

NAPOLI, 17-20 maggio 2017

XXI CONGRESSO NAZIONALE

AMD



PER UNA DIABETOLOGIA PREDITTIVA, PREVENTIVA, PERSONALIZZATA E PARTECIPATIVA

IL PRESENTE E' GIA' FUTURO

D.MANNINO

Ai sensi dell' art. 3.3 del Regolamento applicativo dell' Accordo Stato-Regioni 05.11.2009, dichiaro che negli ultimi due anni ho avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con i seguenti soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario:

Janssen
Novo Nordisk
Eli Lilly

Domenico Mannino

A close-up photograph of a brick wall. The bricks are reddish-brown and arranged in a traditional pattern. In the center of the wall, there is a large, irregular hole with jagged edges, as if the bricks were broken away. The hole reveals a plain white background behind the wall. The text is centered within this white area.

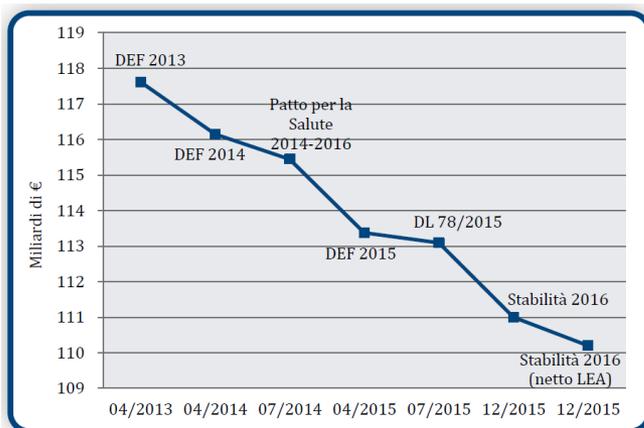
**Il mondo non è perfetto.
Scegliere come vederlo
è l'unica possibilità
che abbiamo.**

Il contesto

La sostenibilità dei sistemi sanitari è una sfida per un mix di fattori: l'invecchiamento delle popolazioni, il costo delle innovazioni, in particolare quelle farmacologiche, il costante aumento della domanda di servizi e prestazioni da parte di cittadini e pazienti.

Per risolvere la crisi di sostenibilità del SSN tre sono state le strategie messe in campo:

- **contenere il finanziamento pubblico**
- **utilizzare altre fonti di finanziamento:**
compartecipazione alla spesa, aumento delle addizionali regionali IRPEF, sanità integrativa;
- **blocco del turnover**



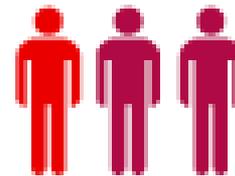
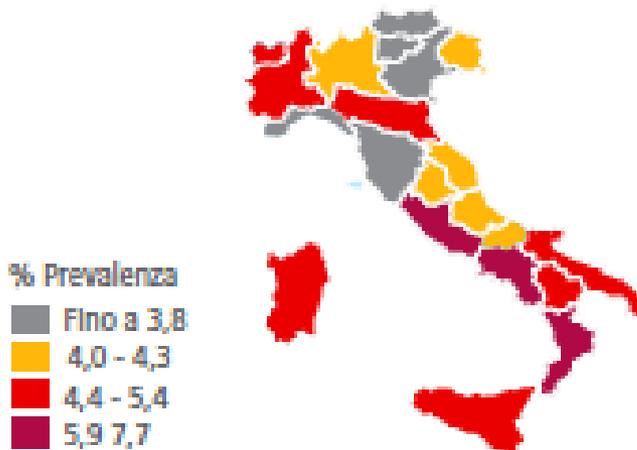
Esami	Interventi	Visite
15 MESI Mammografia	21 MESI Rimozione protesi	12 MESI Neurologica
12 MESI Risonanza magnetica	21 MESI Alluce valgo	9 MESI Oculistica
11 MESI Ecodoppler	20 MESI Intervento maxillo facciale	9 MESI Oncologica
10 MESI TAC	18 MESI Ricostruzione e mammaria	8 MESI Cardiologica

Il contesto nel mondo diabete

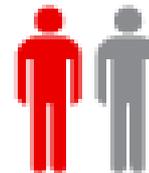
In Italia le persone che hanno dichiarato di avere il diabete sono 3,27 milioni (5,4% della popolazione)

GRADIENTE NORD-SUD

Le regioni meridionali hanno una prevalenza più alta di diabete (Calabria 7,7%, Campania 6,9%) rispetto a quelle settentrionali (Bolzano 2,7%, Liguria 3,1%)



- Ogni 3 persone con diabete note c'è 1 persona che ha il diabete, ma non sa di averlo.

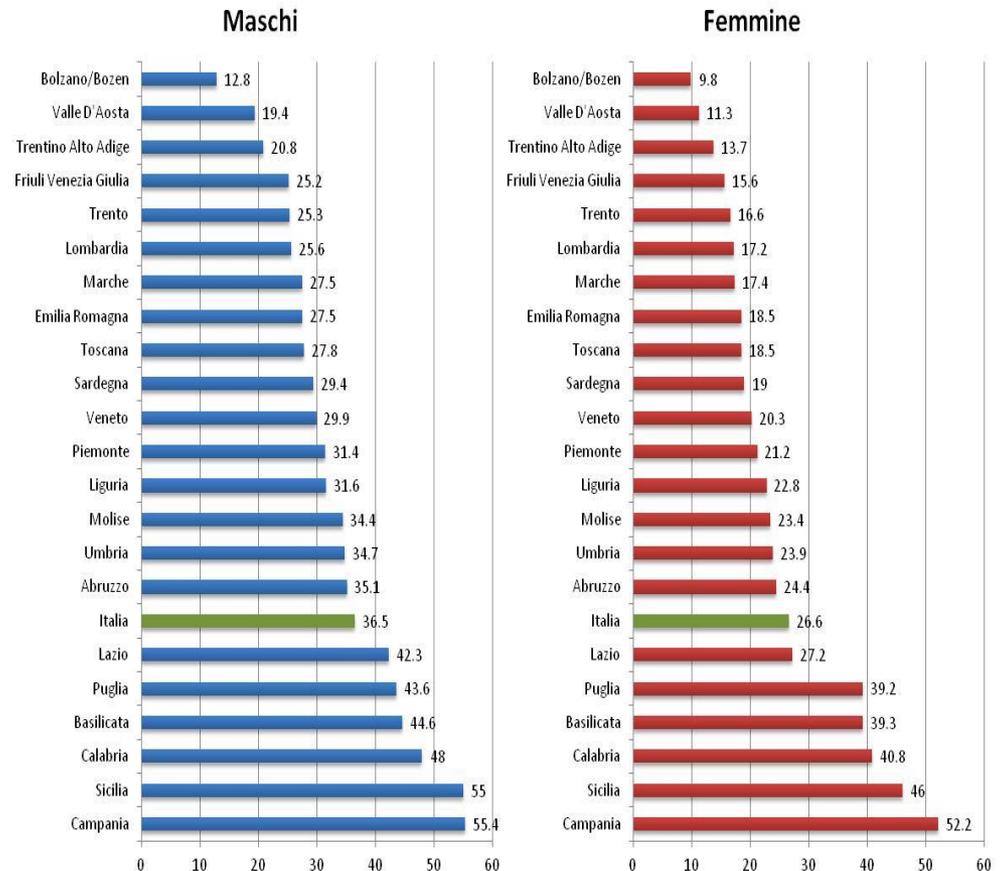


- Per ogni persona con diabete c'è una persona che ha un elevato rischio di svilupparlo (scarsa tolleranza al glucosio o elevata glicemia a digiuno)

LA MORTALITA' PER DIABETE IN ITALIA

Tassi standardizzati per 100.000 abitanti

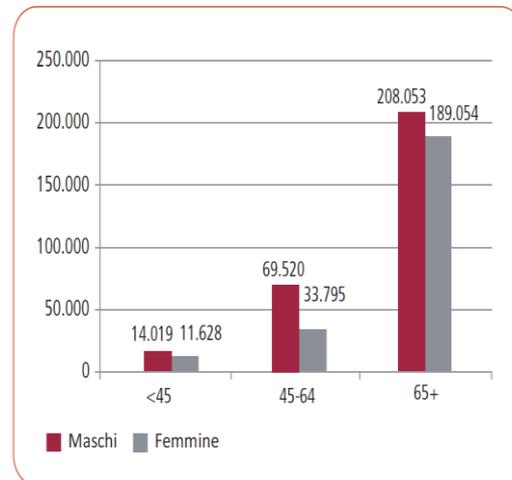
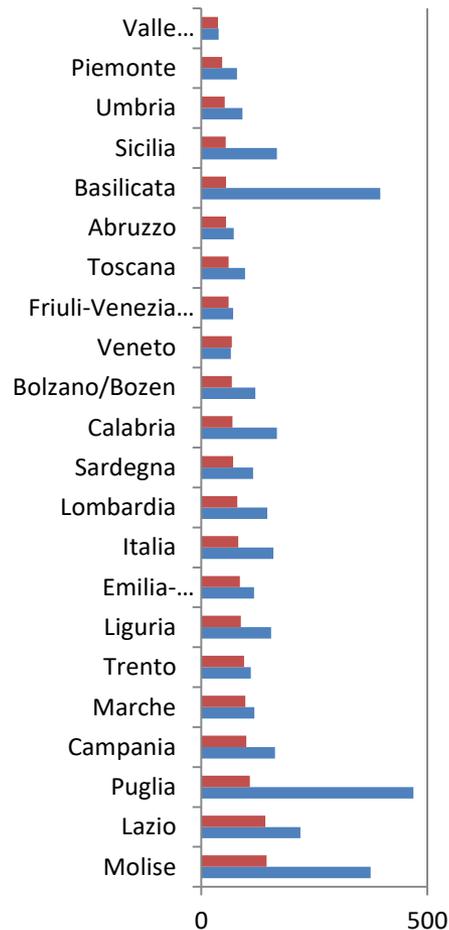
Il tasso di mortalità per diabete standardizzato per età ha subito una flessione nel tempo: il valore passa infatti da 31,1 decessi per 100 mila abitanti nel 2000 a 30,3 nel 2013



IN CALO I RICOVERI OSPEDALIERI

Negli ultimi dieci anni il numero dei ricoveri per diabete è sceso da 96.787 nel 2010 a 49.912 nel 2015.

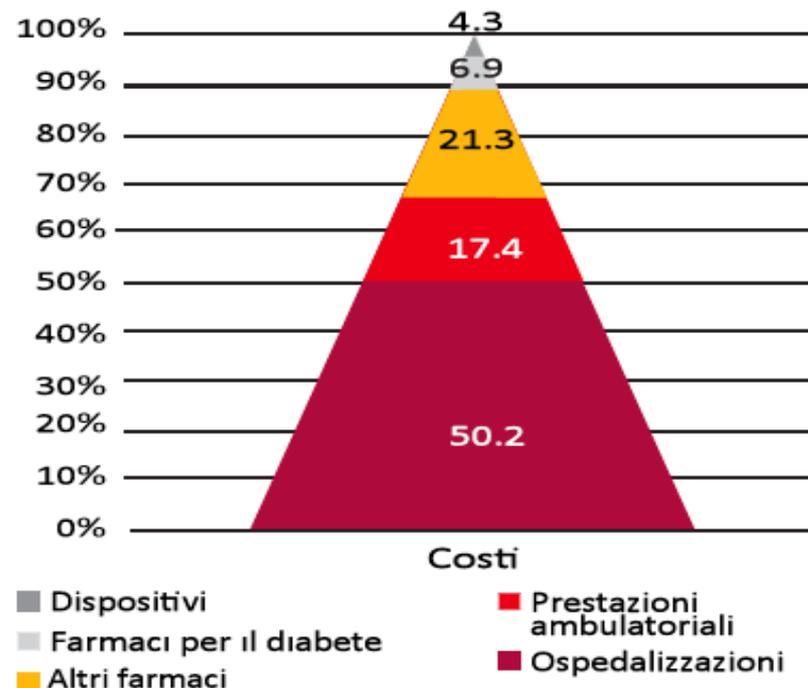
Se si considerano invece tutti i ricoveri che includono il diabete in una qualsiasi delle diagnosi, sia essa principale o secondaria, il numero delle ospedalizzazioni nel 2015 è di 526.070 (nel 2010 era di 698.506).



■ 2015
■ 2010

FATTORI CHE CONTRIBUISCONO AI COSTI SANITARI DIRETTI PER IL DIABETE (Osservatorio ARNO 2015)

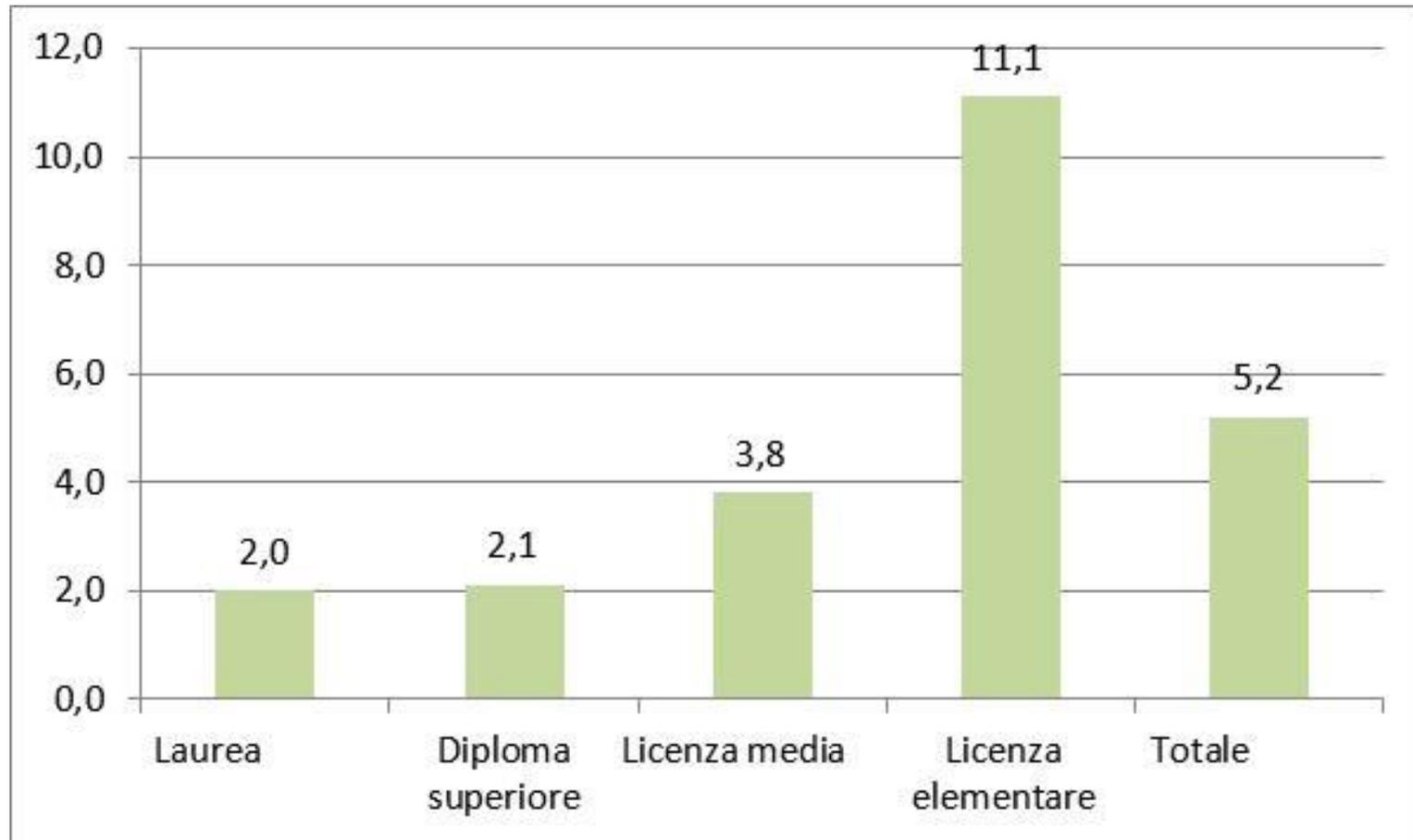
- La maggior parte dei costi del diabete è legato alle ospedalizzazioni.
- I farmaci per il diabete incidono per il **7%**, i presidi per il **4%**.



Diabete e disuguaglianze sociali

Una patologia che risente delle determinanti sociali della salute

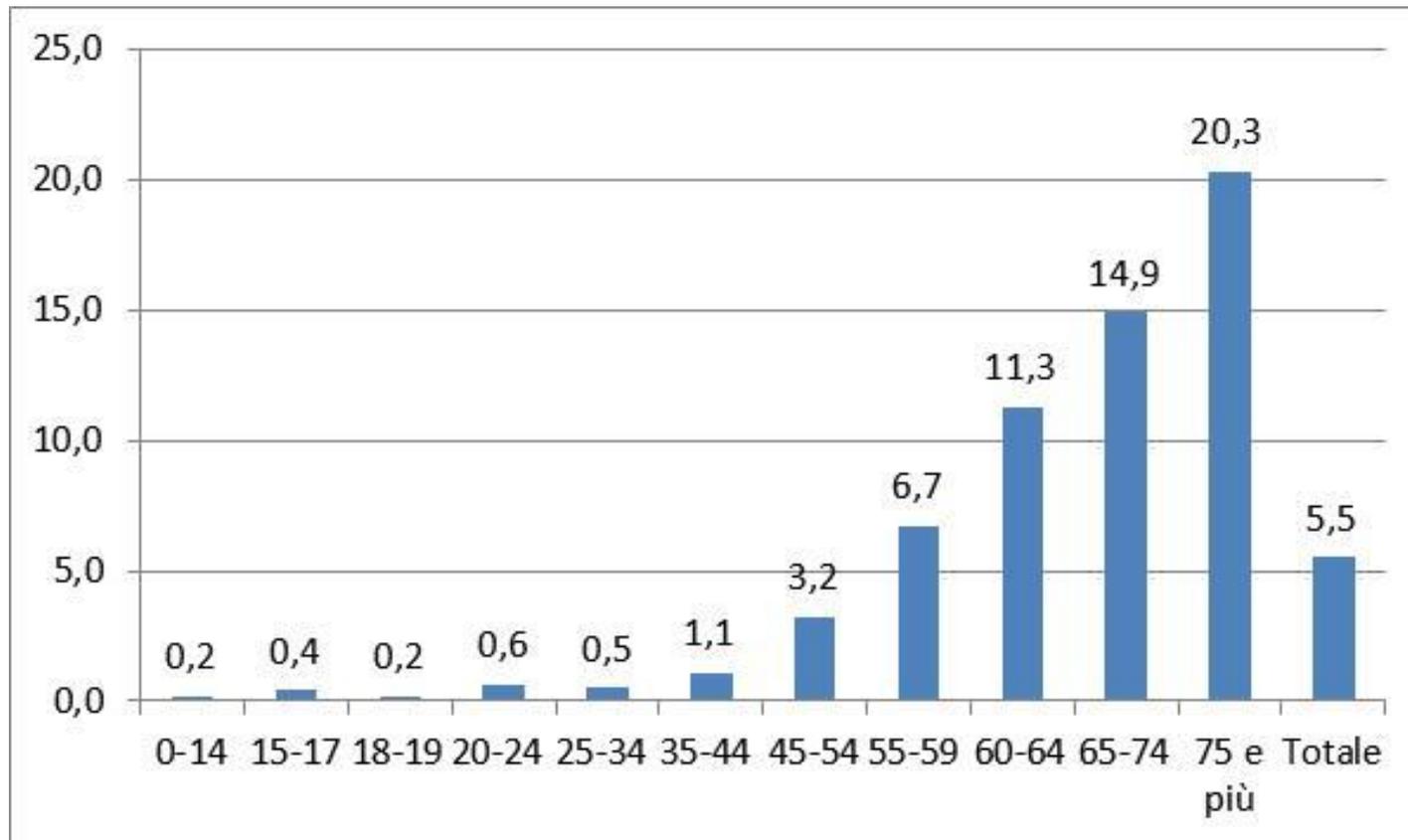
Persone di 6 anni e più affette da diabete per livello di istruzione (val.%)



Fonte. Elaborazione Censis su dati Istat

Una malattia della terza età

Popolazione con diabete per classe d'età (per 100 persone della stessa classe di età) Anno 2012,



Fonte: Elaborazione Censis su dati Istat, 2012

L'impatto del diabete sui familiari

DAWN2™ mostra come il diabete gravi anche sulle vite dei familiari, provocando un rilevante carico di preoccupazione ed ansia.



I familiari hanno un ruolo importante, ma spesso non sanno come aiutare il loro caro.

Il 27% dei familiari desidererebbe essere maggiormente coinvolto nella cura del proprio caro.



IL 51% DEI FAMILIARI
SEGNALA DI PROVARE
UNA FORTE ANGOSCIA
A CAUSA DEL DIABETE



IL 64% DEI FAMILIARI
È PREOCCUPATO
PER IL RISCHIO DI
EPISODI IPOGLICEMICI

IL 31%
DEI FAMILIARI
PROVA UN SENSO
DI FRUSTRAZIONE
PER NON SAPERE
COME AIUTARE
LA PERSONA CARA



IL 27%
DEI FAMILIARI
VORREBBE ESSERE
PIÙ COINVOLTO
NELLE CURE DEL
PROPRIO CARO



Permane un basso livello di attenzione ai problemi psicosociali da parte dei medici

Le prospettive degli operatori sanitari e delle persone con diabete possono differire

Mentre il **51%** dei diabetologi dichiara di chiedere ai propri assistiti come il diabete impatta sulla loro vita



.... solo il **19%** di loro dichiara che ciò viene richiesto dal medico



Negli ultimi 12 mesi, qualcuno del suo team diabetologico ha verificato.....

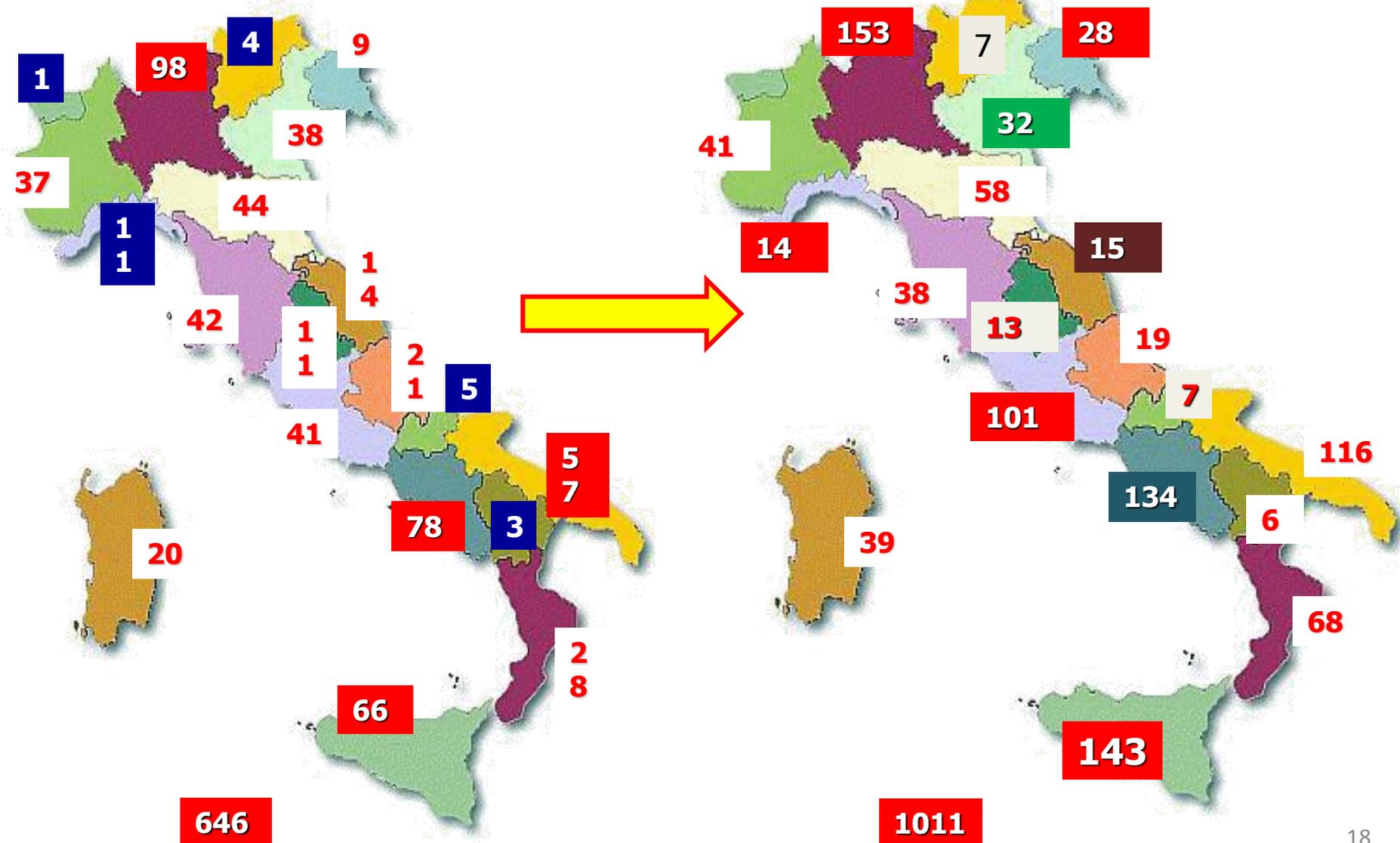


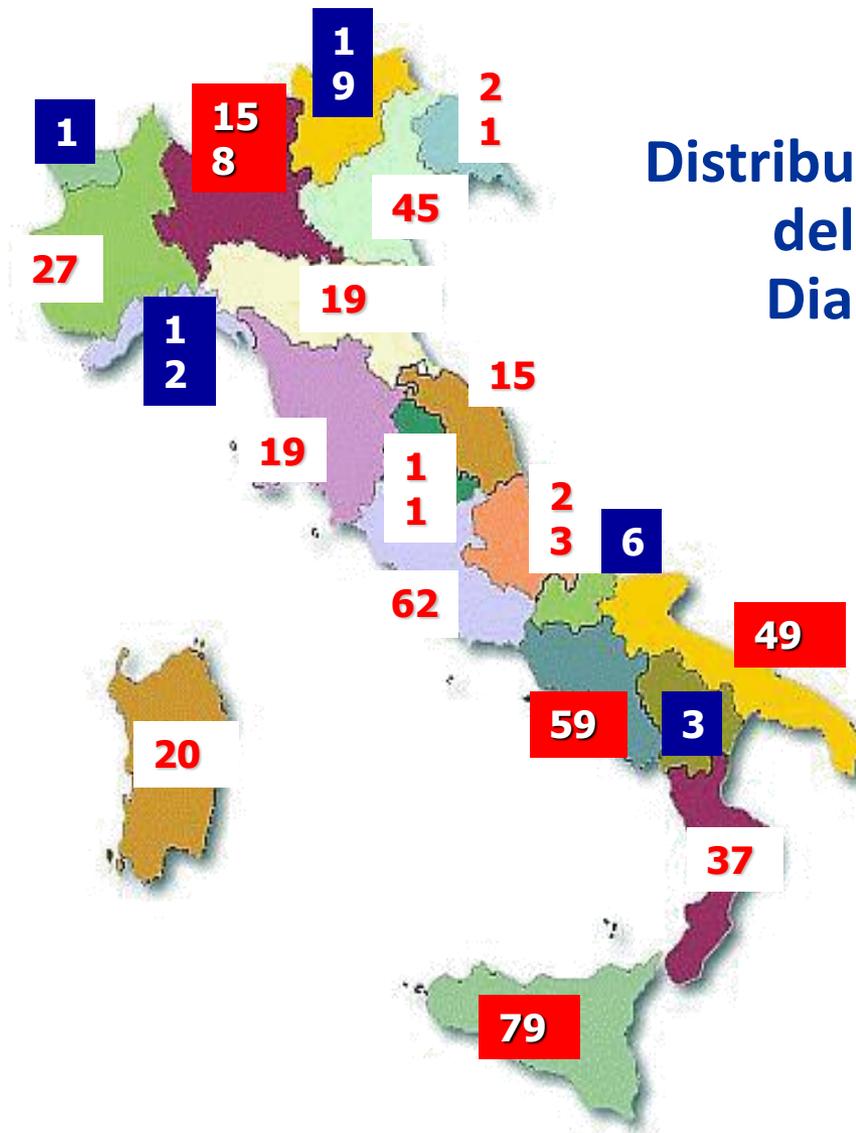
- Il **71%** ha controllato il livello di controllo metabolico (HbA1c)
- Il **49%** ha chiesto informazioni sulla dieta
- Il **33%** ha chiesto sul livello di stress o depressione



Come è organizzata l'assistenza?

Distribuzione geografica delle Strutture Diabetologiche 2003 - 2014





Distribuzione geografica delle Strutture Diabetologiche 2016

618

Organizzazione dell'assistenza al paziente con diabete in ospedale e sul territorio (AMD-SID-SIEDP-OSDI 2012)

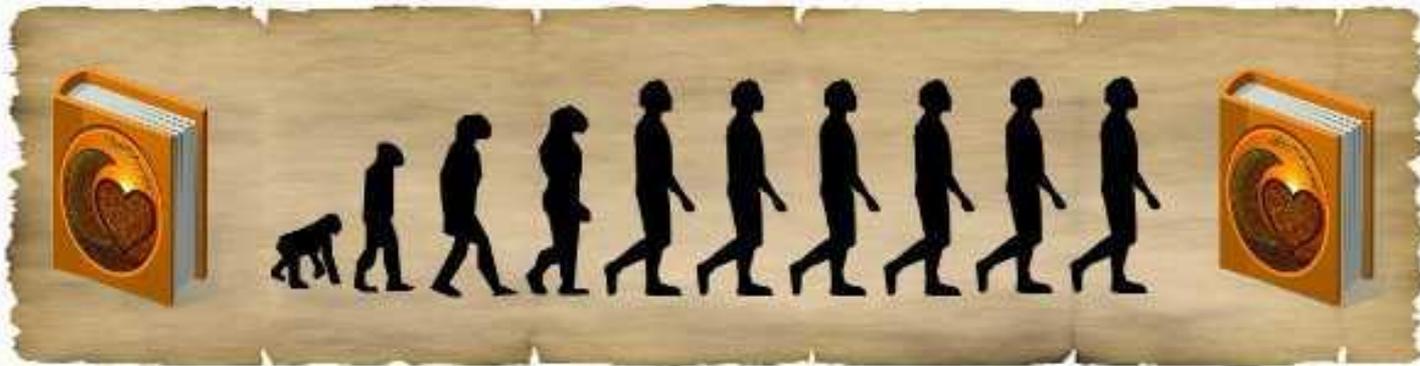
MT.Branca,R.Buzzetti,D.Fedele,CB.Giorda,V.Manicardi,D.Mannino,MF.Mulas,L.Pinelli,
S.Squatrito,C. Suraci

2015 popolazione 62.8M

**Standard accettabile/ottimale = 628
per 100.000 abitanti**

ASL, AO/AOU,IRCCS nel 2017 saranno **196**,nel 1980 erano **642** (Fonte:FIASO)

La storia



**La storia è un grande presente, e
mai solamente un passato.**

(Émile Auguste Chartier)

- **AMD** si differenzia dalle altre società scientifiche per l'idea innovativa del progetto di Presidenza
- **AMD** si organizza con un'alleanza tra più Presidenze .



Il grande progetto 2009-2013 della Diabetologia Italiana

"Dalla 'CURA' al 'PRENDERSI CURA' della persona"



**Safe U niform B ehavioral and drug
I ntensive T reatment for O ptimal
control**

SUBITO! by AMD

L'APPROPRIATEZZA NEI NUOVI MODELLI DI CCM: IL PROGETTO AMD

16 Gennaio 2014
Grand Hotel Mediterraneo, Firenze



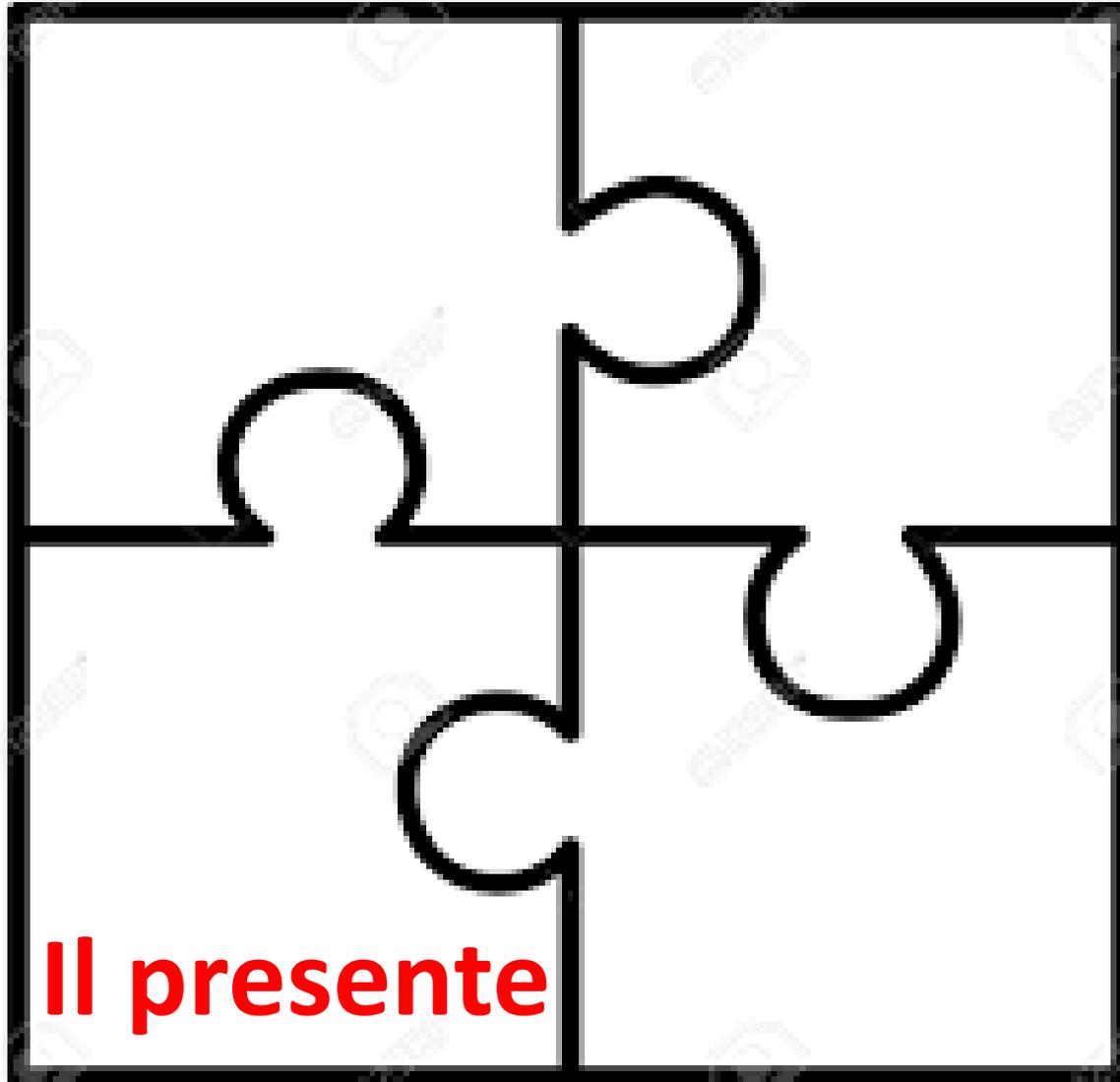
La risposta a queste sfide è ***L'APPROPRIATEZZA*** del
trattamento

NICE (Need is core of effectiveness)



“Intendiamo valorizzare, all’interno di un moderno Chronic Care Model, il ruolo della diabetologia attraverso la misurazione del valore del diabetologo e del team di operatori coinvolti nella “care” e nel “cure” del paziente.”

“La nostra volontà è quella di creare strumenti validati e riconosciuti per “studiare e monitorare” lo sviluppo della nostra professione, per ottenere delle “bussole” del nostro comportamento e ricostruire una specifica e moderna identità professionale.”





**“Se il presente cerca
di giudicare il passato,
perderà il futuro.”**

W. Churchill

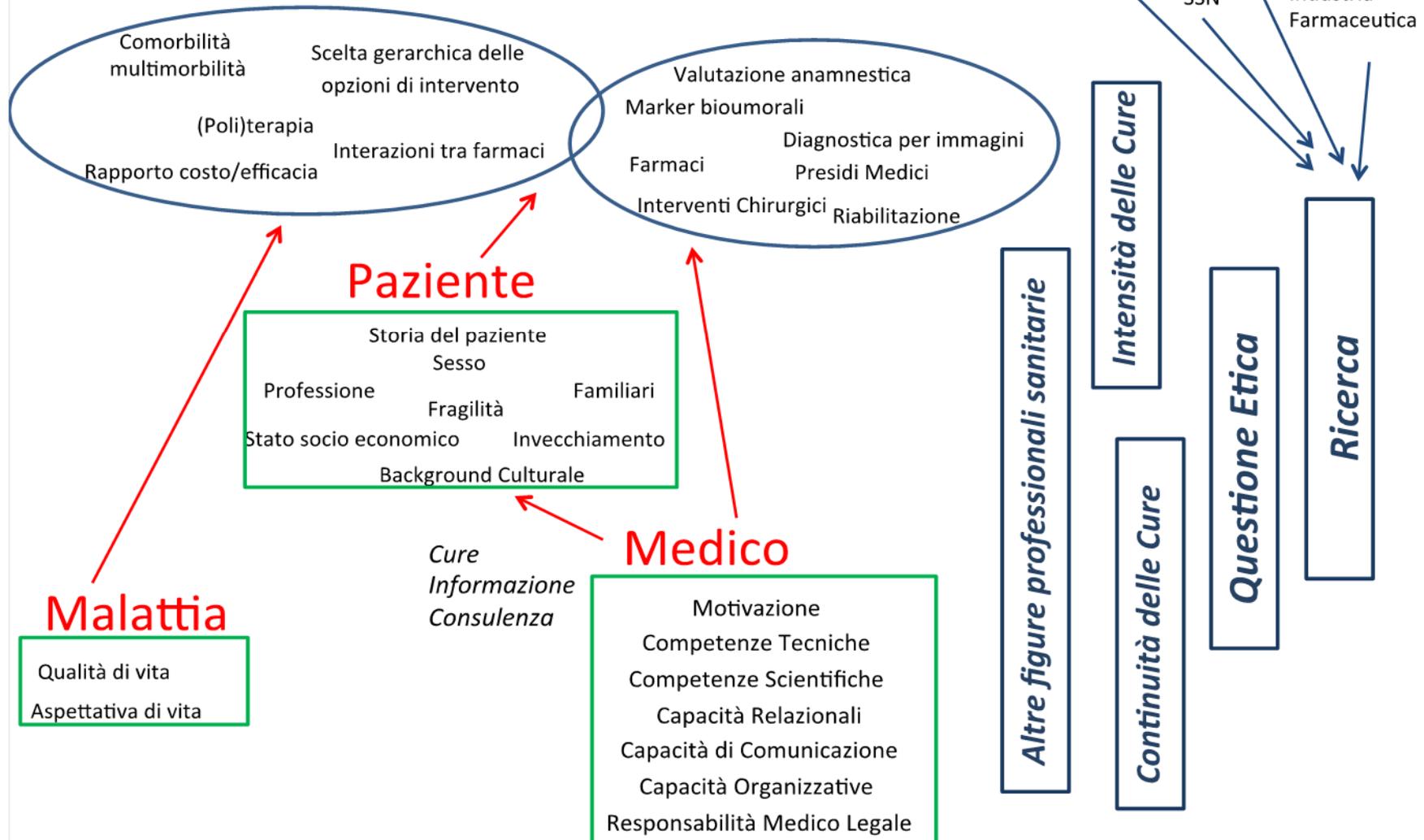
La gestione del malato complesso

IERI	OGGI
Focalizzata sulla malattia e sulla cura	Focalizzata sui bisogni di salute
Relazioni limitate al momento della interazione	Relazioni continue e personali
Singoli episodi di cura	Assistenza comprensiva continua e centrata sulla persona
Responsabilità limitata allo specifico atto medico	Responsabilità per la salute di ciascuno nella comunità e per affrontare tutti i determinanti di salute
Utenti di servizi	Persone, partner nella gestione della propria salute e di quella della comunità

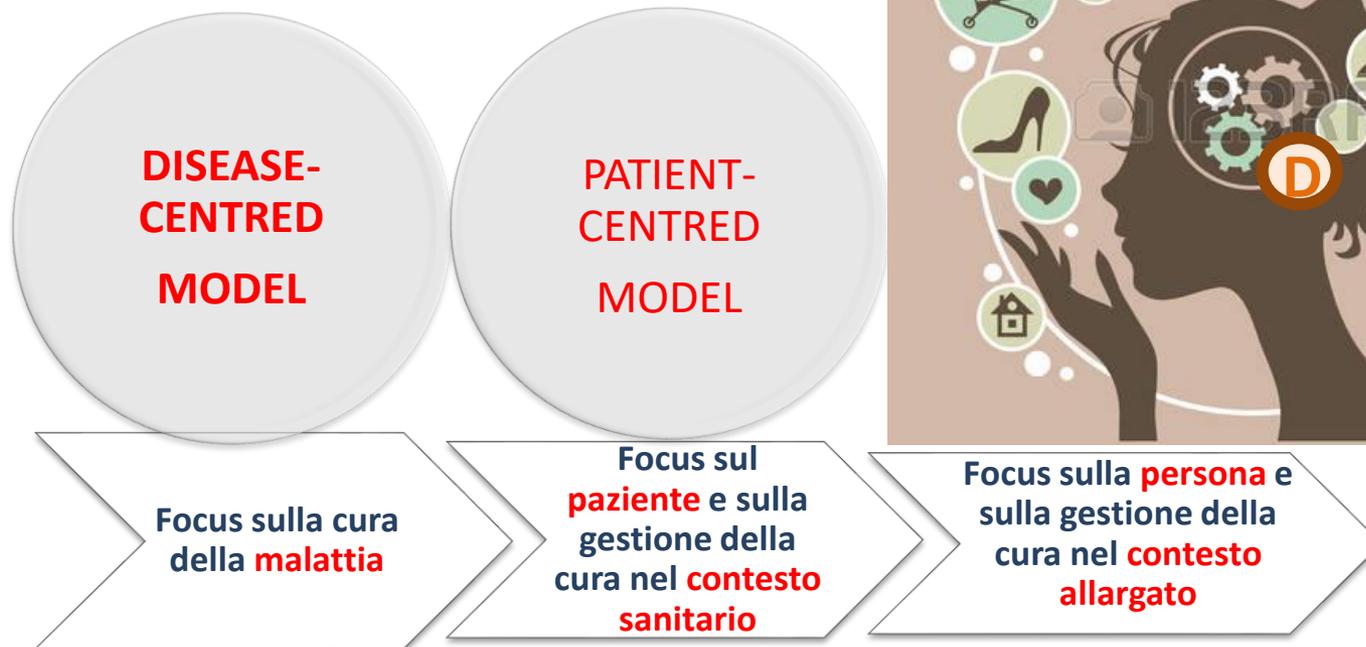
Complessità:

Complessità della malattia, paziente complesso, gli strumenti della complessità, ruolo della complessità

Diagnosi Trattamento Follow-up



E' necessario assumere una visione olistica «PERSON CENTRED» della salute e del bisogno di cura



PIANO NAZIONALE SULLA MALATTIA DIABETICA



PIANO NAZIONALE SULLA CRONICITA'

ASPETTI DA MIGLIORARE

- ORGANIZZAZIONE
- RISORSE
- COMPETENZE E VALORE
- INNOVAZIONE/TECNOLOGIE
- STRESS E BURNOUT DEGLI OPERATORI

“Non è possibile risolvere i problemi con lo stesso modo di pensare che li ha creati “

(Einstein)

Il rapporto con il MMG

Il governo clinico si pone come fine la costruzione di PDTA, di facile accesso, programmati e collegati da sistemi informativi comuni e naturalmente l'adozione di protocolli di cura e di qualità delle cure.

Il MMG ed il team diabetologico sono complementari nella cura delle persone con diabete, il coinvolgimento totale di tutte le figure professionali non può più essere evitato

Dobbiamo essere capaci di immaginare un radicale cambiamento organizzativo passando dall'attuale modello di separazione ospedale/territorio ad un modello di integrazione delle competenze in cui il ruolo del diabetologo viene esaltato facendolo diventare albero-motore e nello stesso tempo elemento di cultura e di distribuzione degli interventi.

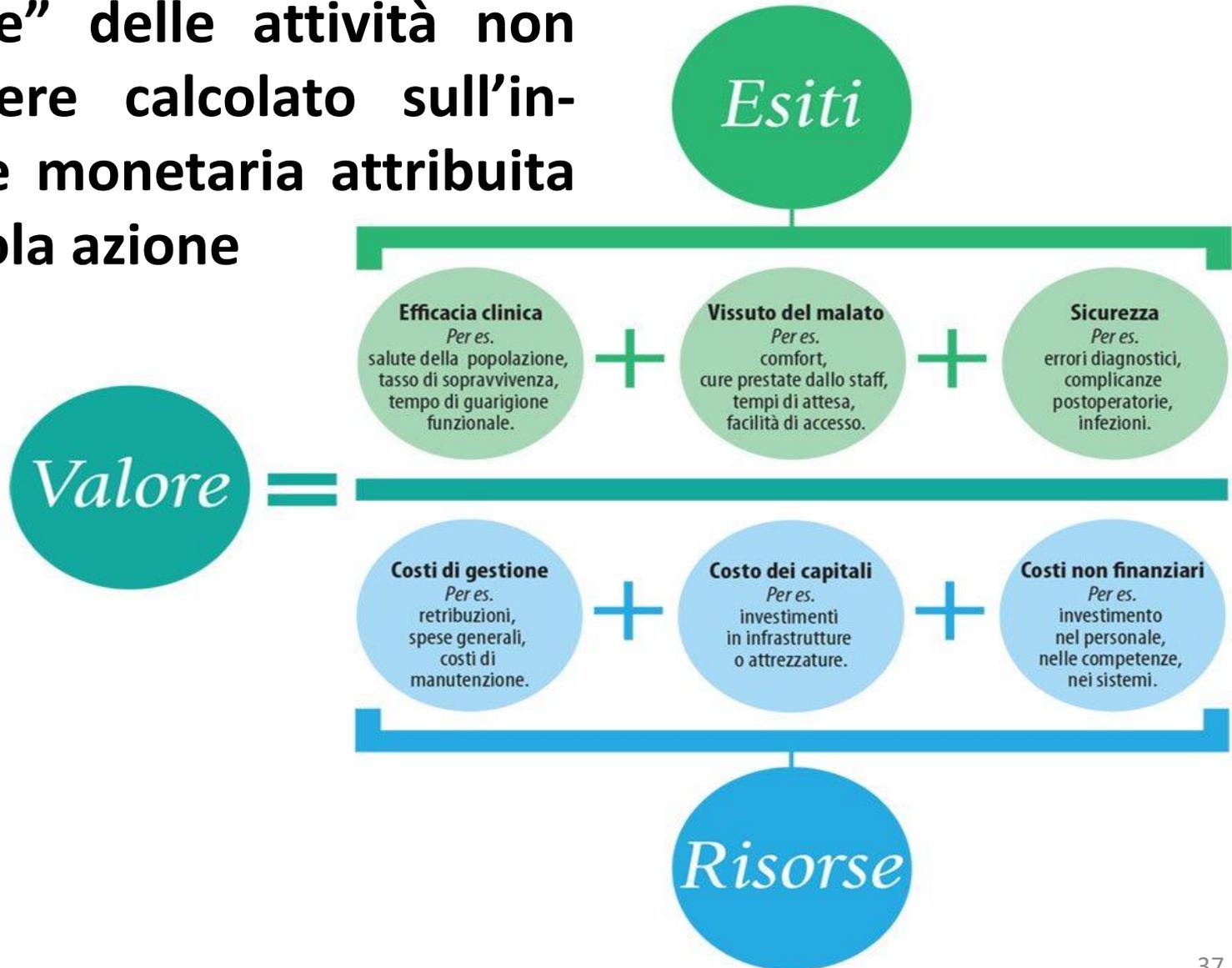
CHRONIC CARE MODEL



Figura 1

Improved Outcomes

Il “valore” delle attività non può essere calcolato sull’indicazione monetaria attribuita alla singola azione



CHRONIC CARE MODEL



Figura 1

Improved Outcomes

INNOVAZIONE/TECNOLOGIE

Internet of Everything

\$19 Trillion in Potential Value

Discover how businesses and institutions will grow.



Si potranno registrare dati eterogenei da fonti diverse (Big Data) in arrivo dai sensori diffusi, anche wearable (indossabili); darà l'opportunità di avere un livello di conoscenza superiore per sviluppare cure più adatte

L'ioE intensificherà non solo quanto è già in atto grazie all'uso intensivo di **sistemi di video-comunicazione e tele-presence**, ma cambierà il modello di relazione tra medico e pazienti, tra medici stessi e, infine, tra medici e strutture.

L'IT abilita l'acquisizione dei dati, facilita i processi di elaborazione e contribuisce a restituire livelli di personalizzazione delle cure più efficaci e precise.

ARCHITETTURA

Modello organizzativo



AMBITO STRUTTURE
PUBBLICHE

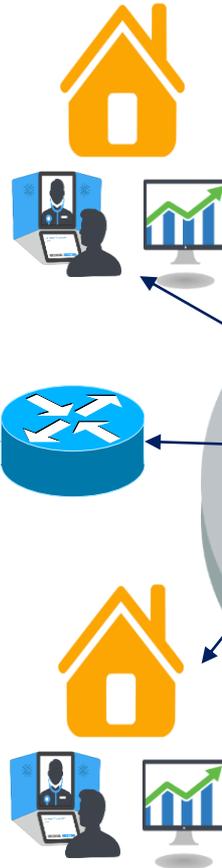
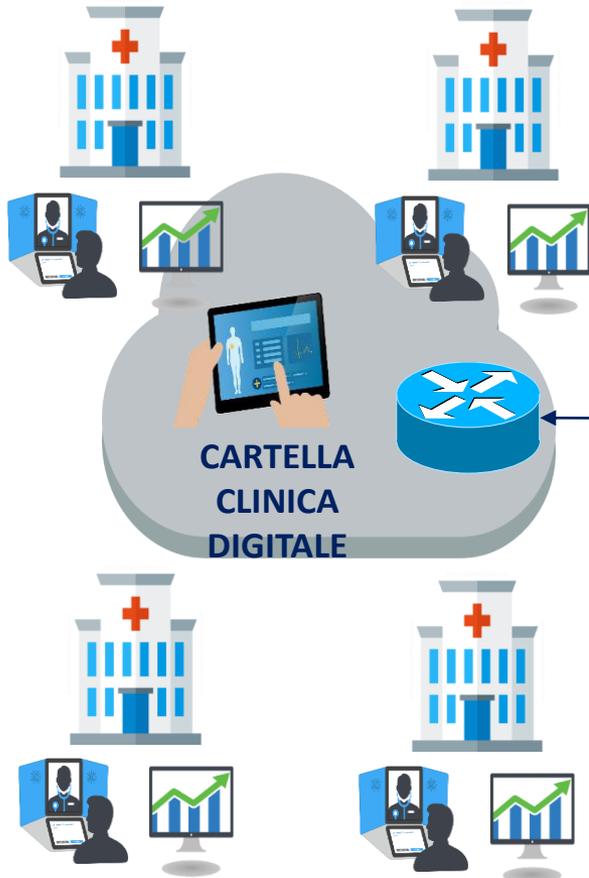
AMBITO AMD

Strutture Sanitarie

Specialisti
AMD

MMG
Strutt. Private, LD

Pazienti



COMPETENCE
CENTER

TELEMONITORAGGIO



TELEPRESENZA

SARA' POSSIBILE:



effettuare consultazioni tra professionisti ubicati in sedi diverse per una più efficiente, immediata e completa cura del paziente



accrescere la soddisfazione del paziente anche grazie ad una dinamica ed innovativa gestione degli appuntamenti che riduce al minimo i tempi di attesa.

INTERAZIONE A DISTANZA

TELEPRESENZA

TELEPRESENZA CURE MIGLIORI E TEMPESTIVE

SENSORISTICA
(Smart Object, IoT,
nanotech)

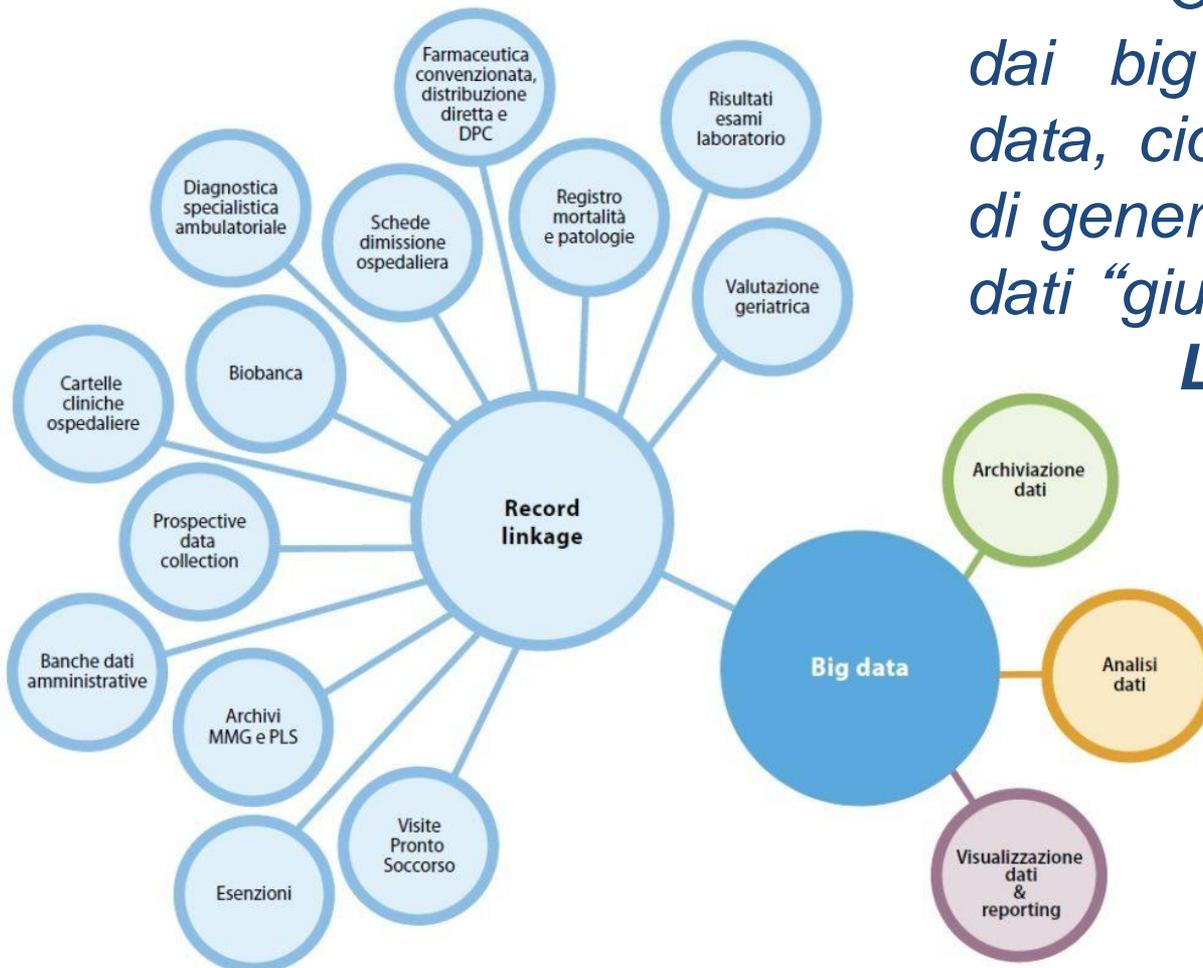
**BIG DATA, MACHINE
LEARNING, DSS**

**STRUMENTI DI
COLLABORATION**

IN SANITÀ CRESCE LA QUANTITÀ DI INFORMAZIONI IN FORMATO ELETTRONICO

“Occorrerà passare dai big data agli smart data, cioè essere in grado di generare e selezionare i dati “giusti”.

Luca Pani



CHRONIC CARE MODEL

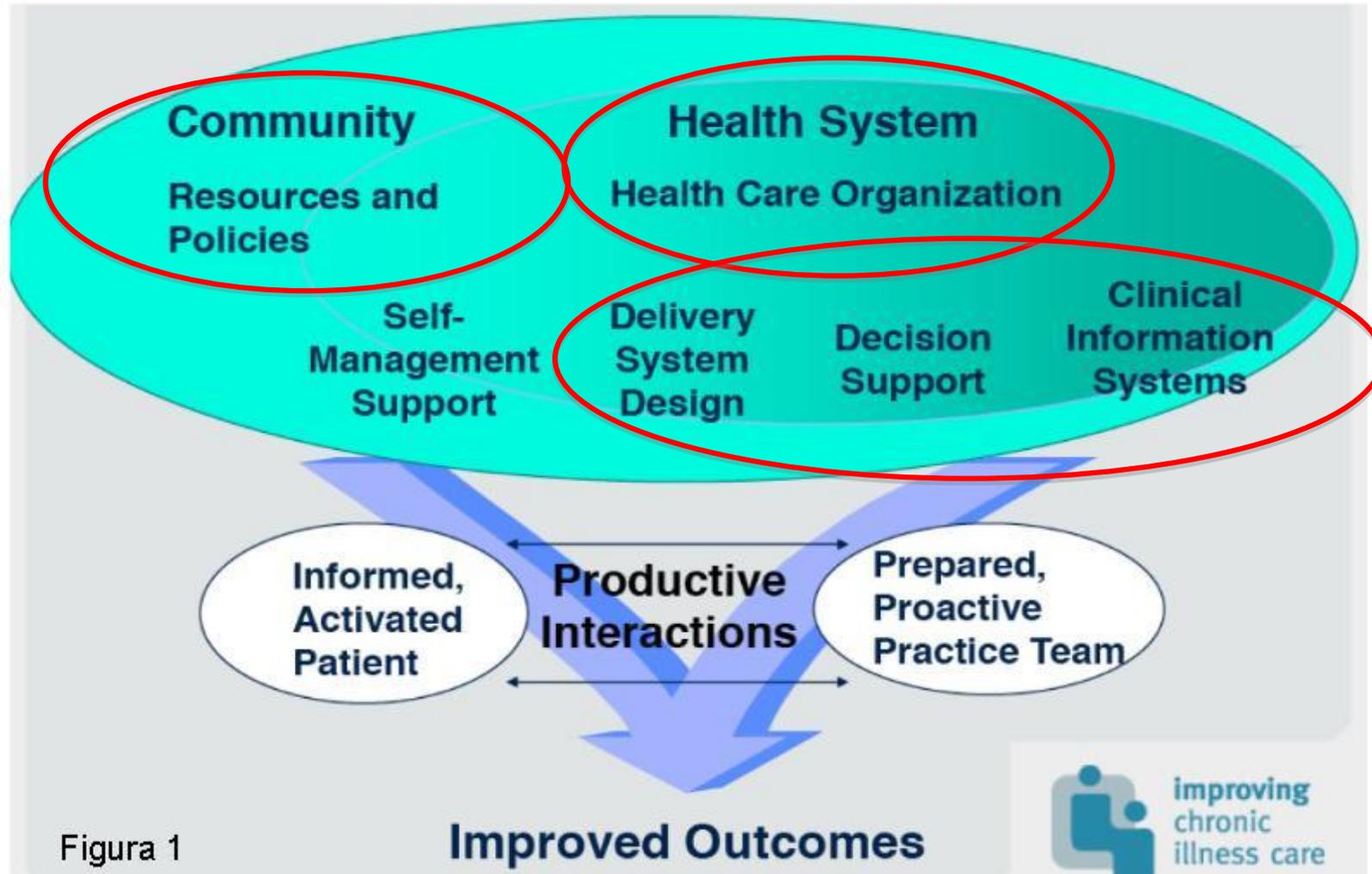
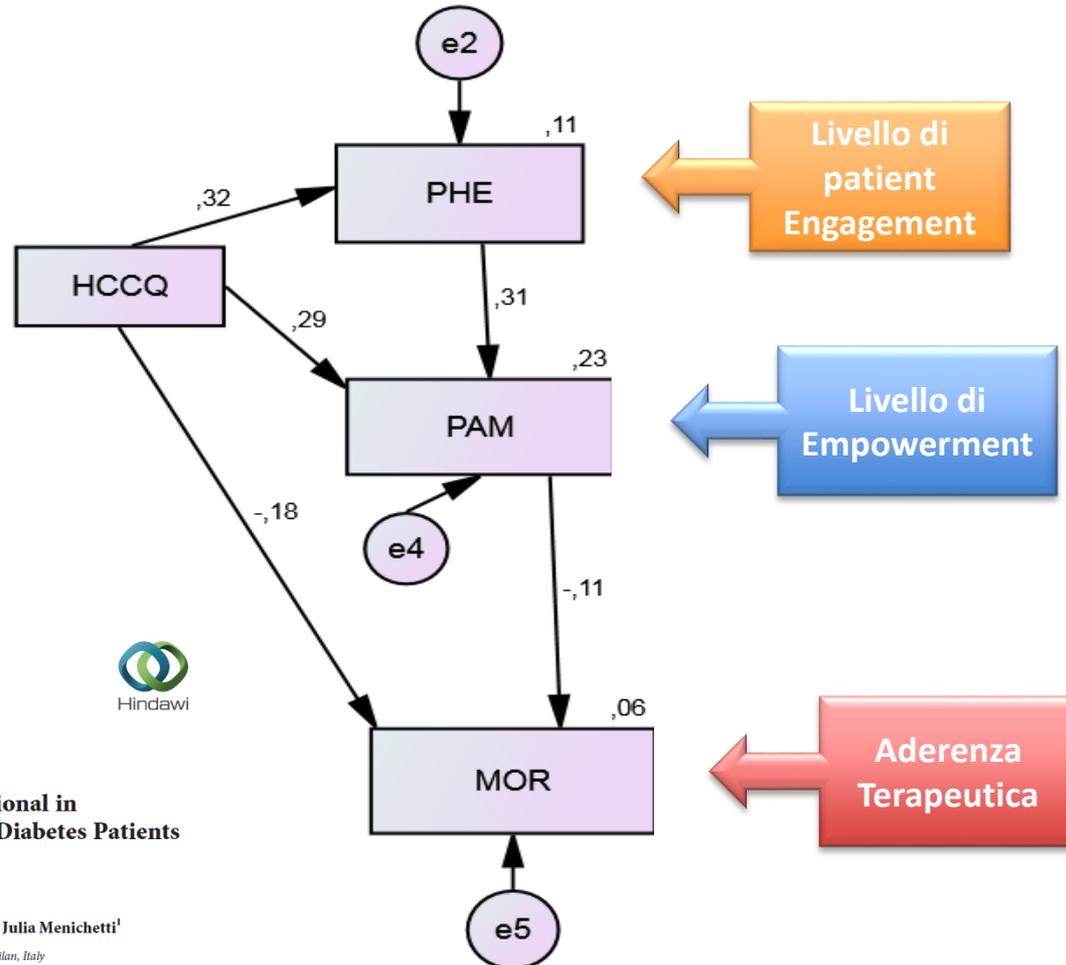


Figura 1

Relazione medico-paziente

Qualità della
relazione con
il clinico



Hindawi Publishing Corporation
Journal of Diabetes Research
Volume 2016, Article ID 2974521, 10 pages
<http://dx.doi.org/10.1155/2016/2974521>



Research Article

The Motivating Function of Healthcare Professional in eHealth and mHealth Interventions for Type 2 Diabetes Patients and the Mediating Role of Patient Engagement

Guendalina Graffigna,¹ Serena Barello,¹ Andrea Bonanomi,² and Julia Menichetti¹

¹Department of Psychology, Università Cattolica del Sacro Cuore, Largo A. Gemelli 1, 20123 Milan, Italy

²Department of Statistical Sciences, Università Cattolica del Sacro Cuore, Largo A. Gemelli 1, 20123 Milan, Italy

Correspondence should be addressed to Guendalina Graffigna; guendalina.graffigna@unicatt.it

Received 18 October 2015; Accepted 29 November 2015

Academic Editor: Bernard Portha

PATIENT HEALTH ENGAGEMENT MODEL

Il Patient Health Engagement (PHE) model evidenzia come il patient engagement possa essere definito un processo psicosociale multi-dimensionale dato dalla congiunta attivazione emotiva, cognitiva e comportamentale dei pazienti verso la gestione della loro condizione di salute

IL PROCESSO DI ENGAGEMENT DEL MALATO (PHE MODEL)

BLACKOUT
"Sono sconvolto"

ALLERTA
"sono un corpo malato"

ADESIONE
"sono un paziente"

**PROGETTO
EUDAIMONICO**
"sono una persona"

Il malato **rifiuta la diagnosi, sembra emotivamente "congelato"...**
...incapace di comprendere la propria condizione di salute...
...e **non abbastanza equipaggiato/informato per riuscire a gestire concretamente la malattia**

Il malato è **consapevole** della sua condizione di salute e **spaventato non ha abbastanza informazioni** per dare senso alla sua condizione di salute e...
...attua **comportamenti confusi e disorganizzati** per gestire la sua salute

Il malato **ha accettato la sua diagnosi...**
...ha **sufficienti informazioni – seppure astratte** – relative alla sua malattia e al suo trattamento...
...è **formalmente aderente ai trattamenti**, seguendo un rigido "copione"

Ha elaborato la sua malattia ...
...ha **un livello di health literacy elevato e una forte conoscenza su come gestire la salute...**
...è capace di **proiettare la sua condizione di malattia in una traiettoria "eudaimonica"** di vita

LIVELLI INCREMENTALI DI ENGAGEMENT

You treat a disease, you win ,you lose. You treat a person, I guarantee you, you 'll win, no matter what the outcome

Se si cura una malattia si vince o si perde, se si cura una persona, vi garantisco che, in quel caso, si vince qualunque esito abbia la terapia.

(Patch Adams)



CHRONIC CARE MODEL



Figura 1

La **MOTIVAZIONE** (del Team)

La motivazione è una chiave di volta per la persona, poiché inserita correttamente nella vita di tutti i giorni porta ad un

cambiamento

Utilizzare in diabetologia un **approccio centrato sul paziente** si fonda sul coinvolgimento motivato, attivo, collaborativo, tra paziente e O.S., che non necessariamente deve essere di tipo emotivo o pragmatico bensì **finalizzato** all'ottimizzazione del trattamento

Per fare questo il TEAM deve essere motivato

(Reuters Health) – Secondo un recente studio **dell’American Medical Association (AMA) pubblicato da Mayo Clinic Proceedings**, i medici sopraffatti dal burnout curano peggio i loro pazienti. Come è noto le professioni con un grosso impegno assistenziale possono comportare un notevole stress e con un esaurimento dell’operatore stesso. Il professionista va incontro a una sindrome da burnout caratterizzata da esaurimento emotivo, perdita del senso della propria identità e riduzione della produttività.

Burned Out at the Bedside: Patient Perceptions of Physician

Burnout in an Internal Medicine Resident Continuity Clinic

**Justin P. Lafreniere, MD^{1,2}, Rebeca Rios, PhD³, Hillary E. Fennell, MD⁴,
Scott M. Wright, MD³, and Rachel B. Levine, MD¹**

Division of General Internal Medicine, Brigham Young University School of Medicine, Salt Lake City, UT, USA; 2Department of General Internal Medicine, Portsmouth, Portsmouth, VA, USA; 3Department of General Internal Medicine, Uniformed Services University of the Health Sciences, Edward Hebert School of Medicine, Bethesda, MD, USA; 4Department of General Internal Medicine, Johns Hopkins University School of Medicine, Johns Hopkins Bayview Medical Center, Baltimore, MD, USA

1Department of General Internal Medicine, Brigham Young University School of Medicine, Salt Lake City, UT, USA; 2Department of General Internal Medicine, Portsmouth, Portsmouth, VA, USA; 3Department of General Internal Medicine, Uniformed Services University of the Health Sciences, Edward Hebert School of Medicine, Bethesda, MD, USA; 4Department of General Internal Medicine, Johns Hopkins University School of Medicine, Johns Hopkins Bayview Medical Center, Baltimore, MD, USA.

1Department of General Internal Medicine, Brigham Young University School of Medicine, Salt Lake City, UT, USA; 2Department of General Internal Medicine, Portsmouth, Portsmouth, VA, USA; 3Department of General Internal Medicine, Uniformed Services University of the Health Sciences, Edward Hebert School of Medicine, Bethesda, MD, USA; 4Department of General Internal Medicine, Johns Hopkins University School of Medicine, Johns Hopkins Bayview Medical Center, Baltimore, MD, USA.

1Department of General Internal Medicine, Brigham Young University School of Medicine, Salt Lake City, UT, USA; 2Department of General Internal Medicine, Portsmouth, Portsmouth, VA, USA; 3Department of General Internal Medicine, Uniformed Services University of the Health Sciences, Edward Hebert School of Medicine, Bethesda, MD, USA; 4Department of General Internal Medicine, Johns Hopkins University School of Medicine, Johns Hopkins Bayview Medical Center, Baltimore, MD, USA.

1Department of General Internal Medicine, Brigham Young University School of Medicine, Salt Lake City, UT, USA; 2Department of General Internal Medicine, Portsmouth, Portsmouth, VA, USA; 3Department of General Internal Medicine, Uniformed Services University of the Health Sciences, Edward Hebert School of Medicine, Bethesda, MD, USA; 4Department of General Internal Medicine, Johns Hopkins University School of Medicine, Johns Hopkins Bayview Medical Center, Baltimore, MD, USA.

SE I MEDICI CADONO IN BURNOUT I PAZIENTI NON GUARISCONO

CHRONIC CARE MODEL

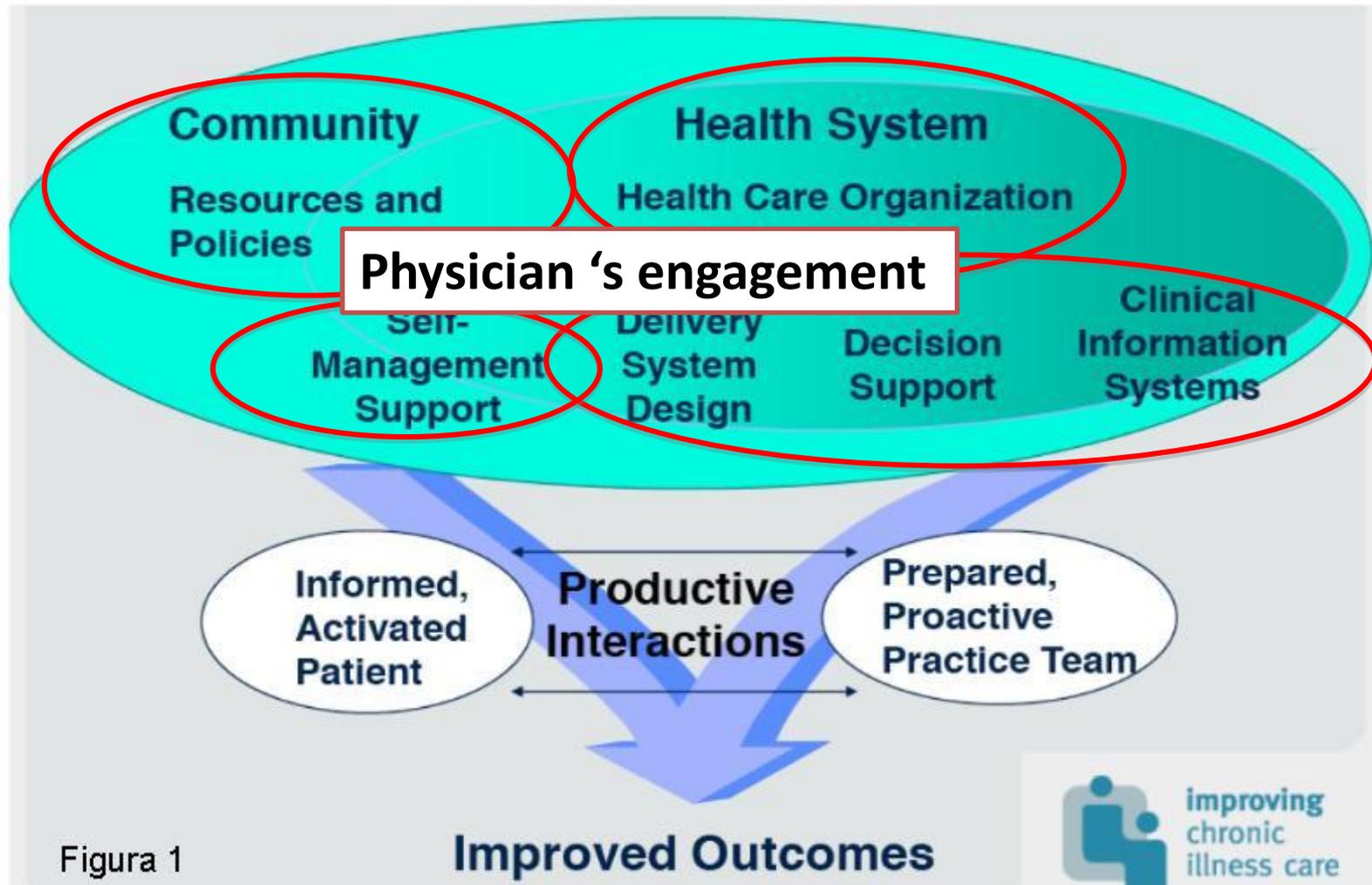
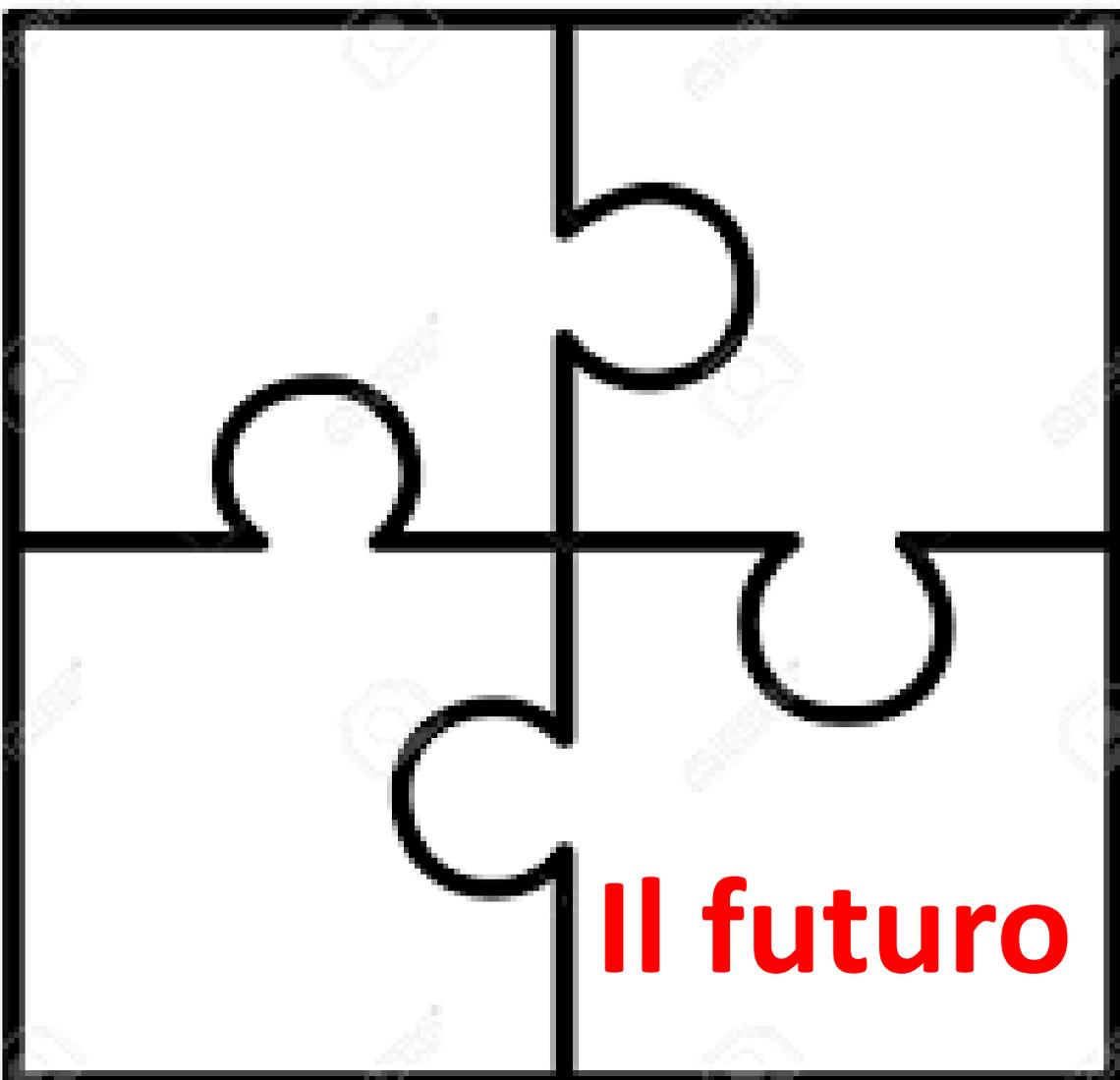


Figura 1

Improved Outcomes





Il futuro



Mi interessa molto il futuro: è lì che passerò il resto della mia vita.

(Aedo, 891 a.c)

**AMD, COSA OFFRE
PER SOSTENERE
QUESTO CONTESTO COSI'
COMPLESSO, RICCO DI INNOVAZIONE,
APERTO AL CAMBIAMENTO?**

PROGETTO SYNTHĒSIS

dal greco *σύνθεσις* ossia "composizione", a sua volta derivato da *συντίθημι*, cioè "mettere insieme"





**LA SCUOLA DI FORMAZIONE AMD,
SI EVOLVE
AGGIUNGENDO
LA SCUOLA DI FORMAZIONE PER
EDUCATORI AMD**

Per implementare le attività formative rivolte ad un' ulteriore crescita delle abilità comunicative, potenziando le competenze “andragogiche”

Oggi si deve rendere il medico, e più in generale, l'operatore sanitario componente del team, aggiornato e rinnovato, partecipe del dialogo/scambio sia con l'organizzazione in cambiamento, trasformando in prassi quel valore costitutivo e fondante della scienza medica – l'humanitas – talora percepito come aggiuntivo e secondario.

**IMPATTO DI UN SISTEMA DI TELECARE PER LA
GESTIONE DEL RISCHIO METABOLICO E CAR-
DIOVASCOLARE NEI PAZIENTI CON DIABETE DI
TIPO 2 E DIABETE GESTAZIONALE SEGUITI
PRESSO LE STRUTTURE SPECIALISTICHE**

STUDIO MULTICENTRICO RANDOMIZZATO

BIG DATA

Esempi di sorgenti di dati per ricerche sul diabete

Annali AMD

Dati AIFA/OSMED

Rapporto ISTAT

Dispositivi medici - Anno 2015 - Spesa rilevata per Azienda Sanitaria

Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (dati SDO)

Analisi dell'evento nascita (CeDAP)

AMD

L'ASSOCIAZIONE

Il Commitment AMD 2017

G.GUAITA:

Quando in una delle nostre convention dello scorso anno abbiamo approfondito la tematica del rinnovamento societario ho inteso proporre una metafora, quella della “piramide rovesciata” con il vertice, il CDN, in basso, e la base societaria in alto, a simboleggiare da un lato un richiamo per i ruoli precostituiti allo spirito di servizio e dall’altro un monito a una maggior assunzione di responsabilità da parte dei soci.

In una piramide anche se rovesciata esistono sempre una base ed un vertice.

Questa rappresentazione non è più attuale, oggi si deve parlare di **organizzazione a rete** dove i ruoli vengono comunque riconosciuti ma l'atteggiamento mentale deve essere di apertura, di collaborazione e di cooperazione per rispondere ai bisogni sociali, politici, economici.

E' **fondamentale** quindi che AMD sia orientata al futuro tenendo presente che ogni diabetologo deve sviluppare competenze tecniche, relazionali, organizzative.

Il paradigma che ci ispirerà è quello della responsabilità sociale, e ciò si tradurrà in :

- impatto sulla comunità esterna, in termini di assistenza, servizi e/o produzione di conoscenza;**
- un onere morale nei confronti dei soci**

***L'abilità di un'organizzazione
per competere con efficacia
richiede:***

- ***un pensiero creativo***
 - ***innovazione***
- ***rapido adattamento alle
informazioni
rilevanti e mutevoli generate
dall'ambiente.***

- Le competenze devono essere continuamente migliorate e potenziate attraverso l'applicazione e la condivisione.
- Le abilità adattive dell'organizzazione saranno altamente dipendenti dall'uso e dal valore che essa pone nella pratica, nel talento, nelle abilità e nell'esperienza dei suoi membri.
- Le componenti cruciali sono l'abilità delle persone di anticipare e rispondere attraverso l'organizzazione alle esigenze complesse dell'utenza.
- Le aziende di successo nell'economia della conoscenza saranno quelle che gestiranno efficacemente la creazione, condivisione, raccolta e circolazione delle abilità e delle conoscenze fino a tradurle in capitale umano e sociale.

*Il Rinnovamento Societario-Contributo Gruppi di Lavoro
Convention Siracusa 10/11 giugno 2016 --- A. Costa*



© kainòs coop 2015

Se le formiche si mettono d'accordo,
possono spostare un elefante
(proverbio del Burkina Faso)



Grazie!