



Emissione:
03/06/2010

SIQuAS-VRQ

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

Pagina
1 di 11

Raccomandazioni sull'Audit Clinico. Netaudit e audit clinico

Del Zotti F, Brizio E, Baruchello M ^a.

Questo documento deve essere citato come: Del Zotti F, Brizio E, Baruchello M. Raccomandazioni sull'Audit Clinico: Netaudit e Audit Clinico. SIQuAS-VRQ, Milano, 2010.

Il documento è stato rivisto da Daniela Ranocchia e Ulrich Wienand ed approvato dal Gruppo di Lavoro SIQuAS-VRQ sull'Audit Clinico in data 23 Maggio 2010.

Prima pubblicazione online: 03.06.2010 su www.siquas.it

La storia di Netaudit

Netaudit è un network di medici di medicina generale italiani, fondato nel Febbraio 2001, i quali si sono posti in termini concreti la necessità di apprendere ed uniformare tramite un gruppo telematico gli strumenti e le strategie di audit e ricerca nel campo professionale della medicina generale.

In realtà Netaudit partiva già da un background culturale precedente. La rivista bilingue italiano-inglese "QQ - La Qualità e le Qualità in Medicina Generale"^b, nata nel 1996 nel Veneto all'interno di un circuito culturale di soci della Società Italiana di VRQ (1), aveva già stimolato ricerche e audit "artigianali". In quei tentativi i protagonisti erano consapevoli di alcuni limiti relativi alla disomogeneità degli strumenti usati per la raccolta dei dati: strumenti cartacei spesso con molte omissioni, semplici testi di e-mail non formattati, file di bassa qualità trasmessi come allegati ora in formato Word, ora in Excel. L'esperienza passata contribuì a far capire l'importanza di rendere omogenei i metodi di raccolta dei dati nella cartella computerizzata e di usare software di buona qualità, *free-ware* (cioè gratuiti), per le maschere di introduzione dei risultati e per l'analisi statistica finale.

I partecipanti

Netaudit è una aggregazione volontaria di medici di famiglia in rete, non sostenuta da nessun finanziamento esterno, che organizza periodicamente progetti di audit clinico su argomenti attinenti la pratica medica quotidiana. Gli scambi di dati tra i partecipanti vengono realizzati mediante liste telematiche. Netaudit non è né un'associazione formale, né un sindacato, ma una "comunità di pratica". Non vi è quindi vincolo di appartenenza a specifiche società scientifiche o di utilizzo di uno specifico software. Al 30 novembre 2009, Netaudit comprende circa 150 iscritti e 35 coordinatori di gruppo, distribuiti su tutto il territorio nazionale. Si avvale, qualora necessario, della collaborazione di esperti esterni quali epidemiologi, sociologi, clinici ospedalieri o universitari. Il numero dei membri di Netaudit permette di raccogliere dati di rilevanza statistica, senza gravare troppo sull'impegno temporale del singolo medico di famiglia.

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

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



Si ringrazia GlaxoSmithKline Italia SpA per il contributo prestato. GlaxoSmithKline

L'uso intensivo dei software per le cartelle computerizzate

Dal momento che il setting di partecipazione è volontario, sin dal varo dell'esperienza si è deciso di ridurre a zero i costi diretti per i partecipanti. In effetti ad ogni partecipante è chiesto solo di usare al meglio il software con il quale gestisce le proprie cartelle computerizzate. Gli aderenti possono partecipare purché dichiarino di possedere un software in grado di estrarre dati dall'archivio; in particolare si chiede ai membri di adoperare cartelle computerizzate dotate della possibilità di semplici interrogazioni statistiche. Occorre avere almeno 400 pazienti in carico, di cui almeno il 70% gestito con cartella computerizzata. La cartella deve avere buone codifiche di problemi, procedure e prescrizioni. I più evoluti software offrono la possibilità di estrazioni di dati, avendo tra le utility una finestra di interrogazione del database con semplici frasi in linguaggio SQL. È la universalità di SQL che permette a Netaudit di lavorare su propri dati per valutarli e modificare eventualmente il proprio modo di operare, e di arrivare alla formulazione di indicatori sanitari per esprimere una autonoma rappresentazione della attività senza competizione con altre forme di ricerca (2).

Non vi è alcuna trasmissione automatica delle informazioni dalle cartelle; i dati sono resi anonimi e trasferiti su un'unica base dati per tutti i medici partecipanti all'audit, creata per mezzo dei due software gratuiti *Epidata* ed *Epiinfo*. L'attenzione agli aspetti etici relativi al trattamento dei dati sensibili e sanitari è stata presente sin dai primi lavori.

I software Epidata e Epi-info

Un modo per tenere fede all'imperativo "qualità a costo zero" è stato quello di dotare tutti gli aderenti dello stesso software per le maschere del *data-entry*: il referenziato *Epidata*^c, e di stimolare tutti ad usare per l'analisi dei dati il software *Epiinfo*^d, del CDC di Atlanta, con il sostegno di "Epi-Info Italia", il cui responsabile^e ha presentato ufficialmente il sistema Netaudit ad Atlanta nel settembre 2004.

Fasi di lavoro e articolazione organizzativa

Ogni Netaudit parte da un "concorso per idee" che viene lanciato trimestralmente in rete. Ogni medico aderente può proporre la sua idea (3), che verrà sottoposta dapprima al vaglio della lista dei coordinatori, che decideranno con l'ausilio oggettivo di un sistema a punti (una maschera web basata su 5 item); l'idea verrà quindi estesa alla discussione della lista generale. Il tema viene scelto se vengono soddisfatti i criteri di priorità previsti dall'ANAES (4) e dal "Joanna Briggs Institute"(5): frequenza del problema, potenziale stimato di miglioramento (importanza di outcomes modificabili nel setting della medicina generale), qualità delle fonti bibliografiche, percezione della variabilità dei comportamenti fra professionisti, consapevolezza sulla esistenza del problema dei medici coinvolti, praticabilità e ricaduta positiva su medico-paziente-organizzazione interna allo studio.

In particolare l'idea/proposta dovrebbe essere legata ad una metodologia che comprende la revisione della letteratura EBM, la definizione preliminare degli standard e benchmark di

Il presente documento è stato elaborato dal Gruppo di Lavoro SIQuAS-VRQ sull'Audit Clinico.
Il documento è di proprietà della SIQuAS-VRQ e non può essere riprodotto,
neanche parzialmente, senza la preventiva autorizzazione di SIQuAS-VRQ.

Si ringrazia GlaxoSmithKline Italia SpA per il contributo prestato.  GlaxoSmithKline

riferimento, la ricerca di indicatori, i criteri di inclusione/esclusione, la randomizzazione, secondo un iter il più rigoroso possibile.

Per valutare la qualità metodologica di una linea guida che supporti gli obiettivi dell'audit, ad esempio, il gruppo dei coordinatori di Netaudit prende in considerazione :

- l'agenzia o l'organismo che l'ha finanziata e/o prodotta;
- la data di elaborazione;
- se si tratta di una linea guida originale o se rappresenta l'adattamento o l'adozione di una linea guida elaborata da altri;
- la composizione del gruppo che l'ha prodotta, se ed in quale equilibrio la multidisciplinarietà è stata rispettata;
- la presenza di una classificazione del livello di evidenza (la qualità del disegno dei singoli studi che supportano la raccomandazione), dalla quale derivare la forza della raccomandazione;
- la descrizione della metodologia utilizzata per identificare, valutare, selezionare e combinare le prove di efficacia disponibili, compresi i criteri di consultazione delle banche dati;
- se è prevista una strategia di implementazione e se sono descritti gli indicatori di processo e di risultato per la valutazione di impatto;
- se è prevista una data di revisione ed aggiornamento della linea guida.

Oltre a questi elementi metodologici, la *Users' guide to the Medical Literature* (6;7) propone una ulteriore serie di domande al fine di riconoscere validità, rilevanza clinica e utilità nell'assistenza di una linea guida che viene utilizzata in Netaudit:

- validità delle raccomandazioni: Sono state prese in considerazione e sono state valutate tutte le diverse opzioni terapeutiche e tutti gli esiti importanti di ogni trattamento? Le prove di efficacia disponibili sono state identificate, selezionate e combinate utilizzando un procedimento esplicito e razionale?
- assegnare una preferenza ad un esito piuttosto che ad un altro è un problema di opinioni e di valori: giudizi di valore e metodo attraverso il quale si è raggiunto il consenso sono esplicitati? La linea guida è stata elaborata da un gruppo multidisciplinare? Sono stati considerati preferenze e valori dei pazienti? La linea guida è aggiornata? La bibliografia utilizzata per l'elaborazione della linea guida è aggiornata? Le raccomandazioni espresse nella linea guida sono state sottoposte a revisione e a verifica?
- rilevanza clinica e forza delle raccomandazioni: Le raccomandazioni forniscono consigli pratici, non ambigui, e clinicamente rilevanti? Esiste un classificazione delle prove di efficacia sulle quali le raccomandazioni si fondano? Quanto sono potenti le raccomandazioni?
- utilità delle raccomandazioni: Le raccomandazioni possono essere applicate ai propri assistiti?

Il testo di riferimento sulle linee guida, in lingua italiana, è il manuale metodologico "Come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica", prodotto da una commissione congiunta dell'Istituto superiore di sanità e dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali^f, con la collaborazione di CeVEAS, all' interno del Programma nazionale linee guida^g. Un utile strumento è la traduzione italiana della check-list per la valutazione della qualità di linee

Il presente documento è stato elaborato dal Gruppo di Lavoro SIQuAS-VRQ sull'Audit Clinico.
Il documento è di proprietà della SIQuAS-VRQ e non può essere riprodotto,
neanche parzialmente, senza la preventiva autorizzazione di SIQuAS-VRQ.

Si ringrazia GlaxoSmithKline Italia SpA per il contributo prestato.  GlaxoSmithKline

guida per la pratica clinica, elaborata nell'ambito della collaborazione internazionale AGREE (*Appraisal of Guidelines REsearch & Evaluation*) (8).

Il Protocollo di Audit

Si redige quindi un protocollo di audit che deve essere condiviso dai partecipanti. Attraverso i software *Epi Data* ed *Epi Info*, si crea successivamente una maschera semplice per la raccolta dei dati. Il gruppo si articola in varie competenze e si avvale di coordinatori tecnici che supportano i singoli professionisti

- nell'attività di trasformazione della prima idea in protocollo;
- in quella di estrazione dei dati dai propri archivi informatici;
- nelle attività legate ad un data-entry di qualità nelle maschere del software *Epi Data*.

Ad ogni medico vengono forniti agili strumenti via web che gli permettono di estrarre in maniera randomizzata dalle liste di pazienti un campione piuttosto ridotto: ogni MMG in genere non analizza più di 15-20 casi per ogni Netaudit, restando così sia nelle 3 ore di tempo dedicato per ogni Netaudit, sia in quella della rappresentatività del campione, garantita tra l'altro dal raggruppamento dei dati in un campione cumulativo di tutti i casi dei membri aderenti (9).

Audit, denominatore stabile di popolazione e ricaduta clinica sul singolo caso

Un dato importante dal punto di vista metodologico in paesi come l'Italia, in cui i medici di medicina generale sono pagati per liste di pazienti invece che per visite, è la stabilità nel tempo delle liste dei pazienti.

In medicina generale, a differenza dell'ospedale, l'audit si svolge in costanza di relazione medico-paziente, all'interno di un processo longitudinale di continuità assistenziale e il medico, analizzando i singoli casi in studio, è portato a ricordare volti, storie e situazioni che riprende immediatamente in esame modificando di fatto la propria prassi, con tutta l'importanza di un rapporto di fiducia in corso. La ricaduta per il singolo medico è significativa perché impara a costruire

- registri di pazienti che costituiscono cluster di popolazione con problemi affini,
- alert automatici che ricordano scadenze all'interno di protocolli aggiornati (es. vaccinazioni, esami biochimici o manovre semeiologiche periodiche da ripetere).

L'analisi dei dati ed il confronto con essi

In rete avviene un'ampia discussione a due livelli (gruppo dei coordinatori, gruppo di tutti gli aderenti) per settimane, preliminarmente al lancio della estrazione dei dati.

Ogni partecipante raccoglie sui propri pazienti i dati che andranno a confluire nel data-set complessivo, partendo e tornando ad un file personale ove in maniera automatizzata può ricavare lo scostamento dallo standard individuato nel disegno dello studio. Va ricordato che, in genere, si sceglie di avere piccoli numeri di casi ove ogni medico identifica facilmente le sue percentuali rispetto al benchmark, identificando le singole cartelle nelle quali annotare subito le modifiche comportamentali da adottare.

Il presente documento è stato elaborato dal Gruppo di Lavoro SIQuAS-VRQ sull'Audit Clinico.
Il documento è di proprietà della SIQuAS-VRQ e non può essere riprodotto,
neanche parzialmente, senza la preventiva autorizzazione di SIQuAS-VRQ.

Si ringrazia GlaxoSmithKline Italia SpA per il contributo prestato.  GlaxoSmithKline

Inoltre, il coordinatore non apporta solo un contributo tecnico alla definizione del protocollo ma governa le verifiche su un piccolo gruppo di membri a lui collegato (possono essere una medicina di gruppo o di rete, o medici vicini geograficamente).

Ogni medico valuta la propria pratica già svolta, documentata nelle sue cartelle informatizzate, confrontandola con i dati dell'intero campione ed individuando eventuali scostamenti. In questo senso i Netaudit sono di tipo retrospettivo.

Il cambiamento e le resistenze al cambiamento

Eventuali resistenze al cambiamento vengono prevenute con una disamina e selezione formale delle proposte (nella lista dei coordinatori) ove si dà grande peso alla praticabilità e modificabilità nel setting della medicina generale; le resistenze vengono affrontate in maniera esplicita – dato che non ci si trova mai fisicamente assieme - nella lunga fase preliminare di discussione sull'audit.

Dall'esperienza emerge anche che le azioni di formazione messe atto fornendo la letteratura su studi significativi, collegati al tema del singolo audit, concorrono a rafforzare e mantenere nel tempo i cambiamenti proposti, oltre a confermare la bontà della scelta dell'audit realizzato.

Inoltre, gli strumenti del cambiamento sono stati sempre orientati al miglior utilizzo della cartella informatica, sfruttando le opportunità di *alert* sui singoli pazienti (derivati dai risultati dell'audit) o su liste di pazienti con una caratteristica di rischio (derivate da estrazioni automatizzate SQL, assistite dai coordinatori tecnici).

Altri metodi utilizzati sono

- la discussione in rete su case report emblematici,
- le *dear doctor letter*,
- la diffusione di studi di vasta portata con ripercussioni mediatiche^h.

Queste tre opzioni si caratterizzano per il contenuto emozionale, che può facilitare il cambiamento e la ricerca del consenso, e/o un collegamento a lavori scientifici importanti.

Reaudit?

Un audit "classico" che include, oltre alle azioni migliorative, anche il re-audit, richiede un tempo dai 12 ai 24 mesi, la costituzione di un gruppo di lavoro fisicamente interagente e a volte incentivi concreti istituzionali.

A fronte di tutto ciò, tenere coeso un gruppo telematico, nazionale, di medici volontari, distanti geograficamente, che non si incontrano, coinvolti in audit semplici da realizzare in meno di tre ore, cui partecipare preferibilmente almeno 2 volte/anno, ha richiesto consapevolmente di sacrificare alcuni canoni classici del metodo a due fasi.

Sono stati realizzati comunque due interessanti re-audit in riferimento ad una sola area clinica: quella della contraccezione ormonale e della Terapia Ormonale Sostitutiva (TOS).

Per questi audit si è usufruito in un caso -nello studio "Why"- di un "rumore di fondo", dato dalla circolazione mediatica delle informazioni sulla TOS, che ha portato ad un cambiamento "epocale" delle strategie terapeutiche, mentre nell'altro caso - quello della contraccezione

Il presente documento è stato elaborato dal Gruppo di Lavoro SIQuAS-VRQ sull'Audit Clinico.
Il documento è di proprietà della SIQuAS-VRQ e non può essere riprodotto,
neanche parzialmente, senza la preventiva autorizzazione di SIQuAS-VRQ.

Si ringrazia GlaxoSmithKline Italia SpA per il contributo prestato.  GlaxoSmithKline

ormonale - l'audit è stato realizzato in un ambito locale, il Veneto, per la possibilità di interazione diretta fra medici in un gruppo stabile di dirigenti di Netaudit.

Inoltre, in maniera sistematica viene ricordato periodicamente ai colleghi che i comandi SQL - utilizzati per la baseline - vanno rilanciati negli anni successivi, adattandone la finestra temporale, negli anni successivi ai fini di un re-audit. A tal fine è stato preparato un foglio elettronico che permette di registrare per ogni studio sia i dati di baseline che quelli delle successive rivalutazioni.

Netaudit e Formazione Permanente

Ogni Netaudit comporta una tensione indiretta ma intensa verso la formazione permanente. I medici imparano insieme a valutare gli articoli fondamentali sull'argomento prescelto e le fonti EBM di tipo secondario; si impiegano le energie dei MMG con competenze specialistiche sull'argomento; si impara insieme la logica dei criteri diagnostici "forti", nonché le modalità per ricerche accurate nel nostro database. I colleghi iscritti alle liste di Netaudit possono godere di continue segnalazioni a link specifici per i contenuti e persino ad un agile *Manuale di audit online* costruito da uno dei membri^l. Il confronto con diverse situazioni organizzative e con la varietà di specialisti, laboratori e istituti di ricovero delle diverse aree geografiche fornisce infine un background di apprendimento "esperienziale"⁽¹⁰⁾. Inoltre, a distanza di tempo, dalla ricerca effettuata viene rivista la letteratura internazionale sull'argomento oggetto di audit per riaggiornare i dati emersi dalla esperienza e vengono inviati report periodici: in questo modo i partecipanti mantengono un continuo interesse su alcuni argomenti clinico-professionale. Questo potrebbe spiegare la stabilità della partecipazione in questo lungo periodo di tempo, nonostante i medici non si siano mai visti in occasioni organizzate di incontro.

Tipologie ed esempi di Netaudit realizzati

I Netaudit classici (cfr. tab. 2) sono legati alla valutazione di una decina di variabili da controllare paziente per paziente in un gruppo randomizzato di non più di 15-20 casi per medico di famiglia. Il gruppo Netaudit ha negli ultimi tempi esteso il metodo di intervento in altre direzioni, documentate nei numeri della rivista online^l:

- a) "netaudit sui totali", nei quali si salta la valutazione dei singoli pazienti con schede individuali e data-entry in Epidata, mediante uso di semplici "moduli web", in cui ogni medico di medicina generale introduce le frequenze "totali" di alcuni parametri relativi ad una patologia;
- b) esercizi pratici di epidemiologia per medici di famiglia (ad es. costruzione di piramidi demografiche in medicina generale, al fine di controllare la qualità della tenuta amministrativo-epidemiologica del proprio denominatore, oppure la valutazione clinica randomizzata di alcune cartelle);
- c) questionari online per valutare il vissuto soggettivo ed i comportamenti dei medici di medicina generale^k (11);
- d) valutazioni pilota mediante questionari legati ad audit di micro-struttura, in particolare nel campo dell'uso dello sfigmomanometro in medicina generale e della "borsa del medico di famiglia";

Il presente documento è stato elaborato dal Gruppo di Lavoro SIQuAS-VRQ sull'Audit Clinico.
Il documento è di proprietà della SIQuAS-VRQ e non può essere riprodotto,
neanche parzialmente, senza la preventiva autorizzazione di SIQuAS-VRQ.

Si ringrazia GlaxoSmithKline Italia SpA per il contributo prestato.  GlaxoSmithKline

e) infine un sottogruppo di membri ha anche realizzato dei *Netaudit in due fasi*.

Conclusioni

L'esperienza di Netaudit dimostra uno sviluppo di interessanti *fattori di crescita* della cultura dell'audit e della ricerca in Medicina Generale in una logica "bottom up", non legata ai grandi contenitori di ricerca delle società scientifiche che rischiano di spersonalizzare la partecipazione del singolo medico di famiglia. Bisogna tenere conto del fatto che solo oggi la medicina generale italiana si sta organizzando in medicine di gruppo (in Gran Bretagna la *General Practice Charter* è del 1966), ma senza un adeguato background formativo i medici continueranno ad esercitare ancora per anni una medicina "solitaria".

Sul successo di Netaudit ha inciso in particolare la convergenza di diversi fattori:

- gli sviluppi dell'informatica e della telematica in medicina generale hanno portato ad una rapida crescita della archiviazione elettronica dei dati in cartella (12),
- nonché la logica collaborativa orizzontale tra medici di medicina generale sia all'interno delle medicine di gruppo e all'interno di reti culturali ormai estese,
- la possibilità di poter usufruire di programmi gratuiti di qualità per il data-entry e per l'analisi dei dati e la disponibilità umana di qualche epidemiologo di buona volontà.

Questa convergenza ha sfatato parecchi miti: la ricerca non abita solo negli istituti universitari o nei centri specializzati, essa non è sempre inaccessibile, né onerosa in termini economici e di tempo.

Una storia che continua da oltre 8 anni in assenza di finanziamenti mostra che vi è un enorme potenziale di motivazione nella medicina generale. In effetti, i medici di famiglia sono un gruppo di professionisti che in qualche modo può fare di necessità virtù: la vastità e disparità degli argomenti trattati, la relativa assenza da vincoli di carriera e la distanza dai centri decisionali amministrativi e politici, consentono un livello relativamente basso di presunzione, una curiosità disinteressata ed una certa dose di umiltà autocritica, che sono la base di una tensione di gruppo verso il miglioramento della qualità e dello spirito dell'audit clinico.

Il presente documento è stato elaborato dal Gruppo di Lavoro SIQuAS-VRQ sull'Audit Clinico.
Il documento è di proprietà della SIQuAS-VRQ e non può essere riprodotto,
neanche parzialmente, senza la preventiva autorizzazione di SIQuAS-VRQ.

Si ringrazia GlaxoSmithKline Italia SpA per il contributo prestato.  GlaxoSmithKline

Tabella 1 - La strategia organizzativa di Netaudit

Un modo di confederare singoli MMG e piccoli gruppi coesi, come le medicine di gruppo e in rete, sparsi su tutto il territorio nazionale.

Ottimizzazione del tempo dell'impegno: lo slogan principale di Netaudit è "Audit e ricerca per solo MMG in meno di 3 ore". In effetti a medici pratici si chiede di partecipare a un gioco sociale nel quale ognuno, per restare nel sistema, deve partecipare a pochi Netaudit all'anno, con un impegno complessivo annuo di poche ore.

Due liste telematiche: una per i coordinatori e una per tutti i membri. Queste liste sono i luoghi in cui si assiste, in maniera orizzontale, alla cosiddetta embriologia della ricerca, ovvero all'evoluzione di una proposta iniziale fino al protocollo definitivo.

Scelta prevalente di ricerche ed audit dall'impatto immediato e pratico, in modo da concludere il lavoro nell'arco di pochi mesi e ritorni quasi immediati nella pratica professionale quotidiana.

Un concorso per idee cui ogni membro può partecipare. La proposta iniziale può essere costituita anche da non più di 30-40 righe, purché comprenda un minimo di background + uno o più obiettivi ben circostanziati + qualche voce bibliografica.

Una modalità di costruzione del protocollo di ricerca o di audit non "blindata" all'origine. L'idea promossa dal singolo membro e poi approvata dai coordinatori, non è definitiva ma viene messa in rete a disposizione di tutti gli iscritti che, nell'arco di qualche giorno, possono contribuire a modificarla sfruttando la lista per discutere fra loro; al termine del dibattito vi è l'elaborazione di un protocollo definitivo di 4-6 pagine, completato da una stringa informatica SQL che, una volta diffusa in rete, consente a tutti i membri di estrarre dal proprio database le cartelle cliniche utili alla ricerca e con simili criteri di inclusione.

Lo strumento unico per il data-entry è il free-ware Epi Data.

Una strategia autonoma per la pubblicazione dei risultati, con la scelta di privilegiare un bollettino nazionale – bilingue di ricerca qualitativa e quantitativa in medicina (www.rivistaqq.it), nata nel 1996 su carta, e pubblicata dal 2001 solo in formato elettronico.

Il presente documento è stato elaborato dal Gruppo di Lavoro SIQuAS-VRQ sull'Audit Clinico.
Il documento è di proprietà della SIQuAS-VRQ e non può essere riprodotto, neanche parzialmente, senza la preventiva autorizzazione di SIQuAS-VRQ.

Si ringrazia GlaxoSmithKline Italia SpA per il contributo prestato.  GlaxoSmithKline

Tabella n. 2 - Principali Netaudit terminati, i cui risultati sono liberamente scaricabili come file pdf dal sito www.rivistaqg.it

Anno	Mese	Argomento	Campo di Interesse	N. MMG	Numero paz Analizzati	% di gruppo dell'indicatore principale	Struttura	Processo	Risultato
2001	luglio	Vaccino anti-pneumo negli splenectomizzati	Sanità Pubblica Vaccinazioni	70	97 splenectomizzati su >100.000	Vaccinati tra gli splenectomizzati: 26,8%			x
2001	luglio	% pazienti ipertesi in Monoterapia diuretica	Clinica + Ebm	12	1385 paz in diuretico singolo o in associazione	9% in mono-terapia diuretica		x	
2001	dicembre	Metformina nei Diabetici obesi	Clinica + Ebm	23	374 diabetici obesi	23% in monoterapia con Metformina; Solo il 12% con metformina>1500 mg/die		x	
2002	maggio	ASA e Infarto	Clinica + Ebm	53	836 infartuati	70% in ASA		x	
2002	luglio	Asma e Terapia	Clinica + EBM + Linee-Guida	36	977 Asmatici	- Prevalenza: 3,2%; - Asma non-grave: 82%; - PEF o Spirometria in cartella:39%		x	
2002	dicembre	Insulino-terapia tra CAD e MG	Clinica + Interazioni MG-Relazioni Inter-Professionali.	43	361 diabetici trattati con insulina	6,3 per 1000 pazienti sono Insulino-trattati (IT) - più della metà degli IT praticano non più di 1-2 somministrazioni - 1/3 paz. IT trattati solo dai MG; 1/3 solo dal CAD		x	
2003	maggio	Ace-inibitori e statine nei paz. a rischio cv	Clinica + Ebm	36	2671 di pazienti ad alto rischio cv	16% in ramipril; 43% in altro ace-i o sartanico; 29% in statine; 51% in ASA o warfarin		x	
2003	novembre	Riduzione Donne in TOS (studio in 2 fasi)	Clinica + Ebm	43	9461 donne tra 50 e 70 anni	Dopo introduzione di WHI calo uso TOS: da 20 donne per MMG a 15 donne per MMG; la maggior parte dei MMG ha ridotto uso del 25-50%; minoranza MMG ha mantenuto/aumentato uso.			x
2004	agosto	-NET-ALT: pazienti con transaminasi elevate	Clinica + Ebm	18	Analisi 918 pazienti con ALT>54 due volte, negli ultimi 3 anni	23 pazienti per MMG hanno alt>54; - 88,2% di queste ipertransaminasemie durano a oltre 6 mesi		x	
2005	maggio	-Net-ABC: Le vaccinazioni Anti-epatite B ed A	Sanità Pubblica Vaccinazioni	27	Analisi di 252 pazienti.(con Virus B e Virus C o contatti familiari) da vaccinare per A e/o B	- Nel 25% dei soggetti con indicazione manca HbsAg; - VACCINO per la B: nel 50% sono assenti dati in cartella - VACCINO per la A: nel 78% sono assenti dati per vaccino		x	
2005	maggio	Ipotiroidismo subclinico, ma non sub-trattato	Clinica + Ebm	33	Analisi di 878 pazienti con TSH>4.5	- Prevalenza: 27% - Il trattamento con ormoni è presente nel 47% dei casi di ipotiroidismo subclinico		x	
2005	agosto	Rapporto Ticlopidina/ASA nei soggetti a rischio	Farmacovigilanza	19	1986 pazienti o in ASA o in Ticlopidina	Ticlopidina nel 17,7% paz con anti-aggreganti; 48% pazienti usano 1 sola cp/die di Ticlopidina		x	
2006	gennaio	Net-ado (Obesità ni bimbi e adolescenti)	Clinica, Epidemiologia	29	3213 minorenni dai 6 ai 18 anni	% misura Altezza e peso → circa il 40%; % sovrappeso e obesi: dal 36% al 40%		x	
2006	ottobre	Net-colesterolo	Clinica, Epidemiologia	76	92601 pazienti di oltre 20 anni	61% pazienti hanno almeno 1 valore misurato di colesterolo in cartella negli ultimi 5 anni		x	

Il presente documento è stato elaborato dal Gruppo di Lavoro SIQuAS-VRQ sull'Audit Clinico.
Il documento è di proprietà della SIQuAS-VRQ e non può essere riprodotto, neanche parzialmente, senza la preventiva autorizzazione di SIQuAS-VRQ.



Si ringrazia GlaxoSmithKline Italia SpA per il contributo prestato. GlaxoSmithKline

2007	maggio	Net-fat (la "grande obesità" in paz con bmi>40; o bmi>35 con fattori di rischio)	Epidemiologia e Clinica	39	1341 "grandi obesi"	Il 2,5% di tutti gli assistiti risultano grandi obesi..e inoltre: - scarsa conoscenza di "centri integrati" da parte dei MMG, - discreta distanza di numerosi "centri integrati" dall'ambulatorio del MMG -scarso rapporto con dietologi		x	
2007	maggio	Ldl nei diabetici	Clinica, Epidemiologia	49	4051 diabetici	- 45% diabetici con almeno un LDL in cartella negli ultimi 24 mesi; -14% di diabetici con LDL<100 -17% di diabetici con LDL tra 100 e 130		x	
2007	ottobre	Net-fat-II	Clinica	20	Valutazione di alcune variabili cliniche e di counseling in 229 grandi obesi	- insufficienza del monitoraggio clinico (in 1 anno:colesterolo: 44%; Pressione 52%; Glicemia;59% e del Counseling) → 70% grandi obesi hanno Insufficiente registrazione dati counseling pre-invio Centri o peri-chirurgia		x	
2008	marzo	Net-prostata	Clinica + EBM	43	621 pazienti con Ipertrofia prostata	-7,6% pazienti con Questionario IPPS in cartella -37% paz con residuo post-minzionale in cartella -presenza di Counseling sul PSA in cartella: 15% dati osservazionali: alfa-bloccanti nel 40%: inibitori 5alfa-reduttasi: 33% dei pazienti con > volume o con PSA>4		x	
2009	gennaio	Net-Rene	Clinica, Epidemiologia	34	44.044	% pazienti> 18 anni con registrazione creatinina		x	
2009	gennaio	Net-celiachia	Clinica, Epidemiologia	26	33.829	Sottostima diagnosi nonostante condizioni di rischio presenti in storia del paziente		x	
2009	agosto	Short Statine	Clinica, Epidemiologia (Ricontrollo Rispetto a Studio 2003) in Prevenzione Secondaria	28	37.211 Infartuati diabetici con statine	62% infartuati usa statine 37 % diabetici > 40 anni usa statine su base annua			x

Bibliografia

1. Del Zotti F, Brizio E. Netaudit. Un sistema telematico collettivo per una medicina generale di qualità. QA 2006;17(1):33-9.
2. Farinaro C. Net Audit e Sql. QQ 2010;14(3):14.
3. Del Zotti F. Tra case e casi - i come e perchè della medicina di famiglia. Bari: Levante Editori; 2004.
4. ANAES. L'audit clinique - bases methodologiques dell'evaluation des pratiques professionnelles. 1999. Paris, France, Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES).
5. Joanna Briggs Institute. Acute care clinical auditing manual. Adelaide: Joanna Briggs Institute; 2002.

Il presente documento è stato elaborato dal Gruppo di Lavoro SIQuAS-VRQ sull'Audit Clinico.
Il documento è di proprietà della SIQuAS-VRQ e non può essere riprodotto,
neanche parzialmente, senza la preventiva autorizzazione di SIQuAS-VRQ.



Si ringrazia GlaxoSmithKline Italia SpA per il contributo prestato. GlaxoSmithKline

6. Guyatt GH, Rennie D, Meade MO, Cook DJ. User's Guide to the Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Clinical Practice. 2nd ed. McGraw-Hill Professional; 2008.
7. Giacomini MK, Cook DJ. Users' Guides to the Medical Literature XXIII. Qualitative Research in Health Care B. What Are the Results and How Do They Help Me Care for My Patients? J Am Med Assoc 2000;284(478):482.
8. AGREE - uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche. Bologna: Regione Emilia-Romagna - Agenzia sanitaria regionale; 2002.
9. Campanini A. Netaudit a simple way toward research and audit for GPs in less than 3 hours! European Journal of General Practice 2003;9(3):119.
10. Baruchello M. Ospedale e medicina generale: una collaborazione necessaria fra continuità delle cure e sicurezza del paziente. Salute e Società; Franco Angeli. L'ospedale del 21° secolo - Anno VI - 3/2007.
11. Del Zotti F, Stefanini G. L'autovaccinazione influenzale. Rivista SIMG 2003;2:43-5.
12. Scott JT, Rundall TG, Vogt TM, Hsu J. Kaiser Permanente's experience of implementing an electronic medical record: a qualitative study. BMJ 2005;331(7528):1316.

^a FDZ: Medico di famiglia, Verona, Direttore di Netaudit, Coordinatore Wonca Italia Network; EB: Medico di famiglia, Cuneo; MB: Medico di famiglia, Vicenza, Responsabile Area Cure Primarie SIQuAS-VRQ.

^b www.rivistaqq.it

^c www.epidata.dk

^d www.epiinfo.it

^e Dott. P. Falasca, Ravenna

^f Assr, ora Agenas

^g PNLG, ora SNLG

^h come p. es. lo studio "Why" per il Netaudit sulla TOS

ⁱ Dott. M. Grassi

^j www.rivistaqq.it

^k si veda ad esempio un questionario sull'auto-vaccinazione influenzale dei medici di famiglia (11)

Il presente documento è stato elaborato dal Gruppo di Lavoro SIQuAS-VRQ sull'Audit Clinico.
Il documento è di proprietà della SIQuAS-VRQ e non può essere riprodotto,
neanche parzialmente, senza la preventiva autorizzazione di SIQuAS-VRQ.

Si ringrazia GlaxoSmithKline Italia SpA per il contributo prestato.  GlaxoSmithKline