



Emissione:
04/06/2009

SIQuAS-VRQ

**Società Italiana
per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria**

Pagina
1 di 3

Raccomandazioni sull'Audit Clinico. Multiprofessionalità e multidisciplinarietà

Marin I, Zampieri C, Wienand U, Ranocchia D, Racco F, Perraro F, Orlandini D, Loiudice M, Deales A, Deriu P.

Questo documento deve essere citato come: Marin I, Zampieri C, Wienand U, Ranocchia D, Racco F, Perraro F et al. Raccomandazioni sull'Audit Clinico. Multiprofessionalità e multidisciplinarietà. SIQuAS-VRQ, Milano, 2009.

Il documento è stato approvato dal Gruppo di Lavoro SIQuAS-VRQ sull'Audit Clinico in data 04.04.2009

Prima pubblicazione online: 04.06.2009 su www.siquas.it

I termini multiprofessionale, multidisciplinare e lavoro interprofessionale sono spesso usati in modo intercambiabile senza prestare particolare attenzione ai significati sottostanti. Il termine lavoro interprofessionale si riferisce alle interazioni tra i membri del team, mentre lavoro multiprofessionale si riferisce più direttamente ad un gruppo di persone che proviene da professioni sociali e sanitarie differenti ma che non necessariamente interagiscono. Il lavoro multidisciplinare può fare riferimento a soggetti che condividono la stessa provenienza professionale ma operano in differenti specialità o branche [1].¹

1. La multiprofessionalità deve essere assicurata quando il processo oggetto dell'audit, a prescindere dalla sua estensione, coinvolge più figure professionali [5;6].

Grado di qualità dell'evidenza: B

Forza della raccomandazione: 1

2. Le seguenti circostanze sono da considerare "fattori favorevoli" per la collaborazione multiprofessionale in un audit clinico:

- adeguato "team mix" (rappresentanza proporzionale) che tenga conto del contesto d'azione e del supporto richiesto;
- disponibilità di tempo da dedicare all'audit;
- possibilità di ottenere supporto pratico;
- adeguato livello di impegno del personale di grado elevato (area medica, area infermieristica) e della dirigenza nel sostenere i progetti di audit multidisciplinare;
- presenza di figure non mediche (ad es. personale infermieristico) con alto coinvolgimento a livello decisionale;
- presenza di aree già predisposte al lavoro d'équipe in quanto favoriscono:
 - visione condivisa sugli aspetti problematici,
 - relazioni interprofessionali di natura non gerarchica,
 - fiducia reciproca rispetto all'uso riservato di dati confidenziali;

Il presente documento è stato elaborato dal Gruppo di Lavoro SIQuAS-VRQ sull'Audit Clinico.

Il documento è di proprietà della SIQuAS-VRQ e non può essere riprodotto, neanche parzialmente, senza la preventiva autorizzazione di SIQuAS-VRQ.



Si ringrazia GlaxoSmithKline Italia SpA per il contributo prestato. GlaxoSmithKline

- approccio all'audit condiviso all'interno dell'équipe;
- riconoscimento di pari dignità ad audit medico e non medico;
- livelli di conoscenza ed esperienza sull'audit all'interno dell'équipe non eccessivamente difformi;
- personale di supporto dedicato ai progetti di audit considerato elemento chiave nel sostenere l'adozione di un approccio collaborativo all'audit;
- status e livello di autorità del facilitatore che gli garantiscono autonomia d'azione;
- preventiva chiarificazione tra direttore e facilitatore rispetto a obiettivi, aspettative e metodi di lavoro;
- stile di leadership autorevole del responsabile di progetto;
- adeguato spazio dedicato all'audit nella formazione continua;
- formazione di base multiprofessionale (6,7).

Grado di qualità dell'evidenza: A/B

Forza della raccomandazione: 1

3. Nel complesso il progresso verso l'introduzione dell'audit clinico, con le richieste di cambiamento che il processo comporta, ha dato nuovo impulso all'esame del lavoro di gruppo. Senza dimenticare che, completando il percorso di audit, vi sarà un benefico effetto secondario sul funzionamento del team.

Nonostante la promozione dell'audit clinico condotta nel contesto del sistema sanitario inglese, McErlain-Burns e Thomson (1999) hanno rintracciato scarse evidenze riguardanti l'audit multidisciplinare: il loro studio ha piuttosto identificato una cultura di dominanza medica che non fa procedere l'integrazione dell'audit con altre iniziative e altre professioni. Secondo gli autori l'audit multidisciplinare si verifica nel 40% dei casi e si registra una generale insoddisfazione verso il suo ritmo di sviluppo. Così, gli audit che affrontano le pratiche effettuate dal medico possono sembrare più importati rispetto all'analisi dell'autonomia e della dignità minima del paziente.

Essi rilevano, inoltre, una mancanza di coinvolgimento delle altre professioni negli incontri di audit: secondo Dickinson and Edwards (1999), la partecipazione delle altre professioni agli incontri rappresenta un elemento centrale per il successo dell'audit. Oltre a ciò, alcuni responsabili di progetto considerano importante costruire relazioni con i colleghi e i professionisti di altre specialità in contesti sia formali che informali, così come avere l'opportunità di usufruire di una formazione integrata sui percorsi di miglioramento della qualità. I programmi di audit sembrano avere successo dove esiste già un buon livello di comunicazione tra colleghi e di coesione della specialità. La gestione dei conflitti, la formazione sull'audit multidisciplinare è altamente variabile e l'approccio unidisciplinare è ancora comune, soprattutto nelle strutture per acuti (8).

Grado di qualità dell'evidenza: B

Grado di qualità dell'evidenza	Lettere	Fonte
Alto	A	Meta analisi e revisioni sistematiche
Moderato	B	Pubblicazioni su riviste indicizzate
Basso	C	Altre pubblicazioni
Molto basso	D	Consenso del gruppo o opinioni di esperti

Forza della raccomandazione	Numeri	Valutazione
Forte a favore	1	Fortemente consigliato
Debole a favore	2	Consigliato
Debole contro	2	Sconsigliato
Forte contro	1	Fortemente sconsigliato

Bibliografia

1. Scholes J, Vaughan B. Cross-boundary working: implications for the multiprofessional team. *Journal of Clinical Nursing* 2002;11:399-408.
2. Leathard A. Inter-professional developments in Britain: an over view. In: Leathard et al, editor. *Going Inter-Professional: Working together for Health and Welfare*. London: Routledge; 1994.
3. Petrie H. Do You see what I see ? The epistemology of interdisciplinary inquiry. *Journal of Aesthetic Education* 1976;10(29):43.
4. Rawson D. Methods of inter-professional work: likely theories and possibilities. In: Leathard et al, editor. *Going inter-Professional: Working together for Health and Welfare*. London: Routledge; 1994.
5. Hearnshaw HM, Baker RH, Robertson N. Multidisciplinary audit in primary healthcare teams: facilitation by audit support staff. *Quality in Health Care* 1994;3:164-8.
6. Kitson A. Quality improvement: a multiprofessional commodity? *Quality in Health Care* 1996;5(2):65-6.
7. Cheater FM, Hearnshaw H, Baker R, Keane M. Can a facilitated programme promote effective multidisciplinary audit in secondary care teams? An exploratory trial. *International Journal of Nursing Studies* 2005;42:779-91.
8. McErlain-Burns TL, Thomson R. The lack of integration of clinical audit and the maintenance of medical dominance within British hospital trusts. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 1999;5(3):323-33.

ⁱ Scholes e Vaughan citano a loro volta tre lavori originali [2-4]