team, con criteri di *peer review*.

Il coinvolgimento dei pazienti

Questo elemento è estremamente qualificante nell'esperienza inglese e sia il *Board* del NHS che le associazioni di pazienti lo indicano quale obiettivo da perseguire costantemente[8]. A tal fine sono necessari tuttavia alcuni presupposti, non sempre presenti in altre realtà:

- Una **opinione pubblica matura sui temi della salute e della organizzazione sanitaria**, che si rifletta nelle organizzazioni rappresentative degli utenti, tale da evitare di farsi portatori di meri elementi settoriali o corporativi.
- Un **inserimento organico delle rappresentanze degli utenti nella pianificazione degli interventi che hanno valenza collettiva**, anche al di fuori del settore socio-assistenziale (pianificazione urbana, scelte paesaggistiche etc.).

Il coinvolgimento dei pazienti deve essere perseguito nel processo generale di pianificazione, vale a dire nella selezione delle priorità, nella scelta degli standard, nella individuazione degli indicatori, alcuni dei quali devono rappresentare il vissuto del paziente o come si afferma in ambito commerciale, la "*customer satisfaction*". In effetti "*valutare un percorso assistenziale senza acquisire il punto di vista degli utenti* - ha osservato uno dei

relatori - *è come effettuare una guida dei ristoranti senza nessun giudizio da parte di chi si è seduto al tavolo!*". Margaret Murphy, rappresentante dei pazienti nell'ambito del *Patient safety programme* del WHO, evidenziando come la narrazione di un evento possa essere la via non solo per richiamare l'attenzione dei presenti e per facilitare la memorizzazione di quanto esposto, ma anche per "*giungere ai loro cuori*", ha esposto un caso occorso circa dieci anni fa, mostrando il paziente, i documenti, il percorso assistenziale e ricavando da ciò, una serie di considerazioni generali. La presentazione allegata [**in Risorse**] è esemplare per capire come "si racconta una storia".

L' Health Quality Improvement Partnership indica infine dieci semplici regole^[9] per i NHS Board:

1. Utilizza l'Audit clinico come uno strumento del management, assicurando che la strategia dell'Audit clinico sia connessa agli interessi generali e agli obiettivi a cui il *Board* si è indirizzato.
2. Sviluppa un programma di lavoro che dia l'indicazione e si focalizzi su come e con quali strumenti l'attività di Audit clinico sia sostenuta nell'organizzazione.
3. Sviluppa procedure adeguate per promuovere l'Audit clinico quale iniziativa conseguente agli eventi avversi, incidenti e violazioni nell'ambito della sicurezza del paziente.
4. Predisponi un programma di Audit clinico attinente alle problematiche e agli obiettivi strategici del *Board*. Assicurati che i risultati vengano tradotti in un piano di azione, messo in atto e valutato tramite un re-Audit.
5. Assicurati che vi sia una figura clinica di riferimento che promuova e coordini gli Audit clinici nell'ambito delle diverse aziende e servizi, con supporti e partnership esterne e che sia il responsabile del programma nei confronti del *Board*.
6. Assicurati che il coinvolgimento dei pazienti sia preso in considerazione in tutte le fasi dell'Audit clinico: nella selezione delle priorità; nella scelta dei soggetti da coinvolgere; nella diffusione dei risultati e nella pianificazione delle iniziative di miglioramento di qualità.
7. Realizza l'Audit clinico nell'ambito più generale della programmazione, management del sistema e supervisione.
8. Assicurati insieme agli altri che l'Audit clinico superi la separatezza fra i diversi ambiti assistenziali, così da coprire l'intero percorso del paziente.
9. Definisci le priorità, bilanciando gli obiettivi nazionali con quelli locali e la necessità di focalizzarsi sui rischi, gli interessi e le problematiche locali.
10. Verifica se l'Audit clinico sia conseguente a reclami e, se così, sviluppa un sistema attraverso il quale i reclami siano di stimolo alla revisione e implementazione delle

procedure.

La situazione italiana[\[10\]](#) è stata presentata da Ulrich Wienand, responsabile per l'Italia dell'*International Quality Indicator Project (IQIP)*, che coordina un network di otto aziende sanitarie. In Italia non si è ancora sviluppata una rete nazionale, ma le esperienze sono concentrate essenzialmente nel centro-nord. Un Servizio sanitario fortemente regionalizzato non favorisce l'avvio di Audit nazionali e le iniziative interaziendali sono prevalentemente a livello regionale. Un contributo alla diffusione dell'Audit clinico viene dato dall'attribuzione di crediti formativi da parte delle regioni; 13 regioni su 17 riconoscono, con criteri e pesi diversi, crediti all'Audit clinico. Mentre alcune regioni, in particolare nel nord Italia, hanno sviluppato l'Audit clinico nei programmi di verifica della qualità, con standard e indicatori "robusti" anche quantitativamente, in altre (ad esempio la Toscana) è prevalentemente utilizzato nell'ambito di eventi sentinella e *near miss event*, con un approccio simile a quello inglese per il *Significant Event Audit*. In tali casi è talvolta opportuno ricorrere, piuttosto che all'Audit clinico, a un approccio proprio del Rischio clinico e sicurezza del paziente, quale la *root cause analysis*. Dal 1956 ad oggi si sono susseguite ben ventun definizioni di Audit clinico, anche in relazione alle diverse istituzioni e ai loro orientamenti. Un'eccellente definizione è riportata in un testo fondamentale del National Institute of Clinical Excellence: "*Clinical audit is a quality improvement process that seeks to improve patient care and outcomes through systematic review of care against explicit criteria and the review of change. Aspects of the structure, process and outcome of care are selected and systematically evaluated against explicit criteria. Where indicated changes are implemented at an individual, team, or service level and further monitoring is used to confirm improvement in healthcare delivery*"[\[11\]](#). Si tratta tuttavia di una definizione di 68 parole[\[12\]](#), mentre nel 1989 il White Paper Working for Patients offriva una definizione assai più concisa: "*audit involves improving the quality of patient care by looking at current practice and modifying it where necessary*". Possiamo forse concludere che l'elemento fondamentale dell'Audit è l'obiettivo, che Richard Smith ha ben esplicitato nel 1992, in un editoriale su ricerca e audit clinico, definendo le due attività e i rispettivi ambiti: "*Research is concerned with discovery the right thing to do; audit with ensuring it is done right*"[\[13\]](#)."

Risorsa

AN BORD ALTRANAIS. **Placing the Patient First.** [\[Ppt: 7 Mb\]](#)

Margaret Murphy. Patient Advocate Member, Patients for Patient Safety Steering Group WHO - World Alliance for Patient Safety. **Dublin June, 2008.**

Bibliografia

1. Healthcare Quality Improvement Partnership ([HQIP](#))
2. [National Clinical Audit](#): Department of Health - Public health
3. Healthcare Quality Improvement Partnership. **Criteria and indicators of best practice in clinical audit** [[PDF: 870 Kb](#)]
4. Clinical Audit Today 2010; 3(1) [[PDF: 2,38 Mb](#)]
5. [Mastering Clinical Audit](#) from the University of Edinburgh
6. [Clinical Audit Support Centre](#)
7. **Significant Event Audit. Guidance for Primary Care Teams** [[PDF: 1,2 Mb](#)]
8. Healthcare Quality Improvement Partnership. **Patient and Public Engagement (PPE) in Clinical Audit 2009** [[PDF: 750 Kb](#)]
9. John Bullivant J, Corbett-Nolan A. **Clinical audit: A simple guide for NHS Boards & partners** [[PDF: 1,7 MB](#)]
10. Wienand U. Evidence-based recommendations on clinical audit in Italy. Relazione al convegno Clinical Audit and Improvement. London, 9 february 2010.
11. Principles for Best Practice in Clinical Audit: National Institute for Clinical Excellence. Abingdon, Oxon: Radcliffe Medical Press, 2002.
12. Clinical Audit Support Centre. [What is clinical audit?](#)
13. Smith R. Audit and research. BMJ 1992; 305:905-06.