

# CERTILIP – CERTification on DysLIPidemias

Rev. 15 Maggio 2024

*con il supporto tecnico organizzativo di*



# INDICE

LEGENDA ACRONIMI.....	4
INTRODUZIONE.....	5
1.1. Metodologia .....	5
1.2. Inquadramento iniziale.....	6
1.3. Implementazioni proposte .....	7
1.4. Conclusioni .....	9
LA MALATTIA CARDIOVASCOLARE ATEROSCLEROTICA (ASCVD) .....	9
AMBITO DI APPLICAZIONE E OBIETTIVI DEL DISCIPLINARE .....	11
ANALISI DEL CONTESTO .....	12
MODELLO DI GESTIONE DEI PAZIENTI A RISCHIO CARDIOVASCOLARE ALTO E MOLTO ALTO – STATEMENT CLINICI .....	13
PAZIENTI OUT OF THE LOOP .....	15
Criteri di eleggibilità al percorso.....	15
Identificazione .....	16
Presenza in carico.....	16
6.2 Pazienti nefropatici e/o diabetici .....	17
Identificazione .....	17
Presenza in carico.....	18
6.3 Pazienti con eventi cardiovascolari pregressi .....	19
Identificazione .....	19
Presenza in carico.....	20
6.4 PAZIENTI OUT OF THE LOOP – COME FAVORIRE UN’APPLICAZIONE IMMEDIATA DEL MODELLO? .....	21
Identificazione dei pazienti.....	21
Presenza in carico dei pazienti .....	21
PAZIENTI IN THE LOOP .....	22
7.1 Criteri di eleggibilità al percorso.....	22
7.2 Paziente a rischio cardiovascolare alto.....	23
7.3 Paziente a rischio cardiovascolare molto alto .....	23
7.4 Scheda cardio-metabolica-renale .....	24
MODELLO DI GESTIONE DEI PAZIENTI A RISCHIO CARDIOVASCOLARE ALTO E MOLTO ALTO – APPROFONDIMENTI ORGANIZZATIVI.....	27
8.1 Monitoraggio attivo dell’aderenza terapeutica .....	27
8.2 Ruolo della digitalizzazione.....	27
INDICATORI .....	27

9.1 Indicatori di valutazione del modello organizzativo implementato .....	27
Indicatori per la valutazione dell'immediata esecuzione del modello: .....	27
Indicatori per la valutazione del modello a tendere:.....	27
Indicatori di Volume.....	28
Indicatori di Processo.....	28
GRUPPO DI LAVORO .....	29
BIBLIOGRAFIA .....	30
APPENDICE.....	31
APPENDICE 1: IL MODELLO A TENDERE.....	31
APPENDICE 2: PERCORSI DI INTEGRAZIONE H-T.....	34
APPENDICE 3: MULTIDISCIPLINARIETÀ E RUOLO DEL CASE MANAGER.....	35
APPENDICE 4: SURVEY .....	36
APPENDICE 5: SCORE2 .....	39
APPENDICE 6: PRIORITÀ IMPLEMENTAZIONI - INFORMAZIONI AGGIUNTIVE .....	40

## LEGENDA ACRONIMI

ABI Index = Indice Caviglia-Braccio  
AFT = Aggregazioni Funzionali Territoriali  
AIFA = Agenzia Italiana del Farmaco  
AO = Azienda Ospedaliera  
ASCVD = Malattia cardiovascolare aterosclerotica  
AULSS = Azienda - Unità Locale Socio Sanitaria  
BPAC = Bypass aorto-coronarico  
CdC = Case di Comunità  
CHD = Malattia coronarica  
C-LDL = Cholesterol Low-density lipoprotein  
C-HDL = Cholesterol High-density lipoprotein  
C-TOT = Colesterolo totale  
CVD = Malattia cardiovascolare  
DGR = Delibera Giunta Regionale  
DM = Decreto Ministeriale  
DM = Diabete Mellito  
ECG = Elettrocardiogramma  
eGFR = Tasso di filtrazione glomerulare stimato  
EAS = European Atherosclerosis Society  
ESC = European Society of Cardiology  
H-T = Ospedale-Territorio  
HDL = High-density lipoprotein  
IDL = Intermediate-density lipoprotein  
IFoC = Infermieri di Famiglia o della Comunità  
LDL = Low-density lipoprotein  
LEA = Livelli Essenziali di Assistenza  
MMG = Medico Medicina Generale  
OD = Ospedali di Comunità  
PCSK9i = inibitori PCSK9  
PCI = Angioplastica coronarica percutanea  
PDTA = Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali  
PL = Pediatri di Libera Scelta  
PNRR = Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza  
PLS = Pediatri di Libera Scelta  
SCA = Sindrome Coronarica Acuta  
SCV = Sistema Nervoso Centrale  
SSN = Servizio Sanitario Nazionale  
TAC = Tomografia Assiale Computerizzata  
TSA = Ecocolordoppler tronchi sovraortici  
TG = Trigliceridi  
UCA = Unità di Continuità Assistenziale  
UOC = Unità Operative Complesse  
UVMD = Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale  
UUOO = Unità Operative

# INTRODUZIONE

## 1.1. Metodologia

Il progetto CERTILIP è un progetto di consensus in ambito clinico-organizzativo-assistenziale relativo all'identificazione precoce e successiva presa in carico del paziente con malattia cardiovascolare aterosclerotica (d'ora in poi ASCVD) in Veneto.

Il progetto, svoltosi tra ottobre 2023 e aprile 2024, ha visto il coinvolgimento di 18 differenti esperti attivi a vario livello (Tabella 7) nella presa in carico e/o gestione di tali pazienti in Veneto, favorendo il confronto tra interlocutori strategico-organizzativi e interlocutori clinici, uniti da un comune obiettivo: **la riduzione della mortalità cardiovascolare.**

Il progetto CERTILIP, realizzato in collaborazione con Novartis e con il supporto tecnico-organizzativo di OPT, si è sviluppato in 4 fasi, riassunte nello schema sotto riportato:



Figura 1. Fasi di progetto

Ogni fase è da considerarsi propedeutica a quella successiva, e frutto del comune lavoro e delle continue interazioni tra i partecipanti.

L'ultima fase del progetto consta nel **deposito e nella certificazione del disciplinare** stesso da parte di CSQA, un Organismo di certificazione a controllo pubblico compartecipato in Regione Veneto. Contestualmente al deposito e alla certificazione del disciplinare, il progetto CERTILIP prevede anche la **certificazione delle competenze** in ambito ASCVD per ciascuno dei partecipanti al gruppo di lavoro, mediante un **attestato di disease expert** validato da CSQA.

## 1.2. Inquadramento iniziale

Le malattie conseguenti all'aterosclerosi e alla trombosi arteriosa (specificatamente la cardiopatia ischemica, l'ictus ischemico e l'arteriopatia periferica) colpiscono in Italia circa 5 milioni di persone (Cortesi PA et al 2021) e sono la principale causa di morbidità e mortalità generale contribuendo a circa il 30% di tutte le morti (Tabella "Mortalità per territorio ed evento -cause ed età" Istat aggiornamento al 17/04/2024). In Veneto si stima che i pazienti a rischio cardiovascolare alto e molto alto siano circa 165.000 (OsMed 2021; Perrone V et al, Risk Manag Healthc Policy 2022; 15:1483-1489) anche se il dato rappresenta solo i pazienti attualmente in trattamento e quindi potenzialmente sottostimato.

Un'individuazione precoce e una presa in carico del paziente a rischio alto e molto alto, «condivisa» tra lo specialista ospedaliero e il territorio, consentirebbe di ridurre il numero di eventi cardiovascolari secondari che, nei 4 anni successivi al primo evento, si verificano in circa il 20% dei pazienti (Wilkins E et al 2017) comportando un impatto rilevante sia in termini di salute che sulla spesa sanitaria che in Italia, ad oggi, in ambito cardiovascolare ammonta a circa 41 miliardi € (Luengo-Fernandez ESC 2023 *European HeartJournal* 2023). In Italia, il costo annuale per un paziente con sindrome coronarica acuta è stimato essere pari a circa € 14.000, di cui i ricoveri ospedalieri rappresentano l'86,3% dei costi; è quindi fondamentale, sia in termini di salute che di sostenibilità lavorare affinché si riducano al minimo questi eventi (Sciattella P., *Adv Ther* 2022). In questo contesto, è importante sottolineare come l'80% dei decessi e dei ricoveri correlati a patologie cardiovascolari sia riconducibile a fattori di rischio modificabili (*The Global Burden of Disease study 1990-2017. Eur J Prev Cardiol* 2021; 28(4):385-396) e il controllo del colesterolo LDL rappresenta uno di questi fattori la cui riduzione correla linearmente con il contenimento del rischio cardiovascolare (Townsend N, et al 2015; Ference BA et al, 2018). Nonostante ciò, allo stato attuale, il 67% dei pazienti trattati non raggiunge l'obiettivo target di colesterolo LDL (Ray KK, et al. *Eur J Prev Cardiol.* 2021;28(11):1279-1289) e rimane perciò esposto a un rischio cardiovascolare molto alto. Contestualmente alcune analisi dimostrano che anche tra i pazienti non ancora presi in carico e quindi non trattati si presentano elevati livelli di C-LDL (ATS Toscana - P. Francesconi, F. Profili, B. Nreu, E. Mannucci - *Terapie ipolipemizzanti e raggiungimento dei target lipidici in prevenzione primaria e secondaria in Toscana al tempo della Covid-19*).

In questo scenario, la fase storica che stiamo vivendo in Sanità è senza precedenti: il PNRR, il DM 77 e il Piano Nazionale delle Cronicità prevedono di favorire percorsi di presa in carico dei pazienti integrati tra ospedale e territorio (d'ora in poi H-T) nonché l'implementazione di nuove modalità di garanzia dell'assistenza sanitaria come l'utilizzo di modelli di stratificazione della popolazione per identificare i bisogni di salute basandosi sull'utilizzo di dati e di algoritmi predittivi e programmare la presa in carico degli assistiti sulla base del livello di rischio, bisogno di salute e consumo di risorse (così definita Medicina di Popolazione) e modelli di telemedicina.

Considerato lo scenario clinico e quello organizzativo in essere e futuro, il progetto CERTILIP si è posto l'obiettivo di migliorare l'identificazione precoce, la presa in carico nonché la gestione e il follow up del paziente con ASCVD a rischio alto e molto alto in Veneto e nelle singole AULSS,

favorendo una maggiore e più efficiente integrazione H-T mediante la formalizzazione di un disciplinare clinico-organizzativo-assistenziale.

Nella prima fase del progetto, una survey (vedi Appendice 4: Survey) ha permesso di identificare i temi più rilevanti legati alla gestione e alla presa in carico dei pazienti ASCVD nonché di valutare impatto e fattibilità di alcune proposte implementative in risposta alle criticità attuali.

Le principali azioni emerse ad alto impatto ed alta fattibilità sono state:

- identificazione precoce e caratterizzazione dei pazienti in base alle categorie di rischio tramite un sistema basato sui dati;
- coinvolgimento del MMG per l'identificazione dei pazienti a rischio alto e molto alto e condivisione di criteri chiari per identificare/monitorare il profilo di rischio del paziente;
- necessità di identificare percorsi per la popolazione a rischio non ancora presa in carico;
- sanità di iniziativa, ovvero intervenire proattivamente sulla popolazione stratificandola e studiandone i dati aggregati in modo da individuare i target di cittadini da coinvolgere;
- piano di screening regionale (p.e. esami del sangue gratuiti una volta/anno per categorie di pazienti a rischio).

La survey, inoltre, conferma che anche nel contesto regionale Veneto, i partecipanti indicano una scarsa aderenza e persistenza alla terapia farmacologica dei pazienti ASCVD nel medio/lungo termine, nonché disomogeneità nel follow-up (in termini di rilevazioni C-LDL e visite di follow-up) e la mancanza di PDTA e percorsi per il paziente ASCVD.

### 1.3. Implementazioni proposte

Dall'analisi dello scenario iniziale e delle principali tematiche emerse nella survey, la proposta del gruppo di lavoro multidisciplinare si è focalizzata sulla costruzione di due percorsi:

1. Percorso per l'efficace presa in carico precoce dei pazienti ASCVD a rischio alto e molto alto attualmente non in carico al Servizio Sanitario: percorso ***Out of the Loop***. All'interno di questo gruppo sono state analizzate 3 differenti tipologie di pazienti:
  - a. Pazienti apparentemente sani
  - b. Pazienti con comorbidità: diabetici e nefropatici
  - c. Pazienti con pregressi eventi cardiovascolari

Il gruppo di lavoro si è concentrato sull'individuazione di punti di forza e aree di miglioramento sulla base delle quali è stato elaborato un unico percorso ideale, di più rapida fattibilità ed implementazione, che possa garantire una chiara identificazione e una corretta presa in carico dei pazienti ***Out of The Loop***.

## PAZIENTI OUT OF THE LOOP – Progetto pilota

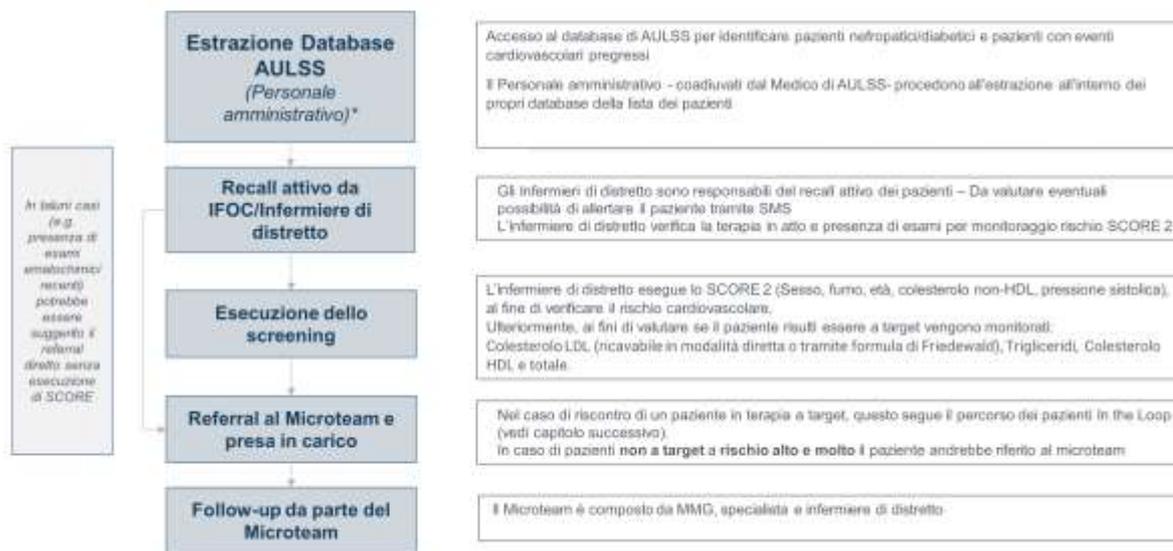


Figura 2: Pazienti Out of the loop - Progetto pilota

2. Percorso per i pazienti a rischio cardiovascolare alto e molto alto attualmente già in carico al Servizio Sanitario, per i quali si articolerà il follow-up: percorso **In the loop**.  
All'interno di questo gruppo sono stati definiti 2 ulteriori percorsi:
  - a. Pazienti a rischio alto (a target e non a target);
  - b. Pazienti a rischio molto alto (a target e non a target).

## PAZIENTI IN THE LOOP

Modelli di follow-up del paziente a rischio cardiovascolare alto e molto alto

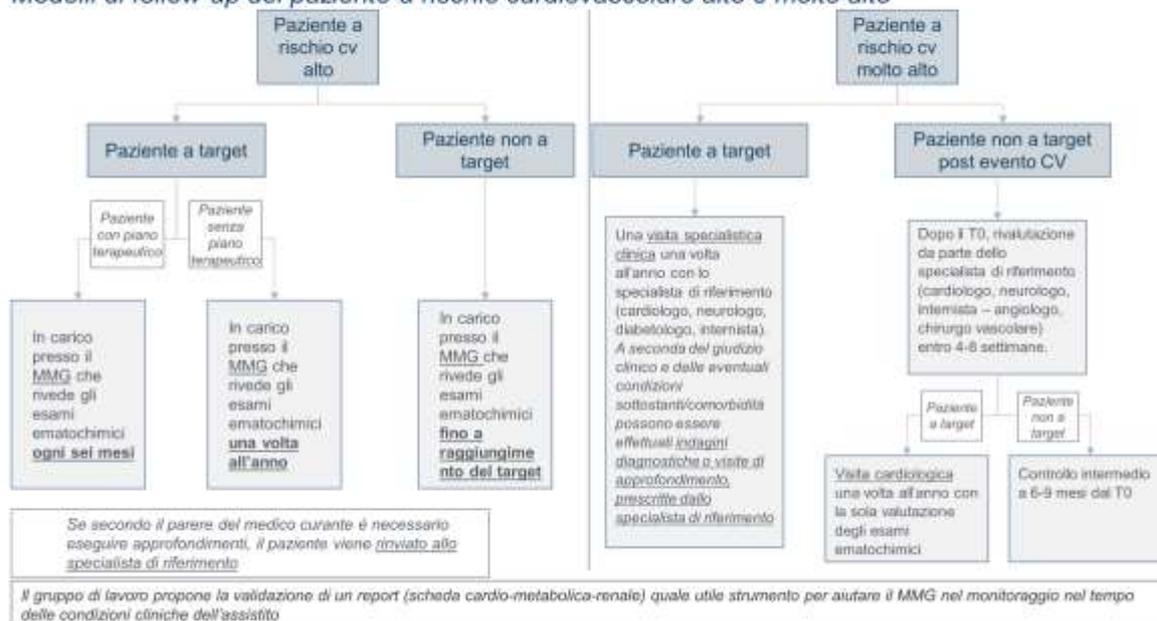


Figura 3: Pazienti In the loop - Modelli di follow-up

### 1.4. Conclusioni

L'obiettivo del disciplinare è quello di proporre una ottimizzazione dell'identificazione precoce, della presa in carico, della gestione e del follow up dei pazienti con ASCVD a rischio cardiovascolare alto e molto alto, favorendo all'interno del territorio regionale una maggiore e più efficiente integrazione H-T.

Il gruppo di lavoro sottolinea l'opportunità di condurre contestualmente:

- l'implementazione dei due modelli proposti sia out of the loop che in the loop a livello di AULSS
- iniziare un dialogo con la Regione per una più ampia programmazione regionale.

*Disclaimer: il presente disciplinare clinico organizzativo è stato sviluppato come risposta di un gruppo di professionisti alla recente evoluzione dello scenario normativo (PNRR, DM 77, DGR 721/2023).*

*Fattori come flusso, gestione e passaggio dei dati interaziendali, rimborsabilità di prestazioni erogate in setting non convenzionali (es. farmacie aperte al pubblico), eventuali accordi integrativi da sviluppare con la Medicina Generale, personale e altre risorse fisiche dedicate, non rientrano nel perimetro della progettualità e non sono stati oggetto di analisi interna al gruppo di lavoro.*

## LA MALATTIA CARDIOVASCOLARE ATEROSCLEROTICA (ASCVD)

La malattia cardiovascolare aterosclerotica, altrimenti nota come ASCVD, è un'affezione vascolare cronica e progressiva dovuta all'accumulo e all'ossidazione di lipoproteine (LDL, VLDL, IDL) nella parete arteriosa, le quali producono un insieme di lesioni multifocali definite ateroma o placca

aterosclerotica. Quest'ultima rappresenta un ispessimento della tonaca intima vascolare dovuto ad un accumulo di componenti lipidici e a proliferazione di tessuto connettivo cicatriziale.

L'ASCVD può essere una condizione asintomatica oppure manifestarsi clinicamente causando specifiche patologie cardiovascolari conseguenti all'ostruzione totale o parziale delle arterie interessate, incluse:

- malattia coronarica (CHD), come infarto del miocardio, angina e stenosi delle arterie coronarie;
- malattia cerebrovascolare, come attacco ischemico transitorio, ictus ischemico e stenosi dell'arteria carotidea;
- malattia delle arterie periferiche, di cui la claudicatio è il primo segnale con evoluzione possibile verso la comparsa di ulcere e piaghe fino all'amputazione parziale o totale dell'arto;
- malattia aterosclerotica aortica, come aneurisma dell'aorta addominale e aneurisma toracico discendente.

Alla formazione di aterosclerosi concorrono molteplici fattori (eziologia multifattoriale), inclusi fattori genetici e familiarità, fumo di sigaretta, dislipidemia, sindrome metabolica, diabete mellito, ipertensione, obesità, vita sedentaria.

Attualmente, l'incidenza e i tassi di mortalità delle condizioni correlate a ASCVD stanno diminuendo in molti paesi europei, ma rappresentano ancora una delle principali cause di morbidità e mortalità a livello globale.

La promozione di uno stile di vita sano per tutta la vita rappresenta il modo più importante per prevenire l'ASCVD, anche in pazienti considerati a rischio cardiovascolare alto e molto alto. Per queste ragioni, il paziente con ASCVD necessita di una presa in carico tempestiva e multidisciplinare, condivisa tra lo specialista ospedaliero di riferimento e gli attori del territorio.

In questo scenario, la fase storica che la sanità italiana sta attraversando è senza precedenti: il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e il Decreto Ministeriale n.77 prevedono di favorire percorsi di presa in carico dei pazienti integrati H-T.

In particolare, il PNRR definisce un nuovo modello organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) volto a definire modelli e standard relativi all'assistenza territoriale. L'obiettivo è quello di potenziare i servizi assistenziali territoriali inseriti nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), riducendo diseguaglianze e costruendo un modello di erogazione dei servizi omogeneo sul territorio nazionale. I principali punti del PNRR che includono provvedimenti relativi ai setting per l'assistenza sanitaria sono:

- favorire l'integrazione tra le reti assistenziali territoriali, ospedaliere e specialistiche in un'ottica di prossimità al paziente mediante la definizione di Case della Comunità (CdC), Infermieri di Famiglia o della Comunità (IFoC), Unità di Continuità Assistenziale (UCA);
- istituire gli Ospedali di Comunità (OdC), strutture sanitarie territoriali che svolgono una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, per evitare ricoveri impropri e favorire dimissioni protette in luoghi più idonei e più prossimi al domicilio;
- potenziare le cure domiciliari finalizzate all'erogazione a domicilio di interventi di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di piani di cura personalizzati.

Sono d'interesse le indicazioni relative all'implementazione di nuove modalità di garanzia dell'assistenza sanitaria:

- utilizzare modelli di stratificazione della popolazione per identificare i bisogni di salute basandosi sull'utilizzo di dati e di algoritmi predittivi e programmare la presa in carico degli assistiti sulla base del livello di rischio, bisogno di salute e consumo di risorse (così definita Medicina di Popolazione);
- fornire prestazioni in Telemedicina, al fine di erogare visite specialistiche, assistenza, monitoraggio, riabilitazione, consulti medici, consulenze e refertazioni con particolare riferimento alla gestione delle cronicità.

La situazione attuativa del PNRR e del DM 77 in Regione Veneto è espressa dal DGR n.721 del 22 Giugno 2023: per rendere sempre più centrali la persona e la comunità e per la presa in carico dei loro bisogni nella programmazione dell'offerta sanitaria e socio-sanitaria, la Regione Veneto attua una pianificazione dei servizi sanitari basata sulla prossimità. In questo contesto, il distretto è deputato al coordinamento funzionale ed organizzativo della rete delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali presenti sul territorio e allo sviluppo omogeneo delle cure domiciliari. Con DGR n.1123 del 19 Settembre 2023, la Giunta Regionale del Veneto ha approvato il documento "Servizi di Infermieristica di famiglia o comunità" nel quale è delineato il modello organizzativo e professionale dell'infermieristica di famiglia o comunità. Il documento definisce la formazione regionale del personale infermieristico di famiglia o di comunità da potenziare nel prossimo triennio.

## AMBITO DI APPLICAZIONE E OBIETTIVI DEL DISCIPLINARE

Nell'ambito del progetto CERTILIP, il seguente disciplinare clinico-organizzativo-assistenziale si applica a tutti i pazienti con ASCVD a rischio cardiovascolare alto e molto alto in Veneto e ha come obiettivo l'identificazione precoce e l'ottimizzazione della presa in carico, della gestione e del follow up dei pazienti con ASCVD a rischio cardiovascolare alto e molto alto, favorendo in Veneto e nelle singole AULSS, una migliore integrazione H-T.

La tabella di seguito riporta la definizione di paziente a rischio cardiovascolare alto e molto alto, tenendo conto di quanto riportato nelle linee guida ESC/EAS ([European Heart Journal \(2020\) 41, 111-188](#); [\(2021\) 42, 3227-3337](#)) in cui viene anche riportato lo SCORE2 (Appendice 5):

Rischio molto alto	<ul style="list-style-type: none"><li>• ASCVD documentata, clinicamente o tramite imaging: sindrome coronarica acuta, angina stabile, rivascolarizzazione coronarica, ictus o attacco ischemico transitorio, patologia arteriosa periferica. Una ASCVD documentata tramite imaging include riscontri noti per essere associati allo sviluppo futuro di eventi clinici, come una placca rilevante all'angiografia coronarica, o alla TAC (malattia coronarica multivasale, con due arterie epicardiche principali con stenosi &gt;50%) o all'ultrasonografia carotidea; oppure</li><li>• diabete mellito (DM) con danno d'organo (microalbuminuria, retinopatia, neuropatia) o almeno 3 fattori di rischio CV, o DM tipo 1 comparso precocemente e presente da più di 20 anni; oppure</li><li>• nefropatia cronica severa (eGFR&lt;30 mL/min/1,73 mq); oppure</li></ul>
--------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SCORE<sub>2</sub> <math>\geq</math> 10 per il rischio a 10 anni di CVD fatale; oppure</li> <li>• ipercolesterolemia familiare con ASCVD o altro fattore di rischio CV.</li> </ul>
Rischio alto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Singoli fattori di rischio particolarmente elevati, come colesterolo totale <math>&gt;310\text{mg/dL}</math> (<math>&gt;8\text{mmol/L}</math>), LDL-C <math>&gt; 190\text{mg/dL}</math> (<math>&gt;4,9\text{ mmol/L}</math>) o pressione arteriosa <math>\geq 180/110\text{ mmHG}</math>; oppure</li> <li>• ipercolesterolemia familiare senza altri fattori di rischio CV; oppure</li> <li>• DM senza danno d'organo, ma presente da almeno 10 anni o in concomitanza ad un altro fattore di rischio CV; oppure</li> <li>• nefropatia cronica moderata (eGFR 30-59 mL/min/1,73 mq); oppure</li> <li>• SCORE<sub>2</sub> <math>\geq 5\%</math> e <math>&lt; 10\%</math> per il rischio a 10 anni di CVD fatale.</li> </ul>

Tabella 1: Definizione di paziente a rischio cardiovascolare molto alto e alto

## ANALISI DEL CONTESTO

A partire da ottobre 2023, un gruppo di lavoro multidisciplinare di 18 esperti operanti in Veneto, tra cui tre direttori sanitari e medici di direzione, tre cardiologi, sei internisti, due diabetologi, un medico di medicina generale e tre farmacisti ospedalieri, si è riunito per approfondire il contesto regionale relativo alla gestione dei pazienti a rischio cardiovascolare alto e molto alto e per formalizzare un documento contenente raccomandazioni di carattere clinico-organizzativo-assistenziale.

Il progetto è iniziato con la compilazione di una survey (Appendice 4) da parte del gruppo di lavoro che ha consentito di analizzare al meglio il contesto generale (demografia dei pazienti e numeriche ASCVD; trattamento ipolipemizzante, compliance ed esiti; visite di follow up e rilevazioni di laboratorio; contesto organizzativo intra-presidio; contesto organizzativo extra-presidio) e le possibili soluzioni implementative in ottica di impatto potenziale (l'impatto che può essere generato dall'esecuzione di tale attività) e di fattibilità (la complessità economica ed organizzativa associata all'implementazione di tale attività, considerando lo scenario attualmente in essere).

L'analisi dei dati ha consentito di assegnare una priorità a ciascuna delle implementazioni proposte:

- priorità 1: alto impatto e alta fattibilità;
- priorità 2: alto impatto e bassa fattibilità oppure basso impatto e alta fattibilità (Appendice 6);
- priorità 3: basso impatto e bassa fattibilità (Appendice 6).

Quanto analizzato per le attività in priorità 1 (alto impatto e alta fattibilità) è riassunto nella seguente tabella (approfondimenti delle priorità 2 e 3 presenti in Appendice 6):

<p><b>Priorità 1</b>  <i>Alto impatto e alta fattibilità</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• coinvolgimento del MMG per l'identificazione dei pazienti a rischio cardiovascolare alto e molto alto;</li> <li>• fornitura al MMG di strumenti chiari per identificare/monitorare il profilo di rischio del paziente;</li> <li>• introduzione di un sistema basato sui dati per l'identificazione precoce dei pazienti per diverse categorie di rischio a livello di singolo centro;</li> <li>• strumenti di telemedicina;</li> <li>• utilizzo condiviso del fascicolo sanitario elettronico tra strutture territoriali, centri ospedalieri e MMG;</li> <li>• coinvolgimento del MMG per la gestione del paziente a rischio alto e molto alto;</li> <li>• progetti di formazione dei MMG;</li> <li>• rilascio da parte dello specialista di un report per paziente e MMG dopo ciascuna visita.</li> <li>• intervenire proattivamente sulla popolazione stratificandola e studiandone i dati aggregati in modo da individuare i target di cittadini da coinvolgere;</li> <li>• piano di screening regionale (esami del sangue gratuiti per categorie di pazienti a rischio);</li> </ul>
--	--

Tabella 2: Priorità implementazioni – impatto e fattibilità

## MODELLO DI GESTIONE DEI PAZIENTI A RISCHIO CARDIOVASCOLARE ALTO E MOLTO ALTO – STATEMENT CLINICI

Secondo il tavolo di lavoro, ciò che guida la pratica clinica è la stratificazione del rischio cardiovascolare, in particolare in riferimento all'identificazione dei pazienti a rischio cardiovascolare alto o molto alto.

A questo proposito, il primo step da eseguire solo una volta all'inizio del percorso clinico è la valutazione del rischio cardiovascolare mediante l'applicazione del tool SCORE2 (Appendice 5) (*European Heart Journal, Volume 42, SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe*), al fine di stratificare i pazienti e ottimizzarne la presa in carico.

I parametri da valutare, utili alla conduzione di un assessment più completo includono:

Età
Sesso
Abitudine al fumo di sigaretta
Storia di eventi cardiovascolari
Nota ipertensione arteriosa

Presenza di diabete mellito e durata della condizione
Valutazione del profilo lipidico (C-TOT, C-HDL, C-LDL, Trigliceridi)
Valutazione della funzionalità renale (eGFR)
Presenza di danno d'organo.

Tabella 3: Parametri da valutare in fase di assessment

Il parametro di C-LDL può essere ricavato in modalità diretta oppure tramite la formula di Friedewald, ovvero dal C-TOT sottrarre il valore di C-HDL e il valore di Trigliceridi diviso 5; tuttavia questa formula non è applicabile nei casi in cui il valore di Trigliceridi sia  $\geq 400$  mg/dL. Il gruppo di lavoro reputa importante che il valore di C-LDL venga sempre riportato tra i parametri delle analisi ematochimiche.

Inoltre, indagini strumentali utili alla stratificazione del rischio e alla conduzione dell'assessment includono:

ECG
TSA
ABI INDEX

Tabella 4: Indagini strumentali in fase di assessment

A seguito della stratificazione del rischio cardiovascolare, viene impostato il trattamento terapeutico. Per i pazienti con valori di colesterolo LDL non in linea con i target definiti dalle linee guida viene intrapresa una terapia con statine +/- ezetimibe assieme all'indicazione di migliorare lo stile di vita. In particolare, è fondamentale promuovere i percorsi di disassuefazione dal fumo di sigaretta.

A seguito dell'impostazione della terapia ipolipemizzante, il paziente viene rivalutato a 4-6 settimane, come definito dalle principali linee guida (*Position Paper ANMCO: Gestione dell'ipercolesterolemia nei pazienti con sindrome coronarica acuta*) con il monitoraggio dei parametri ematochimici.

Secondo il giudizio del tavolo di lavoro, al fine di ottimizzare alcune criticità organizzative, sarebbe opportuno estendere l'intervallo di rivalutazione a 4-8 settimane. Se il paziente è a target la rivalutazione verrà effettuata ogni 12 mesi.

Se a termine di questo intervallo il paziente non ha raggiunto il target terapeutico, si suggerisce l'aggiunta di PCSK9i o di acido bempedoico (quest'ultimo se la distanza dal target è inferiore al 20%) i cui modi e tempi di rivalutazione successivi alla prescrizione sono definiti nelle rispettive schede di monitoraggio AIFA.

Eventualmente, può anche essere implementato un monitoraggio a distanza per favorire l'aderenza terapeutica nel tempo che intercorre tra la prescrizione e la successiva rivalutazione.

Il gruppo di lavoro suggerisce che il monitoraggio dei parametri ematochimici e il controllo dell'aderenza possa essere eseguito dalla medicina generale o dagli Infermieri di distretto/IFoC, riducendo le visite specialistiche ad una sola volta/anno se il paziente è a target. Il gruppo di lavoro suggerisce la costituzione di ambulatori intra presidio di cardiologia preventiva; lo specialista di riferimento all'interno degli stessi rimane lo specialista prescrittore, pertanto il cardiologo.

## Modello di gestione paziente a rischio cardiovascolare alto e molto alto

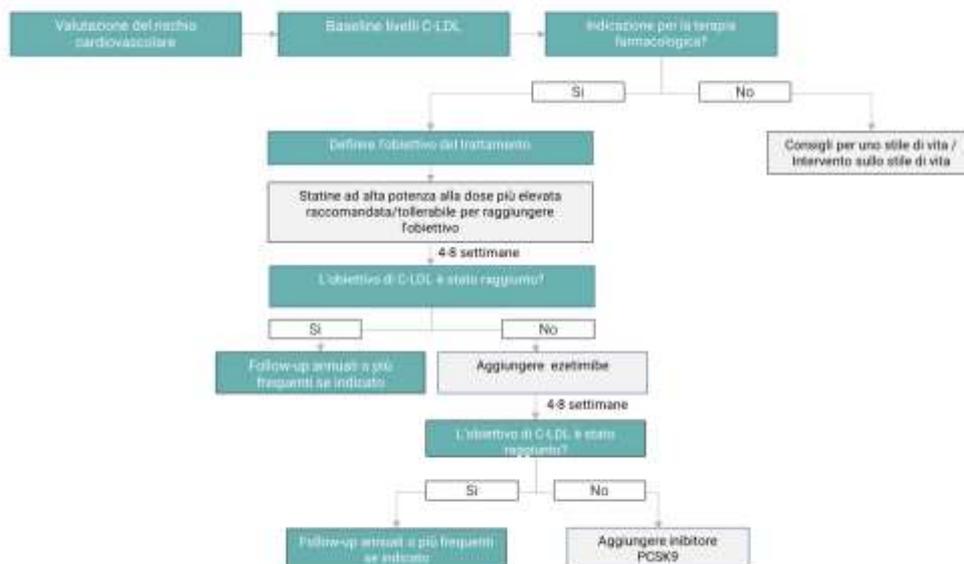


Figura 4: Modello di gestione paziente a rischio cardiovascolare alto e molto alto

## PAZIENTI OUT OF THE LOOP

### Criteri di eleggibilità al percorso

Sono eleggibili al percorso *Out of the loop* tutti i pazienti a rischio cardiovascolare alto e molto alto non attualmente presi in carico presso il servizio sanitario o che sono stati presi in carico in passato ma da oltre un anno non accedono al SSN.

In particolare, possono essere identificate 3 categorie di pazienti *Out of the loop*:

- Pazienti apparentemente sani
- Pazienti con comorbidità: pazienti nefropatici e/o diabetici
- Pazienti con comorbidità: pazienti con eventi cardiovascolari pregressi documentati che non risultano essere presi in carico dal punto di vista cardiovascolare da oltre un anno.

Ognuna di queste categorie di pazienti necessita dapprima di un percorso di identificazione e di inquadramento e in seguito di un follow-up specifico.

### 6.1 Pazienti apparentemente sani

I pazienti apparentemente sani sono soggetti a rischio cardiovascolare alto o molto alto che non sono mai stati identificati dal SSN, ma necessitano di essere individuati perché soggetti a rischio.

Il gruppo di lavoro suggerisce che l'identificazione dei pazienti apparentemente sani possa seguire due modelli differenti, uno legato all'identificazione attiva di questi pazienti e un altro legato all'identificazione passiva.

## Identificazione

L'**identificazione attiva** di tali pazienti potrebbe essere governata dal Dipartimento di Prevenzione, il quale promuove azioni volte a individuare e rimuovere cause di nocività e malattia, mediante iniziative come il programma di screening cardiovascolare Cardio50 della Regione Veneto.

Tra le azioni in carico al Dipartimento di Prevenzione si citano:

- lettera inviata al domicilio dei pazienti con invito a sottoporsi allo screening;
- alert su smartphone con invito a sottoporsi allo screening;
- chiamata attiva – tramite IFoC delle CdC - verso i pazienti che hanno svolto esami laboratoristici in strutture pubbliche ed hanno presentato valori ematici suggestivi di rischio cardiovascolare;
- screening periodico ai dipendenti di aziende.

Lo screening potrebbe essere effettuato in maniera sequenziale per età attenendosi prima alcune fasce di età (es. inizialmente la fascia d'età 50-60, successivamente 60-70, etc...).

I parametri fondamentali da includere nel programma di screening cardiovascolare includono: età, sesso, trigliceridi, C-HDL, C-LDL (ricavabile in modalità diretta o tramite formula di Friedewald), C-TOT, pressione arteriosa, abitudine al fumo di sigaretta. I pazienti individuati come candidabili allo screening dovrebbero recarsi presso le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) oppure presso le Farmacie dei servizi (farmacie aperte al pubblico) per aderire allo screening stesso.

L'**identificazione passiva dovrebbe essere guidata dai MMG:**

- il MMG, che vede mediamente una volta/anno tutti i pazienti con età superiore ai 40 anni, informa questi pazienti della possibilità di partecipare ad un percorso di screening cardiovascolare gratuito.

Il personale di studio dei MMG e il personale delle farmacie aperte al pubblico dovrebbero essere i responsabili organizzativi dell'esecuzione dello screening.

## Presa in carico

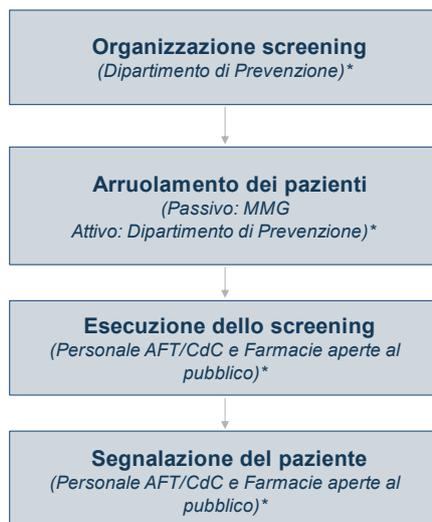
In caso di identificazione di un paziente a rischio cardiovascolare alto e molto alto, il personale di studio o la farmacia aperta al pubblico:

- segnala il risultato al MMG di competenza;
- segnala il risultato alla CdC di pertinenza;
- segnala al paziente di rivolgersi al proprio MMG.

In caso di riscontro di paziente non a rischio cardiovascolare, lo screening andrebbe invece ripetuto a distanza di cinque anni.

## PAZIENTI OUT OF THE LOOP - Pazienti apparentemente sani

Identificazione e presa in carico



\*Owner

Figura 5: Pazienti Out of the loop - identificazione e presa in carico pazienti apparentemente sani

### 6.2 Pazienti nefropatici e/o diabetici

I pazienti nefropatici e/o diabetici sono soggetti con comorbidità che non risultano essere presi in carico dal punto di vista cardiovascolare da oltre un anno o che non sono mai stati presi in carico dal punto di vista cardiovascolare.

#### Identificazione

L'accesso ai database della medicina generale e/o l'accesso ai database di AULSS/AO dei Centri di Nefrologia e/o di Diabetologia consentirebbe di identificare pazienti appartenenti a questa categoria.

All'interno della AULSS, il personale amministrativo o il medico estrae la lista pazienti all'interno del database AULSS.

Se l'estrazione viene effettuata dal MMG, invece, quest'ultimo (o il personale amministrativo infermieristico se presente) potrà individuare la lista pazienti estraendola dal proprio database.

La lista di pazienti identificati come candidabili allo screening viene condivisa con il medico di riferimento del distretto, il quale si interfaccia con gli IFoC.

Gli IFoC sono responsabili del recall attivo dei pazienti, i quali si recheranno verso le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e le farmacie dei servizi per aderire allo screening stesso. In taluni casi (es. presenza di esami ematochimici recenti) potrebbe essere suggerito il referral diretto senza esecuzione di SCORE2 (Appendice 5).

I criteri di ricerca ipotizzabili potrebbero essere i seguenti:

Pazienti nefropatici	<ul style="list-style-type: none"> <li>• paziente con nefropatia nota e interruzione prescrizione di farmaci ipolipemizzanti nei 12 mesi precedenti;</li> <li>• paziente noto a rischio cardiovascolare alto o molto alto e assenza di visita di controllo presso centro nefrologico nei 12 mesi precedenti;</li> <li>• paziente noto a rischio cardiovascolare alto o molto alto e assenza di specifici parametri ematici aggiornati nei 12 mesi precedenti (eGFR, creatininemia, albuminuria);</li> <li>• paziente noto a rischio cardiovascolare alto o molto alto e assenza di visita medica generale orientata al controllo della malattia renale nei 12 mesi precedenti;</li> <li>• paziente con nefropatia nota e assenza di visita medica generale orientata al controllo del rischio cardiovascolare nei 12 mesi precedenti.</li> </ul>
Pazienti diabetici	<ul style="list-style-type: none"> <li>• paziente diabetico noto e interruzione prescrizione di ipolipemizzanti nei 12 mesi precedenti;</li> <li>• paziente noto a rischio cardiovascolare alto o molto alto e assenza di visita di controllo presso centro diabetologico nei 12 mesi precedenti;</li> <li>• paziente noto a rischio cardiovascolare alto o molto alto e assenza di specifici parametri ematici aggiornati nei 12 mesi precedenti (glicemia a digiuno e post-prandiale, HbA1c);</li> <li>• paziente noto a rischio cardiovascolare alto o molto alto e assenza di visita medica generale orientata al controllo della malattia diabetica nei 12 mesi precedenti;</li> <li>• paziente con diabete noto e assenza di visita medica generale orientata al controllo del rischio cardiovascolare nei 12 mesi precedenti.</li> </ul>

Tabella 5: Pazienti nefropatici e/o diabetici - criteri di ricerca per l'identificazione all'interno dei database

## Presa in carico

In riferimento alla presa in carico, il gruppo di lavoro suggerisce la costituzione di un microteam all'interno delle case di comunità, composto da MMG, specialista e infermiere di distretto.

- Nel caso di riscontro di un paziente in terapia a target C-LDL, questo seguirebbe il percorso dei pazienti *In the Loop* (vedi capitolo successivo).
- In caso di pazienti non a target a rischio alto o molto alto il paziente andrebbe riferito al microteam della casa di comunità. Qualora il microteam non fosse formato, il paziente andrebbe inviato primariamente al MMG in caso di pazienti a rischio alto e allo specialista ospedaliero in caso di paziente a rischio molto alto.

Il gruppo di lavoro raccomanda fortemente di prevedere percorsi di formazione e sensibilizzazione per nefrologi, diabetologi e chirurghi vascolari.

## PAZIENTI OUT OF THE LOOP - Pazienti nefropatici - diabetici

Identificazione (attraverso 2 canali) e presa in carico



Figura 6: Pazienti Out of the loop - Identificazione e presa in carico pazienti nefropatici e/o diabetici

### 6.3 Pazienti con eventi cardiovascolari pregressi

I pazienti con eventi cardiovascolari pregressi sono pazienti con pregresso infarto miocardico, pregressa SCA (Sindrome Coronarica Acuta), pregresso intervento di rivascolarizzazione coronarica (con BPAC o PCI) o periferica, pregresso ictus ischemico.

#### Identificazione

L'accesso ai database della medicina generale e/o l'accesso ai database di AULSS/AO dei Centri di cardiologia consentirebbe di identificare pazienti appartenenti a questa categoria.

All'interno della AULSS, il personale amministrativo o il medico estrae la lista pazienti all'interno del database AULSS.

Se l'estrazione viene effettuata dal MMG, invece, quest'ultimo (o il personale amministrativo infermieristico se presente) potrà individuare la lista pazienti estraendola dal proprio database.

La lista di pazienti identificati come candidabili allo screening viene condivisa con il medico di riferimento del distretto, il quale si interfaccia con gli IFoC/infermieri di distretto.

Gli IFoC/infermieri di distretto sono responsabili del recall attivo dei pazienti, i quali si recheranno verso le AFT e le farmacie dei servizi per aderire allo screening stesso.

I criteri di ricerca ipotizzabili potrebbero essere i seguenti:

<p>Pazienti con eventi cardiovascolari pregressi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• evento cardiovascolare noto e assenza di visita di follow up cardiologica nei successivi 12 mesi;</li> <li>• evento cardiovascolare noto e assenza di visita di follow up presso medicina generale orientata al controllo della malattia cardiovascolare nei successivi 12 mesi;</li> <li>• evento cardiovascolare noto e interruzione erogazione farmaci specifici.</li> </ul>
--	--

Tabella 6: Pazienti con eventi cardiovascolari pregressi - criteri di identificazione all'interno dei database

Presenza in carico

- Nel caso di riscontro di un paziente in terapia a target, questo segue il percorso dei pazienti *In the Loop*.
- In caso di identificazione di pazienti non a target, questi vengono reinviati direttamente allo specialista: i pazienti con eventi cardiovascolari pregressi sono necessariamente pazienti a rischio molto alto.

### PAZIENTI OUT OF THE LOOP - Pazienti con eventi cardiovascolari pregressi

Identificazione (attraverso 2 canali) e presa in carico



\*Owner:

Figura 7: Pazienti Out of the loop - Identificazione e presa in carico dei pazienti con eventi cardiovascolari pregressi

## 6.4 PAZIENTI OUT OF THE LOOP – COME FAVORIRE UN'APPLICAZIONE IMMEDIATA DEL MODELLO?

Il modello sopra riportato presenta diversi aspetti positivi ma, al momento, anche alcune difficoltà implementative che vanno tenute in considerazione.

Tra gli aspetti positivi si segnalano:

- il modello organizzativo risulta in linea con il DM 77 e la DGR 721 di Regione Veneto;
- il modello favorisce una reale integrazione H-T;
- i pazienti vengono presi in carico dalla diagnosi fino alla cura, favorendo l'intercettazione di pazienti attualmente non presi in carico dal sistema;
- il modello favorisce un coinvolgimento attivo di tutti gli attori nel percorso di cura.

Tra i punti di attenzione si segnalano aspetti legati prevalentemente all'attuale stato implementativo dei modelli in linea con il DM 77 e la DGR 721 della Regione Veneto, ancora in fase di attuazione:

- la CdC e l'IFoC attualmente non sono ancora stati ben identificati;
- da affrontare il tema della gestione della data privacy, in linea con le più recenti evoluzioni normative a livello nazionale ed europeo;
- il modello prevede un forte incremento dell'attività di presa in carico da parte del MMG e l'estrazione dei dati dai database dei MMG potrebbe essere complessa considerato l'utilizzo di molteplici gestionali.

Al fine di favorire l'applicazione di un progetto pilota per l'implementazione del modello, il gruppo di lavoro suggerisce di focalizzarsi principalmente sui **pazienti nefropatici e/o diabetici** e sui **pazienti con eventi cardiovascolari pregressi**.

### Identificazione dei pazienti

Il personale amministrativo – coadiuvato dal Medico di AULSS - estrae dai database di AULSS la lista dei pazienti. La lista di pazienti viene condivisa con l'infermiere di distretto.

Gli IFoC sono responsabili del recall attivo dei pazienti, e verificano la terapia in atto. In caso di mancanza di esami recenti, l'infermiere di distretto esegue lo SCORE2 (Sesso, fumo, età, colesterolo non-HDL, pressione sistolica), al fine di verificare il rischio cardiovascolare.

Ulteriormente, ai fini di valutare se il paziente risulti essere a target vengono monitorati: Colesterolo LDL (ricavabile in modalità diretta o tramite formula di Friedewald), Trigliceridi, Colesterolo HDL e totale.

### Presa in carico dei pazienti

In caso di pazienti **non a target a rischio alto o molto alto** il paziente andrebbe riferito al microteam della casa di comunità composto da MMG, specialista e infermiere di distretto.

Nel caso in cui il microteam non sia formato, il paziente andrebbe riferito primariamente al MMG in caso di pazienti a rischio alto o allo specialista ospedaliero in caso di paziente a rischio molto alto.

## PAZIENTI OUT OF THE LOOP – Progetto pilota

Come favorire l'esecuzione immediata di un pilota del modello?

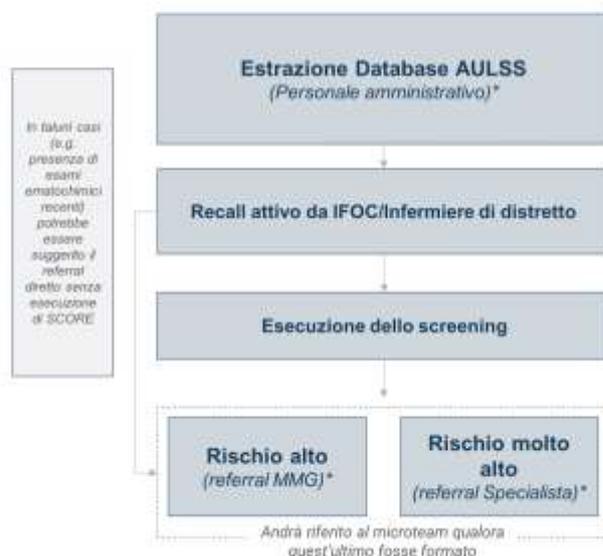


Figura 8: Pazienti out of the loop - Come favorire l'esecuzione immediata di un progetto pilota

## PAZIENTI IN THE LOOP

### 7.1 Criteri di eleggibilità al percorso

Sono eleggibili al percorso “*In the loop*” tutti i pazienti a rischio cardiovascolare alto e molto alto attualmente presi in carico presso una struttura o professionista del sistema sanitario.

Tali pazienti necessitano esclusivamente di un percorso di follow-up, in quanto attualmente già in carico presso il SSN.

Il percorso clinico di follow-up dei pazienti “*In the loop*” si articola a seconda della stabilità della condizione (paziente a target vs paziente non a target) nelle seguenti categorie:

#### Pazienti a rischio cardiovascolare alto

- A target (C-LDL <70 mg/Dl, Non-C-HDL <100 mg/Dl)
- Non a target (C-LDL >70 mg/Dl, Non-C-HDL >100 mg/Dl)

#### Pazienti a rischio cardiovascolare molto alto

- A target (C-LDL <55 mg/Dl, Non-C-HDL <85 mg/Dl)
- Non a target (C-LDL >55 mg/Dl, Non-C-HDL >85 mg/Dl)

## 7.2 Paziente a rischio cardiovascolare alto

### Paziente a **rischio cardiovascolare alto, a target:**

- in carico presso il MMG che rivede gli esami ematochimici una volta all'anno, o ogni sei mesi i pazienti con piano terapeutico attivo;
- se secondo il parere del medico curante è necessario eseguire approfondimenti, il paziente viene rinvio allo specialista di riferimento;
- il MMG può sfruttare lo strumento della telemedicina, in particolare i teleconsulti.

### Paziente a **rischio cardiovascolare alto, non a target:**

- in carico presso il MMG, che rivede gli esami ematochimici fino a raggiungimento del target (una volta raggiunto il target il paziente ricade nel rischio cardiovascolare alto a target);
- viene rinvio allo specialista di riferimento, quando secondo il parere del medico curante sia necessario eseguire approfondimenti.

## PAZIENTI IN THE LOOP

Modelli di follow-up del paziente a rischio cardiovascolare alto

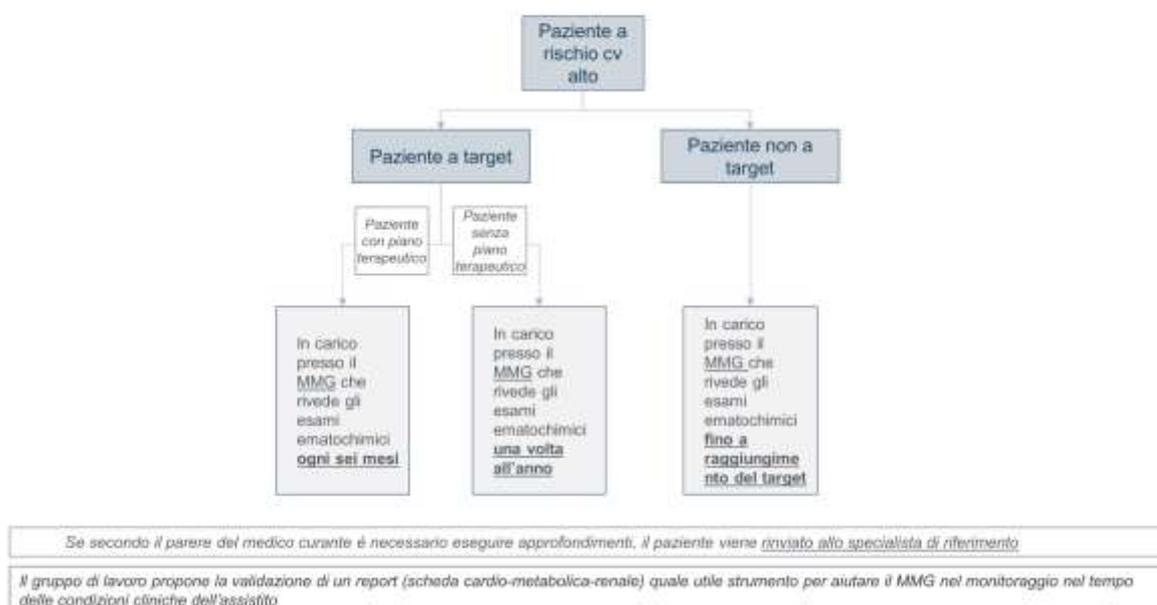


Figura 9: Pazienti "In the loop" - Modelli di presa in carico dei pazienti a rischio cardiovascolare alto

## 7.3 Paziente a rischio cardiovascolare molto alto

### Paziente a **rischio cardiovascolare molto alto, a target:**

- si prevede una visita specialistica clinica una volta all'anno con lo specialista di riferimento (cardiologo, neurologo, diabetologo, internista) con la rivalutazione degli esami ematochimici;
- a seconda del giudizio clinico e delle eventuali condizioni sottostanti/comorbidità, possono essere effettuate indagini diagnostiche o visite di approfondimento;
- il paziente con piano terapeutico può essere monitorato anche a distanza dall'IFoC, ogni 6 mesi, per favorire l'aderenza terapeutica (Paragrafo 8.1). I pazienti in trattamento con PCSK9i richiedono il rinnovo del piano terapeutico ogni 6 mesi e la rivalutazione del trattamento farmacologico in atto ogni 6/12 mesi.

Paziente a **rischio cardiovascolare molto alto, non a target** (in cui si è appena verificato un evento cardiovascolare acuto (T0)):

- dopo il T0, rivalutazione da parte dello specialista di riferimento (cardiologo, neurologo, internista – angiologo, chirurgo vascolare) entro 4-8 settimane;
- se il paziente risulta essere stabilizzato, si esegue visita cardiologica una volta all'anno con la sola valutazione degli esami ematochimici;
- se il paziente non risulta essere stabilizzato, si esegue un controllo intermedio (cardiologico) a 6-9 mesi dal T0.

I pazienti in trattamento con PCSK9i richiedono il rinnovo del piano terapeutico ogni 6 mesi, e la rivalutazione del paziente in atto ogni 6-12 mesi; nel paziente con piano terapeutico, l'aderenza terapeutica potrebbe essere monitorata anche da remoto ogni 6 mesi dall'IFoC.

## PAZIENTI IN THE LOOP

Modelli di follow-up del paziente a rischio cardiovascolare molto alto

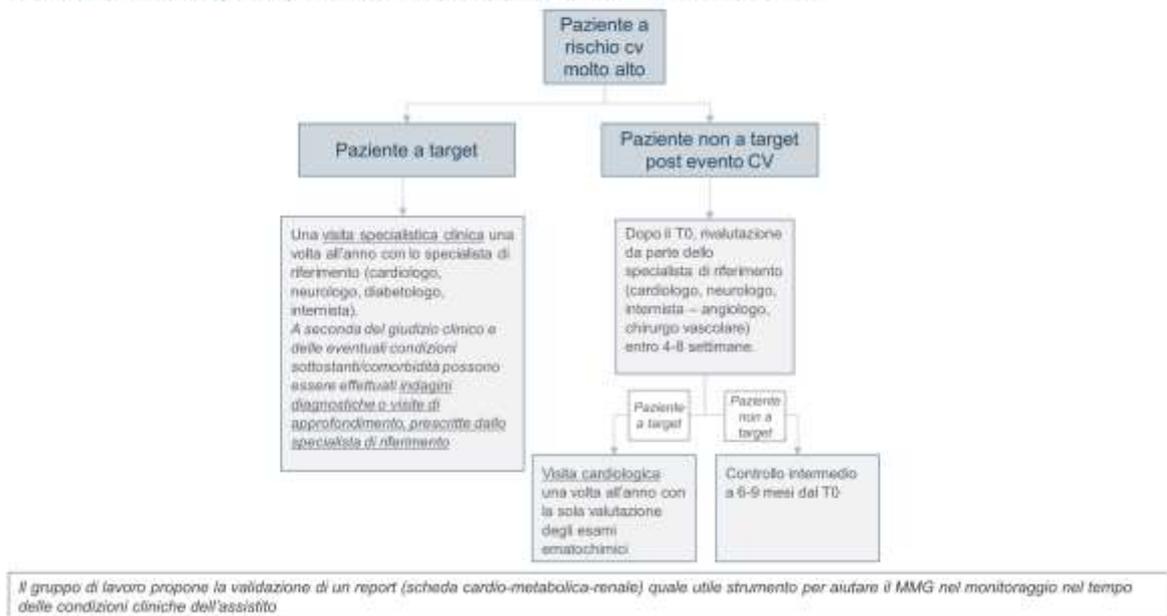


Figura 10: Pazienti "In the loop" - Modelli di presa in carico dei pazienti a rischio cardiovascolare molto alto

## 7.4 Scheda cardio-metabolica-renale

Ogniqualvolta un paziente viene dimesso dallo specialista di riferimento, verrà predisposto un report (scheda cardio-metabolica-renale) utile a fornire al MMG uno strumento per il monitoraggio delle condizioni cliniche dell'assistito.

Il gruppo di lavoro suggerisce di riportare i seguenti dati:

- Dati demografici e profilazione:
  - Nome, cognome
  - Età
  - Sesso
  - Abitudine al fumo di sigaretta
  - Abitudine al consumo di alcool

- BMI
- Parametri clinici
  - Pressione arteriosa
  - C-TOT
  - C-HDL
  - C-LDL
  - Glicemia
  - TG (Trigliceridi)
  - Creatinina urine
- Danno d'organo e/o eventi pregressi
  - Cuore
  - Rene
  - SNC (Sistema Nervoso Centrale)
  - Diagnosi
  - Trattamento prescritto
  - Pianificazione del follow up



# SCHEDA

CARDIO-METABOLICA-RENALE



## 1 DATI DEMOGRAFICI

Nome, cognome .....

Età ..... Sesso  M  F

Abitudine al fumo di sigaretta  SI  NO

Abitudine al consumo di alcool  SI  NO

Peso ..... BMI.....

## 2 DIAGNOSI

.....  
.....  
.....

## 3 PARAMETRI CLINICI

Pressione arteriosa ..... Colesterolo TOT.....

Colesterolo LDL ..... Colesterolo HDL.....

Glicemia ..... Trigliceridi .....

Creatinina urine .....

## 4 DANNO D'ORGANO E/O EVENTI PREGRESSI NOTI

Cardiovascolari .....

Renali .....

Neurologici .....

## 5 TRATTAMENTO PRESCRITTO

.....  
.....  
.....

PIANIFICAZIONE DEL FOLLOW UP  
DATA

Figura 11: Scheda di valutazione Cardio - Metabolica - Renale

## MODELLO DI GESTIONE DEI PAZIENTI A RISCHIO CARDIOVASCOLARE ALTO E MOLTO ALTO – APPROFONDIMENTI ORGANIZZATIVI

Contestualmente all'analisi dei due percorsi (*Out of The Loop & In The Loop*), il gruppo di lavoro ha affrontato alcuni snodi relativi al percorso del paziente ASCVD a rischio alto e molto alto dal punto di vista organizzativo, suggerendo alcune azioni migliorative.

In particolare, tali aspetti organizzativi sono afferenti a 2 aree primarie:

1. Monitoraggio attivo dell'aderenza terapeutica
2. Il ruolo della digitalizzazione

### 8.1 Monitoraggio attivo dell'aderenza terapeutica

L'aderenza terapeutica potrebbe essere monitorata secondo il seguente flusso:

1. il farmacista territoriale dispone dei dati di flusso della farmaceutica e può accedere al numero dei farmaci prescritti rispetto al numero dei farmaci erogati;
2. questi dati possono essere forniti al distretto ogni 3 mesi; il distretto si occupa di metterli a confronto con i dati del flusso amministrativo e valutare quali pazienti non sono aderenti;
3. l'IFoC/infermiere di distretto si occupa di recall attivo ai pazienti per mezzo telefonico

### 8.2 Ruolo della digitalizzazione

Se il paziente è potenzialmente eleggibile a PCSK9i viene impostato il piano terapeutico, con rivalutazione del paziente ogni 6-12 mesi (ad oggi se ne occupano i Centri Prescrittori). In futuro, questa fase di rivalutazione degli esami ematochimici potrebbe essere gestita dal farmacista territoriale e/o dall'IFoC mediante telemedicina.

## INDICATORI

### 9.1 Indicatori di valutazione del modello organizzativo implementato

Indicatori per la valutazione dell'immediata esecuzione del modello:

- # e % distretti coinvolti nell'attività di screening
- # e % pazienti diabetici e nefropatici sottoposti a screening
- # e % pazienti con eventi cardiovascolari pregressi sottoposti a screening
- # e % pazienti diabetici e nefropatici a rischio alto e molto alto identificati
- # e % pazienti con eventi cardiovascolari pregressi a rischio alto e molto alto identificati
- # e % pazienti diabetici e nefropatici a rischio alto e molto alto presi in carico
- # e % pazienti con eventi cardiovascolari pregressi a rischio alto e molto alto presi in carico

Indicatori per la valutazione del modello a tendere:

- # e % distretti coinvolti nell'attività di screening
- # e % pazienti apparentemente sani sottoposti a screening
- # e % pazienti apparentemente sani a rischio alto e molto alto identificati

- # e % pazienti apparentemente sani a rischio alto e molto alto presi in carico
- # e % di screening effettuati dalle AFT
- # e % di screening effettuati dalle farmacie aperte al pubblico
- # di microteam attivati
- % di pazienti aderenti al piano terapeutico
- # e % pazienti apparentemente sani e a rischio alto e a rischio molto alto che hanno ricevuto chiamata attiva
- # report (scheda cardio-metabolica-renale) predisposti
- # PDTA AULSS formalizzati
- # e % farmacie aperte al pubblico coinvolte nell'attività di screening
- # e % MMG coinvolti nell'attività di screening
- # ambulatori per le dislipidemie attivati

#### Indicatori di Volume

- # e % di pazienti a rischio cardiovascolare alto in carico
- # e % di pazienti a rischio cardiovascolare molto alto in carico
- # e % di pazienti in trattamento ipolipemizzante
- # e % di pazienti in trattamento con terapie di prima linea
- # e % di pazienti in trattamento con terapie di seconda linea
- # e % di pazienti in trattamento con terapie di terza linea
- # e % di pazienti aderenti al trattamento
- # e % di prescrizioni di terapie di prima linea/anno
- # e % di prescrizioni di terapie di seconda linea/anno
- # e % di prescrizioni di terapie di terza linea/anno
- # e % di attivazioni di piani terapeutici/anno
- # e % di visite di follow up eseguite/anno
- # e % di determinazioni del profilo lipidico eseguite/anno
- # e % di pazienti riferiti dalla medicina generale
- numero di pazienti riferiti da specialisti del territorio
- numero di rinvii a consulenze specialistiche/anno

#### Indicatori di Processo

- % di aderenza del tempo tra l'impostazione della terapia e la rivalutazione clinica pari a 4-6 settimane
- % di aderenza tempo tra l'evento cardiovascolare acuto e la rivalutazione da parte dello specialista di riferimento pari a 4-8 settimane
- tempo di rivalutazione per pazienti con piano terapeutico pari a 6 mesi
- % di pazienti valutati per stratificazione del rischio cardiovascolare con Score2
- % di pazienti che ricevono materiale informativo sul percorso di cura

## GRUPPO DI LAVORO

Andretta Margherita	Direttore Assistenza Farmaceutica	Distretto Est e Distretto Ovest AULSS 8 Berica
Battocchio Marialberta	Dirigente I Livello Medicina Interna	Ospedale di Cittadella AULSS 6 Euganea
Bilato Claudio	Direttore Cardiologia	Ospedale Cazzavillan di Arzignano
Capizzi Alfio	Direzione Medica	AOU di Padova
Di Caprio Antonio	Direttore Sanitario AULSS7	AULSS 7 Pedemontana
Formentini Stefano	Direttore Sanitario AULSS 2 Marca Trevigiana	AULSS 2 Marca Trevigiana
Gambera Marco	Direttore Farmacia Ospedaliera	Ospedale P. Pederzoli di Peschiera del Garda
Marangoni Alberto	Direttore Medicina Generale	Ospedale di Feltre
Mugnolo Antonio	Dirigente I Livello Cardiologia	Ospedale Mater Salutis di Legnago
Paccagnella Susanna	Dirigente Farmacia Ospedaliera	AOU di Padova
Rattazzi Marcello	Dirigente I Livello Medicina Interna	Ospedale Ca' Foncello di Treviso
Rinaldi Elisabetta	Dirigente Medico	Dipartimento di Diabetologia - AOUI di Verona
Scanferlato Mauro	Direttore Medicina Interna	AULSS 4
Stocchiero Bruna	Medico di Medicina Generale	AULSS 8
Turiano Giovanni	Direttore Cardiologia	AULSS 4
Zambon Alberto	Professore di Medicina, Clinica Medica 1	Dipartimento di Medicina, Azienda Ospedale - Università di Padova
Zambon Sabina	Dirigente Medico	Dipartimento di Medicina DiMed AOUPD
Zenti Mariagrazia	Direttore Diabetologia	Ospedale P. Pederzoli di Peschiera del Garda

Tabella 7: Gruppo di lavoro

## BIBLIOGRAFIA

- Cortesi PA et al 2021
- Banca dati ISTAT 2024 (<http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=26428#>)
- OsMed 2021
- Perrone V et al, Risk Manag Healthc Policy 2022; 15:1483-1489
- Wilkins E et al 2017
- Luengo-Fernandez ESC 2023 European Heart Journal 2023
- Sciattella P., Adv Ther (2022)
- The Global Burden of Disease study 1990-2017. Eur J Prev Cardiol 2021; 28(4):385-396
- Townsend N, et al 2015; Ference BA et al, 2018
- Ray KK, et al. Eur J Prev Cardiol. 2021;28(11):1279-1289
- ATS Toscana - P. Francesconi, F. Profili, B. Nreu, E. Mannucci - Terapie ipolipemizzanti e raggiungimento dei target lipidici in prevenzione primaria e secondaria in Toscana al tempo della Covid-19
- Decreto ministeriale n. 77/2022 del 23 maggio 2022
- DGR 721 del 22/6/2023 della regione Veneto
- Bur n.27 del 01 marzo 2022
- Rapporto epidemiologico sulle malattie croniche in Veneto, dati anno 2019. UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri, Azienda Zero – Regione del Veneto. Dicembre 2020 <sup>L</sup>
- Regione del Veneto – Sistema Statistico Regionale
- 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice
- SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. European Heart Journal, Volume 42, Issue 25, 1 July 2021, Pages 2439–2454
- Position paper ANMCO: Gestione dell'ipercolesterolemia nei pazienti con sindrome coronarica acuta

## APPENDICE

### APPENDICE 1: IL MODELLO A TENDERE

Il modello organizzativo proposto prevede la connessione tra diverse funzioni. Gli attori coinvolti nel processo di gestione dei pazienti sono riportati nella seguente slide:

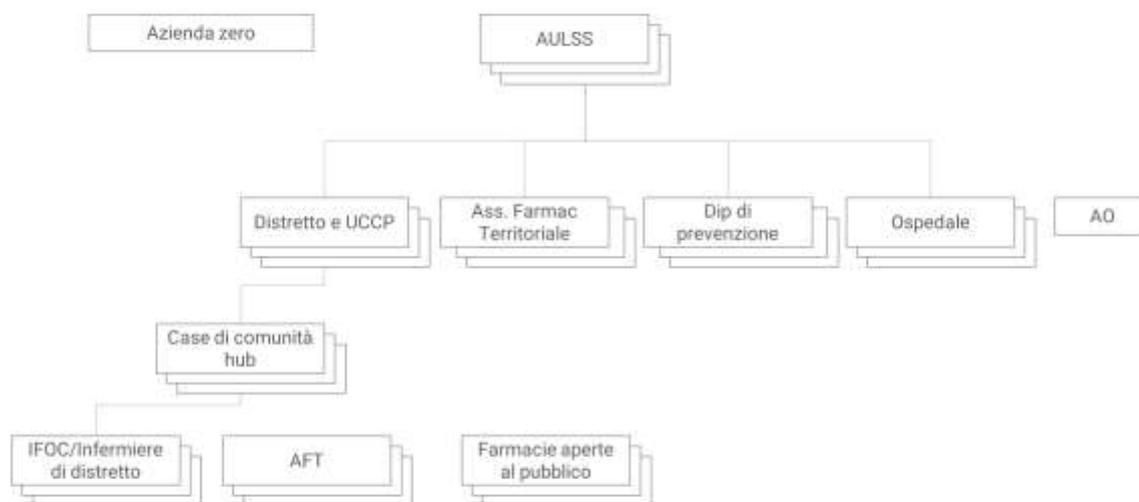


Figura 12: Modello organizzativo del modello a tendere

Si riportano di seguito le funzioni di ciascun attore coinvolto; alcune attività, indicate dalla dicitura [Modello a tendere] vengono ritenute più complesse da implementare da parte del gruppo di lavoro.

- **Azienda Zero:** su input della Regione, svolge la funzione di coordinamento centrale e verifica complessiva dell'andamento del percorso; riceve gli indicatori derivanti dall'applicazione del modello dalle AULSS e garantisce uniformità nell'applicazione all'interno della regione.
- **AULSS:** è il responsabile dell'attivazione del programma di screening e richiamo attivo. Svolge la funzione di verifica complessiva dell'applicazione del modello all'interno del proprio territorio di pertinenza; identifica un medico responsabile all'interno di ogni distretto per l'applicazione del modello.
- **Distretto:** è l'owner dell'applicazione del modello proposto; all'interno del distretto dev'essere identificato un medico di riferimento responsabile ultimo dell'applicazione del modello. In particolare, il distretto si occupa di:
  - coordinare gli altri attori coinvolti nel progetto;

- identificare e monitorare l'attività degli IFoC/infermieri di distretto all'interno delle case di comunità;
- fornire agli IFoC/infermieri di distretto la lista dei pazienti da contattare e aggiornarla periodicamente.

La funzione declinata all'interno di questo modello risulta essere in linea con quanto enunciato nella DGR 721 del 22/6/2023 della Regione Veneto:

- il Distretto è l'articolazione dell'Azienda ULSS deputata ad integrare le diverse strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali presenti nel territorio, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione;
- è il luogo di gestione e coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sanitari territoriali e socio-sanitari e centro di riferimento per l'accesso territoriale a tutti i servizi dell'Azienda AULSS;
- è deputato, attraverso la Casa di Comunità, all'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta;
- ha competenza sul governo clinico inteso come lo sviluppo e l'applicazione dei percorsi assistenziali, nonché sulla dimensione organizzativa al fine di garantire la sintesi compiuta delle modalità di pianificazione, programmazione, gestione e valutazione dei risultati;
- organizza, coerentemente con la programmazione strategica, i servizi e gestisce le risorse, e ne verifica l'implementazione.

- **Casa di Comunità Hub:** Trattasi di una articolazione dell'offerta dei servizi territoriali, direttamente dipendente dal direttore del distretto. All'interno della casa di comunità sarà presente l'IFoC/infermiere di distretto di riferimento che avrà la funzione di coordinare tutte le attività dettagliate nei paragrafi successivi.

All'interno della casa di comunità sarà identificato un microteam composto da MMG, specialista e IFoC/infermiere di distretto che sarà il responsabile operativo dell'applicazione del modello.

La funzione declinata all'interno di questo modello risulta essere in linea con quanto enunciato nella DGR 721 del 22/6/2023 della Regione Veneto:

- è il luogo fisico di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria e sociosanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. In particolare, la CdC:
  - prevede una figura operativa con compiti operativo-gestionali e di coordinamento finalizzata alla risoluzione di necessità tecnico-operative ed il supporto di un coordinatore infermieristico (IFoC);
  - garantisce l'assistenza di base e le cure primarie, mediante i medici del ruolo unico di assistenza primaria organizzati nelle forme associative previste;
  - garantisce l'assistenza specialistica ambulatoriale, organizzata dal distretto come modello funzionale sulla base dei bisogni di salute della popolazione;
  - garantisce la diagnostica di laboratorio di base e per immagini;
  - deve prevedere la figura dell'assistente di studio per garantire accessibilità e programmazione a breve e medio termine, gestione di

agende e collaborazione ad iniziative di presa in carico proattiva e di medicina di popolazione;

- deve avere come riferimento un ospedale e le specifiche UUOO di riferimento;
- si deve raccordare con il Servizio Farmaceutico Territoriale competente e/o il Servizio di Farmacia Ospedaliera per attivare la vigilanza sull'uso dei farmaci e per definire modelli per un monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva, dell'aderenza alle terapie e la gestione della politerapia farmacologica.

- **Infermiere di Famiglia o di Comunità (IFoC)/infermiere di distretto:** rappresenta la figura territoriale del distretto che permette l'applicazione pratica del modello. In particolare:
  - esegue l'attività di recall sui pazienti attraverso le informazioni che gli vengono fornite dal distretto;
  - monitora l'applicazione del modello e riferisce al distretto eventuali problematiche

[Modello a tendere] L'infermiere di famiglia o di comunità andrà a coordinare l'esecuzione delle attività di screening nelle AFT oppure nelle farmacie aperte al pubblico del territorio di pertinenza.

La funzione declinata all'interno di questo modello risulta essere in linea con quanto enunciato nella DGR 721 del 22/6/2023 della Regione Veneto:

- è un professionista formato, orientato alla gestione proattiva della salute che opera rispondendo ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale di riferimento, favorendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi. Svolge la sua attività presso la Casa di Comunità garantendo la presa in carico dei pazienti e promuovendo una assistenza differenziata per bisogni. In particolare, l'IfoC/infermiere di distretto:
  - afferisce alla UOC Cure Primarie del distretto di riferimento;
  - gestisce i processi infermieristici in collaborazione con MMG e PLS, le equipe multiprofessionali distrettuali e tutti i professionisti presenti nella comunità per aiutare il cittadino a trovare soluzioni ai bisogni di salute e a gestire malattie croniche e disabilità;
  - diffonde e sostiene una cultura di prevenzione e promozione di corretti stili di vita, si attiva per l'intercettazione precoce dei bisogni e la loro soluzione;
  - garantisce presenza continuativa e proattiva nella comunità di riferimento, fornisce prestazioni dirette alle persone assistite qualora necessarie e si attiva per facilitare e monitorare percorsi di presa in carico e di continuità assistenziale in forte integrazione con le altre figure professionali del territorio, in modo da rispondere ai diversi bisogni espressi nei contesti urbani e sub-urbani.

- **Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT):** rappresentano il luogo di elezione dove i MMG dovranno primariamente trattare i pazienti a rischio alto e molto alto. Attraverso le AFT, la Medicina Generale garantisce l'erogazione dei Livelli Essenziali Assistenziali (LEA).

[Modello a tendere] All'interno delle AFT viene formato il personale di studio che sarà responsabile dell'esecuzione dello SCORE2 nei pazienti identificati.

- **Farmacie aperte al pubblico/dei servizi:** garantiscono la possibilità di esecuzione dello SCORE2.
- **Assistenza Farmaceutica Territoriale:** rappresenta la funzione che - di concerto con il microteam inserito all'interno del distretto - coadiuverà l'estrazione dei dati utili a verificare l'aderenza terapeutica dei pazienti insieme al responsabile amministrativo dell'ospedale. Tra le principali funzioni della Assistenza Farmaceutica Territoriale si citano:
  - verifica dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa nell'ambito della farmaceutica;
  - definizione dei Patti Aziendali con i MMG e i PLS e dei Contratti di Esercizio con le Medicine di Gruppo Integrate;
  - contribuisce alla definizione e monitoraggio dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, con particolare riferimento alla terapia farmacologica;
  - coordina le attività necessarie a garantire la continuità terapeutica H-T.
- **Ospedale di AULSS e AO:** individuano un medico responsabile e un responsabile amministrativo per interfacciarsi con i reparti e identificare i pazienti a rischio alto e molto alto attualmente in carico all'ospedale.
- **Dipartimento di Prevenzione:** promuove azioni volte a individuare e rimuovere cause di nocività e malattia, mediante iniziative come il programma di screening cardiovascolare Cardio50 della Regione Veneto.

## APPENDICE 2: PERCORSI DI INTEGRAZIONE H-T

Il gruppo di lavoro evidenzia come la costituzione di un ambulatorio per le dislipidemie in capo al distretto/CdC e la formazione di un microteam costituito da MMG, infermiere di distretto/IFoC distretto e medico specialista potrebbe rappresentare un'importante azione da implementare. In attesa della costituzione delle Case della Comunità, tutti i ruoli volti all'integrazione H-T potrebbero essere svolti dai medici e dagli infermieri delle cure primarie del Distretto. Questo gruppo di presa in carico primaria del paziente rappresenta un primo filtro per il successivo invio agli ambulatori dedicati all'interno dei Centri prescrittori. Inoltre, il gruppo di lavoro sottolinea l'importanza di aumentare il numero dei Centri prescrittori e la necessità di implementare gli Ambulatori per le Dislipidemie anche all'interno degli stessi.

Indipendentemente dalla categoria di appartenenza, se identificato, il paziente deve essere riferito al proprio MMG in prima istanza. Il MMG dovrà favorire la gestione dei pazienti in un setting di AFT dove più frequentemente si riscontra la possibilità di disporre di personale di studio o di infermieri dedicati che possano coadiuvare la presa in carico degli assistiti.

Il MMG imposta la terapia e promuove l'adozione di uno stile di vita appropriato. Il primo controllo per valutare il raggiungimento del target terapeutico può essere svolto dal personale di studio o da infermiere dedicato dopo 4-6 settimane.

La figura organizzativa (infermiere di distretto/ IFoC) sostenuta dalla collaborazione con un medico delle cure primarie del Distretto si occupa di verificare l'effettivo funzionamento del percorso, attraverso contatti telefonici periodici con il MMG di riferimento (ipotizzabili ogni 4 settimane).

Ulteriori funzioni specifiche svolte sono:

- verificare gli esami ematochimici;

- patient education;
- monitorare i fattori di rischio;
- verificare l'aderenza terapeutica;
- gestire il registro dei nuovi pazienti identificati.

In questa fase è altresì importante il contatto con il farmacista territoriale per la valutazione dei flussi di prescrizione ed erogazione di farmaci.

Se a seguito del primo monitoraggio si osserva un raggiungimento del target terapeutico, la successiva rivalutazione clinica può avvenire a distanza di un anno. Invece, in caso di mancato raggiungimento del target, il paziente dovrà essere riferito dal proprio MMG ad un centro ospedaliero.

In particolare, i riferimenti al centro ospedaliero dovrebbero avvenire in caso di:

- necessità di attivare un Piano Terapeutico;
- mancato raggiungimento del target per pazienti con Piano Terapeutico già attivo;
- sospetto di una forma familiare;
- danno d'organo ovvero estesa condizione di malattia aterosclerotica che necessita di consulto secondo discrezione del curante.

In caso di pazienti complessi e di criticità emergenti, deve avvenire un immediato referral alle UVMD (Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale).

### APPENDICE 3: MULTIDISCIPLINARIETÀ E RUOLO DEL CASE MANAGER

Al fine di favorire la multidisciplinarietà di rete, il gruppo di lavoro suggerisce la formalizzazione di PDTA integrati per ciascuna AULSS.

All'interno della rete di ciascuna AULSS è opportuno individuare dapprima l'offerta garantita dai presidi coinvolti al fine di classificare i servizi di competenza di ciascun centro e identificare i criteri di transizione tra le diverse strutture della rete.

I principali punti da attenzionare all'interno del PDTA dovrebbero essere i seguenti:

- mappatura dell'offerta garantita dai centri dei presidi dell'AULSS;
- modalità e criteri per un accesso tempestivo al percorso e per la continuità delle cure;
- standardizzazione della diagnosi: inquadramento iniziale e stratificazione del rischio;
- definizione di criteri clinici e organizzativi per il rinvio tempestivo a consulenze dei professionisti on call e per la transizione ad altri centri della rete;
- approccio farmacologico;
- follow up del paziente;
- formalizzazione di Team Multidisciplinari.

Di fondamentale importanza risulta essere la formalizzazione di un Case Manager di AULSS, la cui funzione deve includere anche la garanzia del più corretto funzionamento del percorso da un punto di vista organizzativo, in quanto coordina l'attività e costituisce il punto di contatto con gli specialisti.

Il gruppo di lavoro suggerisce che la funzione del case manager di AULSS possa essere svolta dallo stesso IFoC/infermiere di distretto.

#### APPENDICE 4: SURVEY

Nella **prima parte** della survey, è stato esaminato il **contesto di riferimento**

#Progressivo della domanda	Domanda	Possibili risposte/Istruzioni
<b>1</b>	<b>Quali fattori di rischio indicati dalle linee guida europee per la determinazione del rischio cardiovascolare alto e molto alto vengono valutati nella pratica clinica? (prevedere risposte possibili)</b>	
	Altre comorbidità (diabete, ipertensione, obesità, ...)	<i>Inserisca x solo se applicabile</i>
	Livello di colesterolo totale	<i>Inserisca x solo se applicabile</i>
	Livello di colesterolo LDL	<i>Inserisca x solo se applicabile</i>
	Livello di colesterolo HDL	<i>Inserisca x solo se applicabile</i>
	Fumatore	<i>Inserisca x solo se applicabile</i>
	Abitudini alimentari	<i>Inserisca x solo se applicabile</i>
	Storia di eventi cardiovascolari	<i>Inserisca x solo se applicabile</i>
	Utilizzo di un sistema automatico / tool per la determinazione del rischio che tiene conto di più fattori	<i>Inserisca x solo se applicabile</i>
<b>2</b>	<b>Quanti pazienti con rischio cardiovascolare alto o molto alto sono attualmente in carico nella sua struttura/ambulatorio (ovvero a. con malattia aterosclerotica accertata e/o b. con diabete di tipo 2 in presenza di danno d'organo o in presenza un altro fattore di rischio; e/o c. con diabete di tipo 1 da almeno 20 anni; e/o d. con nefropatia cronica moderata o severa; e/o e. con SCORE <math>\geq</math> 5% per rischio cardiovascolare; e/o f. con ipercolesterolemia familiare)?</b>	<i>&lt;25, 25-50, 50-75, 75-100, &gt;100</i>
<b>3</b>	<b>Tra questi, quanti pazienti sono in trattamento con ipolipidizzanti?</b>	<i>&lt;25%, 25-50%, 50-75%, &gt;75%</i>
<b>4</b>	<b>Nel suo presidio/ambulatorio qual è la percentuale di pazienti a rischio cardiovascolare alto e molto alto in età lavorativa (25-65 anni) sul totale dei pazienti con ipercolesterolemia?</b>	<i>Inserisca un valore da 0% a 100%</i>
<b>5</b>	<b>Secondo la sua percezione, quale percentuale di pazienti a rischio alto e molto alto in trattamento ipolipidizzante è complianti alla terapia?</b>	<i>&lt;25%, 25-50%, 50-75%, &gt;75%</i>
<b>6</b>	<b>Secondo la sua percezione, quale percentuale di pazienti che subiscono un evento acuto cardiovascolare sono pazienti con ipercolesterolemia non controllata?</b>	<i>Inserisca un valore da 0% a 100%</i>
<b>7</b>	<b>In un anno, il paziente con rischio cardiovascolare alto e molto alto a quante rilevazioni LDL è sottoposto?</b>	<i>Inserisca un numero intero (per esempio 2,3,8, ...)</i>

8	<b>In un anno, il paziente con rischio cardiovascolare alto e molto alto a quante visite di follow up è sottoposto?</b>	<i>Inserisca un numero intero (per esempio 2,3,8, ...)</i>
9	<b>Nel suo presidio è formalizzato un percorso specifico per le ipercolesterolemie (PDTA)?</b>	<i>Inserisca il valore "Sì o No"</i>
10	<b>Nel suo presidio è formalizzato un percorso specifico dedicato ai pazienti a rischio cardiovascolare alto o molto alto?</b>	<i>Inserisca il valore "Sì o No"</i>
11	<b>Se sì, tale percorso quali reparti coinvolge?</b>	<i>Inserisca i reparti coinvolti in campo libero (e.g. Stroke Unit, Neurologia, Neurochirurgia, Chirurgia Vascolare, Diabetologia, Nefrologia, Cardiologia)</i>
12	<b>Nel suo presidio, esistono connessioni con la MMG?</b>	<i>Inserisca un valore tra "si, per follow up, si per presa in carico, si per entrambe le opzioni, no"</i>
13	<b>Nel suo presidio, esistono connessioni con gli altri specialisti del territorio?</b>	<i>Inserisca un valore tra "si, per follow up, si per presa in carico, si per entrambe le opzioni, no"</i>
14	<b>Nel suo presidio è garantito un referral in caso di diagnosi incidentale di ipercolesterolemia a rischio alto e molto alto?</b>	<i>Inserisca il valore "Sì o No"</i>
15	<b>Se previsto, quali unità organizzative interne al presidio garantiscono un referral in caso di diagnosi incidentale per questa tipologia di pazienti?</b>	<i>Inserisca i reparti coinvolti in campo libero (e.g. Stroke Unit, Neurologia, Neurochirurgia, Chirurgia Vascolare, Diabetologia, Nefrologia, Cardiologia)</i>
16	<b>Nel caso di diagnosi incidentale di ipercolesterolemia a rischio alto e molto alto da parte del MMG, esiste una connessione con il suo presidio?</b>	<i>Inserisca il valore "Sì o No"</i>
17	<b>Nel caso di diagnosi incidentale di ipercolesterolemia a rischio alto e molto alto da parte di uno specialista del territorio, esiste una connessione con il suo presidio?</b>	<i>Inserisca il valore "Sì o No"</i>
18	<b>Nel suo presidio il paziente riceve materiale informativo riguardante il percorso di cura?</b>	<i>Inserisca il valore "Sì o No"</i>

Nella **seconda parte** della survey sono state proposte delle soluzioni da applicare considerando la possibilità di avere infinite risorse. Queste soluzioni sono state valutate in base all'**impatto** (che indica il potenziale impatto generato dall'esecuzione dell'attività) e alla **fattibilità** (che indica la complessità economica, organizzativa, ecc.) associata all'implementazione dell'attività.

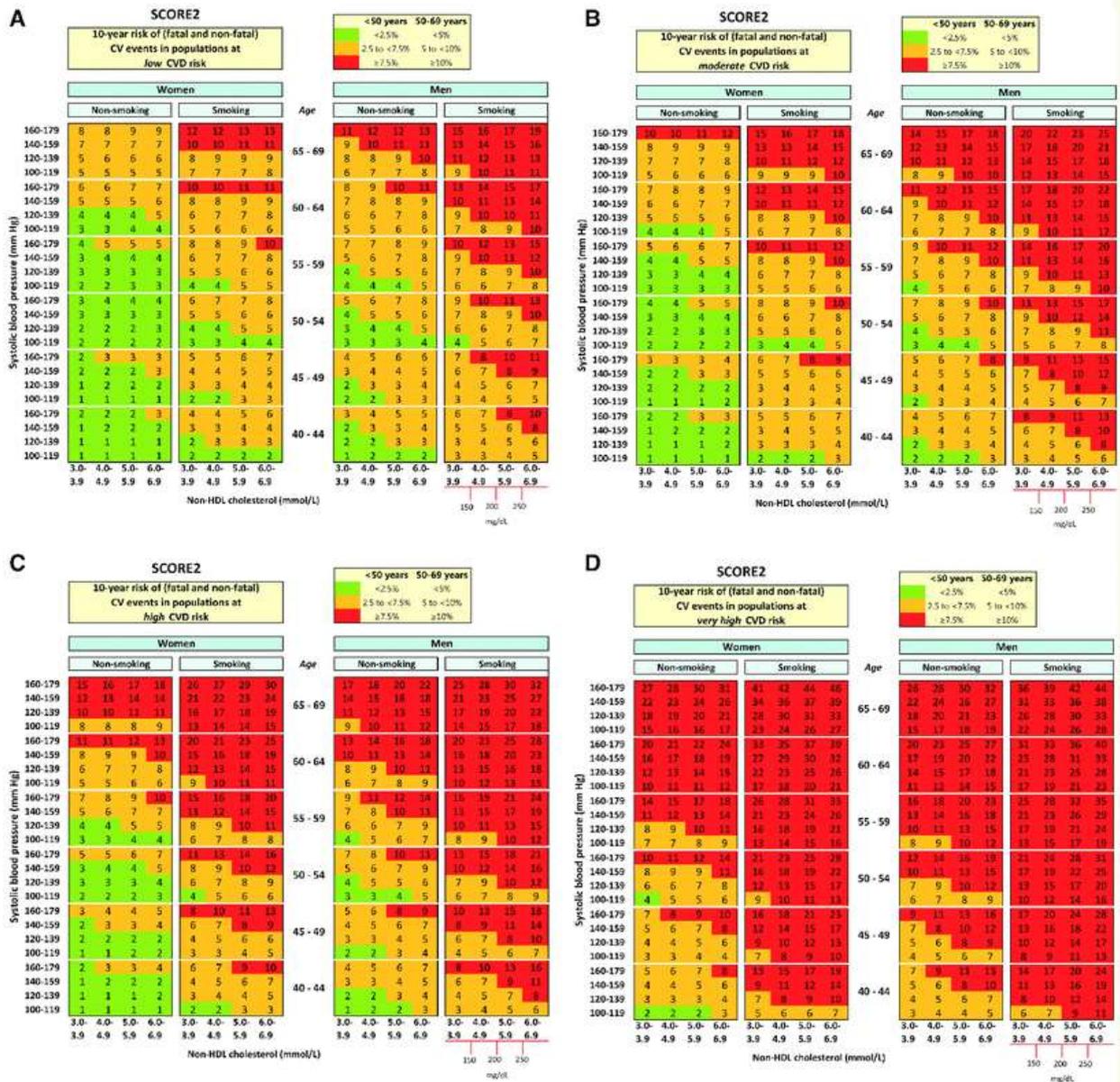
# Progressivo domanda	Domanda
-----------------------	---------

	<b>Quanto ritiene impattanti (da 1 a 4) e fattibili (da 1 a 4) le seguenti proposte di implementazione nella gestione dell'ipercolesterolemia e dei pazienti ASCVD a rischio alto e molto alto?</b>
	<b>Diagnosi - Coinvolgimento e potenziamento delle figure esterne al presidio</b>
19	Coinvolgimento del MMG per l'identificazione dei pazienti a rischio alto e molto alto
20	Fornitura al MMG di elementi chiari per identificare/monitorare il profilo di rischio del paziente
21	Coinvolgimento del farmacista territoriale per l'identificazione dei pazienti a rischio alto e molto alto
	<b>Diagnosi e Sistemi di stratificazione del rischio</b>
22	Sanità di iniziativa, ovvero intervenire proattivamente sulla popolazione stratificandola e studiandone i dati aggregati in modo da individuare i target di cittadini da coinvolgere
23	Introduzione di un sistema basato sui dati per l'identificazione precoce dei pazienti per diverse categorie di rischio a livello del singolo centro
24	A livello di singola AULSS, accesso ai dati del flusso della farmaceutica territoriale per intercettare i pazienti con ipercolesterolemia a rischio alto o molto alto (p.e. individuazione dei pazienti con almeno X prescrizioni di ipolipidizzanti nei 12 mesi precedenti)
25	Piano di screening regionale (p.e. esami del sangue gratuiti una volta/anno per categorie di pazienti a rischio)
26	Accesso a dati epidemiologici della Regione Veneto per poter stratificare la popolazione secondo livelli di rischio cardiovascolare e implementare dei piani di monitoraggio regionali
	<b>Gestione del paziente - Fattori interni al presidio</b>
27	Formazione di case manager dedicati al monitoraggio dei pazienti con ipercolesterolemia
28	Formalizzazione di una rete definita e condivisa di professionisti intrapresidio
29	Creazione di ambulatori dedicati per i pazienti a rischio alto e molto alto
30	Promozione della definizione di percorsi d'accesso rapido e prioritario ai servizi di Pronto Soccorso e ambulatoriali per i pazienti a rischio alto e molto alto
31	Monitoraggio della qualità dell'assistenza sanitaria garantita internamente al presidio mediante formalizzazione di specifici indicatori e sistemi di monitoraggio dedicati
	<b>Gestione del paziente - Potenziamento delle strutture territoriali, in linea con il PNRR</b>
32	Strumenti di telemedicina (televisita, teleassistenza, telemonitoraggio, etc.) inseriti all'interno di strutture territoriali
33	Utilizzo condiviso del Fascicolo Sanitario Elettronico tra strutture territoriali, centri ospedalieri e MMG
34	Formalizzazione di una rete definita di case di comunità hub-spoke, ospedali di comunità
35	Formalizzazione e coinvolgimento di Centrali Operative Territoriali (COT) a garanzia della continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza sanitaria
	<b>Gestione del paziente - Coinvolgimento e potenziamento delle figure esterne al presidio</b>

36	Coinvolgimento del MMG per la gestione del paziente a rischio alto e molto alto (con condivisione di parametri clinici)
37	Coinvolgimento con richiamo attivo del paziente a rischio alto e molto alto da parte della propria AULSS
38	Progetti di formazione dei medici del territorio (MMG) sulla tematica ipercolesterolemia
39	Rilascio da parte dello specialista di riferimento dopo ciascuna visita di un report per paziente e MMG
	<b>Gestione del paziente - Controllo dell'aderenza</b>
40	Monitoraggio dell'osservanza dell'aderenza terapeutica dei pazienti attraverso un sistema di recall attivo periodico
41	Accesso ai dati del flusso della farmaceutica ospedaliera per controllare l'aderenza terapeutica dei pazienti in carico
42	Monitoraggio periodico dei parametri LDL
	<b>Gestione del paziente - Strumenti a supporto nella gestione del paziente a rischio cardiovascolare alto e molto alto</b>
43	Gestione dei pazienti tramite infermieri di comunità
44	Telemedicina per il follow up del paziente al domicilio
45	Realizzazione di campagne di sensibilizzazione sul rischio cardiovascolare e sull'adozione di corretti stili di vita
46	Realizzazione di materiale informativo (leaflet, opuscoli) ad hoc per i pazienti afferenti agli ambulatori/farmacie interni al presidio
47	Realizzazione di piani di cura personalizzati a medio-lungo termine per ogni paziente (percorsi integrati di cronicità) basati sul criterio della programmazione delle cure

## APPENDICE 5: SCORE2

Table (*European Heart Journal, Volume 42, SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe*):



## APPENDICE 6: PRIORITÀ IMPLEMENTAZIONI- INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

### Priorità 2

*Alto impatto e bassa fattibilità*

- formazione di case manager dedicati al monitoraggio dei pazienti;
- creazione di ambulatori dedicati per pazienti a rischio cardiovascolare alto e molto alto;
- coinvolgimento con richiamo attivo da parte della AULSS di appartenenza;
- monitoraggio dell'aderenza terapeutica attraverso un sistema di recall attivo periodico;
- monitoraggio periodico del C-LDL;
- realizzazione di piani di cura personalizzati a medio-lungo termine per ogni paziente.

<p><b>Priorità 2</b> <i>Basso impatto e alta fattibilità</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• formalizzazione di una rete definita e condivisa di professionisti intra-presidio;</li> <li>• formalizzazione e coinvolgimento di Centrali Operative Territoriali (COT) a garanzia della continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza sanitaria;</li> <li>• realizzazione di campagne di sensibilizzazione;</li> <li>• realizzazione di leaflet informativi per i pazienti afferenti agli ambulatori e presidi.</li> </ul>
--	---

<p><b>Priorità 3</b> <i>Basso impatto e bassa fattibilità</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• coinvolgimento del farmacista territoriale per l'identificazione dei pazienti a rischio alto e molto alto;</li> <li>• a livello di singola AULSS, accesso ai dati del flusso della farmaceutica territoriale per intercettare pazienti a rischio alto e molto alto;</li> <li>• accesso ai dati epidemiologici della Regione Veneto per stratificare la popolazione secondo classi di rischio e implementare piani di monitoraggio;</li> <li>• promozione della definizione di percorsi d'accesso rapido e prioritario ai servizi di pronto soccorso e ambulatoriali;</li> <li>• monitoraggio della qualità dell'assistenza sanitaria mediante formalizzazione di KPI intra-presidio;</li> <li>• formalizzazione di una rete definita di case della comunità (CdC) hub-spoke e di ospedali di comunità (OdC);</li> <li>• accesso ai dati del flusso della farmaceutica ospedaliera per controllare l'aderenza terapeutica;</li> <li>• gestione dei pazienti tramite infermieri della comunità (IFoC).</li> </ul>
---	--