

## Audit clinico

# Uno strumento per migliorare le cure in sicurezza

■ Il ministero della Salute ha realizzato il primo manuale per promuovere l'utilizzo sistematico e continuativo dell'Audit clinico, in collaborazione con Fnomceo, Fofi e Ipasvi. A disposizione di tutti gli operatori della sanità per sviluppare la capacità di valutare i continui cambiamenti della scienza e dell'organizzazione sanitaria

**P**romuovere, in tutti gli ambiti del Ssn, l'utilizzo sistematico e continuativo dell'Audit clinico per sviluppare la capacità di valutare, innovare e rispondere, in una realtà in continuo cambiamento, alle aspettative dei pazienti e dei professionisti attraverso una trasparente comunicazione, indispensabile per mantenere rapporti di fiducia sulla qualità delle cure offerte e ricevute.

È questo l'obiettivo del Manuale L'Audit clinico, realizzato dal Dipartimento della qualità - Di-

rezione generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema del Ministero della Salute, in collaborazione con le Federazioni nazionali degli Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri (Fnomceo), degli Ordini dei farmacisti Italiani (Fofi) e con la Federazione nazionale dei Collegi infermieri (Ipasvi).

Il Manuale, redatto con l'obiettivo di proporre la specifica metodologia in forma rigorosa sviluppa le varie fasi di un audit clinico, offre agli operatori sanita-

ri un'opportunità per impegnarsi, con professionisti esperti, in un metodo per migliorare la qualità delle cure, l'acquisizione di conoscenze e competenze, la promozione della cultura della qualità e della sicurezza e creare un clima di fiducia tra i professionisti.

Per il ministero è opportuno che la sua applicazione venga incoraggiata a livello locale, regionale e nazionale attraverso le modalità ritenute più idonee quali corsi Ecm, anche sul campo, e l'inserimento negli obiettivi di budget.

## Audit clinico in dieci mosse

**1.** Inquadramento generale. Specifica le linee generali dell'audit clinico, gli obiettivi, le sfide, i rischi, gli ambiti e il piano d'azione nel processo di miglioramento della qualità della struttura.

**2.** Potere decisionale. Vengono definiti i margini operativi e le decisioni da adottare che devono essere convalidate dalla direzione aziendale.

**3.** Ruolo dei componenti del gruppo. Vengono definiti il ruolo e le responsabilità del leader e di ciascun componente del gruppo e le relazioni all'interno del gruppo.

**4.** Conduzione dell'audit clinico. Viene definita la modalità di gestione partecipativa, basata sulla mobilitazione delle competenze, sulla fiducia e sulla responsabilità di ciascuno.

**5.** Monitoraggio. Vengono programmati dal leader, in collaborazione con il gruppo, la tempistica, gli strumenti e i metodi del monitoraggio nelle diverse fasi.

**6.** Accessibilità delle informazioni. Vengono rese disponibili ai componenti del gruppo, secondo modalità definite, le informazioni necessarie per la realizzazione delle attività pre-stabilite.

**7.** Confidenzialità. Chiunque sia coinvolto nell'audit deve essere a conoscenza delle regole di riservatezza secondo la normativa vigente.

**8.** La comunicazione. La comunicazione è strutturata sia all'interno che all'esterno del gruppo. La comunicazione interna deve favorire la partecipazione, l'adesione alle attività e la motivazione dei professionisti.

**9.** Le risorse. Le risorse necessarie sono materiali (spazi e strumenti) e umane. È necessario informare la direzione e i responsabili dei reparti/dipartimenti rispetto ai partecipanti e all'impegno di tempo richiesto.

**10.** Le regole di comportamento. Le attività devono essere svolte secondo precisi requisiti di comportamento ed in conformità alle richieste (rispetto delle scadenze, aderenza alla mission aziendale, conflitti di interesse).



## Errore medico

# Sette chirurghi su dieci lo comunicano solo se ha prodotto conseguenze

**L**157,8% dei chirurghi che incorrono in un evento avverso è convinto che vada comunicato quando ci sono delle conseguenze. Mentre il 31,8% ritiene che l'errore se avvenuto va comunicato sempre. Il 51,4% dei camici verdi ammette difficoltà di informare il paziente dell'evento avverso e la stragrande maggioranza (83,2%) ritiene di doverlo fare non appena il paziente è in grado di apprendere la notizia.

È quanto emerge da un'indagine condotta dall'Associazione chirurghi ospedalieri italiani (Acoi) e da Ceref su 704 chirurghi, presentata durante il Congresso nazionale dell'associazione che ha eletto alla presidenza Luigi Prenti.

Dall'indagine è emerso che per cinque camici verdi su dieci

■ Uno studio promosso dall'Associazione chirurghi ospedalieri italiani (Acoi) mostra come si rapportano davvero i medici con la possibilità di errore nella propria attività. Tra i chirurghi, una delle categorie più spesso "accusate", cinque su dieci ritengono sia giusto chiedere scusa e otto non riescono a dimenticare quello che è successo. Solo il 31,8% degli intervistati, però, ritiene che debba essere sempre comunicato

(51%), in caso di evento avverso è giusto porgere le scuse al paziente. E il 64% pensa che se si esprime rincrescimento, il paziente può considerare di non chiedere il risarcimento dei danni. Certo, chi commette un errore non riesce a dimenticarlo: è così per l'80% dei chirurghi.

Ma chi deve comunicare l'errore? Il 41,1% ritiene che questo compito spetti a chi è

incorso nell'evento avverso. Ma non manca chi delega questa responsabilità al direttore dell'unità operativa (37,5%). Solo il 17% ritiene che debba essere compito del medico che ha in cura il paziente. Il 35,7% dei chirurghi, poi, preferisce la presenza anche di un altro membro dell'equipe all'atto della comunicazione dell'evento avverso.

