



Audit Clinico

1. giornata

Ulrich Wienand MD PhD

Azienda Ospedaliera Universitaria "S.Anna"

Università degli Studi

Ferrara

auditclinico@gmx.org

Indirizzo e mail per contatti col docente

www.ospfe.it (sezione: Audit
Clinico)

Sito internet con materiale bibliografico e
strumenti pratici, in parte riservato al
network italiano "Audit Clinico"



HOME PAGE CERCA

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA
 Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara

• TEXT VERSION
 • BIBLIOTECA
 • FORMAZIONE
 • MAPPA
 • CREDITS
 • CLAIMER

L'AZIENDA

- Presentazione dell'Azienda
- Organizzazione
- Valori fondamentali
- Cenni storici
- Elenco telefonico 2007
- Galleria Melotti
- Indicatori: attività di ricovero

PER L'UTENTE

- Arrivare al S. Anna
- Il sistema di orientamento
- Arrivare al S. Giorgio
- Cosa fare per..
- Ricovero ospedaliero
- Attività Libero Professionale
- Comitato Consultivo Misto
- Commissione Mista Conciliativa
- Volontariato
- Altri servizi

PREVENZIONE E CURA

- Reparti e servizi
- Acne e dermatosi correlate
- Anoressia e bulimia
- Brachiterapia prostatica
- Cancro colon-retto



sezione:
Audit Clinico

- Materiali
- Network
- FAQ sull'Audit Clinico



Audit Clinico

Approcci, metodi e strumenti per il miglioramento della qualità hanno subito negli ultimi anni un notevole sviluppo a livello nazionale ed internazionale. In particolare hanno assunto una crescente diffusione la cultura e gli strumenti del Governo Clinico.

L'Audit Clinico, uno degli strumenti principali nella strategia del Governo Clinico, è un processo ciclico di miglioramento della qualità professionale che si basa sulla revisione della documentazione clinica. In molti paesi l'Audit Clinico è nato in maniera informale, in gruppi monodisciplinari, escludendo gli aspetti organizzativi e focalizzandosi su singoli casi. Nell'arco di 10-15 anni si è sviluppato diventando strumento multidisciplinare e multiprofessionale per lo sviluppo delle competenze cliniche e della responsabilità pubblica.

L'Audit Clinico è, insieme alle Linee Guida Cliniche e gli Indicatori di Performance Clinica, uno dei principali strumenti con il quale i professionisti possono monitorare e controllare la qualità tecnica dei processi. Per portare l'Audit dal livello di attività svolta da gruppi isolati al livello di sistema, occorre la convergenza di altre componenti come la disponibilità di dati pertinenti di buona qualità, il mandato della direzione ed un'attività di formazione e supervisione continua.

La nostra azienda ha ricevuto, nell'ambito dei "Progetti per la modernizzazione 2005" della Regione Emilia-Romagna, un finanziamento per un progetto aziendale denominato "Introduzione sistematica dell'Audit Clinico in un'Azienda

Bibliografia di base

- Benjamin A
Audit: how to do it in practice
BMJ 2008; 336; 1241-1245
- NICE, CHI, RCN, University Leicester
Principles for best practice in Clinical Audit;
Radcliffe Medical Press, 2002
Traduz. it.: <http://www.evidencebasednursing.it/nonpertutti.htm>
- Cinotti R, Cartabellotta A.
Progettare, realizzare, verificare un audit clinico;
Sussidi autovalutazione accreditamento 6; Agenzia Sanitaria Regionale
Emilia Romagna, 2000
- SIQuAS – VRQ Sez. Lombardia:
CQI Info
Anno 4, n. 1, 1999



Principles for Best Practice in Clinical Audit



*National Institute for
Clinical Excellence*



Radcliffe Medical Press

© 2002

In full text:

<http://www.ospfe.it/index.phtml?id=2370>

Traduzione italiana:

www.evidencebasednursing.it/nonpertutti.html





Audit Clinico

Definizione – Etimologia

Il termine “Audit” in altri mondi

Cosa non è un audit clinico?



Clinical Audit

“L’audit clinico è un processo di miglioramento della qualità che cerca di migliorare l’assistenza al paziente e gli esiti attraverso una revisione sistematica dell’assistenza rispetto a criteri precisi, e la realizzazione del cambiamento.

Aspetti di struttura, processo ed esito vengono selezionati e valutati sistematicamente, in rapporto ad espliciti criteri.

Dove è indicato, i cambiamenti vengono realizzati a livello individuale, di team o di servizio e vengono effettuati successivi monitoraggi per confermare il miglioramento dell’assistenza sanitaria erogata.”

NICE 2002

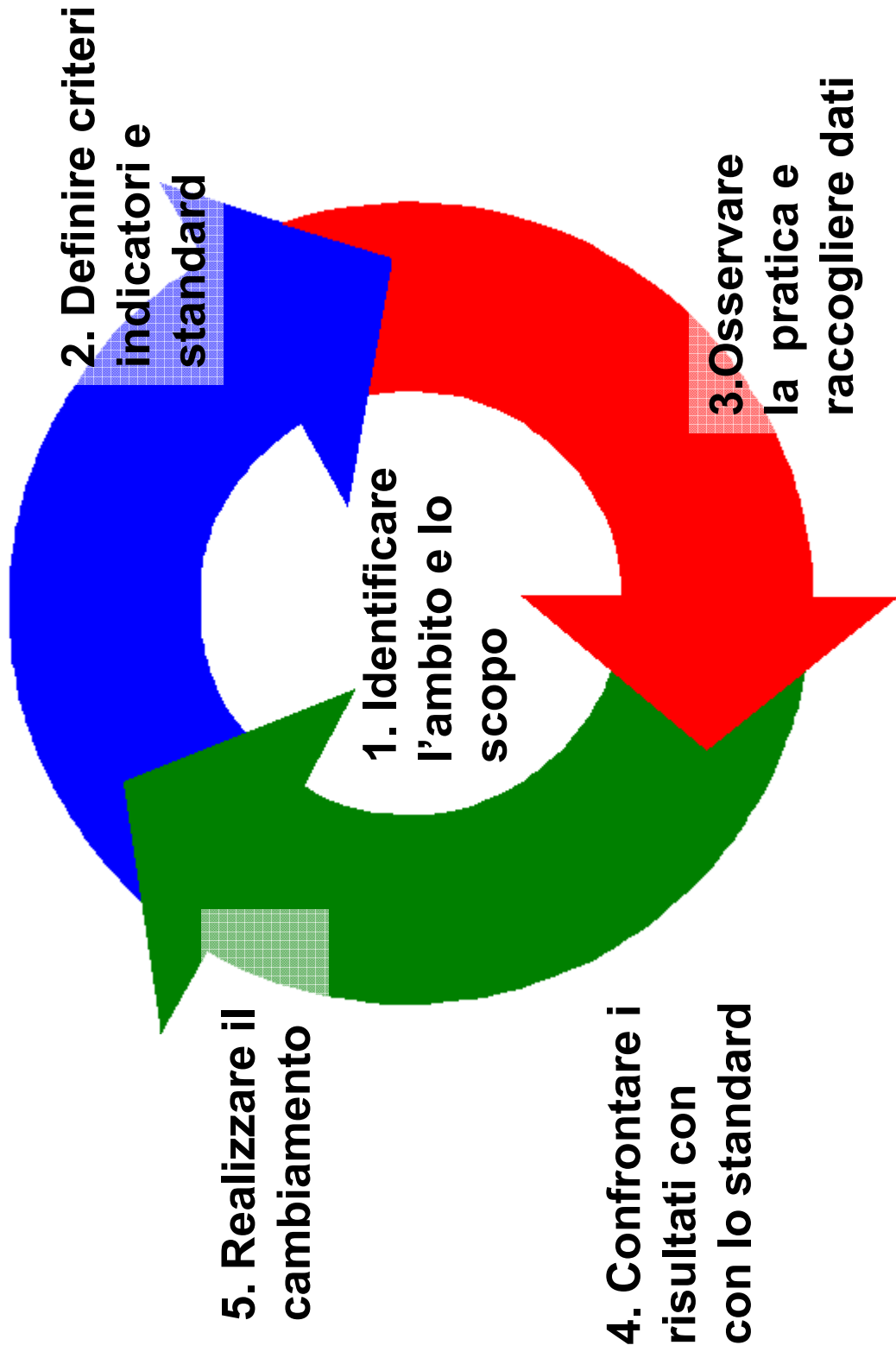


Caratteristiche dell'audit clinico

- Iniziativa condotta da professionisti
- Attività strutturata
- "Tra pari": non top down
- Cerca di migliorare qualità e gli esiti (outcome)
- Oggetto fortemente legato alla qualità professionale
- Standard espliciti e concordati
- Necessita di accesso ad adeguata documentazione clinica
- Riservatezza dei risultati

**“Verifica pratica corrente
rispetto a standard noti”**

“Ciclo dell’audit”





dal lat. “*audire*”: *udire*,
ascoltare, *apprendere*

audit (n.)

1431, from L. *auditus* "a hearing," pp. of *audire* "hear" (see *audience*). Official examination of accounts, which were originally oral. The verb is attested from 1557. Auditor is attested from 1377, from Anglo-Fr. *auditour*, from L. *auditorem* (nom. *auditor*) "a hearer," from *auditus*.



Oodit

- Concetto di Audit in altri mondi: revisione dei conti, verifica, ispezione
- Soprattutto se utilizzato senza l'aggettivo "clinico"
- Economia aziendale: "an official inspection of an organization's accounts."

Compact Oxford English Dictionary 2008



Concetto di Audit in “altri mondi”: Certificazione ISO 9000

- “*Audit della Qualità*”: Esame sistematico e indipendente mirato a stabilire se le attività svolte per la qualità sono in accordo con quanto stabilito...”

ISO 8402:1994, 4.9

- “*Audit dei sistemi di gestione per la qualità e/o di gestione ambientale*”:

Audit, verifica ispettiva: processo sistematico, indipendente e documentato per ottenere evidenze dell’audit e valutare con obiettività, al fine di stabilire in quale misura i criteri dell’audit sono stati soddisfatti.

UNI EN ISO 19011, febbraio 2003, pag. 2



Dall' oodit all'audit

L'audit clinico ci dà un metodo
per riflettere in maniera
sistematica sulla nostra
pratica professionale e per
rivederla.

Hardman & Joughin 1998



L'audit clinico non è una discussione di singoli casi clinici

- Peer review: coinvolge un gruppo di clinici che selezionano un piccolo numero di pazienti recentemente trattati e discutono collegialmente se gli sono state erogate le cure migliori possibili o se le cose potevano essere fatte diversamente.



L'audit clinico non è una discussione di singoli casi clinici

Case review: vengono discussi singoli casi fra pari per stabilire, con il “senno del poi”, se sia stata erogata la miglior assistenza possibile. Questo può riguardare casi che hanno comportato eventi avversi o esiti inaspettati, casi ‘interessanti’ o ‘insoliti’. Purtroppo, le raccomandazioni che ne emergono, spesso non vengono seguite dato che non c’è un metodo sistematico da seguire.

da Jones & Cawthorn 2002



Quale è la differenza fra audit clinico e ricerca scientifica ?

- L'audit clinico non è ricerca, ma fa uso della metodologia scientifica per esaminare la pratica professionale
- La ricerca mira definire la “best practice”, l'audit mira a valutare quanto distante è la pratica dalla “best practice”
- La ricerca è spesso “una tantum”, l'audit è un processo continuo

Madden 1991, Firth-Cozens 1993, cit. da Hardman&Joughin

→ Articolo di Paxton et al. 2006





L'audit clinico non è.....

- Ricerca “di serie B”
- Metodo per discutere singoli casi clinici
- Dominio esclusivo dei medici
- “Trovare le mele marce”
- Strumento manageriale “top – down”
- Riunioni inutili



Audit Clinico

Storia dell'Audit Clinico
Diffusione internazionale

Cenni storici sull'Audit Clinico

- 1910: E. Codman, chirurgo americano studiava "l'esito finale" del proprio lavoro, e cominciò a cercare di raccogliere dati nel suo reparto e nell'ospedale.



To support his "end results theory," Dr. Codman made public the end results of his own hospital in a privately published book, "A Study in Hospital Efficiency."



Storia dell'audit clinico

- Il termine “Medical Audit” viene utilizzato nel 1956 da P.A. Lembcke nell’accezione di una revisione sistematica ed una valutazione scientifica delle cartelle cliniche, per verificare i risultati delle pratiche clinico-assistenziali.
- Lembcke era esperto di Sanità Pubblica, si occupava di epidemiologia, programmazione di servizi sanitari e valutazione dei risultati a New York ed a Baltimore.



Dr. Paul A. Lembcke
From the New York State Department of Health Bulletin 1951; p 151.
Photo: Courtesy of the New York Academy of Medicine Library.



La situazione internazionale

Gran Bretagna:

- Per i MMG entra nei programmi “Pay for Performance”
- Per gli specializzandi è obbligatorio
- Almeno 15 audit a livello nazionale

Francia:

- ANAES: integrazione nell'accREDITamento

Stati Uniti:

- Requisiti Joint Commission (QPS 3)





Audit Clinico

Esempio: Endoprotesi del femore
Ortopedia, Radiologia e Fisioterapia
di un'Azienda Ospedaliera Universitaria Nord Italia

Proponente: S.C. Ortopedia-S.C. Medicina Riabilitativa

**Valutati: medici, infermieri e tecnici dell'Ort., Riab.,
Radiol.**

AUDIT PROTESI DELL'ANCA

Obiettivo dello studio

**Valutare lo scostamento dallo standard della
giornata di carico in pazienti operati di endoprotesi
cementata di femore**

Criterio

I paz. dovrebbero caricare in IIIa giornata dall'intervento dopo la rimozione dei drenaggi §

§ Gillespie W.J.

Hip fracture extracts from "Clinical Evidence"
BMJ 2000;321:968-75

Indicatore

n° pazienti che carica in 3.a giornata/
tot. dei pazienti operati

Standard

80% dei pazienti operati

Studio retrospettivo

Compilazione della scheda adottata sulla base dell'esame delle cartelle cliniche

Durata dello studio

12 mesi

Criteri di inclusione

Pazienti operati di endoprotesi cementata

Deambulanti prima del ricovero

Non affetti da gravi patologie neurologiche o psichiatriche

Criteri di esclusione

Pazienti non deambulanti prima del ricovero

Affetti da gravi patologie neurologiche o psichiatriche

Non collaboranti

STUDIO RETROSPETTIVO

CARICO PRECOCE IN PAZIENTI OPERATI DI ENDOPROTESI DI FEMORE CEMENTATE

Cognome..... Nome.....
nato a il.....
abitante..... via/pz.....
C.R.A..... Cartella Clinica N°.....

Data ricovero in div. Ortopedica.....
Data frattura femore dx sin.....
Data intervento chir.....

Data Rx ingresso.....
Data richiesta Rx controllo.....
Data esecuzione Rx controllo.....

Data richiesta visita riabilitazione.....
Data esecuzione visita riabilitazione.....
Data inizio trattamento riabilitativo.....
Data concessione carico.....
Data inizio carico (paziente in piedi)
senza ausili.....
con ausili.....

Data fine trattamento riabilitativo.....

Risultati

- Sono state raccolte le schede di **81** pazienti (da un tot di 108 dimessi con interv. ICD9 81.52) in un periodo di 12 mesi:
 - 69 donne e 12 maschi
- Età media di 81,2
- Il **12,3%** soddisfaceva il criterio

- *Il tempo che intercorre tra data intervento e inizio carico è di 7,4 gg (criterio = 3 gg)*
- *Il tempo necessario per l'esecuzione e la refertazione della radiografia di controllo, aspetto che condiziona la concessione del carico, si attesta a 4,75 giorni (moda 5)*

dm 16,7gg

Azioni correttive

La comunicazione del dato ha permesso di modificare il percorso abituale adottando un correttivo che preveda l'esecuzione delle radiografie attraverso un apparecchio ampliscopico direttamente in sala operatoria subito dopo l'intervento chirurgico.

Re-audit

L'analisi degli effetti di tale cambiamento è ancora in corso; un report in itinere ci permette di affermare che le giornate che intercorrono tra la data dell'intervento e l'inizio del carico si sono notevolmente ridotte.



Audit Clinico

Esempio: Terapia antibiotica
in Faringotonsillite da Streptococco beta emolitico (SBEA)
in età pediatrica

Pediatri di Libera Scelta di un distretto Regione Umbria

Audit Pediatria

- **Tema dell'audit:**
Prescrizione farmaceutica in caso di faringotonsillite (FTA) da streptococco beta emolitico di gruppo a (SBEA)
- **Obiettivi:** Verificare, eventualmente migliorare l'appropriatezza e uniformare il trattamento terapeutico della FTA

Audit Pediatria

- **Criterio** (“cosa dovrebbe succedere”):
Tutti i bambini con FTA da SBEA dovrebbero ricevere un trattamento con amoxicillina (50 mg/Kg/die) per 10 gg.
- **Indicatore** (come lo misuriamo):
 - Numeratore: N° di bambini con FTA da SBEA trattati con Amoxicillina per 10 gg
 - Denominatore: N di bambini con FTA da SBEA nel 1° semestre 2005
- **Standard** (il livello ritenuto accettabile):
80 % (standard concordato)

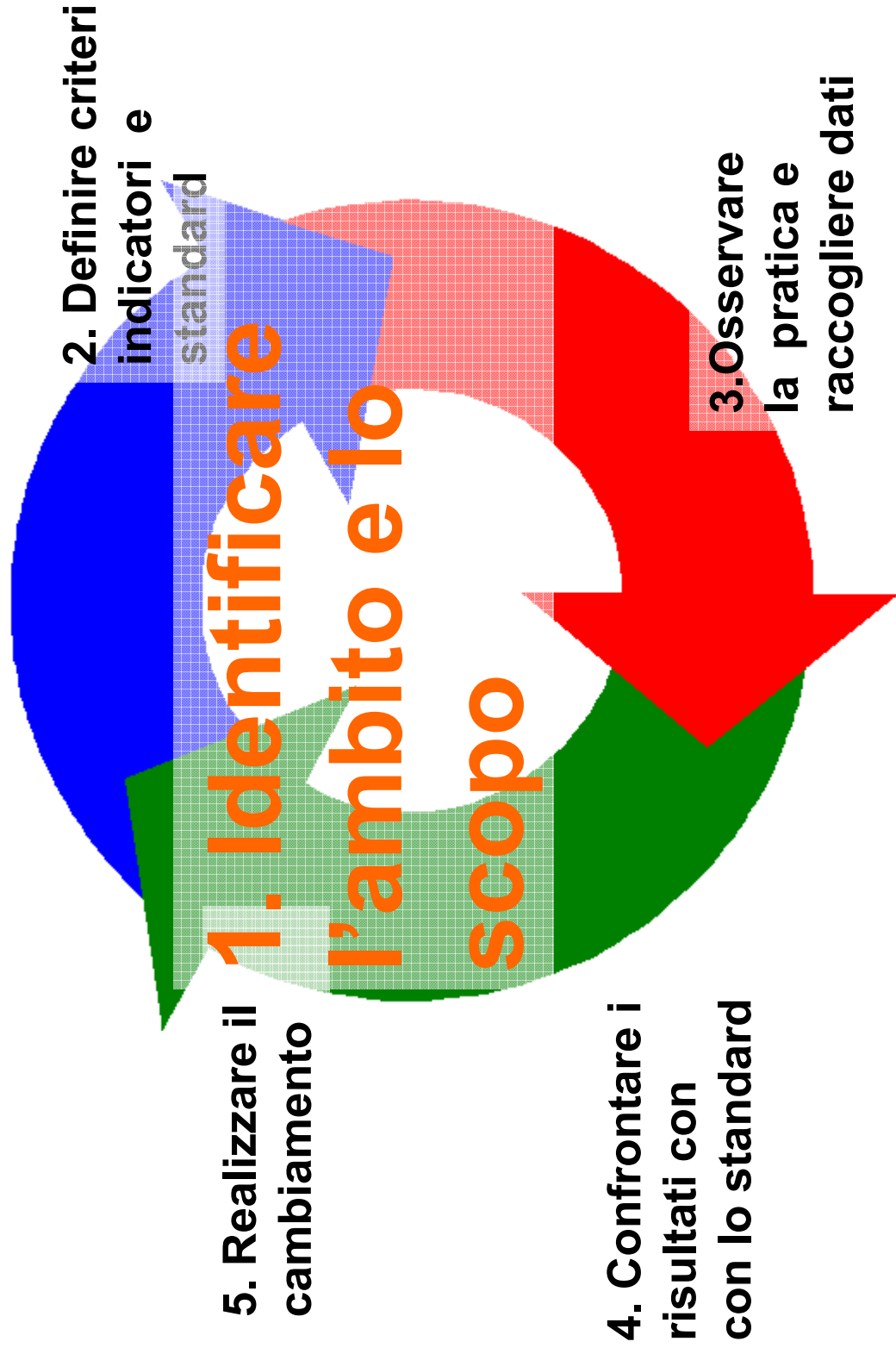
Audit Pediatria

- **Risultati**
 - quanti casi sono stati osservati ?
 - sono stati raccolti dati relativi 319 casi di FTA da SBEA (81 % dei quali con diagnosi colturale e 19% con diagnosi clinica)
- quali sono i risultati, rispetto all'indicatore ?
- **82 % (263 bambini) ha ricevuto un trattamento con Amoxicillina per 10 gg**
- 61 bambini (18 %) hanno ricevuto un altro farmaco

Audit Pediatria

- **Conclusioni**
- **Il trattamento farmacologico è stato effettuato dai PLS in conformità al criterio nell'82% dei casi.**
- L'equipe ha effettuato un'approfondimento della letteratura ed una secondo ciclo di audit su 175 casi (93% dei quali con diagnosi colturale e 7% con diagnosi clinica), che ha evidenziato comportamento prescrittivo conforme ai criteri nel 91% dei casi
- L'equipe ha ritenuto molto valida l'esperienza ed ha quindi avviato nel mese di settembre un audit sull'allattamento al seno in linea col progetto dei PLS del Distretto XYZ.

“Ciclo dell’audit”



1. Identificare l'ambito

- Tema, ambito, area, oggetto, argomento, “topic”, “subject”
- **“Che cosa volete sapere sulla qualità del servizio che erogate ?”**



1. Identificare l'ambito: rilevanza

- **Alti volumi**
- **Alti costi**
- **Alta rischiosità**
- **Alta variabilità**
- **Alta complessità**
- **Alto contenuto innovativo**



1. Identificare l'ambito: Struttura Processo Esito

Struttura: insieme delle risorse che rendono possibile l'erogazione del servizio sanitario

- risorse tecnologiche e umane
- assetto normativo
- modalità di finanziamento



Processo: insieme degli interventi realizzati, da confrontare con caratteristiche ritenute ideali

- azioni e decisioni dei professionisti
- osservanza norme professionali
- tempestività



Esito: effetti delle attività sullo stato di benessere degli utenti

- Cambiamento stato di salute (individuale, collettiva)
- Qualità della vita



Avedis Donabedian 1980

1. Per quali temi è sconsigliato un Audit Clinico ?

- Ambiti squisitamente organizzativi
- Ambiti senza “*potential for change*”
- Technology Assessment
- “Appropriatezza altrui”
- Eventi rari



1. Identificare lo scopo

- Valutare la qualità del servizio (positiva o negativa)
- Individuare aree di cambiamento (riduzione rischi, costi ...)
- Tenere sotto controllo la stabilità dei risultati

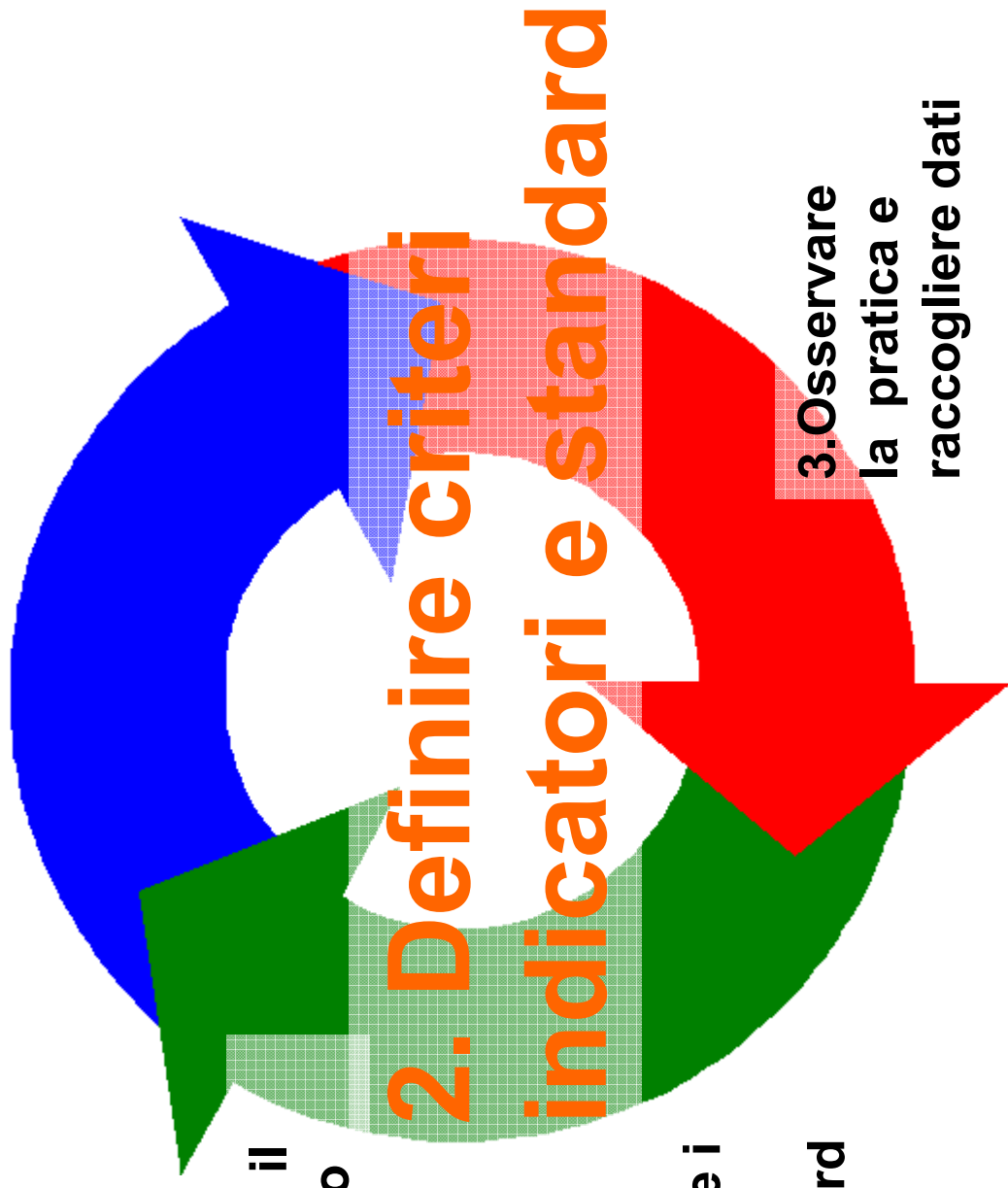


1. Identificare l'ambito e lo scopo: alcuni consigli

- Scegliete un argomento che Vi interessa
- Individuate un problema rilevante per la pratica (ricorrente, conseguenze serie)
- Scegliete un ambito su cui potete intervenire (“*potential for change*”)
- Scegliete un ambito che oltre all'interesse dei professionisti colga anche quello dei Vostri stakeholder (pazienti, invianti, direzione, ...)
- Guadagnate il consenso di coloro che saranno coinvolti nell'audit e negli eventuali cambiamenti



“Ciclo dell’audit”



5. Realizzare il cambiamento

4. Confrontare i risultati con lo standard

3. Osservare la pratica e raccogliere dati

2. Definire criteri e standard: Criterio

- Rappresenta il parametro di riferimento rispetto al quale confrontare la pratica clinica corrente De Palma 2007
- “Il criterio in un audit clinico è la dichiarazione di ciò che dovrebbe succedere” Harris 2004
- Tutti i pazienti con ictus ischemico dovrebbero essere trattati con ASA alla dose di 160-300 mg/die entro 48 ore dall'esordio dei sintomi (A)



2. Definire criteri e standard: Criterio

- Essere evidence-based
- Essere condiviso dai professionisti
- Essere pertinente
- Essere traducibile in indicatore



2. Definire criteri e standard:

Indicatore

- Informazione o variabile selezionata che consente di descrivere fenomeni complessi e misurare variazioni in relazione a criteri definiti, allo scopo di orientare decisioni volte ad ottenere o mantenere cambiamenti.

(OMS, modificato da Venero et al. 2002)

- Misura che serve per descrivere un fenomeno: percentuale, tasso, media

Es.: pazienti con ictus ischemico che hanno ricevuto il trattamento con ASA

pazienti con ictus ischemico





MISURADOC

Acronimo delle caratteristiche di un buon indicatore

- M** **isurabile** rilevabile in modo riproducibile e accurato
- I** **mportante** pertinente ad un problema frequente o con forti conseguenze sui pazienti o sui costi
- S** **emplice** e chiaro
- U** **tilizzabile**
- R** **isolvibile** relativo ad un problema per cui si può fare qualcosa con le risorse disponibili
- A** **ccettabile** da chi deve rilevarlo ed applicarlo
- D** **iscriminante** capace di distinguere tra realtà diverse e di mettere in luce i cambiamenti nel tempo
- O** **ttenibile** rilevabile con costi e tempi accettabili
- C** **ompleto** rilevabile e rilevato in tutti gli eventi /tutti i soggetti in cui si è deciso di rilevarlo

2. Definire criteri e standard: Standard (= Target)

- Valore dell'indicatore che rappresenta il limite superiore od inferiore perché la qualità dell'assistenza sia giudicata accettabile.
- Soglia di accettabilità

Es.: 90% dei pazienti con ictus ischemico deve ricevere il trattamento con ASA



2. Definire criteri e standard: Standard

- Target
- Livello minimo accettabile
- Valore soglia
- LAP: livello accettabile di performance





Javier Sotomayor (cubano)

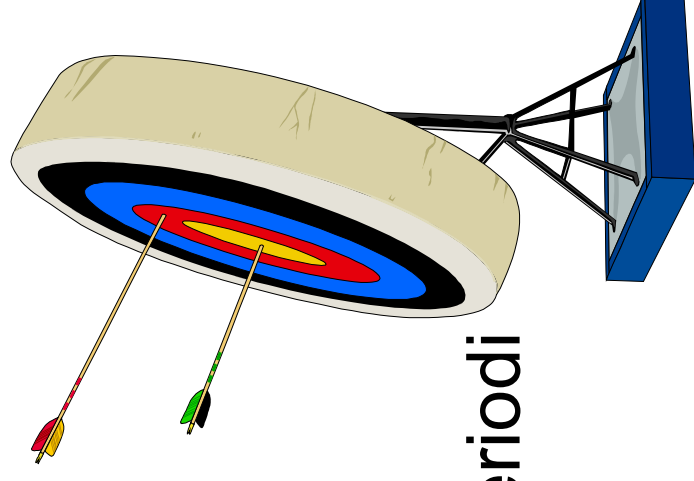


Audit Clinico

*Lavoro in gruppi su
Caso Aziendale*

2. Standard di riferimento:

- Lo standard può essere:
- determinato da letteratura;
 - determinato da indicazioni di società scientifiche;
 - ottenibile da altre organizzazioni (“benchmark”);
 - calcolato su rilevazioni effettuate in periodi precedenti;
 - **determinato da indicazioni di politica sanitaria.**



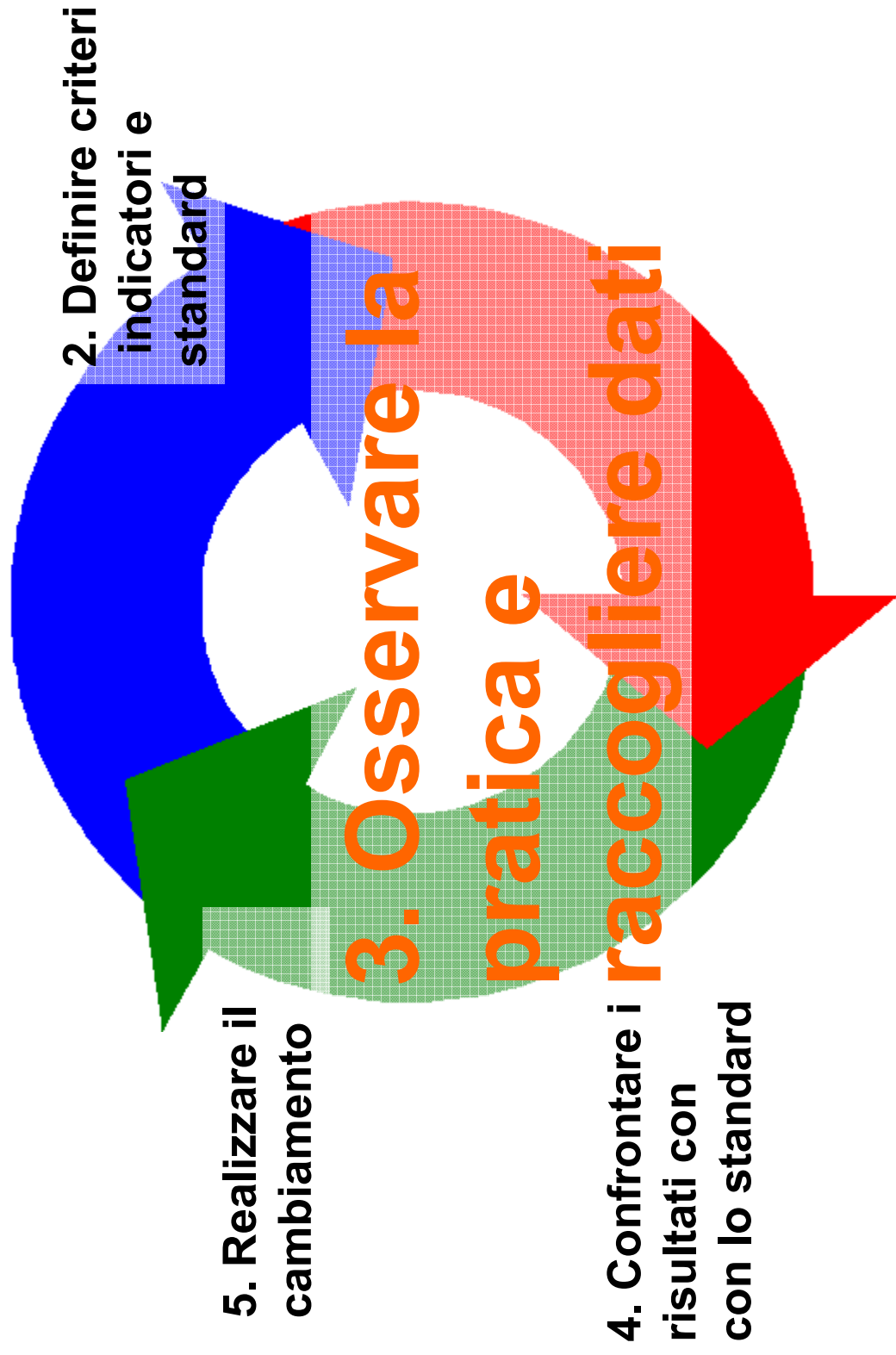
2. Definire criteri e standard: Standard

Consigli:

- Uno standard per ogni indicatore !
- Lo standard deve essere realistico e raggiungibile
- Standard del 100% sono irrealistici
- Lo standard deriva da fonti “ragionevoli”



“Ciclo dell’audit”



3. Osservare la pratica e raccogliere dati

- Definire la popolazione di riferimento
- Per quale arco di tempo ?
- Definire eventualmente un campione
- **Da quale fonte si prendono i dati ?**
- Quali le eccezioni ?
- Come trattare casi mancanti, perduti ecc.
- Costruire un foglio raccolta dati



3. Osservare la pratica e raccogliere dati

Retrospectivo

- Dati vengono raccolti esaminando la pratica passata
- + veloce
- Fornisce una baseline
- Qualità del dato non è garantita

Prospettico

- Dati vengono raccolti da ora in poi
- Può essere dispendio di tempo
- Non fornisce una baseline
- Permette una progettazione accurata e favorisce dati di + qualità



3. Foglio raccolta dati

- ❖ La costruzione del foglio di raccolta dati è una delle fasi più importanti dell'audit
- ❖ Eccessiva semplificazione può andare a scapito del risultato finale, ma si può anche non raggiungere alcun risultato a causa delle eccessive complicazioni. Cinotti & Cartabellotta 2000
- ❖ *“In un mondo ideale per ogni importante aspetto delle cure i dati vengono già raccolti routinariamente e sono pronti all'accesso.”*

❖ Best practice in Clinical Audit



3. Documentazione clinica

- ❖ **Cartella clinica/infermieristica è la principale fonte di dati per l'audit.**
- ❖ **Purtroppo non è sempre completa né redatta correttamente.**
- ❖ **Altri dati sono spesso contenuti in reparti diversi, su carta o in forma elettronica, a volte in organizzazioni diverse ... o non ci sono proprio.**



3. Concordeanza fra valutatori

- ❖ Se non si tratta di una semplice ricopiatura di dati dalla cartella al foglio raccolta dati, ma di una vera estrazione di dati, può essere utile che la stessa cartella venga esaminata da 2 valutatori indipendenti che poi si confrontano sui dati da loro estratti.
- ❖ In particolare per valutazioni di adeguatezza, gravità clinica, appropriatezza ecc.
- ❖ Svantaggio: dispendio tempo



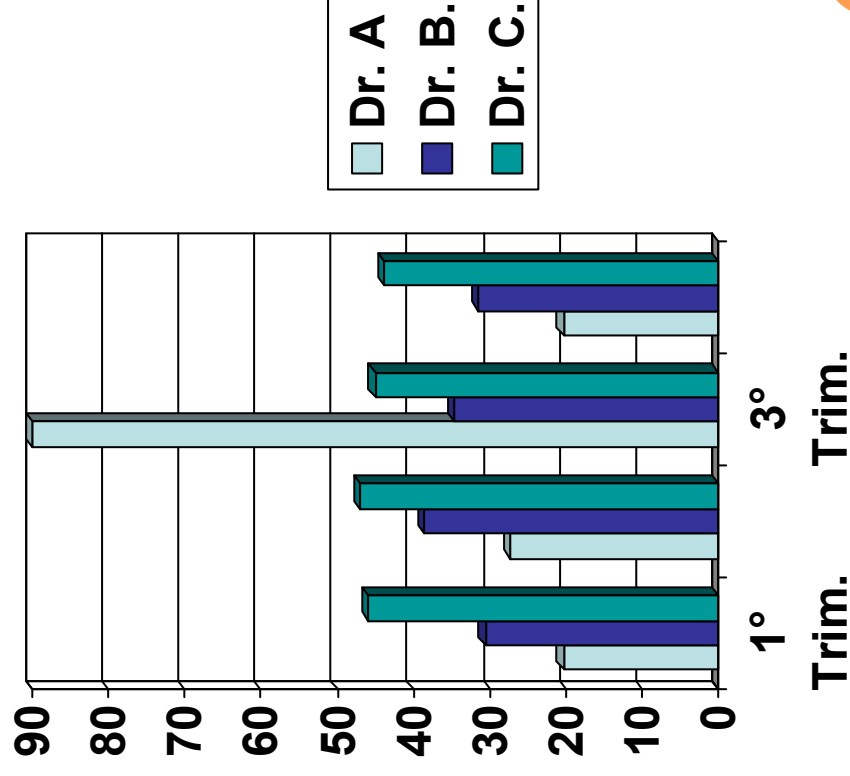
3. Trattamento dei dati sensibili

- ❖ Per ogni soggetto incluso nell'audit : un numero di identificazione
- ❖ Privacy: tenere separati i dati e i nomi
- ❖ Non esportare dati o materiale scritto dai luoghi in cui si raccolgono i dati
- ❖ Attenzione alla sicurezza dei dati ! (password, back up dei dati)



3. Confidenzialità dei dati

- ❖ Anonimità dei professionisti (salvo accordi diversi)
- ❖ Eventualmente presentare dati in “semi-cieco”





3. Campionamento

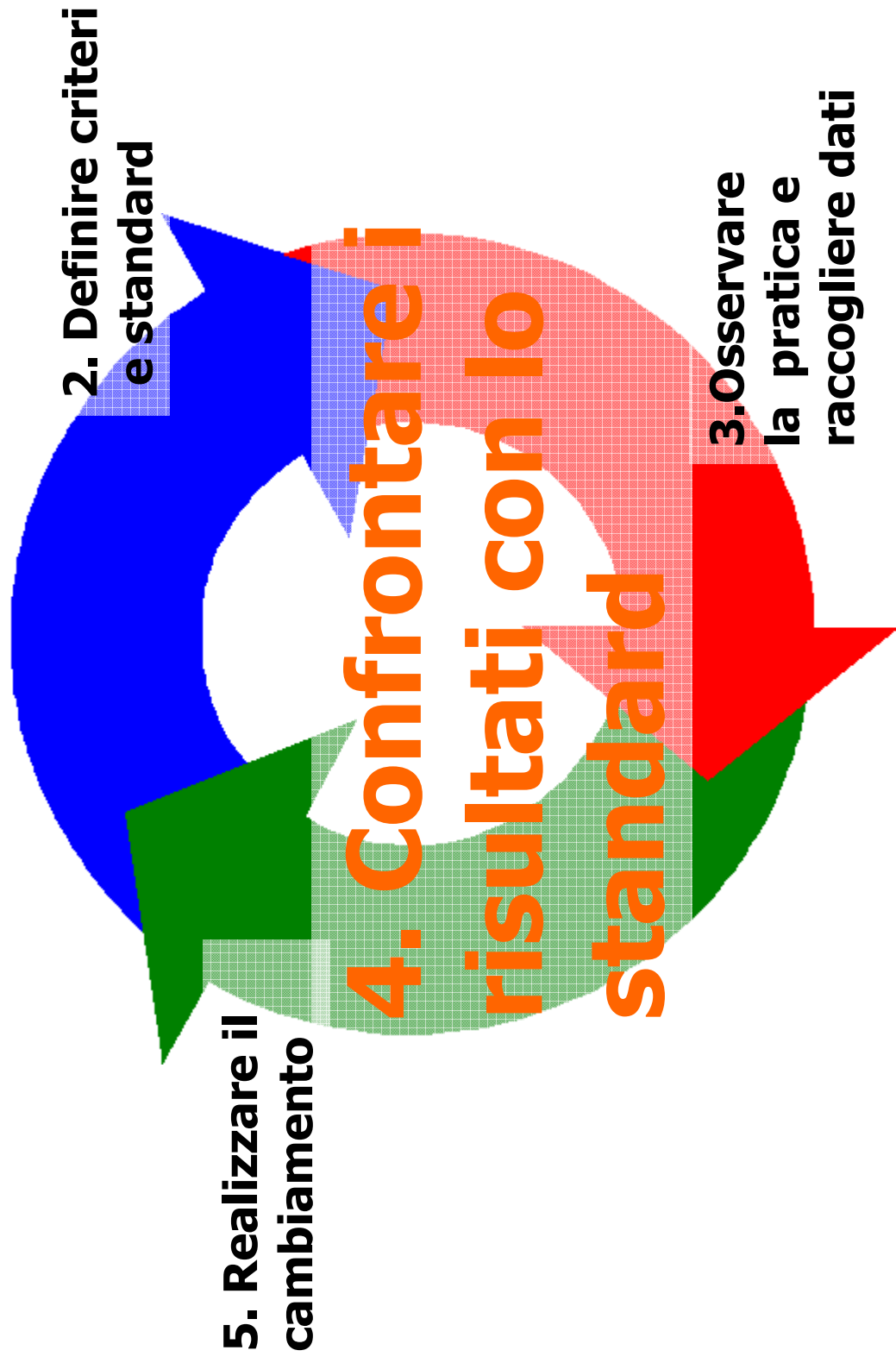
- Quanti pazienti devo includere nella raccolta dati ?
- Come posso ottenere un campione rappresentativo ?
- Le risposte dipendono anche da fattori come:
 - grado di affidabilità statistica che si vuole raggiungere
 - risorse limitate: tempo, costi, accesso ai dati
- **Campione di 40 – 50 casi viene i.g. considerato accettabile**
- Esistono tecniche sofisticate: chiedere aiuto ad un esperto in statistica o usare Epi-Info

3. Osservare la pratica e raccogliere dati

- Condurre sempre un piccolo studio pilota
- Discutere e cercare il consenso sugli aspetti metodologici
- Delegare la raccolta dati se possibile, ma addestrare gli addetti
- Documentare le decisioni prese



“Ciclo dell’audit”



4. Confrontare i dati con lo standard

- Presentazione e discussione dei dati è uno dei momenti più importanti del ciclo dell'audit
- Riunione va preparata con cura
- Può avere alta valenza formativa



4. Report

- I valutatori riassumono il proprio lavoro fatto nelle fasi 2 e 3
- Presentano le decisioni prese su:
 - Scelta dei criteri
 - Formulazione degli indicatori
 - Definizione degli standard
 - Evtl. Campionamento, esclusioni ecc.
- Presentano in forma semplice un riassunto dei dati
 - Per ogni indicatore deve essere chiaro se lo standard è stato raggiunto o meno
 - Possibilmente grafici



4. Metodi di analisi dei dati

Non sono sempre necessarie delle sofisticate procedure statistiche.

- Statistica descrittiva
- Test statistici
- Analisi qualitative
- Carte di controllo



Presentazione dati:esempio

- Ambito: Cardiocirurgia dell'ospedale X
- Criterio: i pazienti dovrebbero essere operati entro 7 giorni dal ricovero
- Indicatore: n° pazienti entro 7 gg./ TOT.
- Standard: nel 95% dei pazienti entro 7 giorni
- Raccolta dati: 70 pazienti fra Gennaio e Aprile

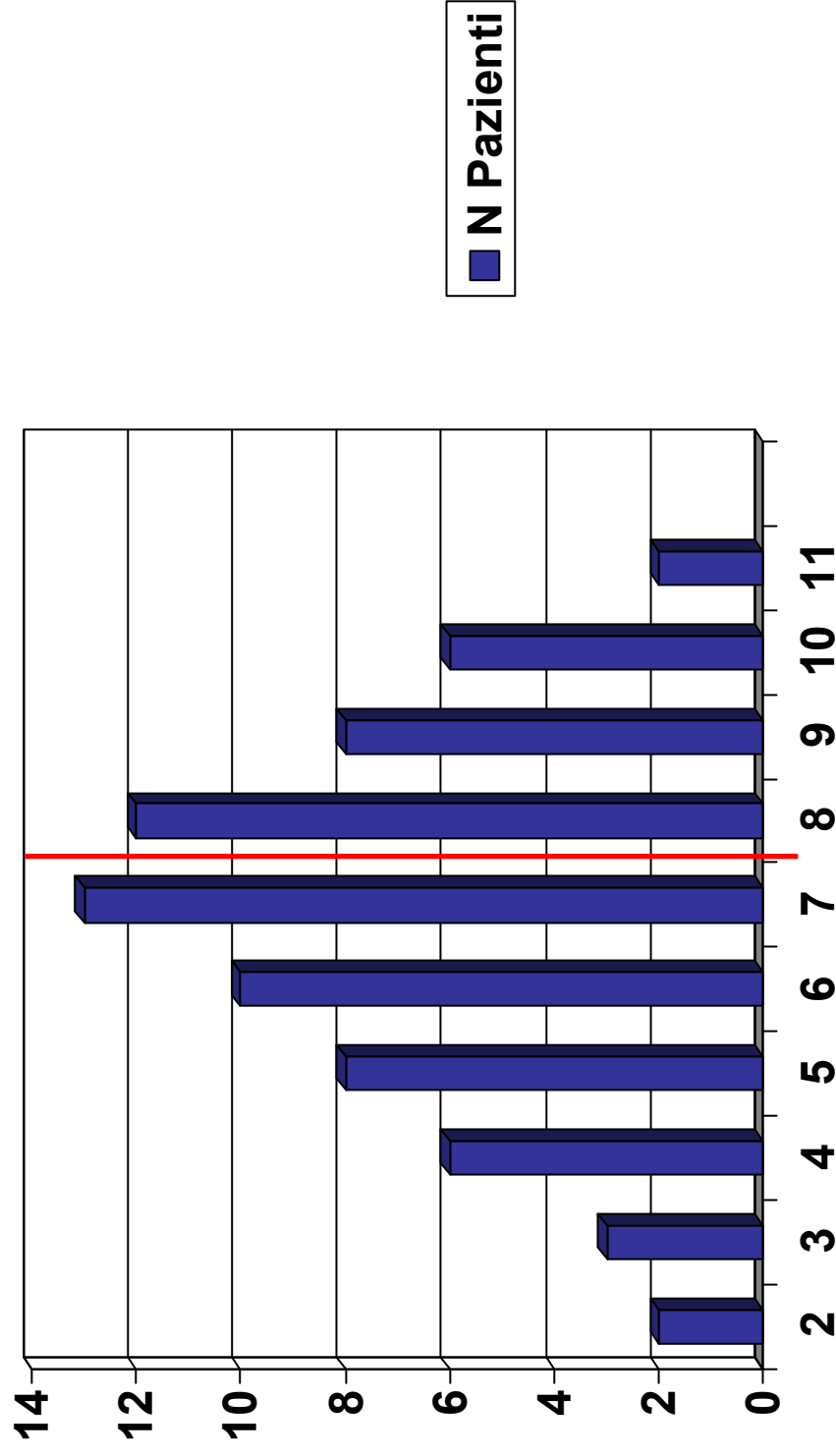


Presentazione dati

2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				
gg	gg	gg	gg	gg	gg	gg	gg	gg	gg	gg	gg	gg	gg



Presentazione dati



Giorni intervento - ricovero



Presentazione dati

- 28 casi (40%) sono al di sopra dei 7 giorni
 - 42 casi (60%) sono entro i 7 giorni
 - Standard: 95%
 - Scostamento: 95-60
- 70 casi osservati
 - range: da 2 (min.) a 11(max.)
 - Media: 7.01 giorni
 - Mediana: 7 giorni
 - Deviazione standard: 3.74



4. Test statistici

- Per confrontare i valori osservati con quelli della situazione presa a riferimento (standard, valore-soglia)
- Per verificare se cambiamenti sono dovuti al caso o all'intervento di miglioramento (nel caso di un re-audit)

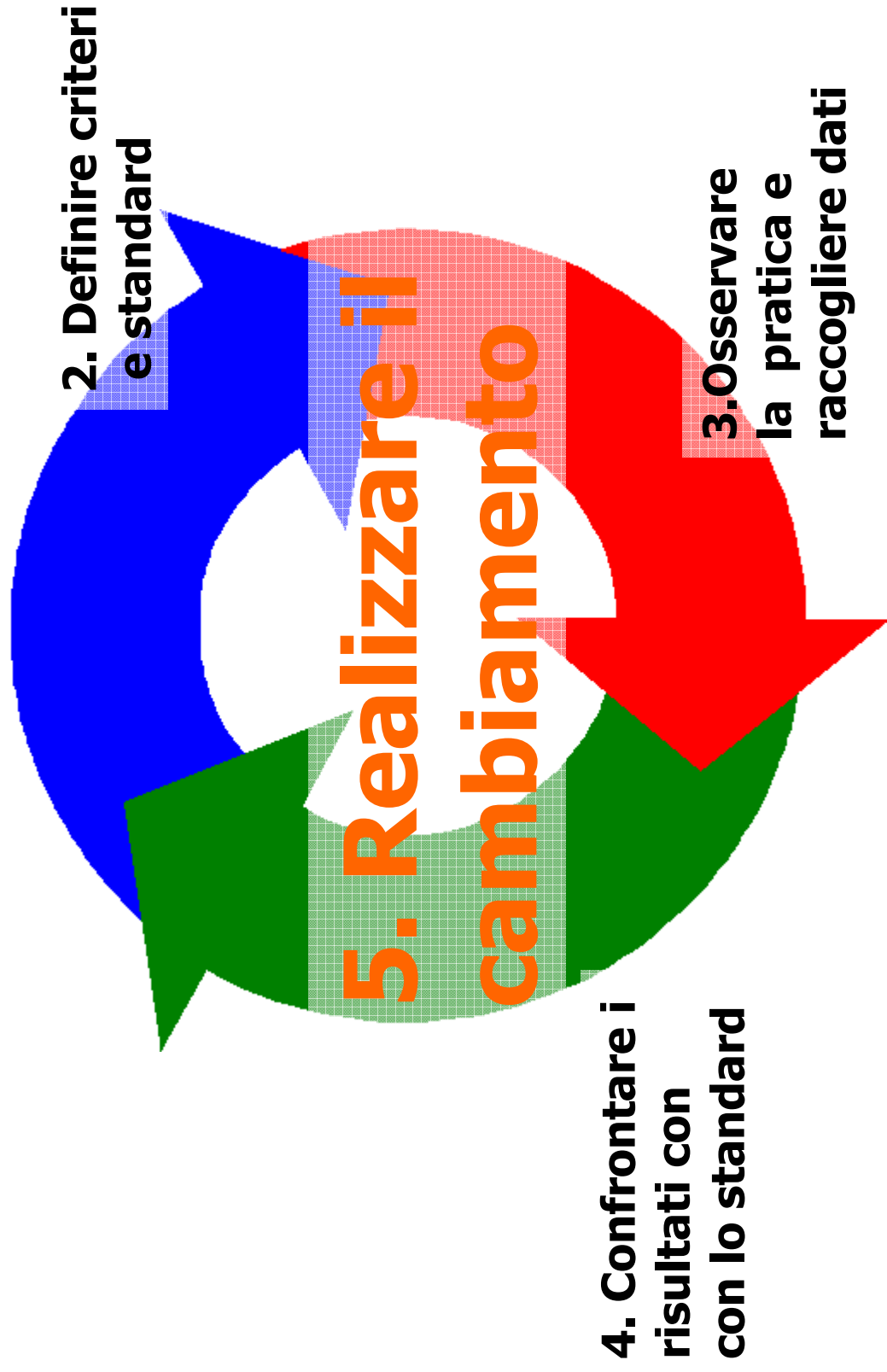


4. Test statistici

- “Chi Quadro”
- Test molto semplice, non parametrico
- Applicato a tabelle di frequenza a due dimensioni, per esempio $2 * 2$
- Serve a testare se c'è una differenza nelle due proporzioni



“Ciclo dell’audit”



- L'Audit Clinico non è uno studio epidemiologico
- Ma fa parte di un ciclo i miglioramento....





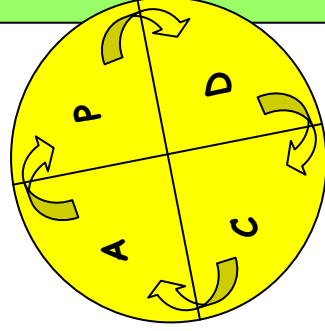
A) Se si è verificata una
concordanza con lo standard:
consolidare la buona pratica

- Standardizzazione della buona pratica
 - Documentazione (procedure, protocolli)
 - Estensione ad altre realtà vicine
 - Formazione, disseminazione



B) Se si è verificato uno scostamento dallo standard:

Problem Solving



PLAN (PIANIFICARE)

1. Individuazione del problema
2. Analisi del problema
3. Ricerca delle cause
4. Identificazione delle soluzioni

DO (ESEGUIRE)

5. Attuazione delle soluzioni

CHECK (CONTROLLARE)

6. Valutazione dell'efficacia delle soluzioni

ACTION (STANDARDIZZARE)

7. Standardizzazione definitiva delle soluzioni e revisione dell'attività svolta



4. Problem Solving

- Lo scostamento dei valori osservati dallo standard costituisce, nei termini del **Problem Solving** la individuazione di un problema
- In questa fase del percorso è importante poter identificare e descrivere esattamente il problema, **non** (ancora) individuarne le cause .. e tantomeno le soluzioni





Pianificare azioni correttive

- Definire l'oggetto del miglioramento
- Le tappe con le relative azioni
- Tempi entro cui completare ogni tappa
- Attribuire responsabilità per ogni tappa



Diagramma di Gantt

Azioni (cosa si fa)	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	Attori (chi fa)
1								Indicazione figure responsabili
2								Indicazione figure responsabili
3								Indicazione figure responsabili
4								Indicazione figure responsabili
5								Indicazione figure responsabili

Closing the loop

- Re-audit
- confrontare il PRIMA con il DOPO delle azioni correttive
- verificare di non aver causato un problema da altre parti
- esecuzione delle azioni correttive è stata fedele ?
- Il miglioramento è accettabile ?



Verifica dei risultati

- **Miglioramento dimostrato**
- **Miglioramento non dimostrato**
- standardizzazione delle azioni correttive
- documentazione (procedure)
- estensione ad altre UU.OO.
- formazione
- rivedere il percorso fatto
- “ricomincia da START”





I Ruoli nell'Audit Clinico



L'Audit Clinico è un'attività di valutazione

- Ogni attività di valutazione genera specifiche reazioni psicologiche
 - nel valutato
 - ma anche nel valutatore
- Tali reazioni sono spesso legate a precedenti esperienze personali di valutazione e possono suscitare movimenti difensivi e di resistenza



Alcuni principi per una gestione delle dinamiche relazionali nell’Audit Clinico

- Audit Clinico è un’attività strutturata con un “setting”
 - Tempi e scadenze
 - Luogo
 - Mandato e responsabilità
 - Ruoli definiti
 - Regole
- Ciò dovrebbe permettere di creare un ambito “deconfittualizzato”



Alcuni principi per una gestione delle dinamiche relazionali nell’Audit Clinico (2)

- Alcuni passaggi metodologici cruciali dell’Audit Clinico vanno condivisi con tutti gli interessati
 - la scelta del tema/ambito
 - la scelta dello standard (valore-soglia)
 - la grandezza del campione
- Ogni sforzo per un massimo di trasparenza e condivisione sarà ripagato in termini di adesione al progetto e di predisposizione al cambiamento



VALUTATORI

Esaminano la documentazione clinica

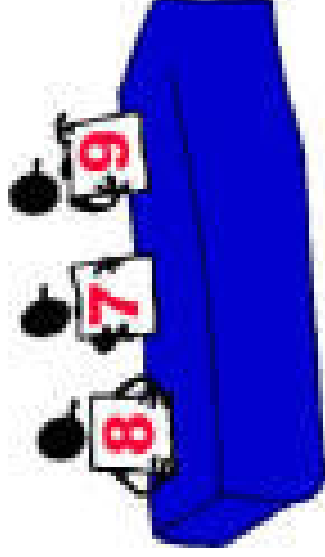
- Raccolgono i dati
- Elaborano i risultati
- Preparano la presentazione
- Devono conoscere il contesto e l'oggetto
- Acquisire tecniche specifiche
- Apprendere il ruolo (“fotografo”)





VALUTATI

- Professionisti che svolgono l'attività professionale oggetto dell'audit clinico
- Devono condividere il progetto
- hanno esigenze comunicative specifiche





COMMITTENTE/“SPONSOR”

- **Persona/gruppo/struttura che ha necessità di una fotografia**
- **è interessato a promuovere il cambiamento**
- **mette a disposizione risorse**



Committente \neq Valutatore \neq Valutato

- Situazione tipica:
- Direzione delega un gruppo di auditor a valutare la attività di un gruppo di professionisti, di un reparto
- Vantaggi:
- Svantaggi:



Committente = Valutatore = Valutato

- Situazione tipica: • Vantaggi:
- Piccolo gruppo di Medici di Medicina Generale valuta spontaneamente la propria pratica per migliorarla
- Svantaggi:



Committente = Valutatore ≠ Valutato

- Situazione tipica:
- Gruppo formato nella/dalla direzione raccoglie ed analizza i dati dei professionisti
- Vantaggi:
- Svantaggi:



Committente \neq Valutatore = Valutato

- Situazione tipica:
- Persona/struttura sovraordinata chiede ad un gruppo di professionisti di valutare la propria pratica
- Vantaggi:
- Svantaggi:



Committente = Valutato ≠ Valutatore

- Situazione tipica:
- Gruppo di professionisti chiede una valutazione esterna
- Vantaggi:
- Svantaggi:

