

## Ricordarsi del futuro: le scelte di oggi, le azioni di domani

Don't forget your future: today's choices, tomorrow's actions



**D. Mannino<sup>1</sup>**

Corresponding author  
domenico.mannino@gmail.com

### ABSTRACT

The therapeutic approach to the diabetic patient has been completely revolutionized in the recent past by the introduction of a novel generation of drug classes, capable of ameliorating the gluco-metabolic control, but also to favor and protect the cardiovascular system.

While we are rapidly progressing through this exciting transition, our National Health Service is facing hard times, mainly attributable to this historic economy crisis. The Establishment has not been able to respond straightforwardly in order to ensure quality care and universal inclusivity, to address issues such as the ever-increasing expenses, poor or discontinuous assistance, to face global aging, lifestyle changes, the increased incidence of chronic diseases in spite of the new and improved medical treatments, especially when considering diabetology. On one hand we have been encouraged to adopt integrated clinical pathways bringing together diverse professional figures to maximize efficacy and effectiveness of the intervention, but on the other hand downsizings, corporate mergers and systematic linear resource cuts, were made.

Chronic stress may become an emotional nuisance for the employee who has to continuously work in this environment and deal with other people. It may interfere with the daily clinical activity of the diabetologist, and even trigger discomfort and burnout syndrome.

To actually change the system, we need to increase self-awareness among healthcare professionals. This, in turn, will increase the dedication to the Vision and the Mission, altogether restoring personal values and motivation, and building up the communication skills that will benefit the person/professional, the entire equip, the relationship with patients and

care-givers, for an overall improvement of patient's empowerment and engagement.

The AMD School for Educators has been conceived to forward these concepts, acknowledging that teaching methods have evolved towards new perspectives and behaviors. This is the key for establishing our individuality, originality, and professionalism. This is the way to achieve technical, social and managerial skills, but also a renewed professional dignity which is not granted by the position covered at work, but rather by the individual, who through the exercise of purpose and motivation may finally feel complete and content of his/her contribution.

**Key words** School for educators, AMD, Burnout, Self-awareness, Self-improvement.

### SINOSI

Gli scenari dell'assistenza alle persone con diabete sono radicalmente cambiati; negli ultimi anni l'innovazione farmacologica ha reso disponibili classi di nuovi farmaci capaci di ottimizzare, non solo il controllo glico-metabolico, ma anche di agire positivamente sull'apparato cardiovascolare.

Mentre viviamo questo rapido ed entusiasmante passaggio, il sistema sanitario affronta momenti difficili legati principalmente alla crisi economica epocale. Per assicurare equità ed universalità di accesso alle cure, per risolvere problemi come costi in aumento, qualità discontinua o scarsa, impossibilità di ottenere assistenza in tempi accettabili, fronteggiare l'invecchiamento della popolazione, il cambiamento dello stile di vita, l'aumento delle patologie croniche e la proliferazione di tecnologie e trattamenti medici, la risposta delle istituzioni, in particolare per quello che riguarda l'area diabetologica, è stata contraddittoria, stimolando da una parte l'adozione di PDTA per garantire efficacia

<sup>1</sup>Presidente Associazione Medici Diabetologi.

ed efficienza degli interventi e l'integrazione delle diverse figure di professionisti, dall'altra procedendo a tagli lineari delle risorse, a riduzione del personale e all'accorpamento delle strutture.

Per l'operatore che lavora continuativamente con le persone in circostanze simili, lo stress cronico può essere emotivamente logorante e causare difficoltà nell'erogazione quotidiana delle cure, attivando tra i diabetologi condizioni di malessere e di burnout.

È di vitale importanza rendersi conto che la "persona operatore sanitario" diventa un anello importantissimo nella catena del sistema sanitario; per rendere "vero" un cambiamento, abbiamo bisogno di risvegliare la consapevolezza, così che essa faccia spazio cosciente alla Vision(e), Mission(e) con il recupero dei propri valori accedendo così ad una rigenerata motivazione, ad un rinnovato atteggiamento e ad una capacità di comunicazione che porterebbe beneficio prima di tutto a se stessi, al team per cui si lavora e alla relazione con i pazienti e le famiglie, rendendo più solido l'empowerment e l'engagement del paziente.

Di conseguenza ha preso forma la proposta della Scuola per Educatori AMD, diventata sostanza anche grazie alla presa di coscienza che il mondo della formazione sta globalmente cambiando, modificando prospettive e comportamenti.

Questo aspetto, spesso negato nelle organizzazioni sanitarie e anche da noi stessi, potrà permettere di esaltare la nostra unicità, originalità, la nostra professionalità, con i suoi aspetti tecnici, relazionali, organizzativi, ma anche la nostra dignità, quella dignità professionale che non viene dal ruolo, ma dalla persona, perché attraverso una rinnovata intenzionalità e ad una rinnovata motivazione possiamo sentirci completi e nuovamente soddisfatti di fare il nostro lavoro.

**Parole chiave** Scuola per educatori, AMD, Burnout, Autoconsapevolezza, Auto-miglioramento.

Gli scenari dell'assistenza alle persone con diabete, durante l'arco del XX secolo sono radicalmente cambiati; da principio solo l'insulina consentiva<sup>(1)</sup> una terapia efficace per la sopravvivenza delle persone con diabete; successivamente, in special modo negli ultimi anni, l'innovazione farmacologica è diventata incalzante, quasi frenetica, ed ha reso disponibili numerose classi di nuovi farmaci capaci di ottimizzare non solo il controllo glico-metabolico<sup>(2,3)</sup>, ma anche di agire positivamente sull'apparato cardiovascolare<sup>(4,5,6)</sup>. Lo sviluppo del pensiero medico ha inoltre permesso l'evoluzione di concetti come l'educazione terapeutica

del paziente<sup>(7)</sup>, l'individuazione del team come elemento di pratica clinica essenziale per ottenere outcomes di cura ottimali<sup>(8)</sup>, l'evidenziazione della necessità di trattare immediatamente con tutte le possibilità terapeutiche il paziente fin dal momento della diagnosi<sup>(9,10)</sup>, infine lo sviluppo di sistemi informatici e di modelli di comunicazione innovativi e interattivi.

Tutto questo ha reso possibile un miglioramento continuo della qualità di vita del paziente e degli esiti clinici attesi.

Mentre viviamo questo rapido ed entusiasmante passaggio da una diabetologia tradizionale ad una moderna, al passo con i tempi, che muta momento dopo momento sotto i nostri occhi, rendendo obsoleti farmaci e conoscenze, costringendo l'operatore sanitario a rinnovare continuamente contenuti e comportamenti della sua professione, il sistema sanitario affronta, purtroppo, momenti difficili legati principalmente alla crisi economica epocale nella quale il nostro paese è coinvolto. Per assicurare equità ed universalità di accesso alle cure, per risolvere problemi come costi in aumento, qualità discontinua o scarsa, impossibilità di ottenere assistenza in tempi accettabili, fronteggiare l'invecchiamento della popolazione, il cambiamento dello stile di vita, l'aumento delle patologie croniche e la proliferazione di tecnologie e trattamenti medici, la risposta delle istituzioni, in particolare per quello che riguarda l'area diabetologica, è stata contraddittoria, stimolando da una parte l'adozione di PDTA per garantire efficacia ed efficienza degli interventi e l'integrazione delle diverse figure di professionisti, dall'altra procedendo a tagli lineari delle risorse, a riduzione del personale e all'accorpamento delle strutture<sup>(11)</sup>.

Al personale che opera nelle strutture sanitarie, viene inoltre richiesto di trascorrere più tempo negli ambulatori, dove il coinvolgimento è intenso, in quanto l'interazione tra operatore e utente è frequentemente centrata su problemi contingenti (problemi di tipo fisico, psicologico o sociale) spesso gravati da sensazioni d'ansia, imbarazzo, paura o disperazione.

Poiché non sempre la soluzione dei problemi dell'utente è semplice o facilmente ottenibile la situazione diventa ancor più ambigua e frustrante.

Per l'operatore che lavora continuativamente con le persone in circostanze simili, lo stress cronico può essere emotivamente logorante e causare difficoltà nell'erogazione quotidiana delle cure, attivando tra i diabetologi condizioni di malessere e di burnout<sup>(12)</sup>, inteso secondo la teorizzazione di Cherniss come:

«[...] un “processo transazionale” (cioè condiviso) tra cause organizzative e abilità generali, che può innescare una demotivazione che si auto-alimenta mediante un circolo vizioso: all’atteggiamento di evitamento dell’ambiente stressante, si associa una diminuzione dell’efficacia della prestazione professionale, perché l’entusiasmo, l’ottimismo e il coinvolgimento personale vengono meno; il fallimento, a sua volta, ha come conseguenza un incremento della frustrazione che, ciclicamente, comporta un ulteriore insuccesso [...]»<sup>(13)</sup>.

Le condizioni di stress e burnout del medico possono portare a errori, anche gravi, come dimostrato da numerosi studi<sup>(14)</sup>, e tutto è collegato con gli outcomes clinici e la soddisfazione del paziente<sup>(15,16)</sup> l’aderenza alle prescrizioni terapeutiche<sup>(17)</sup> e, più in generale, alla fiducia nei confronti dell’organizzazione assistenziale<sup>(18)</sup>.

## NECESSITÀ DEL CAMBIAMENTO

### (INERZIA TERAPEUTICA,

### NON ADERENZA, ETC.)

Uno degli errori in cui il diabetologo incorre con grande frequenza, come dimostrato dagli Annali AMD<sup>(19)</sup> e da numerosi studi che analizzano i comportamenti prescrittivi, è rappresentato dall’inerzia terapeutica cioè la non applicazione di terapie, metodologie e tecnologie nella pratica quotidiana, per un’insufficiente conoscenza del problema che queste dovrebbero risolvere. Il fenomeno è più frequente di quanto si pensi e riguarda, in modi differenti, tutti i livelli di cura.

Malgrado sia ormai evidente la necessità di raggiungere un controllo glicemico ottimale, meno della metà dei pazienti con DM2 raggiunge i livelli di HbA1c consigliati dalle linee guida. In questo senso, diventa di primaria importanza una scelta appropriata dei farmaci utilizzati per la cura del diabete, anche considerando che i benefici ottenuti attraverso un miglior controllo glicemico possono essere completamente annullati dagli effetti collaterali del trattamento, come l’incremento ponderale e le ipoglicemie<sup>(20)</sup>.

L’attuale Consensus Statement dell’American Diabetes Association e dell’European Association for the Study of Diabetes<sup>(21)</sup>, così come gli Standard di cura AMD-SID<sup>(22)</sup> suggeriscono un intervento terapeutico precoce, al momento della diagnosi, con la metformina in associazione alla modifica dello stile di vita e l’eventuale progressiva aggiunta di altre terapie fino al raggiungimento e al mantenimento

dei livelli raccomandati di controllo glicemico. In particolare, viene raccomandato di intensificare il trattamento già dopo 3 mesi nei pazienti che non abbiano raggiunto gli obiettivi con la monoterapia farmacologica e la modificazione dello stile di vita.

L’inerzia terapeutica, ovvero il mancato cambiamento di terapia quando questa non risulti in grado di ottenere gli obiettivi prefissati, costituisce uno dei fattori che maggiormente incidono sul mancato raggiungimento di un buon compenso glicemico, ed è uno degli errori in cui il diabetologo incorre con grande frequenza, come dimostrato dagli Annali AMD e da numerosi studi che analizzano i comportamenti prescrittivi. Il fenomeno è più frequente di quanto si pensi e riguarda, in modi differenti, tutti i livelli di cura.

Altro serio problema è rappresentato dalla non aderenza del paziente alla prescrizione terapeutica, intesa non solo come prescrizione farmacologica ma anche come counselling sullo stile di vita. Il rapporto Nazionale sull’uso dei farmaci relativo all’anno 2015 evidenzia che la percentuale di aderenza alla prescrizione è del 68.3% nei pazienti non occasionali, con una oscillazione che va dal 29.0% di aderenza dei nuovi pazienti, al 69,2% di quelli già in trattamento<sup>(23)</sup>.

La non aderenza ha un costo rilevante, interessanti risultati sono riportati in una recente analisi condotta dall’Institute for Health Care Informatics, che ha stimato l’impatto economico dell’utilizzo non appropriato dei farmaci in 186 Paesi tra cui l’Italia. Lo studio ha considerato sei malattie croniche di elevato impatto quali diabete, osteoporosi, scompenso, HIV, iperlipidemia, ipertensione, stimando in circa 300 miliardi di dollari i costi derivanti dall’utilizzo non ottimale delle terapie farmacologiche.

Due terzi di questi costi sono attribuibili a circa dieci milioni di ospedalizzazioni evitabili, equivalenti a circa 140 miliardi di dollari. In particolare, la voce associata alla più consistente dispersione di risorse è risultata la non aderenza alla terapia, con un valore pari a quasi il 50 per cento del totale. Tale costo corrisponderebbe a circa 105 miliardi di euro per il 69 per cento attribuibile a ospedalizzazioni.<sup>(24)</sup>

Da queste riflessioni, le domande che forse potremmo porci potrebbero essere le seguenti: chi ha la responsabilità della non aderenza? della scarsa motivazione dei pazienti? della loro scarsa educazione alla salute e della conseguente mancata percezione del rischio derivante da cure imprecise e discontinue?

La prima risposta di getto, potrebbe essere che la responsabilità di tutto questo sia del paziente,

forse, ma è bene ricordare che il paziente è solo una faccia della medaglia, dall'altra parte, se vogliamo essere più attenti e sottili esiste l'organizzazione dell'assistenza la quale non valorizza con la giusta enfasi i momenti di engagement ed empowerment del paziente.

A questo punto è conseguenza logica un'altra domanda: come potrebbe farlo se gli stessi medici o chi lavora nel team diabetologico, non sono a loro volta "engaged ed empowered" a comunicare con il paziente?

Tutto quanto sopra indicato dimostra quindi la necessità di un cambiamento ed il cambiamento che ci aspetta non consente di mettere in atto soluzioni semplici; è necessario infatti prestare attenzione e rinnovare il nostro atteggiamento mentale, riprendendo e rinnovando la nostra vision personale e professionale, prendendo coscienza e ridefinendo meglio, la mission e i valori che ci guideranno e che saranno strumenti di un nuovo impegno personale e associativo modificando così le nostre azioni per indurre, come conseguenza un nostro cambiamento, a responsabilizzare in modo più efficace i cittadini a stili di vita più salutari, individuando nuovi approcci per promuovere la salute e l'erogazione dell'assistenza facendoci promotori della migliore utilizzazione delle risorse disponibili.<sup>(25)</sup>

## RECUPERARE LA

## CONSAPEVOLEZZA DI SÉ

Recuperare la consapevolezza significa ri-sintonizzarsi con noi stessi affinché dal proprio mondo interiore possa riaffiorare la vision(e) di sé.

La vision(e) permette, tra le diverse opzioni che abbiamo, di chiarire la direzione verso cui si deve muovere il cambiamento a lungo termine, attiva la motivazione per poter "Essere", proiettando in un tempo indefinito lo scenario immaginato che vogliamo raggiungere nel futuro.

La Vision(e) nutrita dagli ideali e dalle aspirazioni ha bisogno, per essere realizzata, della sua mission(e) che nell'individuo, come nelle organizzazioni, attiva le risorse e la scelta degli strumenti per rendere concreto il sentiero da seguire, con comportamenti che permettono di realizzare l'obiettivo della vision(e)

La Mission(e) nella dimensione del tempo, si focalizza in modo più accentuato sul presente, fornendo un buon piano operativo contenente le azioni da svolgere giorno per giorno.

Chiaramente, affinché i due elementi vision(e) e

mission(e) possano dare degli effettivi riscontri, devono sempre essere coerenti e procedere di pari passo.<sup>(26)</sup>

Quindi connettere o ri-connettersi alla propria consapevolezza attraverso Vision(e) e Mission(e) consente di far emergere in senso positivo le proprie energie interiori ed esaltare le proprie capacità di resilienza richiamando la motivazione ad agire, sottraendosi alle condizioni di malessere e di burnout.

Massimo Gramellini in uno scritto apparso nella rubrica *Il Buongiorno*, che il giornalista firmava sul quotidiano "La Stampa", così scriveva ai lettori: <[...] dalla crisi non si esce facendo meglio quello che sanno fare anche gli altri, ma facendo al meglio ciò che sappiamo fare solo noi [...]>.

## IL CONCETTO DI VALORE

Dopo aver reso noto il concetto di Vision(e) e Mission(e) è importante parlare ora del concetto di valore in quanto sono i valori che guidano i comportamenti umani, aziendali, sociali e associativi e accompagnano Vision(e) e Mission(e).

Il termine 'valore' è usato abitualmente nel linguaggio ordinario in due significati diversi, ma interscambiabili. In un primo significato qualsiasi cosa sia ritenuta oggettivamente importante o sia soggettivamente desiderata è o ha un valore<sup>(27)</sup>. In un secondo significato il valore non indica l'oggetto dell'interesse, ma il criterio della valutazione, ossia il principio generale in base al quale approviamo o disapproviamo una certa azione, come quando disapproviamo chi non mantiene la parola data, perché non rispetta un principio di lealtà nei rapporti interpersonali. Nel linguaggio comune i 'valori', al plurale, indicano gli ideali a cui gli esseri umani aspirano.

I valori si realizzano, dunque, storicamente e si connettono in vario modo con la realtà sociale, l'organizzazione economica e giuridica, le tradizioni, i costumi e i simboli di una collettività. L'importanza della definizione risiede soprattutto nell'aver distinto chiaramente due ambiti: quello sociale, professionale, nel nostro caso, costituito dai valori a cui si attribuisce la funzione di stimolare gli atteggiamenti, e quello individuale, costituito dai processi soggettivi e dalle disposizioni personali dei singoli nei confronti dei valori. La componente affettiva dei valori implica la collocazione di oggetti, persone, azioni lungo un continuum di approvazione-disapprovazione. I valori, infatti,

sono resi socialmente operanti attraverso il biasimo riservato a coloro che mostrano di non riconoscerli. Imbarazzo, vergogna, colpa rappresentano i correlati soggettivi suscitati dall'agire non conforme ai valori condivisi.

Lo psicologo Milton Rokeach<sup>(28)</sup> ha sostenuto che i valori sono organizzati in una gerarchia stabile e duratura, variabile da individuo a individuo.

Sia i valori personali che professionali degli operatori sanitari possono influenzare la loro decisioni sulla cura del paziente<sup>(29,30)</sup>. I valori professionali guidano il comportamento come membri di un gruppo di professionisti<sup>(31)</sup>, vengono deliberatamente selezionati come valori che formano l'identità, i principi e le credenze del gruppo<sup>(32)</sup> e sono generalmente definiti nel codice etico<sup>(33)</sup>. I valori personali sono formati in una fase precoce della vita attraverso l'apprendimento nella famiglia, nella società e durante la frequenza scolastica, attraverso un processo continuo di socializzazione, di acquisizione e diffusione di abilità, comportamenti, valori e norme, processo importante per rendere una persona membro di una determinata società<sup>(34)</sup>. I valori professionali vengono sviluppati più tardi nella vita attraverso la socializzazione professionale; i professionisti imparano a interiorizzare i valori attraverso percorsi di formazione e osservando modelli di ruolo<sup>(35,36)</sup>.

Alcuni dei valori personali possono già essere allineati con i valori di professione<sup>(37)</sup>, mentre altri vengono modificati per allinearsi e consentire di assumere un ruolo professionale identitario<sup>(38,39)</sup>.

Tuttavia, alcuni dei valori personali di un individuo rimangono importanti nella vita quotidiana e influenzano la pratica professionale portando a conflitti di valore tra il personale e il professionale. I valori che guidano il processo decisionale clinico variano da contesto a contesto, e talvolta non si è in grado di distinguere chiaramente tra valori personali e professionali<sup>(40)</sup>. Tuttavia la professionalità richiede che gli operatori sanitari siano in grado di negoziare decisioni che siano nel migliore interesse dei loro pazienti.

## COSA INTENDIAMO PER VALORE IN SANITÀ? IL VALORE DELLA SALUTE

Il bene salute che si vuole garantire al paziente è il frutto di interventi capaci di considerare le aspettative del malato.

La pratica medica, anche considerata non secondo l'ottica del singolo medico o ricercatore ma sul piano istituzionale, coinvolge in vari modi un riferimento a valori.

La medicina è una articolazione della nostra cultura che si presenta come una pratica scientifica attraverso la quale gli esseri umani individuano le malattie e cercano di ricostituire la salute. Ma la medicina è anche, nello stesso tempo, una pratica sociale con il cui ausilio si cerca di garantire le cure e la salute non solo a quante più persone è possibile nella nostra attuale generazione, ma anche alle persone che faranno parte delle generazioni future.

Certo gli interventi medici debbono intervenire per produrre quello specifico valore che alcuni decenni fa Georg Henrik von Wright caratterizzava come *medical goodness* ma questo valore non può essere minimamente afferrato senza ricostruire in una forma compiuta le vicende storiche che hanno portato al corpo che ci sta di fronte e alle patologie che lo colpiscono<sup>(41)</sup>.

Oggi giorno nella cultura umana la medicina si presenta anche, da un'altra prospettiva, come pratica sociale che deve riuscire a fare arrivare il valore che la permea, ovvero la salute, ad individualità umane tutte diverse le une dalle altre e a distribuire tale valore in modo equo, se vogliamo che le nostre pratiche sociali sopravvivano. Riusciamo così a comprendere come teorici della società come Amartya Sen<sup>(42)</sup> abbiano fatto valere l'esigenza di mettere ai primi posti i modi in cui sono affrontate e risolte le questioni sanitarie per fissare le valutazioni del grado di crescita e sviluppo sociale raggiunto dai vari Stati e società umane. La funzionalità di questi sistemi sta anche nella incidenza che hanno in essi professionisti della medicina in grado di comprendere che il valore salute che cercano di garantire ai pazienti che incontrano non è un bene astratto e prefabbricato, né un mero risultato di una raccolta di dati strumentali e di laboratorio, ma piuttosto il frutto di una loro capacità di intervento che sappia tenere conto anche dei valori individuali espressi dai loro pazienti.

Come tradurre, allora, in realtà il concetto di valore? Come spesso accade in medicina, il primo passo critico è rappresentato dalla sua misurazione. Chi fornisce prestazioni sanitarie ha bisogno di acquisire i dati sugli esiti considerati importanti per i pazienti, i cosiddetti patient-centered outcome – così come i costi per curare ciascun paziente. Questi dati costituiscono elementi essenziali per apprezzare un miglioramento del valore delle cure nel tempo<sup>(43)</sup>. Tuttavia, accedere a tali informazioni non è per nulla semplice, poiché la raccolta di tali

dati non solo non viene incoraggiata, ma spesso perfino ostacolata dalla struttura organizzativa della sanità stessa, i cui sistemi informativi sono stati progettati principalmente per aiutare i medici nello svolgimento della loro pratica clinica e per definire le spese ad essa correlate. Esiti di salute importanti non vengono regolarmente registrati: quelli legati allo stato funzionale del paziente, ad esempio, restano addirittura come testo libero dentro le cartelle cliniche, rendendone impossibile alcuna analisi.

Le informazioni che generalmente interessano i provider sono legate principalmente alla produttività del medico, ad esempio in termini di numero di visite effettuate e costi relativi, mentre meno importanza viene data ad episodi legati alla salute del paziente, come eventuali accessi al pronto soccorso o riammissioni in ospedale.

Impegnarsi nella valutazione di ciò che accade al paziente nel suo percorso di cura, piuttosto che limitarsi ad analizzarne le modalità di erogazione, consentirebbe di intraprendere delle sfide importanti<sup>(44)</sup>. Prima fra tutte quella di “espandere”, in termini di tempo, la misurazione degli esiti, occupandosi di misurare e gestire non più soltanto singoli eventi, come il ricovero, ma “i tempi di ciclo terapeutico”, ovvero gli intervalli tra i momenti chiave del percorso terapeutico del paziente. L’implementazione del concetto di valore in sanità richiede un vero e proprio lavoro di squadra, significa acquisizione dei dati prodotti da diverse figure del sistema di erogazione delle cure, significa anche e soprattutto condivisione di responsabilità sulle prestazioni sanitarie offerte al paziente.

Il miglioramento degli esiti, come la riduzione dei costi dell’assistenza sanitaria, non può essere raggiunto senza una cooperazione attiva tra i diversi provider, di difficile realizzazione se tutti continuano ad operare come soggetti distinti volti a raggiungere solamente i propri interessi. È necessario, quindi, un importante cambiamento, sia culturale sia organizzativo, tra gli operatori sanitari, che possa spingerli a collaborare come un’organizzazione concentrata nella distribuzione dei migliori risultati di salute, da raggiungere nel modo più efficiente possibile.

Il valore non deve in alcun modo rappresentare uno strumento per confrontare i diversi erogatori di cure, bensì si pone l’obiettivo di creare un contesto di miglioramento, sia a livello di struttura sanitaria che di singolo medico.

L’aspetto più importante – e l’argomentazione di Peter J. Neumann e Joshua T. Cohen<sup>(45)</sup> appare davvero convincente – è che qualsiasi decisione dovrebbe essere inserita in una cornice capace di contestualizzarla.

Queste sono le premesse per una convincente misurazione del valore delle nuove terapie.

## LA CAPACITÀ DI COMUNICARE

Il SSN si confronta da tempo con il problema della qualità dell’assistenza il cui miglioramento richiede, accanto alla tradizionale dimensione clinica-organizzativa anche l’attivazione di processi di coordinamento e relazionali che in un sistema multidisciplinare divengono prerogative essenziali per ottenere performance adeguate da parte del sistema. In tal senso è necessario diffondere la consapevolezza dell’importanza di tali processi ai fini delle qualità e sicurezza delle cure e l’effettivo utilizzo di strumenti e metodologie, ampiamente disponibili, che consentono l’appropriata comunicazione, il coordinamento, l’integrazione dei profili professionali coinvolti nei percorsi assistenziali, dei pazienti e dei familiari, nonché la valorizzazione del ruolo e della responsabilità di tutte le figure professionali che operano nel team.

Il fattore comunicazione in medicina riveste una peculiare rilevanza in considerazione della molteplicità degli elementi umani, tecnologici, organizzativo/gestionali che interagiscono nel sistema sanitario, nel quale la comunicazione tra i pazienti e i professionisti e tra gli stessi professionisti, in qualsiasi setting assistenziale, è un fattore sostanziale.

Partendo dalla consapevolezza che i professionisti sanitari devono far fronte quotidianamente a situazioni tecniche, organizzative, umane e relazionali complicate e spesso difficili da gestire, diventa fondamentale la capacità di interagire in modo positivo con pazienti e colleghi nel proprio ambiente di lavoro.

La capacità degli operatori sanitari di porsi in modo equilibrato ed efficace nell’ascolto e nell’osservazione di ciò che il paziente può comunicare e di dialogare in maniera altrettanto efficace sia con i pazienti che con colleghi e collaboratori, è un’abilità, spesso sottovalutata, che deve essere adeguatamente promossa in ogni contesto di cura.

La efficace comunicazione in sanità non può essere affidata soltanto alla spontaneità di procedure e di forme comunicative innate o attitudini personali, ma è necessario che ogni operatore sanitario acquisisca e sviluppi specifiche abilità comunicative tramite training e percorsi formativi che considerino anche i contesti e le situazioni temporali e contingenti, in questo modo questo potrà rafforzare sia il gioco di squadra in un team

diabetologico che il rapporto con il paziente ed a questo punto, oltre la “cura” potrà esistere anche una relazione che cura<sup>(46)</sup>.

## NUOVO CONTESTO E STRUMENTI

### PER APPRENDERE

Questo percorso di riflessione è partito dalla cornice storicizzata di una **diabetologia in forte evoluzione** evocando il termine **cambiamento** come parola che tocca i comportamenti legati all’inerzia terapeutica e alla non aderenza del paziente, e come parola reiterata in tutti gli ambienti sociali, organizzativi, professionali, fino a riguardare ogni singolo individuo. È di vitale importanza rendersi conto che la “persona operatore sanitario” diventa un anello importantissimo nella catena del sistema sanitario; per rendere **vero** un cambiamento, abbiamo bisogno di risvegliare la consapevolezza così che essa faccia spazio cosciente alla **Vision(e)**, **Mission(e)** con il recupero dei propri **valori** accedendo così ad una rigenerata motivazione, ad un rinnovato atteggiamento e ad un’incapacità di comunicazione che porterebbe beneficio prima di tutto a se stessi, per ridurre stress e burnout, al team per cui si lavora e alla relazione con i pazienti e le famiglie favorendo un modo aggiornato di fare educazione terapeutica con strumenti e metodi innovativi rendendo ancora più solido l’empowerment e l’engagement del paziente, che lo spinga fino in fondo ad essere parte attiva del processo di cura. L’apprendimento quindi diventa “Learning agility”<sup>(45)</sup> ossia un’abilità di ognuno di noi di imparare dall’esperienza per rendere quanto più possibili agili i comportamenti e rispondere così alle sfide quotidiane.

È importante, quindi, affrontare il nuovo che avanza rapidamente recuperando anche il proprio “Essere”, per stare in equilibrio con un “fare” diverso. Ecco la forte esigenza di fondare una scuola di educatori, presentata all’interno del progetto di presidenza chiamato “Synthesis”, che possa dare un forte contributo a questo rinnovamento così impetuoso ed importante.

Abbiamo, prima di pianificare i programmi, dato un’identità a questo progetto, definendo vision, mission e valori per rendere chiara la direzione. L’AMD vuole traghettare questo cambiamento in modo trasparente, nuovo, che permetta di stimolare crescita ed evoluzione con i parametri di un nuovo modo di “essererci” in una professione come quella del diabetologo che ha bisogno di

### VISION

Formare operatori sanitari alla “Learning Agility”, (abilità e propensione della persona ad imparare dall’esperienza) favorendo l’agilità comportamentale e di adattamento per superare tutte quelle strategie applicate al passato, che non possono più funzionare negli attuali contesti professionali.

Tutto questo per permettere di risvegliare il riconoscimento non solo delle risorse esterne a disposizione, ma anche di tutte quelle risorse interne del diabetologo che concorrono alla diminuzione delle resistenze intime per stimolare una rinnovata motivazione, per attraversare gli ostacoli legati ai rapidi cambiamenti organizzativi dovuti a crisi economiche, sociali, politiche insieme alla presenza di nuove tecnologie e di nuovi sistemi di comunicazione.

### MISSION

Utilizzare strumenti propri del metodo educativo AMD, impiegando metodologie attive, interattive, esperienziali, unite a tecniche innovative che agiscano modificando i modelli comportamentali della prassi quotidiana.

### VALORI

Vivere con rinnovato ENTUSIASMO il trasferimento delle abilità e competenze, favorendo l’ACCOGLIENZA per generare engagement ed empowerment, esprimendo il proprio operato con TRASPARENZA e UNICITA’, sviluppando COLLABORAZIONE e COOPERAZIONE per raggiungere un SUCCESSO di squadra attraverso risultati misurabili. Essere promotori di CAMBIAMENTO, FLESSIBILITÀ e INNOVAZIONE per attraversare i cambiamenti epocali, mettendo in gioco SICUREZZA e PROFESSIONALITÀ.

recuperare la sua leadership di competenza, di influenzamento all’interno dei contesti sanitari. Abbiamo sviluppato programmi tenendo conto di tutto quello sopra descritto, con il forte desiderio di cominciare il prossimo anno tenendo in costante aggiornamento tutti i soci attraverso sistemi tecnologici affinché tutti, purché interessati, possano avere informazioni al riguardo, anche senza partecipare attivamente.

## CONCLUSIONI

Lo scenario della medicina sta cambiando in maniera repentina e il “teatro delle cure” vede molti nuovi attori su un palcoscenico che si trasforma continuamente e che ha bisogno di una nuova generazione di “registi”. Nuovi bisogni, tecnologie innovative per la diagnosi e la cura, domanda di salute sempre più accurata e informata, sostenibilità a rischio, implicano una trasformazione profonda dei modelli organizzativi e dei meccanismi di gestione. La sfida della gestione è quindi sempre più cruciale e

impone nuove competenze per medici ed infermieri ma anche abilità del tutto nuove e che solo in parte sono state comprese.

Dobbiamo fortemente e sempre di più porre attenzione ai vari aspetti che il contesto professionale e sociale presentano: tecnologia, nuovi modelli di relazione e di organizzazione aziendale; tutto questo velocemente in evoluzione che si esprime attraverso l'erogazione di nuovi servizi, l'adozione di nuovi modelli gestionali e manageriali, che apportano al paziente un contributo significativo in termini di soluzioni finalizzate a ridurre il dolore indotto dallo stato di malattia e un miglioramento della sicurezza delle cure, e allo stesso tempo implicano per il personale sanitario un miglioramento delle performance aziendali in un'ottica di maggiore efficacia ed efficienza e di miglioramento del benessere degli operatori<sup>(47,48,49)</sup>.

Questa contestualizzazione, non focalizzata solo sull'AMD, ma anche sul panorama offerto da altre Società Scientifiche, ci permetterà di operare per rendere il diabetologo libero di scegliere individualmente cosa può arricchire la sua professionalità, senza distogliere l'attenzione dalla ricerca, dalle tecnologie innovative che renderanno più sostenibili i costi ed i processi organizzativi e permetteranno di acquisire più velocemente dati per estrapolare informazioni che possono contribuire ad una migliore capacità decisionale e rivedere i processi della prassi quotidiana. Tutto questo ci consente di evidenziare che quello che sembra mancare in questo momento è l'attenzione al patrimonio umano delle aziende sanitarie, proprio ciò che serve a rendere un'organizzazione efficace sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo.

Di conseguenza per rendere un'organizzazione pronta a rimettersi pari, in tempi in cui i processi globali investono anche il singolo, per offrire una nuova un'educazione terapeutica rinnovata nei linguaggi, nei comportamenti, nello stile, nella quale modelli come l'empowerment e l'engagement possano essere portati in azione nella prassi quotidiana, con team o senza team, all'interno di tutti i contesti organizzativi, per rendere il paziente protagonista del suo percorso di cura, ha preso forma la proposta della Scuola per Educatori AMD, senza nulla togliere alla tradizione del passato che non deve essere da ostacolo al nuovo bensì essere punto di partenza e di supporto all'innovazione, permettendo di mettere in gioco nuove convinzioni e scioglierne alcune ormai obsolete.

L'idea di una Scuola Nuova è diventata consistente anche grazie alla presa di coscienza che il mondo della formazione sta globalmente cambiando,

modificando prospettive e comportamenti. A tal proposito, evidenziamo il documento della Società Italiana di Pedagogia "Ripensare la scuola nella società di oggi, punti salienti per una vision innovativa, concreta e lungimirante" che afferma tra l'altro: «[...] La formazione degli insegnanti deve puntare a mettere i docenti nella condizione di costruire ambienti di apprendimento adatti, perché possano realizzarsi a scuola situazioni di benessere. Occorre lavorare sulla capacità degli insegnanti di 'tenere insieme' contenuti e relazione educativa, saperi e ascolto dei ragazzi. Non serve più una formazione degli insegnanti che tenga divisi questi due aspetti, che devono assolutamente stare assieme[...]»<sup>(50)</sup>.

Da questo, e da tante altre ricerche abbiamo compreso, assieme agli altri componenti del board di direzione, che dobbiamo ripensare ad una scuola diversa per il diabetologo, non solo dal punto di vista delle competenze, ma anche dal punto di vista della crescita personale per recuperare il rapporto con se stessi, le proprie risorse interne.

Questo aspetto, spesso negato nelle organizzazioni sanitarie e anche da noi stessi, potrà permettere di esaltare la nostra unicità, originalità, la nostra professionalità, con i suoi aspetti, tecnici, relazionali, organizzativi, ma anche la nostra dignità, quella dignità professionale che non viene dal ruolo, ma dalla persona perché attraverso una rinnovata intenzionalità e ad una rinnovata motivazione possiamo sentirci completi e nuovamente soddisfatti di fare il nostro lavoro. Siamo persone di valore, svolgiamo un importante ruolo che ha ancora un grande valore per la comunità e che dobbiamo riprendere prima per noi stessi, successivamente per riportarlo all'interno degli ambienti organizzativi e sociali in cui viviamo e lavoriamo.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 Steiner DF. The Banting Memorial Lecture 1976. *Insulintoday*. Diabetes. Apr;26(4):322-40, 1977.
- 2 Drucker DJ, Nauck MA. The incretin system: glucagon-like peptide-1 receptor agonists and dipeptidyl peptidase-4 inhibitors in type 2 diabetes, *Lancet*, vol. 368 (pg. 1696-705), 2006.
- 3 Nauck MA, Meininger G, Sheng D, Terranella L, Stein PP. Sitagliptin Study 024 Group. Efficacy and safety of the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor, sitagliptin, compared with the sulfonylurea, glipizide, in patients with type 2 diabetes inadequately controlled on metformin alone: a randomized, double-blind, non-inferiority trial. *Diabetes Obes Metab*. Mar;9(2):194-205, 2007.



- 4 Marso SP, Daniels GH, Brown-Frandsen K, Kristensen P, Mann JF, Nauck MA, Nissen SE, Pocock S, Poulter NR, Ravn LS, Steinberg WM, Stockner M, Zinman B, Bergenstal RM, Buse JB. LEADER Steering Committee; LEADER Trial Investigators. Liraglutide and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes, *N Engl J Med*. Jul 28;375(4):311-22, 2016.
- 5 Zinman B, Wanner C, Lachin JM et al (2015) Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 373:2117-2128.
- 6 Kaul S. Mitigating Cardiovascular Risk in Type 2 Diabetes With Anti-diabetes Drugs: A Review of Principal Cardiovascular Outcome Results of EMPA-REG OUTCOME, LEADER, and SUSTAIN-6 Trials. *Diabetes Care*. Jul;40(7):821-831, 2017.
- 7 Lacroix A, Assal JP. L'éducation thérapeutique des patients; accompagner les patients avec une maladie chronique: nouvelles approches. Editions-Maloine, 2011.
- 8 Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ*; 320:569-572, 2000.
- 9 DCCT. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus, Diabetes Control and Complications Trial Research Group. *N Engl J Med*; 329:977-986, 1993.
- 10 Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, et al.; American Diabetes Association (ADA); European Association for the Study of Diabetes (EASD). Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: a patient-centered approach. Position Statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care* 2012;35:1364-1379
- 11 Ricciardi W, Atella V, Cricelli C, Serra F: La tempesta perfetta. Il possibile naufragio del servizio sanitario nazionale: come evitarlo? Editore: Vita e Pensiero, 2015.
- 12 Ercoli A, Cortese V. Tutta un'altra vita nella sanità. Il benessere degli operatori sanitari. Editore: Idelson-Gnocchi, 2015.
- 13 Cherniss C. Staff burnout: job stress in the human services. Beverly Hills, California, Sage, 1980; traduzione italiana, La sindrome del burnout, Torino, CST, 1983.
- 14 Firth-Cozens J, Greenhalgh J. Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care. *Soc Sci Med*. Apr;44(7):1017-22, 1997.
- 15 Haas JS, Cook EF, Puopolo AL, et al. Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? *J Gen Intern Med*; 15:122-128, 2000.
- 16 Linn LS, Yager J, Cope D, Leake B. Health status, job satisfaction, job stress, and life satisfaction among academic and clinical faculty. *JAMA*. Nov 15;254(19):2775-2782, 1985.
- 17 Di Matteo MR, Sherbourne CD, Hays RD, Ordway L, Kravitz RL, McGlynn EA, Kaplan S, Rogers WH. Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: results from the Medical Outcomes Study. *Health Psychol*. Mar;12(2):93-102, 1993.
- 18 Keating NL, DC, AC, Gazmararian JA, Wu VY, PD. How Are Patients' Specific Ambulatory Care Experiences Related to Trust, Satisfaction, and Considering Changing Physicians? *J Gen Intern Med*. Jan; 17(1): 29-39, 2002.
- 19 Annali AMD 2012 Analisi prospettica degli indicatori di qualità dell'assistenza del diabete in Italia (2004-2011)
- 20 Mannino G, Sesti G. Individualized Therapy for Type 2 Diabetes Clinical Implications of Pharmacogenetic Data. *Molecular diagnosis & therapy*. 16. 285-302, 2012.
- 21 Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M, Peters AL, Tsapas A, Wender R, Matthews DR. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2015: A Patient-Centered Approach: Update to a Position Statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes, *Diabetes Care* Jan, 38 (1) 140-149, 2015.
- 22 Standard italiani per la cura del diabete mellito AMD-SID, 2016.
- 23 L'uso dei farmaci in Italia - Rapporto OsMed, 2016
- 24 Luga AO, McGuire MJ. "Adherence and Health Care Costs." *Risk Management and Health-Care Policy* 7 (2014): 35-44.
- 25 IBM Annual Report, 2016.
- 26 Niccolini L, Ferranti P, La Verghetta M. Cos'è la Vision, <http://prospettiveinorganizzazioe.assioa.it>.
- 27 Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med*; 23;363(26):2477-81, 2010.
- 28 Rokeach M. The nature of human values, New York, 1973.
- 29 Gross DR, & Robinson, SE. Ethics, violence, and counseling: Hear no evil, see no evil, speak no evil? *Journal of Counseling & Development*, 65(7), 340-344, 1987.
- 30 Smith TS, McGuire JM, Abbott DW. & Blau, B. I. Clinical ethical decision making: An investigation of the rationales used to justify doing less than one believes one should. *Professional Psychology: Research and Practice*, 22(3), 235, 1991.
- 31 Eddy DM, Elfrink V, Weis D & Schank MJ. Importance of professional nursing values: A national study of baccalaureate programs. *Journal of Nursing Education*, 33(6), 257-262, (1994).
- 32 Frankel MS. Professional codes: Why, how, and with what impact? *Journal of Business Ethics*, 8(2-3), 109-115, 1989.
- 33 Hussey T. Nursing ethics and codes of professional conduct. *Nursing Ethics*, 3(3), 250-258, 1996.
- 34 Goslin DA & Aldous J. Handbook of socialization theory and research. Chicago: Rand McNally, 1969.
- 35 Kenny NP, Mann KV & MacLeod H. Role modeling in physicians' professional formation: Reconsidering an essential but untapped educational strategy. *Academic Medicine*, 78(12), 1203-1210, 2003.
- 36 Toit D. A sociological analysis of the extent and influence of professional socialization on the development of a nursing identity among nursing students at two universities in Brisbane, Australia. *Journal of Advanced Nursing*, 21(1), 164-171, 1995.
- 37 Rabow MW, Remen RN, Parmelee DX & Inui TS. Professional formation: Extending medicine's lineage of service into the next century. *Academic Medicine*, 85(2), 310-317, 2010.
- 38 Cohen HA. The nurse's quest for a professional identity. Reading: Addison-Wesley, 1981.
- 39 Levy CS. Personal versus professional values: The practitioner's dilemmas. *Clinical Social Work, Journal*, 4(2), 110-120, 1976.
- 40 Pipes RB, Holstein JE & Aguirre MG. Examining the personal-professional distinction: Ethics codes and the difficulty of drawing a boundary. *American Psychologist*, 60(4), 325, 2005.
- 41 von Wright HG. Review: The Varieties of Goodness *The Journal of Philosophy* Vol. 62, No. 1 (Jan. 7), pp. 17-28, 1965.

- 42 Amartya Sen A., The economics of life and death, Scientific American, n.266, aprile, 1993.
- 43 Gray JAM. How to get better value healthcare. Oxford: Oxford Press, 2007.
- 44 Neumann PJ, Cohen JT. Measuring the Value of Prescription Drugs. N Engl J Med; 31;373(27):2595-7, 2015.
- 45 Batcheller J. Learning Agility: A Critical Competency AORN J. Apr; 103(4):430-2. Omachonu VK, Einspruch NG; Innovation in Healthcare Delivery Systems: A Conceptual Framework, The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal, Volume 15(1), 2010.
- 46 Graffigna G, Barelo S, Riva G, Savarese M, Menichetti J. Castelnuovo, et al. Fertilizing a Patient Engagement Ecosystem to Innovate Health-care: Toward the First Italian Consensus Conference on Patient Engagement. Frontiers in Psychology, 8, 812, 2017.
- 47 Omachonu VK, Einspruch NG. Innovation in Healthcare Delivery Systems: A Conceptual Framework, The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal, Volume 15(1), 2010.
- 48 Varkey P, Horne A, Bennet KE. Innovation in health care: a primer. Am J Med Qual. Sep-Oct;23(5):382-8, 2008.
- 49 Lämsäalmi H, Kivimäki M, Aalto P, Ruoranen R. Innovation in healthcare: a systematic review of recent research NursSci Q. Jan;19(1):66-72, 2006.
- 50 SOCIETÀ ITALIANA DI PEDAGOGIA documento SIPED –Ripensare la scuola nella società di oggi. Punti salienti per una vision innovativa, concreta e lungimirante, 2015.