

Audit & Feedback: come funziona*

NORINA DI BLASIO¹, ANNA ACAMPORA², LAURA ANGELICI², EVA PAGANO³, GIOVANNINO CICCONE³, NERA AGABITI² PER IL GRUPPO DI RICERCA EASY-NET

¹Think2it, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma; ²Dipartimento Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio, ASL Roma 1; ³SSD Epidemiologia Clinica e Valutativa - CPO, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino.

Riassunto. Questo articolo è il primo di una serie che ha come obiettivo la descrizione della metodologia dell'Audit & Feedback (A&F). Vengono messi a fuoco alcuni elementi chiave su cos'è e come funziona l'A&F. Pur essendo uno strumento efficace per promuovere il cambiamento dei comportamenti professionali e migliorare la qualità dell'assistenza, esiste ancora una sostanziale incertezza su come realizzare interventi di A&F per massimizzarne gli effetti. L'articolo spiega in che modo progettare A&F più efficaci su problematiche rilevanti, tenendo conto sia della letteratura disponibile sia delle esperienze dirette condotte nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Gli interventi di A&F dovrebbero essere finalizzati a raggiungere obiettivi chiari, perseguibili e valutabili, che riguardino aspetti dell'assistenza sui quali esista una solida evidenza di letteratura e un potenziale margine di miglioramento. Il feedback, basato su dati che misurano eventuali distanze tra quanto atteso e osservato nella pratica locale, deve essere destinato a coloro che possono perseguire il cambiamento proposto e che devono fidarsi anche del processo di raccolta e analisi dei dati. Il feedback deve essere fornito più di una volta, in forma verbale e scritta, e deve includere obiettivi espliciti e un piano d'azione. Nel progettare interventi di A&F è importante ricordare che è essenziale fornire dati specifici (per es., aggregati a livello di team, reparto, singolo medico) anziché generali, inviandoli direttamente al professionista o al reparto interessato piuttosto che genericamente all'Azienda Sanitaria coinvolta. Inoltre, è sostanziale semplificare il messaggio, affinché il personale destinatario del feedback possa comprendere molto rapidamente la qualità delle proprie prestazioni e come eventualmente modificarle. Infine, è necessario favorire le opportunità di collaborazione tra le diverse figure che in ambito sanitario hanno responsabilità sulla qualità dell'assistenza e competenza di interventi di miglioramento (professioni sanitarie, direzioni sanitarie, personale esperto di qualità, metodologi). Fare rete tra il personale migliora la conoscenza e l'efficacia dell'A&F. Dall'esperienza italiana, nell'ambito del programma di rete EASY-NET, questo articolo propone infine degli esempi pratici su due aspetti importanti nella pianificazione dell'A&F: come aumentare la partecipazione e il coinvolgimento dei destinatari dell'intervento e i pro e i contro legati alla scelta tra l'utilizzo di dati disponibili di routine da sistemi informativi sanitari (SIS) e dati raccolti *ad hoc*.

Parole chiave. Audit & Feedback, EASY-NET, MetaLab, qualità dell'assistenza.

Audit & Feedback: how it works.

Summary. This article is the first of a series that aims to describe the Audit & Feedback (A&F) methodology. Some key elements focus on what A&F is and how it works. While it is an effective tool for promoting change in professional behaviour and improving the quality of care, there is still substantial uncertainty concerning how to implement A&F interventions to maximize its effects. The article explains how to design effective A&F on relevant issues, considering the available literature and direct experiences conducted in the National Health System (NHS). A&F interventions should aim to achieve clear, attainable, and evaluable objectives, which concern aspects of care for which there is solid evidence of literature and potential space for improvement. Based on data that measure any distance between what is expected and observed in local practice, the feedback must turn to those who can pursue the proposed change and who must trust the data collection and analysis process. Feedback should be provided more than once, in verbal and written form, and might include explicit objectives and an action plan. When planning A&F interventions, it is essential to provide specific data (e.g., aggregated at the level of a team, department, or individual doctor) rather than general, sending them directly to the professional or department involved rather than generically to the healthcare organization involved. In addition, it is essential to simplify the message so that the staff who receives the feedback can quickly understand the quality of the performance addressed and how to change it. Finally, it is necessary to encourage collaboration between the various healthcare professionals responsible for the quality of care and competence for improvement interventions (health professions, health management, quality expert personnel, and methodologists). Networking between staff improves the knowledge and effectiveness of A&F. This article finally proposes practical examples of two main aspects of A&F planning from the context of the EASY-NET program: how to increase the participation and involvement of the recipients of the intervention and the related pros and cons regarding the choice between the use of routinely available data from health information systems (SIS) and data collected *ad hoc*.

Key words. Audit & Feedback, EASY-NET, MetaLab, quality of care.

* La serie di articoli "ABC dell'Audit & Feedback" è ispirata all'esperienza dei meeting online "A&F CONNECTIONS", promossi nell'ambito del programma di rete EASY-NET per offrire un percorso incentrato sulla metodologia dell'A&F. Oltre alla finalità formativa, l'obiettivo è stato quello di favorire connessioni tra il gruppo di ricerca del programma di rete EASY-NET e la comunità scientifica internazionale dell'A&F MetaLab e consolidare una comunità di pratica intorno al tema dell'A&F.

La serie "ABC dell'Audit&Feedback" prova a restituire ai lettori di questa rivista il confronto tra l'esperienza del programma di ricerca EASY-NET e la comunità internazionale dell'A&F MetaLab, composta da esperti di A&F riconosciuti a livello internazionale. Questo articolo restituisce il confronto tra Jeremy Grimshaw dell'A&F MetaLab sulle basi dell'A&F e il gruppo di ricerca EASY-NET (L'A&F in Italia secondo l'esperienza di EASY-NET).

La serie di meeting "A&F CONNECTIONS" è stata sviluppata nell'ambito del programma di rete EASY-NET in collaborazione con A&F MetaLab (Ottawa Hospital Research Institute), con il supporto de Il Pensiero Scientifico Editore e la consulenza tecnica di Think2it (<https://bit.ly/3VFDyGK>).

Cos'è l'Audit & Feedback

Gli interventi di Audit & Feedback (A&F) costituiscono uno degli approcci per il miglioramento della qualità più comunemente utilizzati in ambito sanitario ed è probabile che il loro uso aumenterà nel tempo grazie a dati sempre migliori provenienti da diverse fonti informative (cartelle cliniche elettroniche, dati amministrativi). L'A&F è uno strumento per indirizzare le professioniste e i professionisti a cambiare i propri comportamenti qualora le loro performance non siano ottimali suggerendo quali modifiche apportare all'assistenza erogata per renderla migliore.

L'audit implica in pratica la misurazione della qualità dell'assistenza rispetto a standard prefissati. La solidità di questi standard, che dovrebbero fare riferimento a raccomandazioni aggiornate e condivise provenienti da linee guida evidence-based, è uno degli elementi cardine dell'A&F. I dati che misurano la distanza tra questi standard e la pratica locale possono essere raccolti tramite diverse fonti, anche integrate tra loro, che includono cartelle cliniche elettroniche, indagini sui pazienti, dati amministrativi di routine o raccolti *ad hoc*. Una volta raccolti i dati, lo scopo del feedback è fornirne un report riguardo specifiche prestazioni a personale sanitario, amministrativo e organizzativo con l'obiettivo di promuovere un miglioramento su obiettivi rilevanti, sia per il personale che eroga l'assistenza sia per le persone che ricevono le cure.

Quando si parla di A&F si fa riferimento a un aspetto fondamentale del comportamento umano: è auspicabile che tutte le persone si chiedano quali aspetti nella propria vita professionale (e non solo) funzionano meno e cosa cambiare per migliorare. Gli esseri umani si pongono degli obiettivi in base a come immaginano la loro esistenza e a come vorrebbero essere percepiti dagli altri e nel tentativo di perseguirli ricevono costantemente stimoli dall'ambiente circostante e si confrontano con gli ostacoli del mondo reale. Tendono, inoltre, a confrontare gli obiettivi prefissati con i comportamenti reali per individuare eventuali discrepanze. Tuttavia, la percezione soggettiva del singolo individuo della propria performance può essere inconsapevolmente distorta e fuorviante per diverse ragioni. A questo punto entra in gioco la necessità di confrontarsi con dati oggettivi e con la capacità di mettere a fuoco il bisogno di modificare un comportamento per ridurre la discrepanza tra gli obiettivi ideali e quelli che si stanno effettivamente raggiungendo. Se si manifesta questo bisogno, una volta che si prova a modificare un comportamento è possibile monitorare i cambiamenti nel tempo, tenendo sempre presente come ci si sta muovendo rispetto a uno standard.

In ambito sanitario, l'obiettivo principale di un percorso di A&F è garantire l'esistenza di attività specificamente rivolte al monitoraggio e al miglioramento della qualità dell'assistenza alle e ai pazienti. Una

delle sfide maggiori che il personale incontra è avere un'idea oggettiva della qualità delle cure che sta erogando. In genere l'essere umano tende a non vedere i propri errori. Una revisione sistematica¹ ha dimostrato la tendenza a sopravvalutare le prestazioni fornite, ritenendole migliori rispetto alla realtà nel 27% dei casi. In definitiva, gli interventi di A&F hanno l'obiettivo di ridurre il rischio di sopravvalutare le proprie prestazioni.

Come rendere efficaci gli interventi di Audit & Feedback

La revisione Cochrane di Ivers et al.² del 2012, che ha identificato 140 studi sull'A&F pubblicati prima del 2010, ha registrato un miglioramento assoluto medio del 4,3% dell'aderenza degli indicatori analizzati agli standard desiderati. Potrebbe non sembrare molto, ma se esteso alla popolazione generale può avere effetti molto importanti. Dalla revisione è emersa anche un'ampia variabilità negli effetti dell'A&F, con un range interquartile compreso tra lo 0,5% e il 16,0%. Ciò significa che nel 25% circa degli studi è stato riscontrato un miglioramento assoluto delle prestazioni maggiore o uguale del 16%. Dunque, da una parte abbiamo una buona probabilità di conseguire piccoli miglioramenti, ma dall'altra sappiamo che esiste una grande variabilità ed eterogeneità delle modalità in cui l'A&F viene implementato, con effetti anche sull'efficacia degli interventi.

Nonostante le indicazioni che arrivano dagli studi prima citati, un aspetto su cui porre l'attenzione è la sostanziale incertezza ancora esistente su come ottimizzare l'A&F per massimizzarne gli effetti. La letteratura più recente sul tema sottolinea come per realizzare interventi di A&F efficaci sia importante considerare alcuni punti essenziali. Su questo tema il lavoro di Jamie Brehaut³ propone 15 suggerimenti che, se sfruttati nella progettazione del feedback, aumenterebbero già di per sé le probabilità del suo successo. Tra questi, i più significativi sono i seguenti.

- Gli interventi di A&F devono riguardare problematiche rilevanti ed essere facili da mettere in atto. È importante chiedersi: stiamo fornendo feedback su aspetti rilevanti per le persone a cui è destinato il feedback? Se produciamo feedback su aspetti non prioritari, il personale sanitario ignorerà le indicazioni ricevute. *Non fa parte dei miei obiettivi oppure Perché dovrei lavorare preoccupandomi di quell'aspetto?* Sono alcune delle resistenze che verrebbero messe in atto.
- L'azione proposta per ottenere un cambiamento deve essere perseguibile e valutabile, deve riguardare un aspetto su cui esiste margine di miglioramento; fornire un feedback su qualcosa che non è possibile cambiare causerà esclusivamente frustrazione.
- Il personale sanitario deve essere motivato a intraprendere il comportamento richiesto.

- Il feedback di contenuto clinico deve essere principalmente destinato a coloro che realmente si occupano di assistenza sanitaria. Un feedback di tipo organizzativo invece non dovrebbe riguardare direttamente coloro che forniscono assistenza, per esempio, il personale clinico, chirurgico, di farmacia ospedaliera o infermieristico, ma essere indirizzato alle figure maggiormente responsabili dell'organizzazione.
- Il personale sanitario deve fidarsi del processo di raccolta e analisi dei dati, così da prevenire il rifiuto a priori del feedback, alludendo all'ipotetica scarsa qualità dei dati oppure a possibili differenze di caratteristiche dei propri pazienti che potrebbero spiegare le diverse performance osservate.

Tra i suggerimenti proposti è, inoltre, necessario fornire un feedback più di una volta e inviarlo il prima possibile, fornire dati disaggregati a livello locale anziché generali, indirizzare il feedback al medico o al reparto anziché all'ospedale e semplificare il messaggio veicolato dal feedback. A questo proposito, uno dei problemi più frequenti è l'aver reso gli strumenti di feedback troppo complessi. Di conseguenza, una delle attenzioni necessarie è ridurre i contenuti superflui o complicati affinché gli operatori che ricevono il feedback possano comprendere molto rapidamente la qualità delle loro prestazioni e come eventualmente modificarle. Presentazioni grafiche più semplici sono migliori di grafici o dashboard molto complesse che richiedono più tempo e competenze per interpretare la valutazione ottenuta per la propria pratica clinica.

Secondo Ivers et al.², gli elementi chiave che aumentano le probabilità che il personale destinatario dell'A&F metta in atto i cambiamenti suggeriti comprendono:

- valori di baseline bassi: rivolgersi a interventi sanitari con ampi margini di miglioramento, per esempio, indicatori che mostrano inizialmente valori intorno al 30% dello standard e non a interventi che già sono vicini a livelli di qualità dell'80%.
- È preferibile che chi è responsabile dell'A&F sia una persona con funzioni di supervisione o un collega con elevata credibilità piuttosto che un'agenzia esterna o un gruppo di ricerca completamente estraneo.
- Il feedback deve essere restituito più di una volta.
- I report scritti devono includere sia obiettivi espliciti da raggiungere sia un piano di azioni per ottenere il miglioramento e prevedere occasioni dirette di confronto e discussione.

L'IMPORTANZA DI TRASMETTERE MESSAGGI EDUCATIVI DI FEEDBACK FORMATIVO

Un ulteriore suggerimento per migliorare il feedback è quello di trasmettere messaggi educativi.

Uno studio pubblicato su *The Lancet*⁴ mostra un esempio in cui l'A&F è stato utilizzato in Scozia di-

versi anni fa, per ridurre la prescrizione di esami di laboratorio inappropriati da parte di medici di medicina generale (MMG), dimostrando una riduzione del 15% nella prescrizione di un'ampia gamma di test, tramite l'invio di feedback corredati da messaggi educativi.

Il feedback restituito ai professionisti e alle professioniste metteva a confronto il dato del singolo con la media regionale (figura 1). Il grafico mostra quanti test su un campione di 10 mila pazienti sono stati richiesti e la variazione nel tempo. Un lieve incremento nel tempo per il singolo (linea continua) rifletteva ciò che stava accadendo anche in tutta la Regione (linea tratteggiata). Insieme al feedback è stato inviato un messaggio educativo per spiegare come in genere il dosaggio dell'ormone follicolo-stimolante (FSH) sia poco efficace per porre diagnosi di menopausa nelle donne ultraquarantenni e non dovrebbe essere richiesto con questa finalità, sottolineando come anche la media regionale fosse più elevata del dovuto, così da stimolare il cambiamento e indurre le persone a ragionare sull'effettiva necessità di un test per l'FSH nell'assistenza delle pazienti in premenopausa.

Conclusioni

Gli interventi di A&F sono un modo efficace per promuovere il cambiamento dei comportamenti professionali e migliorare la qualità dell'assistenza. Esiste una base di conoscenza su come ottimizzare al meglio le procedure attraverso cui vengono erogati gli interventi per massimizzarne l'effetto, ma resta ancora molto da

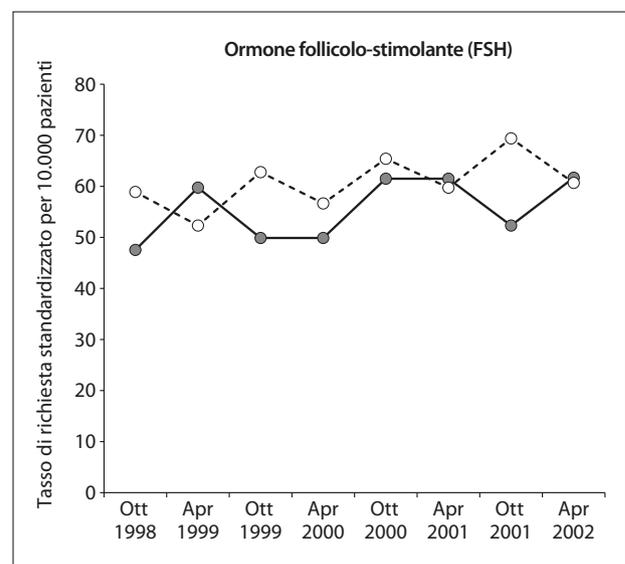


Figura 1. Il grafico mostra i tassi di richiesta di test per l'FSH standardizzati per 10.000 pazienti e la variazione nel tempo, confrontando il dato del singolo (linea tratteggiata) con la media regionale (linea continua). Modificata da: Thomas et al.⁴.

FOCUS 1

Fare rete per rafforzare la cultura dell'Audit & Feedback

Da questi presupposti, e dall'aver riconosciuto l'importanza di creare partnership collaborative tra il mondo della ricerca e le organizzazioni sanitarie impegnate a migliorare le strategie di feedback e la comprensione dei fattori che ne modificano gli effetti in vari contesti a livello globale, nasce l'idea di creare laboratori di implementazione⁵ e un meta-laboratorio (MetaLab) dell'A&F⁶.

A oggi esistono diversi laboratori di implementazione a livello internazionale: Canada, Paesi Bassi, Regno Unito, Stati Uniti, Australia. Tali laboratori includono gruppi di ricerca integrati nei sistemi sanitari, in grado quindi di intraprendere programmi di ricerca direttamente rilevanti per le priorità dei sistemi sanitari, garantendo così la sostenibilità e la traduzione in pratica dei risultati della ricerca.

Lavorare insieme significa creare opportunità di collegamenti formali e informali tra il gruppo di ricerca e il sistema sanitario. In questo modo si creano opportunità di crescita per entrambe le parti: il personale del sistema sanitario che fornisce A&F possiede importanti conoscenze ed esperienza nella pratica clinica che talvolta chi fa ricerca non coglie ma può di contro contribuire con la conoscenza e competenza metodologica proveniente dal mondo della ricerca. L'obiettivo è di sviluppare insieme un approccio sistematico di lavoro con il sistema sanitario su oltre dieci varianti di feedback per migliorare più rapidamente la base di conoscenza comune. Da questa fitta rete di laboratori nasce l'idea del MetaLab, per connettere coloro che fanno ricerca nei diversi laboratori e, attraverso incontri frontali prefissati con cadenza annuale, discutere di ciò che si è imparato e di quali siano i prossimi passi da compiere per mettere tutto a fattore comune.

Il MetaLab è una comunità globale scientifica e di pratica condivisa finalizzata a condividere l'apprendimento tra ricerca e laboratorio, così come le competenze, e conta oggi circa 60 membri a livello internazionale che trascorrono molto del loro tempo a lavorare sull'A&F. Ogni membro ha una sua competenza specifica e si creano le condizioni per provare a pianificare la riproducibilità attraverso studi e contesti diversi.

Il MetaLab ha un suo sito web⁶ che contiene molte risorse. Esiste la possibilità di essere iscritti a una mailing list che segnala in anticipo qualsiasi novità implementata. C'è un account Twitter per la disseminazione delle attività. Sono disponibili diversi webinar mensili realizzati durante la pandemia da covid-19 che ha reso difficile incontrarsi in presenza, ma che ha permesso di creare questa opportunità di formazione e confronto allargata.

FOCUS 2

L'Audit & Feedback in Italia: l'esperienza del programma di rete EASY-NET

Le esperienze in corso in Italia nell'ambito di EASY-NET⁷ sono una grande opportunità per verificare nel contesto del SSN, su diversi ambiti assistenziali e in vari contesti organizzativi e normativi, l'efficacia e la fattibilità di interventi di A&F. L'obiettivo di EASY-NET è definire strumenti e metodi per implementare le attività di A&F finalizzate al miglioramento dell'assistenza sanitaria e al contrasto delle disuguaglianze, ma anche sensibilizzare il personale sanitario, creando una cultura di collaborazione multidisciplinare. Lazio, Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Emilia Romagna, Lombardia, Calabria, Sicilia: sono le sette Regioni coinvolte in EASY-NET. Ciascuna delle Regioni sta sviluppando e attuando strategie di A&F e conducendo progetti sperimentali di studio in aree cliniche specifiche: per il Lazio (WP1) le cure in emergenza e i percorsi assistenziali integrati per le malattie croniche; per il Friuli Venezia Giulia (WP2) il miglioramento clinico-assistenziale e il contrasto alle disuguaglianze in emergenza; per il Piemonte (WP3) la qualità e l'equità nell'assistenza oncologica; per l'Emilia Romagna (WP4) il miglioramento dell'assistenza sanitaria nel diabete mellito di tipo 2 e nell'insufficienza cardiaca cronica; per la Lombardia (WP5) la pratica sanitaria e l'equità nelle patologie cardiovascolari; per la Calabria (WP6) i tagli cesarei e la salute materna e per la Sicilia le cure di emergenza (WP7).

Questo focus descrive l'esperienza nell'ambito del programma di rete EASY-NET emersa dal confronto del gruppo di ricerca EASY-NET con l'A&F MetaLab, con due soluzioni operative su due aspetti rilevanti:

- partecipazione e coinvolgimento dei destinatari dell'intervento;
- pro e contro delle diverse fonti dei dati per il feedback.

Partecipazione e coinvolgimento dei destinatari del feedback

L'ESPERIENZA DEL WP1 LAZIO

Il WP1 Lazio porta avanti, nell'ambito del programma EASY-NET, una valutazione comparativa di efficacia di strategie di A&F per migliorare i percorsi integrati di cura per condizioni croniche e acute. Una delle difficoltà riscontrate per la linea di intervento sulla cronicità nella Regione Lazio è stata ottenere la partecipazione e il coinvolgimento dei MMG che hanno

un ruolo fondamentale nella corretta gestione dei pazienti con malattie croniche, come il diabete e la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), e sono i destinatari di un intervento di A&F progettato nel WP1. I MMG sono professionisti convenzionati con le Aziende Sanitarie Locali e pertanto, in certa misura, indipendenti nella loro attività. Questo rende spesso difficile condividere con essi e con altri operatori sanitari protocolli e processi a livello di comunità. Per ottenere il loro coinvolgimento in progetti o iniziative collaborative si ricorre spesso a incentivi.

Come è possibile aumentare la partecipazione dei professionisti?

L'A&F deve diventare uno strumento familiare per i medici. Per favorire la partecipazione consapevole è importante fare in modo che gli interventi di A&F siano percepiti come un aspetto centrale della professione. Uno strumento per migliorare la capacità di fornire assistenza alle persone e capace di stimolare il cambiamento. La sfida è fare in modo che l'A&F diventi uno strumento che i medici desiderano utilizzare. Anche il Servizio Sanitario e le Aziende Sanitarie devono guardare all'A&F dalla stessa prospettiva – uno strumento utile ai professionisti per fare meglio il proprio lavoro – e investire in questa direzione. Questo bisogno deve essere maturato sia dai MMG sia dal Servizio Sanitario e dalle Aziende Sanitarie, perché se l'A&F fosse uno strumento calato dall'alto non sarebbe parimenti efficace.

L'A&F non è uno strumento di controllo. L'A&F non deve essere percepito come uno strumento di controllo perché questo attiverebbe atteggiamenti difensivi. In un contesto come quello italiano, per esempio, i MMG conoscono gli strumenti dell'A&F ma prevalentemente associati a una valutazione dei costi e questo aumenta il rischio che l'A&F venga percepito come uno strumento di controllo e non per migliorare la propria pratica clinica.

Quando il feedback è destinato a chi si occupa di assistenza clinica è importante scardinare qualsiasi preconcetto sui feedback ricevuti in precedenza ed essere chiari sul fatto che si tratta di un feedback di tipo clinico e non amministrativo o organizzativo.

Per aumentare la partecipazione dei MMG nell'ambito del WP1, in un periodo già difficile a causa della pandemia da covid-19, due aspetti sono stati fondamentali. Innanzitutto, le modalità con cui sviluppare l'intervento sono state pianificate in stretta collaborazione con le Direzioni delle Aziende Sanitarie e dei Distretti coinvolti. L'obiettivo è stato quello di costruire un intervento accettabile da parte dei MMG e percepito come utile a loro di modo da poter ridurre il più possibile reazioni di difesa legate per esempio all'affidabilità del dato fornito e alla poca disponibilità di tempo per vedersi impegnati in un'attività "di ricerca". L'A&F è stato proposto a gruppi di MMG dalla Direzione di Distretto su forte mandato della Direzione Aziendale come uno strumento per migliorare la loro pratica clinica e la collaborazione tra MMG e medici di Distretto. A livello distrettuale è stata creata una rete di lavoro tra medici di Distretto e MMG. Inoltre, l'intervento di A&F è stato proposto già in un contesto di rinnovamento e sostenuto con il coinvolgimento diretto dei MMG nel potenziamento della rete di servizi al fine di migliorare l'accesso alle cure e la risposta ai bisogni di salute degli assistiti. L'intervento si è dunque affiancato ad attività già pianificate presso i Distretti e ha potuto trarre beneficio dalla sinergia con queste. La rete di lavoro creata in occasione della sperimentazione dell'intervento di A&F si allinea efficacemente con le progettualità già in essere presso i Distretti partecipanti e la creazione delle case di comunità in cui opereranno gruppi di MMG in una logica di prossimità e di presa in carico dei pazienti. Con l'arrivo dei fondi derivanti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è stata inoltre finanziata la creazione di case di comunità, ospedali di comunità e centrali operative territoriali sul territorio delle ASL coinvolte.

Oltre alla creazione di una rete di lavoro che facesse lavorare i MMG fianco a fianco con i medici di Distretto, è stata fondamentale anche la scelta di associare alle attività di A&F un percorso di formazione accreditato (ECM) che rispondesse anche ai bisogni formativi dei medici partecipanti. Questo ha permesso di dare loro non solo la prospettiva di migliorare la propria pratica clinica ma anche di acquisire conoscenze e abilità pratiche relative all'audit clinico, alla lettura e interpretazione di dati riferiti alla propria attività e alla capacità di identificare uno standard con cui confrontarsi e verso il quale far tendere i propri risultati.

Pro e contro delle diverse fonti dei dati per il feedback

L'ESPERIENZA DEL WP3 PIEMONTE

L'unità di Epidemiologia clinica e valutativa di Torino (WP3 Piemonte) che ha un ruolo chiave nel supportare la Regione Piemonte e la Rete Oncologica nel campo della valutazione di qualità dell'assistenza oncologica ha progettato e gestito alcuni interventi di A&F con l'obiettivo di migliorare la qualità e l'equità dell'assistenza in ambito oncologico. In queste esperienze ha evidenziato un punto critico relativo ai dati. In generale, un fattore limitante di qualsiasi strategia di A&F è la disponibilità di dati tempestivi e credibili sugli aspetti rilevanti dei processi e dei risultati dell'assistenza sanitaria sui quali si è deciso di intervenire. La scelta tra i dati disponibili di routine e lo sviluppo di sistemi *ad hoc* non è banale.

In generale, i dati disponibili di routine sono poveri di informazioni cliniche sia sulle caratteristiche del paziente e della malattia sia sui trattamenti ricevuti, e limitano la valutazione dell'adeguatezza delle cure e degli esiti aggiustati per il rischio. Di conseguenza, un approccio di A&F che si basi solo su questi dati rischia di limitare la capacità di misura della qualità dell'assistenza, restringendola ai pochi aspetti facilmente misurabili. Si aggiunga la questione tempo: possono volerci diversi mesi per accedere ai dati amministrativi, rischiando così di fornire feedback tardivi su scenari che nel frattempo sono cambiati. Il ricorso a questi dati è quindi utile per monitorare nel tempo, in modo standardizzato e a relativo basso costo alcuni macro fenomeni, ma può essere insufficiente per valutare molti indicatori di appropriatezza.

Lo sviluppo di sistemi *ad hoc* per la raccolta di dati clinici (per es., utilizzando database online dedicati) di contro richiede competenze e risorse specifiche che raramente sono disponibili al di fuori di progetti specifici finanziati (come EASY-NET).

Questo approccio consente un livello molto articolato di raccolta delle informazioni, utile a valutare aspetti anche molto specifici con il dettaglio necessario ma al contempo rappresenta un onere rilevante per gli operatori partecipanti all'intervento. Tale richiesta di impegno degli operatori, in tempi di scarsità di risorse, può creare delle resistenze e rendere la raccolta difficoltosa, con scarsa compliance e necessità di interventi centralizzati volti a garantire la completezza, la tempestività e la qualità dei dati. D'altra parte, il coinvolgimento dei professionisti nella raccolta dei dati ha un importante risvolto positivo, perché li induce a porre l'attenzione su di essi e sul loro significato. Ciò si traduce in una maggiore credibilità dei risultati e in un effetto di "remind", strumentale a meglio interiorizzare il processo di miglioramento che si vuole sviluppare, diventando parte integrante dell'intervento stesso.

Un aspetto rilevante, che non può essere trascurato per i pesanti riflessi organizzativi sull'audit, è rappresentato dalla necessità di ottenere l'autorizzazione dei Comitati Etici, e a volte del consenso dei pazienti, quando i dati clinici sono raccolti *ad hoc* per finalità di audit.

In base all'esperienza di questo WP – che ha utilizzato diverse modalità di raccolta dei dati per condurre attività di A&F – il metodo dovrebbe essere definito con attenzione solo dopo una chiara definizione degli obiettivi dell'audit (e non sulla base della disponibilità dei dati), integrando i dati già disponibili con quelli raccolti *ad hoc* in modo da massimizzare la tempestività del feedback e la sua credibilità al minor costo possibile.

fare. Proprio per questo è importante favorire tutte le opportunità di nuove collaborazioni per provare a migliorare più rapidamente le basi scientifiche del feedback e rendere più incisivo il suo ruolo nel mondo operativo.

*Gruppo di ricerca EASY-NET: *WP1 - Lazio*: Anna Acampora, Nera Agabiti (PI); Michela Alagna, Laura Angelici, Carmen Angioletti, Maria Balducci, Giulia Cesaroni, Paola Colais, Marina Davoli, Antonio Giulio De Belvis, Egidio De Mattia, Mirko Di Martino, Danilo Fusco, Domenico Antonio Ientile, Adele Lallo, Francesca Mataloni, Amina Pasquarella, Luigi Pinnarelli, Chiara Sorge; *WP2 - Friuli Venezia Giulia*: Fabio Buttussi, Luca Chittaro, Francesca Da Ros, Vincenzo Della Mea, Laura Deroma (PI), Antonio Di Chiara, Luca Di Gaspero, Alessandro Forgiarini, David La Barbera, Sabrina Licata, Stefano Mizzaro, Annarita Tullio, Francesca Valent, Nicola Zangrando; *WP3 - Piemonte*: Oscar Bertetto, Felice Borghi, Francesco Brunetti, Marco Camanni, Giovannino Ciccone (PI), Stefano De Luca, Annamaria Ferrero, Claudia Galassi, Lisa Giacometti, Ugo Vitor Martins, Anna Maria Orlando, Eva Pagano, Luca Pellegrino, Elisa Piovano, Andrea Puppo, Alessio Rizzo, Monica Rolfo, Antonio Scarmozzino, Gitana Scozzari, Teresa Spadea, Nicolas Zengarini, Paolo Zola; *WP4 - Emilia Romagna*: Claudio Borghi, Roberto Grilli, Giulio Marchesini Reggiani (PI), Elisabetta Fabbri, Francesca Marchignoli, Federica Violi; *WP5 - Lombardia*: Alice Bonomi, Nicolò Capra, Nicola Cosentino, Arianna Galotta, Monica Ludergrani, Giancarlo Marenzi (PI), Erica Rurali, Fabrizio Veglia; *WP6 - Calabria*: Deborah Considerato, Edoardo Corsi Decenti, Costantino Di Carlo, Serena Donati, Angela Giusti, Susanna Lana, Daniela Lico, Alice Maraschini, Gloria Nacca, Jessica Preziosi, Erika Rania, Paola Scardetta, Gabriella Tambascia, Roberta Venturella (PI), Francesca Zambri, Fulvio Zullo; *WP7 - Sicilia*: Sebastiano Pollina Addario, Alessandra Allotta, Placido Bramanti (PI), Rosella Ciurleo; Francesco Corallo, Maria Cristina De Cola, Giangetano D'Aleo, Giovanna Fantaci.

Dichiarazioni: EASY-NET è un progetto finanziato dal Ministero della Salute (NET-2016-02364191) e cofinanziato dalle Regioni Calabria, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Piemonte. Per ulteriori informazioni <https://easy-net.info/>

Bibliografia

1. Adams AS, Soumerai SB, Lomas J, Ross-Degnan D. Evidence of self-report bias in assessing adherence to guidelines. *Int J Qual Health Care* 1999; 11: 187-92.
2. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, et al. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 6: CD000259.
3. Brehaut J, Colquhoun H, Eva K, et al. Practice feedback interventions: 15 suggestions for optimizing effectiveness. *Ann Intern Med* 2016; 164: 435-41.
4. Thomas RE, Croal BL, Ramsay C, Eccles M, Grimshaw J. Effect of enhanced feedback and brief educational reminder messages on laboratory test requesting in primary care: a cluster randomised trial. *Lancet* 2006; 367: 1990-6.
5. Grimshaw JM, Ivers N, Linklater S, et al. Reinvigorating stagnant science: implementation laboratories and a meta-laboratory to efficiently advance the science of audit and feedback. *BMJ Qual Saf* 2019; 28: 416-23.
6. The Audit & Feedback MetaLab. <https://bit.ly/3UFTdLw>
7. Grilli R, Di Blasio N, per il Gruppo di Ricerca EASY-NET. A&F in EASY-NET: un ponte tra clinici ed epidemiologi per un più virtuoso scambio informativo. *Recenti Prog Med* 2020; 111: 714-6.

Indirizzo per la corrispondenza:
Dott.ssa Norina Di Blasio
Think2.it
Il Pensiero Scientifico Editore
Via San Giovanni Valdarno 8
00138 Roma
E-mail: norina@think2.it