

## Tra dubbi e certezze

### Between doubts and certainty



**L. Monge<sup>1</sup>**

Corresponding author  
amd-to.monge@alma.it

I PDTA sono da tempo una consolidata conquista del nostro modello di cura del diabete e il gruppo di lavoro Outpatient di AMD, coordinato da Fabio Baccetti, ci propone una check-list per valutarli. Bisogna, infatti, aver le idee chiare per costruire un PDTA efficace, che consideri il paziente al centro del sistema, che rispetti le caratteristiche del disease management, che contenga adeguati strumenti di monitoraggio, etc.

Ma l'articolo volutamente e provocatoriamente si chiude con una domanda, inculcando un dubbio tra le nostre certezze: i PDTA monopatologia, così come abitualmente vengono disegnati, sono adatti a una popolazione sempre più anziana e quindi con un numero crescente di comorbidità? E, aggiungo, le evidenze che noi utilizziamo, per quanto solide, se ricavate dalle popolazioni ideali dei trial, nei quali i criteri di esclusione eliminano le pluripatologie, sono applicabili nei nostri PDTA?

Allora sono andato a curiosare nel documento del National Institute for Health and Care Excellent (NICE) citato da Baccetti, <https://www.nice.org.uk/guidance/ng56>, un documento straordinariamente rilevante non solo per le più di 400 pagine di cui è composto, ma soprattutto per il metodo di analisi e per la visione.

Non si può, infatti, che concordare per la definizione dei percorsi di cura con un approccio orientato alla multimorbidità che tenga conto delle interazioni tra le varie patologie/ condizioni e i relativi trattamenti e il loro impatto sulla qualità della vita; dei benefici e dei rischi delle raccomandazioni cliniche di linee guida per singole patologie; dei bisogni, delle preferenze, delle priorità, degli obiettivi personali del paziente; della possibilità di migliorare la qualità della vita attraverso la riduzione dell'impatto dei trattamenti e attraverso il miglioramento nel coordinamento dell'assistenza.

Dobbiamo forse ricostruire i nostri PDTA? Probabilmente dobbiamo solo ripensarli e nella naturale periodica revisione, o nella costruzione di nuovi, avere ben presente la popolazione a cui ci rivolgiamo. Il documento del NICE è pragmatico e ci può aiutare in questo percorso di riflessione e revisione.

Silvia Bonfadini nel suo articolo sul PDTA per la presa in carico (fase acuta o transizione) nel diabete mellito tipo 1 ha ben presente la sua popolazione (che immagino a bassa comorbidità). Attraverso indicatori di processo educativi/formativi e psicologici ha identificato i risultati non conformi (pochi) che hanno permesso una revisione del modello proposto, «nell'ottica di un miglioramento e omogeneità della cura per la persona con diabete tipo 1 alla presa in carico presso la nostra struttura ambulatoriale». Un atteggiamento virtuoso esemplificativo del processo ciclico di miglioramento della qualità in diabetologia. In questo campione di 40 pazienti della Diabetologia di Brescia, a conclusione del percorso, gli obiettivi formativi ed educativi relativi al «conteggio dei carboidrati» venivano raggiunti solo dal 60% dei pazienti, questo a dimostrare quanto sia impegnativo il raggiungimento di questa abilità.

Maria Chantal Ponziani nel suo campione ha testato l'efficacia del calcolatore di bolo, un software (nel microinfusore o nel glucometro) in grado di calcolare e suggerire la dose insulinica integrando vari parametri dalla glicemia al rapporto insulina/CHO, ai grammi di CHO assunti, etc... e la tecnologia non ha deluso, perché il calcolatore di bolo è stato in grado di incidere favorevolmente sul compenso glicemico, in un contesto di terapia insulinica intensiva, e sulla qualità della vita.

La tecnologia attraverso le tecniche del telemonitoraggio ci dà inoltre una mano nel migliorare l'aderenza alla terapia farmacologica in una popolazione prevalentemente affetta da diabete tipo 2. Amodio Botta conclude la presentazione dello studio DIABE.

<sup>1</sup> Editor in chief JAMD – The journal of AMD.

CALL affermando che l'attività di counseling telefonico può migliorare il compenso glicemico e che questo strumento di telemedicina dovrebbe essere considerato nell'ambito del percorso di terapia educativa. Ritengo questa affermazione estremamente interessante, anche perché nel numero di ottobre di Diabetes Care vengono pubblicati due studi che dimostrano come un esempio di telemedicina ancora più semplice, come lo scambio di messaggi tra paziente e medico e viceversa (SMS, Internet), correli positivamente con il miglioramento dell'HbA<sub>1c</sub> e con gli indicatori di processo, con un grado di accettazione e accettabilità elevatissimi (Chung S et al. Diabetes Care 2017;40(10):1342-1348 <http://care.diabetesjournals.org/content/40/10/1342>; Fortmann AL et al. Diabetes Care 2017;40(10):1349-1355 <http://care.diabetesjournals.org/content/40/10/1349>). Consideriamo, inoltre, che la messaggistica a basso costo, oggi disponibile diffusamente in tutta la popolazione, risulta essere un metodo di comunicazione estremamente "democratico" che risolve in gran parte il "divario digitale" tra curante e paziente e che favorisce la partecipazione diretta del paziente al processo di cura.

Ma se ci stavamo avvicinando al termine del fascicolo con una serie di input positivi, non dico di certezze, ma di suggestioni rassicuranti, ecco che giunge a inquietarci nuovamente uno stimolante punto di vista di Chilelli e Lapolla sui limiti dell'HbA<sub>1c</sub> nel monitoraggio glicemico del nostro paziente. Ma non possiamo più fidarci neanche della glicata?

A leggere l'editoriale del numero di agosto di Diabetes Care dal titolo "The fallacy of average: how using HbA<sub>1c</sub> alone to assess glycemic control can be misleading" a firma Beck RW sembrerebbe proprio di no (<http://care.diabetesjournals.org/content/40/8/994>).

La risposta fornita da nostri esperti sottolinea le diverse limitazioni, legate a fattori metodologici, biologici e concettuali, della HbA<sub>1c</sub> come marker di controllo glicemico, ma ribadisce che nessun biomarker come la HbA<sub>1c</sub> ha una così ampia mole di dati sull'associazione con le complicanze micro- e macrovascolari del diabete e che pertanto risulta al momento difficilmente sostituibile, anche se l'eA<sub>1c</sub> ricavata da CGM e FGM, una volta validata, potrebbe diventare un (più) attendibile marker

surrogato. Pertanto per ora mi tengo stretto la mia glicata, anche se si incrina qualche certezza.

Ecco, avrei potuto chiudere così il mio editoriale di fine annata, ma una lunga riflessione che ci invia il nostro Presidente riapre il numero. Si tratta di un contributo dedicato a una prospettiva che sta rapidamente prendendo forma: una Scuola per Educatori AMD. Una Nuova Scuola che prepari a "... un'educazione terapeutica rinnovata nei linguaggi, nei comportamenti, nello stile ...", che insegni a coniugare insieme "... contenuti e relazione educativa, saperi e ascolto..." e che formi alla "learning agility". L'editoriale di Mannino ci introduce a questo tema, prologo di una rifondazione innovativa e sfidante della Scuola AMD, che ci auguriamo possa presto concretizzarsi.

Ma non è finita qui, perché proprio pochi giorni fa siamo rimasti sorpresi da una splendida notizia per JAMD. La Redazione ed io siamo molto orgogliosi di annunciare che JAMD è stato incluso nella Directory of Open Access Journals (DOAJ), repertorio on line di riviste di alta qualità ad accesso aperto e sottoposte a peer review. L'obiettivo del DOAJ è aumentare la visibilità e la facilità d'uso delle riviste scientifiche e accademiche ad accesso aperto, promuovendo in tal modo il loro maggiore utilizzo e impatto. L'obiettivo raggiunto è uno dei principali del mio programma di Direttore, da tempo stiamo lavorando in questa direzione e siamo fiduciosi che questo importante riconoscimento possa aumentare la visibilità della nostra rivista e allargare il numero degli autori, attraendo sempre maggiori contributi originali.

Ora ho veramente concluso, non mi resta che augurare a tutti voi cari Soci un 2018 felice e ricco di soddisfazioni.

Buona lettura.

#### COMPETING INTERESTS

The author(s) declared that no competing interests exist.

#### COPYRIGHT NOTICE

© 2017, The Author(s). Open access, edited by Associazione Medici Diabetologi and published by Idelson Gnocchi ([www.idelsongnocchi.it](http://www.idelsongnocchi.it))