

Materiale Supplementare

Tabella 1. *Motivi per spiegare la mancata determinazione del C-LDL (domanda aperte). Principali tematiche e conteggio risposte.*

| Specializzazione | Tematica | Conteggio risposte |
|--|---|--------------------|
| Medici di medicina generale | Calcolo automatico C-LDL tramite software Millewin | 12 |
| | Dimenticanza del medico | 3 |
| | Rifiuto del paziente | 2 |
| | Prescrizione richiesta dallo specialista | 1 |
| | Assenza PdTa nelle cartelle cliniche | 1 |
| | Difficoltà nella chiamata attiva del paziente | 1 |
| Medici specialisti | Paziente perde la prescrizione | 1 |
| | Prescrizione richiesta dal medico di medicina generale o da altro specialista | 1 |
| Conteggio totale per specializzazione (N, %) | | |
| Medici di medicina generale | | 20 (21,1) |
| Medici specialisti | | 2 (11,8) |

Tabella 2. *Interventi organizzativi che potrebbero facilitare il controllo del C-LDL (domanda aperte). Principali tematiche e conteggio risposte.*

| Specializzazione | Tematica | Conteggio risposte |
|-----------------------------|---|--------------------|
| Medici di medicina generale | Formazione MMG | 4 |
| | Sensibilizzazione del paziente sulla rilevanza dell'esame | 2 |
| | Point of care per la determinazione in loco del C-LDL | 1 |
| | Reportistica delle performance e audit periodici con sistemi di incentivazione per il raggiungimento degli obiettivi | 1 |
| | Integrazione dei sistemi informativi | 1 |
| | Inserimento di personale dedicato per l'identificazione di pazienti che devono ripetere l'esame in monitoraggio o a rischio | 1 |
| | Riduzione pressioni su spesa sanitaria nei confronti dei MMG | 1 |
| | Conteggio totale per specializzazione (N, %) | |
| Medici di medicina generale | | 11 (11,6) |
| Specialisti | | 0 (0,0) |

Tabella 3. *Motivazioni della mancata terapia ipolipemizzante (domanda aperte). Principali tematiche e conteggio risposte.*

| Specializzazione | Tematica | Conteggio risposte |
|-----------------------------|---|--------------------|
| Medici di medicina generale | Paziente che non richiede periodicamente le prescrizione e non fa la terapia in modo continuativo | 2 |
| | Mancato tempo per verificare l'aderenza del paziente alla terapia | 1 |
| | Paura degli effetti collaterali | 1 |

| | | |
|--|--|---------|
| | Acquisto farmaci senza ricetta | 1 |
| | Mancanza di chiarezza sull'importanza dei target terapeutici da raggiungere o su come si calcola il target per il singolo paziente | 1 |
| | Utilizzo da parte dei paziente di integratori | 1 |
| Conteggio totale per specializzazione (N, %) | | |
| Medici di medicina generale | | 7 (7,4) |
| Specialisti | | 0 (0,0) |

Tabella 4. *Innovazioni organizzative per facilitare il trattamento farmaceutico (domanda aperte). Principali tematiche e conteggio risposte.*

| Specializzazione | Tematica | Conteggio risposte |
|--|--|--------------------|
| Medici di medicina generale | Ambulatori dedicati all'interno della medicina di gruppo | 1 |
| | Audit periodici di valutazione in seguito ad estrazione e reportistica con sistemi di incentivazione per il raggiungimento degli obiettivi (da inserire negli accordi attuativi aziendali annuali) | 1 |
| | Minore pressione sulla spesa farmaceutica dei medici di medicina generale con revisione degli indicatori di spesa farmacologica della regione Toscana | 1 |
| Conteggio totale per specializzazione (N, %) | | |
| Medici di medicina generale | | 3 (3,2) |
| Specialisti | | 0 (0,0) |

Tabella 5. *Motivazioni del mancato raggiungimento dei target (domanda aperte). Principali tematiche e conteggio risposte*

| Specializzazione | Tematica | Conteggio risposte |
|--|---|--------------------|
| Medici di medicina generale | Scarsa consapevolezza / sottovalutazione del problema da parte del paziente | 2 |
| | Polifarmacoterapia e comorbidità | 2 |
| | Stile di vita scorretto (alimentazione scorretta, sedentarietà, fumo) | 1 |
| | Paura degli effetti collaterali | 1 |
| | Costi dei nuovi farmaci (acido bempedoico, pcska inibitori etc) | 1 |
| | Sottovalutazione e mancanza di chiarezza su quali sono i target terapeutici da raggiungere da parte dei medici e preferenza di una terapia personalizzata | 1 |
| Conteggio totale per specializzazione (N, %) | | |
| Medici di medicina generale | | 8 (8,4) |
| Specialisti | | 0 (0,0) |

Tabella 6. *Innovazioni organizzative per facilitare il raggiungimento dei target terapeutici (domanda aperte). Principali tematiche e conteggio risposte.*

| Specializzazione | Tematica | Conteggio risposte |
|------------------|----------|--------------------|
|------------------|----------|--------------------|

| | | |
|--|---|---------|
| Medici di medicina generale | Campagne informative più incisive e sistematiche su stili di vita più corretti (dieta e attività fisica) per i pazienti | 1 |
| | Aumento personale che aiuti nel monitoraggio dell'aderenza alla terapia | 1 |
| Conteggio totale per specializzazione (N, %) | | |
| Medici di medicina generale | | 2 (2,1) |
| Specialisti | | 0 (0,0) |

Tabella 7. *Motivazioni per spiegare la mancata terapia con farmaci di terza linea (domanda aperte). Principali tematiche e conteggio risposte*

| Specializzazione | Tematica | Conteggio risposte |
|--|---|--------------------|
| Medici di medicina generale | Rifiuto del paziente | 1 |
| | Accessibilità alle visite specialistiche (lunghe liste di attesa, ridotta offerta delle prestazioni specialistiche) | 2 |
| Conteggio totale per specializzazione (N, %) | | |
| Medici di medicina generale | | 3 (3,2) |
| Specialisti | | 0 (0,0) |

Tabella 8. *Innovazioni organizzative per facilitare l'utilizzo di trattamenti di terza linea (domanda aperte). Principali tematiche e conteggio risposte.*

| Specializzazione | Tematica | Conteggio risposte |
|--|---|--------------------|
| Medici di medicina generale | Abolire piani terapeutici e dare libera prescrizione ai medici di medicina generale | 1 |
| Conteggio totale per specializzazione (N, %) | | |
| Medici di medicina generale | | 1 (1,1) |
| Specialisti | | 0 (0,0) |

Tabella 9. *Motivazioni per spiegare la mancata aderenza terapeutica (domanda aperte). Principali tematiche e conteggio risposte.*

| Specializzazione | Tematica | Conteggio risposte |
|--|---|--------------------|
| Medici di medicina generale | Paura per gli effetti collaterali della terapia | 1 |
| Conteggio totale per specializzazione (N, %) | | |
| Medici di medicina generale | | 1 (1,1) |
| Specialisti | | 0 (0,0) |

Tabella 10. *Innovazioni organizzative che potrebbero facilitare l'aderenza terapeutica (domanda aperte). Principali tematiche e conteggio risposte.*

| Specializzazione | Tematica | Conteggio risposte |
|--|--|--------------------|
| Medici di medicina generale | Maggiore tempo per la cura del rapporto medico-paziente | 1 |
| | Formazione sull'importanza della politerapia e sulla distinzione tra politerapia e prescrizione di farmaci non necessari | 1 |
| Conteggio totale per specializzazione (N, %) | | |
| Medici di medicina generale | | 2 (2,1) |
| Specialisti | | 0 (0,0) |

Terapie ipolipemizzanti e raggiungimento dei target lipidici in prevenzione primaria e secondaria in Toscana al tempo della Covid-19

Obiettivo

I dati emersi dal progetto “*Terapie ipolipemizzanti e raggiungimento dei target lipidici in prevenzione primaria e secondaria in Toscana al tempo della pandemia Covid-19*” evidenziano come nel complesso la presa in carico e il trattamento delle ipercolesterolemie appare migliorabile. Nella coorte analizzata, la maggior parte dei pazienti ad alto e molto alto rischio cardiovascolare ha dei livelli di colesterolo LDL (C-LDL) superiori a quelli consigliati dalle linee guida europee, probabilmente anche a causa del basso numero di test che vengono ad oggi eseguiti.

I risultati sono consultabili al link:

(<https://www.ars.toscana.it/2-articoli/4664-terapie-ipolipemizzanti-e-raggiungimento-dei-target-lipidici-in-prevenzione-primaria-e-secondaria-in-toscana-al-tempo-della-covid-19.html>).

Il progetto sopra riportato ha permesso di **identificare 5 macro item relativi al percorso paziente ad alto rischio cardiovascolare sui quali eseguire un approfondimento:**

- 1) **Determinazione LDL.** Una bassa percentuale di assistiti ad alto rischio cardiovascolare ha effettuato una determinazione C-LDL di cui solo il 44-58% dei pazienti con MACE e/o diabete;
- 2) **Pazienti non trattati.** Una bassa percentuale di assistiti ad alto rischio cardiovascolare riceve un trattamento ipolipemizzante. Il 38%-50% dei pazienti con MACE e/o diabete non viene trattato.
- 3) **Raggiungimento dei target terapeutici.** La maggior parte degli assistiti in trattamento per l'ipercolesterolemia non raggiunge i target LDL e in particolare il 74%-86% dei pazienti con MACE e/o diabete.
- 4) **Trattamenti non ottimali.** Una bassa percentuale di pazienti riceve l'ezetimibe in aggiunta alle statine: questo avviene solo nel 8% dei pazienti con pregresso evento cardiovascolare e nel 9% dei pazienti con diabete e pregresso evento cardiovascolare.
- 5) **Aderenza e persistenza.** Nei pazienti con pregresso evento cardiovascolare solo il 50% risulta in trattamento e di questi solo il 32% è aderente. Nei pazienti con diabete e pregresso evento cardiovascolare solo il 62% risulta in trattamento e di questi solo il 41% è aderente.

Per meglio indagare gli aspetti clinici e organizzativi che ostacolano questi 5 momenti del percorso paziente e valutare possibili azioni di miglioramento, si propone un'indagine da somministrare ai professionisti coinvolti nella gestione dei pazienti ad alto rischio cardiovascolare.

Indagine MMG

Target clinico

- **Quanti anni hai?**
- **In che anno ti sei convenzionato?**
- **Quanti assistiti hai?**
- **Lavori in forma associativa? (SI/NO)**



A - Determinazione C-LDL

Nel gruppo dei pazienti con malattia cardiovascolare nota, nel 2020, solo il 58% tra i non diabetici e il 44% tra i diabetici ha effettuato almeno una determinazione del profilo lipidico. Le prestazioni di diagnostica di laboratorio considerate si riferiscono a quelle erogate dai laboratori di analisi pubblici o privati convenzionati.

Individuare, in riferimento a questa tematica, aspetti critici dell'attuale pratica clinica e fattori organizzativi facilitanti che potrebbero migliorare questo momento del percorso del paziente con ipercolesterolemia.

Si prega di indicare per ogni opzione di risposta un valore compreso tra 1 (non rilevante) e 5 (molto rilevante).

A1 - Quando al momento della visita non prescrivo l'esame del profilo lipidico ad un paziente ad alto rischio cardiovascolare, questo avviene più frequentemente perché:

motivi clinici

- A. Non è una priorità nei pazienti molto anziani e/o con elevata comorbidità
- B. L'importanza del controllo dei livelli di LDL è sopravvalutata
- C. Non è un bisogno espresso dai pazienti
- D. Il paziente ha già rifiutato la terapia ipocolesterolemizzante in passato

motivi organizzativi

- A. Spetta allo specialista la responsabilità della prescrizione
- B. Per contenere la spesa
- C. Per mancanza di tempo

Altri motivi che possono spiegare la mancata determinazione del C-LDL?

.....

A2 - Quali innovazioni organizzative potrebbero facilitare la prescrizione dell'esame del profilo lipidico ai pazienti ad alto rischio cardiovascolare?

- A. Attivazione della Sanità di Iniziativa sul controllo del rischio cardiovascolare
- B. Predisposizione e implementazione di PDTA specifici che includano anche le misurazioni dei profili lipidici
- C. Implementazione di sistemi di incentivazione per i medici basati sul raggiungimento di obiettivi
- D. Invio a professionisti di sintetici report sulla propria pratica clinica
- E. Esistenza, nei gestionali ambulatoriali, di sistemi di alert automatici sulla necessità di effettuare il controllo del profilo lipidico
- F. Cartella clinica elettronica condivisa tra MMG e Specialista e/o accesso facile al FSE (fascicolo sanitario elettronico)

Altre innovazioni organizzative che potrebbero facilitare il controllo del C-LDL?

.....

B – Terapia farmacologica

Nel 2020 circa il 50% dei pazienti con pregresso evento cardiovascolare e circa il 38% dei diabetici con pregresso evento cardiovascolare non sono trattati con terapie ipolipemizzanti.

Individuare, in riferimento a questa tematica, aspetti critici dell'attuale pratica clinica e fattori facilitanti organizzativi che potrebbero migliorare questo aspetto del percorso del paziente con ipercolesterolemia.

Si prega di indicare per ogni opzione di risposta un valore compreso tra 1 (non rilevante) e 5 (molto rilevante).

B1 - Quando non prescrivo la terapia ipolipemizzante nei pazienti ad alto rischio cardiovascolare questo avviene più frequentemente perché:

motivi clinici

- A. Non è una priorità nei pazienti molto anziani e/o con elevata comorbidità
- B. L'importanza del controllo dei livelli di LDL è sopravvalutata

- C. Non è un bisogno espresso dai pazienti
- D. Il paziente rifiuta la terapia per paura degli effetti collaterali e/o preferisce l'utilizzo di integratori invece di ricorrere alla terapia farmacologica

motivi organizzativi

- A. I target terapeutici previsti dalle Linee Guida non sono semplici da determinare
- B. Ho poco tempo (es. per rivedere gli esami)
- C. Ho difficoltà a intercettare i pazienti che ne hanno veramente bisogno
- D. Spetta allo specialista la responsabilità della prescrizione della terapia
- E. Per contenere la spesa

Altri motivi che possono spiegare la mancata terapia farmacologica?

.....

B2 - Quali innovazioni organizzative potrebbero facilitare la prescrizione di terapie ipolipemizzanti ai pazienti ad alto rischio cardiovascolare?

- A. Attivazione della Sanità di Iniziativa sul controllo del rischio cardiovascolare
- B. Campagne di informazione sul cittadino sull'importanza delle terapie ipolipemizzanti per il controllo del rischio cardiovascolare
- C. Predisposizione e implementazione di PDTA specifici che prevedano l'integrazione delle cure primarie con le cure specialistiche per la condivisione del piano terapeutico dei pazienti
- D. Ambulatori dedicati alla gestione dei pazienti dislipidemic
- E. Implementazione di progetti per migliorare l'empowerment del paziente attraverso il contributo di "pazienti esperti"

Altre innovazioni organizzative che potrebbero facilitare il trattamento farmaceutico degli assistiti con ipercolesterolemia?

.....



C - Raggiungimento target terapeutici

Nel 2020, l'86% dei pazienti con pregresso evento cardiovascolare e il 74% dei pazienti con pregresso evento cardiovascolare e diabete trattati con farmaci ipolipemizzanti non hanno raggiunto i livelli target LDL-C individuati dalle Linee Guida europee ESC/EAS del 2019.

Individuare, in riferimento a questa tematica, aspetti critici dell'attuale pratica clinica e fattori facilitanti organizzativi che potrebbero migliorare questo aspetto del percorso del paziente con ipercolesterolemia.

Si prega di indicare per ogni opzione di risposta un valore compreso tra 1 (non rilevante) e 5 (molto rilevante).

C1 - Quando il paziente non è target, questo avviene più frequentemente perché:

motivi clinici

- A. Mancano robuste evidenze nell'efficacia di portare a target i pazienti molto anziani
- B. Seguo i target terapeutici espressi dalla Nota 13
- C. I target definiti dalle Linee Guide sono molto ambiziosi da raggiungere

motivi organizzativi

- A. I target terapeutici previsti dalle Linee Guida non sono semplici da determinare.
- B. Il paziente ha difficoltà a eseguire le visite specialistiche di controllo
- C. Il paziente non è aderente alla terapia prescritta

Altri motivi che possono spiegare il mancato raggiungimento dei target?

.....

C2 - Quali innovazioni organizzative potrebbero facilitare il raggiungimento dei target terapeutici nei pazienti ad alto rischio cardiovascolare?

- A. Predisposizione e implementazione di PDTA specifici che prevedano l'integrazione delle cure primarie con le cure specialistiche per la condivisione del piano terapeutico dei pazienti
- B. Invio a professionisti di sintetici report sulla propria pratica clinica sui risultati raggiunti in termini di esiti intermedi
- C. Riunione e discussione delle performance in ambito di AFT
- D. Formazione ai professionisti
- E. Informazione al paziente sull'importanza del controllo della patologia

F. In caso di dimissione ospedaliera specificare i valori target di LDL da raggiungere (es. nella lettera di dimissione)

Altre innovazioni organizzative che potrebbero facilitare il raggiungimento dei target terapeutici?

.....



D - Trattamenti non ottimali

Solo pochi pazienti con pregresso evento cardiovascolare che non raggiungono i target terapeutici individuati dalle Linee Guida sono in trattamento con farmaci di 3° linea. Individuare, in riferimento a questa tematica, aspetti critici dell'attuale pratica clinica e fattori facilitanti organizzativi che potrebbero migliorare questo aspetto del percorso del paziente con ipercolesterolemia.

Si prega di indicare per ogni opzione di risposta un valore compreso tra 1 (non rilevante) e 5 (molto rilevante).

D1 - Quando, in caso di mancato raggiungimento dei target nei pazienti ad alto rischio cardiovascolare, non indirizzo il paziente allo specialista per la prescrizione dei trattamenti di terza linea, questo avviene più frequentemente perché:

motivi clinici

- A. Non conosco queste terapie
- B. Inerzia terapeutica
- C. Per non aumentare il carico complessivo dei farmaci per il paziente

motivi organizzativi

- A. Non so a quale specialista inviarlo
- B. Difficoltà del paziente nell'eseguire le visite specialistiche

Altri motivi che possono spiegare la mancata terapia con farmaci di terza linea?

.....

D2 - Quali innovazioni organizzative potrebbero facilitare, dove necessario, l'utilizzo di trattamenti di 3° linea nei pazienti ad alto rischio cardiovascolare?

- A. Network di referral tra MMG e Specialisti afferenti allo stesso distretto/AFT
- B. Promozione e conduzione di studi a livello locale di costo-efficacia
- C. Facilitare l'accesso alle terapie (e.g. numero ridotto di centri prescrittori o pochi clinici abilitati, ritiro del farmaco in ospedale)

Altre innovazioni organizzative che potrebbero facilitare l'utilizzo di trattamenti di terza linea?

.....



E - Aderenza e persistenza ai trattamenti

Nel 2020 circa il 50% dei pazienti con pregresso evento cardiovascolare era in trattamento con almeno un farmaco ipolipemizzante, tra questi solo il 32% era aderente al trattamento. Sempre nel 2020, tra i pazienti con diabete ed evento cardiovascolare solo il 62% era in trattamento con un farmaco ipolipemizzante di cui quelli aderenti erano circa il 41%.

Individuare, in riferimento a questa tematica, aspetti critici dell'attuale pratica clinica e fattori facilitanti organizzativi che potrebbero migliorare questo aspetto del percorso del paziente con ipercolesterolemia.

Si prega di indicare per ogni opzione di risposta un valore compreso tra 1 (non rilevante) e 5 (molto rilevante).

E1 - Quando il paziente ad alto rischio cardiovascolare in terapia ipolipemizzante non è aderente questo avviene più frequentemente perché:

motivi clinici

- A. È molto anziano
- B. Assume un numero eccessivo di farmaci (paziente in politerapia)
- C. A causa degli effetti collaterali
- D. Il paziente non comprende l'importanza della riduzione dei livelli di colesterolo

motivi organizzativi

- A. Non ho sufficiente tempo da dedicare a questo aspetto
- B. Non ho strumenti per misurare l'aderenza del paziente alla terapia
- C. Non utilizzo gli strumenti per misurare l'aderenza

Altri motivi che possono spiegare la mancata aderenza terapeutica?

.....

E2 - Quali aspetti organizzativi potrebbero aumentare l'aderenza nei pazienti ad alto rischio cardiovascolare?

- A. Implementazione di progetti per migliorare l'empowerment del paziente attraverso il contributo di "pazienti esperti"
- B. Azioni di recall sui pazienti in caso di non aderenza alle terapie (es. strumenti che consentano di monitorare l'aderenza e di inviare eventuale alert per mancato ritiro farmaco/non assunzione)

- C. Campagna di informazione sull'importanza dell'aderenza alle terapie
- D. Riattivazione della sanità di iniziativa per il controllo del rischio cardiovascolare
- E. Coinvolgimento di altre figure professionali sul tema (es. Infermiere Famiglia e Comunità, farmacisti)
- F. Maggior ricorso a strumenti di televisita di controllo per il follow-up del paziente
- G. Invio ai professionisti di sintetici report sulla propria pratica clinica sui risultati raggiunti in termini di aderenza terapeutica

Altre innovazioni organizzative che potrebbero facilitare l'aderenza terapeutica?

.....

Indagine MS

Target clinico:

Completare le seguenti informazioni:

- **Quale specializzazione hai conseguito?**
- **In che anno ti sei specializzato?**
- **Da quanti anni svolgi la tua attività?**
- **Sei autorizzato alla prescrizione di farmaci ipolipemizzanti iniettivi?**
- **Direttore di Dipartimento o di Unità Operativa?**
- **Svolgi la tua attività in ambulatorio territoriale o in ospedale?**
- **Svolgi la tua attività solo in ambulatorio o solo in reparto di degenza o in entrambe?**

A- Determinazione C-LDL

Nel gruppo dei pazienti con malattia cardiovascolare nota, nel 2020, solo il 58% tra i non diabetici e il 44% tra i diabetici ha effettuato almeno una determinazione del profilo lipidico. Le prestazioni di diagnostica di laboratorio considerate si limitano a quelle erogate dai laboratori di analisi pubblici o privati convenzionati.

Individuare, in riferimento a questa tematica, aspetti critici dell'attuale pratica clinica e fattori organizzativi facilitanti che potrebbero migliorare questo aspetto del percorso del paziente con ipercolesterolemia.

Si prega di indicare per ogni opzione di risposta un valore compreso tra 1 (non rilevante) e 5 (molto rilevante).



A1- Quando al momento del controllo non prescrivo l'esame del profilo lipidico ad un paziente ad alto rischio cardiovascolare, questo avviene più frequentemente perché:

motivi clinici

- E. Non è una priorità nei pazienti molto anziani e/o con elevata comorbidità
- F. L'importanza del controllo dei livelli di LDL è sopravvalutata
- G. Non è un bisogno espresso dai pazienti
- H. Il paziente ha già rifiutato la terapia in passato

motivi organizzativi

- D. Spetta al medico di medicina generale la responsabilità della prescrizione
- E. Per contenere la spesa
- F. Mancanza di tempo durante la visita

Altri motivi che possono spiegare la mancata determinazione del C-LDL?

.....

A2 - Quali aspetti organizzativi potrebbero facilitare la prescrizione dell'esame del profilo lipidico ai pazienti ad alto rischio cardiovascolare?

- G. Attivazione della Sanità di Iniziativa sul controllo del rischio cardiovascolare
- H. Predisposizione e implementazione di PDTA specifici che includano anche le misurazioni dei profili lipidici
- I. Implementazione di sistemi di incentivazione per i medici basati sul raggiungimento di obiettivi
- J. Invio a professionisti di sintetici report sulla propria pratica clinica
- K. Esistenza nei gestionali ambulatoriali o nelle cartelle cliniche, di sistemi di alert automatici sulla necessità di effettuare il controllo del profilo lipidico
- L. Cartella clinica elettronica condivisa tra MMG e Specialista e/o accesso facile al FSE (fascicolo sanitario elettronico)

Altre innovazioni organizzative che potrebbero facilitare il controllo del C-LDL?

.....



B- Pazienti non trattati

Nel 2020 circa il 50% dei pazienti con pregresso evento cardiovascolare e circa il 38% dei diabetici con pregresso evento cardiovascolare non sono trattati con terapie ipolipemizzanti.

Individuare, in riferimento a questa tematica, aspetti critici dell'attuale pratica clinica e fattori facilitanti organizzativi che potrebbero migliorare questo aspetto del percorso del paziente con ipercolesterolemia.

Si prega di indicare per ogni opzione di risposta un valore compreso tra 1 (non rilevante) e 5 (molto rilevante).

B1 - Quando non prescrivo la terapia ipolipemizzante nei pazienti ad alto rischio cardiovascolare questo avviene più frequentemente perché:

motivi clinici

- E. Non è una priorità nei pazienti molto anziani e/o con elevata comorbidità
- F. L'importanza del controllo dei livelli di LDL è sopravvalutata
- G. Non è un bisogno espresso dai pazienti
- H. Il paziente rifiuta la terapia per paura degli effetti collaterali e/o preferisce l'utilizzo di integratori invece di ricorrere alla terapia farmacologica

motivi organizzativi

- F. I target terapeutici previsti dalle Linee Guida non sono semplici da determinare
- G. Ho poco tempo durante la visita
- H. Ho difficoltà a intercettare i pazienti che ne hanno veramente bisogno
- I. Spetta al Medico di Medicina Generale la responsabilità della prescrizione della terapia
- J. Per contenere la spesa

Altri motivi che possono spiegare la mancata terapia farmacologica?

.....

B2 - Quali aspetti organizzativi potrebbero facilitare la prescrizione di terapie ipolipemizzanti ai pazienti ad alto rischio cardiovascolare?

- F. Attivazione della Sanità di Iniziativa sul controllo del rischio cardiovascolare

- G. Campagne di informazione sul cittadino sull'importanza delle terapie ipolipemizzanti per il controllo del rischio cardiovascolare
- H. Predisposizione e implementazione di PDTA specifici che prevedano l'integrazione delle cure primarie con le cure specialistiche per la condivisione del piano terapeutico dei pazienti
- I. Ambulatori dedicati alla gestione dei pazienti dislipidemici
- J. Implementazione di progetti per migliorare l'empowerment del paziente attraverso il contributo di "pazienti esperti"

Altre innovazioni organizzative che potrebbero facilitare il trattamento farmaceutico degli assistiti con ipercolesterolemia?

.....



C - Raggiungimento target terapeutici

Nel 2020, l'86% dei pazienti con pregresso evento cardiovascolare e il 74% dei pazienti con pregresso evento cardiovascolare e diabete trattati con farmaci ipolipemizzanti non hanno raggiunto i livelli target LDL-C individuati dalle Linee Guida europee ESC/EAS del 2019.

Individuare, in riferimento a questa tematica, aspetti critici dell'attuale pratica clinica e fattori facilitanti organizzativi che potrebbero migliorare questo aspetto del percorso del paziente con ipercolesterolemia.

Si prega di indicare per ogni opzione di risposta un valore compreso tra 1 (non rilevante) e 5 (molto rilevante).

C1 - Quando il paziente non è target, questo avviene più frequentemente perché:

motivi clinici

- D. Mancano robuste evidenze nell'efficacia di portare a target i pazienti molto anziani
- E. Seguo i target terapeutici espressi dalla Nota 13
- F. I target definiti dalle Linee Guide sono molto ambiziosi da raggiungere

motivi organizzativi

- D. I target terapeutici previsti dalle Linee Guida non sono semplici da determinare.
- E. Ho difficoltà nel programmare le visite di follow up per il monitoraggio dei parametri e dei target

F. Il paziente non è aderente alla terapia prescritta

Altri motivi che possono spiegare il mancato raggiungimento dei target?

.....

C2 - Quali aspetti organizzativi potrebbero facilitare il raggiungimento dei target terapeutici nei pazienti ad alto rischio cardiovascolare?

- G. Predisposizione e implementazione di PDTA specifici che prevedano l'integrazione delle cure primarie con le cure specialistiche per la condivisione del piano terapeutico dei pazienti
- H. Invio a professionisti di sintetici report sulla propria pratica clinica sui risultati raggiunti in termini di esiti intermedi
- I. Formazione ai professionisti
- J. Informazione al paziente sull'importanza del controllo della patologia
- K. In caso di dimissione ospedaliera specificare i valori target di LDL da raggiungere (es. nella lettera di dimissione)

Altre innovazioni organizzative che potrebbero facilitare il raggiungimento dei target terapeutici?

.....



D - Trattamenti non ottimali

Solo pochi pazienti con pregresso evento cardiovascolare che non raggiungono i target terapeutici individuati dalle Linee Guida sono in trattamento con farmaci di 3° linea. Individuare, in riferimento a questa tematica, aspetti critici dell'attuale pratica clinica e fattori facilitanti organizzativi che potrebbero migliorare questo aspetto del percorso del paziente con ipercolesterolemia.

Si prega di indicare per ogni opzione di risposta un valore compreso tra 1 (non rilevante) e 5 (molto rilevante).

D1 - Quando, in caso di mancato raggiungimento dei target nei pazienti ad alto rischio cardiovascolare, non prescrivo i trattamenti di terza linea, questo avviene più frequentemente perché:

motivi clinici

- D. Non conosco queste terapie e temo gli effetti collaterali
- E. Inerzia terapeutica

F. Per non aumentare il carico complessivo dei farmaci per il paziente

motivi organizzativi

- C. Per gli eccessivi adempimenti burocratici (compilazione Registro di monitoraggio e rinnovo Piano Terapeutico)
- D. Per contenere la spesa
- E. Non sono autorizzato alla prescrizione
- F. Manca un percorso attivabile nella struttura in cui opero

Altri motivi che possono spiegare la mancata terapia con farmaci di terza linea?

.....

D2 - Quali aspetti organizzativi potrebbero facilitare, dove necessario, l'utilizzo di trattamenti di 3° linea nei pazienti ad alto rischio cardiovascolare?

- D. Network di referral tra MMG e Specialisti afferenti allo stesso distretto/AFT
- E. Promozione e conduzione di studi a livello locale di costo-efficacia
- F. Facilitare l'accesso alle terapie (e.g. numero ridotto di centri prescrittori o pochi clinici abilitati, ritiro del farmaco in ospedale)

Altre innovazioni organizzative che potrebbero facilitare l'utilizzo di trattamenti di terza linea?

.....

E - Aderenza e persistenza ai trattamenti

Nel 2020 circa il 50% dei pazienti con pregresso evento cardiovascolare era in trattamento con almeno un farmaco ipolipemizzante, tra questi solo il 32% era aderente al trattamento. Sempre nel 2020, tra i pazienti con diabete ed evento cardiovascolare solo il 62% era in trattamento con un farmaco ipolipemizzante di cui quelli aderenti erano circa il 41%.

Individuare, in riferimento a questa tematica, aspetti critici dell'attuale pratica clinica e fattori facilitanti organizzativi che potrebbero migliorare questo aspetto del percorso del paziente con ipercolesterolemia.



Si prega di indicare per ogni opzione di risposta un valore compreso tra 1 (non rilevante) e 5 (molto rilevante).

E1 - Quando il paziente ad alto rischio cardiovascolare in terapia ipolipemizzante non è aderente questo avviene più frequentemente perché:

motivi clinici

- E. È molto anziano
- F. Assume un numero eccessivo di farmaci (paziente in politerapia)
- G. A causa degli effetti collaterali
- H. Il paziente non comprende l'importanza della riduzione dei livelli di colesterolo

motivi organizzativi

- D. Non ho sufficiente tempo da dedicare a questo aspetto
- E. Non ho strumenti per misurare l'aderenza del paziente alla terapia

Altri motivi che possono spiegare la mancata aderenza terapeutica?

.....

E2 - Quali aspetti organizzativi potrebbero aumentare l'aderenza nei pazienti ad alto rischio cardiovascolare?

- H. Implementazione di progetti per migliorare l'empowerment del paziente attraverso il contributo di "pazienti esperti"
- I. Azioni di recall sui pazienti in caso di non aderenza alle terapie (es. strumenti che consentano di monitorare l'aderenza e di inviare eventuale alert per mancato ritiro farmaco/non assunzione)
- J. Campagna di informazione sull'importanza dell'aderenza alle terapie
- K. Riattivazione della sanità di iniziativa per il controllo del rischio cardiovascolare
- L. Coinvolgimento di altre figure professionali sul tema (es. Infermiere Famiglia e Comunità, farmacisti)
- M. Maggior ricorso a strumenti di televisita di controllo per il follow-up del paziente
- N. Invio ai professionisti di sintetici report sulla propria pratica clinica sui risultati raggiunti in termini di aderenza terapeutica

Altre innovazioni organizzative che potrebbero facilitare l'aderenza terapeutica?

.....