manager&evidence health

Organizzazioni sanitarie Il governo clinico tra ambito strategico e operativo

Clinical audit «pro-qualitate»

Revisione continua dell'attività professionale, standard elevati e affidabilità del servizio erogato sono tra i risultati conseguibili grazie a un approccio multifunzionale

di **Antonino Cartabellotta** *
e **Renata Cinotti** **

Il Piano sanitario regionale 1999-2001 dell'Emilia Romagna ha introdotto un tema di grande interesse professionale per le sue implicazioni strategiche, metodologiche e operative: la clinical governance, o governo clinico.

In sintesi: «Il governo clinico è il cuore delle organizzazioni sanitarie: investe tutto il sistema organizzativo, tanto l'ambito strategico quanto quello strutturale e operativo; si realizza nell'esercizio della responsabilità del miglioramento continuo dei servizi erogati e nella salvaguardia di elevati standard assistenziali da parte dei professionisti e dell'organizzazione; è volto ad assicurare l'adozione di sistemi di garanzia di qualità, la realizzazione di attività di miglioramento e il controllo della qualità dei servizi sanitari...».

«La funzione del governo clinico, posta in capo al direttore sanitario, si avvale di una struttura organizzativa di cui sono chiari gli ambiti di autonomia e responsabilità di ogni professionista. Si esercita attraverso l'uso corrente e sistematico di idonei strumenti operativo-gestionali tesi a evitare i rischi, a individuare tempestivamente gli eventi indesiderati, a trarre insegnamento dagli errori, a disseminare la buona pratica clinica, a garantire che siano in opera adeguati sistemi per il miglioramento continuo della qualità».

Infine, «il governo clinico, come strategia gestionale, consiste sostanzialmente nell'integrare gli approcci alla qualità delle cure in un programma organico che comprende le azioni che derivano dalle valutazioni realizzate da tutti i settori operativi (amministrativi, finanziari, gestionali, della comunicazione ecc.) e che orienti al miglioramento il sistema dei servizi sanitari nel suo complesso. Il governo clinico ha come principale obiettivo l'affidabilità del servizio sanitario: ogni azione deve pertanto essere coerente e funzionale al raggiungimento degli obiettivi del sistema e da un punto di vista metodologico privilegia l'approccio multidisciplinare ai problemi, il lavoro di team e chiare modalità di progettazione e verifica dei risultati».

L'affidabilità è il principale obiettivo: ogni singola azione deve puntare al raggiungimento del target

Tutti i meriti del metodo dell'"ascolto attivo"

Tra i vari strumenti necessari per

* *Gruppo italiano per la medicina basata sulle evidenze - Gimbe*
** *Agenzia sanitaria regionale - Emilia Romagna*

l'applicazione del governo clinico, il clinical audit ha l'obiettivo di effettuare una revisione continua dell'attività professionale, infatti: «l'attività sistematica e continuativa, su base dipartimentale, di audit clinici multiprofessionali e comparativi per la verifica dell'attività svolta, dei risultati ottenuti e delle risorse impegnate, rappresenta l'elemento principale della responsabilizzazione clinica».

Il clinical audit è uno strumento da tempo utilizzato in diversi sistemi sanitari (Regno Unito, Francia, Olanda, Canada, Australia, Stati Uniti), ma poco diffuso nel nostro Paese. Infatti, oltre ad alcune società scientifiche che hanno occasionalmente sperimentato il clinical audit e all'impegno della Società italiana di verifica e revisione della qualità, solo nella Regione Emilia Romagna è stata realizzata un'esperienza concreta nell'area cardiochirurgica.

"Audit" è una parola latina: il verbo "audio" indica ascolto attivo, ma anche azione di istruttoria e di interrogatorio della magistratura. Trasferito nel vocabolario inglese, nel suo primo significato indica «esame della contabilità o di altre registrazioni attinenti denaro o proprietà, realizzato da funzionari competenti o altre persone incaricate, al fine di verificarne la correttezza».

Oggi, a seconda dell'aggettivo associato, il termine audit assume vari significati.

Il clinical audit è un approccio di verifica che si concentra su specifici problemi assistenziali e si caratterizza per la "professionalità" dell'iniziativa, la competenza clinica dei partecipanti, la confidenzialità dei risultati, e per l'oggetto fortemente connesso alla qualità professionale.

Solo la Regione Emilia Romagna ha già avviato, prima in Italia, una sperimentazione in cardiochirurgia

Dal punto di vista metodologico, il clinical audit si configura in un "processo ciclico" costituito da varie fasi (figura 1):

- definizione delle priorità (aree della pratica clinica da verificare);
- definizione della pratica standard;
- audit 1: confronto tra pratica corrente e standard definiti;

Un termine dai molteplici significati

Clinical (o medical) audit	• Analisi critica e sistematica della qualità dell'assistenza medica (o sanitaria) che include le procedure utilizzate per la diagnosi e il trattamento, l'uso delle risorse, gli esiti e la qualità di vita per i pazienti (NHS, 1989) • Nel recente aggiornamento di tale definizione si nota una più precisa caratterizzazione dell'attore (il clinico), del metodo (la revisione tra pari) e delle finalità (il miglioramento) • Iniziativa condotta da clinici che cerca di migliorare la qualità e gli esiti dell'assistenza attraverso una revisione tra pari strutturata, per mezzo della quale i clinici esaminano la propria attività e i propri risultati in confronto a standard espliciti e la modificano se necessario (Nhs, 1996)
Audit della qualità	• Esame sistematico e indipendente mirato a stabilire se le attività svolte per la qualità e i risultati ottenuti sono in accordo con quanto stabilito e ed efficaci per il raggiungimento degli obiettivi • Si differenzia dalla precedente per la sistematicità, l'indipendenza, il "mandante": il management interno o un committente esterno all'organizzazione valutata (ad esempio l'acquirente, o cliente)
Audit di sistema	• È uno strumento per la sorveglianza della qualità. Si caratterizza per: un oggetto: il modello di riferimento (accreditamento, ISO 9001, altro) un campo di applicazione: l'intera organizzazione o sue parti uno scopo: a esempio, il posizionamento dell'organizzazione rispetto al modello di riferimento • Tali verifiche possono essere realizzate a livelli progressivi di approfondimento: ad esempio il sistema qualità può essere verificato per conformità, adeguatezza, efficacia, evolutività Si tratta sempre di un audit sul complessivo sistema di gestione della qualità
Altri tipi di audit	• Esistono audit di processo o di prodotto solitamente condotti da personale addestrato all'analisi del sistema e coadiuvato da esperti del settore non direttamente coinvolti nelle attività oggetto di verifica

- identificazione dei comportamenti clinici inappropriati;
- implementazione del cambiamento;
- audit 2: verifica dell'efficacia del cambiamento.

La definizione delle priorità rappresenta una fase estremamente critica, in grado di determinare il successo/insuccesso dell'audit: in particolare, è fondamentale che la priorità definita oltre all'interesse dei clinici richiami anche quello dell'organizzazione.

Esistono alcuni criteri generali utili per definire le priorità: consistente impatto sulla salute (in termini di frequenza, gravità, qualità della vita), consumo di risorse, ampia variabilità della pratica clinica, disponibilità di evidenze di grado elevato.

Quanto alla definizione della pratica standard, abbiamo già esaminato nei numeri precedenti che le linee guida, se elaborate con standard metodologici accettabili, rappresentano lo strumento migliore per sintetizzare la ricerca primaria e fornire raccomandazioni di comportamento clinico. Pertanto, linee guida evidence-based contestualizzate nel setting locale, rappresentano lo standard con cui confrontare la pratica corrente.

Nella fase "Audit 1" (confronto della pratica corrente vs standard), viene esaminato il grado di aderenza della pratica clinica corrente, rispetto agli standard definiti, mediante revisione retrospettiva delle cartelle cliniche.

Nello step "Identificazione dei comportamenti clinici inappropriati" l'analisi dei dati raccolti fornisce una stima dei comportamenti clinici inappropriati, sia in eccesso, sia in difetto: in particolare, accanto al mancato impiego di interventi sanitari efficaci, i

Modelli di riferimento

La ricerca e la valutazione critica di studi di clinical audit nasce dall'esigenza di avere a disposizione modelli di riferimento validi e applicabili al proprio setting assistenziale.

Medline, prodotto dalla National library of medicine (Nlm), è la versione elettronica dell'Index Medicus che indicizza dal 1964 oltre 11 milioni di citazioni da circa 4mila riviste. La disponibilità gratuita attraverso Internet, ha reso questa banca dati una risorsa insostituibile nella ricerca di informazioni clinico-assistenziali.

Tra i vari servizi disponibili sul web, il PubMed - gestito dalla stessa Nlm - è un riferimento per tutti gli operatori sanitari.

La difficoltà a ottenere con Medline ricerche bibliografiche soddisfacenti in termini di precisione e di completezza, viene - almeno in parte - risolta dall'applicazione di strategie costruite ad hoc.

Quanto alla strategia Medline (PubMed) per gli studi di clinical audit, HealthSTAR (Health Services, Technology, Administration and Research) è una banca dati "specialistica" mantenuta dalla National library of medicine che copre sia contenuti clinici (valutazione degli esiti assistenziali, efficacia di procedure, programmi, prodotti e servizi) sia non clinici (amministrazione e pianificazione dell'assistenza sanitaria). Rispetto a Medline archivia, oltre ad articoli di riviste, anche reports tecnici e governativi, libri e capitoli di libri. I termini descritti per la strategia di ricerca Medline possono essere utilizzati anche con HealthSTAR, poiché il thesaurus delle due banche dati è comune.

Il National institute for clinical excellence (Nice) è una recente istituzione del Governo anglosassone che, attraverso la propria banca dati, fornisce l'accesso a un ampio volume di letteratura relativa al miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria, inclusi studi di clinical audit.

La banca dati del National institute for clinical excellence fornisce l'accesso a un'ampia rassegna di letteratura

Tale banca dati comprende quattro aree - bibliographical, projects, events, training - che possono essere ricercate in contemporanea o individualmente. In particolare, il database bibliografico, oltre a libri e articoli, archivia una quota consistente di "letteratura grigia" (reports e circolari governative, newsletter nazionali e locali, siti web e altro), altrimenti non reperibile.

Il National institute for clinical excellence database è a libero accesso, a eccezione dell'area relativa ai progetti in corso riservata ai ricercatori del Nhs.

La valutazione critica degli studi...

L'interesse per la qualità dell'assistenza erogata, accanto all'irrinunciabile obiettivo di contenere la spesa sanitaria, ha indotto un numero sempre crescente di ricercatori a esaminare, attraverso la conduzione di clinical audit, il grado di aderenza dei comportamenti clinici a standard assistenziali definiti. Anche se queste valutazioni possono esaminare misure di esito, non è semplice stabilire se un certo esito consegue a un determinato intervento sanitario, oppure dipende dallo stato di salute generale del paziente: infatti, anche un trattamento appropriato può essere associato a esiti negativi se la prognosi è invariabilmente infausta.
Alla luce di tali considerazioni, piuttosto che gli esiti, è spesso più valido analizzare i processi assistenziali attraverso una verifica delle prestazioni erogate.
Tuttavia, nella definizione degli standard, spesso ci si affida a criteri impliciti (a esempio, un panel di esperti), che risultano poi inattendibili per la mancanza di standardizzazione. Negli studi di clinical audit pianificati in maniera adeguata, solo criteri espliciti possono formare le basi scientifiche per le analisi di processo e, grazie alla standardizzazione, rappresentano uno strumento insostituibile per verificare l'appropriatezza degli interventi sanitari.
Purtroppo, tali criteri possono avere presupposti scientifici poco consistenti, essere applicati in maniera imprecisa, gravati da errori sistematici, scarsamente trasferibili in un determinato contesto assistenziale. Per queste ragioni, diventano indispensabili strumenti condivisi per valutare criticamente studi di clinical audit.
Dal 1993 al 2000 il Journal of American Medical Association, ha ospitato la serie User's Guide to Biomedical Literature, che ha preso in esame la valutazione critica di venticinque tipologie di articoli, divenendo il "testo" di riferimento per il critical appraisal, una delle competenze "core" dell'Evidence-based medicine.
L'articolo della serie dedicato al clinical audit (utilization review per gli americani), oltre a standardizzare la valutazione critica degli studi di clinical audit, fornisce un supporto insostituibile per identificare modelli di riferimento nella pianificazione di audit locali.

Presupposti per verificare la validità dei processi di healthcare sono i miglioramenti nella salute e nell'uso delle risorse

I parametri per monitorare l'assistenza

Affinché i criteri per verificare i processi assistenziali siano validi, devono avere un rapporto diretto con il miglioramento della salute e, possibilmente, determinare anche una migliore utilizzazione delle risorse.

- Nel definire i criteri, è stato utilizzato un metodo esplicito per identificare, selezionare e combinare le evidenze scientifiche?

La descrizione esplicita di strumenti e metodi utilizzati per ricercare, selezionare e sintetizzare le evidenze scientifiche, oltre a costituire la base metodologica per la produzione di revisioni sistematiche e di linee guida, è fondamentale per la definizione dei criteri in un clinical audit.

- Qual è la qualità delle evidenze utilizzate per definire tali criteri?

Abbiamo già discusso nei numeri precedenti il concetto di "gerarchia delle evidenze": criteri basati su studi clinici controllati e randomizzati e, se disponibili, su revisioni sistematiche hanno maggiore credibilità scientifica di quelli derivati da studi osservazionali, o dall'opinione degli esperti.

- Se necessario, è stata usata una procedura attendibile per integrare i pareri degli esperti?

Quando è coinvolto un panel di esperti per formulare i criteri, è necessario sia un procedimento esplicito per selezionare i membri sia un metodo di consenso formale - metodo Rand, metodo Delphi e altri - per evitare che il giudizio "risenta" eccessivamente di fattori soggettivi.

- È stata utilizzata una procedura esplicita e razionale per considerare il valore relativo dei diversi esiti?

Poiché la maggior parte delle decisioni assistenziali implica dei bilanci (rischio/beneficio, costo/opportunità ecc.), il contrasto tra evidenze e valori nel giudizio degli esperti è uno dei problemi più rilevanti nella definizione dei criteri. Bisogna, pertanto, verificare se lo studio riporta una chiara descrizione delle modalità di composizione del comitato, delle specialità presenti, delle varie organizzazioni che esse rappresentano. È superfluo ribadire che i gruppi monodisciplinari di esperti tendono a sovrastimare l'efficacia degli interventi sanitari nella cui erogazione è direttamente coinvolta la categoria professionale che rappresentano.

... e l'applicazione di standard adeguati

Se la qualità delle evidenze utilizzate per la formulazione dei criteri è debole, è stata effettuata una correlazione tra criteri ed esiti?
Quando i criteri di verifica sono basati su evidenze di elevata qualità (revisioni sistematiche, trials randomizzati), è presumibile uno stretto rapporto tra prove ed esiti. A esempio, nei pazienti con infarto del miocardio esistono robuste evidenze che provano l'efficacia di farmaci quali aspirina e beta-bloccanti. Se un clinical audit rileva che a pazienti con infarto del miocardio, senza controindicazioni, non vengono prescritti tali farmaci, tali comportamenti sono sicuramente inappropriati.
Se, invece, le prove di efficacia sono più deboli, in particolare se è il parere di un gruppo di esperti a costituire la evidence-based, bisogna provare ad aggiungere forza a tali criteri determinando come gli esiti possano correlarsi con l'adesione dei clinici ai criteri definiti.

I criteri sono stati inseriti in maniera appropriata nelle diverse realtà?
Anche se i criteri di verifica sono basati su consistenti prove di efficacia, possono essere applicati in maniera inadeguata.
- La modalità di applicazione dei criteri è attendibile, priva di errori sistematici e capace di fornire solide conclusioni?

L'applicazione di espliciti criteri relativi al processo assistenziale si basa solitamente sulla revisione retrospettiva di cartelle cliniche. Ovviamente la "fiducia" nelle conclusioni dei revisori deve essere consolidata dalla riproducibilità delle osservazioni: a esempio, due o più revisori, esaminando lo stesso campione di cartelle, devono produrre gli stessi dati; oppure le loro conclusioni devono essere in accordo con quelle di un revisore di provata competenza.
Tuttavia, la standardizzazione di espliciti criteri di revisione e la necessità di garantire la riproducibilità delle osservazioni, possono determinare una sottostima di dati clinici che attenuano il grado di inappropriatezza. Anche se questo è un problema di difficile soluzione, è desiderabile che vengano mantenuti "nascosti" sia l'identità dell'istituzione e del professionista, sia gli esiti sul paziente, per dare ai clinici maggiori possibilità di considerare inappropriati gli interventi sanitari ai quali conseguono esiti negativi.
Infine, è fondamentale sottoporre a revisione un numero "rappresentativo" di cartelle cliniche, in modo da estrapolare conclusioni robuste (questo è verificabile se, accanto alle stime puntiformi, vengono riportati anche i limiti di confidenza).

I rischi di applicazioni inadeguate permangono anche in presenza di standard di controllo basati sull'evidenza delle prove

- Qual è l'effetto dell'incertezza dovuta alla carenza di prove di efficacia e alla variabilità dei giudizi di valore?

Considerato che i limiti delle prove di efficacia e l'incertezza relativa ai valori possono influenzare il giudizio di appropriatezza, i ricercatori dovrebbero essere in grado di stimare l'influenza di tali fattori sulla definizione dei criteri. Questo può essere fatto in modi diversi: se ci sono pareri opposti tra i membri del panel sull'appropriatezza di una procedura, i ricercatori possono fornire stime alternative basate sul giudizio sia dei membri più inflessibili, sia di quelli più permissivi.
In alternativa, attraverso l'analisi di sensibilità, si possono considerare le implicazioni che derivano dall'assumere che le stime di "incertezza" descrivono alternativamente una procedura appropriata o inappropriata.

È possibile trasformare la teoria in pratica?
Anche se i criteri sono scientificamente validi e la loro applicazione è adeguata, potrebbe non essere opportuno e/o conveniente utilizzarli nella proprio setting assistenziale.
- I criteri sono rilevanti per la tua realtà assistenziale?

Prima di applicare i criteri è opportuno considerare i valori e la cultura del contesto locale che potrebbero renderli inaccettabili. È ovvio che robuste prove di efficacia a supporto dei criteri, attenuano la rilevanza dei valori locali: a esempio, poche culture mediche rifiuterebbero di adottare un intervento sanitario che, in diversi studi randomizzati, ha determinato una riduzione della mortalità.
- I criteri sono stati verificati nella pratica, relativamente alla loro utilizzazione in realtà assistenziali simili alle tue?

Negli studi di clinical audit, analogamente a qualunque altro tipo di ricerca, l'applicabilità è condizionata da quanto le competenze di ricercatori e revisori, oltre che strumenti e modalità di raccolta dati, sono differenti da quelli della propria realtà assistenziale.

clinici possono utilizzare procedure diagnostico-terapeutiche inefficaci.
Durante la fase di "Implementazione del cambiamento", in relazione ai gap rilevati tra ricerca e pratica clinica, vengono introdotte le linee guida (standard), adeguatamente rinforzate da strategie d'implementazione multifattoriali.
Infine, durante l'"Audit 2" - di verifica dell'efficacia del cambiamento - dopo un periodo variabile dall'introduzione delle linee guida, viene ripetuto il clinical audit per verificare l'impatto sul cambiamento della pratica professionale.

Ma gli studi d'efficacia sono solo agli albori...

Nei contesti dove il clinical audit è utilizzato da tempo, viene accettato dai professionisti come elemento integrante delle "buona pratica clinica".
Tuttavia, la sua efficacia nel determinare cambiamenti della pratica professionale è stata complessivamente poco documentata. Solo recentemente il Cochrane effective practice and organization of care group ha realizzato due revisioni sistematiche allo scopo di documentare tale effetto.
La prima di tali revisioni aveva proprio l'obiettivo di determinare l'efficacia dell'audit & feedback nel migliorare il comportamento degli operatori sanitari e gli esiti assistenziali. Gli autori, grazie a una ricerca Medline sino a giu-gno 1997 e all'analisi della bibliografia negli articoli ritrovati, hanno selezionato gli studi che soddisfacevano i seguenti criteri:

- disegno dello studio: assegnazione randomizzata (o quasi randomizzata) dei partecipanti a uno o più gruppi di intervento;
- partecipanti: operatori sanitari;
- intervento: attività di audit & feedback definita come «raccolta dati su un insieme di indicatori capaci di misurare attività di assistenza sanitaria durante un periodo specificato»;
- esiti: attività erogate da operatori sanitari e misurabili quantitativamente (a esempio, numero degli esami prescritti, prescrizioni di specifici farmaci) e risultati ottenuti nei pazienti (a esempio, pressione arteriosa, numero di tagli cesarei).

La qualità degli studi è stata valutata applicando sette criteri e le informazioni relative a metodi, pazienti, interventi, misure d'esito e risultati sono state estratte in modo indipendente da due revisori.
Gli studi considerati elegibili analizzavano diversi comportamenti clinici: la riduzione nella richiesta di test diagnostici, la prescrizione di farmaci, l'assistenza preventiva, il management dell'ipertensione.
La revisione sistematica conclude che le attività di audit & feedback possono talvolta essere efficaci nel migliorare la pratica clinica, in particolare nella prescrizione di farmaci e di test diagnostici; gli effetti sembrano essere da lievi a moderati, ma potenzialmente rilevanti. In ogni caso, chi deve promuovere interventi per migliorare la pratica clinica non può affidarsi solo all'audit & feedback.

È complessivamente poco documentata la bontà del mezzo nel determinare cambiamenti interni alla pratica professionale

La seconda revisione sistematica aveva l'obiettivo di determinare l'efficacia dell'audit & feedback rispetto ad altri interventi di miglioramento della pratica clinica e se tale efficacia possa essere migliorata variando le modalità di implementazione.
Strategie di ricerca bibliografica, criteri di selezione degli studi e

I "pro" e i "contro"

Benefici

- Benefici professionali
- Miglioramento dell'assistenza al paziente individuale
- Miglioramento nell'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie

Svantaggi

- Aumento del carico di lavoro
- Limitazione della libertà professionale
- Rischi professionali

Barriere

- Limitazione delle risorse
- Scarsa esperienza nel disegno e nell'analisi del progetto
- Mancanza di una strategia globale di miglioramento della qualità (di cui l'audit rappresenta solo una componente)
- Problemi relazionali tra i professionisti
- Ostacoli organizzativi

Fattori facilitanti

- Quantificazione del successo dell'iniziativa
- Fattori vari: strumenti per la raccolta dati, staff dedicati, tecnologie informatiche, link tra la raccolta routinaria dei dati e l'audit, ecc.

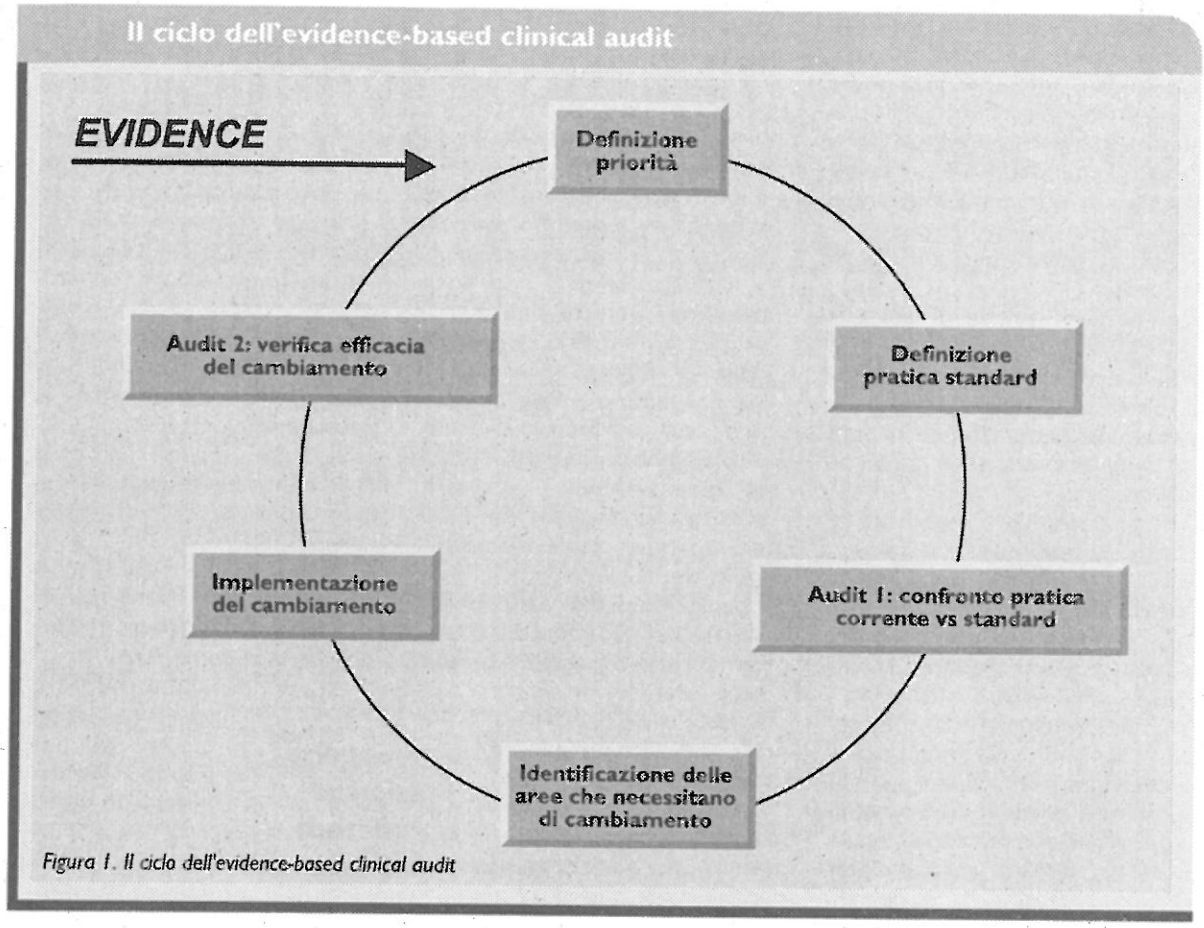

Figura 1. Il ciclo dell'evidence-based clinical audit

loro valutazione di qualità erano sovrapponibili alla revisione precedente.

Gli autori hanno incluso nella revisione sette studi che analizzavano vari problemi: trattamento dell'anemia, offerta di servizi preventivi (2 studi), management della ipercolesterolemia, esecuzione di pap-test, prescrizione di test diagnostici (2 studi).

Dall'analisi di quattro studi risulta che aggiungere all'audit & feedback altri interventi (come le consensus conference locali) non ha alcun effetto. Due studi su tre, che confrontano l'audit & feedback con i reminder, suggeriscono che questi sono più efficaci nel migliorare l'offerta di servizi preventivi.

Bibliografia

1. National library of medicine. PubMed. http://www.ncbi.nml.nih.gov/entrez/query.fcgi
2. National library of medicine. HealthStar. http://igm.nlm.nih.gov/
3. National institute for clinical excellence. *The Nice database.* http://www.nice.org.uk/niceweb/dbf-srch.asp
4. Naylor CD, Guyatt GH, for the evidence-based medicine working group. *Users' guide to biomedical literature. How to use an article about a clinical utilization review.* Jama 1996; 275:1435-9.
5. Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA, Haynes RB, Freemantle N, Harvey EL. *Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review).* The Cochrane Library, Issue 4, 2000. Oxford: update software.
6. Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA, Haynes RB, Freemantle N, Harvey EL. *Audit and feedback versus alternative strategies: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review).* In: The Cochrane Li-brary, Issue 4, 2000. Oxford: update software.

In conclusione, questa revisione sistematica non consente di raccomandare uno specifico intervento per migliorare l'efficacia degli interventi di audit & feedback. I reminder sono probabilmente più efficaci nel migliorare l'offerta di alcuni servizi preventivi, ma i risultati non sono così evidenti.

Le "parziali" prove di efficacia del clinical audit trovano in letteratura diverse interpretazioni.

- L'attività di clinical audit, è spesso "sganciata" dagli aspetti di programmazione e gestione del sistema.
- Il clinical audit è marginale rispetto ai temi della qualità professionale: infatti, si configura spesso come "discussione di casi", piuttosto che come verifica strutturata con feedback significativi sulla pratica clinica.
- Viene spesso realizzato in contesti monodisciplinari: a esempio, gli infermieri partecipano alle attività di audit in posizione subordinata rispetto ai clinici, oppure organizzano audit indipendenti.
- L'attività di audit viene spesso realizzata su campioni insufficienti e non consente di generalizzare i risultati.
- Infine, alcuni ricercatori hanno recentemente documentato, attraverso una revisione sistematica, le percezioni dei clinici sui benefici/svantaggi del clinical audit e sulle barriere e fattori facilitanti.

Secondo le conclusioni degli autori, il clinical audit aggiunge "valore" a qualunque programma di miglioramento della qualità dell'assistenza ma, oltre alla necessità di rientrare in una strategia globale e a essere adeguatamente pianificato, condotto e analizzato, è fondamentale tenere conto di quanto percepito dai clinici in merito alle barriere e ai fattori facilitanti.

Tirando le somme...

In conclusione di questo excursus possono essere sintetizzati alcuni punti riassuntivi da tenere presenti.

- Il clinical audit è uno strumento di verifica dell'appropriatezza, efficacia e qualità della performance clinica, il cui fine ultimo è migliorare il processo assistenziale attraverso cambiamenti della pratica professionale.
- Considerata la sua complessità e l'impegno di risorse necessario, il clinical audit deve essere valutato preliminarmente nei suoi effetti, accuratamente progettato, condotto e valutato.
- Un clinical audit sganciato da una politica per la qualità totale, oltre a collocarsi in un piano conflittuale rispetto agli approcci sistemici alla "gestione" della qualità, ha scarse possibilità di successo.
- L'attività di clinical audit non rappresenta l'unico strumento con cui i professionisti partecipano al governo clinico, inteso come processo di miglioramento complessivo della qualità delle prestazioni sanitarie. L'audit, infatti, riguarda particolari obiettivi di valutazione in presenza di standard (linee guida) definiti: appropriatezza di una prestazione/percorso assistenziale, di un risultato clinico, di un intervento/percorso rispetto a un bisogno.
- Il clinical audit, oltre a essere uno strumento utile per verificare l'aderenza alla "buona pratica clinica", riveste un elevato valore formativo:
  - educa all'autovalutazione;
  - facilita l'individuazione dei fattori che condizionano la buona pratica clinica;
  - stimola l'aggiornamento delle conoscenze e il miglioramento della pratica professionale;
  - obbliga all'uso della misurazione;
  - abitua all'interpretazione dei dati e al confronto.
- Considerato che la sua efficacia si sviluppa molto lentamente, in seguito a una graduale integrazione nell'attività clinica, richiede un supporto istituzionale rilevante che faccia del clinical audit un'attività non occasionale.
- L'oggetto di verifica deve riferirsi ad aspetti professionali sulla cui rilevanza sono d'accordo clinici e decisori.
- È bene evitare sia di definire criteri con deboli basi scientifiche, sia di raccogliere casistiche limitate che rendono impossibile la generalizzabilità dei risultati.
- Il setting più idoneo per organizzare attività di clinical audit è un contesto relativamente ampio: un'azienda sanitaria, una società scientifica.

Solo un apporto istituzionale che garantisca continuità di interventi permette di conseguire risultati di rilievo