PRESENTE E FUTURO DEL RUOLO PROFESSIONALE DEL DIABETOLOGO

Domenico Mannino

UOC Diabetologia/Endocrinologia

Grande Ospedale Metropolitano – Reggio Calabria

AMD ASSOCIAZIONE MEDICI DIABETOLOGI
1974 ANNO DI FONDAZIONE

Conflitto di interessi

- In ottemperanza alla normativa ECM ed al principio trasparenza delle fonti di finanziamento e dei rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario, dichiaro di aver ricevuto ,negli ultimi due anni,compensi dalle seguenti aziende

Novo Nordisk

Lilly

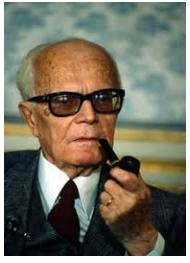
MSD

Glaxo

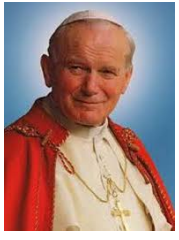
Per partecipazioni a board e/o attività come moderatore/relatore ad eventi congressuali

1978

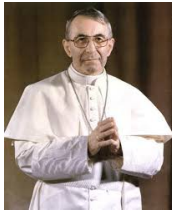
- Sequestro Moro
- Presidenza Pertini
- Prima puntata di Mork e Mindy e di Arnold
- Anno dei tre Papi
- L'Argentina vince i mondiali di calcio
- I Blues Brothers debuttano al Saturday Night Live

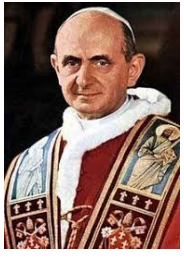






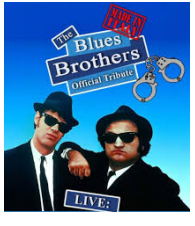








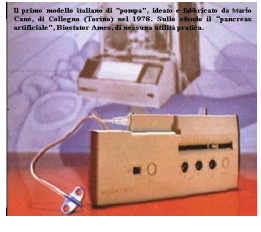




- Metformina/Solfaniluree/Insulina
- Prima misurazione HbA1c
- Primo microinfusore portatile
- Nuova classificazione del diabete
- Reflettometri

NEJM,1976 Koenig,et al

Insulina HM



1978





Il mondo è cambiato!

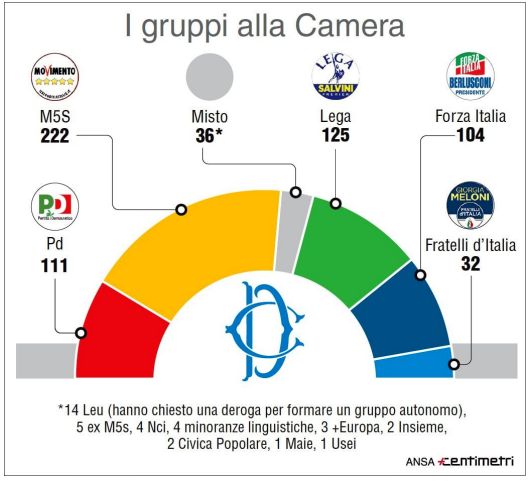












Il diabete è cambiato?

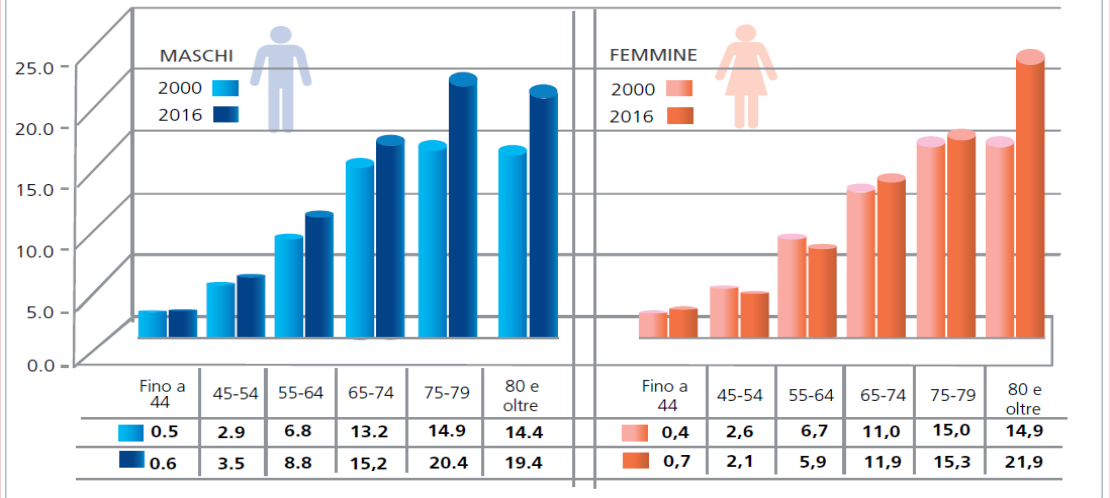
ITALIAN DIABETES & OBESITY BAROMETER REPORT (2018)

PROSPETTO 1. Persone che dichiarano di essere affette da diabete per sesso e classe di età – Anni 2000 e 2016, tassi per 100 persone, composizioni percentuali e valori assoluti (in migliaia)

CLASSI DI ETÀ	2000			2016		
	Maschi	Femmine	Maschi e femmine	Maschi	Femmine	Maschi e femmine
VALORI ASSOLUTI (IN MIGLIAIA)						
Fino a 44	80	61	142	95	107	202
45-54	112	102	213	165	101	266
55-64	222	225	447	328	235	563
65-74	349	365	714	471	411	882
75-79	136	206	342	245	243	488
80 e oltre	97	195	292	273	528	801
65 e oltre	581	766	1.348	990	1.181	2.171
Totale	**995**	**1.155**	**2.149**	**1.578**	**1.625**	**3.203**

Fonte: Istat, Aspetti della vita quotidiana.

Distribuzione per età e sesso della popolazione con diabete. Anni 2000 e 2016. Tassi per 100 persone



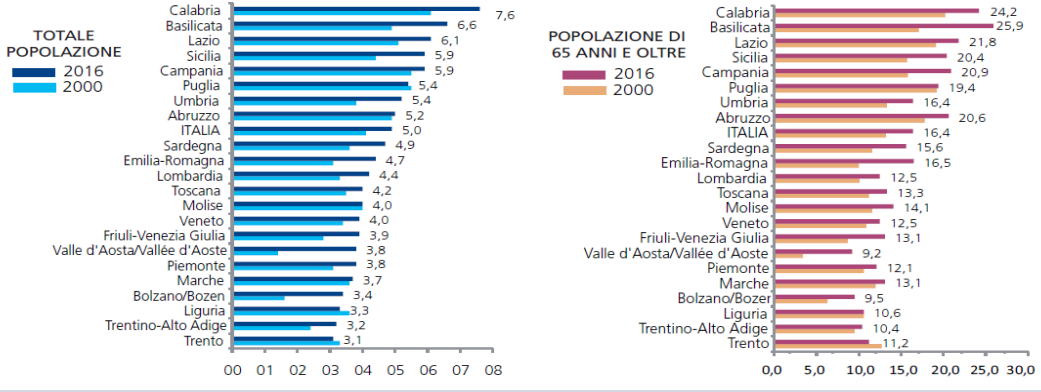
	Fino a 44	45-54	55-64	65-74	75-79	80 e oltre
0.5	2.9	6.8	13.2	14.9	14.4	
0.6	3.5	8.8	15,2	20.4	19.4	

	Fino a 44	45-54	55-64	65-74	75-79	80 e oltre
0,4	2,6	6,7	11,0	15,0	14,9	
0,7	2,1	5,9	11,9	15,3	21,9	

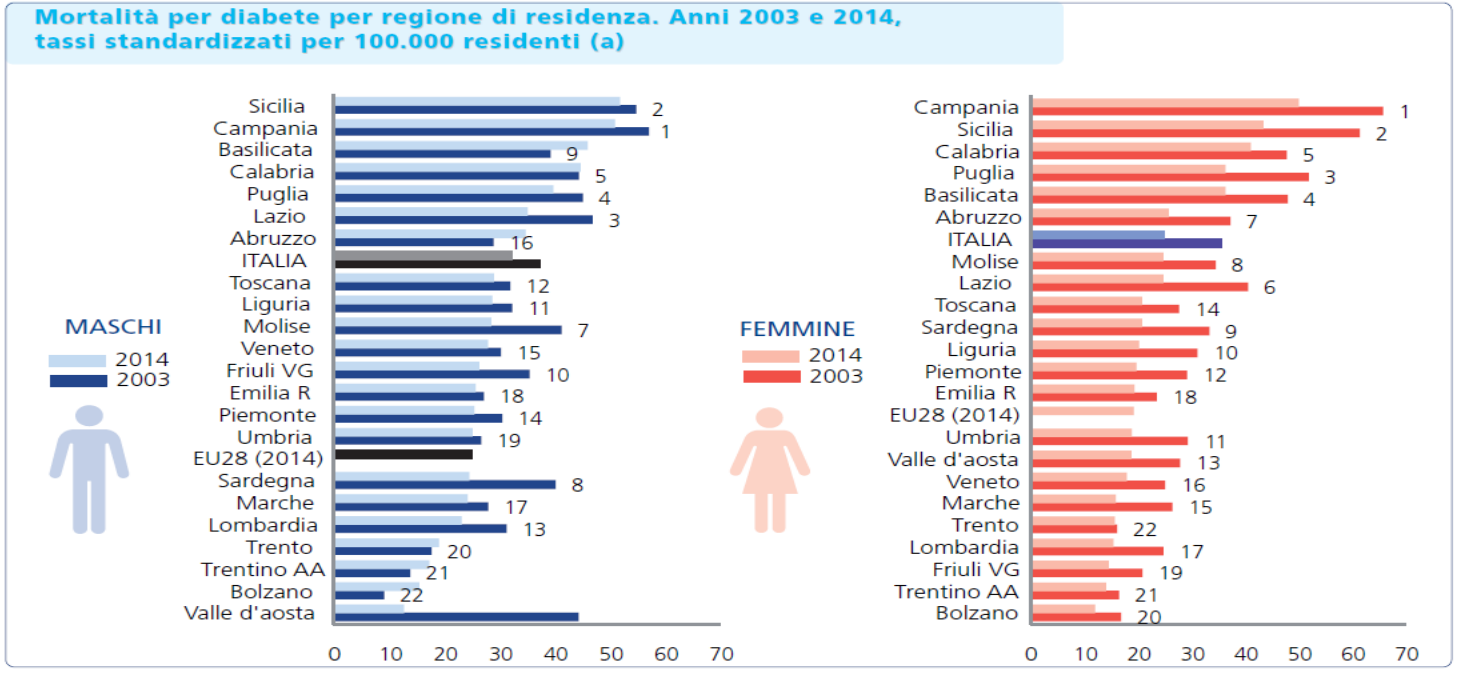
Distribuzione per età e sesso

Differenze regionali

Differenze regionali nella prevalenza del diabete nella popolazione e tra gli anziani. Anni 2000 e 2016. Tassi standardizzati per 100 persone, tassi standardizzati per 100 persone (a).



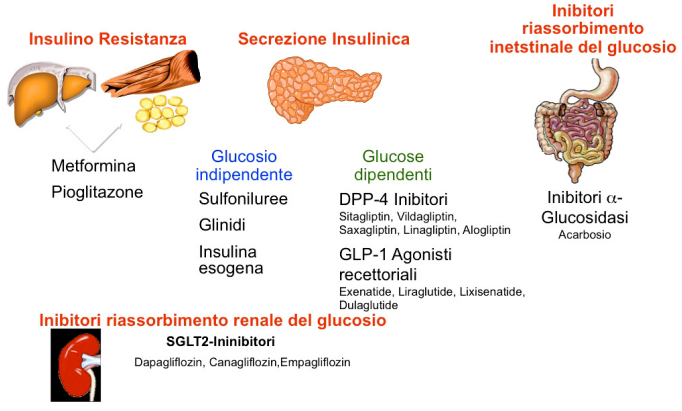
LA MORTALITA' PER DIABETE IN ITALIA

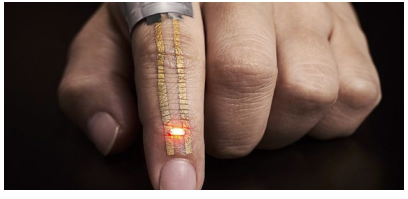


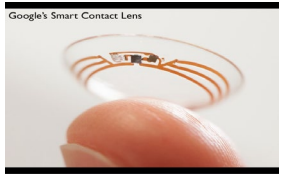
Fonte: Istat, Indagine sui Decessi e le cause di morte.

Il diabete è cambiato!!

- **Nuova conoscenze fisiopatologiche!**
- **Nuovi farmaci!**
- **Innovazione tecnologica!**
- **Nuovi pazienti!**
- **L'ambiente come fattore diabetogeno!**









Novel subgroups of adult-onset diabetes and their association with outcomes: a data-driven cluster analysis of six variables
E. Ahlqvist, P. Storm, A. Käräjämäki, M. Martinell, M.Dorkhan, A. Carlsson, et al
March 01, 2018 The Lancet,Diabetes & Endocrinology

Dal punto di vista storico

- La diabetologia nasce come una branca sub specialistica dell'area internistica, ma si è caratterizzata nel tempo per la sua alta specificità e per le peculiari competenze necessarie a un ottimale trattamento del paziente con diabete mellito e delle sue complicanze, acute e croniche, con la necessità di strutturare percorsi di formazione continua allo scopo di integrare armonicamente i processi di diagnosi, terapia e presa in carico dei pazienti

E in questo periodo il diabetologo si è trovato ad affrontare

- La legge 15/87
- Il Piano Nazionale per la malattia diabetica
- Il Piano Nazionale per la cronicità
- La variazione del titolo V della Costituzione
- L'Aziendalizzazione del SSN
- L'accorpamento delle UOC
- L'informatizzazione delle attività
- L'innovazione tecnologica
- Il lavoro in team
- L'assistenza integrata
- Le guardie interdivisionali
- Etc.

Ma il diabetologo è cambiato?

- Inerzia terapeutica
- Usiamo poco la tecnologia esistente e soprattutto siamo solo fruitori della tecnologia proposta, non siamo noi i propositori
- Siamo rimasti imprigionati entro vecchie concezioni: la valorizzazione economica….l'UO…non ragioniamo per funzioni,competenze e motivazioni
- Non siamo pronti alle nuove esigenze dei pazienti e del SSN: empowerment, engagement, organizzazione felice…

Nel mondo sanitario tutti gli operatori, compresi i diabetologi, si ritrovano a doversi difendere da ristrutturazioni organizzative che non solo mettono in pericolo le “zone confort” costruite nel tempo, ma portano in discussione anche il ruolo svolto per anni.
Attualmente si possono osservare diabetologi che vengono reinseriti in medicina interna, o dislocati sul territorio senza chiare progettualità e spesso con banalizzazione del ruolo.



Ri-trovare il “senso” della professione di diabetologo
A. Ercoli, E. Manicardi, V. Mastrilli et al. J AMD 2017, VOL. 20, N. 1

(Reuters Health) – Secondo un recente studio **dell'A** **l**
Association (AMA) pubblicato da Mayo Clinic
sopraffatti dal burnout curano peggio i loro

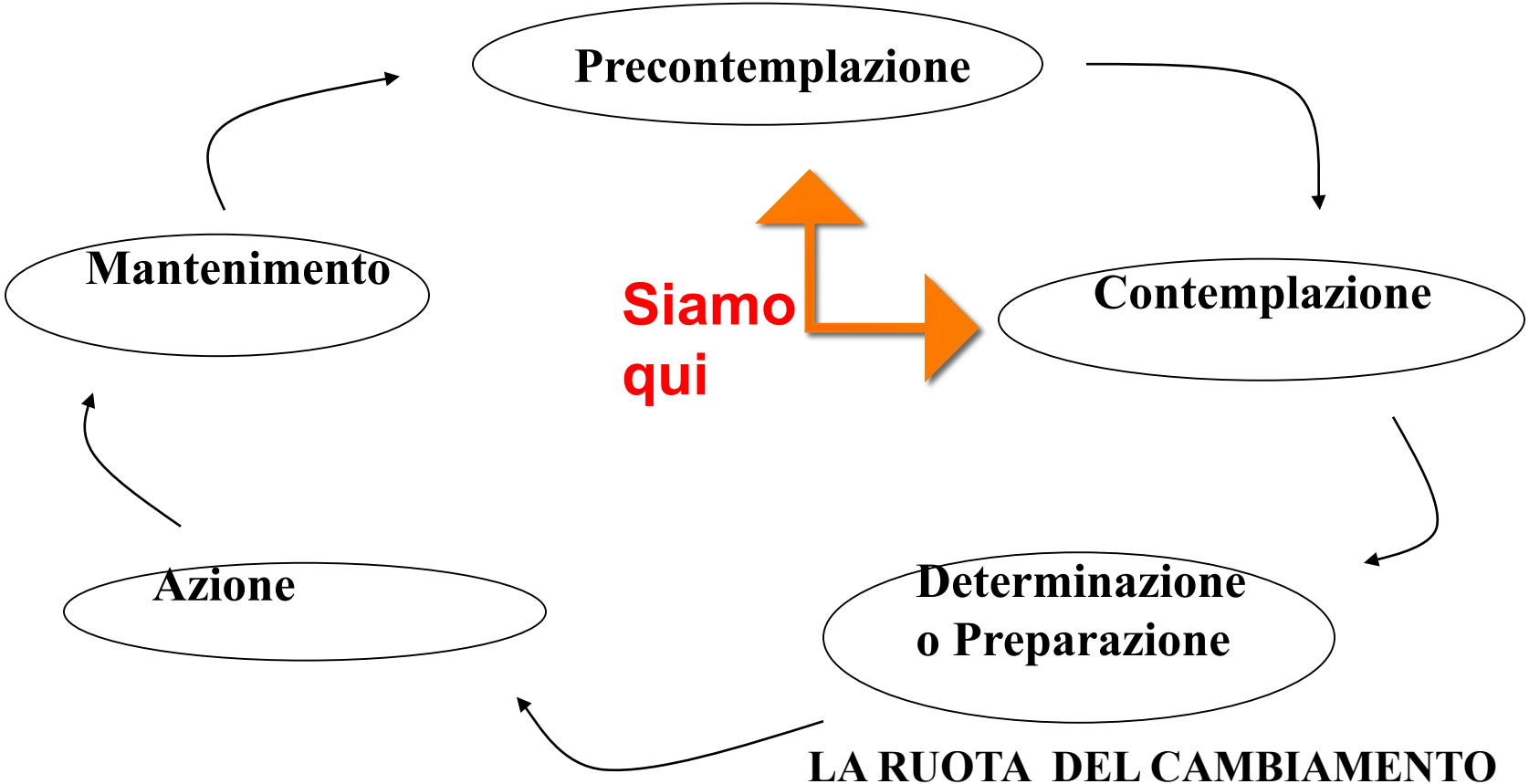
Burned Out at the Bedside: Patient Perc

Burnout in an Internal Medicin
Justin P. Lafreniere, MD1 , Sharon
Ghazarian, PhD4,
Scott M. Wright

Divisi t of Medicine, Naval Medical Center
P ment of
Me y of the Health Sciences, F. Edward Hebert
Scho , USA; 3Division of General
Intern t of Medicine, Johns Hopkins School of Medicine, Johns
Hopkins l Center, Baltimore, MD, USA;
4Departm diatrics, Johns Hopkins School of Medicine, Johns Hopkins
University, timore, MD, USA.

SE I MEDICI CADONO IN BURNOUT I PAZIENTI NON GUARISCONO

Vogliamo cambiare?



LA RUOTA DEL CAMBIAMENTO
(Prochaska J., Di Clemente C., 1980)

Cosa significa cambiamento?

Il cambiamento può essere considerato, nei sistemi aziendali come l'emergere di anomalie,nel funzionamento standard, che vanno risolte per mantenere in essere il funzionamento del sistema.
La Resilienza in questo senso è capacità adattiva che consente a un'organizzazione di rispondere al cambiamento in modo efficace; capacità dell'azienda di superare eventi negativi e traumatici per perseguire un adattamento alle richieste dell'ambiente, resistendo con successo a situazioni avverse e imparando così a sviluppare competenze organizzative, a partire dalle difficoltà, sia di fronte a cambiamenti (dimensione del change management) sia davanti a stressor di vario tipo (dimensione del risk management).

La Matrice della Resilienza



Vogliamo cambiare?

- La malattia cronica necessita di :
  - Un approccio diverso
  - Un processo di cura diverso
  - Un percorso di terapia diverso
  - Una gestione diversa

- **Medici diversi**

Per affrontare le sfide della telemedicina



Di una popolazione più anziana



Di un sistema diverso di integrazione professionale



Dell'Intelligenza Artificiale



Di una tecnologia sempre più a disposizione delle persone



LA FORMAZIONE MEDICA IN TEMA DI DIABETE IN ITALIA

Un importante aspetto per una corretta e appropriata gestione del diabete è la formazione dei professionisti che svolgono un ruolo chiave nella gestione dei pazienti. Negli ultimi decenni il ruolo dei medici coinvolti nel processo di prevenzione, diagnosi e cura delle malattie metaboliche, tanto dei professionisti della medicina generale così come quello dei medici diabetologi è cambiato drasticamente nel tentativo di inseguire il vorticoso processo di evoluzione dei processi sopra descritti che, a loro volta, hanno subito lo shock della massiccia introduzione di innovazione e del rapido turnover della tecnologia.

PROSPETTIVA DI TRANS-FORMAZIONE DEI SERVIZI NELL'OTTICA DELLA CRONICITÀ

- Nello specifico caso del diabete, trattandosi di una patologia complessa e ad alta prevalenza il cui trend tenderà a crescere in maniera significativa in funzione del progressivo invecchiamento della popolazione, appare fondamentale per lo specialista diabetologo, sviluppare competenze che siano trasversali e omnicomprensive e di cui, le società scientifiche, dovranno sempre più farsi promotrici per ottenere un'adeguata formazione dei professionisti coinvolti nella gestione del paziente con diabete.

PROFILO DI RUOLO E COMPETENCY FRAMEWORK DEI PROFESSIONISTI COINVOLTI NELLA GESTIONE DEL DIABETE

Profilo di ruolo	Specifico standard di performance che i lavoratori devono raggiungere nelle loro mansioni, corredati da conoscenze e competenze necessarie per poter adempiere ai loro compiti in maniera efficace.
	Identifica le attività che devono essere svolte per raggiungere l'obiettivo chiave (tradotto in termini aziendali, la "mission" e gli "obiettivi strategici")
	Permette una delega chiara e trasparente, dei compiti e delle responsabilità.
	In altre parole definisce la competenza che è causalmente collegata a una performance efficace o superiore in una mansione e che è misurata sulla base di un criterio stabilito.

- **La competenza è quindi messa in atto in un determinato contesto per raggiungere un determinato scopo e costituisce il valore aggiunto del professionista in una specifica situazione lavorativa.**
- **La riflessione sulla mappatura delle competenze è divenuta centrale nello studio delle figure professionali soprattutto nel settore socio-sanitario dove gli equilibri sono più delicati delle norme rendendo più difficile la revisione delle competenze dei professionisti.**
- **La mappatura delle competenze porta a modificare il sistema in cui è inserito il professionista perché implica "l'analisi di diverse coordinate":**
    - **Valorizzazione dell'esperienza;**
    - **Centralità del soggetto;**
    - **Formazione intesa come processo continuo.**

- **Quanto espresso ha come obiettivo principale la garanzia della qualità dei servizi sanitari centrati sulla professionalità del capitale umano coinvolto.**
- **Il concetto di competenza è quindi un aspetto fondamentale nella gestione del cambiamento e nella capacità d'instaurare percorsi di crescita organizzativa sia in ambito clinico, assistenziale, formativo e manageriale.**
- **In quest'ottica la cultura professionale e l'organizzazione non possono prescindere dal processo di valorizzazione delle competenze come elemento essenziale per agire efficacemente in un'epoca in cui la sfida da porre è riconoscere nei professionisti le competenze "da mettere in gioco". La mappatura, sarà pertanto la base su cui costruire l'intera alta formazione investendo sui diversi livelli di complessità della competenza al fine di creare professionisti realmente "spendibili" nelle organizzazioni e in grado di fornire un valore aggiunto.**

Il core curriculum

- **La proposto all'Associazione Medici Diabetologi rappresenta uno strumento in grado di contribuire concretamente a un cambio gestionale delle cronicità e quindi all'implementazione di un modello assistenziale per la cronicità, in linea con gli obiettivi del Piano Nazionale del Diabete.**
- **Il Core Competence del diabetologo si inserisce nel Progetto Diabetes & Intelligence (DIA&INT) dell'Associazione Medici Diabetologi che si pone l'obiettivo di comprendere l'effettiva utilità di ciascuna attività esercitata dal diabetologo – e quindi di ogni prestazione offerta ai pazienti al fine di supportare le Istituzioni nella definizione,, di nuovi modelli assistenziali per i pazienti cronici.**
- **Peculiarità dello strumento è la correlazione, misurata con metodo scientifico (SROI – Social Return Of Investment), tra attività, conoscenze e competenze del diabetologo e l'impatto che esse producono sugli outcome clinici.**

Il progetto Diabetes Intelligence (DIA&INT) di AMD quale strumento di implementazione del Chronic Care Model: valutazione e ranking delle attività specialistiche secondo il metodo SROI (Social Return Of Investment).N.Musacchio et al. J AMD 2017;20:87-96.

- La best practice diabetologica, emersa nell'ambito del Progetto Diabetes & Intelligence (DIA&INT), è stata delineata a partire dagli Standard di Cura di AMD-SID e ha portato all'identificazione di 25 attività e 19 outcome clinici, coerenti con le linee guida del Chronic Care Model (CCM).
- Per ciascuna di queste attività è stato definito un grado di specificità e priorità, funzionale all'implementazione concreta del CCM. Sono state quindi identificate le prestazioni e gli standard organizzativi più utili nel soddisfare il bisogno di salute della persona con diabete.

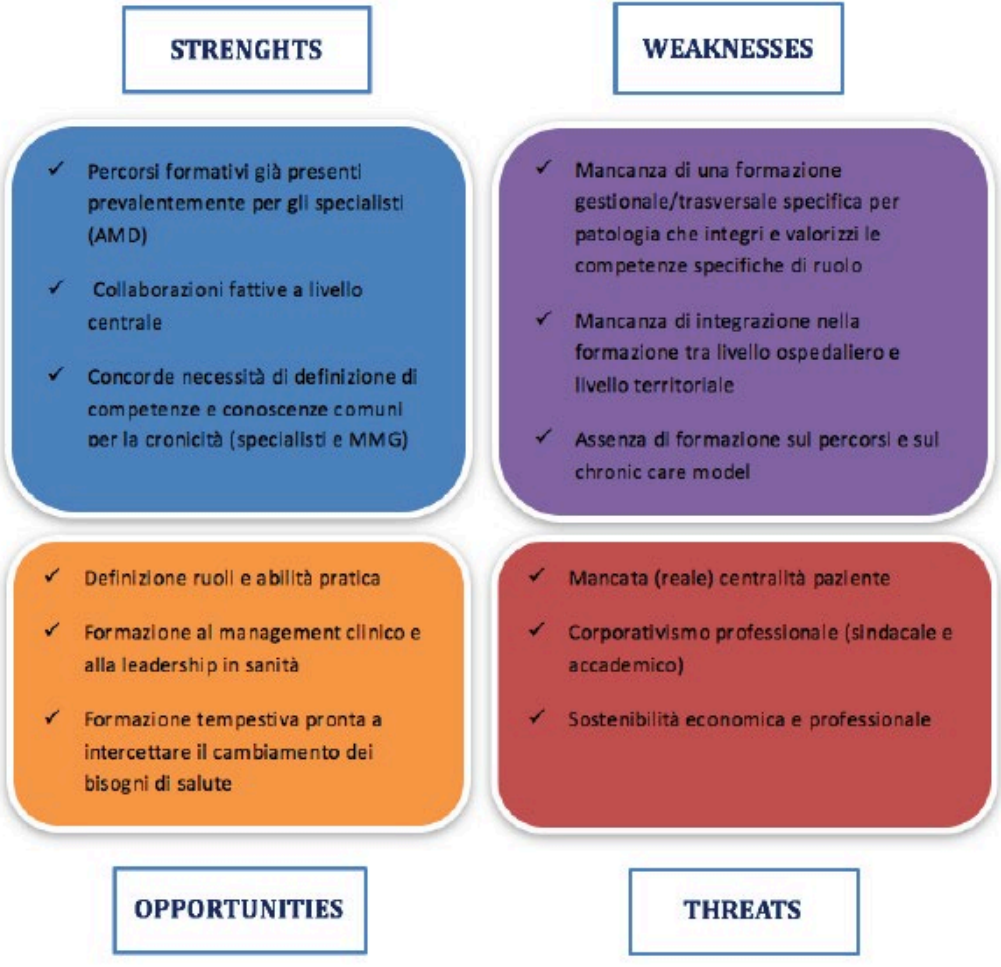
Il progetto Diabetes Intelligence (DIA&INT) di AMD quale strumento di implementazione del Chronic Care Model: valutazione e ranking delle attività specialistiche secondo il metodo SROI (Social Return Of Investment).N.Musacchio et al. J AMD 2017;20:87-96.

- **Le prime in ordine di efficacia, a tal proposito, sono:**
  - **la personalizzazione del piano terapeutico;**
  - **la diagnosi e la valutazione biomedica;**
  - **la concreta valutazione della fragilità del paziente;**
  - **l'educazione alla terapia;**
  - **la garanzia dell'autocontrollo glicemico.**
- **I risultati clinici sui quali incidono positivamente le prestazioni definite da AMD sono: al primo posto l'ottimizzazione del controllo metabolico, al secondo il controllo dei fattori di rischio cardiovascolare, seguono la riduzione delle ospedalizzazioni e degli accessi al pronto soccorso, la riduzione delle giornate di degenza dei pazienti eventualmente ospedalizzati, e in quinta piazza l'aumento dell'appropriatezza nell'utilizzo di tutte le tecnologie disponibili per le persone con diabete.**

***Il progetto Diabetes Intelligence (DIA&INT) di AMD quale strumento di implementazione del Chronic Care Model: valutazione e ranking delle attività specialistiche secondo il metodo SROI (Social Return Of Investment).N.Musacchio et al. J AMD* 2017;20:87-96.**

- **Da qui la necessità di una rivisitazione delle conoscenze e delle competenze del diabetologo per rispondere alle esigenze di gestione della cronicità. Accanto alla figura del diabetologo, un ruolo chiave nella gestione della cronicità e, in particolare del paziente con diabete, è rivestito dal MMG il cui core curriculum deve prevedere, come nel caso degli specialisti, anche i principi fondamentali del Chronic Care Model.**

- **La piena applicabilità del Core Competence Curriculum ai modelli di gestione del paziente cronico avverrà nel momento in cui saranno disponibili, in modo complementare, anche i curricula degli altri professionisti medici coinvolti nella gestione del paziente con malattia diabetica.**
- **Il moderno trattamento del paziente con diabete, maggiormente incentrato sulla persona più che sulla patologia, richiede professionisti esperti e integrati in team multidisciplinari, capaci di impostare trattamenti ad alto grado di personalizzazione, che ottimizzino il bilanciamento tra costi ed efficacia delle tecnologie disponibili in un contesto di grande disponibilità di opzioni terapeutiche, e che siano altresì in grado di attuare specifici interventi educativi sui pazienti per massimizzare la loro capacità di gestione autonoma della patologia nella quotidianità.**


STRENGHTS
WEAKNESSES
✓ Percorsi formativi già presenti prevalentemente per gli specialisti (AMD)
✓ Collaborazioni fattive a livello centrale
✓ Concorde necessità di definizione di competenze e conoscenze comuni per la cronicità (specialisti e MMG)
✓ Mancanza di una formazione gestionale/trasversale specifica per patologia che integri e valorizzi le competenze specifiche di ruolo
✓ Mancanza di integrazione nella formazione tra livello ospedaliero e livello territoriale
✓ Assenza di formazione sui percorsi e sul chronic care model
✓ Definizione ruoli e abilità pratica
✓ Formazione al management clinico e alla leadership in sanità
✓ Formazione tempestiva pronta a intercettare il cambiamento dei bisogni di salute
✓ Mancata (reale) centralità paziente
✓ Corporativismo professionale (sindacale e accademico)
✓ Sostenibilità economica e professionale
OPPORTUNITIES
THREATS

Ruolo del diabetologo nel futuro

- sviluppare sistemi di cura per patologia
- costruire reti di medici e pazienti
- disegnare percorsi assistenziali integrati
- gestire la conoscenza in maniera appropriata e evidence-based
- sfruttare il potenziale delle nuove tecnologie digitali
- coinvolgere i pazienti
- creare e gestire, laddove necessario, piani finanziari e budget riferiti a programmi di salute
- sviluppare la giusta cultura integrata tra professionisti e operatori sanitari, secondo un approccio di valore

Il futuro appartiene a chi sa immaginarlo

Nell'età del progresso,i sogni erano poco più delle fantasie.
Oggi come mai in passato,i sogni sono l'anticamera di nuove realtà.
Anche i nostri sé collettivi- le nostre organizzazioni- devono imparare a sognare.

Gary Hamel,2000

La logica ti porta da A a B.
L'immaginazione ti porta ovunque

Albert Einstein,1955

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

