

## Capitolo 6

# L'audit nella Prevenzione e Controllo delle Infezioni

Nagwa Khamis e  
Gertie van Knippenberg-Gordebeke

### Elementi chiave

- L'*audit* è un metodo che consente la verifica di una pratica rispetto ad uno standard. Si esamina la situazione attuale e la si confronta con le procedure o con altre evidenze scientifiche di riferimento.
- L'*audit* può aiutare a migliorare l'assistenza dei servizi sanitari, in quanto i cambiamenti nella pratica avvengono in assenza di conflitti o meccanismi di colpa. Può anche essere utilizzato per la valutazione dei rischi, la pianificazione strategica e l'analisi delle cause.
- Un gruppo di *audit* è essenziale per effettuare una verifica adeguata attraverso una buona pianificazione, lo svolgimento delle attività e il feedback dei risultati.
- I risultati dell'*audit* possono essere forniti ad altri attraverso vari tipi di report.

## Introduzione

Le Infezioni correlate alle Organizzazioni Sanitarie (IOS) sono generalmente associate a molteplici fattori. La prevenzione di queste infezioni dipende dalla sorveglianza quotidiana e dall'implementazione di attività di prevenzione e di controllo dell'infezione (PCI). Queste attività sono delineate dalle linee guida, dalle politiche e dalle procedure.

L'*audit* è un metodo che consente la verifica di una pratica rispetto ad uno standard; dovrebbe permettere la segnalazione di non conformità o di problemi da parte del personale sanitario o del gruppo operativo di controllo delle infezioni (GO-CIO).

Fornire i risultati dell'*audit* al personale permette loro di identificare dove è necessario il miglioramento.<sup>[1]</sup> L'*audit* interno implica il monitoraggio e la valutazione dell'efficacia dell'organizzazione del processo di gestione del rischio. La gestione del rischio comporta la definizione di obiettivi e successivamente l'identificazione, l'analisi e le risposte a quei rischi che potrebbero potenzialmente influire sulla capacità dell'organizzazione di raggiungere i propri obiettivi. *Auditor* interni possono offrire consulenza e aiutare a identificare i rischi emergenti.<sup>[2]</sup>

Standard di revisione interna richiedono lo sviluppo di un piano di *audit* basato su una valutazione del rischio aggiornato annualmente secondo il ciclo: Plan, Do, Study, Act (PDSA). Il ciclo PDSA è un acronimo che rappresenta lo sviluppo di un piano per testare un cambiamento (Plan), la realizzazione del piano (Do), l'osservazione e l'apprendimento dalle conseguenze (Study) e la determinazione di quali modificazioni dovrebbero essere realizzate (Act). (Vedi Figura 6.1)



Figura 6.1 Il ciclo PDSA

I cambiamenti nei processi spesso generano progetti di *audit*, in aggiunta alla revisione di documenti quali i piani strategici.<sup>[3]</sup>

L'*audit* nelle attività di prevenzione e controllo può avere un ruolo importante. L'*audit* può portare al miglioramento dei servizi in quanto fornisce meccanismi non colpevolizzanti per realizzare cambiamenti nella pratica. I risultati dell'*audit*, quando sono forniti al personale, possono modificare i difetti in miglioramenti dopo che sono state compiute le appropriate modifiche.<sup>[4]</sup> (Vedi Figura 6.2)

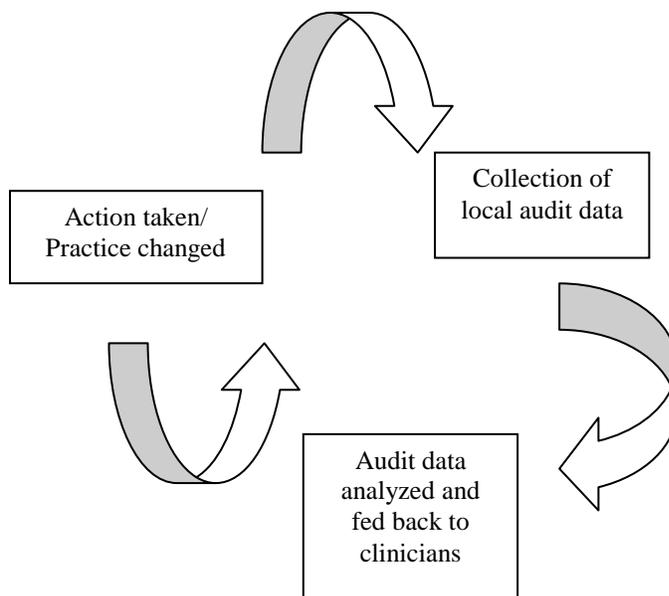


Figura 6.2. Il ciclo del PDSA

Gli strumenti dell'*audit* sono comunemente noti come "strumenti per il miglioramento della qualità".<sup>[4]</sup>

Il GO-CIO utilizza questi strumenti per valutare l'attuazione di procedure standard come l'igiene delle mani, le precauzioni di isolamento, la pulizia ambientale, la disinfezione o la sterilizzazione dei dispositivi, il trattamento della biancheria / rifiuti / oggetti taglienti / materiali di consumo, ecc. Inoltre, si possono monitorare specifiche pratiche, quali: l'uso di dispositivi di protezione individuale, l'inserimento e la manutenzione dei cateteri intravascolari, l'uso di dispositivi medici per l'apparato respiratorio e urinario e la cura delle ferite. Possono essere anche incluse: le osservazioni di pratiche nelle sale operatorie quali la preparazione del paziente, la tricotomia, il lavaggio chirurgico delle mani dell'equipe e la profilassi antibiotica. L'*audit* può essere eseguito dal GO-CIO o da altro personale designato. Lo strumento nell'*audit* deve armonizzare e far coincidere le migliori pratiche raccomandate con le risorse disponibili nella struttura.<sup>[1]</sup>

## Metodologia dell'*audit*

Inizialmente è probabilmente meglio selezionare poche aree da sottoporre ad *audit*, preferibilmente quelle ritenute più importanti dall'organizzazione. Queste possono includere le aree ad alto rischio, selezionate attraverso i risultati di sorveglianza, e la rilevazione di epidemie. Un *audit* efficace dovrebbe includere una descrizione della struttura, la revisione dei percorsi, i protocolli e le politiche, le forniture e le attrezzature, e l'osservazione di adeguate pratiche di prevenzione e controllo.

L'*audit* dovrebbe avvenire nel corso di un arco di tempo definito.<sup>[1]</sup> Un piano di *audit* rapido può essere completato in pochi giorni ed i risultati possono essere forniti molto rapidamente.<sup>[4]</sup> (vedi Tabella 6.1)

Table 6.1 Rapid Cycle Audit Plan

Day	1	2	3	4	5	6	7	8
Environment								
Hand hygiene								
Indwelling lines								
Urinary catheters								

In aggiunta ai piani rapidi di audit, può essere utile un piano annuale<sup>[4]</sup> (vedi tabella 6.2),  
 Personale di collegamento e personale di reparto può collaborare a tali processi.<sup>[1]</sup>

Table 6.2. Piano annuale di *audit*

	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic
MRSA: screening all'ingresso												
Igiene mani												
Politica antibiotici												
Eliminazione taglienti												
Politica disinfettanti												
Central processing policy												
Tecniche asettiche in sala operat.												
Sorveglianza												

## Preparazione del gruppo di audit

Tutti gli operatori sanitari e il personale di supporto devono essere inclusi nella preparazione di un *audit*. Essi hanno bisogno di comprendere che lo scopo è quello di migliorare la pratica di prevenzione e controllo. Il metodo non è in alcun modo punitivo o una ricerca delle debolezze individuali. Gli incontri *pre-audit* sono indispensabili per spiegare e discutere la finalità e gli obiettivi dell'*audit*, come sarà condotto e come i risultati saranno riportati.

Il personale dovrebbe comprendere che sarà mantenuto un approccio obiettivo, che l'*audit* sarà condotto uniformemente su tutte le capacità e che sarà garantito l'anonimato. Il gruppo di *audit* deve identificare i leader dell'area sottoposta a verifica e mantenere una comunicazione efficace con loro. L'Organizzazione e altri decisori chiave (ad esempio, i formatori) devono sostenere il gruppo di *audit* in ogni cambiamento richiesto nella fase di *post-audit*.

## Valutazione della conoscenze

Prima di ogni *audit* deve essere predisposto e somministrato un questionario per valutare il livello di conoscenza degli operatori sulle pratiche sicure delle attività correlate alla prevenzione e controllo delle infezioni.<sup>[5]</sup> Il questionario può aiutare a identificare quali aree di pratica dovrebbero essere sottoposte ad *audit*. Gli intervistati devono essere identificati solo attraverso la qualifica (ad esempio, infermiere, medico, radiologo, personale di pulizia, ecc.). Il questionario può essere modificato a seconda del reparto o area oggetto di *audit*. Deve essere definita una scadenza entro cui i questionari devono essere restituiti. Dovrebbe essere coinvolta una persona per ogni area per garantire la compilazione dei questionari e la loro conservazione in attesa della raccolta e successiva analisi ad opera del gruppo di *audit*. I risultati permetteranno al GO-CIO di identificare le necessità di formazione supplementare. La diffusione dei risultati e la discussione delle risposte corrette può essere utilizzata quale strumento educativo.

## Principi di base

### Bundle

Il *bundle* costituisce un modalità strutturata multimodale per migliorare i processi di cura e gli esiti assistenziali sulle persone. Un *bundle* è un insieme di processi necessari per l'efficacia e la sicurezza delle cure nei pazienti sottoposti a particolari trattamenti a rischio.

Sono possibili diversi interventi "in *bundle*" che migliorano significativamente gli esiti della cura del paziente solo se combinati. I *bundle* si sono dimostrati utili e sono stati sviluppati per gli interventi di prevenzione della polmonite associata a ventilazione, delle infezioni delle vie urinarie associate a catetere vescicale, delle batteriemie correlate alla presenza di un catetere venoso centrale.<sup>[6]</sup>

Un *bundle* predefinito include:

1. una dichiarazione ufficiale di impegno sottoscritto dal *team* clinico.
2. un diagramma causa-effetto (Figura 6.3) che descriva la pratica ottimale che possa essere usato anche per analizzare<sup>[7]</sup> le cause di non conformità rispetto agli *standard*.
3. procedure operative standard per il *bundle*, inclusi specifici criteri.

4. una griglia per la raccolta di dati.
5. l'evidenza della spiegazione del bundle al personale clinico (ad esempio, discussioni di gruppo, presentazione di diapositive)

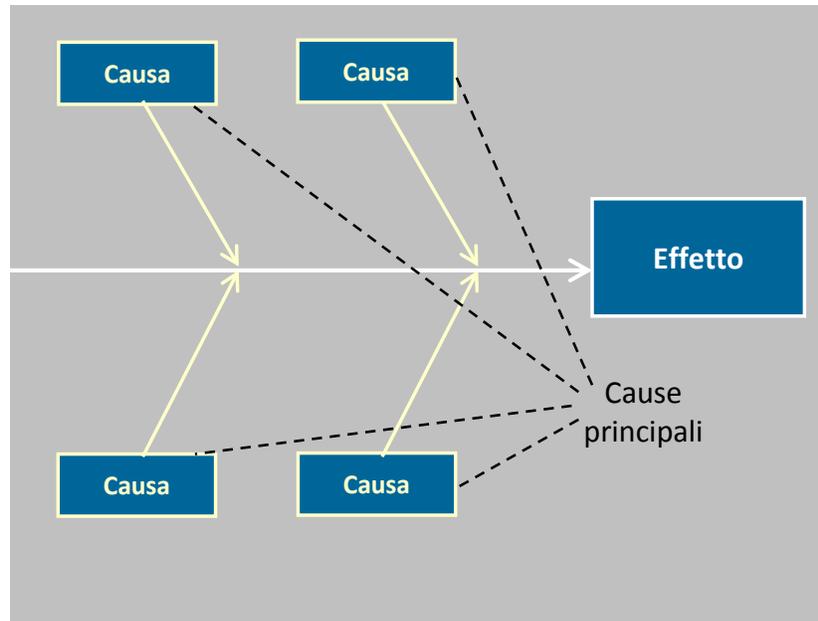


Fig 6.3 diagramma causa effetto, a lisca di pesce

Il *bundle* consiste tipicamente in un piccolo set critico di procedure (di solito da tre a cinque) basate su evidenze solide che, se utilizzate assieme, determinano un miglioramento nei risultati. Completando con successo ogni fase il processo è semplice e può essere verificato.<sup>[8]</sup>

## Tipi di audit

In ambito sanitario sono disponibili diversi strumenti per effettuare vari tipi di *audit*.

- The Community and Hospital Infection Control Association-Canada audit toolkit.<sup>[9]</sup>
- World Health Organization audit toolkits.<sup>[10]</sup>

Essi comprendono, ma non sono limitati a:

- L'igiene delle mani (la preparazione e la pratica; materiali come il sapone, asciugamani di carta, prodotti a base alcolica)
- Uso di precauzioni standard / pratiche di routine
- Utilizzo di isolamento / precauzioni aggiuntive
- Uso di dispositivi di protezione individuale
- Monitoraggio delle apparecchiature per la sterilizzazione
- Pulizia, disinfezione e sterilizzazione dei dispositivi medici e delle attrezzature riutilizzabili, come broncoscopi e strumenti chirurgici
- Pulizia dell'ambiente
- Pratiche di emodialisi e delle attrezzature, impianti ad esse associate

- Attività di prevenzione e controllo in sala operatoria quali asepsi e antisepsi preoperatoria, controllo dei percorsi, preparazione della cute del paziente, depilazione, lavaggio chirurgico delle mani e la profilassi antibiotica
- Riprocessazione dei dispositivi medici in ambulatori e studi medici
- Rischio biologico correlato ad esempio alle lesioni determinate da punture d'ago/taglienti, i tassi di vaccinazione
- Gestione delle epidemie
- *Auto-audit* per il GO-CIO.

I dati ricavati dagli *audit* possono essere usati per indirizzare gli obiettivi annuali del programma di PCI. Essi aiutano anche a rilevare i bisogni dei servizi sanitari in relazione agli *standard* PCI e alle pratiche sicure di assistenza sanitaria.

## Rapporti

Una volta che l'*audit* è completato deve essere redatta una prima bozza di relazione dettagliata che sarà rivista con la direzione e il personale chiave dell'area sottoposta ad *audit*, prima che essa sia completata e diffusa.

La relazione dovrebbe contenere informazioni sul perché l'*audit* è stato effettuato, sul metodo utilizzato, sui risultati e sulle raccomandazioni. Dati di conformità devono essere inclusi come appropriati.<sup>[1]</sup>

I rapporti di *audit* possono assumere la forma di:

**Rapporti settimanali:** che forniscono un *feedback* rapido su questioni incidentali mentre sono ancora recenti (ad esempio, durante le epidemie o dopo infortuni occupazionali con taglienti).

**Rapporti mensili:** che dovrebbero includere sezioni su sorveglianza, risultati degli audit, interventi educativi, formazione e consulenze.

**Rapporti trimestrali:** Questi sono rapporti formali che includono le raccomandazioni e gestione dei problemi.

**Rapporti annuali:** un riepilogo delle verifiche effettuate nel corso dell'anno e il conseguente miglioramento o le modifiche apportate durante gli *audit* rapidi e annuali, descritti se necessario con grafici.

Il personale deve imparare ad apprezzare che l'intento di un *audit* è quello di promuovere buone pratiche, migliorare la cura dei pazienti e garantire la sicurezza. Una persona referente deve essere identificata in ogni area per aiutare e agevolare l'attuazione di qualsiasi raccomandazione in un tempo specifico.<sup>[4]</sup>

## La modifica dei comportamenti

Si raccomanda la revisione delle prevalenti teorie sui comportamenti e la loro applicazione alle professioni sanitarie con l'intento di capire come ottenere interventi di maggior successo.<sup>[11]</sup> Nell'igiene delle mani, anche se le teorie comportamentali e interventi secondari sono principalmente mirati ai singoli lavoratori, questo potrebbe essere insufficiente a produrre un

cambiamento stabile.<sup>[12]</sup> Gli interventi devono tenere in considerazione i diversi livelli di interazione comportamentale.<sup>[13]</sup>

L'interdipendenza di fattori individuali, vincoli ambientali e clima istituzionale devono essere tenuti in conto nella pianificazione strategica e nello sviluppo dei programmi, quali ad esempio, nelle campagne per l'igiene delle mani.<sup>[11]</sup>

Fattori necessari per il cambiamento includono: 1) insoddisfazione per la situazione attuale, 2) percezione di alternative, 3) riconoscimento, a livello sia individuale sia istituzionale, della capacità e potenzialità di cambiamento. Anche se quest'ultimo implica la formazione e la motivazione, i primi due necessitano di un cambiamento a livello di sistema.

## Linee guida

L'*audit* applicato alle attività di PCI garantisce che ogni procedura abbia quale riferimento le linee guida aggiornate. Le linee guida di riferimento devono essere aggiornate, accettabili, praticabili ed utilizzate nello sviluppo delle politiche e delle procedure previste dal programma di PCI.

Un *audit* verifica se queste linee guida sono applicate nella pratica. Questo può essere realizzato utilizzando metodi di *audit* quali " interviste al personale" e "visite osservative".

Quest'ultima forma di *audit* è relativamente semplice, anche in termini di tempo. Lo sviluppo di un calendario per la pianificazione delle attività può essere utile per la gestione dei tempi di realizzazione.<sup>[9]</sup> (vedi tabelle 6.1 e 6.2)

## Sommario

L'assistenza sanitaria richiede una maggiore enfasi sull'utilizzo di *audit* per poter misurare l'attuazione delle politiche e delle procedure relative alle pratiche di PCI.

Lo sviluppo di piani di *audit* basati su una strategia di valutazione dei rischi, sulla preparazione del gruppo di *audit*, sullo sviluppo del metodo di controllo, sulla verifica del sapere sono i pilastri degli *audit* interni nelle organizzazioni sanitarie.

I dati provenienti dagli *audit* possono essere utilizzati per dirigere il programma di PCI verso gli interventi di maggior successo. I rapporti includono la descrizione di raccomandazioni e linee guida utile a determinare un ambiente più sicuro e ridurre al minimo il rischio di IOS.

## Riconoscimento

Questo capitolo aggiorna quello precedente redatto dai Dr. E. Bryce, S. Sharf, G. van Knippenberg-Gordebeke e M. Walker.

## Bibliografia

1. Millward S, Barnett J, Tomlinson D. A clinical infection control audit programme. *J Hosp Infect* 1993; 24: 219-232.
2. Evans A, Parker J: Beyond safety management systems. *Aero Safety World* 2008; May, p 12-17. [http://flightsafety.org/asw/may08/asw\\_may08\\_p12-17.pdf](http://flightsafety.org/asw/may08/asw_may08_p12-17.pdf) [Accessed July 15, 2011]
3. Pickett KHS: *Audit planning- A risk based approach*. The Institute of Internal Auditors. John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey, 2006.

4. Wilson P. Surveillance, audit, records and reports, Part one: Basic principles. In: *Ayliffe's control of healthcare-associated infection*. 5<sup>th</sup> edition. Hodder Arnold Publishers, London. 2009; 41-67.
5. Bryce EA, Scharf SL and Walker MM: Infection control practitioner audit form for patient/resident service units. *Canadian J Infect Control* 2002; 17:23-26.
6. K Ishikawa. *Guide to Quality Control*, Asian Productivity Organization, 1991.
7. Yokoe DS, et al. A compendium of strategies to prevent healthcare-associated infections in acute care hospitals, *Infect Control Hospital Epidemiol* 2008; 29 (Suppl 1): 12-21.
8. Mehtar S. Risk management in infection prevention and control. In: *Understanding infection prevention & control*. Juta & Company Ltd., Cape Town. 2010; 225-227.
9. Community and Hospital Infection Control Association (CHICA) Canada, Section 2: Basic infection prevention and control, Audit Tools; Version 2, 2009.  
[http://www.chica.org/inside\\_products.html#audittoolkit](http://www.chica.org/inside_products.html#audittoolkit) [Accessed July 15, 2011]
10. WHO toolkit for hand hygiene - [http://www.who.int/gpsc/information\\_centre/en/](http://www.who.int/gpsc/information_centre/en/) and Safe Surgery - <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/index.html> - 2009. [Both accessed July 15, 2011]
11. Kretzer EK, Larson EL. Behavioral interventions to improve infection control practices. *Am J Infect Control* 1998; 26:245-53.
12. Teare L. Handwashing Liaison Group. Hand washing: a modest measure—with big effects. *Br Med J* 1999; 318:686.
13. Larson EL, Bryan JL, Adler LM, Blane C. A multifaceted approach to changing handwashing behavior. *Am J Infect Control* 1997; 25:3-10.