

L'audit clinico

Definizione e descrizione del processo

Lamberto Pressato



OBIETTIVI e METODI

Per rispondere all'esigenza di una gestione appropriata del paziente a rischio di SCOMPENSO CARDIACO, il percorso prevede l'attività di autoanalisi da parte dei singoli MMG nell'ambito delle Medicine di Gruppo e successivi "confronti tra pari", per discutere gli ambiti di non appropriatezza.

FASI DEL PROCESSO

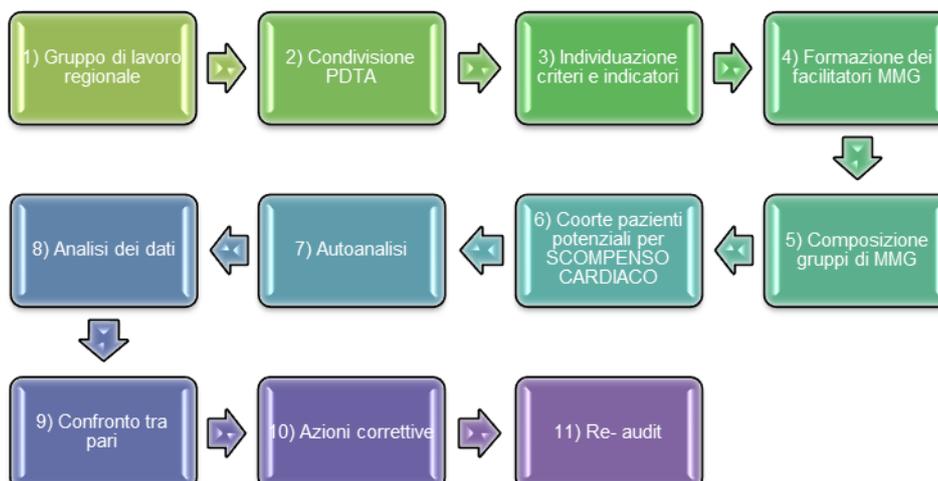
L'implementazione del processo di audit clinico passa attraverso le seguenti fasi:

1. Individuare il gruppo di lavoro a livello regionale che si occupa della realizzazione del progetto, team multidisciplinare formato da Professionisti delle Cure Primarie, Dipartimento di Cardiologia, Servizio Farmaceutico Territoriale, Servizio di Epidemiologia, Servizio Informatico, Dipartimento di Formazione;
2. condividere il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) elaborato/aggiornato a livello regionale, sulla base delle Linee Guida di riferimento;
3. individuare i criteri e gli indicatori di riferimento;
4. formare i MMG che avranno il ruolo di facilitatori negli incontri tra pari;
5. costituire i gruppi di pari e trasferire le conoscenze di base sullo SCOMPENSO CARDIACO, audit clinico (+ iniziative collaterali ad hoc, ECM, formazione on line);
6. identificare la coorte di pazienti potenzialmente a rischio di SCOMPENSO CARDIACO ed inviare le schede individuali ai MMG;
7. completare le schede individuali da parte dei MMG;
8. elaborare ed analizzare i dati di ritorno delle schede;
9. discutere i risultati negli incontri tra pari ed individuare gli scostamenti dai criteri;
10. mettere in atto gli interventi correttivi ai vari livelli organizzativi;
11. programmare re-audit.

La metodologia trova il suo razionale sull'evidenza empirica che il professionista cambia i propri atteggiamenti solo se dall'autoanalisi individua ambiti di scarsa appropriatezza del proprio operato. Successivamente la condivisione delle esperienze personali diviene il momento propedeutico al cambiamento per l'adozione di comportamenti (buone prassi) più appropriati.

Il confronto tra gruppi di medici della stessa ASL coinvolti nel progetto, crea le premesse per produrre risultati concreti di appropriatezza, con l'effetto di un'acquisizione culturale comune (comunità di pratiche).

La metodologia proposta racchiude per ciascun MMG l'intero ciclo di valutazione (analisi, identificazione del problema, intervento di miglioramento e valutazione dell'effetto ottenuto) per ogni fase del processo di cura (dalla diagnosi alla decisione terapeutica).



LE FASI DEL PROGETTO
FASE A: DEFINIZIONE PROCESSO DI CURA IDEALE
Elaborazione/aggiornamento del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) condiviso, sulla base delle linee guida internazionali, della letteratura scientifica e dei percorsi già in atto sul territorio.
FASE B: IDENTIFICAZIONE COORTE DI PAZIENTI
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Identificazione attraverso i database amministrativi della coorte di pazienti a rischio di SCOMPENSO CARDIACO. ◆ Invio da parte delle ASL di un elenco nominativo dei pazienti della coorte a ciascun medico per la verifica. ◆ Definizione degli indicatori, prima delle attività di autoanalisi (baseline). ◆ Preparazione reportistica finalizzata al monitoraggio dell'evoluzione nel tempo della baseline.
FASE C: CONFRONTO PRATICA ATTUALE VS CURA IDEALE
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Lavoro individuale dei medici di revisione dei propri casi: il medico valida la lista dei pazienti potenziali escludendo e/o aggiungendo pazienti anche attraverso l'ausilio di un questionario specifico. ◆ Incontri trimestrali, organizzati dal Partner di progetto, tra tutti i partecipanti all'iniziativa (Network Scientifico) per la condivisione delle esperienze e dei risultati in forma anonima ed aggregata.
FASE D: INTERVENTO DI MIGLIORAMENTO
<ul style="list-style-type: none"> • Incontri tra pari. • Identificazione delle aree di inappropriatelyzza e definizione di modalità ed interventi di miglioramento, per gestire il paziente con SCOMPENSO CARDIACO in maniera appropriata.
FASE E: INFORMAZIONE SCIENTIFICA COLLABORATIVA
Divulgazione alla Medicina Generale di un'informazione scientifica condivisa, mirata al miglioramento delle aree di inappropriatelyzza individuate.

Di seguito vengono illustrate le fasi operative e le attività connesse.

L'utilizzo degli strumenti informatici, coniugato alla tradizionale raccolta "ad hoc" per integrare o validare i dati con la revisione delle cartelle cliniche, rappresenta pertanto oggi una risorsa imprescindibile per la ricerca epidemiologica e valutativa, così come per le attività di audit clinico.

In questo ambito, infatti, il contributo dei database consente sia di descrivere in modo articolato i profili clinici e prescrittivi (ed i relativi percorsi di cura), sia di identificare i pazienti per i quali - alla luce degli obiettivi dell'attività - si pone la necessità di un approfondimento. Più in generale, sono oramai numerose le applicazioni al governo clinico, per esempio nello studio dell'appropriatezza dell'assistenza, del rispetto di linee guida e percorsi diagnostico terapeutici.



L'assistenza ai malati cronici: 6 elementi essenziali

(Wagner EH, 1999)

1. Le risorse e le politiche della comunità locale
2. L'organizzazione dell'assistenza
3. Il supporto all'autogestione del paziente
4. Il disegno del sistema di offerta:
 - costituzione di un team con una chiara divisione del lavoro: la cura degli acuti deve essere separata dall'assistenza ai cronici;
 - il medico cura i casi urgenti e complessi;
 - gli infermieri e il personale di studio educano il paziente all'autogestione, predispongono gli accertamenti periodici ed assicurano il follow up;
5. Il sostegno alle decisioni (linee guida, EBP)
6. Il sistema informativo.

44