



**Forum Risk Management**

obiettivo sanità & salute

**26-29 NOVEMBRE 2024**  
**AREZZO FIERE E CONGRESSI**

**19**

# LE IMPLICAZIONI ORGANIZZATIVE ED ECONOMICHE DELLA SFIDA CRM

Dott. Alberto Drei – Sr. Advisor Deloitte

## LA SFIDA CRM SECONDO LA AMERICAN HEART ASSOCIATION

Circulation

### AHA PRESIDENTIAL ADVISORY

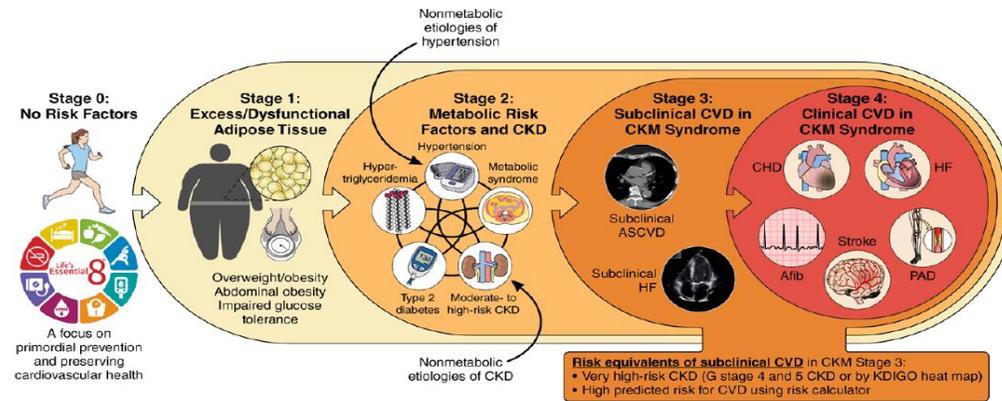
## Cardiovascular-Kidney-Metabolic Health: A Presidential Advisory From the American Heart Association

Chiadi E. Ndumele, MD, PhD, FAHA, Chair; Janani Rangaswami, MD, FAHA, Vice Chair; Sheryl L. Chow, PharmD, FAHA, Vice Chair; Ian J. Neeland, MD, FAHA; Katherine R. Tuttle, MD; Sadiya S. Khan, MD, MSc, FAHA; Josef Coresh, MD, PhD; Roy O. Mathew, MD; Carissa M. Baker-Smith, MD, MPH, FAHA; Mercedes R. Carnethon, PhD, FAHA; Jean-Pierre Despres, PhD, FAHA; Jennifer E. Ho, MD, FAHA; Joshua J. Joseph, MD, MPH, FAHA; Walter N. Kernan, MD; Amit Khera, MD, MSc, FAHA; Mikhail N. Kosiborod, MD; Carolyn L. Lekavich, PhD; Eldrin F. Lewis, MD, MPH, FAHA; Kevin B. Lo, MD; Bige Ozkan, MD, ScM; Latha P. Palaniappan, MD, MS, FAHA; Sonali S. Patel, MD, PhD; Michael J. Pencina, PhD; Tiffany M. Powell-Wiley, MD, MPH, FAHA; Laurence S. Sperling, MD, FAHA; Salim S. Virani, MD, PhD, FAHA; Jackson T. Wright, MD, PhD; Radhika Rajgopal Singh, PhD, FAHA; Mitchell S.V. Elkind, MD, MS, FAHA; on behalf of the American Heart Association

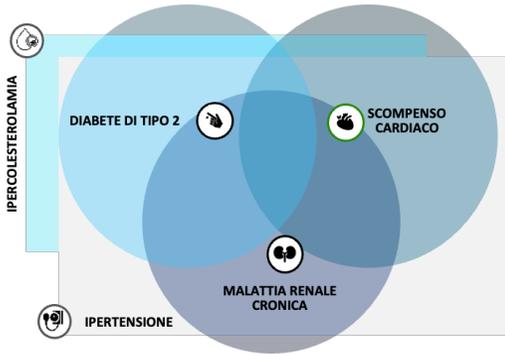
- **STADIO 0:** no fattori di rischio CRM;
- **STADIO 1:** eccesso o disfunzione adiposità;
- **STADIO 2:** fattori di rischio metabolici (ipertrigliceridemia, ipertensione, diabete, sindrome metabolica) o da moderato ad alto a rischio malattia renale cronica (stadio G3 KDIGO);
- **STADIO 3:** malattia cardiovascolare (inclusi aterosclerosi e SC) censita sub clinicamente (ovvero attraverso l'impiego di ecocardiografie, TAC delle coronarie, angiografie, coronarografie e l'utilizzo di test diagnostici quali quelli NT-proBNP) o rischio equivalente (elevato rischio CVD o insufficienza renale cronica ad altissimo rischio – stadio G4 o G5 KDIGO) in aggiunta ai fattori di rischio metabolici e renali;
- **STADIO 4:** malattia cardiovascolare clinica (inclusi malattia coronarica, SC, infarto, fibrillazione atriale, arteriopatia periferica) in aggiunta ai fattori di rischio metabolici e renali

### TOP 10 HIGHLIGHTS OF THE CARDIOVASCULAR-KIDNEY-METABOLIC HEALTH PRESIDENTIAL ADVISORY

Cardiovascular-kidney-metabolic (CKM) syndrome is defined as a health disorder attributable to connections among obesity, diabetes, chronic kidney disease (CKD), and cardiovascular disease (CVD), including heart failure, atrial fibrillation, coronary heart disease, stroke, and peripheral artery disease. CKM syndrome includes those at risk for CVD and those with existing CVD.



## LA DIMENSIONE ATTUALE E FUTURA DELL'IMPATTO DELLA SFIDA CRM



**11,528 mio**

-  89,4% IPERTENSIONE
-  58,7% IPERCOLESTEROLEMIA
-  27,2% DIABETE TIPO 2
-  16,1% INSUFFICIENZA RENALE
-  6,9% SCOMPENSO

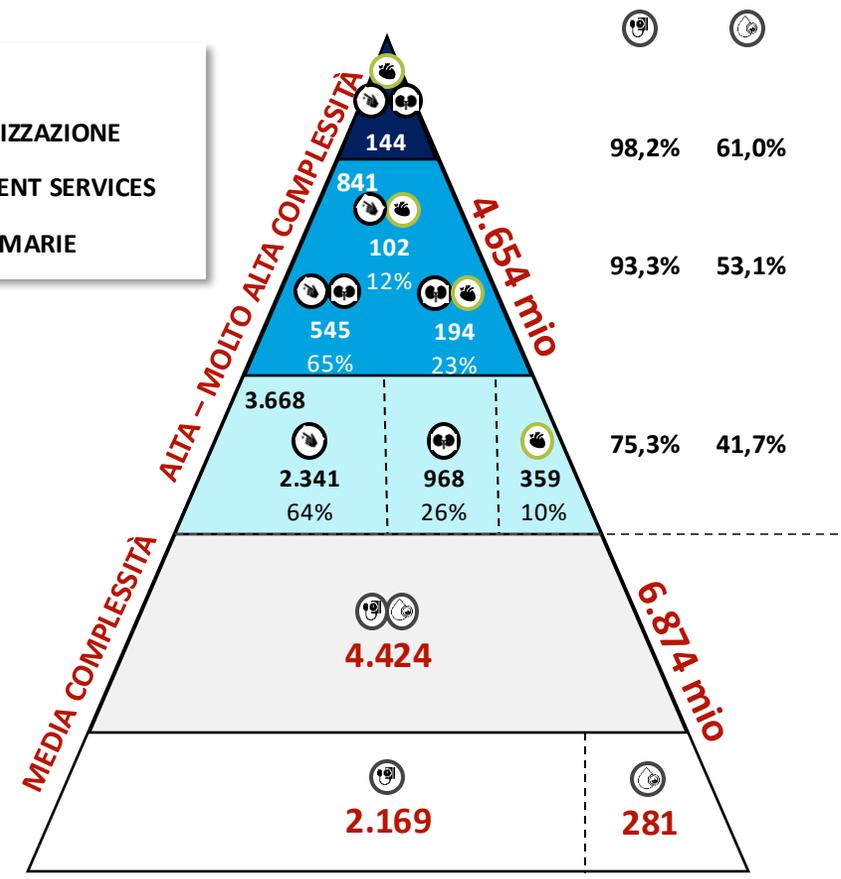
37,1 Mld  
costi diretti

oltre 900 Mila  
ricoveri

255 Mila  
decessi

-  25,8% FARMACI
-  58,1% OSPEDALIZZAZIONE
-  12,9% OUTPATIENT SERVICES
-  3,2% CURE PRIMARIE

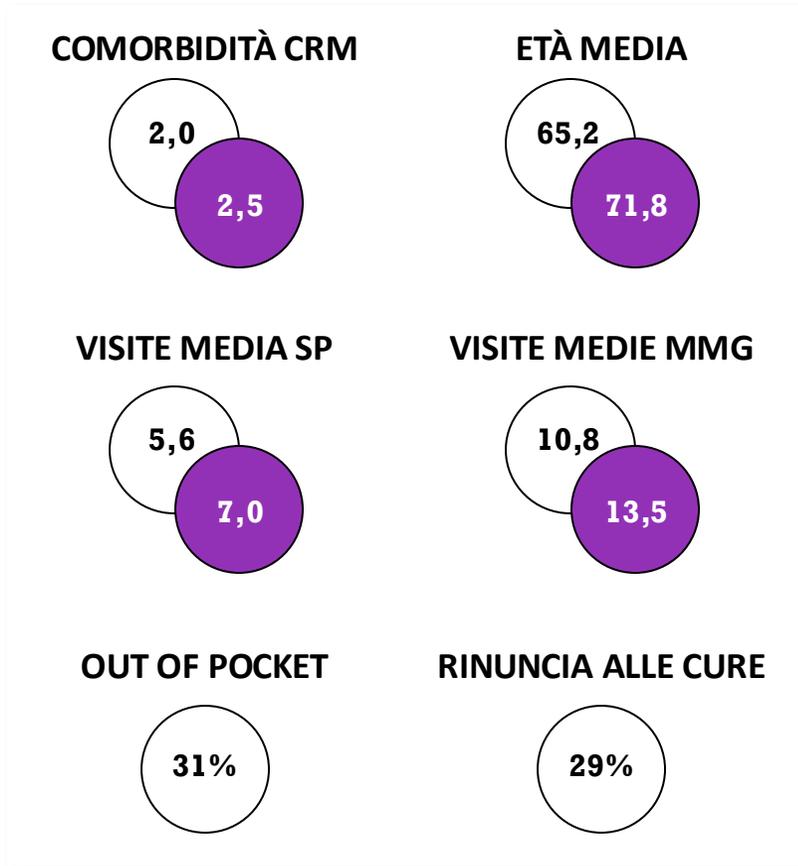
**+22% nel 2030**



19,5 Mld  
costi diretti

**+34% nel 2030**

## COMPLESSITÀ CLINICA E ORGANIZZATIVA DELLA SINDROME CRM



					
<b>A TARGET</b>	28%	45%	47%	-	-
<b>STADIAZIONE</b>	• VHR 41% • HR 46%	• VHR 45% • HR 55%	• VHR 20,7% • HR 78,6 %	• NYHA 4 - 22,5% • NYHA 3 - 34,1%	• (3B) 21,6% • (4) 8,1% • (5) 2,5% • (DIALISI) 0,8%
	<b>COMPLESSITÀ CLINICA</b>			<b>COMPLESSITÀ ORGANIZZATIVA</b>	
<b>TRATTATI</b>	56%	59%	75%	73%	45%
<b>APPROPRIATEZZA TERAPEUTICA</b>	?	49%	63%	35%	?
<b>ADERENZA TERAPEUTICA</b>	55%	46%	66%	53%	62%
<b>COMPLIANCE AI CONTROLLI</b>	32%	22%	12%	19%	45%

## LE RACCOMANDAZIONI DELLA AMERICAN HEART ASSOCIATION

**RIDURRE LO  
SVILUPPO DELLA  
PATOLOGIA E  
RALLENTARNE LA  
PROGRESSIONE**

**CRITICITA CLINICO -  
TERAPEUTICHE**

-  Ridotta adesione a stili di vita e alimentari salutari
-  Tasso di screening subottimale, sia in prevenzione primaria, che secondaria
-  Eccessiva inerzia terapeutica nell'impiego di farmaci innovativi
-  Aderenza alla terapia e compliance ai controlli troppo bassa

**CRITICITA ORGANIZZATIVE**

-  Scarsa multidisciplinarietà e eccessiva presenza di «silos»
-  Ridotta conoscenza della sindrome CRM da parte degli MMG
-  Difficoltà di accesso al SSN da parte dei pazienti CRM
-  Assenza di protocolli di riferimento per la gestione del paziente CRM

- 1** EDUCARE I PAZIENTI AGLI STILI DI VITA E ALIMENTARI CORRETTI DA TENERE, STIPULANDO UN «PATTO PER LA SALUTE»
- 2** AZIONE DI MEDICINA DI INIZIATIVA PER AUMENTARE LA PREVENZIONE PRIMARIA, SECONDARIA E TERZIARIA, INCENTIVANDO L'ADESIONE ALLA REGOLARITA' DEI CONTROLLI DA PARTE DEI PAZIENTI
- 3** AUMENTARE L'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA ADOTTANDO IL FARMACO PIU' OPPORTUNO IN FUNZIONE DEL GRADO DI RISCHIO EFFETTIVO DEI PAZIENTI
- 4** PROMUOVERE L'INTEGRAZIONE TRA MEDICI SPECIALISTI DIVERSI E TRA QUESTI E MMG ANCHE ATTRAVERSO LA DIFFUSIONE DI STRUMENTI DI DIGITAL HEALTH
- 5** AFFIANCARE E SUPPORTARE I PAZIENTI A MAGGIORE COMPLESSITA' E FRAGILITA' ATTRAVERSO UNA AZIONE DI CASE MANAGEMENT SVOLTA DA INFERMIERI DI COMUNITA'
- 6** FACILITARE L'ACCESSO AI SERVIZI SANITARI E PORTARLI QUANTO PIU' POSSIBILMENTE IN PROSSIMITA' E/O A DOMICILIO
- 7** ISTITUZIONALIZZARE PERCORSI DI PREVENZIONE, DIAGNOSI TERAPIA E ASSISTENZA DEDICATI AI PAZIENTI CRM, RISPETTO AI QUALI IMPLEMENTARE COERENTI SISTEMI DI GOVERNANCE DEL SERVIZIO SANITARIO
- 8** DIFFONDERE LA CONOSCENZA E LE COMPETENZE PER LA GESTIONE DELLE PATOLOGIE CRM, ATTRAVERSO PROGRAMMI FORMATIVI DEDICATI E GUIDATI DA CENTRI OSPEDALIERI SPECIALIZZATI

## LE AZIONI CHIAVE DA IMPLEMENTARE SECONDO IL COMITATO SCIENTIFICO

### IL COMITATO SCIENTIFICO (in corso di coinvolgimento)

#### STAKEHOLDER ISTITUZIONALI:

- ▶ **M. Altini** (Presidente SIMM, Società Italiana di leadership e Management in Medicina)
- ▶ **A. G. Ambrosio** (Direzione Generale Welfare, Regione Lombardia)
- ▶ **F. Corti** (Vice Segretario Nazionale FIMMG - Federazione Italiana Medici di Famiglia; Consigliere IML – Iniziativa Medica Lombarda)
- ▶ **E. Desideri** (Presidente di Fondazione per l'Innovazione e la Sicurezza in Sanità)
- ▶ **F. Enrichens** (PonGov Project Manager – Agenas)
- ▶ **A. Mirone** (Presidente Federfarma Servizi; CEF - Coop. Esercenti Farmacia scrl)
- ▶ **U. Trama** (Dirigente UOD 06 Politica del Farmaco e Dispositivi Direzione Generale per la Tutela della Salute e Coordinamento del SSR, Regione Campania)

#### STAKEHOLDER CLINICI:

- ▶ **P. Di Bartolo** (Past President Fondazione AMD, Responsabile Programma aziendale «Assistenza diabetologica» AUSL della Romagna, Direttore Servizio di Diabetologia Ravenna)
- ▶ **N. Marchionni** (Presidente SICGe, Società italiana di Cardiologia Geriatrica)
- ▶ **F. Oliva** (Presidente ANMCO – Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri; Direttore SC Cardiologia 1 Emodinamica, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda)
- ▶ **R. Pontremoli** (Direttore UO Clinica di Medicina Interna 2, IRCCS Ospedale Policlinico San Martino Genova)
- ▶ **M. Senni** (Past President Area Scompenso ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri, Direttore USC Cardiologia 1 e Dipartimento Cardiovascolare, ASST Papa Giovanni XXIII)
- ▶ **A. Ungar** (Presidente SIGG Società italiana di Gerontologia e Geriatria, Direttore Geriatria e Unità Terapia intensiva Geriatrica AOU Careggi)

#### TOP MANAGEMENT LOCALE:

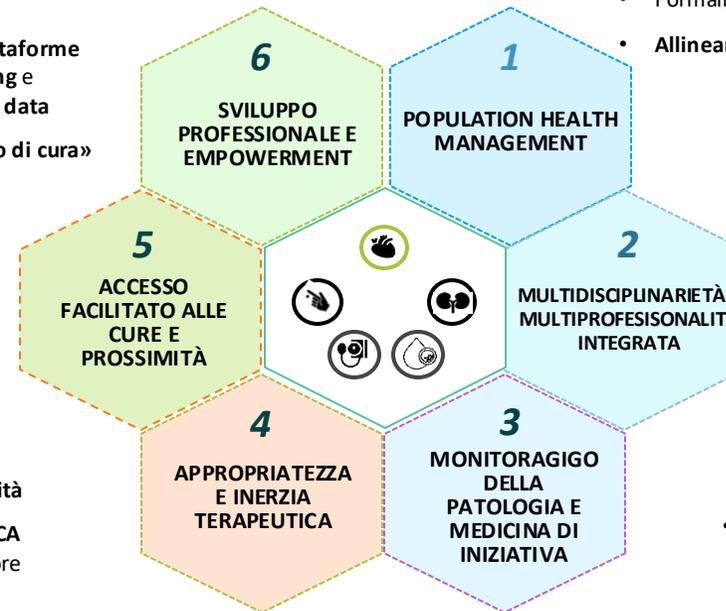
- ▶ **A. Blasotti** (Direttore Generale - ASL Caserta)
- ▶ **G. Casati** (Policlinico "A.Gemelli" Roma)
- ▶ **M. Giupponi** (Direttore Generale - ATS Bergamo)
- ▶ **A. Guida** (Direttore UOC Direzione Distretto 12, ASL Caserta)
- ▶ **S. Manfredi** (Direttore Generale – Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo Pavia)
- ▶ **G. Sosto** (Direttore Generale – ASL Salerno)
- ▶ **G. Volpe** (Direttore Generale – ASL Benevento)

#### ALTRI PARTNER:

- ▶ **A. Drei** (Senior Advisor Deloitte Consulting)
- ▶ **L. Degli Esposti** (Presidente Clicon)

- Percorsi formativi dedicati alla sindrome CRM
- Realizzazione di **Piattaforme di Knowledge Sharing** e condivisione di **RWE data**
- Attivazione di «**Patto di cura**» con i Pazienti

- Attivazione di **PAAC** (Percorsi Agevolati di Cura)
- Realizzazione di **Ambulatori di Comunità**
- Utilizzo proattivo di **UCA** per i pazienti a maggiore complessità
- Diffusione della **Farmacia dei Servizi**



- Formalizzazione di **obiettivi specifici** per l'adozione appropriata di **farmaci innovativi**
- **Monitoraggio periodico** dell'appropriatezza prescrittiva

- **Stratificazione** dei pazienti CRM
- **Definizione di un Piano di Azione pluriennale** finalizzato al rallentamento della patologia
- Formalizzazione di **PPDTA** condivisi
- **Allineamento dei sistemi di Governance** ai KPIs CRM

- **Regolamentazione** della presa in carico **multidisciplinare**
- Potenziamento degli **ambulatori** in **CdC Hub**
- **Tutorship** dello **Specialista di riferimento** per i pazienti a elevata complessità
- Potenziamento delle attività di **Case Management**
- Diffusione dell'impiego del **Teleconsulto**

- **Richiamo proattivo dei pazienti a rischio** da parte degli **MMG** (drop out, non aderenti, non trattati secondo linee guida, ..)
- **Stadiazione** da parte di **MMG** e o **Specialisti** in funzione del **grado di rischio**

## IL VALORE INCREMENTALE POTENZIALE

### IL VALORE DELLA PROGRESSIONE: UNA POSSIBILE STIMA

	PAZIENTI	COSTO MEDIO (€)	DELTA (€)	ETÀ MEDIA (anni)	NUOVA PATOL. (delta anni esordio)	PAZIENTI ANNUI CAMBIO CLASSE (mila)	POTENZIALE RISPARMIO (Mln €)
DM2 "nuova insorgenza"	350 (k)	2.721					952
1 PATOLOGIA "Core"	3,669 (Mln)	3.637		70,2			
			2.305		7,2	510	1.175
2 PATOLOGIE "Core"	841 (Mln)	5.942		77,4			
			1.743		2,0	429	748
3 PATOLOGIE "Core"	144 (k)	7.685		79,4			

**UN ANNO DI RITARDO DELLA PROGRESSIONE POTENZIALMENTE PUO' VALERE 2,875 MLD €**



## ALCUNI SUGGERIMENTI PER ACCELERARE

- 1** Scambiare dati sulla sindrome CRM e valutazioni HTA RWE based relativamente alle azioni adottate
- 2** Identificare e condividere le buone pratiche in essere nella gestione della sindrome CRM
- 3** Creare a livello nazione un network di «champions» e valorizzarne il contributo come agenti del cambiamento
- 4** Implementare conseguentemente un sistema strutturato di knowledge management
- 5** Progressivamente Istituzionalizzare PPDTA a livello Regionale e locale
- 6** Istituzionalizzare un documento di Linee Guida per la gestione della sindrome CRM da parte del MdS/Agenas/ISS
- 7** Implementare una Academy relativa a metodi, competenze, strumenti e pratiche per la sindrome CRM, rivolta sia a clinici, che manager sanitari
- 8** Certificare conseguentemente MMG, Medici Specialisti, Strutture Ospedaliere e Farmacie relativamente alla efficace gestione della sindrome CRM