

PUNTO DI VISTA

26 luglio 2021 - 26 gennaio 2022. La tempesta perfetta

July 26, 2021 - January 26, 2022. The perfect storm

Umberto Goglia¹

¹ ASL CUNEO I.

Corresponding author: umberto.goglia@gmail.com

Per la Presidenza della Repubblica è stato il semestre bianco. Per il mondo della diabetologia italiana il “semestre della tempesta perfetta”. Con questo termine viene indicato un preciso istante – o momento storico – nel quale si susseguono una serie di più eventi di notevole impatto che, insieme, concorrono a creare un quadro del tutto diverso a quello precedente. Il più delle volte questo termine contiene una accezione negativa, perché si focalizza su eventuali esiti nefasti. Tuttavia sta alla capacità degli attori presenti in scena su come gestire i momenti di crisi, nel senso etimologico stesso del termine, rimanendo non passivi figuranti ma attivi protagonisti.

“Crisi” deriva dal verbo greco κρίνω, che vuol dire distinguo, discerno, quindi scelgo. Solo applicando con consapevolezza la facoltà di distinguere e la capacità di scegliere, il mondo degli specialisti diabetologi potrà rendersi protagonista di un profondo cambiamento che sta emergendo all’orizzonte dei futuri modelli di gestione della cronicità. Questo perché i dati epidemiologici documentano sempre maggiormente la marea montante della complessità di gestione del paziente cronico e fragile, pertanto ciò che nell’ultimo semestre è accaduto impone un sostanziale cambio di passo e di paradigma.

Tre sono i fattori di cambiamento che impongono tale “rivoluzione”:

- la pubblicazione delle nuove Linee Guida;
- il nuovo emergente Modello Organizzativo del Territorio (come indicato dal PNRR);
- la nuova Nota 100 pubblicata il 26 gennaio del 2022 sul sito AIFA che, come è noto, apre la possibilità anche ai medici di medicina generale (MMG) di avviare e gestire la prescrizione di pressoché tutte le molecole innovative in ambito diabetologico.

Sulle nuove Linee Guida già nella presentazione alcuni degli autori indicano tale momento come una “rivoluzione copernicana”⁽¹⁾, descrivendo quale profonda innovazione vi sia nella gestione della persona affetta da diabete mellito, rendendo plastico ed incontrovertibile l’ormai celebre passaggio dal “treat to target” al “treat to benefit”. Per la prima volta osserviamo una vera e propria transizione dagli Standard di Cura alle Linee Guida che assumono, attraverso l’utilizzo della metodologia GRADE, piena valenza medico legale una volta pubblicate sul sito dell’Istituto Superiore della Sanità, il 26 luglio 2021. In maniera sapiente Luca Monge ci ricorda come questo sia un «lavoro di indiscutibile validità che per la natu-



OPEN
ACCESS



PEER-
REVIEWED

Citation Goglia U. 26 luglio 2021 – 26 gennaio 2022. La tempesta perfetta. JAMD 24:285–287, 2021

DOI 10.36171/Jamd21.24.4.11

Editor Luca Monge, Associazione Medici Diabetologi, Italy

Received January, 2022

Accepted January, 2022

Published February, 2022

Copyright © 2022 Goglia. This is an open access article edited by [AMD](#), published by [Idelson Gnocchi](#), distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](#), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability Statement All relevant data are within the paper and its supporting Information files.

Funding The Author received no specific funding for this work.

Competing interest The Author declares no competing interests.

ra intrinseca del metodo scientifico è perennemente in progress, da aggiornare sistematicamente con il mutare delle evidenze. Gli stessi algoritmi di cura, che visivamente ci guidano nella scelta del farmaco quando siamo di fronte al nostro paziente, hanno il dono di essere essenziali, contrapponendosi ai sempre più complessi algoritmi pubblicati in questi ultimi due anni da ADA, EASD, ESC, AACE».

Ribadisco a questo proposito che la forza delle Linee Guida e della Evidence-Based Medicine non è in contrasto alcuno con la buona pratica medica. Come anche indicato da Alberto De Micheli⁽²⁾, il medico che applica i principi della Medicina fondata sulle prove:

- inquadra i problemi del Paziente e si pone nei suoi confronti dei quesiti e degli obiettivi precisi;
- cerca, secondo un metodo corretto, le migliori soluzioni possibili, servendosi delle prove scientifiche di efficacia di maggior valore presenti nella letteratura medica;
- le interpreta criticamente, alla luce della sua esperienza e abilità, in funzione dell'assistenza mirata a quel singolo paziente.

La valutazione critica e l'assistenza mirata ai bisogni clinici del soggetto, implementati con il "patto di cura" e con la "relazione di cura" rendono il ruolo del medico imprescindibile dalla presa in carico della persona, al di là del quale sarebbero sufficienti algoritmi diagnostico-terapeutici e forme di intelligenza artificiale. A questo riguardo, in conclusione, il medico diabetologo è ben consapevole dell'armamentario a disposizione, frutto di un vero e proprio "rinascimento farmacologico" di questa ultima decade, quindi delle enormi potenzialità offerte dalle nuove molecole, ma sa anche che nella faretra esistono frecce numerose e diverse, da far scoccare in funzione delle multiformi e differenti esigenze di ciascun soggetto, tendendo sempre maggiormente al rispetto delle LG, della EBM e delle RCP dei farmaci disponibili.

Il secondo aspetto è rappresentato dai nuovi modelli organizzativi del territorio.

La pandemia e ancor maggiormente il periodo post-fase acuta della pandemia, ha imposto una accelerazione al processo di "territorializzazione" dell'assistenza clinica del soggetto pluripatologico e fragile, processo che già aveva trovato spazio nei Piani sulla Gestione della Cronicità a distanza di ormai 5 anni da quel 15 settembre 2016, quando fu appunto sottoscritto il primo in sede di Accordo Stato-Regioni.

Alla luce degli investimenti sull'assistenza sanitaria territoriale previsti nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), facenti parte di una quota parte della Mission 6, le Regioni e quindi le Aziende Sanitarie Locali, possono cogliere una grande occasione per iniziare quel processo di trasformazione profonda dell'assistenza di cui da molto tempo si attendono gli esiti.

In questi ultimi anni numerosi sono stati i tentativi, spesso falliti o mal riusciti, di rendere più efficiente e più equo il sistema di assistenza primaria generalista e specialistica, troppo spesso perché ci si è concentrati a considerare i contenitori e le etichette piuttosto che i contenuti e la sostanza dell'assistenza, che è – e rimane – "il momento sanitario", ovvero il momento di incontro tra sanitario (medico-infermiere) e persona assistita, essendo questa interfaccia il vero aspetto su cui investire.

Contrariamente a questo, invece, sappiamo come e quanto si siano accresciuti gli aspetti formali e burocratici che, oltre a rappresentare un inutile rumore di sottofondo e di "entropia" al lavoro clinico, sono tra i principali motivi di demotivazione da parte dei sanitari. Solo ad esempio, il paziente che una volta era considerato a "bassa complessità di cura", come poteva essere un soggetto in trattamento con sola dieta e metformina, che quindi occupava una quota parte non rilevante del tempo di valutazione clinica e di refertazione, oggi impegna sostanzialmente la stessa quantità di tempo, di documenti e di "click" per il completamento di un report sanitario informatizzato rispetto a un paziente ad elevata complessità di cura, in trattamento insulinico intensivo, e pluricomplicato. Quindi se da una parte la formalizzazione del "digital document" ha facilitato la tracciabilità e la sicurezza dei dati, questa ha reso il lavoro quotidiano dei terapeuti spesso più farraginoso.

In data 12 gennaio 2022 la Conferenza Stato Regioni ha dato il via libera alla ripartizione di oltre 6,5 miliardi del PNRR e di circa 1,5 miliardi del Piano nazionale per gli investimenti complementari destinati alla sanità. Più specificamente sono state individuate risorse per Case di Comunità (2 miliardi), ospedali di comunità ed assistenza sanitaria intermedia (1 miliardo), assistenza domiciliare e telemedicina (204,5 milioni), ammodernamento tecnologico e digitale ospedaliero (più di 2,6 miliardi), sicurezza e sostenibilità ospedaliera (638,8 milioni) (Fonte: 12/1/2022 Comunicato Stampa della Conferenza delle Regioni e delle province autonome).

Ogni Regione pertanto ha valutato ed approvato a sua volta progetti che vedono la riorganizzazione del territorio e delle proprie articolazioni, sia in termini di medicina primaria che specialistica, al fine di rendere tali risorse produttive in termine di equa e capillare assistenza.

Il terzo aspetto, che all'interno di tale quadro trova una eccezionale collocazione, è l'ormai tanto attesa "Nota 100", destinata a rappresentare uno spartiacque di notevoli proporzioni all'interno dell'assistenza primaria e specialistica.

Questo perché per oltre dieci anni la possibilità di erogazione dei farmaci antidiabetici innovativi (tutto cominciava con i primi DPP4-inibitori ed i primi GLP1 receptors agonists) era fondamentale appannaggio dei centri specialistici autorizzati alla prescrizione stessa, ospedalieri ma soprattutto diffusi sul territorio.

Tale aspetto nel corso degli anni ha caratterizzato moltissimo l'attività e la specificità dei centri diabetologici. I centri specialistici, oltre ad offrire un servizio di completa presa in carico del soggetto affetto da diabete mellito, che rappresenta poi il fulcro dell'assistenza diabetologica (comprendente la definizione e la comunicazione della malattia, l'imprescindibile importanza dell'educazione agli stili di vita ed alla corretta gestione delle terapie) avevano l'opportunità di utilizzare laddove necessario molecole di innovativa efficacia, anche per questo assumendo nel tempo un ruolo cardine nell'assistenza.

Tale centralità tuttavia non risiede esclusivamente nella possibilità amministrativo-burocratica ad emettere piani terapeutici e quindi autorizzazioni alla prescrizione di tali farmaci, ma risiede soprattutto nell'aver formato e contribuito a consolidare uno specifico know-how di competenze nella gestione della elevata complessità, quale è il soggetto preso in carico dai servizi di diabetologia.

Non secondaria è la ormai riconosciuta capacità di raccolta e gestione dati che grazie alla informatizzazione della cartella clinica (Smart Digital Clinic) permette l'analisi e la conoscenza epidemiologica e clinica di una quantità molto significativa di parametri,

che vedono nella pubblicazione degli Annali AMD un riferimento a livello mondiale di "real world data".

Questa condizione di esclusività prescrittiva, se da un lato consentiva agli specialisti di formarsi una robusta e riconosciuta esperienza nella gestione di tali molecole, dall'altra rappresentava un limite che potenzialmente impediva una equa distribuzione delle risorse terapeutiche a tutta la popolazione affetta da diabete mellito.

È per questo motivo che la Nota 100, pubblicata sul sito AIFA in data 26 gennaio 2022, ovvero sei mesi esatti dopo la pubblicazione delle nuove LG sul sito dell'Istituto Superiore della Sanità, viene salutata con orgoglio e soddisfazione dalle due maggiori comunità diabetologiche italiane, SID e AMD (Comunicato Stampa Intersocietario AMD-SID del 26 gennaio 2022).

Cosa accadrà nell'immediato futuro e come avverrà il cambiamento, è una storia tutta da scrivere.

E questa storia rappresenta la vera sfida del territorio. Nei prossimi mesi manager e clinici delineeranno quello che forse rappresenta "l'ultimo treno" per rendere moderna ed efficiente la qualità dell'assistenza pubblica territoriale a vantaggio delle persone affette non solo da diabete ma dalle molteplici cronicità, che rendono l'anziano ed il grande anziano sempre più "fragili".

I diabetologi sentono la responsabilità di tale impegno e sanno che potranno essere protagonisti di questo processo di cambiamento, cogliendo questi tre aspetti della "tempesta perfetta" come una eccezionale opportunità di virtuosa e necessaria rivoluzione. Ci vuole cuore e mente, scienza e coraggio. La diabetologia italiana risponde: presente!

Bibliografia

¹Mannucci E, Pintauro B. Le nuove linee guida sulla terapia del diabete di tipo 2. Una rivoluzione copernicana. *JAMD* 24:230-231, 2021.

²aemmedi.it/contenuti/evidence-based-medicine-che-cos-e-e-perche-e-importante-per-il-paziente/. Accesso del 28 gennaio 2022.