Appropriatezza ed efficacia nella Presa in Carico dei pazienti con comorbilità cardio-renali-metaboliche (CRM) in ASL Salerno

ASL Salerno
Azienda Sanitaria Locale Salerno

Manuale Operativo Medicina di Iniziativa

INDICE DEL DOCUMENTO

IL PPDTA PER LA SINDROME CRM E LA STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE IN ASL SALERNO 3

IL PIANO DI MEDICINA DI INIZIATIVA 5

Razionali e obiettivi 5

Perimetro di applicazione, setting e attori coinvolti 6

Popolazione coinvolta 7

Articolazione complessiva del percorso 9

Monitoraggio dell'attività di medicina di iniziativa 11

IL MANUALE OPERATIVO DI MEDICINA DI INIZIATIVA 12

IL PPDTA PER LA SINDROME CRM E LA STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE IN ASL SALERNO

La ASL Salerno ha avviato nel corso del 2024 un progetto finalizzato a sostenere l'ottimizzazione dei percorsi di presa in carico del paziente con comorbilità cardio-renali-metaboliche.

È stato sviluppato, attraverso il coinvolgimento di un gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale, un Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PPDTA)[1] dedicato al paziente con Sindrome Cardio-Renale-Metabolica finalizzato a sostenere 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.

Il documento ha evidenziato determinate priorità strategiche per l'ottimizzazione dei percorsi, di seguito sintetizzate:

- Adozione di un modello di stratificazione della popolazione CRM, 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 CRM, adottando un approccio integrato che coinvolga diversi professionisti sanitari;
- Promozione delle logiche di proattività del sistema per favorire la diagnosi precoce (prevenzione primaria) e prevenire lo sviluppo di complicanze associate alle patologie CRM (prevenzione secondaria e terziaria), anche attraverso lo svolgimento di attività dedicate di medicina di iniziativa;
- Favorire la prossimità dei servizi nell'assistenza dei pazienti CRM, 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 della ASL Salerno (*Botteghe della Comunità*);
- Garantire appropriatezza terapeutica al fine di ridurre il rischio di complicanze legate alla Sindrome CRM, in coerenza con le linee guida scientifiche di riferimento;

[1] Azienda Sanitaria Locale Salerno, Deliberazione DG N.ro 11 del 05-01-2025

- 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.

Le analisi condotte in fase di sviluppo del documento di PPDTA, attraverso l'estrazione effettuata nel 2024 dei dati amministrativi a disposizione della ASL Salerno con riferimento agli anni 2015-2023[2], hanno permesso di dimensionare la popolazione di assistiti con Sindrome CRM nella Provincia.

È stato evidenziato un totale di 336.376 assistiti con Sindrome CRM, 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 Diabete di Tipo 2, Scompenso Cardiaco e Malattia Renale Cronica) ossia inclusi nella classificazione di Stadio 2, 3 e 4.

Unitamente al documento di PPDTA, è stato inoltre predisposto un Manuale dedicato agli Infermieri operanti nei setting delle *Botteghe della Comunità*, finalizzato a delineare il ruolo previsto dell'infermiere nella gestione del paziente CRM, specificando le attività da svolgere nelle diverse fasi del percorso di accesso del paziente all'interno delle botteghe e il ruolo atteso dagli altri attori coinvolti nel percorso di presa in carico complessivo del paziente.

[2] 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

IL PIANO DI MEDICINA DI INIZIATIVA

Razionali e obiettivi

In coerenza con i pilastri strategici delineati nel documento PPDTA, si prevede l'attivazione in via sperimentale di un intervento di Medicina di Iniziativa finalizzato a sostenere un'attività strutturata di richiamo attivo dei pazienti con specifiche condizioni di complessità e rischio. Tale intervento, laddove necessario, potrà prevedere la mobilizzazione verso il setting specialistico di riferimento per la ri-stadiazione clinica e la rivalutazione del trattamento, in funzione delle caratteristiche del paziente e relativo stato di salute.

L'obiettivo è ottimizzare la presa in carico dei pazienti affetti da Sindrome CRM e ridurre il rischio di progressione verso stadi più avanzati della Sindrome, attraverso un approccio proattivo, preventivo e orientato alla gestione anticipata della complessità. Tale approccio risulta di cruciale importanza in una patologia come la Sindrome CRM che, come descritto nel documento di PPDTA, presenta complessità sia dal punto di vista clinico che organizzativo e che, se non appropriatamente gestita, può comportare una progressione nelle diverse patologie concomitanti.

L'attività è sviluppata in coerenza con i pilastri fondativi per lo sviluppo dell'assistenza territoriale delineati nel DM 77/2022, che enfatizza la "Sanità di Iniziativa" quale "*modello assistenziale di prevenzione e gestione delle malattie croniche orientato alla promozione della salute, il quale non attende l'assistito in ospedale o in altra struttura sanitaria, ma lo prende in carico proattivamente già nelle fasi precoci dell'insorgenza o dell'evoluzione della condizione morbosa*". Alla luce di tale cornice, l'attività di Medicina di Iniziativa descritta nel presente documento si colloca nell'ambito delle indicazioni del DM 77/2022 e dei Piani di Prevenzione Nazionale e Regionale, promuovendo un modello di assistenza centrato sulla continuità di cura e sull'integrazione tra i livelli assistenziali.

L'intervento è rivolto prioritariamente ai pazienti in Stadio 2 e Stadio 3 della Sindrome CRM, ritenuti i principali destinatari di un'attività di monitoraggio clinico regolare e rivalutazione multiprofessionale, al fine di rallentare la progressione della malattia e migliorare la qualità di vita dei pazienti. L'intervento sarà avviato in forma sperimentale su una coorte selezionata di pazienti, in ambiti territoriali definiti, con il coinvolgimento strutturato della Medicina Generale, dei setting delle *Botteghe della Comunità* e dei setting specialistici di riferimento. È previsto un sistema di monitoraggio dell'attività attraverso specifici indicatori, con l'obiettivo di valutarne l'efficacia.

Perimetro di applicazione, setting e attori coinvolti

La sperimentazione sarà avviata in una prima fase pilota nei Distretti Sanitari 69 e 70, nei Comuni coinvolti nel progetto *Botteghe della Comunità*. Il perimetro di applicazione comprende 27 Comuni nei quali sono attive le sedi delle Botteghe, per una popolazione complessiva di 28.193 assistiti.

L'iniziativa prevede il coinvolgimento strutturato dei seguenti contesti assistenziali:

- Setting di *Bottega Spoke*: 26 Comuni (15 nel Distretto 69, 11 nel Distretto 70);
- Setting di *Bottega Hub*: 1 Comune – Valle dell'Angelo;
- Centri Antidiabete territoriali:
    - CAD Distretto 69 – Capaccio (Palazzo Quadrifoglio, Via Italia '61, Capaccio Scalo);
    - CAD Distretto 69 – Roccadaspide (poliambulatorio, Via G. Marconi 1);
    - CAD Distretto 70 – Vallo della Lucania (poliambulatorio, Via M. Mainenti 8);
    - CAD Distretto 70 – Agropoli (poliambulatorio, Contrada Marrota).
- Servizi di cardiologia ambulatoriale territoriale:
    - Poliambulatorio di Capaccio Scalo (DS 69);
    - Poliambulatorio di Vallo della Lucania (DS 70);
    - Poliambulatorio di Agropoli (DS 70);
    - Poliambulatorio di Santa Maria di Castellabate (DS 70).
- Contesti specialistici ospedalieri: Ospedale di Eboli, per le valutazioni specialistiche nefrologiche eventualmente necessarie.

Sono da intendersi comunque coinvolti, qualora l'invio a tali setting sia reputato di interesse e di valore per specifici pazienti da parte dei professionisti, anche l'Ospedale di Comunità del Comune di Roccadaspide e l'Ospedale per Acuti del Comune di Vallo della Lucania.

Gli attori coinvolti all'interno dell'attività sperimentale di Medicina di Iniziativa sono dunque i seguenti:

- Centrale operativa di Valle dell'Angelo - Infermiere di Bottega *Hub*;
- Infermiere di *Bottega Spoke*;
- MMG dei Comuni interessati dal progetto (16 MMG organizzati in 4 AFT);

- Specialista di *Bottega Hub* (diabetologia, cardiologia);
- Specialista territoriale (diabetologia, cardiologia);
- Specialista ospedaliero (nefrologia).

Popolazione coinvolta

All'interno della popolazione assistita nei Comuni target, è stata individuata una sottopopolazione prioritaria costituita da pazienti in Stadio 2 e Stadio 3 della Sindrome CRM, in linea con il modello di stratificazione del PPDTA definito.

Si tratta di soggetti con maggiore suscettibilità a sviluppare complicanze, per i quali un'attività di richiamo attivo, rivalutazione periodica e ottimizzazione terapeutica può contribuire in modo rilevante al rallentamento della progressione della malattia.

Nel dettaglio, si tratta di soggetti con le seguenti caratteristiche:

- Stadio 2:
    - Presenza di una sola patologia "core" tra Diabete di tipo 2 o Malattia Renale Cronica;
    - Possono coesistere fattori di rischio quali ipertensione e/o ipercolesterolemia;
    - Nessuna malattia cardiovascolare clinicamente manifesta.
- Stadio 3:
    - Presenza di almeno una patologia "core" tra Diabete di tipo 2, Malattia Renale Cronica, Scompenso Cardiaco;
    - Possono coesistere fattori di rischio quali ipertensione e/o ipercolesterolemia.

Sulla base delle stime di prevalenza della Sindrome CRM elaborate a livello aziendale e riparametrate sulla popolazione dei Comuni coinvolti, si prevede un bacino potenziale di circa 2.200 pazienti con tali caratteristiche (1.198 nel Distretto 69 e 1.006 nel Distretto 70).

L'identificazione dei pazienti sarà effettuata dai Medici di Medicina Generale, sulla base di criteri clinici predefiniti, definiti in coerenza con i sistemi informativi a disposizione, e l'attività di prima valutazione del paziente verrà effettuata nel setting delle *Botteghe Spoke*.

È previsto un orizzonte temporale di 4 mesi per l'esecuzione dell'attività. Si consiglia una attività di richiamo di 8 pazienti a settimana da parte di ciascun MMG coinvolto.

Le attività saranno supportate dalla piattaforma informativa già in uso nei setting di *Bottega della Comunità*, che consentirà la gestione e la tracciabilità dei percorsi, l'integrazione dei dati e il monitoraggio degli interventi.

È prevista, in una fase successiva, l'estensione progressiva del modello agli altri Distretti dell'ASL Salerno, in funzione degli esiti della sperimentazione e delle condizioni di trasferibilità del modello operativo.

Articolazione complessiva del percorso

L'attività di medicina di iniziativa si articola in 5 macro fasi:

0. Preparazione attività;
1. Identificazione e richiamo del paziente;
2. Prima valutazione del paziente;
3. Referral I livello: Bottega *Hub*;
4. Referral II livello: altro setting specialistico.

Di seguito il dettaglio delle modalità operative di implementazione delineate.

0. Preparazione attività: verranno realizzate le seguenti attività da parte di ASL Salerno finalizzate a costituire le appropriate condizioni organizzative per una efficace realizzazione del percorso definito.
Tale elenco potrebbe essere eventualmente integrato da ulteriori attività che potrebbero rendersi necessarie durante la fase implementativa.

- Stima di dettaglio dei pazienti target per Comune coinvolto sulla base delle estrazioni disponibili a livello di ASL e della popolazione residente locale;
- Identificazione di slot dedicati settimanali per l'attività di richiamo in *Bottega Spoke* e rivalutazione in *Bottega Hub;*
- Definizione delle modalità di monitoraggio delle attività;
- Pianificazione ed erogazione di una attività formativa con tutti i professionisti coinvolti, per illustrazione dettagliata del percorso e modalità operative definite;
- Predisposizione di eventuale documentazione per la divulgazione dell'attività.

1. Identificazione e richiamo del paziente

- Il MMG identifica il pool dei suoi pazienti target sulla base di un set di criteri pre-definiti, e condivide la propria lista con la centrale operativa di Valle Dell'Angelo;
- La Centrale Operativa di Valle dell'Angelo, in coordinamento con l'Infermiere di Bottega *Spoke* di riferimento per il paziente stesso, pianifica e richiama il paziente per prima valutazione nel setting di Bottega *Spoke*.

I pazienti target dell'attività verranno puntualmente indentificati da parte di ciascun MMG coinvolto sulla base di un set di criteri pre-definiti e in funzione dei sistemi informativi a disposizione.

2. Prima valutazione del paziente

- Il paziente viene visitato dall'MMG in *Bottega Spoke*, per prima valutazione del relativo stato di salute e rivalutazione terapeutica. A propria discrezione, in funzione delle condizioni cliniche del paziente, il MMG:
    - Richiede ulteriori accertamenti;
    - Richiede consulto specialistico in Bottega *Hub* (diabetologia o cardiologia), a distanza o in presenza, tramite invio del paziente [*Step 3*];
    - Invia il paziente al setting ospedaliero (nefrologia) [*Step 4*].

3. Referral I livello: Bottega *Hub*

- Il paziente viene visitato a livello specialistico (cardiologia/diabetologia) a distanza o in presenza, in funzione delle condizioni cliniche;
- Se il quadro clinico non è gestibile in tale sede, il paziente viene inviato a setting territoriale specialistico.

4. Referral II livello: altro setting specialistico

- Il paziente viene visitato a livello specialistico territoriale (cardiologia/diabetologia);
- Il paziente viene visitato a livello specialistico ospedaliero (nefrologia);
- Il paziente condivide con il proprio MMG le indicazioni per il follow up, sulla base di quanto stabilito a livello specialistico.

Monitoraggio dell'attività di medicina di iniziativa

L'efficace realizzazione delle attività sopra descritte verrà monitorata attraverso un set di indicatori di processo finalizzati a monitorare:

- La realizzazione delle attività preparatorie previste, con un focus in particolare sulla realizzazione di iniziative di formazione dedicate ai principali professionisti coinvolti;
- Il numero di professionisti aderenti all'iniziativa;
- Il numero di pazienti aderenti all'iniziativa.

IL MANUALE OPERATIVO DI MEDICINA DI INIZIATIVA

Alla luce del contesto descritto, il "Manuale operativo di Medicina di Iniziativa" allegato al presente documento, articola, nel dettaglio:

- Gli obiettivi e l'articolazione complessiva del percorso
- La popolazione target dell'attività e l'effort atteso
- Le modalità operative di implementazione, capitolo finalizzato a delineare, in particolare:
    - Il percorso operativo di dettaglio
    - Il ruolo dei diversi attori coinvolti
    - I criteri per l'identificazione dei pazienti
    - Le leve messe a disposizione da ASL Salerno
    - Gli indicatori di monitoraggio dell'attività

Per ogni dettaglio in merito all'iniziativa delineata, si rimanda dunque al documento allegato alla presente.