

Self audit e audit di gruppo supportati dal MilleGPG quale pratici strumenti di formazione sul campo e di miglioramento nella gestione del diabete mellito tipo 2 in Medicina Generale: il progetto Analysis

Gerardo Medea¹, Domenico Pasculli²

¹ Area Metabolica SIMG Brescia; ² Area Metabolica SIMG Bari

Il processo dell'audit clinico, uno dei principali elementi della Clinical Governance, è uno strumento di forte valenza per lo sviluppo professionale continuo. Si tratta in pratica di un circolo virtuoso per cui si misura la qualità delle cure erogate con indicatori di processo e di esito intermedio confrontandoli con gli standard professionali di riferimento derivati dalla pratica clinica e dalla letteratura scientifica, permettendo di identificare e quindi di correggere le eventuali performance di bassa qualità. Le successive valutazioni, eseguite dopo l'adozione delle opportune misure correttive permettono di rilevare l'efficacia degli interventi migliorativi. Il ciclo dell'audit è continuo e permette di migliorare la qualità professionale, di ridurre la variabilità inappropriata dei comportamenti e di raggiungere elevati standard assistenziali.

Nell'ambito delle cure primarie lo sviluppo professionale s'innescia e si mantiene quando coinvolge i medici di medicina generale (MMG) in prima persona con una procedura tipo bottom-up, in cui è lo stesso professionista a maturare il bisogno di migliorare le proprie performance anche grazie a interventi formativi, correggendo comportamenti omissivi o inappropriati. La formazione in tal caso assume una valenza particolare poiché si tratta di formazione sul campo, tarata sui bisogni reali del medico, le cui ricadute nella pratica clinica sono direttamente e immediatamente misurabili attraverso le variazioni del valore degli indicatori. Un aspetto, quest'ultimo, indicativo della reale efficacia dell'attività formativa e quasi sempre trascurato.

È intuitivo che un processo di audit è realizzabile solo a condizione che vi sia disponibilità di dati clinici registrati e quindi estratti in modo semplice e automatico grazie a software specificamente realizzati. La produzione di sintetici report periodici sui risultati di cura con indicatori di processo ed esito permette il rapido e semplice confronto con gli standard professionali, con se stessi nel tempo e con altri professionisti. È proprio da questo confronto su più livelli che nasce nel medico lo stimolo a colmare eventuali lacune conoscitive e/o operative.

L'audit clinico tra gruppi omogenei di professionisti ("confronto tra pari") richiede pertanto anche apertura e disponibilità al confronto con gli altri colleghi e rappresenta un forte stimolo al cambiamento. Molti dati di letteratura indicano in ultima analisi che tale proce-

dura migliora l'efficacia ed efficienza degli interventi: così che si riduce l'inappropriato utilizzo di risorse, contribuendo alla sostenibilità economica del SSN.

Un fertile campo di applicazione dell'audit clinico è rappresentato dal diabete mellito, una malattia cronica, progressiva, destinata inevitabilmente a evolvere verso l'insulino-dipendenza e le complicanze micro- e macrovascolari, caratterizzata da una notevole complessità clinica. La progressione tuttavia può essere notevolmente rallentata con la diagnosi molto precoce, in una fase della malattia ancora preclinica e del tutto asintomatica, e mantenendo a lungo nel tempo un ottimale controllo non solo metabolico, ma anche lipidico e pressorio.

Fondamentale è a tal proposito il ruolo del MMG che, come per tutte le malattie croniche, deve assumere un atteggiamento proattivo e integrarsi con le strutture specialistiche al fine di sostenere il controllo complessivo dei parametri metabolici con adeguate procedure di follow-up.

Gli attuali criteri diagnostici del diabete mellito tipo 2, infatti, permettono di diagnosticare precocemente la malattia e numerosi sono i pazienti, almeno il 50%, caratterizzati da una condizione clinica tale da poter essere assistiti dal medico di famiglia mentre l'intervento della struttura specialistica può essere limitato ai pazienti più complessi. Al MMG spettano comunque compiti ben definiti: la prescrizione dei controlli periodici di follow-up, il rinforzo positivo sui messaggi ricevuti dallo specialista circa la corretta gestione della malattia, la verifica dell'aderenza al trattamento e agli stili di vita.

Il MMG gioca pertanto un ruolo strategico e centrale nella prevenzione e gestione dei pazienti diabetici, in particolare nel controllo e mantenimento dei target di cura, terreno fertile quest'ultimo per efficaci processi di audit clinico.

Sulla base di queste considerazioni è stato realizzato il "Progetto AIDA" (*Advanced Intelligence Diabetic Audit*) durato due anni, che aveva l'obiettivo di verificare se i MMG coinvolti nel progetto miglioravano le loro performance nell'assistenza dei pazienti diabetici tipo 2:

- lavorando per obiettivi e praticando l'audit;
- avendo come punto di riferimento le migliori evidenze scientifiche (e le relative linee guida accreditate) sulla gestione del diabete e alcuni standard operativi di riferimento "ottimali";

- utilizzando appositi strumenti informatici: una cartella clinica elettronica “strutturata per problemi” e un software dedicato (AIDA) in grado di elaborare in modo automatico un report di popolazione e del singolo paziente.

Ai MMG partecipanti al progetto è stato somministrato un corso di formazione durante il quale ogni medico, nell'ambito di un processo di self audit, ha avuto la possibilità di riflettere sui propri dati (estratti grazie al software AIDA) e di acquisire e migliorare le proprie conoscenze circa l'appropriata gestione del diabetico tipo 2 e il corretto uso degli antidiabetici orali.

Grazie all'esperienza maturata e ai buoni risultati raggiunti con il “Progetto AIDA”, dieci medici coordinatori dello stesso sono stati invitati a proseguire nel processo di audit coinvolgendo a loro volta un gruppo di almeno dieci medici, tra i più attivi nel precedente progetto.

È nato così il “Progetto Analysis” (realizzato con il contributo non condizionato di Takeda Italia Farmaceutici spa) che si propone di proseguire l'esperienza del “Progetto AIDA” utilizzando uno strumento informatico più evoluto (MilleGPG) grazie al quale è possibile ottenere anche report di gruppo quando in precedenza erano prodotti e analizzati solo report individuali.

Strumenti

Sono stati coinvolti dieci MMG, coordinatori del “Progetto AIDA” che hanno a loro volta reclutato dieci medici che avevano partecipato alla prima fase del progetto, tutti utenti della cartella clinica Millewin, informatizzata e orientata per problemi, nata e sviluppata da SIMG in collaborazione con Millennium Dedalus. Ai medici così individuati, in totale 113, è stato fornito il software MilleGPG, un Add-On della cartella clinica Millewin, che estrae e analizza i dati clinici, li traduce in indicatori di processo e di esito intermedio e

misura le performance professionali del medico. All'interno del programma è stato creato uno specifico modulo di progetto (Fig. 1), che permette l'invio di dati aggregati e anonimizzati a un server centrale per l'analisi statistica, e la ricezione da parte di ogni singolo medico dei dati elaborati dal server (mediana di ciascun indicatore dei gruppi periferici e nazionali) con una procedura completamente automatica e di semplice esecuzione. L'attività di self-audit è garantita dal software MilleGPG che calcola automaticamente molti indicatori di processo ed esito intermedio circa l'appropriata assistenza ai pazienti diabetici tipo 2 e permette di eseguire valutazioni ripetute nel tempo sulla personale pratica clinica (Fig. 2). Gli indicatori che si riferiscono alla gestione del diabete mellito di tipo 2 valutati con MilleGPG sono quindici (Tab. I) e sono confrontati con gli standard (Ideale e LAP) e con le performance attuali della Medicina Generale italiana ricavate dal database di Health Search (Tab. II).

Ogni medico invia mensilmente al server centrale i dati estratti e analizzati da MilleGPG. I coordinatori possono ricevere e visualizzare i valori degli indicatori dei medici del proprio gruppo periferico e la relativa mediana (Figg. 3, 4). Ciascun medico partecipante riceve e visualizza le mediane degli indicatori di tutti i gruppi periferici distribuiti su tutto il territorio nazionale, espressione delle varie realtà regionali. Ai medici partecipanti è stato inviato un primo report riferito al tempo zero (base line), del quale si discute in quest'articolo insieme ai dati relativi al T1, un mese dopo l'avvio del progetto; saranno in seguito resi disponibili report di progetto complessivi, elaborati dopo tre mesi e un anno rispetto al tempo zero.

Risultati al tempo zero

L'analisi dei dati al basale ha permesso di rilevare un'ampia variabilità inter- e intra-individuale con ottime performance in alcuni casi,

in molti altri accettabili e in pochi casi critiche. La Tabella II mostra i valori delle mediane dei singoli indicatori e i valori minimi e massimi osservati, confrontati con gli standard di riferimento (Ideale, Livello Accettabile di Performance, valore rilevato nella banca dati di Health Search). La Figura 4 riporta, ad esempio, gli istogrammi dei medici di un gruppo periferico relativi all'indicatore di processo AC-DM01: “Prevalenza del diabete mellito tipo 2” ed evidenzia chiaramente la variabilità inter-individuale tra i medici della stessa realtà territoriale.

Rileviamo nel gruppo Analysis un'alta prevalenza del diabete tipo 2, 7,68% (min. 2,78% – max 15,41%) con ampia variabilità tra e all'interno dei diversi gruppi, solo in parte spiegabile con la diversa composizione della popolazione assistita dai singoli medici. Il dato rilevato è sovrapponibile a quello di Health Search (7,56%), a conferma del progressivo aumento dei pazienti diabetici, verosimilmente non solo per i noti pro-

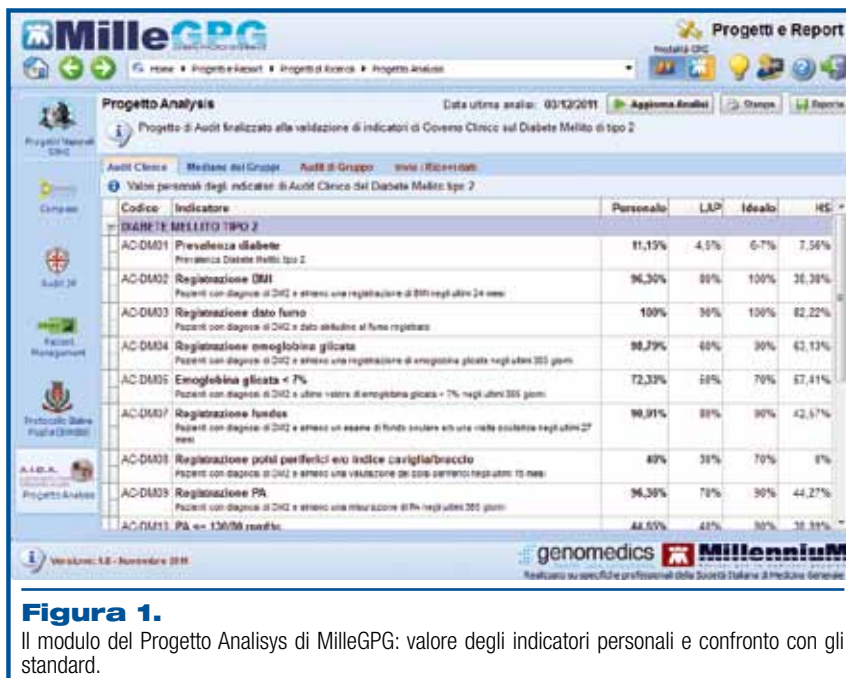
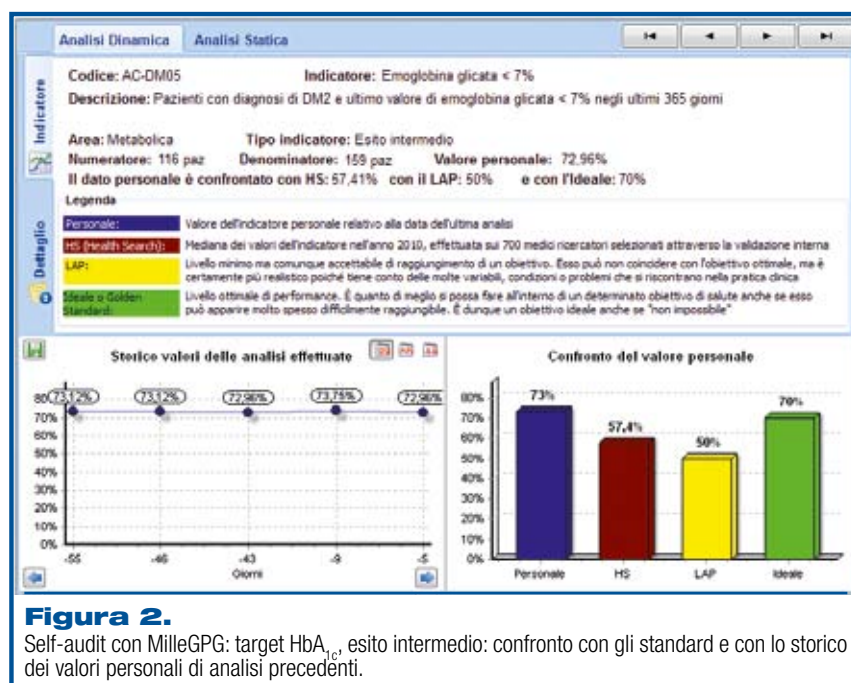


Figura 1.

Il modulo del Progetto Analysis di MilleGPG: valore degli indicatori personali e confronto con gli standard.



blemi legati agli stili di vita non appropriati (dieta, sedentarietà), ma anche per il maggiore impegno dei MMG nelle attività di screening e di diagnosi precoce della malattia (medicina proattiva e anticipatoria per la diagnosi precoce e il contenimento dell'impatto delle cronicità sul sistema delle cure).

Il compenso metabolico del paziente diabetico è valutato mediante la determinazione dell'emoglobina glicata con cadenza almeno semestrale. La mediana della registrazione dell'esame con o senza valore registrato è 74,13% (min. 30,59% – max 99,39%, ideale 90%). La variabilità rilevata è molto ampia tenuto conto che si

Il BMI è registrato nel 50,47% dei pazienti (min. 0% – max 100%) con una variabilità molto ampia nonostante esso sia un parametro essenziale per il compenso metabolico e l'appropriata scelta dei farmaci. Il golden standard per questo indicatore è, infatti, 100%, naturalmente non così scontato e semplice da raggiungere.

Un miglior risultato si è ottenuto per la registrazione dell'abitudine tabagica che mostra una mediana del 78,66% (min. 0% – max 100%), anche in questo caso con una variabilità molto ampia poiché lo standard ideale è 100%; probabilmente i MMG sono più attenti a questo problema nei diabetici tenuto conto dell'alto rischio cardiovascolare (CV) aggiuntivo che l'abitudine al fumo ha in questi pazienti. Il dato rilevato è complessivamente accettabile, ma richiede che vi sia un ulteriore miglioramento in fase di registrazione del dato fumo per garantire una miglior gestione del rischio CV.

Tabella I.

Indicatori personali estratti e analizzati con MilleGPG.

Codice indicatore Mille GPG	Descrizione indicatore
AC-DM01	Prevalenza diabete mellito tipo 2 (DM2)
AC-DM02	Pazienti con diagnosi di DM2 e almeno una registrazione di BMI negli ultimi 24 mesi
AC-DM03	Pazienti con diagnosi di DM2 e dato abitudine al fumo registrato
AC-DM04	Pazienti con diagnosi di DM2 e almeno una registrazione di emoglobina glicata negli ultimi 365 giorni
AC-DM05	Pazienti con diagnosi di DM2 e ultimo valore di emoglobina glicata < 7% negli ultimi 365 giorni
AC-DM07	Pazienti con diagnosi di DM2 e almeno un esame di fondo oculare e/o una visita oculistica negli ultimi 27 mesi
AC-DM08	Pazienti con diagnosi di DM2 e almeno una valutazione dei polsi periferici negli ultimi 15 mesi
AC-DM09	Pazienti con diagnosi di DM2 e almeno una misurazione di PA negli ultimi 365 giorni
AC-DM10	Pazienti con diagnosi di DM2 e ultimo valore di PA ≤ 130/80 mmHg negli ultimi 365 giorni
AC-DM11	Pazienti con diagnosi di DM2 e almeno un dosaggio di microalbuminuria negli ultimi 15 mesi
AC-DM12	Pazienti con diagnosi di DM2 e almeno un dosaggio di creatinemia negli ultimi 15 mesi
AC-DM13	Pazienti con diagnosi di DM2 e ipertensione con almeno una prescrizione di ACE-inibitori/sartani negli ultimi 365 giorni
AC-DM14	Pazienti con diagnosi di DM2 e almeno una registrazione di colesterolo LDL negli ultimi 15 mesi
AC-DM15	Pazienti con diagnosi di DM2 e ultimo valore di colesterolo LDL < 100 mg/dl negli ultimi 15 mesi
AC-DM16	Pazienti con diagnosi di DM2 e vaccinazione antinfluenzale negli ultimi 365 giorni



Figura 3.

Visualizzazione della mediana e degli indicatori personali dei medici (gruppo Bari).

tratta dell'indicatore di processo più importante nella gestione del paziente diabetico.

Gli standard italiani per la cura del diabete e le principali linee guida raccomandano di raggiungere (tranne casi specifici) un valore tar-

tato sicuramente migliorabile anche tenuto conto che lo standard ottimale dell'indicatore è 90%.

Per quanto riguarda la prevenzione delle complicanze, la rilevazione dei polsi periferici, con l'eccezione di un irrilevante numero di par-

tecipanti (comunque a un livello critico di performance), è in pratica assente, nonostante l'importanza che essa ha nella diagnosi precoce della neuropatia diabetica e del piede diabetico ai fini della prevenzione del rischio di amputazione. A parziale spiegazione di questa scarsa performance (analogamente a quanto rilevato in Health Search) c'è da dire che i MMG hanno l'abitudine di registrare questo dato in un accertamento diverso ("esame del piede"), e forse per tale motivo l'accertamento specifico "polsi periferici" appare per nulla registrato. Si è deciso perciò di modificare per le prossime estrazioni il relativo indicatore in MilleGPG inserendo anche "l'esame del piede in toto".

Tra gli indicatori di processo la registrazione della pressione arteriosa mostra una mediana del 53,16% (min. 0% – max 99,10%), pertanto circa il 45% dei pazienti diabetici non ha la pressione arteriosa registrata. È importante migliorare anche questo parametro per un'adeguata valutazione del rischio CV. Bisogna tenere conto infatti che circa l'80% dei diabetici di tipo 2 è anche iperteso.



Figura 4.

Prevalenza diabete mellito tipo 2 gruppo Bari: istogrammi indicatori personali dei medici del gruppo (in azzurro il coordinatore) e mediana.

Tabella II.

Mediana e IC degli indicatori al tempo zero confrontati con gli standard di riferimento.

Codice indicatore	Mediana TO	Min	Max	Ideale	LAP	HS
AC-DM01	7,68%	2,78%	15,41%	4,50%	6-7%	7,56%
AC-DM02	50,47%	0%	100%	80%	100%	38,38%
AC-DM03	78,66%	0%	100%	90%	100%	82,22%
AC-DM04	74,13%	30,59%	99,39%	60%	90%	63,13%
AC-DM05	50,30%	0%	100%	50%	70%	57,41%
AC-DM07	47,06%	0%	93,33%	80%	90%	42,57%
AC-DM08	0%	0%	18,8%	30%	70%	0%
AC-DM09	53,16%	0%	99,10%	70%	90%	44,27%
AC-DM10	44,41%	0%	100%	40%	80%	38,89%
AC-DM11	44,83%	0%	94,67%	60%	80%	30,41%
AC-DM12	77,94%	0%	98,18%	70%	90%	66,26%
AC-DM13	81,72%	76,23%	100%	90%	100%	74,23%
AC-DM14	45,45%	0%	96,00%	70%	90%	33,88%
AC-DM15	42,28%	0%	100%	50%	70%	37,76%
AC-DM16	44,23%	0%	100%	70%	90%	39,38%

L'indicatore di esito intermedio relativo al target pressorio ha invece una mediana del 44,41% (min. 0% – max 100%); se meno della metà dei pazienti diabetici con pressione arteriosa registrata sono ben controllati sotto il profilo pressorio, i pazienti che raggiungono gli obiettivi di cura raccomandati ($\leq 130/80$ mmHg) sono circa un terzo di tutti i pazienti diabetici (standard ottimale = 80%). A proposito di questo indicatore è importante ricordare che è necessario registrare tutti i valori pressori rilevati, sia quelli patologici che normali.

Il monitoraggio della microalbuminuria, espressione di danno microvascolare, ha notevole importanza nel paziente diabetico sia sotto il profilo della prevenzione e diagnosi precoce della nefropatia sia, soprattutto come fattore predittivo di malattia CV. L'indicatore di processo riguardante la registrazione di microalbuminuria mostra una mediana di 44,83% (min. 0% – max 94,67%); il golden standard è 80% e anche per questo indicatore si rileva una marcata variabilità dei comportamenti.

La determinazione della creatinina è a un livello di performance più che accettabile; la mediana è 77,94% con un valore variabile da 0 a 98,18% (ideale 90%). È un indicatore che dovrebbe tuttavia ancora migliorare poiché la determinazione della creatinina e il calcolo del valore del filtrato glomerulare sono essenziali per la decisione terapeutica. Per esempio un filtrato glomerulare inferiore a 60 ml/min. è una controindicazione all'uso di metformina; sotto 60 ml/min. va impiegata con cautela specie negli anziani.

La prescrizione di ACE-inibitori o sartani (ai fini della prevenzione e trattamento del danno renale e della progressione da micro- a macroalbuminuria) è presente nell'81,72% dei pazienti diabetici (min. 76,23% – max 100%); la mediana dell'indicatore è molto vicina allo standard ideale (80%) con una ridotta variabilità a indicare l'attenzione dei MMG alla prevenzione del danno d'organo.

La registrazione del colesterolo LDL evidenzia una mediana del 45,45% (min. 0% – max 96,00%, standard 90%) e una variabilità molto ampia. Questo indicatore presenta da sempre qualche problema poiché esso, se non esplicitamente richiesto, deve essere calcolato dal medico con la formula di Freedwald a partire dai valori di colesterolo totale, trigliceridi e C-HDL. La performance di questo indicatore sicuramente migliorerà in futuro, poiché nell'ultima versione di Millewin è stato attivato un sistema di calcolo automatico. Tuttavia richiamiamo l'attenzione verso questo indicatore ai fini della buona gestione del rischio CV nel paziente diabetico che è assimilabile a quello dei pazienti non diabetici con eventi CV.

Il goal terapeutico del colesterolo LDL è raggiunto nel 42,28% dei pazienti (min. 0% – max 100%, golden standard 70%), meno della metà dei pazienti con colesterolo LDL registrato raggiungono dunque il target di cura inferiore a 100 mg/dl. Nel proseguo dell'esperienza sarà sicuramente necessario porre più attenzione alla terapia ipolipemizzante dei pazienti diabetici.

Il paziente diabetico ha un maggior rischio di complicanze infettive; la vaccinazione stagionale per l'influenza è pertanto raccomandata per ridurre il rischio di complicanze a carico delle vie respiratorie. Se il 44,23% dei pazienti diabetici (min. 0% – max 100%, standard 90%). Questo dato tuttavia potrà essere meglio valutato solo al termine della campagna vaccinale attualmente in corso.

Come già rilevato in altri studi precedenti, gli indicatori al tempo zero hanno permesso di evidenziare, a fronte di molti risultati positivi, anche alcune importanti criticità nella gestione del diabete mellito tipo 2 e comportamenti molto variabili soprattutto a proposito della registrazione dei dati clinici, primo e fondamentale elemento per la fattibilità di un processo di audit.

Tali risultati sono peraltro in linea, se non addirittura migliori, con quelli

osservati in altre analoghe esperienze (ad esempio progetto DECOR) o data base della medicina generale in Italia (Health Search) o in Europa, pur sussistendo ancora notevoli margini di miglioramento.

Risultati al T1

I valori delle mediane dopo un mese dall'avvio ufficiale del progetto (T1) sono riportati nella Tabella III con i valori delle mediane al T0 e le relative variazioni. È possibile rilevare un miglioramento per quasi tutti gli indicatori di processo, con l'eccezione di AC-DM16 che si riferisce alla vaccinazione antiinfluenzale e AC-DM08 che valuta la rilevazione dei polsi periferici. Ciò sta a indicare una maggiore attenzione alla gestione dei pazienti diabetici: miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva riguardo al follow-up e della registrazione dei dati clinici.

Gli indicatori di esito intermedio mostrano una sostanziale stabilità, anche se con una lievissima flessione negativa; è da rilevare comunque che tale tipologia d'indicatori richiede tempi di osservazione più ampi e, considerato il miglioramento dei processi di cura, è verosimile attendersi un cambiamento in positivo anche di questi indicatori.

Conclusioni

Il periodo di osservazione è ancora troppo breve perché si possano trarre considerazioni esaustive circa il comportamento dei MMG nella gestione della complessità clinica del paziente diabetico, anche se l'analisi dei dati al T1 farebbe supporre un andamento positivo del processo.

Poiché i medici coinvolti nel Progetto Analsys hanno già partecipato al progetto AIDA, e perciò sono già formati alla pratica dell'audit clinico e molto motivati, riteniamo che grazie al self-audit e all'analisi dei report di gruppo si possa innescare un nuovo stimolo al miglioramento della qualità nella registrazione dei dati clinici e, dunque, sia nella gestione dei pazienti diabetici riguardo ai processi di cura sia, soprattutto, nel raggiungimento degli obiettivi terapeutici ottimali.

Parallelamente dovrebbe attenuarsi la variabilità rilevata dei comportamenti, con maggiore omogeneità inter- e intra-individuale, espressione di miglioramento dell'appropriatezza in termini di efficienza ed efficacia degli interventi e di maggiore accuratezza nella registrazione dei dati clinici, non infrequentemente critica come evidenziato dalla numerosità di indicatori con dato minimo pari a zero. A ciò crediamo possano contribuire adeguati e opportuni momenti formativi mirati alla risoluzione di specifiche criticità di sistema e finalizzati all'approfondimento della metodologia della registrazione dei dati clinici in cartella, aspetto quest'ultimo non di secondaria importanza, essenziale ai fini del buon esito del processo di audit. Le numerose criticità derivanti da difetto di registrazione non è improbabile che siano dovute a scarsa dimestichezza con il gestionale utilizzato. Altrettanto importanti riteniamo debbano essere dei momenti d'incontro, discussione e confronto sugli aspetti particolarmente critici nelle varie realtà periferiche. Come già detto, il processo dell'audit clinico ha una forte valenza formativa; stimola il medico a migliorare la qualità delle cure erogate e riduce la variabilità inappropriata dei comportamenti. Questo è vero in particolare per i pazienti diabetici nei quali è

Tabella III.

Confronto valori mediane al T0 e T1 e variazione percentuale.

Codice indicatore	Mediana T0	Mediana T1	Variazione
AC-DM01	7,68%	7,66%	-0,02%
AC-DM02	50,47%	51,85%	1,38%
AC-DM03	78,66%	82,35%	3,69%
AC-DM04	74,13%	75,95%	1,82%
AC-DM05	50,30%	50%	-0,30%
AC-DM07	47,06%	47,93%	0,87%
AC-DM08	0%	0%	0,00%
AC-DM09	53,16%	55,22%	2,06%
AC-DM10	44,41%	43,59%	-0,82%
AC-DM11	44,83%	45,35%	0,52%
AC-DM12	77,94%	79,07%	1,13%
AC-DM13	81,72%	81,52%	-0,20%
AC-DM14	45,45%	48,39%	2,94%
AC-DM15	42,28%	41,67%	-0,61%
AC-DM16	44,23%	43,97%	-0,26%

necessario tenere sotto stretto controllo molteplici aspetti del processo di cura: non solo il compenso glicemico, ma anche quello lipidico e pressorio, il peso, la funzionalità renale, la circolazione periferica. Solo così è possibile ridurre il rischio clinico globale, prevenire o, almeno, ritardare l'insorgenza delle complicanze micro- e macro-vascolari, migliorare la qualità della vita e in definitiva contenere i costi sempre più elevati dell'assistenza. La possibilità di identificare gli aspetti critici e analizzarne le cause, quali carenze cognitive, difetti di registrazione, inerzia terapeutica, spinge il medico ad aggiornarsi e formarsi adeguatamente in modo da colmare eventuali lacune nelle conoscenze e competenze.

Il carattere ciclico del processo dell'audit clinico permette infine di verificare continuamente la propria pratica professionale e conduce l'intero gruppo dei medici coinvolti a raggiungere elevati livelli di qualità nell'assistenza erogata.

Su tali basi il "Progetto Analsys", utilizzando la metodologia dell'audit e il supporto facilitante del software MilleGPG, uno strumento informatico evoluto capace di identificare le aree critiche dell'assistenza e i pazienti che presentano criticità gestionali, dovrebbe rappresentare un forte stimolo al cambiamento e determinare il miglioramento della qualità dell'assistenza erogata ai pazienti diabetici, sia riguardo ai processi di cura sia agli esiti in termini di outcome per tutti i gruppi e tutti i MMG coinvolti, dimostrando ancora una volta la potenza e l'efficacia del processo dell'audit clinico.

Bibliografia di riferimento

- Standard Italiani per la cura del diabete mellito 2009-2010, AMD-SID.
- Standard Italiani per la cura del diabete mellito tipo 2, AMD-SID-SIMG. Edizione per la Medicina Generale 2011 a cura di Gerardo Medea.
- La prevenzione del diabete mellito tipo 2. Dalle evidenze alle strategie di implementazione. Editrice Idelson-Gnocchi 2011.