

Il Population Health Management nella progettazione del Servizio Sanitario
in ambito CRM

Il modello della ASL Salerno

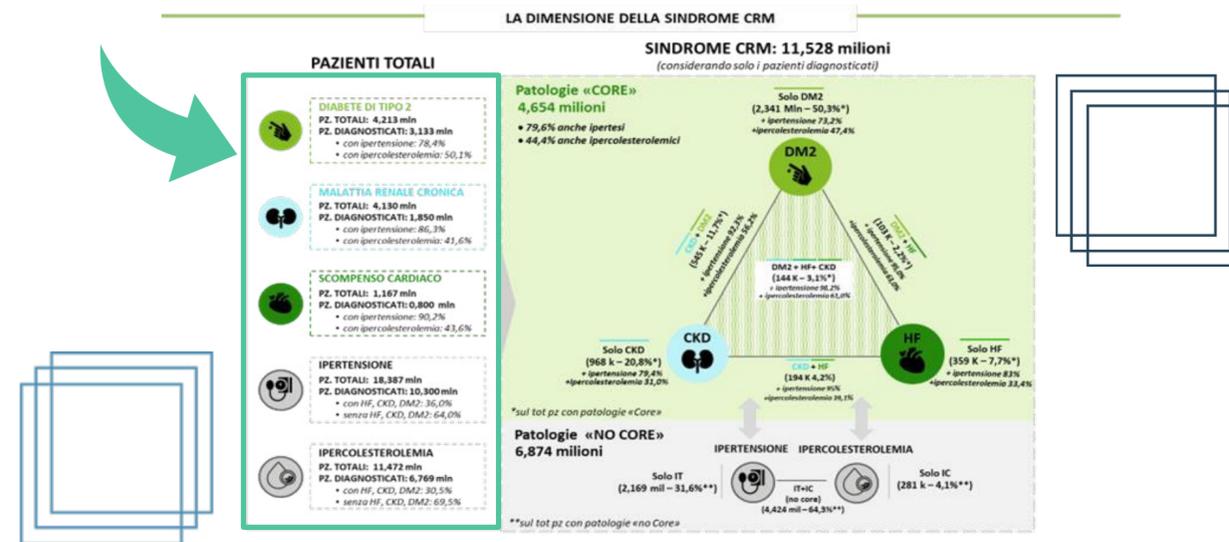
Francesco Colavita

Dirigente area strategica ASL Salerno



La dimensione della sindrome CRM in Italia

Fonti: Rielaborazione Deloitte dei dati dell'Osservatorio Clican sul CRM (2023); ISS (2013); SIIA (2021); Aspromonte et al. (2016); NephroCare (2023); ISTAT (2020).



Le priorità strategiche locali e nazionali:

- Adozione di un modello di stratificazione della popolazione, individuando diversi livelli di complessità e definendo percorsi personalizzati e differenziati per ciascun cluster.
- Rafforzamento delle condizioni di multidisciplinarietà e multiprofessionalità nella gestione del paziente, adottando un approccio integrato che coinvolga diversi professionisti sanitari.
- Promozione delle logiche di proattività del sistema, anche attraverso lo svolgimento di attività di medicina di iniziativa, per favorire la diagnosi precoce (prevenzione primaria) e prevenire lo sviluppo di complicanze associate alle patologie cardiometaboliche (prevenzione secondaria e terziaria).
- Favorire la prossimità dei servizi nell'assistenza dei pazienti, garantendo l'accesso a cure di qualità il più vicino possibile al loro luogo di residenza, valorizzando le peculiarità della rete di offerta di servizi.
- Garantire appropriatezza terapeutica al fine di ridurre il rischio di complicanze legate alle patologie, in coerenza con le linee guida scientifiche di riferimento.
- Garantire equità di accesso ai servizi sanitari e alle terapie, promuovendo la sostenibilità delle scelte per migliorare l'utilizzo delle risorse e differenziando i servizi in funzione del livello di vulnerabilità sociale della popolazione.





La gestione dei pazienti affetti da patologie CRM

La realizzazione di una rete integrata per la gestione dei pazienti affetti da patologie cardiometaboliche richiede un'efficace organizzazione e coordinamento tra i diversi livelli di assistenza e i vari professionisti sanitari.

Questo approccio integrato è essenziale per affrontare la complessità assistenziale di queste patologie, promuovendo il coordinamento e la continuità delle cure attraverso una logica di rete strutturata per livelli d'intensità di cure.

• Collaborazione multidisciplinare e multiprofessionale

Assicurare un coordinamento efficace e multidisciplinare nella gestione dei pazienti. Il Piano Assistenziale Individuale (PAI) è redatto da MMG in coordinamento con gli specialisti, ha l'obiettivo di sintetizzare e "unire" le indicazioni specialistiche ricevute dal paziente da parte dei diversi specialisti coinvolti nella fase di valutazione multidisciplinare del paziente, pianificando le attività e gli interventi da realizzare e definendo le modalità di monitoraggio e valutazione del piano stesso.

• Equipe Multidisciplinare Integrata

Per la gestione dei pazienti ad elevata complessità, dove possibile e compatibilmente con le condizioni organizzative, adozione di un approccio organizzativo che renda possibile l'attivazione di un team multidisciplinare integrato nel contesto specialistico ospedaliero per una valutazione congiunta del paziente. Questo team, composto dai diversi professionisti della salute coinvolti nella gestione del paziente, lavora in sinergia per garantire una gestione completa e integrata del paziente migliorando il coordinamento fra professionisti.

• Rete di contatti

Compatibilmente con la regolamentazione aziendale, necessaria una "rubrica condivisa" contenente i riferimenti dei medici specialisti operanti sul territorio che possano essere contattati al bisogno dal MMG a supporto della valutazione del paziente. L'obiettivo è la creazione di una rete tra MMG e specialisti, al fine di supportare l'MMG nella gestione dei pazienti in stadio iniziale/stabili che, pur non necessitando di una valutazione specialistica dedicata, devono essere gestiti e monitorati per evitare lo sviluppo delle complicanze e la rapida progressione della malattia. Tale rete di contatti potrà essere di supporto anche nella fase di transizione del paziente post-ospedalizzazione dal setting ospedaliero al setting territoriale, data dal confronto diretto tra gli specialisti ospedalieri e l'MMG e gli specialisti territoriali per la condivisione del piano di monitoraggio post ospedalizzazione.



Modelli per la presa in cura del paziente CRM

IL PERCORSO PREVENTIVO DIAGNOSTICO
TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PPDTA) PER LA
GESTIONE DEL PAZIENTE CON
SINDROME CARDIO-RENALE-METABOLICA (CRM)

ASL SALERNO

#ForumRisk19

Francesco Colavita - ASL Salerno

Indice

1. Introduzione.....	4
1.1 Inquadramento del problema di salute associato alla sindrome Cardio-Renale-Metabolica (CRM)	4
1.2 Contesto organizzativo dell'ASL Salerno	6
2. Obiettivo e metodologia del PPDTA.....	8
2.1 Gli obiettivi e le priorità strategiche del PPDTA	8
2.2 Il metodo di lavoro per la definizione del PPDTA	8
2.3 Criteri di stratificazione della sindrome CRM e criteri di inclusione nel PPDTA	9
3. Le modalità operative previste dal PPDTA	14
3.1 Criteri diagnostici, terapeutici e di follow up	14
3.1.1 Diagnosi delle Patologie "Core" nella Sindrome CRM	14
3.1.2 Trattamento delle Patologie "Core" nella Sindrome CRM	22
3.1.3 Follow-up delle Patologie "Core" nella Sindrome CRM	30
3.2 Percorsi di presa in carico del paziente CRM	35
Stadio 1.....	36
Stadio 2.....	36
Stadio 3.....	37
Stadio 4.....	37
Focus sull'attività delle Botteghe di Comunità.....	39
3.3 Meccanismi di integrazione a supporto della continuità fra i diversi livelli di assistenza	39
3.4 Attività di prevenzione	41
3.4.1 Focus: attività di medicina d'iniziativa.....	42
4. Modalità di diffusione e formazione sul PPDTA	45
5. Indicatori di monitoraggio	46
6. Bibliografia e fonti documentali.....	48
7. Gruppo di Lavoro	50
8. Glossario	52

Obiettivo del PPDTA e priorità strategiche

Una assistenza prossima, multidisciplinare e proattiva, garantendo appropriatezza, equità e sostenibilità




Obiettivo del PPDTA

Formalizzare il percorso di presa in carico del paziente con **sindrome cardio-renale-metabolica (CRM)** nel contesto complessivo dell'**ASL Salerno**, 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

PATOLOGIE «CORE»
 Diabete di tipo 2 (DM2), Scompenso Cardiaco (SC), Malattia Renale Cronica (CKD)

PRIORITÀ 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 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, VULNERABILITÀ 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** e **differenziando** i servizi in funzione del livello di **vulnerabilità sociale** della popolazione



Gli obiettivi del PPDTA

Affrontare la sfida associata alla gestione del paziente con sindrome CRM, in considerazione delle dimensioni epidemiologiche e dell'impatto organizzativo ed economico associato. L'ASL Salerno ritiene prioritaria la definizione un Percorso Preventivo-Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale (PPDTA) per la presa in carico della popolazione affetta da sindrome CRM

Il PPDTA ha l'obiettivo di formalizzare il percorso di presa in cura del paziente con sindrome CRM nel contesto dell'ASL Salerno, coerentemente con le priorità locali e nazionali, sostenendo l'efficacia dei processi e la continuità terapeutica del paziente fra i diversi setting assistenziali coinvolti in ottica di continuo perfezionamento dell'assistenza alla persona



La stratificazione della sindrome CRM

Il modello elaborato per l'Italia in coerenza con i documenti di indirizzo locali e le indicazioni dell'AHA



L'**American Heart Association (AHA)** propone un **modello di stratificazione** della sindrome CRM articolato in **5 stadi** di complessità clinica. Tale modello è stato **adattato** e declinato in funzione delle specifiche condizioni organizzative del **SSN** italiano, del **Piano Nazionale delle Cronicità** e del **DM 77**

MODELLO DI STRATIFICAZIONE

STADIO 0	Assenza di fattori di rischio della sindrome CRM: individui con peso normale e parametri di glicemia, ipercolesterolemia, pressione arteriosa normali senza evidenze di CKD
STADIO 1	Assenza di diabete di tipo 2, malattia renale cronica, insufficienza cardiaca: presenza di ipertensione e/o ipercolesterolemia; condizione di peso eccessivo o obesità, condizione di iperglicemia da prediabete
STADIO 2	Presenza di fattori di rischio moderato (ipercolesterolemia, ipertensione, ipertrigliceridemia) e/o metabolico (diabete di tipo 2) e/o malattia renale media/moderata (fino a stadio 3A secondo scala KDIGO)
STADIO 3	Presenza di malattia cardiovascolare aterosclerotica subclinica (diagnosticata da analisi colesterolo, TAC, angiografia, coronarografia) e/o insufficienza cardiaca subclinica (censita da ecocardiogramma, analisi NT-proBNP) in individui che presentano fattori di rischio metabolico (diabete di tipo 2) e/o malattia renale moderata/severa (censita in stadio 3B secondo scala KDIGO) e/o ad alto rischio di malattia CV a 10 anni stimato secondo l'algoritmo SCORE2
STADIO 4	Presenza di malattia CV clinica (malattia arteriosa coronarica, malattia delle arterie periferiche, fibrillazione atriale, infarto, ictus) in individui che presentano fattori di rischio metabolico e/o malattia renale severa/con danno d'organo (censita in stadio 4/5/dialisi da scala KDIGO)





Stratificazione della popolazione CRM dell'ASL Salerno

Fonte: Clicon (2024) Analisi dei dati amministrativi presenti nei database dell'ASL Salerno in riferimento agli anni 2015-2023

	STIMA DELLA POPOLAZIONE DELL'ASL SALERNO				
	STADIO 1	STADIO 2	STADIO 3	STADIO 4 complessi	STADIO 4 fragili
PAZIENTI DIAGNOSTICATI	230.043	27.783	58.330	16.889	3.331
UOMINI	45,2%	53,5%	48,6%	59,2%	59,4%
DONNE	54,8%	46,5%	51,4%	40,8%	40,6%
60-79	49,6%	48,4%	57,4%	49,7%	41,8%
>=80	14,3%	16,8%	29,6%	43,2%	54,5%
DIABETE DI TIPO 2	-	80%	79%	61%	78%
SCOMPENSO CARDIACO	-	-	8%	22%	77%
MALATTIA RENALE CRONICA	-	20%	39%	58%	100,0%
IPERTENSIONE	89%	57%	97%	97%	99%
DISLIPIDEMIA	47%	18%	86%	80%	81%
COSTI NEI 12 MESI DI FOLLOWUP (€/pro capite)	882,3€	1.688,6€	2.935,6€	3.863,1€	10.024,7€
COSTI FARMACEUTICI	527,4€	934,0€	1.680,9€	1.979,1€	3.301,4€
COSTI DI OSPEDALIZZAZIONE	166,8€	528,5€	771,1€	1.516,6€	2.842,7€
COSTI VISITE E DIAGNOSTICA	188,0€	226,2€	483,5€	367,5€	3.880,6€



Stratificazione della popolazione CRM dell'ASL Salerno

Fonte: Clicon (2024) Analisi dei dati amministrativi presenti nel database dell'ASL Salerno in riferimento agli anni 2015-2023

Gli assistiti totali con sindrome CRM nella ASL Salerno sono **336.376**, così stratificati:

- Stadio 1: 230.043 pazienti, 68,4% della popolazione totale, con un'età media di 64,6 anni.
- Stadio 2: 27.783 pazienti, 8,3% della popolazione totale, con un'età media di 64,6 anni
- Stadio 3: 58.330 pazienti, 17,3% della popolazione totale, con un'età media di 72,5 anni
- Stadio 4: 20.220 pazienti, 6,0% della popolazione totale, con un'età media di 79,1 anni.

Dei 336.376 pazienti diagnosticati con sindrome CRM, 106.333 pazienti (32%) sono affetti da sindrome CRM con patologie "core" diagnosticate (quali DM2, SC e CKD) ossia inclusi nella classificazione di stadio 2, 3 e 4

La stratificazione della sindrome CRM

	CARATTERIZZAZIONE STADI	PAT. CORE			PAT. NO CORE		PRESENZA CVD
		#N°	DM2	SC	CKD	Iperpen.	
STADIO 0	Assenza di fattori di rischio della sindrome CRM: individui con peso normale e parametri di glicemia, ipercolesterolemia, pressione arteriosa normali senza evidenze di CKD	Nessuna	-	-	-	-	-
STADIO 1	Assenza di diabete di tipo 2, malattia renale cronica, insufficienza cardiaca: presenza di ipertensione e/o ipercolesterolemia: condizione di peso eccessivo o obesità, condizione di iperglicemia da prediabete	Nessuna	-	-	-	Max 2	-
STADIO 2	Presenza di fattori di rischio cardiovascolare moderato (ipercolesterolemia, ipertensione, ipertrigliceridemia) e/o metabolico (iperglicemia) e/o malattia renale medio/moderato (fino a stadio 3A secondo scala KDIGO)	Solo 1 (No SC)	-	Max 3A	Max 1	Max 1	NO
STADIO 3	Presenza di malattia cardiovascolare aterosclerotica subclinica (diagnosticata da analisi del colesterolo, TAC, angiografia, coronarografia) e/o insufficienza cardiaca subclinica (censita da ecocardiogramma, analisi NT-proBNP) in individui che presentano fattori di rischio metabolico (iperglicemia) e/o malattia renale moderata/severa (censita in stadio 3B secondo scala KDIGO) e/o ad alto rischio di malattia CV a 10 anni stimato secondo l'algoritmo SCORE2	Da 1 a 3 (No Evento Cardiovascolare - CVD)	-	Max 3A	Max 2	Max 2	NO
STADIO 4	Presenza di malattia cardiovascolare clinica (malattia arteriosa coronarica, malattia delle arterie periferiche, fibrillazione atriale, infarto, ictus) in individui che presentano fattori di rischio metabolico e/o malattia renale severa/con danno d'organo (censita in stadio 4/5/dialisi da scala KDIGO)	PAZIENTI COMPLESSI: Da 1 a 2	-	Max 4	Max 2	Max 2	SI
		PAZIENTI FRAGILI: Da 1 a 3	3	Max 4	Max 2	Max 2	SI



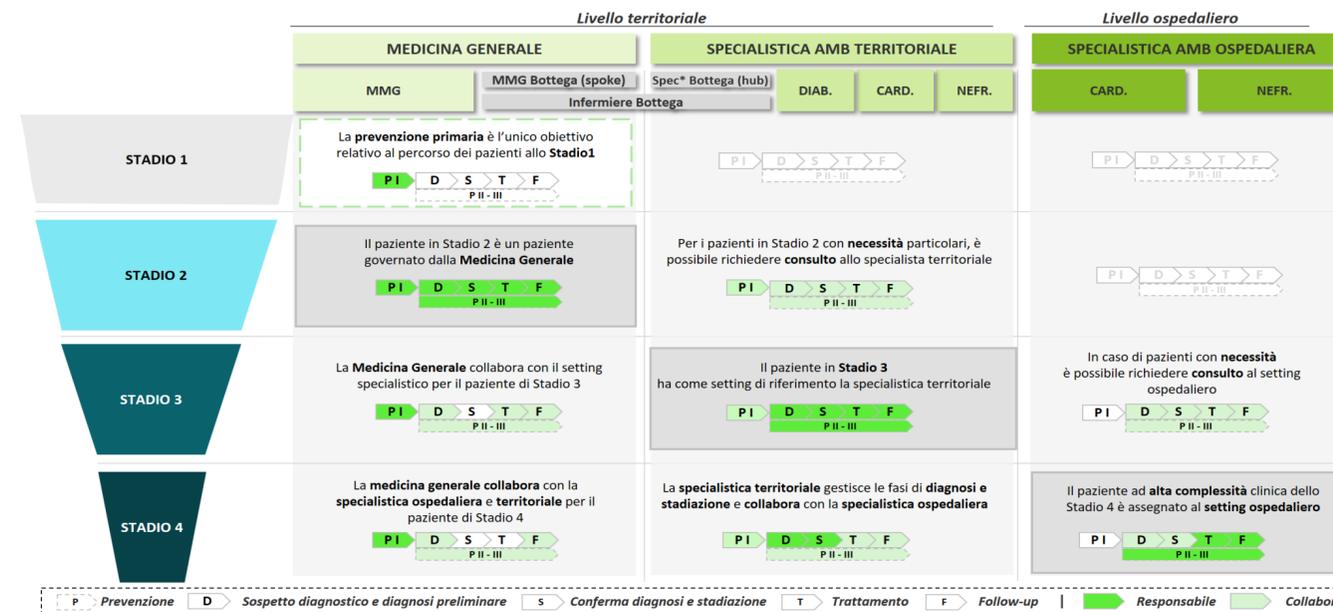
Adattamento all'Italia, in funzione delle caratteristiche del SSN, indicazioni Piano Nazionale Cronicità e DM 77, del modello di stadiazione della sindrome CRM proposto da America Heart Association (2023).
Fonte: Rielaborazione Deloitte.

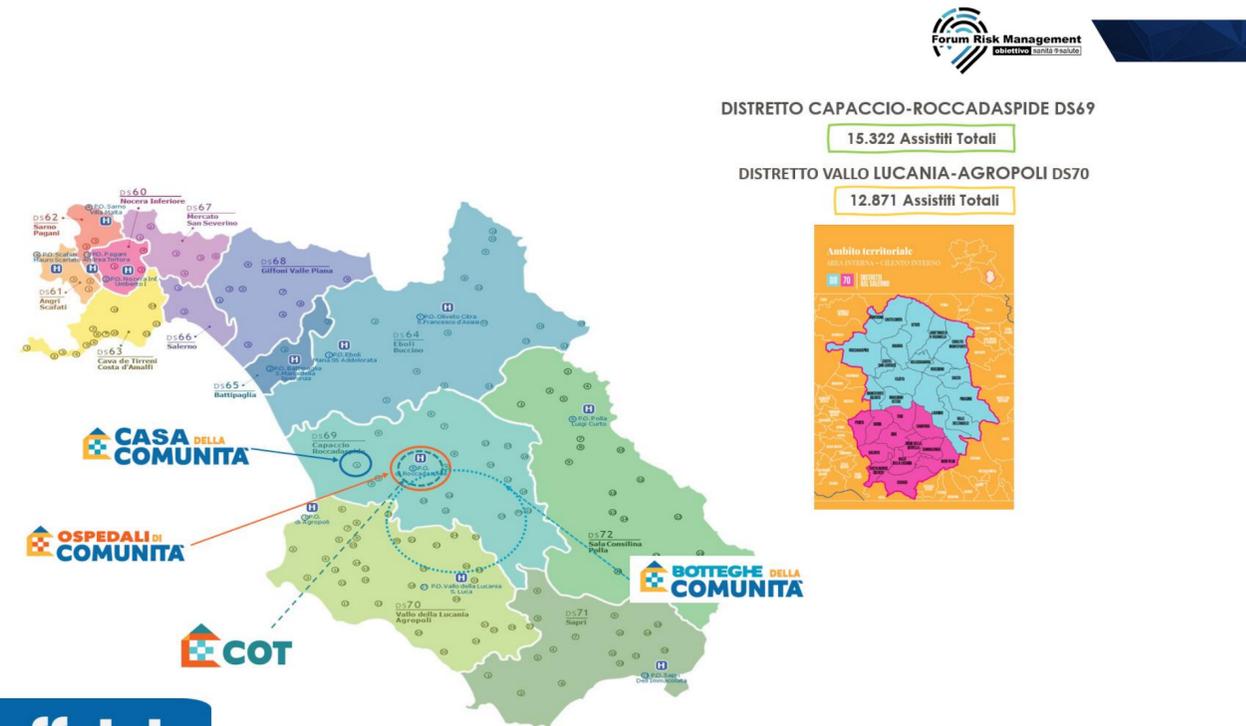
La stratificazione della sindrome CRM

Il modello elaborato per l'Italia in coerenza con i documenti di indirizzo locali e le indicazioni dell'AHA



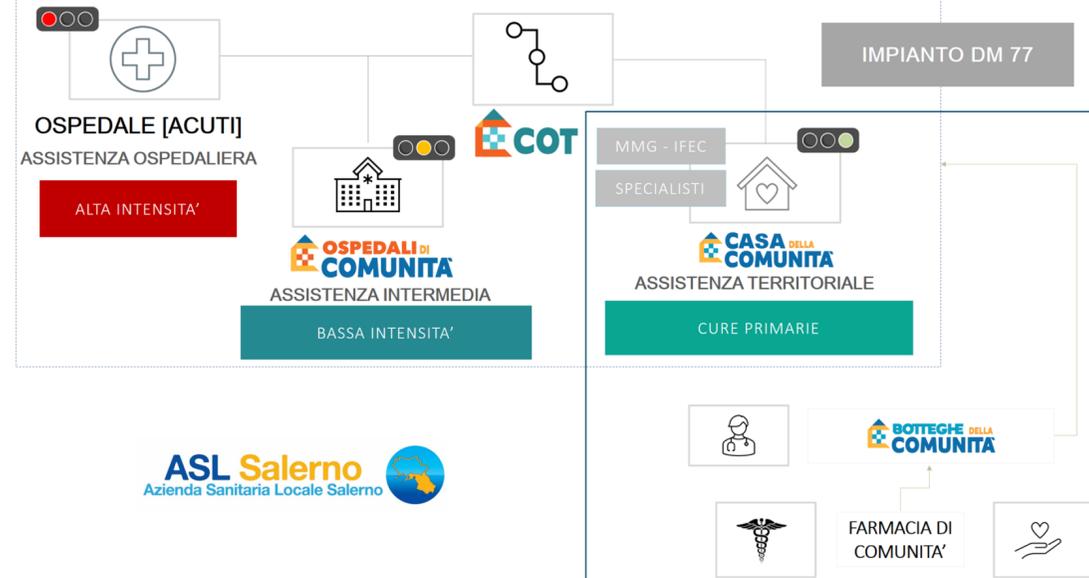
Gli stadi più bassi sono caratterizzati dall'assenza di fattori di rischio, con una gestione territoriale del paziente, per poi progredire agli stadi più alti e complessi caratterizzati dalla presenza contemporanea di più patologie «core» della sindrome CRM che necessitano di una gestione specialistica e multidisciplinare.





Lo spinoff del modello

STRUTTURE TERRITORIALI: FLOWCHART



ASL Salerno
 Azienda Sanitaria Locale Salerno

L'ECOSISTEMA DELLE BOTTEGHE



Personas e Botteghe della Comunità

La stratificazione a supporto della programmazione

Le Botteghe della Comunità portano con loro anche l'applicazione innovativa del concetto delle "personas"



Una classificazione di profili di utenti-tipo basata sull'analisi delle evidenze e dei dati, per la messa in opera di soluzioni sociosanitarie concrete che rispondano alle esigenze degli abitanti di piccoli paesini delle aree interne e rurali dove l'età media della popolazione è tra le più alte d'Italia



Cluster rinominati appunto personas, cioè dei costrutti utili ad esprimere l'attitudine, il comportamento e la richiesta di prestazioni sociosanitarie degli utenti in determinati contesti e nell'interazione con il servizio pubblico.



Le personas sono infatti archetipi che individuano e classificano le caratteristiche essenziali che accomunano un certo gruppo di utenti, riconducendole a modelli che descrivono i principali schemi di comportamento adottati rispetto a un determinato contesto



Le personas, che racchiudono dentro il concetto di popolazione stratificata del DM 77, consentono a chi programma i servizi di riconoscere la fragilità comune e la vulnerabilità, definendo con chiarezza quali servizi dover attivare, quali risorse impegnare per garantire equità e appropriatezza di cure dare ancora più forza alla costitutiva debolezza dell'essere umano, soprattutto nelle aree disagiate

POPULATION HEALTH MANAGEMENT E PERSONAS

	Classificazione del bisogno di salute	Condizione clinica/sociale	Bisogno/intensità assistenziale	Azioni (presa in carico derivante)
Stratificazione del rischio	I livello Persona in salute	Assenza di condizioni patologiche	Assenza di necessità assistenziali	Azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria
	II livello Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo	Assenza di cronicità/fragilità	Utilizzo sporadico servizi (ambulatoriali, ospedalieri limitati ad un singolo episodio clinico reversibile)	Azioni proattive di stratificazione del rischio basate su familiarità e stili di vita
	III livello Persona con complessità clinico assistenziale media	Presenza di cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente mono patologica perdurante nel tempo. Buona tenuta dei determinanti sociali	Bassa/media frequenza di utilizzo dei servizi	Azioni coordinate semplici di presa in carico, supporto proattivo e di orientamento
	IV livello Persona con complessità clinico assistenziale medio-alta con o senza fragilità sociale	Presenza di cronicità/fragilità/disabilità con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali deficitari	Elevato utilizzo dei servizi sanitari e socioassistenziali con prevalenti bisogni extra-ospedalieri o residenziali	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali
	V livello Persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale	Presenza di multimorbilità, limitazioni funzionali (parziale o totale non autosufficienza) con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo	Bisogni assistenziali prevalenti e continuativi di tipo domiciliare, ospedaliero, semi residenziale o residenziale	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali
	VI livello Persona in fase terminale	Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistono più possibilità di guarigione	Bisogni sanitari prevalentemente palliativi	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali

PERSONAS A

PERSONAS B

PERSONAS C

le Strutture territoriali

ASL Salerno
Azienda Sanitaria Locale Salerno



Stratificare le fattispecie di cittadini e i fattori caratterizzanti la dimensione sanitaria e sociale, per poter differenziare le attività territoriali e della comunità rispetto all'intensità dei bisogni e per una presa in cura sociosanitaria globale tarata sulle esigenze di ciascuno sulla base del profilo di rischio

Il Population Health Management nella progettazione del Servizio Sanitario
in ambito CRM

Il modello della ASL Salerno

Francesco Colavita

Dirigente area strategica ASL Salerno

