

## Audit & Feedback: un esempio di utilizzo per migliorare l'aderenza alle terapie

PAOLO FRANCESCONI<sup>1</sup>, BENEDETTA BELLINI<sup>1</sup>, FEDERICA FURLAN<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ARS Toscana; <sup>2</sup>ASL Toscana Centro.

*Pervenuto su invito il 21 aprile 2021.*

**Riassunto.** Nonostante la strategia di Audit & Feedback (A&F) sia ampiamente utilizzata nel contesto sanitario, rimane tuttavia un margine d'incertezza riguardo alla reale efficacia di questa tecnica nel migliorare concretamente la qualità delle pratiche assistenziali. A oggi si rende necessario continuare la ricerca sull'efficacia delle strategie di A&F – senza però replicare studi e risultati già consolidati negli anni, ma avviando studi di efficacia comparativa volti alla valutazione di componenti specifiche e argomentate – e andare a studiare il profilo di efficacia delle strategie di A&F in ambiti finora poco esplorati, come per esempio l'assistenza territoriale o domiciliare. Proprio nell'ambito dell'assistenza primaria a livello territoriale, l'Agenzia regionale di sanità toscana (ARS) ha sviluppato un modello di restituzione dei risultati della pratica clinica, in termini di indicatori di processo, esito e costo, ai professionisti coinvolti nei percorsi di cronicità territoriali, nello specifico ai medici coordinatori di aggregazione funzionale territoriale (AFT) e ai medici di comunità referenti di AFT. L'A&F può inoltre essere uno strumento per migliorare la performance dei medici di medicina generale nelle loro azioni finalizzate al mantenimento di un'alta aderenza terapeutica da parte dei propri assistiti potendo mettere in luce eventuali scostamenti significativi tra le proprie performance e quelle dei colleghi.

*Audit & Feedback: an example of use to improve adherence to therapies.*

**Summary.** Although the Audit & Feedback (A&F) strategy is widely used in the healthcare context, a margin of uncertainty remains regarding the actual effectiveness in actually improving healthcare quality. Effectiveness research on A&F should be improved, without replicating studies and results already consolidated over the years. Comparative efficacy studies are needed in order to evaluate A&F strategies in poorly explored research areas, such as community care or home care. In these areas, a translational research framework has been developed by the Tuscan Regional Health Agency: its aim is to make the results available to the professionals involved in the territorial management of chronic patients. Doctors coordinating the territorial functional aggregations and referring community physicians are the main targets. A&F can also be a tool to improve the performance of general practitioners in their actions aimed at maintaining patients' adherence to clinical prescriptions, highlighting any significant difference between the monitored performances.

### Audit & Feedback

Il termine "audit" deriva dal latino "audire", ossia "ascoltare", e richiama immediatamente al concetto di ascolto e partecipazione; termine utilizzato nella lingua italiana in vari ambiti, nel contesto sanitario viene declinato nella definizione di "audit clinico" in riferimento a uno specifico processo di miglioramento della qualità, non paragonabile quindi alla semplice raccolta dati e al confronto della pratica clinica con determinati standard. L'audit clinico infatti permette di migliorare la pratica clinica attraverso la produzione di reali benefici per il paziente, di sviluppare l'apertura al cambiamento e di fornire garanzie sulla qualità dell'assistenza medica attraverso l'utilizzo di pratiche evidence-based. Innumerevoli definizioni di audit sono state create nel corso dell'ultimo secolo – a partire dal 1956 con la prima definizione conosciuta dall'epidemiologo Paul Anthony Lembcke – tra le quali ricordiamo quella del 2002 pubblicata dal National Institute for Clinical Excellence (NICE): «L'audit clinico è un processo finalizzato a migliorare le cure offerte al paziente ed i risultati ottenuti, attraverso

il confronto sistematico delle prestazioni erogate con criteri espliciti, l'implementazione di cambiamenti a livello individuale e di team e il successivo monitoraggio dei fattori correttivi introdotti», e quella conosciuta dal Ministero della Salute nel 2006: «Metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità dei servizi sanitari, applicata dai professionisti attraverso il confronto sistematico con criteri espliciti dell'assistenza prestata, per identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di best-practice, attuare le opportunità di cambiamento individuato ed il monitoraggio dell'impatto delle misure correttive introdotte».

L'aspetto fondamentale dell'audit clinico quale strumento di miglioramento della qualità dei servizi e delle cure offerte viene messo in risalto nella definizione del 1998 di Scally e Donaldson della "Clinical Governance", nella quale l'audit viene considerato uno dei principali determinanti.

Con il termine "Audit & Feedback" (A&F) si intende a questo proposito un intervento che preveda, in seguito alla raccolta di dati sulla pratica clinica e al loro confronto con standard prestabiliti, la consegna agli operatori sanitari dei dati relativi alla loro perfor-

mance e la valutazione della propria attività basata sul confronto con i suddetti standard di riferimento. Il “feedback” consiste dunque nella restituzione ai professionisti dei risultati del loro operato e nel confronto con standard professionali e di best-practice condivisi, con lo scopo di incoraggiare i singoli professionisti a perseguire un miglioramento nella loro pratica clinica nel momento in cui si verifichi un gap tra il loro operato e lo standard desiderato.

Nonostante la strategia di A&F sia ampiamente utilizzata nel contesto sanitario, permane tuttavia un margine d'incertezza riguardo alla reale efficacia di questa tecnica nel migliorare concretamente la qualità delle pratiche assistenziali; parecchi studi controllati randomizzati sono stati condotti in differenti Paesi, per valutare non solo il livello di efficacia dell'A&F ma anche per esaminare quali elementi metodologici nello svolgimento dell'A&F possano avere maggiore impatto in termini di risultati. La più recente e importante revisione sistematica sull'efficacia dell'A&F è quella pubblicata nel 2012 dai ricercatori del gruppo EPOC (Effective Practice and Organization of care - Cochrane collaboration), che ha analizzato 140 studi controllati randomizzati sull'efficacia della strategia A&F: la conclusione finale della rassegna è che questa tecnica generalmente conduce a miglioramenti nella pratica professionale di piccola entità ma potenzialmente incrementabili, poiché sono state notate delle differenze nei risultati a seconda delle modalità di svolgimento degli A&F e a seconda del livello della “baseline performance” degli operatori sanitari stessi<sup>1</sup>.

Nello specifico, la strategia di A&F si fonda sul seguente rationale: data la limitata capacità dei professionisti di autovalutare concretamente e accuratamente il proprio operato, il momento di restituzione personale dei risultati ottenuti, il confronto con standard definiti e condivisi e la presa di coscienza del gap esistente tra i risultati personali e gli standard stessi promuovono la crescita della consapevolezza e della necessità di dover migliorare la propria pratica clinica. Di conseguenza, se la “baseline performance” di un operatore è bassa in partenza, ci sarà un margine di miglioramento più ampio ed è proprio qui che la strategia di A&F darà i risultati migliori.

Oltre a questo aspetto, la rassegna ha evidenziato altre caratteristiche, inerenti alla modalità stessa di svolgimento dell'A&F, che permettono di rendere questa strategia più efficace in termini di miglioramento della clinical practice e, di conseguenza, degli esiti di salute dei pazienti. Innanzitutto l'efficacia dell'A&F tende a essere maggiore se i dati raccolti vengono presentati e restituiti ai professionisti sia in forma verbale che scritta, a intervalli temporali regolari e non troppo lontani rispetto al periodo di raccolta dei dati stessi, anche se la frequenza degli intervalli non è chiaramente definibile in modo ottimale e valido per tutti i contesti. Un aspetto molto importante emerso dalla rassegna riguarda il miglioramento dell'efficacia dell'A&F quando il “feedback” viene restituito da supervisor o colleghi stimati, nell'ambito quindi

della “peer comparison”, anziché da amministratori o ricercatori; a questo proposito, è evidente che i messaggi negativi e punitivi vadano evitati in favore di un atteggiamento che favorisca l'interpretazione del gap esistente tra la pratica degli operatori e gli standard condivisi, e che favorisca la scelta di azioni correttive per modificare il comportamento. L'ultima osservazione, ma non per questo meno importante, riguarda la constatazione che l'efficacia dell'intervento è passibile di miglioramento ogniqualvolta venga inclusa, nella fase preliminare di disegno dell'intervento di A&F, una base teorica che espliciti la capacità dell'intervento di produrre determinati esiti e le modalità per raggiungerli.

A oggi si rende necessario continuare la ricerca sull'efficacia delle strategie di A&F senza però replicare studi e risultati già consolidati negli anni: il suggerimento è quello di avviare studi di efficacia comparativa volti alla valutazione di componenti specifiche e argomentate, derivanti dalle osservazioni e associazioni che abbiamo ormai consolidato a livello teorico, e di andare inoltre a studiare il profilo di efficacia delle strategie di A&F in ambiti finora poco esplorati, come per esempio l'assistenza territoriale o domiciliare.

---

### **L'esperienza dell'Agenzia regionale di sanità della Toscana – il Programma Osservatorio Territorio – Malattie Croniche (PrOTer-MaCro)**

Proprio nell'ambito dell'assistenza primaria a livello territoriale, l'Agenzia regionale di sanità della Toscana (ARS) ha sviluppato un modello di restituzione dei risultati della pratica clinica, in termini di indicatori di processo, esito e costo, ai professionisti coinvolti nei percorsi di cronicità territoriali, nello specifico ai medici coordinatori di aggregazione funzionale territoriale (AFT) e ai medici di comunità referenti di AFT.

Il modello di restituzione dei risultati ai professionisti coinvolti prevede, oltre alla pubblicazione degli indicatori su un portale web dedicato (il Portale Programma Osservazione Territorio – Malattie Croniche - PrOTer-MaCro -, disponibile all'indirizzo <https://bit.ly/3nyqiKk>), nel quale gli indicatori possono essere visualizzati secondo vari livelli di aggregazione (box 1), l'invio ai coordinatori di AFT, da parte di ARS stessa, di specifiche schede di sintesi degli indicatori di processo, esito e spesa relativi alla cura degli assistiti di ciascuna singola AFT di appartenenza; ogni scheda di sintesi fa riferimento a un particolare Percorso Diagnostico-Terapeutico Assistenziale (PDTA) relativo all'assistenza territoriale, che può essere agevolmente consultato anche online tramite l'accesso al portale di ARS da parte del singolo medico coordinatore AFT o medico di comunità con le credenziali personali di accesso. Tramite la visualizzazione del grafico di sintesi specifico e tramite l'accesso al portale di ARS, i professionisti possono visualizzare non solo i risultati della propria AFT rispetto a un va-

lore che rappresenta la media regionale, ma anche come la singola AFT si posiziona rispetto alle altre AFT. L'invio della scheda di sintesi da parte di ARS avviene settimanalmente, in allegato a una mail di presentazione del PDTA di riferimento in cui viene inoltre suggerita al medico coordinatore di AFT/medico di comunità la possibilità di promuovere il self audit dei singoli medici di medicina generale (MMG) della AFT, trasmettendo loro le credenziali di login al portale PrOTer per la visualizzazione dei risultati della loro pratica clinica rispetto agli altri MMG, questi ultimi visualizzati in forma anonima. L'invio settimanale di ogni specifico grafico di sintesi degli indicatori relativo a un PDTA, per un totale di 19 PDTA sull'assistenza territoriale, viene utilizzato da ciascun medico coordinatore di AFT/medico di comunità come strumento essenziale durante gli audit clinici che essi regolarmente svolgono insieme ai MMG della propria AFT, con lo scopo di facilitare l'individuazio-

ne di eventuali ambiti dove la loro pratica si scosta in modo significativo dalla media delle altre AFT (pallini rossi o blu dei grafici di sintesi) e sui quali poter eventualmente attivare approfondimenti e azioni di miglioramento: in questo contesto la presentazione dei grafici di sintesi e le discussioni condivise costituiscono gli strumenti principali della strategia di A&F. Questo processo viene facilitato dalla possibilità che viene offerta a ogni singolo MMG, cioè quella di poter visualizzare e analizzare, come precedentemente menzionato, i risultati della propria attività clinica tramite confronto con gli altri MMG della sua AFT di appartenenza. Durante gli A&F guidati dai medici coordinatori di AFT/medici di comunità, i risultati relativi agli indicatori di processo, esito e costo vengono restituiti sia in forma scritta, tramite i grafici elaborati da ARS, sia in forma verbale, tramite discussione dei punti di forza e dei punti di criticità dove l'operato clinico si discosta dagli standard condivisi.

### Box 1

La scheda di sintesi dà una visualizzazione completa del PDTA di interesse per un livello selezionato di aggregazione e per l'anno più recente disponibile: tutti gli indicatori della condizione cronica in esame sono riportati graficamente, raggruppati in misure di processo, esito e costo.

I livelli di aggregazione disponibili sono:

- *per ASL di residenza*: gli indicatori sono calcolati sugli assistiti residenti nelle ASL, le quali sono visualizzabili singolarmente oppure all'interno della Regione;
- *per Zona-Distretto di residenza*: gli indicatori sono calcolati sugli assistiti residenti nelle Zone-Distretto, le quali sono visualizzabili singolarmente, nella ASL di riferimento o nella Regione;
- *per Aggregazione Funzionale Territoriale*: gli indicatori sono calcolati sugli assistiti i cui medici afferiscono alle diverse AFT, le quali sono visualizzabili singolarmente, all'interno della Zona-Distretto o della ASL di riferimento;
- *per Casa della Salute*: gli indicatori sono calcolati sugli assistiti residenti i cui medici afferiscono alle diverse CdS, le quali sono visualizzabili singolarmente, all'interno della Zona-Distretto o all'interno della ASL di riferimento;
- *per MMG in AFT*: gli indicatori sono calcolati sugli assistiti dei singoli medici in AFT, i quali sono visualizzabili solo all'interno della AFT a cui afferiscono;
- *per MMG in CdS*: gli indicatori sono calcolati sugli assistiti dei singoli medici in CdS, i quali sono visualizzabili solo all'interno della CdS a cui afferiscono.

I grafici utilizzati in corrispondenza di ogni indicatore, il cui nome è riportato a sinistra, sono del tipo "spine chart": sono costituiti da una barra celeste, una azzurra e uno o più pallini o triangoli, che rappresentano le unità di osservazione. Queste sono diverse a seconda del livello selezionato: ASL, Zona-Distretto, AFT, MMG in AFT (pallini), CdS e MMG in CdS (triangoli). In dettaglio:

- La barra celeste rappresenta il range tra il valore minimo e quello massimo dell'indicatore raggiunto dalle unità di osservazione nella Regione (per ASL, Zona-Distretto, AFT e CdS) o nella AFT/CdS selezionata (per MMG in AFT e MMG in CdS).
- La barra azzurra sovrapposta alla prima rappresenta il range di valori dell'indicatore all'interno del quale si collocano il 50% (tra il 25° e il 75° percentile) delle unità di osservazione nella Regione (per ASL, Zona-Distretto, AFT e CdS) o nella AFT/CdS selezionata (per MMG in AFT e MMG in CdS).
- I pallini/triangoli, ovvero le singole unità di osservazione, sono colorati a seconda del loro valore:
  - il giallo indica valori della misura statisticamente simili al riferimento (regionale o di AFT/CdS), tenuto conto delle variazioni di numerosità della popolazione;
  - rosso, verde e blu indicano valori della misura statisticamente diversi dal riferimento (regionale o di AFT/CdS), tenuto conto delle variazioni di numerosità della popolazione.

Passando il mouse sopra le estremità delle barre e sopra i pallini/triangoli, vengono visualizzati i valori e le informazioni di riferimento. Alla destra di ogni grafico è riportato il valore regionale dell'indicatore: per ASL, Zona-Distretto, AFT e MMG in AFT è calcolato su tutti i medici; per CdS e MMG in CdS è calcolato sui soli medici in Casa della Salute. È inoltre possibile selezionare un indicatore per vederne i dettagli.

Evidenziando una ASL, una Zona, una AFT, una CdS o un MMG, a seconda del livello scelto, il pallino/triangolo corrispondente alla scelta appare più grande e, di conseguenza, più individuabile. L'evidenziazione è predefinita per chi effettua il login: per i Direttori di Dipartimento viene evidenziata la ASL, per i Direttori di Zona la Zona-Distretto di riferimento, per i Coordinatori di AFT o Medici di Comunità l'AFT di riferimento, per i MMG il medico stesso.

È infine possibile scaricare la scheda di sintesi in vari formati, uno dei quali mantiene la proprietà di visualizzazione delle informazioni tramite contatto col mouse.

Quando tutte le 19 schede di sintesi degli indicatori dei PDTA territoriali sono state inviate settimanalmente ai professionisti coinvolti, viene infine inviato un questionario di gradimento con 13 quesiti a risposta codificata o libera, in cui ogni medico referente di AFT/medico di comunità ha la possibilità di rispondere se si è avvalso delle schede di sintesi di ARS come strumento durante gli A&F della propria AFT, se ha rilevato criticità nell'operato dei propri MMG rispetto alle altre AFT, se ha discusso delle criticità evidenziate e se sono state elaborate delle soluzioni in riferimento alle criticità stesse. Viene inoltre richiesto al professionista se ritiene che lo strumento utilizzato sia stato utile nella sua attività di coordinamento della AFT e che la qualità delle cure erogate possa essere realmente migliorata a seguito dell'implementazione delle soluzioni elaborate.

I risultati sono generalmente buoni. Per esempio, nel tardo autunno del 2020, nonostante la particolare situazione legata alla pandemia, 34 professionisti tra coordinatori di AFT e medici di comunità referenti per le cure primarie hanno compilato il questionario online. Di questi, 26 (76,5%) hanno riferito che le schede di sintesi avevano rilevato criticità non conosciute, 31 (91,2%) che dette criticità sono state discusse con i colleghi della AFT, 21 (62%) di aver promosso la consulta-

zione individuale del portale e 25 che nel complesso l'invio delle schede di sintesi è stato ritenuto utile.

### ProTer - MaCro e aderenza terapeutica

La multimorbosità cronica e la conseguente polifarmacoterapia pongono problemi di aderenza terapeutica che devono essere affrontati utilizzando metodi efficaci e coinvolgendo tutti gli attori dell'assistenza al malato cronico. I MMG sono quotidianamente coinvolti in questa problematica e sono molteplici gli interventi che possono adottare per contenere il problema della scarsa aderenza terapeutica<sup>2</sup>. L'A&F può essere uno strumento per migliorare la performance dei MMG nelle loro azioni finalizzate al mantenimento di un'alta aderenza terapeutica da parte dei propri assistiti potendo mettere in luce eventuali scostamenti significativi tra le proprie performance e quelle dei colleghi. È in quest'ottica che nelle ultime edizioni del portale e delle schede di sintesi, per quanto riguarda gli indicatori di monitoraggio dei PDTA per lo scompenso cardiaco cronico (figura 1) e per la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) (figura 2), sono stati introdotti per la prima volta alcuni indicatori di adesione alla terapia (box 2).

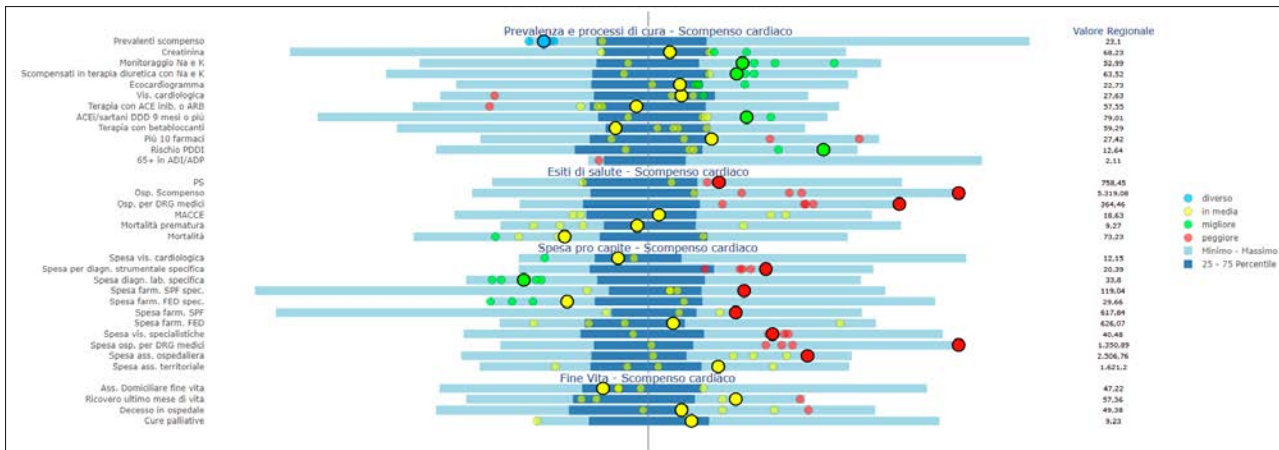


Figura 1. Prevalenza e processi di cura per lo scompenso cardiaco.

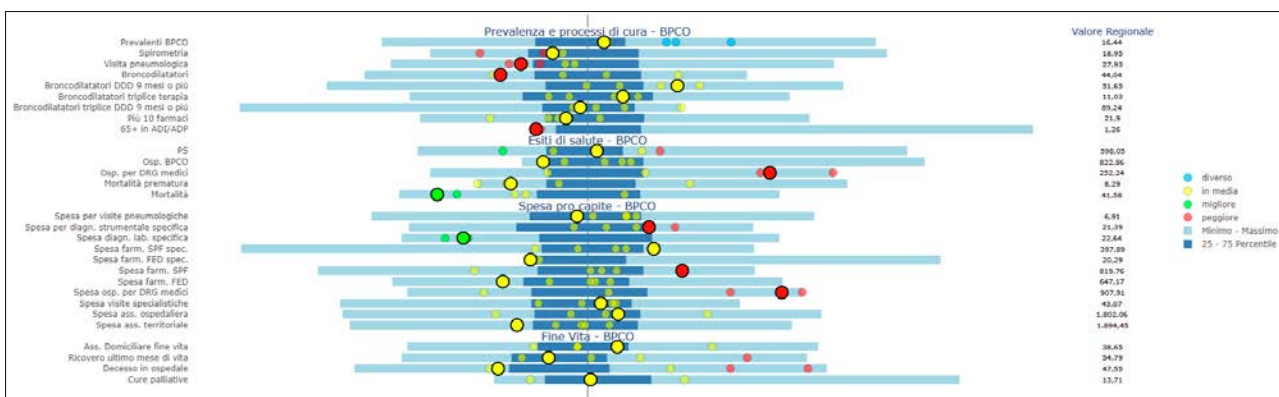


Figura 2. Prevalenza e processi di cura per la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO).



## Box 2

### Assistiti con insufficienza cardiaca cronica in terapia con ACEi e/o sartani le cui prescrizioni coprono in DDD più del 75% dei giorni dell'anno in osservazione

- *Descrizione*: percentuale di pazienti con insufficienza cardiaca cronica con adeguata copertura con inibitori dell'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE inibitori) o degli antagonisti del recettore dell'angiotensina II (sartani).
- *Numeratore*: assistiti con insufficienza cardiaca cronica le cui prescrizioni di ACE inibitori e/o sartani coprono in DDD più del 75% dei giorni dell'anno in osservazione.
- *Denominatore*: residenti in Toscana 16+ con insufficienza cardiaca cronica in terapia con ACE inibitori e/o sartani assistiti dai MMG dell'AFT.

Valore indicatore a livello regionale tra i prevalenti al 1.1.2019: 79%.

### Assistiti 45+ con BPCO in terapia con broncodilatatori le cui prescrizioni coprono in DDD più del 75% dei giorni dell'anno di osservazione

- *Descrizione*: percentuale di assistiti con BPCO in terapia con broncodilatatori le cui prescrizioni di broncodilatatori coprono in DDD più del 75% dei giorni dell'anno di osservazione.
- *Numeratore*: assistiti 45+ con BPCO le cui prescrizioni di broncodilatatori coprono in DDD più del 75% dei giorni dell'anno di osservazione.
- *Denominatore*: residenti in Toscana 45+ con BPCO con almeno due erogazioni di broncodilatatori distanti più di 180 giorni nell'anno di osservazione.

Valore indicatore a livello regionale tra i prevalenti al 1.1.2019: 51,6 %

### Assistiti 45+ con BPCO in triplice terapia con broncodilatatori le cui prescrizioni coprono in DDD più del 75% dei giorni dell'anno di osservazione

- *Descrizione*: percentuale di assistiti 45+ con BPCO le cui prescrizioni di broncodilatatori in triplice terapia coprono in DDD più del 75% dei giorni dell'anno per tutti e tre i farmaci a partire dalla prima contestuale erogazione nell'anno di osservazione.
- *Numeratore*: percentuale di assistiti 45+ con BPCO in triplice terapia con broncodilatatori le cui prescrizioni coprono in DDD più del 75% dei giorni dell'anno in osservazione.
- *Denominatore*: assistiti 45+ con BPCO con almeno due erogazioni di broncodilatatori in triplice terapia distanti più di 180 giorni nell'anno di osservazione.

Valore indicatore a livello regionale tra i prevalenti al 1.1.2019: 88,2 %

I valori di questi indicatori a livello regionale (riportati nel box 2) fanno intravedere margini di miglioramento, soprattutto nel caso dell'aderenza ai farmaci broncodilatatori da parte dei pazienti con BPCO, ancora più evidenti considerando l'ampia variabilità registrata tra le singole unità di osservazione.

È auspicabile e plausibile che la trasmissione di queste informazioni possa determinare un maggiore impegno nel favorire l'aderenza terapeutica laddove le performance si dimostrassero più critiche.

*Conflitto di interessi*: gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

## Bibliografia

1. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, et al. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes (Review). *Ann Intern Med* 2013; 158: JC11.
2. Giustini S, Garzitto A, Bellini E, Tafi S. Aderenza in Medicina Generale. *Giornale Italiano di Farmacoeconomia e Farmacoutilizzazione* 2015; 7: 29-36.