

Articolo di metodo

L'Audit Clinico in Medicina Generale anche in Italia? Scenari e metodiBARUCHELLO M¹, GOTTARDI G¹.¹ Medico di Medicina Generale, Vicenza.**Abstract**

Il miglioramento della qualità nei sistemi sanitari pubblici è stato negli ultimi anni il *focus* delle attività di supporto di molti governi centrali. L'Audit Clinico è uno degli strumenti utilizzati diffusamente anche nell'ambito delle cure primarie, almeno nei Paesi ove queste hanno assunto una dimensione organizzativa complessa e carattere prevalentemente multiprofessionale. I principi dell'Audit Clinico sono gli stessi in tutte le branche della medicina ma il senso profondo della loro realizzazione è diverso a seconda della specialità medica che si sta esaminando, in particolare ci sono importanti differenze, legate e giustificate dalla peculiarità del *setting*, se esso è condotto nelle cure primarie.

Gli Autori hanno esaminato la letteratura sul tema ed hanno redatto alcune raccomandazioni che potranno guidare la correttezza metodologica che deve ispirare queste attività all'interno della formazione e della pratica professionale della medicina generale. Sono state poste in evidenza le difficoltà ad applicare i comuni metodi quantitativi dell'Audit Clinico ad un contesto in cui prevalgono dimensioni e variabili di tipo prevalentemente relazionale. Va precisato inoltre che il MMG, inoltre, si pone come interfaccia fra le cure primarie e le cure specialistiche, e quale modulatore della domanda sanitaria espressa dai cittadini. Tale area, considerata critica, è oggetto di attenzione particolare nel campo del miglioramento qualitativo, anche in considerazione dell'ampia variabilità esistente nell'utilizzo dei servizi sanitari di secondo livello.

Da ultimo gli Autori hanno fatto un *excursus* dei metodi da considerare assolutamente tipici della Medicina Generale, quali il *self-audit*, la revisione tra pari e l'analisi degli eventi critici, che hanno caratterizzato in senso cronologico le attività di revisione e miglioramento qualitativo della MG.

Parole chiave. Medicina generale (MG); Medico di medicina generale (abbreviazione MMG); Audit Clinico; Raccomandazione.

Non è raro che la sovrabbondanza di elaborazioni statistiche nasconda la pochezza delle idee che guidano i progetti di ricerca
Guardatevi dalla "metodolatria".

(J.R.Royce, 1975, citato in D. Bowers. Understanding Clinical Papers. 2001. J. Wiley & Sons.)

SCENARIO

"I disturbi (*illness*) sono comuni, le malattie serie (*disease*) non lo sono. I medici di medicina generale (MMG) lavorano con pazienti che hanno disturbi non severi, ma il timore di avere patologie gravi" [1]. Questa sintesi ben si presta per iniziare a definire lo scenario peculiare della Medicina Generale (MG), ove si ritrovano elementi di tipicità che vanno dichiarati all'inizio di queste raccomandazioni. Il complesso articolato del contesto specifico della MG è frutto di un dibattito iniziato nella metà degli anni '70 con il primo documento di consenso del Leeuwenhorst Group [2], delle importanti conclusioni delle ricerche qualitative avvenute nel decennio successivo, dei contributi di riflessione delle scuole di formazione specifica e dei neonati dipartimenti universitari della MG europea e anglosassone ed infine della riflessione conclusiva operata da Wonca nel 2002. Infatti la MG è una disciplina accademica e scientifica, con propri contenuti nel campo formativo specifico, di ricerca e con un'attività clinica EBM. Si realizza in un ambito clinico assistenziale organizzativo tipico, di primo contatto con il cittadino, allo scopo di migliorare, mantenere e recuperare la salute delle persone (assistenza sanitaria di primo livello).

Ogni studio di MMG rappresenta un *unicum* e riflette i bisogni della comunità locale da lui assistita [3]. È in particolare nella consultazione con il paziente che si concretizza la vera specificità della MG. La serie di incontri interpersonali, unici, irripetibili e che si ripetono con continuità, a volte anche per decenni, sono il *core* di questa disciplina. I contributi maggiori circa la definizione di

campo di attività, di risultanze relazionali e di analisi a posteriori o prospettiche del lavoro del MMG, vengono dalla ricerca qualitativa. Gli elementi centrali sunnominati trovano specifica dimensione proprio dalle risultanze di ricerche di tale tipo.

Per quanto riguarda la continuità del rapporto fiduciario, ad esempio, esistono dati che mettono in risalto l'apporto positivo di una connessione diretta fra paziente e singolo MMG, piuttosto che con la struttura ambulatoriale cui esso appartiene (*group practice*), per quanto riguarda importanti esiti in campo preventivo e di gestione di patologie croniche [4]. Nell'approccio di *problem solving* che utilizzano i MMG si realizza l'incontro, a volte problematico, fra la medicina centrata sulla patologia e quella centrata sul paziente. Il luogo (occasione) in cui si fondono le due tematiche è quello della negoziazione e della presa in carico (*advocacy*) condivisa fra MMG e paziente di problemi che spesso sono di difficile inquadramento sanitario e nosografico, legati come sono a tematiche che richiedono invece un approccio biopsicosociale. "La MG cui afferisce la maggior parte della domanda sanitaria in Italia e dove viene dato il 95% delle risposte a problemi clinici emergenti della popolazione è solitamente considerata un ambito in cui vengono trasferiti i risultati di ricerche prodotti in altri contesti. Tuttavia ciò che vale e serve in centri ad alta specializzazione ed ad alta intensità di ricerca o in altri Paesi con diverse realtà assistenziali, non sempre vale altrettanto, o non fornisce i medesimi risultati, o non è ugualmente praticabile nelle cure primarie (...) la MG deve essere uno degli ambiti in cui vengono prodotte conoscenze ori-

ginali a beneficio dei pazienti, delle persone e nell'interesse del SSN" [5].

Uno degli strumenti essenziali alla produzione di evidenze è la revisione delle pratiche cliniche assistenziali condotta secondo i principi del *Clinical Audit*.

Se i principi dell'Audit Clinico sono gli stessi in tutte le branche della medicina [6], il senso profondo della loro realizzazione è diverso a seconda della specialità medica che si sta esaminando, in particolare ci sono importanti differenze se l'audit clinico è condotto nelle cure primarie, legate e giustificate dalla peculiarità dello scenario di riferimento cui abbiamo dato cenno sopra.

Si può concordare con il principio generale che la natura della relazione MMG-paziente è strettamente correlata alla qualità erogata in MG [7]. È noto infatti che una scadente relazione medico-paziente si traduce in un inappropriato utilizzo degli esami di laboratorio, cattivo ricorso agli specialisti e ad un uso incongruo di farmaci [8]. Tuttavia esistono difficoltà ad applicare i comuni metodi quantitativi dell'Audit Clinico ad un contesto in cui prevalgono dimensioni e variabili di tipo prevalentemente relazionale. Molto problematico, nello specifico, appare riuscire a dimensionare i fenomeni qualitativi (variabili, elementi del processo di cura) a mezzo di indicatori misurabili, quando essi debbono riferirsi a:

- processi di presa in carico difficilmente scomponibili in singoli atti assistenziali;
- presenza di numerose e complesse comorbidità;
- individuazione del *frame* nell'approccio biopsicosociale;
- *interpersonal skills* (abilità relazionali interpersonali) degli operatori;
- aspettative del paziente ed *outcomes* legati ad esse;
- misurazione della centratura sui bisogni dei pazienti;
- grado di condivisione delle scelte operative fra MMG e paziente (coinvolgimento decisionale, *empowerment*);
- abilità a tollerare l'incertezza decisionale (abilità peculiare nel lavoro per scelte probabilistiche).

SISTEMI EFFICACI DI SUPPORTO ALL'AUDIT CLINICO IN MG

Il miglioramento della qualità nei sistemi sanitari pubblici è stato negli ultimi anni il *focus* delle attività di supporto di molti governi centrali. L'Audit Clinico è stato uno degli strumenti utilizzati diffusamente nell'ambito delle cure primarie e sin dall'inizio ci si è posti il problema della sua valutazione, prassi questa da ritenersi eticamente prioritaria [9].

I principi che hanno guidato la messa in pratica di tale approccio migliorativo sono stati due: la sistematicità delle iniziative e la solidità delle basi scientifiche, quelle dell'EBM.

A tale proposito la cronistoria dell'esperienza del Regno Unito è spesso portata a modello.

In tale nazione, a partire dal 1997, sono state utilizzate diverse metodiche per cercare di apportare significative modifiche agli esiti dell'assistenza. Per prima fu introdotta la *Clinical Governance*, un sistema a supporto della capacità (qui intesa dei *Primary Care Groups*) di produrre il miglioramento continuo della qualità dei servizi resi ai cittadini, salvaguardando elevati standard d'assistenza e creando un ambiente organizzativo orientato all'eccellenza [10-12].

Successivamente ha fatto la comparsa la creazione di alcune linee guida nazionali, comprendenti un *set* minimo di standard qualitativi, come nel caso di quelle per la gestione delle patologie cardiovascolari ischemiche, nel 2000, e del diabete, nel 2002 [13,14].

Un ulteriore contributo rilevante hanno fornito da un lato il *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) che ha pubblicato rigorose guide di pratica clinica, come nel caso del diabete, sin dal 2002 (www.nice.nhs.uk), e dall'altro i *primary care trusts* che hanno supportato diffusamente, con varie metodologie di miglioramento, la gestione di molte patologie croniche in MG [15].

Molte analisi sono state fatte circa la distanza esistente, rilevata nelle ricerche, tra la pratica clinica corrente e le raccoman-

dazioni provenienti da linee guida basate su prove di efficacia, e circa la variabilità dei processi assistenziali, non spiegati compiutamente dalle caratteristiche del *case mix* dei pazienti. Le molteplici possibilità di portare a cambiamenti dei comportamenti clinici degli MMG hanno attirato l'interesse delle agenzie nazionali che supportano il NHS. Dalle revisioni sistematiche condotte *ad hoc* è risultato che, in generale, sono gli interventi combinati, due o più, ad essere efficaci nel condurre al cambiamento migliorativo delle *performance* professionali, valutate relativamente ai criteri di qualità delle linee guida EBM, mentre singoli interventi possono risultare altrettanto efficaci quando l'aderenza alle raccomandazioni è molto bassa al *baseline* [16].

L'Audit Clinico sull'aderenza alle linee guida, se comprendente il *feedback* dei suoi risultati al singolo medico, si è mostrato capace di aumentare l'adesione ad esse, migliorando il profilo prescrittivo sia di test diagnostici sia nella terapia farmacologica, mentre poche ricerche sono state indirizzate agli interventi migliorativi la gestione dei sintomi dei pazienti affetti da cancro [17,18].

È del 2004, inoltre, la prima iniziativa di supporto facilitante la gestione delle patologie croniche, con incentivi inseriti nel contratto nazionale dei MMG inglesi [19,20].

A fianco di tali iniziative sono continuate le *survey* sulla qualità delle cure prestate in MG, al fine di monitorare i livelli assistenziali soprattutto nelle patologie croniche e l'impatto, in termini di salute, dei nuovi supporti economico organizzativi, che sin dall'inizio si è dimostrato positivo [21,22]. Ulteriori ricerche hanno però messo in rilievo che il sistema QOF ha ridotto le variazioni tra le performance professionali (*interpractice variation*), ma è ancora debole l'impatto sulle disuguaglianze fra MMG operanti in zone deprivate economicamente e zone ricche, anche se non appare questo l'obiettivo primario di tale sistema d'incentivazione [23].

Attuale, anche al di fuori del Regno Unito, è il dibattito circa il legame fra miglioramento della qualità e introduzione della *clinical governance*. In Australia con la pubblicazione della 4a edizione degli *Standards* del RACGP [24] si è convenuto che per raggiungere un diffuso grado di miglioramento qualitativo di sistema sono sette le aree critiche a supporto di una *clinical governance* efficace [25]:

- assicurazione di competenza clinica,
- *clinical audit*,
- coinvolgimento dei pazienti,
- formazione e addestramento,
- gestione del rischio clinico,
- uso appropriato della IT,
- *management* dei *team*.

SPECIFICITÀ METODOLOGICHE

Sembra ormai prevalere il principio guida che la buona gestione delle problematiche della salute vada condotta all'interno delle cure primarie, con un'interfaccia organizzata verso il secondo livello. È in questa direzione che si stanno spingendo i sistemi sanitari pubblici, con sempre maggiori investimenti di risorse nei confronti del territorio [26].

A ciò sta seguendo, insieme, una sempre maggiore complessità organizzativa delle stesse, tale da far apparire sempre più lontani i tempi di una professione liberale, quella della MG, solitaria e svincolata da quei connettori articolati gestionali, trasversali o gerarchici, con contrappunti multi professionali, e soggetta ai principi e dettami del management delle strutture complesse, che oggi appaiono irrinunciabili [27,28]. Allo stesso modo potremmo, parafrasando, trovare la stessa traccia evolutiva nei metodi dell'Audit Clinico. Rintracciamo in alcune tecniche di approccio valutativo comparativo, apparse sin dall'inizio funzionali all'assetto organizzativo e culturale della MG, tale sorta di evoluzione verso la complessità. Questa traiettoria potrebbe concretamente essere analizzata partendo dalla tecnica primaria di revisione della pratica professionale, costituita dal *Self-audit* [29,30].

Tale metodo individuale si è diffuso rapidamente come approc-

cio "spontaneo" alla revisione della pratica professionale, soprattutto a proposito delle scelte prescrittive e delle attività in campo preventivo, anche grazie alla messa a disposizione del primo documento formale sull'Audit in MG a cura del RCGP [31]. Ben presto se ne è sin da subito valutato l'impatto sulla stabilità dei miglioramenti nel tempo. Tale tecnica si è dimostrata utile soprattutto a far maturare nei professionisti le motivazioni allo spirito critico delle proprie pratiche professionali, piuttosto che un metodo certo di modifica delle stesse [32,33]. Grazie ad essa il singolo MMG si può rendere conto che il suo approccio valutativo spazia dal singolo paziente a *cluster* di popolazioni con problemi affini, e si orienta ad un approccio di valutazione per popolazioni *target*, di solito grazie alla costruzione di registri di patologia *ad hoc*. Secondariamente, proprio con tale metodo, può fare riflessioni sulla possibilità di modificare le proprie *performance*, giungendo a costruire ipotesi di confronto con altre realtà organizzate simili alla propria. Ulteriore spinta propositiva all'auto analisi è giunta negli ultimi tempi dalla messa a punto di strumenti informatici a supporto della revisione dei database elettronici dei *medical records* dei MMG, anche validati da società scientifiche dell'area professionale [34,35]. I *software* hanno aumentato a dismisura, almeno potenzialmente, il *baseline* per confronti, quantitativi, sulle pratiche professionali correnti. Tuttavia, anche se si dispone di raffinati strumenti, vanno prese con cautela le conclusioni analitiche sul giudizio di competenza [36]. Il metodo di revisione individuale indirizzato a influenzare il comportamento professionale, così come congeniato, ha mostrato molti limiti, spingendo a ricercare altre soluzioni [37]. È stato nel confronto con altri colleghi che si è concentrato il successivo interesse migliorativo.

Il secondo passo naturale è così quello della *Peer-review* [38]. Si tratta di gruppi di MMG (talora interdisciplinari con altri professionisti della salute che cooperano) costituiti su base volontaria e coinvolti in attività orientate alla valutazione volta al miglioramento continuo della qualità delle cure, utilizzando tecniche che non siano finalizzate solo alla formazione continua o al reciproco supporto psicologico, come nei "gruppi Balint", né alla valutazione da parte di esterni al proprio campo [39]. La loro filosofia di fondo è basata sulla capacità che hanno i gruppi di pari di influenzare reciprocamente i singoli [40]. La singola *performance* del MMG è la risultante di molti fattori, compresi nei vari domini della competenza professionale. Ricordiamo che sono state abitualmente oggetto di valutazione la conoscenza e le abilità di base, mentre poco è stato fatto per comprendere l'importanza degli aspetti relazionali, affettivi, riflessivi e integrativi della competenza, e tra questi dell'influenza dei *feedback* che giungono al medico. I risultati migliorativi sembrano persistere nel tempo soprattutto se il professionista percepisce il confronto fra pari come accurato, credibile e di immediata traducibilità pratica [41]. Tale approccio ha consentito di affrontare in gruppo e non più da soli le tematiche centrali della qualità dell'assistenza al paziente. Nelle discussioni tra pari sono aumentate la consapevolezza della necessità di coinvolgere tutti gli attori dei processi di cura, insieme alla novità costituita dai contributi forniti, nei gruppi interprofessionali, dalle figure che sono andate mano a mano ad affiancare i MMG nei loro studi. Tale allargamento di visione ha permesso di utilizzare punti di vista sino ad allora non esplorati: le interconnessioni con altri livelli organizzativi e il ruolo degli eventi critici come potente strumento di analisi della qualità erogata.

La tecnica del SEA (*significant event analysis*) è stata promossa anche nell'ambito della Medicina Generale, per aumentare la sicurezza dei pazienti attraverso una riflessione consapevole del *team* di cure primarie, su episodi di cura, registrati ed analizzati retrospettivamente, che si configurino come potenzialmente pericolosi per la salute dei pazienti [42]. Prevista dal contratto nazionale dei MMG inglesi e supportata *ad hoc* secondo modelli attuativi loco regionali, per lo più legati a progetti di *Clinical Governance*, essa è orientata a facilitare la gestione del rischio clinico in MG, condurre a pratiche riflessive di *team*, anche a fini formativi e a realizzare *report* sugli

incidenti clinici utili alla loro generalizzata analisi. Essa è stata mutuata dal mondo dell'assistenza sanitaria di secondo livello. In tale ambito è da considerare prassi comune, a differenza della MG, la presa in carico per singoli episodi di cura ed è da attendersi un tasso più elevato di criticità per la complessità intrinseca dei percorsi. La sua diffusione pratica è stata raccomandata dal *National Patient Safety Agency* (NPSA) [43]. Ciò è stato fatto nonostante ancora oggi si dibatta se esistano prove di efficacia consolidate circa la capacità del SEA di pilotare miglioramenti sistematici della qualità della sicurezza dell'assistenza e di indurre miglioramenti significativi nell'apprendimento dei singoli professionisti [44]. Va detto che particolarmente critica appare, in questo ambito, la possibilità di realizzare un sicuro miglioramento della pratica clinica nel singolo MMG. La riflessione sulla propria pratica professionale, relativa ad una situazione a volte imbarazzante è difficile da condividere con altri nei suoi aspetti problematici [45]. In una ricerca, supportata dal NHS *Education for Scotland*, si è dimostrato che il cambiamento migliorativo e l'apprendimento nei *team* di MMG coinvolti nella progettualità realizzata con la tecnica dei SEA, si realizzano concretamente. Sono tuttavia utili ulteriori ricerche per poter affermare con certezza che tale cambiamento è effettivamente stabile nel tempo [46]. Tale tecnica potrebbe trovare la giusta collocazione nell'ambito della MG italiana nelle neonate organizzazioni complesse (aggregazioni funzionali, medicina di gruppo integrate, UTAP, *Team* multiprofessionali). Mentre nel NHS esiste una strutturata organizzazione che supporta e facilita la realizzazione del SEA nei *team* (formazione *ad hoc*, uso dei *facilitator*, *report* anonimi centralizzati, legislazione a tutela degli operatori), nel nostro Paese a livello di medicina delle cure primarie non esiste ancora una sensibilità alla segnalazione di potenziali incidenti critici nei processi assistenziali, pur essendo iniziato un interessante dibattito sul *risk management* [47].

Raccomandazioni

Il *self-audit*, se condotto in modo sistematico e periodico, orienta il professionista alla revisione critica della propria competenza professionale, lo allena alla costruzione di modelli di valutazione relativa della qualità prestata ai propri pazienti e lo può sensibilizzare alla necessità di analisi migliorative più complesse [48].

Grado di qualità dell'evidenza: B

Forza della raccomandazione: 1

La *peer review* conduce un gruppo di pari ad analisi in profondità delle problematiche qualitative, influenzando reciprocamente i partecipanti al progetto di miglioramento. Essa richiede utilizzo esperto di metodi di facilitazione. Tale attività comparativa può portare a cambiamenti motivazionali stabili, consuetudine al lavoro di gruppo, riorientamento organizzativo, identificazione di nuove aree d'intervento.

Grado di qualità dell'evidenza: B

Forza della raccomandazione: 1

La tecnica del SEA (*significant event analysis*) costituisce un potente strumento per costruire gruppi collaborativi di MMG e altri operatori della salute impegnati in futuri progetti di *clinical governance*. Focalizza l'attenzione prioritariamente sulla centralità del paziente nel processo di cura.

Grado di qualità dell'evidenza: B

Forza della raccomandazione: 1

ANALISI "QUANTITATIVE"

Grande interesse si è andato sviluppando, negli ultimi anni, sull'utilizzo di revisioni della pratica clinica nei confronti di criteri di qualità provenienti da prove di efficacia. Tale approccio ha focalizzato l'interesse sulla *compliance* del MMG, qualora il tema oggetto di analisi fosse di tipo clinico, verso criteri espliciti provenienti da linee guida realizzate secondo i dettami dell'EBM [49]. Giova subito precisare che i criteri qualitativi delle *performance* assistenziali dovrebbero ri-

spondere a requisiti di attendibilità, validità ed accettabilità, mentre, tra le misure proposte per giungere a sintesi qualitative l'uso degli indicatori è uno tra i più accettati [50,51]. Al fine di realizzare un'immagine, possibilmente completa, della qualità delle cure e di rispondere a requisiti di buona costruzione, liste di indicatori di qualità costruiti da *panel* di esperti secondo prove solide di efficacia sono state proposte anche nell'ambito delle cure primarie [52]. A tale fase di costruzione sono seguite poi ricerche diffuse sul campo per poter realizzare analisi circa la variabilità inter operatori e confronti qualitativi, volti al miglioramento e alla modifica stabile dei comportamenti professionali [53]. Talora sono emerse basse *performance* in tali raffronti, mentre discrepanze rilevanti sono esperienza comune nei *report* finali di analisi qualitative in MG *versus* patologie croniche di rilevante impatto epidemiologico [54,55]. È utile qui rilevare come gli operatori direttamente coinvolti, MMG intervistati sulle cause possibili di scarsa aderenza ai criteri qualitativi proposti, emettano giudizi divergenti da quelli degli esperti. Gli operatori riferiscono di aver eseguito le prestazioni ritenute essenziali anche dai criteri, ma di non averle registrate, giudicando prioritario il tempo di assistenza e meno quello da dedicare alla registrazione del dato (soprattutto nel caso di abitudine al fumo, esercizio fisico, dieta e consigli sul peso dei pazienti). Pur concordando sulla validità generale di alcuni criteri, gli operatori intervistati giudicano quella specifica dell'assistenza non rilevante per quel determinato paziente (ad esempio nel caso dell'esercizio fisico o e livelli colesterolemici degli ultra ottantenni), in sintesi: meglio "a patient-centred care" rispetto a "a clinical guideline and protocol based care". Ciò sarebbe in linea con le affermazioni riguardanti la maggiore significatività percepita dal MMG se la qualità dell'assistenza è legata al singolo paziente. Verrebbero confermate, in qualche maniera, le carenze nelle metodologie, sin qui adottate, d'analisi delle barriere esistenti nell'applicazione delle prove di efficacia nel vissuto specifico organizzativo gestionale della medicina generale [56-58].

Sul solco del dibattito sull'aderenza pratica alle prove di efficacia in MG giova domandarsi se la variabilità degli esiti assistenziali sia sempre legato a variabilità inappropriata dei comportamenti e se i dati quantitativi siano sempre e comunque esaustivi della Qualità della assistenza prestata. O non piuttosto la risultante di una fenomenologia molto più complessa [59,60]? Va ricordato che i MMG gestiscono abitualmente pazienti che afferiscono ai loro studi presentando più di un problema cronico di salute contemporaneamente, in un caso su tre i pazienti sono portatori di almeno 3 problemi [61]. Mentre da un lato il MMG ha bisogno di informazioni su come gestire i problemi dei loro pazienti varie volte al giorno, da 3 a 4 volte per singolo caso, secondo alcuni [63], dall'altro non ci sono evidenze per tutte le problematiche [63]. Esistono stime attendibili circa l'impatto organizzativo che hanno i pazienti con multi-patologie croniche in MG: le 10 più importanti patologie croniche imporrebbero un carico lavorativo di oltre 800 ore anno per singolo MMG [64].

Compito precipuo delle linee guida è di essere guida nelle decisioni cliniche del clinico per garantire al paziente la migliore assistenza possibile, di ciò si deve tenere conto ai fini del miglioramento qualitativo [65]. Esse sono, tuttavia, costruite nella stragrande maggioranza dei casi per singola patologia ed è esperienza comune che possano, nel singolo paziente, andare talora in contrasto una con l'altra, delegittimando il loro ruolo guida [66]. Strumenti *ad hoc* per ovviare a tale fattore moltiplicativo della complessità assistenziale appaiono essere necessari, anche nell'ambito dell'Audit Clinico, ed essi si sono mostrati promettenti, soprattutto per svelare le inadeguatezze verso i livelli assistenziali qualitativi in campo preventivo [67].

Raccomandazione

L'Audit Clinico in MG deve prevedere l'analisi valutativa comparativa della pratica professionale verso una lista di indicatori – criteri e standard che rappresentino gli elementi essenziali della qualità della assistenza così come definita da tutti gli *stakeholders*.

Grado di qualità dell'evidenza: B

Forza della raccomandazione: 1

INTERFACCIA CURE PRIMARIE-CURE SPECIALISTICHE

Il MMG si pone, nei sistemi sanitari pubblici a più alto livello qualitativo, come interfaccia fra le cure primarie e le cure specialistiche, e quale modulatore della domanda sanitaria espressa dai cittadini [68]. Tale area, considerata critica, è oggetto di attenzione particolare nel campo del miglioramento, anche in considerazione dell'ampia variabilità esistente nell'utilizzo dei servizi sanitari di secondo livello. È noto che esistono disuguaglianze nell'accesso ai sistemi sanitari pubblici, in particolare in merito all'accessibilità di anziani (> 74 anni), svantaggiati sociali e donne, ai servizi specialistici di secondo livello [69,70].

Molte ricerche hanno cercato di correlare i tassi di invio allo specialista nella MG con le variabili legate alle condizioni cliniche del paziente, alle caratteristiche del MMG o della sua organizzazione pratica, alla presenza o meno di linee guida EBM sulla patologia, alla presenza di comorbidità o alle preferenze dei pazienti [71,72]. È probabile, invece, che anziché indirizzare Audit Clinici in tale direzione sia preferibile analizzare le relazioni tra età, sesso, condizioni economiche dei pazienti e variazione inappropriata di tasso di invio allo specialista [69]. Le ricerche hanno evidenziato, soprattutto, che è difficile estrarre dati attendibili dalle cartelle circa la severità isocondizione (relativa al *grading* dei casi) e inoltre raramente si trovano informazioni circa le esperienze soggettive dei pazienti e le preferenze per i diversi *setting* di cura [73]. Molto probabilmente in tale ambito un decisivo passo viene effettuato garantendo livelli di cura "integrati", concetto questo che comprende, dal punto di vista logico, anche i termini di accessibilità, coordinamento, continuità (con l'obiettivo di "assicurare alla persona con problemi di ricevere la giusta cura dal giusto operatore nel momento appropriato") [74-76].

La partecipazione di gruppi di MMG alla ideazione, pianificazione, conduzione e valutazione di Audit Clinici in questo contesto non appare più un semplice auspicio, ma una necessità [77]. È verosimile che, pur tra i molti ostacoli potenziali che si frappongono alla realizzazione di buone pratiche migliorative [78], i progetti multi professionali con *focus* su tematiche organizzative locali, ancorate a solide basi EBM e supportate da personale facilitante addestrato agli Audit Clinici, e condotte secondo specifiche efficaci [79], possano essere una delle chiavi di volta della *Clinical Governance* della MG.

Raccomandazione

Audit clinici coinvolgenti specialisti delle cure secondarie di riferimento (*referral*) e con la partecipazione attiva di gruppi collaborativi locali di MMG possono condurre a miglioramenti dell'appropriatezza d'invio a consulenza dei pazienti, solo se prevedano interventi strutturati formativi e la condivisione paritetica sui dati del fenomeno oggetto dell'analisi.

Grado di qualità dell'evidenza: A

Forza della raccomandazione: 1

CLINICAL AUDIT E IT

È consuetudine considerare l'uso dei sistemi computerizzati di gestione dei dati clinici in medicina come necessari per garantire più alti livelli di qualità delle cure, soprattutto per la maggiore accessibilità, l'accuratezza e la completezza dei dati clinici rispetto al sistema cartaceo. Ciò è avvenuto anche nella medicina generale [80]. L'uso di *software* dedicati alla gestione dello studio dei MMG si è andato incrementando negli ultimi 15 anni, anche spinto da supporti facilitanti a cura del SSN, sino a divenire obbligatorio secondo i dettami dell'ultimo ACN [81]. È inoltre grande l'interesse circa le informazioni sanitarie che mostrano i politici, gli economisti, le professioni e gli stessi consumatori dei servizi sanitari [82].

In contrasto a ciò va detto che esistono poche evidenze circa gli effetti positivi dell'uso dell'informatizzazione negli studi di medicina generale in termini di *outcome* per i pazienti [83], mentre vi sarebbero prove di efficacia relativamente a miglioramenti individuali dei livelli qualitativi d'assistenza [84].

È stato anche grazie alla disponibilità di tali fonti informative che si sono cominciate a realizzare sistematiche rilevazioni sulle performance qualitative dei MMG, confidando soprattutto sull'accessibilità dei dati [85]. Molte analisi sono state fatte circa la variabilità interoperatori su condizioni traccianti scelte come bersaglio per azioni di miglioramento, soprattutto per far emergere variabili causali di fondo dei comportamenti professionali [86,87].

Tale variabilità appare ridotta significativamente, sino a farsi non rilevante, laddove i dati clinici siano registrati con modalità rigorose [88]. È riconosciuto che tra i fattori favorevoli al successo delle iniziative di Audit Clinico vi siano un'efficace formazione e la tenuta di moderni sistemi di registrazione clinica dei dati (*medical records*) [89]. Audit Clinici, realizzati in due *round*, condotti con il supporto di un'agenzia nazionale per la qualità dell'assistenza, *versus* 13 criteri di qualità della tenuta delle cartelle cliniche, hanno potuto ottenere miglioramenti qualitativi significativi [90].

Esistono dati positivi circa l'efficacia di *reminder* elettronici nel modificare positivamente la gestione dei pazienti diabetici da parte di MMG [91], e nel caso della gestione delle patologie vascolari e prevenzione dello *stroke* [92]. Tale analisi è stata eseguita utilizzando la misurazione comparativa di un *set* di indicatori, in parte già validati [93]. Alcuni autori segnalano problematiche non ancora risolte circa la metodologia d'indagine, in particolare a causa della variabilità interoperatori sui diversi livelli di utilizzo dei *software* dedicati da parte dei singoli MMG, da quello di base, per lo più gestionale amministrativo, a quello evoluto, con funzionalità facilitanti da parte del supporto informatico [94].

Va considerata una priorità nei futuri programmi di IT dei sistemi sanitari la possibilità di codificare, ai fini informativi, le note in linguaggio naturale (*free text*) che sono peculiari dei MMG quando raccolgono dati narrativi dai racconti (storie) dei loro pazienti. Ciò potrebbe determinare un sicuro miglioramento di codifica clinica dei dati specifici che provengono dalla MG [95].

Raccomandazioni

L'utilizzo di sistemi computerizzati di gestione dei dati clinici che prevedano l'uso routinario di *software* esperti (*electronic clinical decision support tools*) è associato ad un miglioramento dei livelli qualitativi dell'assistenza.

Grado di qualità dell'evidenza: A
Forza della raccomandazione: 1

Quando si intende realizzare un Audit Clinico volto a ridurre la variabilità interoperatori del tasso di invio allo specialista, occorre prevedere di standardizzare i livelli qualitativi di registrazione dei dati da parte dei singoli MMG (per cluster omogenei di livello di completezza d'uso del *software*).

Grado di qualità dell'evidenza: A
Forza della raccomandazione: 1

CONCLUSIONI

È probabile che una semplice traduzione dei principi generali del *Clinical Audit* richieda delle cautele. Appare difficile, in particolare, utilizzare l'approccio quantitativo alla valutazione di dimensioni prevalentemente relazionali. È di fatto impossibile, oltre che inutile, valutare tutte le funzioni della pratica della MG. Esiste una complessa relazione tra le varie componenti di struttura, processo ed esito dell'assistenza prestata nelle cure primarie, ove prevalgono processi continuativi e multidimensionali *versus* singoli episodi di cura. Inglobare l'Audit nella pratica corrente dei MMG non è solo un auspicio, ma una necessità, vista l'inefficacia di attività

valutative episodiche non supportate da un disegno organico di sistema orientato alla qualità a livello generale. Anche nella MG l'Audit Clinico non può che essere un processo continuativo, incardinato nella professione quotidiana. Molteplici dovrebbero essere gli approcci da applicare se il focus delle attività è quello del miglioramento stabile delle prestazioni erogate al paziente [96,97].

È probabile che, grazie al superamento di alcune barriere, si possa realizzare una MG di elevata qualità anche nel nostro Paese. Tra le molte che sono individuate in letteratura [98], a nostro giudizio, le principali sono le seguenti:

- carico burocratico e informativo eccessivi;
- basso livello motivazionale professionale da elevato *burn out*;
- scarsa omogeneità nella gestione dei dati e nell'utilizzo dell'IT, per *background* formativo non omogeneo fra i professionisti;
- basso status del MMG all'interno del SSN e scadenti rapporti interprofessionali;
- domanda sanitaria inappropriata ed *overbooking* dell'agenda quotidiana;
- non ancora sufficiente applicazione pratica delle prove di EBM.

BIBLIOGRAFIA

01. Olesen F, Fleming D. Patient registration and controlled access to secondary care. *European Journal of General Practice* 1998 June;4:8183.
02. The Leeuwenhorst Group. The General Practitioner in Europe. Leeuwenhorst: Statement from the Second European Conference of the Teaching of General Practice; 1974.
03. The Royal New Zealand College of General Practitioners. General Practice and Primary Care. Wellington, NZ: RNZCGP; 1994.
04. Atlas SJ et al. Patient-Physician Connectedness and Quality of Primary Care. *Ann Intern Med* 2009 March 3;150(5):325-35.
05. "<http://www.assimefac.it/Assimefac/Public/file/articoli/Documento%20conclusivo%20Wonca-2006.pdf>". (accesso 11/5/2011).
06. HMSO. The quality of medical care. Report of the standing medical advisory committee. Joint Centre for Education in Medicine. London: HMSO; 1990.
07. McWhinney IA. Textbook of family medicine. New York: Oxford University Press; 1989.
08. Stewart M. The impact of patient-centred care on patients outcomes in family practice centre for studies in family medicine. London, Ontario: University of Western Ontario; 1992.
09. Robinson MB. Evaluation of medical audit. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 1994;48:435-40.
10. Royal College of General Practitioners (UK). Clinical governance: practical advice for primary care in England and Wales. London: Royal College of General Practitioners; 1999.
11. Buetow S, Roland M. Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to improving quality of care. *Qual Health Care* 1999;8:184-90.
12. Campbell SM, Sweeney GM. The role of clinical governance as a strategy for quality improvement in primary care. *Br J Gen Pract* 2002;52(suppl):S12-7.
13. Department of Health. A national service framework for coronary heart disease. London: Stationery Office; 2000.
14. Department of Health. A national service framework for diabetes. London: Stationery Office; 2001.
15. Dowling B, Glendinning C, eds. The new primary care: modern, dependable, successful? London: Open University Press; 2003:101-22.
16. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, Thomsom MA, Oxman A. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Apr 19;(2):CD000259.
17. Brown E. Guidelines for antibiotic usage in hospitals. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy* 2002;49:587-92.
18. Dulko D. Audit and Feedback as a Clinical Practice Guideline

- Implementation Strategy: A Model for Acute Care Nurse Practitioners. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2007;4(4):200-9.
19. Roland MO. Linking physicians' pay to the quality of care: a major experiment in the United Kingdom. *N Engl J Med* 2004;351:1448-54.
 20. Campbell SM, Hann M, Hacker J, Burns C, Oliver D, Thapar A, et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice: an observational study. *BMJ* 2001;323:784-7.
 21. Kirk SA, Campbell SM, Kennell-Webb S, Reeves D, Roland MO, Marshall MN. Assessing the quality of care of multiple conditions in general practice: practical and methodological problems. *Qual Saf Health Care* 2003;12:421-7.
 22. Campbell SM, Roland MO, Middleton E, Reeves D. Improvements in quality of clinical care in English general practice 1998-2003: longitudinal observational study. *BMJ* 2005 Nov 12;331(7525):1121.
 23. Dixon A. A review of the public health impact of the Quality and Outcomes Framework. *Quality in Primary Care* 2010;18:133-8.
 24. RACGP. Standards for General Practices: 4th Edition. 2010 October [ultima consultazione: 11 maggio 2011]. Disponibile su: "<http://www.racgp.org.au/standards>".
 25. Phillips C, Hall S, Pearce C, et al. Improving quality through clinical governance in primary healthcare. Canberra: Australian Primary Healthcare Research Institute; 2010.
 26. Miller P, Craig N, Scott A, Walker A, Hanlon P. Measuring progress towards a primary care-led NHS. *Br J Gen Pract* 1999;49:541-5.
 27. Caimi V, Tombesi M. I contenuti della formazione in Medicina Generale. in: *Insegnare la Medicina Generale a cura di Patierno M*. Milano: Franco Angeli; 2007: 85-117.
 28. Meads G. The organisation of primary care in Europe: Part 2 Agenda – position paper of the European Forum for Primary Care. *Quality in Primary Care* 2009;17:225-34.
 29. Patterson JS. How many drugs do I use? *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1972;22:191-4.
 30. Sheldon MG. Self-audit of prescribing habits and clinical care in general practice. *Journal of the Royal College of General Practitioners* 1979;29:703-19.
 31. Sheldon M.G. Medical Audit in General Practice. London: Occasional Paper 20. Royal College of General Practitioners; 1982.
 32. Walters VH, Kelly J, Lunn JE. Attitudes to Audit. *Journal of Royal College of General Practitioners* 1978;28:525-30.
 33. Fleming DM, Lawrence M. Impact of Audit on preventing measures. *BMJ*. 1983; 287:1852-4.
 34. Giustini S, Medea G, Brignoli O, Cricelli C, Cricelli I. Nuovi strumenti professionali per il self-audit, il governo clinico e la "ricreazione" della Medicina Generale: il MilleGPG e il SISSI. *Rivista della Società Italiana di Medicina Generale* 2010;1:7-9.
 35. Gruppo di Lavoro SIQuAS sull'Audit Clinico. Raccomandazioni sull'Audit Clinico: Netaudit e audit clinico. [Online]. SIQuAS-VRQ [ultima consultazione 15 mag 2011]; disponibile su: "<http://www.siquas.it>".
 36. Davis DA, Mazmanian PE, Fordis M, Van Harrison R, Thorpe KE, Perrier L. Accuracy of Physician Self-assessment compared with observed measures of Competence. A systematic review. *JAMA* 2006 Sep 6;296(9):1094-102.
 37. Horder J, Bosanquet N, Stocking B. Ways of influencing the behaviour of general practitioners. *J R Coll Gen Pract* 1986 Nov;36(292):517-21.
 38. Ryan MP, Buchan IC, Buckley EG. Medical audit-a preliminary report from general practice. *J R Coll Gen Pract* 1979 Dec;29(209):719-22.
 39. Grol R, Lawrence M. Quality improvement by peer review. Oxford: Oxford University Press; 1995.
 40. Beyer M, Gerlach FM, Flies U, Grol R, Król Z, Munck A, et al. The development of quality circle/peer review group as method of quality improvement in Europe. *Fam Pract* 2003 Aug;20(4):443-51.
 41. Norcini JJ. Peer assessment of competence. *Medical Education* 2003;37:539-43.
 42. Pringle M, Bradley CP, Carmichael CM, Wallis H, Moore A. Significant event auditing. A study of feasibility and potential of case-based auditing in primary medical care. *Occas Pap R Coll Gen Pract* 1995;(70):i-viii, 1-71.
 43. The National Patient Safety Agency. Seven steps to patient safety for primary care. London: NPSA; 2005.
 44. Bowie P, Pope L, Lough M. Review of the current evidence base for significant event analysis. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2008;14:520-36.
 45. World Health Organization. WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems. In *World Alliance For Patient Safety Geneva*. Switzerland: WHO; 2005:8-9.
 46. McKay J, Bradley N, Lough M, Bowie P. A review of significant events analysed in general practice: implications for the quality and safety of patient care. *BMC Family Practice* 2009;10:61.
 47. Westberg J, Jason H.. Fostering learner's reflection and self-assessment. *Fam. Med.* 1994;26:278-82.
 48. Westcott R, Sweeney G, Stead J. Significant event audit in practice: a preliminary study. *Fam Pract* 2000;17(2):173-9.
 49. Fraser RC, Khunti K, Baker R, Lakhani M. Effective audit in general practice: a method for systematically developing audit protocols containing evidence based review criteria. *Br J Gen Pract* 1997;47(424):743-6.
 50. Howie JGR, Heaney DJ, Maxwell M. Measuring quality in general practice. *Occas Pap R Coll Gen Pract* 1997; (75): i-xii, 1-32.
 51. Anderson BG, Noyce JA. Clinical indicators and their role in quality management. *Aust Clin Rev* 1992;12:15-21.
 52. Campbell SM, Hann M, Hacker J, Durie A, Thapar A, Roland MO. Quality assessment for three common conditions in primary care: validity and reliability of review criteria developed by expert panels for angina, asthma and type 2 diabetes. *Qual Saf Health Care* 2002;11:125-30.
 53. Grimshaw JM, Eccles MP, Walker AE, Thomas RE. Changing physician's behavior: what works and thoughts on getting more things to work. *J Contin Educ Health Prof* 2002;22(4):237-43.
 54. Nielen MM, Schellevis FG, Verheij RA. Inter-practice variation in diagnosing hypertension and diabetes mellitus: a cross-sectional study in general practice *BMC Fam Pract* 2009;10:6.
 55. Lipman T., Price D. Decision making, evidence, audit, and education: case study of antibiotic prescribing in general practice *BMJ* 2000;320;1114-7.
 56. Giroto S, Vaona A. Qualità nella gestione del paziente diabetico. *Metodologia VeDiCiS per l'analisi delle barriere*. Professione e Clinical Governance 2010;6:37-44.
 57. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999;282(15):1458-65.
 58. Lugtenberg M, Zegers-van Schaick JM, Westert GP, Burgers JS. Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice? An analysis of barriers among Dutch general practitioners. *Implementation. Implement Sci.* 2009;4:54.
 59. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002;287:226-35.
 60. Campbell SM, Roland MO, Buetow S. Defining quality of care. *Soc Sci Med* 2000;51:1611-25.
 61. Beasley JW, Hankey TH, Erickson R, Stange KC, Mundt M, Elliott M, et al. How many problems do family physicians manage at each encounter? A WReN study. *Ann Fam Med* 2004;2(5):405-10.
 62. Smith R. What clinical informations do doctors need? *BMJ* 1996;313:1062-8
 63. Baker R. Evidence Based audit in general practice. Oxford:

- Butterwort Heinemann Ed; 1998.
64. Østbye T, Yarnall KS, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann Fam Med* 2005;3(3):209-14.
 65. Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA* 2005;294(6):716-24.
 66. Fortin M, Dionne J, Pinho G, Gignac J, Almirall J, Lapointe L. Randomized controlled trials: do they have external validity for patients with multiple comorbidities? *Ann Fam Med*. 2006;4(2):104-8.
 67. Kahn LS, Fox CH, Olawaiye A, Servoss TJ, McLean-Plunkett E. Facilitating Quality Improvement in Physician Management of Comorbid Chronic Disease in an Urban Minority Practice. *J Natl Med Assoc* 2007;99(4):377-83.
 68. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994;344:1129-33.
 69. Dixon A, Le Grand J, Henderson J, Murray R, Poteliakhoff E. Is the British National Health Service equitable? The evidence on socioeconomic differences in utilization. *J Health Serv Res Policy* 2007;12:104-9.
 70. McBride D, Hardoon S, Walters K, Gilmour S, Raine R. Explaining variation in referral from primary to secondary care: cohort study. *BMJ* 2010;341:c6267.
 71. O'Donnell CA. Variation in GP referral rates: what can we learn from the literature? *Fam Pract* 2000;17:462-71.
 72. Parker C, Hippisley-Cox J, Coupland C, Vinogradova Y. Rectal and postmenopausal bleeding: consultation and referral of patients with and without severe mental health problems. *Br J Gen Pract* 2007;57:371-6.
 73. Coulter A. Managing demand: managing demand at the interface between primary and secondary care. *BMJ* 1998;316:1974.
 74. Povar G. Primary care: questions raised by a definition. *The Journal of Family Practice* 1996;42(2):124-8.
 75. Ovreteit J. Integrated care-development issues from an international perspective: integrated care: models and issues. *Healthcare Review-Online* 1998 Mar;2(5).
 76. Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N, Porteous M. Integrated care pathways. *BMJ* 1998;316:133-7.
 77. Panella M, Marchisio S, Di Stanislao F. Reducing clinical variations with clinical pathways: do pathways work? *Int J Qual Health Care* Dec 2003;15:509-21.
 78. Johnston G, Crombie IK, Davies HT, Alder EM, Millard A. Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit. *Qual Health Care*. 2000;9(1):23-36.
 79. Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi MA, Grimshaw J, Winkens R, Glidewell E, et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Oct 8;(4):CD005471.
 80. Garrido T, Jamieson L, Zhou Y, Wiesenthal A, Liang L. Effect of electronic health records in ambulatory care: retrospective, serial, cross sectional study. *BMJ* 2005;330:581.
 81. A.C.N. della Medicina Generale dell'8/7/2010. [Online]. SISAC [ultima consultazione 26 apr 2011]; disponibile su: "<http://www.sisac.it>".
 82. Pont LG, Denig P, van der Molen T, van der Veen WJ, Haaijer-Ruskamp FM. Validity of performance indicators for assessing prescribing quality: the case of asthma. *European Journal of Clinical Pharmacology* 2004;59:833-40.
 83. Mitchell E, Sullivan F. A descriptive feast but an evaluative famine: systematic review of published articles on primary care computing during 1980-1997. *BMJ* 2001;322:279-82.
 84. Teich JM, Merchia PR, Schmiz JL, Kuperman GJ, Spurr CD, Bates DW. Effects of computerized physician order entry on prescribing practices. *Archives of Internal Medicine* 2000;60:2741-7.
 85. Verheij R, Zee J van der. Collecting information in general practice: 'just by pressing a single button'? In: Westert GP, Jaabaaij L, Schellevis FG. Morbidity, performance and quality in primary care. Dutch general practice on stage Oxon (UK) Oxford: Radcliffe Publishing Ltd; 2006:265-72.
 86. Nielen MMJ. Inter-practice variation in diagnosing hypertension and diabetes mellitus: a cross-sectional study in general practice. *BMC Fam Pract*. 2009 Jan 21;10:6.
 87. Parker C, Hippisley-Cox J, Coupland C, Vinogradova Y. Rectal and postmenopausal bleeding: consultation and referral of patients with and without severe mental health problems. *Br J Gen Pract* 2007;57:371-6.
 88. O'Donnell CA. Variation in GP referral rates: what can we learn from the literature? *Fam Pract* 2000;17:462-71.
 89. Johnston G, Crombie IK, Davies HT, Alder EM, Millard A. Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit. *Quality in Health Care* 2000;9:23-36.
 90. Bami J, Doumenc M. Improving general practitioner records in France by a two-round medical audit. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*; 8(2):175-81.
 91. Bennett JW, Glasziou PP. Computerized reminders and feedback in medication management: a systematic review of randomized controlled trials. *Medical Journal of Australia* 2003;178:217-22.
 92. Ornstein S, Jenkins RG, Nietert PJ, Feifer C, Roylance LF, Nemeth L, et al. A Multimethod Quality Improvement Intervention To Improve Preventive Cardiovascular Care. A Cluster Randomized Trial *Ann Int Med* 2004; 141(7):523-32.
 93. Miller G, Britt H, Pan Y, Knox S. Relationship between general practitioner certification and characteristics of care. *Medical Care* 2004;42:770-8.
 94. Henderson J, Miller G, Britt H, Pan Y. Effect of computerization on Australian general practice: does it improve the quality of care? *Quality in Primary Care* 2010;18:33-47.
 95. Majeed A, Car J, Sheikh A. Accuracy and completeness of electronic patient records in Primary Care Family Practice 2008;25(4):213-4.
 96. Alles V. Strumenti e metodi per il miglioramento della qualità in Medicina Generale. Ed. It. a cura di Campanini A, Gottardi GB, Lemetre G. Torino: CSE; 2000.
 97. O'Riordan M, Seuntjens L, Grol R. EQUIP 2004. Improving patient care in primary care in Europe. EQUIP; 2004.
 98. The Royal New Zealand College of General Practitioners. Aiming for Excellence. Review of third edition, 2009.

Clinical Audit in General Practice also in Italy? Scenarios and methods

Quality improvement in public health systems in recent years has been the focus of activities of many central governments. The Clinical Audit is a tool widely used even in primary care, at least in countries where they have taken on a complex organizational and multi-professional attitude. The principles of Clinical Audit are the same in all branches of medicine, but the deep meaning of their implementation is different depending on the medical specialty that is being considered. In particular, there are important differences, related and justified by the peculiarities of the setting, if it is conducted in primary care.

The Authors reviewed the literature on the subject and drew up recommendations that will guide the correct approach that should inspire these activities within the training and professional practice of general medicine. They have highlighted the difficulties in applying the common quantitative methods Clinical Audit in a context in which prevailing size and type variables are primarily relational. It should be noted that the GP also acts as the interface between primary care and specialist care, and as a moderator of the health demand expressed by the citizens. This area, considered critical, is the subject of particular attention in the field of quality improvement, even given the widespread variability in the use of existing health services.

Finally, the Authors have done an overview of the methods to be considered absolutely typical of MG, such as self-audit, peer review and analysis of critical events that have characterized the activities in chronological order of revision and qualitative improvement of MG.

Keywords. General Practice (MG); General practitioners (MMG); Clinical audit; Recommendation.