

AUDIT CLINICO PARM – Comitato Gestione del Rischio Clinico

REVISIONE N. 00 DATA 01/04/2019

VERBALE DELL'AUDIT CLINICO

PREMESSA

L'audit clinico è un metodo di valutazione delle pratiche professionali sperimentato dall'ANAES dal 1990 al 1997 nell'ambito di una collaborazione con 250 strutture sanitarie pubbliche e private.

Il principio dell'audit clinico consiste nel misurare la qualità di una pratica in base a criteri espliciti, oggettivi e nel comparare il risultato ad uno documento di riferimento. Lo scarto osservato tra il livello di qualità auspicato esplicitato nello standard di riferimento e il livello di qualità effettivamente garantito, impone l'attuazione di un piano di miglioramento con il controllo periodico del suo impatto.

DEFINIZIONE DI AUDIT CLINICO

L'audit clinico è un metodo di valutazione che permette, attraverso l'utilizzo di criteri determinati, di comparare le pratiche assistenziali con standard condivisi, allo scopo di misurare la qualità di queste pratiche e gli esiti che ne derivano con l'obiettivo di migliorarli

FASI DEL PROCESSO DELL'AUDIT CLINICO

Un metodo è l'insieme delle fasi ragionate, da seguire per raggiungere un obiettivo.

L'audit clinico riconosce sei fasi:

1. scelta del tema;
2. scelta dei criteri;
3. scelta del metodo di misurazione;
4. raccolta dei dati;
5. analisi dei risultati;
6. piano delle azioni di miglioramento e delle rivalutazioni.

1 SCELTA DEL TEMA

Il tema dell'audit clinico è scelto in funzione della frequenza della pratica, del rischio per il paziente, del potenziale di miglioramento, dell'esistenza di riferimenti scientifici, normativi e professionali.

L'Audit Clinico in oggetto riguarda il **rischio cadute nei reparti di Riabilitazione della Casa di Cura**. Sono stati analizzati i dati relativi al 2018.

AUDIT CLINICO PARM – Comitato Gestione del Rischio Clinico

REVISIONE N. 00 DATA 01/04/2019

2 SCELTA DEI SCRITERI

Un criterio è un concetto comunemente accettato, che permette di ottenere un giudizio valido sulla adeguatezza della pratica valutata. Esso prevede una denominazione, uno o più elementi misurabili, un valore da raggiungere (standard atteso) e una specifica istruzione per la raccolta dei dati.

3 SCELTA DEL METODO DI MISURAZIONE

Per la raccolta dei dati si sono analizzate le schede di rilevamento cadute registrate e consegnate all'ufficio legale della struttura. Questo strumento di rilevazione è obsoleto e non raccoglie tutte le informazioni necessarie per stabilire la qualità dei risultati. La formulazione delle domande deve prevedere spesso una risposta dicotomica (es. SI/NO) e deve rispettare l'ordine seguito nel "documento di riferimento ministeriale". La costruzione della griglia di valutazione deve prevedere lo spazio necessario alla registrazione delle osservazioni e degli eventi imprevisti che si sono presentati nel corso della raccolta delle informazioni. La mancata soddisfazione dei criteri deve essere accompagnata da commenti registrati in questi appositi spazi. Questi dati faciliteranno e arricchiranno l'analisi dei risultati. La Direzione Sanitaria ha implementato un metodo di raccolta dei dati che si avvale di un programma condiviso e formulato in acces.

4 RACCOLTA DATI

La raccolta dati dell'Audit si è composto di due fasi.

Nella prima fase sono state esaminate le schede di registrazione delle cadute.

Nella seconda è stato eseguito un sopralluogo nei reparti.

5 ANALISI DEI RISULTATI

Per quanto riguarda l'esame delle schede, nel periodo esaminato (Gennaio – Dicembre 2018) sono state registrate n° 164 cadute nei reparti di riabilitazione.

In generale i danni per i pazienti sono risultati lievi o non rilevanti. In 8 casi si è dovuta registrare un esito significativo (frattura del femore del paziente, lussazione protesi ecc).

Nella maggior parte dei casi la caduta è avvenuta in stanza, generalmente mentre il paziente si stava muovendo senza l'aiuto del personale. In alcuni casi la caduta è avvenuta mentre il paziente cercava di scendere o mettersi a letto, o mentre si alzava dalla carrozzina. In tutti i casi un medico è intervenuto a valutare il paziente.

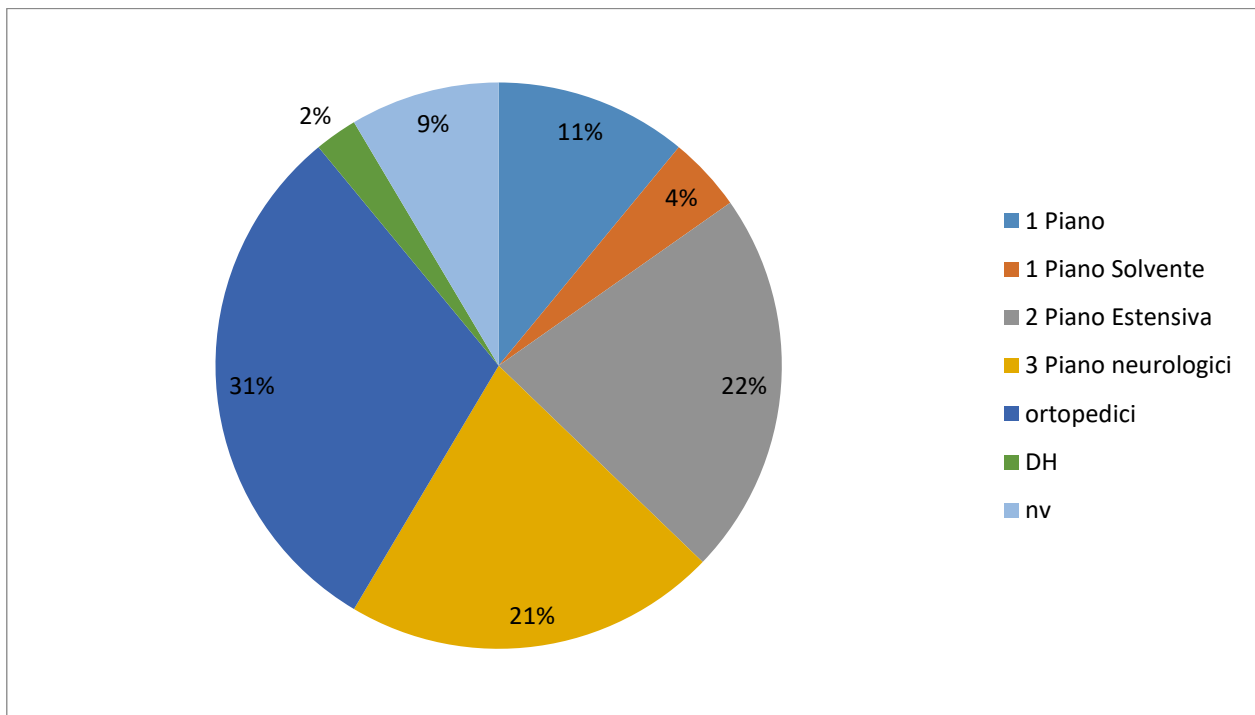
In alcuni casi si è ritenuto opportuno procedere con **indagini radiologiche** di diversa natura.

N° 94 cadute si sono concentrate in **orario diurno (8-20)**, mentre **n° 58 sono avvenute nell'orario notturno (20-8)**. Durante il sopralluogo nei reparti sono state esaminate – in collaborazione con il Direttore Sanitario – le cartelle cliniche per verificare la presenza delle **schede di valutazione del rischio caduta del paziente**.

Dati relativi alle Cadute nel 2018

Reparti di degenza

reparto	numero
1 Piano Riabilitazione Cardio-respiratoria (p.l. 38)	18
1 Piano Pazienti privati (p.l. 24)	7
2 Piano Estensiva (p.l. 30)	36
3 Piano neurologici (p.l. 32)	35
Ortopedici (p.l. 60 accreditati + p.l. 18 privati)	50
DH (p.l. 28)	4
(Nv) (dati incompleti e non identificati)	14
totale	164

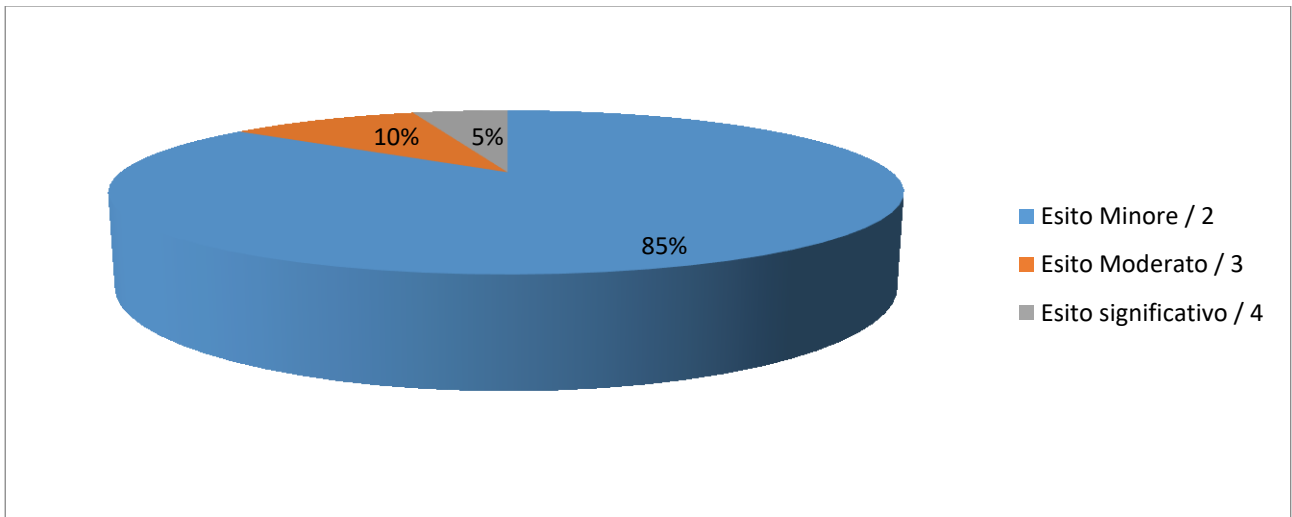


AUDIT CLINICO PARM – Comitato Gestione del Rischio Clinico

REVISIONE N. 00 DATA 01/04/2019

Esiti

Esito	N° casi
Esito Minore / 2	140
Esito Moderato / 3	16
Esito significativo / 4	8
Totale	164

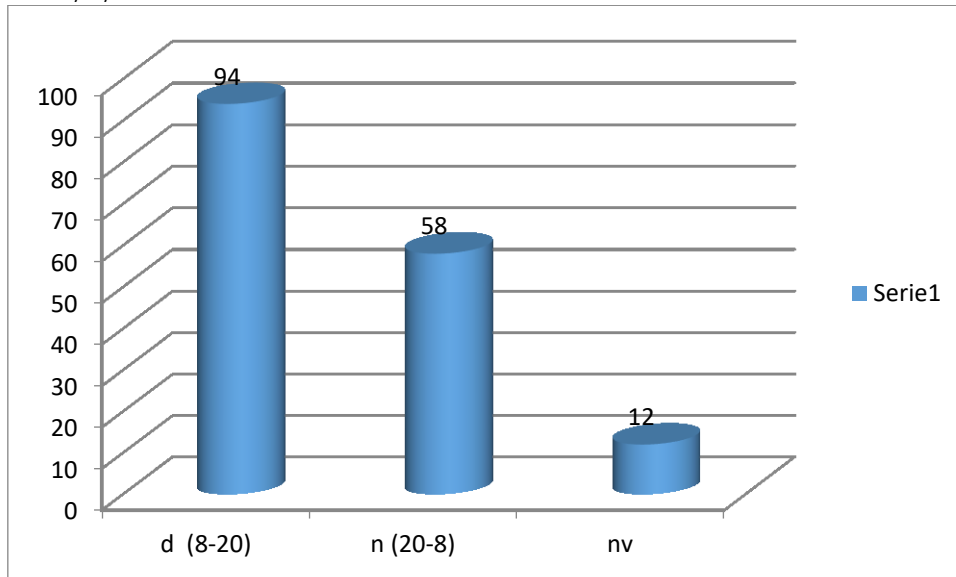


Orario Notturmo / Diurno

orario	numeri
diurno (8-20)	94
Notturmo (20-8)	58
Nv (dati incompleti e non identificati)	12
totale	164

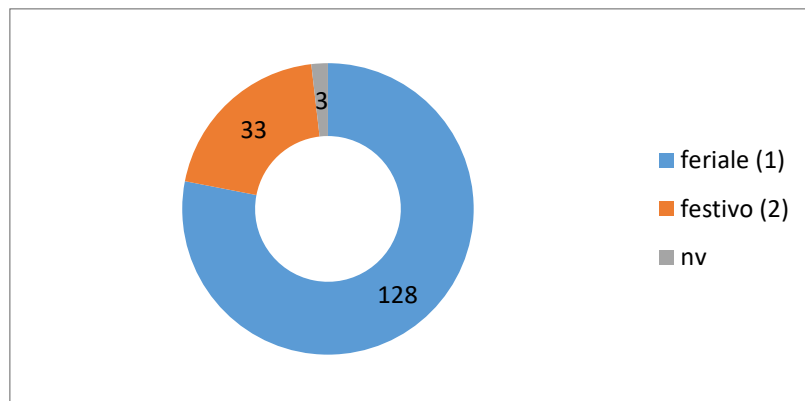
AUDIT CLINICO PARM – Comitato Gestione del Rischio Clinico

REVISIONE N. 00 DATA 01/04/2019



Festivi / feriali

feriale (1)	128
festivo (2)	33
Nv (dati incompleti e non identificati)	3



AUDIT CLINICO PARM – Comitato Gestione del Rischio Clinico

REVISIONE N. 00 DATA 01/04/2019

Donne / Uomini

donne	95
uomini	49
Nv (dati incompleti pazienti non identificati)	20

