

RESEARCH ARTICLE

Inerzia terapeutica del Diabetologo: dall'algoritmo clinico all'algoritmo mentale. Progetto DIADEMA-AMD

Therapeutic inertia of the Diabetologist: from the clinical algorithm to the mental algorithm. DIADEMA-AMD project

M.A. Pellegrini¹, A. Ercoli², N. Musacchio³, R. Zilich⁴, D. Mannino⁵

¹CdA Fondazione AMD - New Coram, Udine. ²Chief Happiness Officer - ComeaFormed, Udine. ³Presidente Fondazione AMD. ⁴Consulente Knowledge Management & Intelligenza Artificiale - Mix-x, Milano. ⁵Presidente AMD, Direttore UOC Diabetologia/Endocrinologia, Azienda Ospedaliera Bianchi-Melacrino-Morelli, Reggio Calabria.

Corresponding author: antonpe55@gmail.com

Abstract

Several type 2 diabetic patients never reach the recommended metabolic goals because the proper therapy is not prescribed or modified. The problem is known as “therapeutic inertia.” In the literature, there is a wide range of available methodologies suited to analyze the problem. Almost in all instances, however, this problem is attributed to external factors – organizational issues, time constraints, financial restrictions and patient resistance – while the diabetologist’s mental process, well-being and emotions are often ignored. Acknowledging the issue is the first step to overcome the impasse of therapeutic inertia. Often diabetologists lack self-awareness of their own mistakes. The goal of the Diadema project is to analyze and understand the processes that are responsible for the actions and facilitate a real change.

KEY WORDS therapeutic inertia; emotions; change; communication; relationship; awareness.

Riassunto

Molti pazienti diabetici di tipo 2 non raggiungono i corretti obiettivi metabolici perché non viene loro prescritta o intensificata la terapia. Il problema è noto come “inerzia terapeutica”. In letteratura si trova un’ampia scelta di metodologie atte ad analizzare il problema, ma, quasi sempre esso viene ricondotto a cause e fattori legati al contesto “esterno” del Diabetologo (es. problemi organizzativi, limitazioni di tempo e budget, resistenza del paziente) mentre il processo mentale profondo della Persona Diabetologo, le sue emozioni e il suo benessere vengono troppo spesso ignorati. Prendere coscienza del problema è il primo passo per uscire dall’impasse dell’inerzia terapeutica. Spesso, infatti, gli stessi diabetologi non sono consapevoli dei propri errori. Scopo del progetto DIADEMA è quello di approfondire i processi che sottendono le



OPEN
ACCESS



PEER-
REVIEWED

Citation M.A. Pellegrini, A. Ercoli, N. Musacchio, R. Zilich, D. Mannino (2019). Inerzia terapeutica del Diabetologo: dall'algoritmo clinico all'algoritmo mentale. Progetto DIADEMA-AMD. JAMD Vol. 22/4

Editor Luca Monge, Associazione Medici Diabetologi, Italy

Received October, 2019

Accepted October, 2019

Published November, 2019

Copyright © 2019 Pellegrini et al. This is an open access article edited by [AMD](#), published by [Idelson Gnocchi](#), distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](#), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

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

Funding The Authors received no specific funding for this work.

Competing interest The Authors declare no competing interests.

decisioni per promuoverne un reale cambiamento. **Parole chiave** inerzia terapeutica; emozioni; cambiamento; comunicazione; relazione; consapevolezza.

Premessa

Molti pazienti diabetici di tipo 2 non raggiungono i corretti obiettivi metabolici perché non viene loro prescritta o intensificata la terapia. Il problema, noto come “inerzia terapeutica”, spesso si associa anche all’impiego di farmaci ormai obsoleti e all’incapacità da parte dei medici di prendere coscienza del problema e di attivarsi per risolverlo. Da molti anni AMD (Associazione Medici Diabetologi) è impegnata anche con attività formative e divulgative a cercare di comprendere le cause che sottendono questi comportamenti e ad offrire ai propri soci strumenti per riconoscerli, affrontarli, superarli. In letteratura si trova un’ampia scelta di metodologie atte ad analizzare il problema, ma, quasi sempre esso viene ricondotto a cause e fattori legati al contesto esterno del Diabetologo (es. problemi organizzativi, limitazioni di tempo e budget, resistenza del paziente)⁽¹⁾ mentre il processo mentale profondo della Persona Diabetologo, le sue emozioni, il suo benessere vengono troppo spesso ignorati.⁽²⁾

AMD, alla luce dei dati preoccupanti sull’Inerzia terapeutica evidenziati dagli Annali AMD (una pubblicazione periodica che ha permesso di valutare i profili assistenziali delle Persone con diabete seguite presso i servizi di diabetologia italiani),⁽³⁾ ha prodotto documenti e progetti volti ad affrontare questo fenomeno.

Capofila di tali attività è stato Brain&Dia⁽⁴⁾, un progetto di analisi basato sulle neuroscienze, che ha permesso di analizzare le ragioni alla base dell’inerzia insulinica. Successivamente è stato realizzato il PROGETTO DIABETES INTELLIGENCE (DIA&INT: Focus on: Inappropriatezza terapeutica. Il gap fra real life e real thinking. Time for change)⁽⁵⁾ che ha utilizzato per le attività didattico/formative gli strumenti della finanza comportamentale (Behavioral Economics o economia del comportamento), una scienza che esplora le motivazioni per cui gli individui prendono decisioni irrazionali, e come mai il loro modo di agire non segua le previsioni dei modelli economici classici.

Infine, nel 2018, sono stati realizzati il progetto RADAR, basato sulla proposta di una applicazione che, utilizzando i dati della cartella clinica informatica permette l’identificazione rapida di pazienti con indicazione all’uso dei farmaci innovativi (SGLT-2i e

GLP-1Rai) e il progetto formativo INTENDI 2 (INsulinierzia TERAPEUTICA IN Diabetologia) sempre con l’obiettivo di indagare i motivi alla base dell’inerzia terapeutica e, nello specifico, dell’utilizzo della terapia insulinica per accendere i riflettori sui possibili bias che intervengono nei processi decisionali dei diabetologi italiani. Paradossalmente anche in questo progetto, come accaduto in Brain&Dia, è emerso che il Diabetologo vive sentimenti contrastanti e “paure” inconsapevoli che lo frenano, al di là di qualsiasi fattore legato al contesto esterno, nella prescrizione della terapia insulinica.

Per affrontare tutto questo è auspicabile che l’operatore sanitario venga messo in grado di mettere in discussione le proprie convinzioni per sviluppare uno stato mentale che possa attivare un’attenzione consapevole.⁽⁶⁾

Prendere coscienza del problema è il primo passo per uscire dall’impasse dell’inerzia terapeutica. Spesso, infatti, i diabetologi stessi non sono consapevoli dei propri errori. Scopo del progetto DIADEMA è quello di approfondire i processi che sottendono le decisioni per promuoverne un reale cambiamento.

Materiale e metodi

Per realizzare l’attività formativa sono stati utilizzati diversi strumenti didattici.

Relazioni Frontali: relazioni sui dati degli Annali AMD, aggiornamento sui benefici delle nuove terapie per la cura del diabete tipo 2 e sul raggiungimento dei target metabolici)

Le Mappe mentali di Tony Buzan: queste sono una rappresentazione grafica del nostro pensiero che stimola la memoria e l’apprendimento. Servono ad aiutare la mente a digerire concetti complessi in modo creativo e personalizzato. Nascono allo scopo di elaborare e assimilare informazioni in modo efficace e innovativo. Rispetto alle tradizionali tecniche per “prendere nota”, le mappe mentali seguono il funzionamento del cervello e fanno lavorare in simbiosi la parte analitica (cervello sinistro) insieme al lato più artistico (cervello destro).⁽⁷⁾

Questionario: è stato creato un questionario ad hoc sul percepito rispetto al problema dell’Inerzia terapeutica in Diabetologia che analizza il processo mentale “razionale”

MixCover90%[®]: questa metodologia ha le sue radici culturali nella neuroscienza, e si basa su interviste che hanno l’obiettivo di trasferire stati inconsape-

voli a un livello adeguato di coscienza, chiedendo all'intervistato di rappresentare le proprie sensazioni attraverso l'uso di metafore.

Nello specifico, nel progetto DIADEMA l'obiettivo era far emergere le barriere inconscie all'adozione delle nuove terapie. L'integrazione delle metafore visive, scelte da ogni diabetologo, ha permesso che ognuno portasse a galla il proprio vissuto, e ha consentito di far emergere i pensieri e le convinzioni profonde che riguardano l'esperienza analizzata: aggressività terapeutica vs inerzia. L'utilizzo di questo strumento ci ha permesso di:

- delineare, attraverso immagini, storie e metafore, *le mappe mentali* dei diabetologi intervistati riguardo alle nuove terapie. Le mappe mentali descrivono il 'processo del pensare', non solo il suo risultato visibile, rappresentato dal comportamento finale – es. scelta terapeutica – o da un'opinione espressa;
- Individuare i *temi chiave* che, agli snodi decisionali, fanno prendere una certa direzione nel percorso decisionale: perché a un certo punto un diabetologo decide di intervenire con una maggiore aggressività terapeutica o decide di non intervenire e privilegiare un atteggiamento più inerte?

Il metodo 4Colors-Know-Futures®: questa metodologia che trae i suoi riferimenti scientifici dalla psicologia Jungiana può essere applicata utilmente nella psicologia relazionale e comportamentale. Il metodo permette al professionista di riconoscere i diversi comportamenti e stili di relazione delle persone che incontra all'interno dei suoi contesti professionali, per attivare uno stile di leadership fatto di comportamenti funzionali e di una comunicazione che influenzi efficacemente i pazienti e le loro famiglie, grazie alla relazione che svilupperà nel tempo.

Problem solving su casi clinici: con questa metodologia si sono affrontati alcuni aspetti dei processi decisionali del Diabetologo utilizzando anche il metodo 4Colors e le mappe mentali di Buzan.

Role playing: è stato utilizzato per rappresentare e discutere alcuni casi clinici.

Metodi

È stato progettato un percorso formativo residenziale attivo/interattivo capillarizzato su tutto il territorio nazionale dal titolo: "Progetto DIADEMA, DIABetologo Diabete E MAPpe mentali: dall'algoritmo clinico all'algoritmo mentale".

Il percorso formativo ha come obiettivi generali:

- identificare i meccanismi determinanti l'inerzia terapeutica rispetto alla corretta prescrizione dei farmaci;
- far emergere il parziale raggiungimento dei target clinici tenendo conto delle complessità del paziente metabolico;
- innescare percorsi di miglioramento;
- analisi delle applicazioni delle mappe mentali in ambito sanitario;
- la responsabilità medico-legale alla luce del decreto Gelli;

e come obiettivi specifici:

- conoscenza degli ultimi dati degli annuali AMD su prescrizione farmaci e target clinici;
- analisi della survey nazionale su Inerzia: individuazione dei profili di prassi quotidiana;
- risultati dei colloqui di analisi dei processi mentali relativi ai problemi dell'inerzia;
- addestramento alla costruzione di mappe mentali;
- riconoscere i contenuti emozionali delle mappe mentali;
- applicare le mappe mentali in ambito medico.

Risultati e discussione

Analisi dei questionari

È stata lanciata una survey AMD online a cui hanno risposto 119 Diabetologi italiani.

L'analisi dei questionari ha evidenziato come il Diabetologo tenda a massimizzare l'influenza negativa del contesto lavorativo nelle scelte e a valorizzare molto i timori dei pazienti per "giustificare" l'inerzia emersa nella prescrizione/intensificazione della terapia insulinica.

Alla domanda che chiedeva di analizzare le cause del mancato raggiungimento dei principali target metabolici (HbA1c, COL LDL e valori pressori) la maggior parte dei medici ha attribuito la responsabilità alla scarsa attenzione del medico di famiglia a questi problemi e alla scarsa aderenza dei pazienti alle terapie.

Più eterogenee le risposte relative al persistere dell'utilizzo delle sulfaniluree da parte dei Diabetologi. Qui iniziano a delinearsi precise responsabilità del medico ma analizzate sempre da un punto di vista puramente razionale. (emisfero sinistro).

Le domande che riguardavano lo scarso utilizzo dei DPP4i, GLP1 agonisti, SGLT2i hanno dato risultati eterogenei che spaziavano dal problema burocrati-

co (piano terapeutico) al timore del medico per gli effetti collaterali, a dubbi sui meccanismi di azione ma, alcuni Diabetologi (in uno spazio che veniva lasciato aperto per ogni domanda) hanno segnalato la scarsa propensione di molti diabetologi alle innovazioni terapeutiche nonostante le evidenze scientifiche di beneficio e nonostante una adeguata formazione in merito.

Utilizzo mappe mentali

Le mappe mentali funzionano come il cervello umano, imitando il modo in cui si formano nuovi circuiti neurali o si consolidano quelli già esistenti quando le informazioni transitano tra i neuroni, coinvolgendo entrambi gli emisferi. Esse hanno la capacità di stimolare il pensiero radiante, ossia operando in modo sinergico anziché lineare. Quindi una mappa mentale esalta le funzioni naturali del cervello, rendendolo più forte, più creativo ed efficiente. Inoltre, è un ottimo strumento per generare nuovi stati di consapevolezza. Una mappa mentale necessita di un foglio di carta bianca, una selezione di pennarelli o matite colorate, una mente aperta, un'immaginazione viva e un argomento che si vuole analizzare. Una mappa mentale presenta tre caratteristiche fondamentali: un tema centrale e grossi rami che si irradiano a partire dall'immagine centrale: questi rami rappresentano gli argomenti principali, corre-

lati all'argomento centrale, e ciascuno è rappresentato da un colore diverso. A loro volta, dai rami principali si dipartono rami secondari che si collegano ad altri temi associati a quello centrale. Infine, una singola immagine o parola chiave viene collegata su ciascun ramo. (Figura 1)⁽⁷⁾.

Le mappe mentali, elaborate nel percorso formativo, hanno dato una serie di vantaggi ai partecipanti al corso, che apprendendo questo strumento hanno potuto pensare in modo nuovo, infatti sono giunti a fare emergere e strutturare collegamenti mentali che conducono a determinate scelte terapeutiche. Sono riusciti ad apprendere un nuovo modo per riorganizzare i propri punti di vista, rispetto all'argomento trattato. Concentrandosi sul compito stabilito, hanno riflettuto sulle azioni a cui portare attenzione, per operare con migliori risultati nella prassi quotidiana. Inoltre, hanno ragionato su come organizzarsi per mettere in atto nuovi comportamenti terapeutici con i pazienti. Con la realizzazione di queste mappe anche la comunicazione si è rivelata più fluida e chiara, i partecipanti hanno sottolineato i punti essenziali per comprendere lo stato dell'arte dei propri comportamenti prescrittivi. Realizzare le mappe mentali, attraverso un lavoro di gruppo, ha favorito la comunicazione e i rapporti tra persone, con risultati di efficacia ed efficienza rispetto agli obiettivi posti.

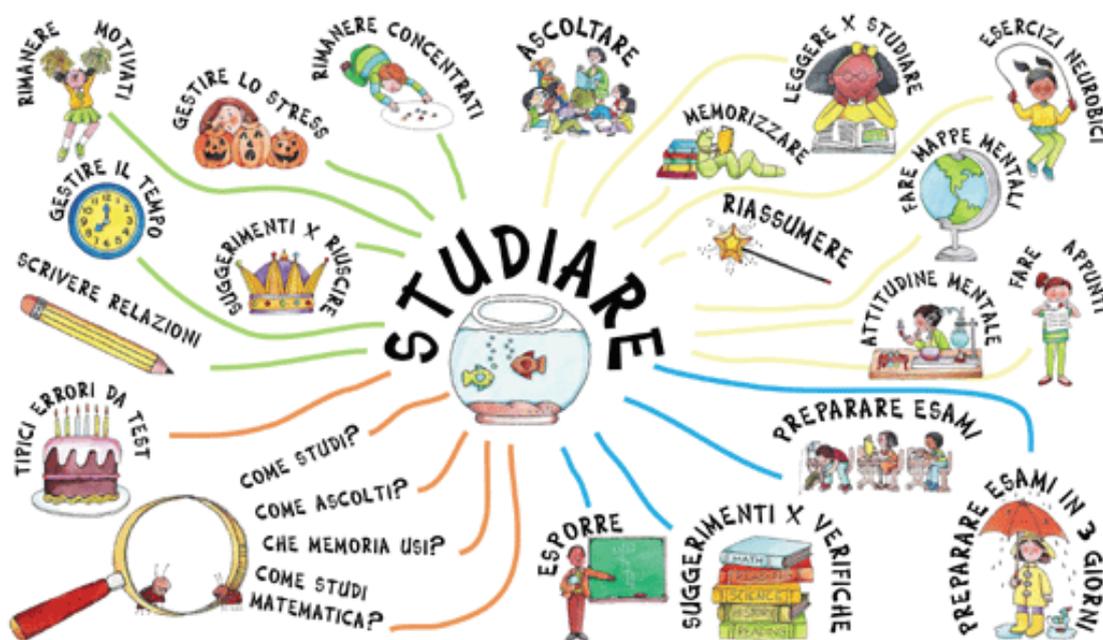


Figura 1 | Esempio di mappa mentale. Da: ref. 7.

MixCover90%®

Il Sistema ha permesso di catalogare nel database 1.429 “affermazioni” relative alla attitudine o meno degli intervistati a modificare le proprie scelte terapeutiche e ad individuare le eventuali barriere/ostacoli al cambiamento.

I temi che hanno totalizzato il più alto numero di affermazioni sono:

1. *Come il medico vive il cambiamento* (289 affermazioni, di cui 118 specificamente riferite a barriere all'utilizzo dei nuovi farmaci).
2. *L'approccio terapeutico del medico* (243 affermazioni, di cui 122 specificamente riferite a barriere all'utilizzo dei nuovi farmaci).
3. *La relazione medico paziente* (194 affermazioni, di cui 76 specificamente riferite a barriere all'utilizzo dei nuovi farmaci).

Utilizzando questa metodologia crescono le considerazioni che esulano dal contesto esterno e /o dal paziente e compaiono invece motivazioni relative alla Persona diabetologo stesso e alle sue convinzioni.

Le informazioni raccolte hanno permesso di fenotipizzare due tipi di Diabetologo, uno spinto dalla “curiosità” e dalla voglia di “esplorare”, l'altro radica-

to nelle “certezze acquisite” e “meno predisposto ai cambiamenti” (Tabelle 1, 2).

Mappa mentale del diabetologo

I collegamenti mentali espressi dai diabetologi in relazione all'orientamento – o meno – verso le nuove opportunità terapeutiche sono stati sintetizzati in una mappa mentale. I rami principali delle mappe mentali del realizzate riguardano:

1. Questi risultati vengono discussi collegialmente e, a seconda del fenotipo di medico, I nuovi farmaci (aspetti negativi e positivi)
2. I vecchi farmaci (aspetti negativi e positivi)
3. La scienza, le pubblicazioni e la formazione
4. Il paziente (fenotipo clinico-psicologico-sociale, relazione medico-paziente)
5. Gli aspetti organizzativi.

Questi risultati vengono discussi collegialmente e, a seconda del fenotipo di medico, ‘curiosità esplorazione’ o ‘certezze acquisite’, i concetti indicati sulla mappa mentale sono stati filtrati in base alla personalità del diabetologo (Figura 2).

Tabella 1 | Il profilo del Diabetologo “esploratore-non inerte”. Da originale prodotto dal Gruppo Progetto “Diadema”.

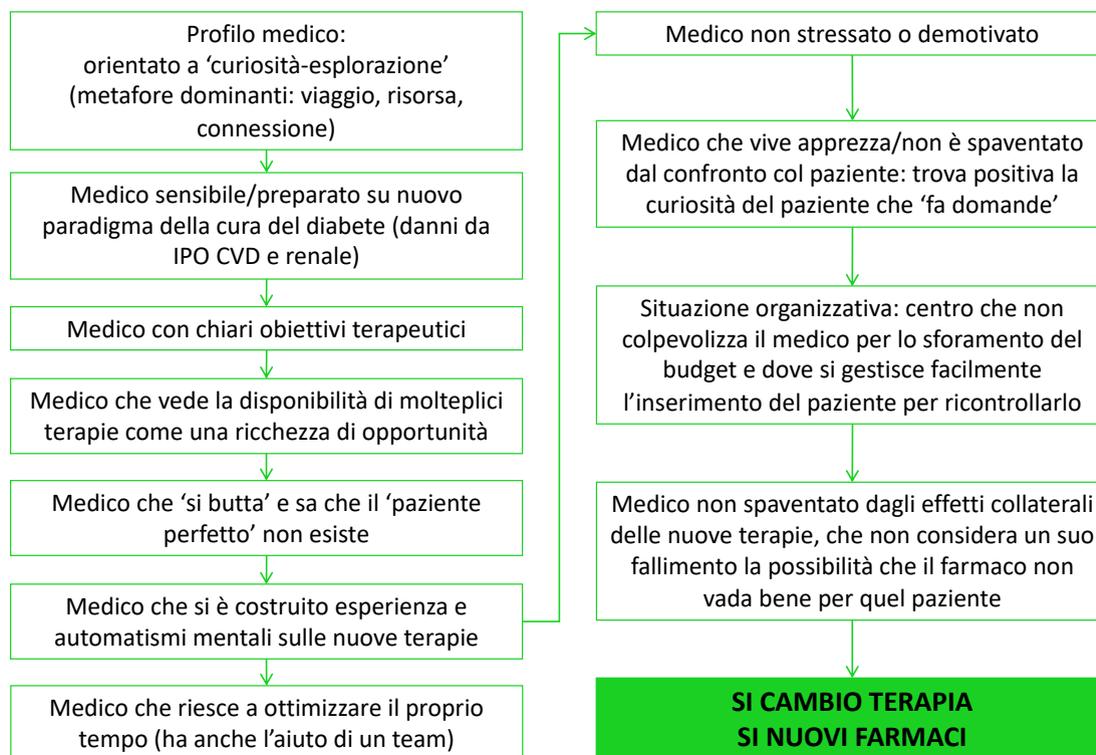


Tabella 2 | Il profilo del Diabetologo "inerte". Da originale prodotto dal Gruppo Progetto "Diadema".

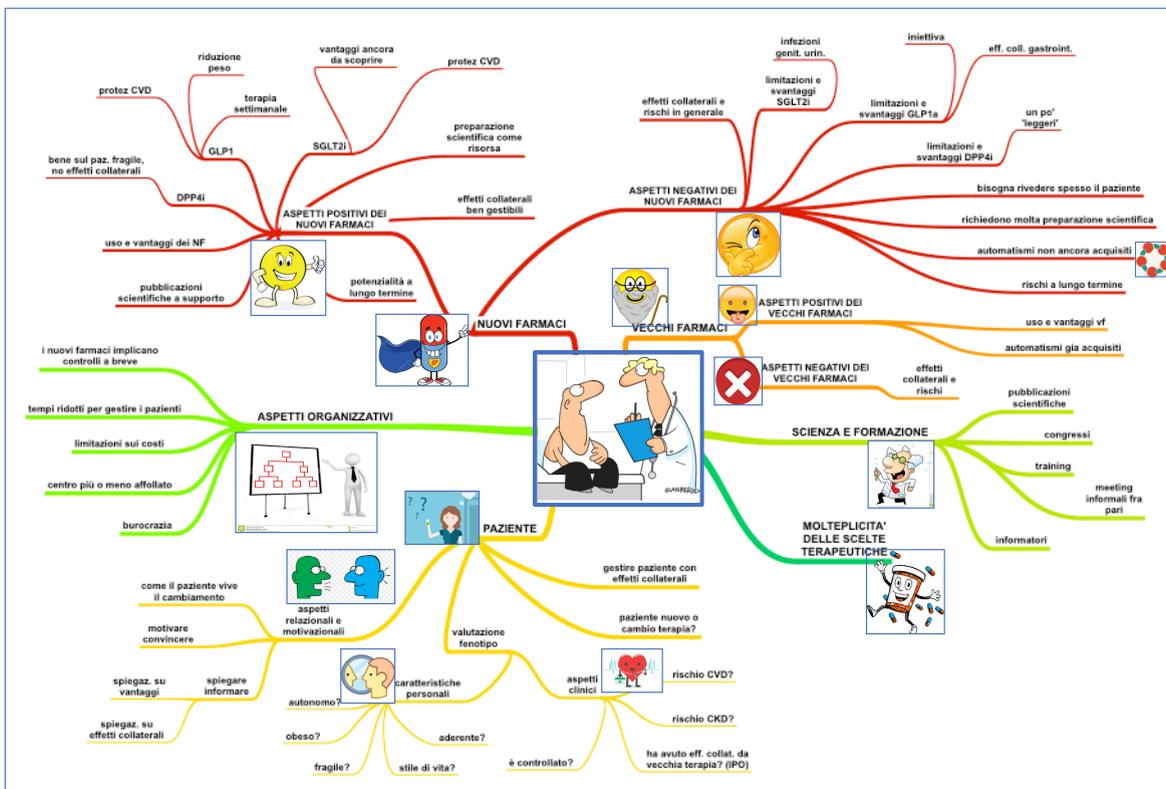
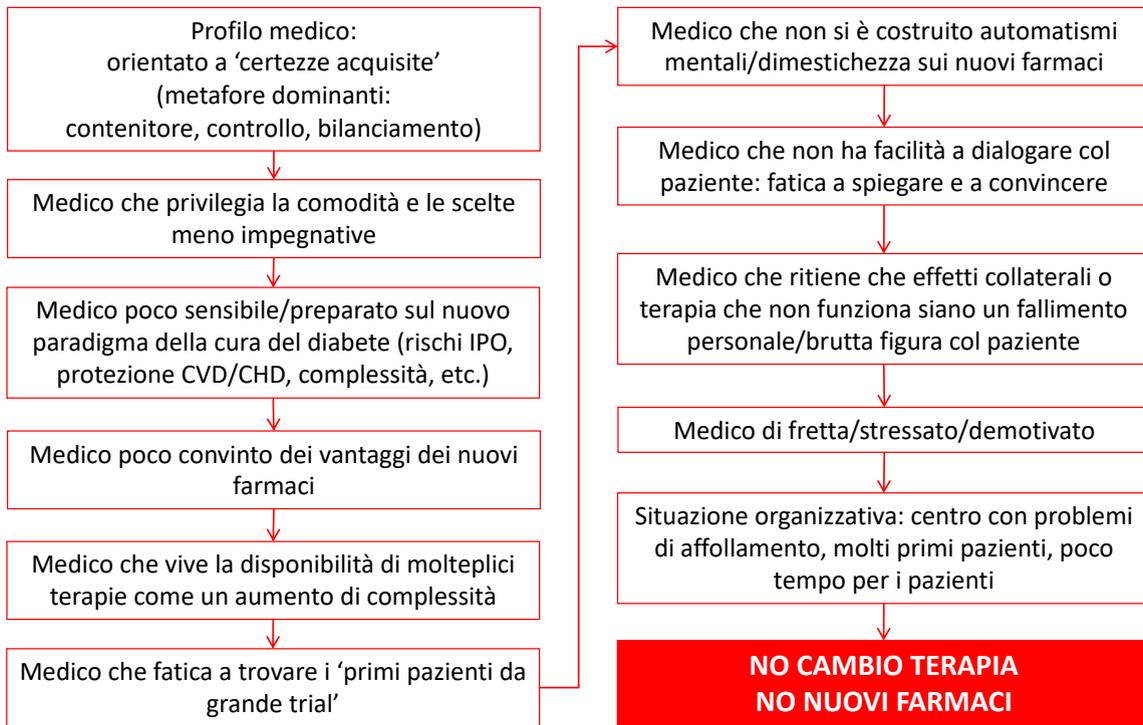


Figura 2 | La mappa mentale del Diabetologo costruita dopo le interviste "emozionali". Da originale prodotto dal Gruppo Progetto "Diadema".

Il metodo 4Colors-Know-Futures®

Tra i risultati dell'analisi effettuata, nel progetto DIADEMA, per individuare i processi mentali relativi all'inerzia terapeutica sui nuovi farmaci, la relazione medico-paziente si è ritrovata al terzo posto, tra i quattordici macro-temi individuati dalla nostra ricerca.

Il rapporto con i pazienti è sempre stato un tema importante per i medici che si occupano di diabete, perché la persona affetta da cronicità deve sentirsi coinvolta, sviluppando motivazione, coscienza, consapevolezza per aderire e persistere nel tempo nella gestione della sua malattia, rallentando i processi legati alle complicanze.⁽¹⁰⁾

Di conseguenza, visti i sempre più veloci cambiamenti organizzativi dei contesti sanitari che condizionano la comunicazione e le relazioni in modo rilevante e attraverso l'uso delle tecnologie hanno modificato i tempi di visita, ogni operatore ha bisogno di nuovi codici, semplici, intuitivi e veloci per decifrare comportamenti e stili di relazioni che possano agevolare la sua operatività nella prassi quotidiana.

4Colors-Know-Futures® è stato ideato dalla pedagoga francese Brigitte Boussuat, trova le sue radici in: Teoria Spettro dei colori (I. Newton)⁽¹¹⁾, Psicoana-

lisi legata al pensiero (C.G.Jung)⁽¹²⁾, Teoria comportamentale del DISC - Dominante, Influyente, Stabile, Coscienzioso o Cauto (W.M. Marston)⁽¹³⁾, Programmazione Neurolinguistica (J. Grinder e R. Bandler)⁽¹⁴⁾, Sinergologia (Linguaggio del corpo) (R. Birdwhistell)⁽¹⁵⁾ Neuroscienze⁽¹⁶⁾ e Neurobiologia in relazione all'evoluzione del movimento e dell'apprendimento.

In questo specifico metodo sono stati identificati 4 colori: Blu, Rosso, Giallo e Verde.

Ogni colore mette in evidenza specifici comportamenti e stili di relazione, pur sottolineando che ogni essere umano non è identificabile con un solo colore, ma è la somma di queste quattro energie che con frequenza e intensità disuguali, attraverso la predominanza di un colore rispetto ad un altro palesano il modo in cui una persona ragiona, sente e si comporta.⁽¹⁷⁾

È importante sottolineare che 4Colors-Know-Futures® descrive solo i comportamenti e gli stili di relazione, i test messi a disposizione non misurano l'intelligenza, non informano sui valori e l'educazione ricevuta, non indicano le formazioni o le esperienze avute, non informano sulle competenze tecniche.

La mappa permette di comprendere in modo semplice la teoria che si trova dietro a questo metodo (Figura 3).

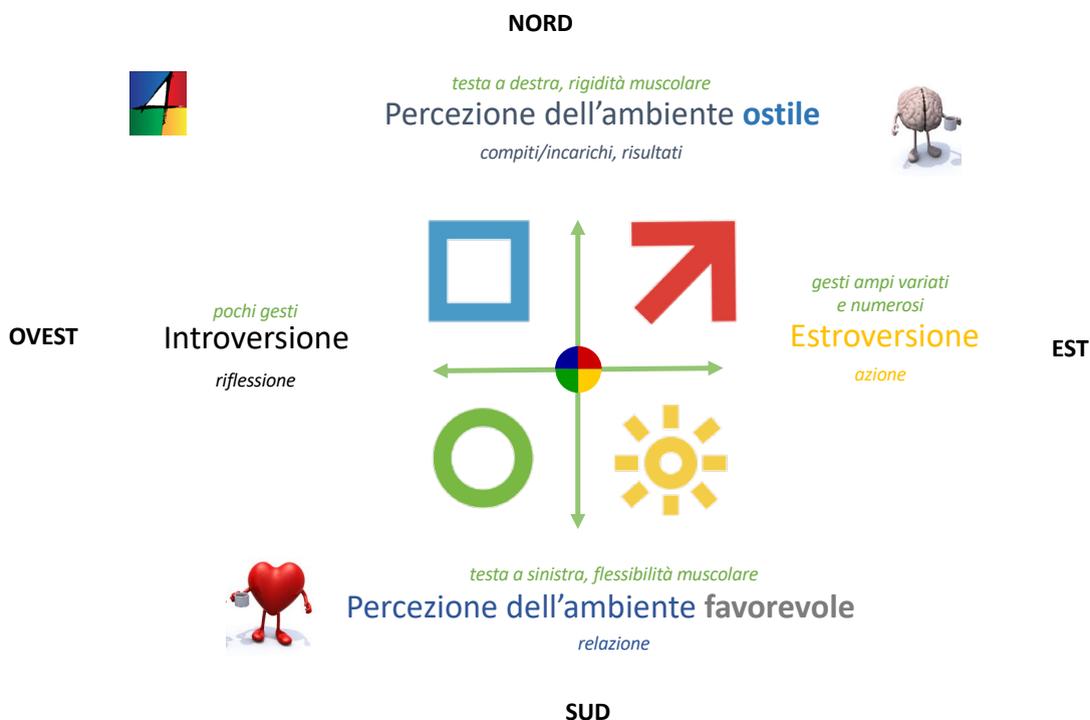


Figura 3 | L. Giovannini, N. Riva – I quattro colori della personalità. Da: ref. 17.

A nord troviamo i colori Blu e Rosso, con essi si identificano comportamenti mirati ai compiti, agli incarichi, ai risultati, le persone con questo tipo di energia avvertono l'ambiente ostile, utilizzano atteggiamenti formali e si fidano delle persone solo dopo un'attenta valutazione.

Alcune caratteristiche comportamentali del blu: preciso, riservato, organizzato, prudente, riflessivo, distante, perfezionista, distaccato. Talento riconosciuto: ama la conoscenza ed è attento ai processi. Caratteristiche del rosso: intraprendente, energico, diretto, deciso, competitivo, indipendente, esigente, impaziente, intransigente. Talento riconosciuto: decisioni rapide.

Ad est troviamo i colori/comportamenti Rosso e Giallo, queste persone con questa tipologia di energia sono estroversi, portati all'azione, ai gesti ampi, amano differenziarsi e sentirsi al centro dell'attenzione, con stili diversi perché il rosso ama il palcoscenico per sé stesso, il giallo nasconde questo perché coinvolge anche gli altri. Entrambi hanno energie che possono influenzare in modo incisivo gli altri.

A sud troviamo il Giallo e Verde, le persone con questa tipologia di colore si identificano con comportamenti portati alla relazione, vivono l'ambiente in modo favorevole fidandosi delle persone.

Caratteristiche del giallo: ottimista, gioioso, comunicativo, entusiasta, socievole, fiducioso, disorganizzato, carismatico, affascinante. Talento riconosciuto: capacità di persuadere.

Caratteristiche del verde: calmo, attento, paziente, modesto, affidabile, cooperativo, lento, discreto, prevedibile, paziente, statico. Talento riconosciuto: capacità di ascoltare.

A ovest troviamo i colori/comportamenti Verde e Blu, le persone con questa tipologia di energia sono definiti introversi, portati alla riflessione, hanno bisogno di tempo prima di entrare in azione, tendono ad essere riservati, meno socievoli anche se il verde è caratterizzato da uno stile accogliente, mentre il blu tiene a distanza.

In un contesto organizzativo in cui la comunicazione e la relazione vengono considerati aspetti soft, ma assieme ai comportamenti concorrono in modo significativo al successo delle attività professionali, è importante conoscere e interiorizzare nuovi strumenti, agili, che aiutano a stare in un rinnovato rapporto terapeutico.

Imparare nuovi metodi di comunicazione e relazione offre la possibilità di mettere in discussione vecchie certezze, a favore di nuove convinzioni, che rinnovano le intenzioni che insieme alla funzione

psichica della volontà, possono incidere profondamente sui processi decisionali, portando così nella prassi quotidiana una rinnovata attenzione, attivando la motivazione, supportando i comportamenti più idonei alle diverse situazioni attraverso una comunicazione garante di risultati.

Conclusioni

Negli ultimi decenni nella gestione della malattia cronica si è molto lavorato su come valorizzare la comunicazione e la relazione col paziente, sull'ascolto attivo, sulla fenotipizzazione del paziente, sui programmi di educazione terapeutica, sui processi di empowerment. Il Diabetologo, come evidenziato anche nella raccolta dati del progetto DIA&INT⁽⁶⁾, e come declinato nel Core Competence Curriculum⁽¹⁸⁻¹⁹⁾, ha ben chiaro quale ruolo e quale valore dare a questi aspetti nel processo di cura.

È stato pertanto fatto molto nella sanità per avvicinarsi al paziente, comprenderlo come individuo con il suo vissuto e non solo per la malattia che porta con sé. Uno sforzo che ha finito col trascurare l'altra faccia della medaglia, l'operatore sanitario, cui oggi vengono richieste diverse competenze, non solo tecniche e relazionali, ma anche gestionali, dovendo ottimizzare risorse e tempi all'interno di spazi organizzativi sempre più ristretti.⁽¹⁰⁾

Per questo negli ultimi anni l'attenzione di AMD si è volutamente rivolta all'operatore, al Medico-Persona, alle sue fragilità, al burnout crescente e, in particolare, in questo percorso, a come tutto ciò impatti negativamente anche nelle scelte terapeutiche del Diabetologo, creando spesso inerzia e scarsa appropriatezza.

I risultati di questo progetto suggeriscono che nell'ambito dell'inerzia esistono barriere mentali di difficile abbattimento, costruite spesso per creare una corazza di certezze e per ridurre lo stress lavorativo, evitando e limitando la relazione col paziente.

Le informazioni raccolte con la metodologia MIXCover90% ci hanno inoltre suggerito che, a volte, l'inerzia terapeutica può essere determinata dalla poca confidenza o dalla mancanza di esperienza del diabetologo nell'uso dei nuovi farmaci, e che potrebbero essere utili quegli interventi atti a innescare un circolo virtuoso che aiuti a creare degli automatismi mentali e aumenti la dimestichezza sull'uso delle nuove terapie.

Come espressamente dichiarato dagli intervistati, per aiutare i diabetologi "delle certezze acquisite" a

diventare “audaci esploratori” sono state proposte le seguenti soluzioni.

- 1. Organizzare dei meeting informali fra pari**, che sono ritenuti più utili della partecipazione ai congressi o della formazione in aula. Questo primo punto potrebbe anche essere un fattore chiave per favorire il successo dei successivi punti 2-3-4.
- 2. Diffondere fra i diabetologi la consapevolezza che ‘il medico convinto, convince il paziente’**. Quando il medico non è intimamente convinto di ciò che propone al paziente, come dichiarato dagli intervistati: *‘il paziente se ne accorge’*.
- 3. Trovare nuove strategie di comunicazione** che rendano la relazione medico-paziente più efficace, coinvolgente e persuasiva. Sapendo che per ottenere tutto questo, il medico non può trascurare se stesso, il suo benessere per non cadere in stress e burnout.
- 4. Creare programmi specifici che aiutino a invertire il circolo vizioso della ‘mancanza di dimestichezza e automatismi’** sui nuovi farmaci, dovuta alla poca esperienza di real life personale del medico. In questo quadro, la fase iniziale e la gradualità nell’approccio giocano un ruolo molto importante: se con un medico poco esperto si determinano precocemente situazioni d’insuccesso o di gestione problematica della terapia, si può minare alla base la predisposizione di quel medico verso le nuove terapie.
- 5. Diffondere la cultura della ‘fenotipizzazione del paziente’ e della necessità di estrema chiarezza sugli obiettivi terapeutici del medico**. Questo, oltre ad aiutare il medico a districarsi nel labirinto della complessità data dalle molteplici opzioni terapeutiche, può aiutare anche nelle situazioni in cui il paziente presenti delle resistenze al cambio di terapia.

Bibliografia

1. Nicolucci A, et al. Italian Journal of Primary Care. 8, 2018.
2. Pellegrini MA. Presentazione Congresso Nazionale AMD, Genova. Dal progetto Brian&Dia al ruolo dell’emozioni in Diabetologia, https://aemmedi.it/files/Congressi/amd_2015/15_maggio/48_Pellegrini.pdf.
3. <https://aemmedi.it/annali-amd/>.
4. Musacchio N, Zilich R per Gruppo Brian&Dia e Gruppo MixCoverly MIX-X. Brain&Dia: la ricerca emozionale di AMD. Il giornale di AMD 16:254-264, 2013.
5. Musacchio R, Zilich R, Candido A, et al. Il progetto Diabetes Intelligence DIA&INT. <http://www.jamd.it/2017/10/25/volume-20-numero-2-supplemento/>.
6. Ercoli A, Manicardi E, Chiavetta A, et al. Ri-trovare il “senso” della professione di diabetologo J AMD | VOL. 20 | N. 1, 2017.
7. Buzan T. Le leggi delle mappe mentali. Hoepli Editore
8. Bossuat B, Lefebvre J. Former avec le Funny learning: Quand les neurosciences réinventent vos formations (Formation Pro) (French Edition).
9. Ercoli A, Cortese V. Tutta un’altra vita nella sanità. Il ben-Essere degli operatori sanitari. Idelson Gnocchi, Napoli 2015.
11. Giudice F. Lo spettro di Newton. La rivelazione della luce e dei colori. Donzelli, 2009.
12. Jung CG. Tipi Psicologici. Bollati Boringhieri, 2011.
13. Marston WM. Emotions Of Normal People. Ulan Press, 2012
14. Dilts R, Grinder J, Bandler R. Programmazione Neuro Linguistica. Astrolabio Ubaldini, 1982.
15. Birdwhistell RL. Introduction to Kinesics: An Annotation System for Analysis of Body Motion and Gesture. Department of State, Foreign Service Institute Washington, DC, 1952.
16. Medina J. Il cervello istruzione per l’uso. Bollati Boringhieri, 2014.
17. Giovannini L, Riva N. I 4 colori della personalità. Sperling & Kupfer
18. Musacchio N, Zilich R, Candido R, et al. Core Competence Curriculum del diabetologo: Position Statement AMD 2017. J AMD - The Journal of AMD 20(s2):15-32.
19. Musacchio N, Candido R, Cimino A et al. Diabetologist’s core competence curriculum: A position statement of the AMD (Italian association of medical diabetologists). Diabetes Management 9:87–95, 2019.