

DEFINIZIONE L'audit rappresenta uno strumento rilevante per la valutazione ed il miglioramento della qualità dell'assistenza. Secondo la guida UNI EN ISO 19011:2012 l'audit è un processo sistematico, indipendente e documentato per ottenere informazioni obiettive al fine di stabilire in quale misura i criteri sono stati soddisfatti. In ambiente sanitario si parla di audit di qualità della Salute come metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità dei servizi sanitari, attraverso il confronto sistematico con controlli espliciti dell'assistenza prestata, per identificare scostamenti dai requisiti o di best practice, attuare le opportunità di cambiamento individuate ed il monitoraggio dell'impatto delle azioni intraprese.

Sulla base della guida applicativa gli audit si distinguono in reattivi e proattivi: l'audit reattivo risponde ad un evento specifico (avvenimento) e viene spesso usato in programmazione per una valutazione sistemica dei processi.

La ISO 19011:2011, dal 2007, ha emesso le Linee guida per la conduzione degli audit, che rappresentano le indicazioni esplicite e operative per pianificare, organizzare, eseguire, documentare, analizzare, interpretare, comunicare, gestire e svolgere gli audit.

Un'azienda allestisce annualmente un piano di audit che ne definisce le diverse tipologie e le strutture\servizi da verificare. Le tipologie di audit (es A.8) vengono identificate delle sottotipologie (es A.8.1), per le quali vengono allestite specifiche procedure di audit, tramite elementi misurabili, degli standard di riferimento oggetto di valutazione. Si riporta ad esempio la checklist dell'International Patient Safety Goal (IPSG) 1.

La verifica della significatività statistica con il Test del χ^2 con $p \leq 0,05$.

Identificare le seguenti tipologie di audit:

- documentazione clinica
- accesso all'assistenza e continuità delle cure
- gestione dei piani di cura
- buon uso del sangue e derivati
- gestione del rischio clinico
- gestione dei farmaci
- requisiti di sicurezza delle infrastrutture
- Processo**
- infezioni
- la qualità percepita
- la qualità
- la gestione del personale

A.8 Audit di processo

A.8.1 Audit ai fini della conferma della certificazione (es. UNI EN ISO 9001:2008)

A.8.2 Audit di verifica degli standard regionali autovalutativi (DGR 14/2004) e di accreditamento istituzionale (DGR 14/2004)

A.8.3 Audit in PMA per la verifica dello stato di avanzamento del piano di adeguamento alle non conformità rilevate

congiunta Regione FVG e Centro Nazionale Trapianti

A.8.4 Audit sugli obiettivi internazionali per la sicurezza del paziente (IPSG)

IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE (PRO DSN 23)		
Il paziente è correttamente identificato tramite il utilizzo di due identificativi, ad esclusione del numero di stanza o letto del paziente.	C PC NC	Intervista al personale di reparto
Le prassi identificativa è corretta (verifica di identificazione attiva)	C PC NC	Intervista al personale di reparto o osservazione diretta
Il formato dei braccialetti è conforme alla procedura (braccialetto presente con etichetta con nome cognome e data di nascita).	C PC NC	Osservazione pz ricoverato
Il paziente viene identificato prima della somministrazione di farmaci, sangue ed emoderivati; viene eseguito il prelievo di sangue e di altri campioni biologici; viene eseguita l'esecuzione di terapie e procedure.	C PC NC	Intervista a infermiere o osservazione diretta
La procedura aziendale è nota al personale della struttura.	C PC NC	Intervista al personale di reparto
La procedura aziendale viene applicata dal personale della struttura.	C PC NC	Intervista al personale di reparto

RISULTATI Nella nostra azienda nell'arco del 2012 sono stati effettuati 37 audit, di cui 37 indagavano il rispetto degli standard IPSG.

Di seguito si riportano i risultati ottenuti nel Dipartimento di Pediatria (comprendente strutture mediche e chirurgiche) relativamente al rispetto degli standard IPSG. È rilevata una compliance media degli elementi misurabili pari all'88,8%. Di tutte le aree operative dipartimentali (ricovero ordinario, DH, ambulatorio), 3 riportavano un valore di compliance superiore al cut-off stabilito dell'80%. Le aree sotto soglia hanno implementato un piano di miglioramento condiviso con la Direzione e sono stati effettuati controlli di miglioramento dopo 30 giorni. Due servizi hanno raggiunto il 100% di aderenza, il terzo ha superato, seppur di poco, il valore di soglia. Complessivamente il Dipartimento di Pediatria ha registrato una compliance agli standard IPSG pari al 94,08%. L'incremento registrato è statisticamente significativo ($p < 0,01$).

Gli standards con minor compliance dopo la prima valutazione sono stati l'IPSG 3 ("Sicurezza dei farmaci ad alto rischio") e l'IPSG 1 ("Identificazione del paziente"), mentre l'ambito dipartimentale con maggior Non Conformità è stato quello chirurgico.

