



COME SI OSSERVA IL CONTESTO SOCIO ASSISTENZIALE (ESPERIENZA E VISION DAL MASTER MIND AMD - BOCCONI)

Riccardo Candido

**S.S. Centro Diabetologico Distretto 3
Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste**

MASTER MIND AMD - BOCCONI

- MIND – AMD (Managing Innovation In Diabetes)”, realizzato da SDA Bocconi School of Management, in collaborazione con l'Associazione Medici Diabetologi e con il contributo non condizionante di Novo Nordisk
- Il corso, che ha visto partecipare 25 giovani diabetologi AMD provenienti da tutta Italia
- Si è articolato in 5 moduli mensili di 3 giorni l'uno (da ottobre 2015 fino a marzo 2016)
- Rappresenta una vera novità nel panorama formativo medico e diabetologico.

OBIETTIVO DEL CORSO

Fornire **competenze manageriali**, gestionali e **relazionali**, complementari a quelle medico-specialistiche, a giovani diabetologi che andranno a ricoprire ruoli direzionali nel prossimo futuro.

CONIUGARE SCIENZA E MANAGERIALITÀ

- 1. Fare strategia** per lo sviluppo della diabetologia, identificando leve di cambiamento per un rinnovato posizionamento negli assetti del SSN e dei SSR
- 2. Gestire il paziente diabetologico:** migliorare la presa in carico acquisendo strumenti e modelli di servizio per la gestione integrata della cronicità
- 3. Governare le dinamiche di costo** e l'analisi di efficacia dei servizi
- 4. Dirigere il cambiamento organizzativo,** attraverso dinamiche di leadership e di engagement nella gestione dei collaboratori

LE TEMATICHE



Field Project

Le tematiche sviluppate dai field project

- 1. Misurare il valore in diabetologia: cosa e come?**
- 2. I centri diabetologici ospedalieri: quale rete e come organizzarli?**
- 3. Il centro diabetologico: quale formula di servizio e business model?**
- 4. Gestire la cronicità in diabetologia: quali opzioni per integrare la filiera produttiva tra ospedale e territorio?**
- 5. La diabetologia tra LEA e mercato: quali equilibri, quali sviluppi?**

La gestione della cronicità

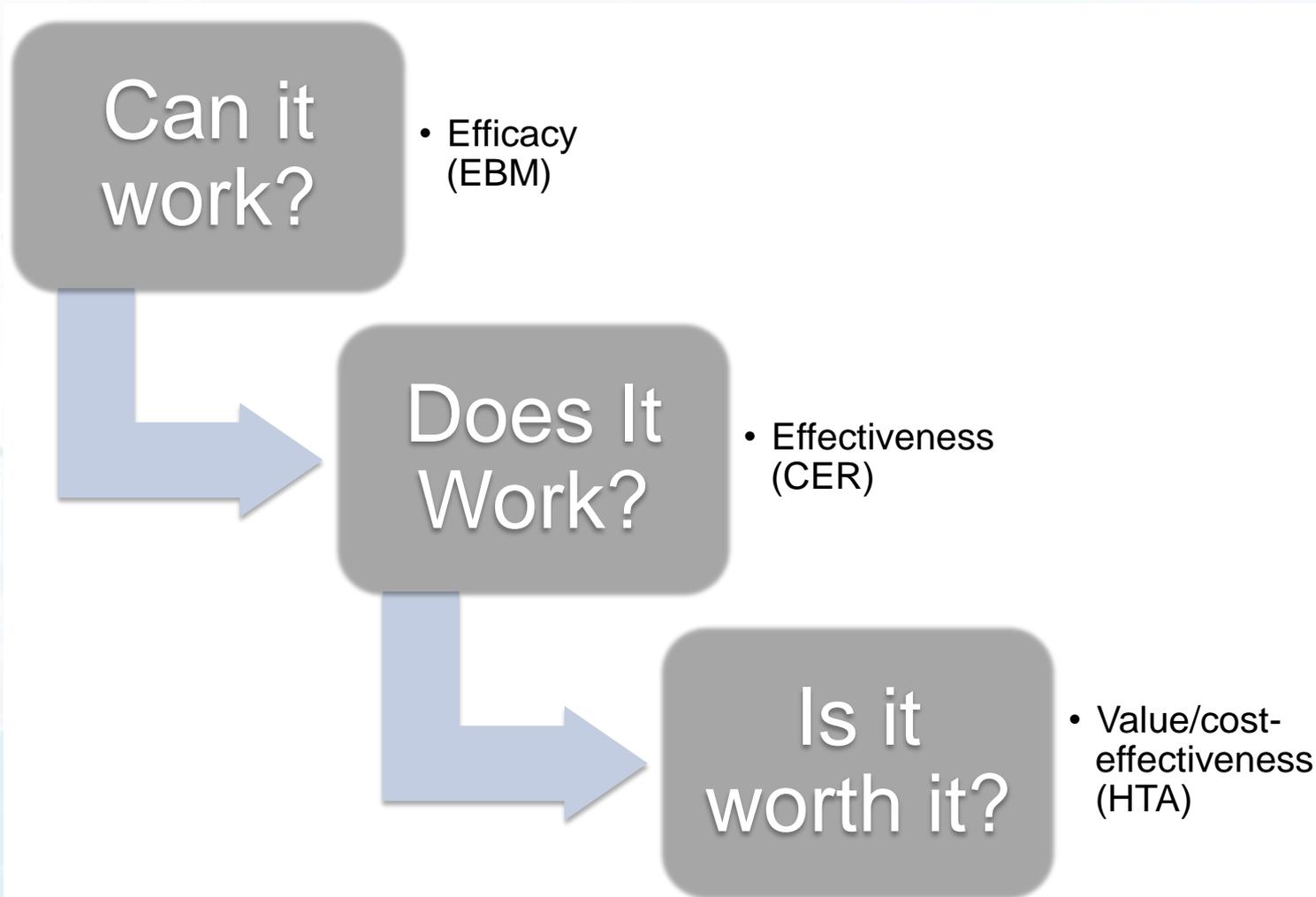
Obiettivi:

1. Appropriatelyzza dell'offerta
2. Continuità delle cure
1. Sostenibilità economica dei sistemi

L'evidenza clinica non è più sufficiente...

- Nei decenni più recenti l'evidenza clinica era il maggior criterio di valutazione dell'innovazione in sanità (EBM)
- I trend di cambiamento hanno tuttavia spostato l'attenzione dei decisori verso l'efficienza economica

Dall'evidence-based medicine all'evidence-based "value for money"



QUESTIONI CHIAVE NELLA PRESA IN CARICO DELLE CRONICITÀ

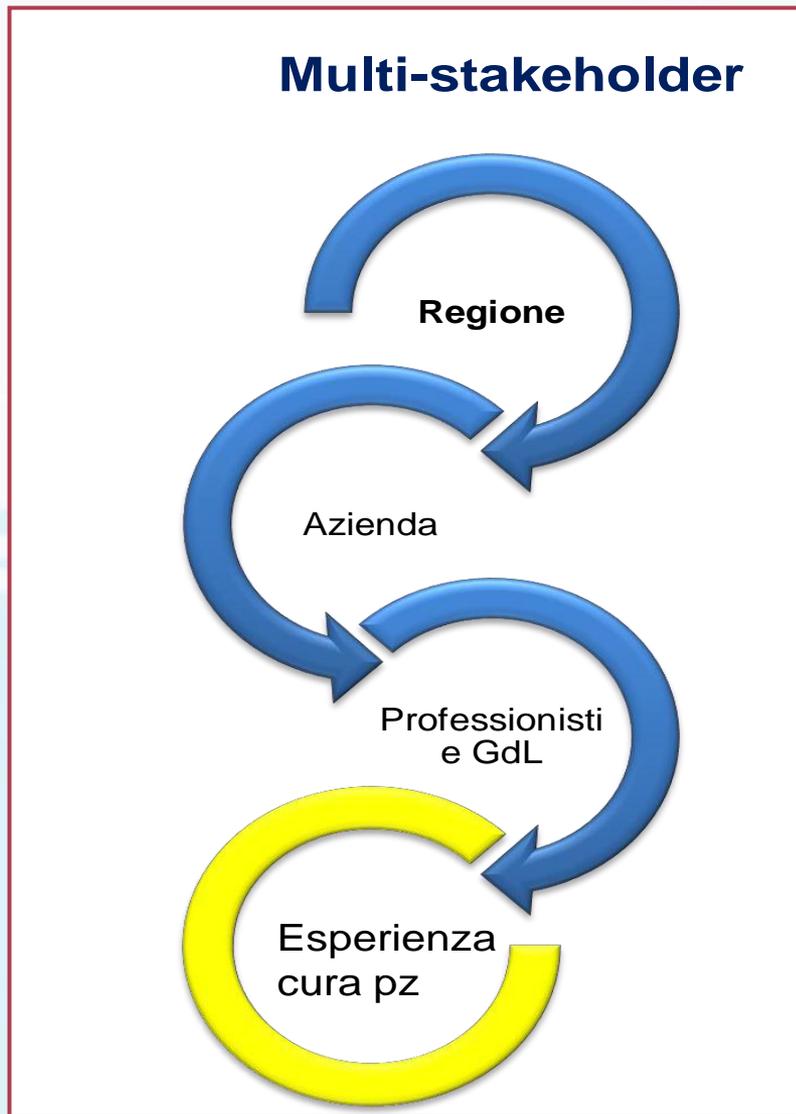
- Identificare e profilare la popolazione attraverso sistemi automatizzati e accessibili
- Esplicitare chi fa cosa nel modello di presa in carico a seconda della gravità della patologia
- Avviare misure routinarie di monitoraggio



BIG DATA

- Ricoveri, specialistica ambulatoriale, farmaceutica, pronto soccorso, assistenza domiciliare
- Raggruppare le diagnosi di malattia e l'uso di farmaci in insiemi clinicamente coerenti
- “Clusterizzare” la popolazione in omogenei per profilo di salute e consumo atteso di risorse assistenziali

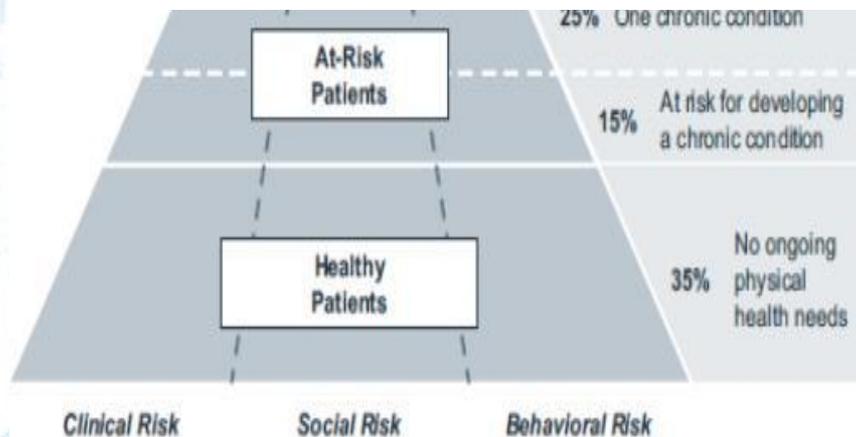
I DIVERSI PUNTI DI VISTA...



Concentrazione della domanda di salute e condizioni di rischio nella popolazione europea



**Su quale segmento concentrare gli interventi e le risorse?
Modelli e strumenti organizzativi sono diversi?**

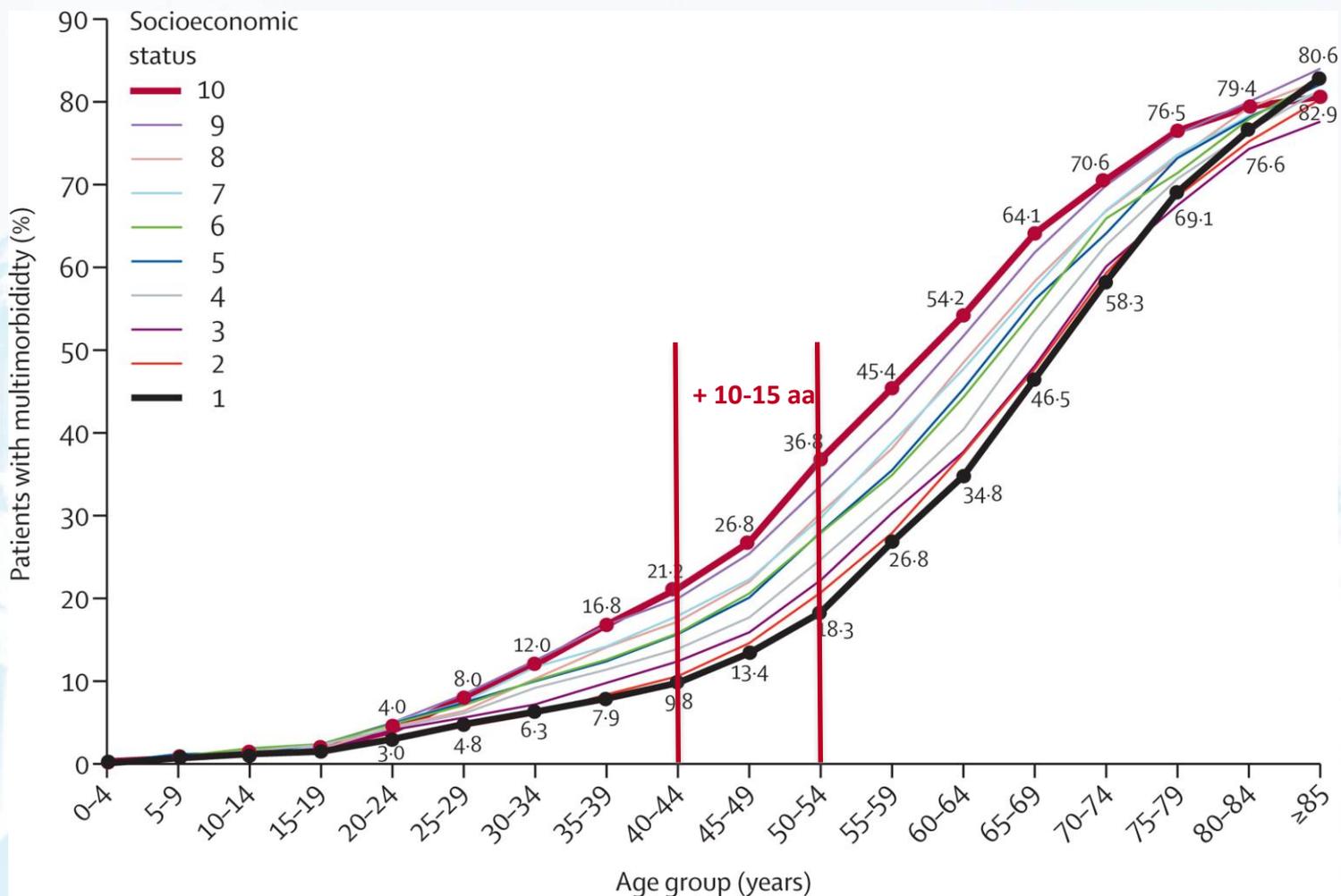


✓ In Europa 86% dei decessi è attribuibile a condizioni di cronicità

✓ 2/3 della popolazione +65 anni registra almeno 2 condizioni croniche

✓ 70% - 80% della spesa sanitaria si concentra nelle patologie croniche (ca. €700 miliardi nell'UE a 25), di cui solo il 3% è investito in programmi di prevenzione

Evoluzione dell'insorgenza di multi-morbilità in funzione dell'età e della condizione economico-sociale



La «complessità» della domanda di salute: gestire la cronicità vs fragilità clinica e assistenziale ...

- Prevalenza in aumento delle condizioni multi-patologiche: **multiple chronic conditions** (MCC) o **multi-morbidity** vs **co-morbilità**
- **Complessità** interviene quando la gestione della cronicità presenta:
 - Multimorbidity (MCC)
 - *Polypharmacy*: necessità di un piano terapeutico individuale
 - Disabilità funzionale
 - Condizioni di fragilità psico-sociale e/o economica
 - Necessità di una rete di servizi e prestazioni diversificate
 - Livello di dipendenza in crescita dai servizi (formali) e dall'assistenza familiare e sociale (informale)

CRONICITÀ



Età
Condizione economica
Condizione sociale
Aumento prevalenza

MULTI-CRONICITÀ



CAMBIA IL PARADIGMA DELLA PRESA IN CARICO

Evoluzione del governo clinico e dei modelli di presa in carico delle cronicità



1. **Governo dell'offerta**
2. **Governo della domanda**
3. **Controllo della spesa**

**Nelle patologie croniche è
necessario curare NON PER
DIAGNOSI come stiamo
facendo ma per PROGNOSI**

POSSIBILI APPROCCI

- Il crescente tasso di invecchiamento della popolazione e la multipatologia spinge i sistemi a formulare risposte non solo sanitarie ma socio-sanitarie e sociali.
- Occorre segmentare la popolazione rispetto alle diverse condizioni di severità della patologia in modo da predisporre soluzioni mirate per ciascun segmento.

POPULATION HEALTH MANAGEMENT

- Il PHM si pone l'obiettivo di *mantenere la popolazione in condizioni di buona salute rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni croniche* (IHT 2012).
- Il PHM si fonda su tre pilastri:

identificare la popolazione di riferimento in base al bisogno di salute

segmentare la popolazione in base alla gravità della condizione

valutare i modelli di presa in carico

Il PHM individua un percorso di cambiamento articolato su 6 punti

1. Identificazione della popolazione (su base territoriale, per registrazione o arruolamento)
2. Valutazione dello stato di salute e stratificazione del rischio
3. Priorità e organizzazione del modello di presa in carico
4. Definizione del piano di cura individuale
5. Valutazione dei risultati, degli outcome di salute e audit
6. Ciclo della qualità e miglioramento continuo

La piramide del rischio: il case-mix della popolazione

PALLIAZIONE

COORDINAMENTO CURE
CASE MANAGEMENT

COORDINAMENTO CURE
DISEASE/CASE
MANAGEMENT

PDTA, DISEASE
MANAGEMENT

DIAGNOSTICA
DIFFERENZIALE

PROMOZIONE
SALUTE
SCREENING



Carico 10,2

Carico 5,1

Carico 2,4

Carico 0,9

Carico 0,3

Carico assistenziale 0

STRUMENTI DI GESTIONE

CARICO ASSISTENZIALE

DIABETE E STRATIFICAZIONE

- In ambito diabetologico la **stratificazione** dei pazienti **per complessità clinico-assistenziale** non riflette sempre l'intensità della cura e la **necessità di intervento dello specialista**.
- Quindi la **stratificazione va ripensata in senso "trasversale"** e non "verticale", così come il finanziamento.

Come cambia il sistema dei saperi e disciplinare in un sistema integrato?

Evoluzione del sistema dei saperi rispetto all'ambiente sociale ed economico

Century	Socio-economic development	Population health needs	Type of knowledge & technology	Type of professionals
16 th -18 th Century	Feudalism & Agriculture	↔ Pestilence & Famine	↔ Folklore & Anecdotal	↔ Doctores medicinae & barber guilds
19 th Century	Industrialisation/ beginning of modern state	↔ Receding Infectious diseases (e.g., cholera, tuberculosis)	↔ External agents (i.e., toxins & organisms)	↔ Generalists & Hygienists
20 th Century	Welfare state	↔ Manmade diseases related to life style	↔ Reductionist-based (i.e., single cause, single disease & single treatment)	↔ Multiple health specialists
21 st Century	Global knowledge-based economy	↔ Ongoing degenerative diseases & societal stress	↔ System-based (i.e., multiple causes, multimorbidity, individual risks, epigenetics & allostatic load)	↔ ????

Approccio analitico/riduzionista (EBM)



Approccio olistico e sistemico che unisce i punti di forza di diverse discipline

Verso un sistema di cure integrato



Il punto di partenza del governo clinico sono i professionisti e i processi di collaborazione

Cooperazione	Coordinazione	Collaborazione	Co-adunazione
Condivisione informazione e reciproco supporto (consulti e trasferimenti)	Azioni congiunte e condivisione degli obiettivi	Strategie integrate e obiettivi comuni perseguiti insieme	Integrazione piena delle strutture e omogeneizzazione degli aspetti culturali



Competenze: "Iceberg Model"

Technical
competencies

Behavioural
competencies



Can be influenced directly
through education and
training

What we know and can do

What we perceive and what
motivates us

May be influenced indirectly
through education and
training and role models

PRINCIPI DI RIFERIMENTO DELLA NUOVA ORGANIZZAZIONE

- Integrazione clinico-professionale
- Recupero efficienza produttiva e flessibilità nell'utilizzo delle risorse produttive
- Centralità del paziente
- Coinvolgimento dei professionisti per definire nuovi percorsi e procedure

CHI DEVE GOVERNARE LA CRONICITÀ?

Cronicità = Territorio = Cure Primarie = MMG

è sempre vero?

Nuovi modelli di organizzazione delle cure primarie

- 1. Modelli che introducono nuovi ruoli o modificano i precedenti**
- 2. Modelli di collaborazione interdisciplinare all'interno della practice** (specialisti, nursing e altre figure socio-sanitarie) e di **integrazione con gli altri livelli di cura** (secondaria e terziaria), con gradi di responsabilità e committenza differenziati, e integrazione con i servizi sociali.
- 3. Modelli organizzativi** che prevedono oltre a **nuovi ruoli e collaborazione interdisciplinare** la creazione di gruppi, **reti, federazione, centri di cure primarie**

Diabetologo portatore di valore

- **Clinico-scientifico**
- **Capacità di fare rete** con gli altri operatori sanitari (importante ruolo delle società scientifiche), in un'ottica di confronto e accrescimento delle proprie esperienze e competenze
- **Rapporto individuale e personale con il paziente**, incentrato su di un rapporto prolungato e fiduciario con la persona affetta da cronicità che vede nel diabetologo la figura di riferimento

Diabetologo portatore di valore

- **Capacità di disegnare e organizzare percorsi di cura complessi e personalizzati**, con il coinvolgimento della totalità degli attori coinvolti (sul piano clinico, professionale, dirigenziale e istituzionale) acquisendo gli strumenti necessari per dialogare con le figure di riferimento.
- Il diabetologo ha le **competenze tecniche** e si sta creando anche quelle di **coordinamento** per un progetto ambizioso ma percorribile che è quello della rete diabetologica nazionale.

L'ESPERIENZA: Parole Chiave

A word cloud on a yellow background with the word "CRESCITA" in large red letters at the center. Other words are arranged around it in various colors and orientations: "ILLUMINANTE" (pink, top left), "FRUSTRANTE" (yellow, top right), "STIMOLANTE" (blue, right side), "CONSAPEVOLEZZA" (green, left side), "ARRICCHIMENTO" (brown, left side), "MATURITÀ" (purple, bottom center), "CONOSCENZA" (blue, bottom right), "INTEGRAZIONE" (brown, bottom center), "COINVOLGENTE" (pink, bottom left), and "APERTURA" (pink, top center).

ILLUMINANTE

FRUSTRANTE

STIMOLANTE

CONSAPEVOLEZZA

ARRICCHIMENTO

CRESCITA

MATURITÀ

CONOSCENZA

INTEGRAZIONE

COINVOLGENTE

APERTURA

LA VISION: Parole Chiave



CONCLUSIONI

- Le **cronicità** ed in particolare la cronicità diabete rappresentano **sfide importanti per la sanità** e per i **professionisti** direttamente coinvolti nella gestione delle stesse.
- Il nostro sistema sanitario fin dal momento della sua formazione a livello universitario **prepara professionisti alla patologia dell'acuto e non del cronico.**
- Imparare a **gestire** al meglio **le cronicità** e ad **integrarle** in un **sistema di presa in carico** non solo **sanitaria**, ma anche **sociale** e **manageriale**, rappresenta una sfida per noi diabetologi.

CONCLUSIONI

- Acquisire **competenze** e **mezzi** per spiegare e far capire ai decisori aziendali e politici, **cosa sono i dabetologi** ed i **team diabetologici**, quale è il loro **ruolo** e come **organizzare un sistema di gestione** della malattia cronica **sul territorio**, non in una **ottica di parcellizzazione territoriale** della malattia ma di **continuità** ospedale-territorio ed **integrazione** tra professionisti.
- La costituzione delle **reti diabetologiche** appare essere la soluzione migliore per la gestione della cronicità diabete e per dare una risposta adeguata ed una presa in carico reale al numero sempre maggiore di persone che sviluppano questa malattia.

CONCLUSIONI

- Le **reti diabetologiche** possono rappresentare una **opportunità** per il giusto **riconoscimento della competenze** e delle **professionalità** dei diabetologi e dei team diabetologici.
- **Nuova identità culturale** della diabetologia che possa confermarne il **valore scientifico** come “sapere” specialistico, e al tempo stesso darle una **collocazione strategica appropriata**, che tenga conto dei bisogni epidemiologici ed economici, senza sacrificare la centralità del paziente e la qualità dell’offerta.

AMD: UNA SOCIETÀ LUNGIMIRANTE

- Ha sempre **precorso i tempi** sia in termini di **organizzazione** che di **formazione** (educazione terapeutica, centralità della persona, PDTA, appropriatezza)
- Ha creduto nella **formazione su management, specificità e modelli organizzativi.**
- **Partnership con Bocconi**, alla quale anche AMD offre il proprio know-how della specificità diabetologica.



GRAZIE!

