

Un PPDTA per la Sindrome Cardio-Renale-Metabolica

Dott.ssa Francesca Sissi D'Amico – Manager, Deloitte

UN PPDTA CRM COME STRUMENTO PER GOVERNARE UNA SINDROME COMPLESSA

OBIETTIVO

Formalizzare il percorso presa in carico del paziente con Sindrome cardio-renale-metabolica (CRM) coerentemente con le priorità locali, sostenendo l'efficacia dei processi e la continuità terapeutica del paziente fra i diversi setting assistenziali in ottica di perfezionamento dell'assistenza alla persona

PRIORITA' STRATEGICHE

- **PROSSIMITÀ DEI SERVIZI:** Promuovere la **prossimità dei servizi** nell'assistenza dei pazienti CRM, garantendone l'**accesso a cure** di qualità il più vicino possibile al loro luogo di residenza.
- **POPULATION HEALTH MANAGEMENT:** Adottare un modello di **stratificazione** della popolazione **CRM** individuando diversi livelli di **complessità** e definendo **percorsi personalizzati** e **differenziati** per ciascun cluster
- **MULTIDISCIPLINARIETÀ E MULTIPROFESSIONALITÀ:** **Rafforzare** le condizioni di **multidisciplinarietà** e **multiprofessionalità** nella gestione del paziente CRM e l'adozione di un **approccio integrato** che coinvolga diversi professionisti sanitari
- **APPROPRIATEZZA TERAPEUTICA:** Garantire appropriatezza e aderenza terapeutica al fine di **ridurre il rischio di complicanze** legate alla sindrome CRM, assicurando coerenza alle **linee guida scientifiche** di riferimento
- **PROATTIVITÀ NELLA SALUTE:** Promuovere la **proattività del sistema** sanitario per favorire la **diagnosi precoce** (prevenzione primaria)
- **MEDICINA DI INIZIATIVA:** Attivare attività dedicate di **medicina di iniziativa** per **prevenire** lo sviluppo di **complicanze associate** (prevenzione secondaria e terziaria)
- **EQUITÀ E SOSTENIBILITÀ:** Garantire **equità** di accesso ai servizi sanitari e alle terapie, promuovendo la **sostenibilità** delle scelte al fine di migliorare l'**utilizzo delle risorse**

I PILASTRI PER LA DEFINIZIONE DI UN PPDTA CRM

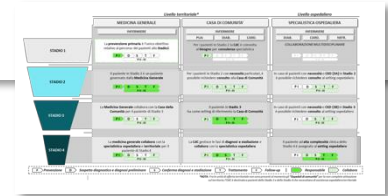
MODELLO DI STRATIFICAZIONE

- Adottare un **modello di stratificazione** che garantisca il **riconoscimento dei bisogni di salute** del paziente rispetto al livello di **complessità clinica e organizzativa** della sindrome CRM

CARATTERIZZAZIONE STADI	
STADIO 1	Assenza di fattori di rischio della sindrome CRM individuati con presa in carico di pazienti in attesa, identificazione, programmazione, attivazione di percorsi di cura.
STADIO 2	Assenza di fattori di tipo 2, malattia, cause comuni, insufficienza cardiaca, presenza di patologie che richiedono attenzione, condizione di peso superiore a 100kg, condizione di fragilità da produttività.
STADIO 3	Presenza di fattori di rischio cardiovascolare moderato (diabete mellito, ipertensione, ipercolesterolemia) con moderati sintomi/ segni clinici, recente degenza ospedaliera (120 giorni di ricovero/ricovero).
STADIO 4	Presenza di fattori di rischio cardiovascolare elevato (diabete mellito, ipertensione, ipercolesterolemia) con moderati sintomi/ segni clinici, recente degenza ospedaliera (120 giorni di ricovero/ricovero) o presenza di patologie che richiedono attenzione, condizione di peso superiore a 100kg, condizione di fragilità da produttività.
STADIO 5	Presenza di sintomi cardiovascolari elevati (insufficienza cardiaca congestiva, infarto del miocardio, ictus ischemico, embolia polmonare, aterosclerosi) con presenza di patologie che richiedono attenzione, condizione di peso superiore a 100kg, condizione di fragilità da produttività.

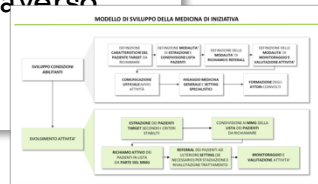
PERCORSI ASSISTENZIALI DIVERSIFICATI

- Promuovere **percorsi assistenziali differenziati per stadio** e fase del patient journey, valorizzando la **multidisciplinarietà** e il **ruolo dei diversi setting e attori coinvolti**.



PREVENZIONE E MEDICINA DI INIZIATIVA

- Adottare **logiche di prevenzione e medicina di iniziativa**, mirate a **prevenire l'insorgenza** delle patologie o il **peggioramento delle condizioni** di salute esistenti, anche attraverso momenti di **richiamo attivo**



ANALISI LOCALE DEI DATI

- **Raccogliere** e analizzare i **dati locali dei DB** rendendo così possibile **fotografare la popolazione** in base ai **bisogni di salute** specifici per i quali prevedere **percorsi di cura adeguati per ciascuna tipologia di paziente**

	Stage 1 n=12,105	Stage 2 n=7,061	Stage 3 n=1,036	Stage 4 n=1,214
DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS				
Age at index date, mean (SD)	67.5(11.4)	66.4(11.4)	73.1(11.4)	71.1(11.4)
10-39 years, n (%)	4,596 (38.0)	2,910 (41.2)	2,030 (19.6)	1,007 (82.7)
40-59 years, n (%)	6,023 (50.2)	3,587 (50.8)	3,666 (35.4)	2,017 (166.7)
60-79 years, n (%)	11,812 (97.9)	12,789 (181.1)	11,276 (109.7)	5,162 (426.1)
≥80 years, n (%)	44,111 (366.6)	5,570 (78.9)	14,444 (140.1)	3,603 (296.1)
Male n, %	100,000 (83.4)	14,833 (210.1)	14,962 (144.1)	6,416 (526.1)
COMORBIDITY PROFILE				
Charlson index, mean (SD)	0.2(0.0)	0.2(0.0)	0.3(0.0)	0.4(0.0)
Charlson index < 0, n (%)	99,999 (83.3)	14,832 (210.0)	14,961 (144.0)	6,415 (526.0)
Charlson index = 1, n (%)	2,500 (20.6)	3,641 (51.6)	5,603 (53.9)	2,772 (228.4)
Charlson index ≥ 2, n (%)	2,874 (23.8)	4,701 (66.4)	6,022 (58.1)	281 (23.0)

LA SFIDA CRM: LA GESTIONE DEL CAMBIAMENTO



IL PAZIENTE AL CENTRO

Oggi -----> Domani

Il paziente è «atteso»

MEDICINA DI INIZIATIVA

Il paziente è «cercato»

Il paziente incontra separatamente diversi specialisti e l'MMG

MULTI-DISCIPLINARIETÀ

Il paziente fa riferimento ad una **equipe multiprofessionale** di **diversi specialisti orchestrati** dall'MMG

Il paziente si reca **fisicamente nei diversi ambulatori** dei medici di riferimento

PROSSIMITÀ

I **servizi sono portati al paziente** in ambulatori multidisciplinari di prossimità anche attraverso digital health

Il paziente **organizza autonomamente** il suo percorso diagnostico terapeutico assistenziale

SUPPORTO E GUIDA

Il paziente **accede e si affida a percorsi agevolati** di accesso alle cure con il supporto del **case manager**

IL PROTOCOLLO

SET UP

INITIATION

EXECUTION

CREATE IMPETUS TO TRANSFORM

1. **INDIRIZZO STRATEGICO DELLA DIREZIONE GENERALE**
2. **ATTIVAZIONE DELLA CABINA DI REGIA MULTIPROFESSIONALE**
3. **ANALISI DI POPULATION HEALTH MANAGEMENT**
4. **COCREATION WORKSHOP MULTIDISCIPLINARE**
5. **PIANO DI POPULATION HEALTH MANAGEMENT**
6. **PIANI DI AZIONE TRIENNALE PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI CRM**

DEPLOY ENABLING CONDITIONS

7. **FORMALIZZAZIONE DEL PPDTA**
8. **INGAGGIO E CONDIVISIONE CON GLI STAKEHOLDER**
9. **CONDIVISIONE CON I QUADRI INTERMEDI**
10. **FORMAZIONE DEGLI MMG**
11. **TUTORSHIP DEGLI SPECIALISTI**
12. **ALLINEAMENTO DEI SISTEMI DI GOVERNANCE**

PILOTING AND EXTENSION

13. **IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI TARGET, VIA DATABASE AMMINISTRATIVI E MMG**
14. **MEDICINA DI INIZIATIVA E RICHIAMO PROATTIVO DA PARTE DEGLI MMG**
15. **STADIAZIONE E ASSESSMENT DEL RISCHIO**
16. **RIVALUTAZIONE TERAPEUTICA, PATTO CON IL PAZIENTE E AGENDE DEDICATE**
17. **DIREZIONI DI DISTRETTO COME AGENTI DEL CAMBIAMENTO**
18. **COMUNITA' DI PRATICA E APPRENDIMENTO RWE**

I PILASTRI PER L'IMPLEMENTAZIONE



DISSEMINAZIONE E COMUNICAZIONE ESTENSIVA

Favorire il **coinvolgimento** attivo di **tutti gli attori** per promuovere un **approccio partecipativo e condiviso** attraverso eventi e attività di **comunicazione estensiva**



ATTIVITA' FORMATIVE

Garantire la **formazione degli operatori coinvolti**, per assicurare **competenze aggiornate** e condividere i **meccanismi di integrazione e coordinamento** necessari



PIANI OPERATIVI PER L'IMPLEMENTAZIONE

Supportare l'**implementazione** locale tramite la chiara **attribuzione dei ruoli e responsabilità**, la definizione di **KPI dedicati**, lo sviluppo degli **accordi locali** favorendo il **coinvolgimento** e la **partecipazione attiva del management locale**



PREPARAZIONE MEDICINA DI INIZIATIVA

Supportare la concreta **attivazione** di attività di **medicina di iniziativa** dedicate, supportando la **selezione della popolazione target**, la definizione delle **modalità di richiamo** e modalità di **coordinamento** tra i setting assistenziali, in conformità con la **normativa nazionale e locale**