

**29 GIUGNO 2021**

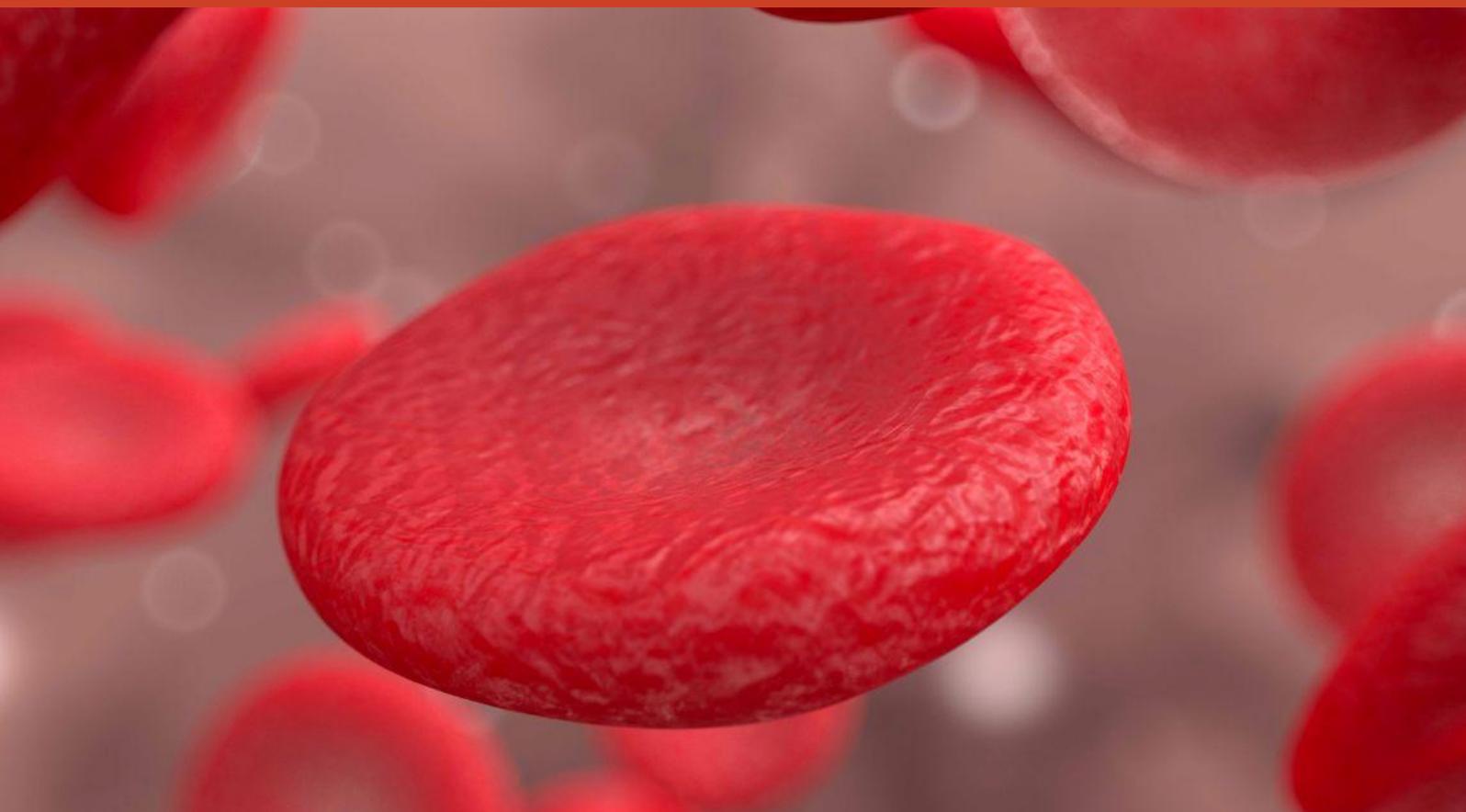
**WEBINAR**

**FOCUS LOMBARDIA**

# **IPERCOLESTEROLEMIA E RISCHIO CARDIOVASCOLARE**

**TRA BISOGNI IRRISOLTI E NUOVE  
PROSPETTIVE DI CURA**

**DOCUMENTO DI SINTESI**



## **INTRODUZIONE DI SCENARIO**

In Italia, ogni anno, per malattie cardiovascolari muoiono oltre 224.000 persone: di queste, circa 47.000 sono imputabili al mancato controllo del colesterolo. Il colesterolo, infatti, rappresenta uno tra i più importanti fattori di rischio cardiovascolare, causando al SSN un impatto clinico, organizzativo ed economico enorme (spesa sanitaria diretta ed indiretta quantificabile in circa 16 miliardi l'anno). Nonostante questo scenario, su oltre 1 milione di pazienti a più alto rischio l'80% non raggiunge il target indicato dalle più recenti Linee Guida internazionali. Un problema sanitario che durante la recente pandemia non è andato certo migliorando grazie ai minori controlli, alle mancate diagnosi, alla perdita di aderenza terapeutica. Ma perché questo accade? In questa area fortunatamente le terapie a disposizione, tutte estremamente efficaci, hanno portato evidenze scientifiche consolidate negli anni sul loro valore curativo sia in prevenzione primaria che in secondaria. Viene da chiedersi cosa si possa aggiungere a quanto già oggi è ottenibile attraverso queste terapie. Vi sono bisogni insoddisfatti da colmare (tollerabilità, efficacia aggiuntiva) che possano implementare ulteriormente i benefici clinici raggiunti? Cosa si prospetta in termini di innovazione in questa area terapeutica e quali siano gli ulteriori obiettivi su cui puntare? È possibile poter colmare il gap esistente tra il mondo reale e quello preso in esame dai setting degli studi clinici randomizzati e controllati per quanto riguarda il raggiungimento dei target consigliati?

## **IPERCOLESTEROLEMIA E RISCHIO CARDIOVASCOLARE: TERAPIE ATTUALI E PROSPETTIVE FUTURE, LIMITI E OPPORTUNITÀ**

La familiarità e/o l'arrivo da un evento cardiovascolare, anche grave, sommato spesso a concomitanza di patologie diverse ci fa capire come l'identificazione di questo paziente non sia complicata ma la scelta della terapia per lui più corretta e l'aderenza alla stessa siano un'altra cosa.

Il problema è soprattutto organizzativo e di presa in carico, in un continuum tra specialista ospedaliero/territoriale e MMG ancora spesso irrisolto. Fortunatamente le terapie in commercio oggi offrono potenti soluzioni, ma questo, come altri casi, necessita fortemente di una riorganizzazione dell'assistenza territoriale, di prossima competenza del PNRR in aggiunta ad una presa di coscienza degli specialisti ospedalieri impegnati principalmente sulla fase acuta.

## LINEE GUIDA

Non esiste un livello di colesterolo sotto il quale il paziente sia al sicuro e sopra al quale sia a rischio. Le valutazioni di rischio cardiovascolare vanno calcolate su ogni singolo paziente. Come idea generale più è alta la valutazione di rischio per il paziente più basso deve essere il livello di colesterolo. Anche secondo le linee guida più recenti l'LDL resta l'indicatore primario per la misurazione, la diagnosi e il management della dislipidemia.

## Take home messages

- LDL-C resta il target numero uno: ridurre LDL-C è fattore più importante tra le categorie di rischio cardiovascolare
- LDL-C goals: Il rischio cardiovascolare e il livello LDL-C determina il trattamento
- Rischio molto alto: Riduzione maggiore del 50% del LDL-C e gli LDL-C inferiori a 55mg/dl (classe IA)
- Eventi ricorrenti: LDL-C inferiori a 40mg/dL
- Spostare il PCSK9i dalla classe IIb, raccomandando lo spostamento alla classe IA
- Intervalli di tempo inferiori per le valutazioni LDL-C (dalle 4 alle 8 settimane, post ACS invece 4-6 settimane)
- Raccomandazione per iniziare la terapia PCSK9 in ospedale per i pazienti che già assumono il massimo delle terapie per ridurre i lipidi e che non raggiungono gli obiettivi di LDL-C

## **IMPORTANZA DELL'ADERENZA E PESO ECONOMICO DEI PAZIENTI NON A TARGET**

L'aderenza alla terapia ipolipemizzante può ridursi nel tempo. I maggiori problemi sono:

- La gestione di una condizione asintomatica come la dislipidemia rappresenta una sfida complessa per garantire l'aderenza ottimale alla terapia.
- Il mancato raggiungimento del target lipidico è stato attribuito a diverse cause, e tra le più rilevanti c'è la scarsa aderenza al trattamento terapeutico.
- Quando i target non sono raggiunti, l'aderenza deve essere il primo fattore indagato dal medico.

Le implicazioni di una ridotta aderenza:

- I farmaci per la prevenzione delle malattie cardiovascolari sono spesso farmaci da assumere per tutta la vita, e quindi l'aderenza a queste terapie è particolarmente importante.
- Una scarsa aderenza riduce l'efficacia delle terapie ed è associata ad un aumento di morbilità e mortalità. Inoltre, la ridotta aderenza ai trattamenti è motivo di un significativo spreco di risorse sanitarie.

Come ribadito dall'OMS, se l'aderenza alle terapie antiipertensive salisse al 70% si potrebbero evitare oltre 82 mila infarti e ictus, con un risparmio di 330 milioni di euro in Italia. La riduzione di costo individuale potrebbe essere di 659 euro per la dislipidemia long life. La dimensione del problema vede un 23% di donne e un 21% di uomini ipercolesterolemici in Italia, mentre le percentuali arrivano fino al 37% per quanto riguarda il riscontro di valori colesterolemia borderline. Quasi 10 miliardi di euro.

## **ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI E DEI PERCORSI IN TEMA DI IPERCOLESTEROLEMIA**

Il rischio cardiovascolare si modifica nel corso del tempo, ed è quindi necessario creare dei percorsi per i pazienti che siano flessibili e quindi in grado di accompagnarlo nel tempo. Percorsi più flessibili permettono di variare l'approccio terapeutico in base all'andamento del rischio del singolo paziente. Attualmente esiste un'inerzia terapeutica con molti pazienti trattati per troppo tempo sempre con lo stesso farmaco e gli stessi dosaggi senza che venga preso in esame il reale livello di rischio e di conseguenza i suoi reali obiettivi terapeutici. D'altro canto, i troppi aggiustamenti terapeutici aumentano il numero di controlli clinici necessari e non sempre prenotabili a causa dell'endemico problema delle liste d'attesa. Inoltre, non è possibile garantire che sia sempre lo stesso specialista ad occuparsi dell'adeguamento terapeutico del paziente e questo incrementa ancora la confusione nel paziente e di conseguenza la mancata aderenza alle terapie.

## CONCLUSIONI

Le malattie cardio e cerebrovascolari sono ancora oggi nel mondo la prima causa di morte e di disabilità. La pandemia Covid-19 ha peggiorato la situazione, portando ad un maggiore numero di acuzie ed una minore aderenza alle terapie. Tutti gli attori del sistema devono agire coordinatamente contro i principali fattori di rischio cardiovascolari e tra questi l'ipercolesterolemia è uno dei più importanti. L'obiettivo deve essere sempre quello di trattare al meglio i pazienti, ridurre il colesterolo LDL a valori a target è fondamentale. I nuovi farmaci offrono un'importante opportunità di cura ma è fondamentale instaurare un'alleanza tra specialisti, medici di famiglia e pazienti.

## PUNTI CONDIVISI DAGLI ESPERTI

- L'arma più efficace contro le malattie cardiovascolari resta la prevenzione.
- Lo stile di vita e la dieta restano molto importanti e non possono essere sostituiti da cure farmacologiche.
- Non si deve lavorare soltanto per migliorare l'accesso ai farmaci, bisogna anche ottimizzare il percorso diagnostico e terapeutico che li precede.
- Un sistema di linee guida regionali è fondamentale per una corretta appropriatezza prescrittiva del farmaco.
- Per migliorare l'appropriatezza prescrittiva è necessaria una maggiore e migliore condivisione digitale dei dati prodotti da MMG e Aziende sanitarie.
- All'inizio della terapia, per pazienti a rischio moderato ed elevato, è necessario raggiungere gli obiettivi terapeutici nel minor tempo possibile. Questo è fondamentale per riuscire ad ottenere buoni risultati anche in termini di aderenza terapeutica.

## ACTION POINTS

- Devono essere create delle piattaforme digitali condivise in grado di mettere in diretto contatto MMG e specialisti così da favorire l'empowerment del paziente.
- È necessario rifocalizzare l'importanza del colesterolo LDL nel rischio cardiovascolare.
- Per riuscire a combattere il fenomeno della scarsa aderenza alle terapie bisogna introdurre soluzioni a livello del paziente, del medico prescrittore e del sistema sanitario.
- Le nuove tecnologie devono essere utilizzate anche per monitorare l'aderenza alle terapie.
- Bisogna rafforzare la consapevolezza del paziente, con un'organizzazione condivisa con la medicina territoriale.

**Sono intervenuti (i nomi riportati sono in ordine alfabetico):**

**Antonia Alberti**, Responsabile Struttura semplice Dipartimentale Diagnosi e Cure territoriali per le malattie cardiache ASST GOM Niguarda Milano

**Carlo Borghetti**, Vicepresidente Consiglio Regionale e Componente III Commissione Sanità e Welfare, Regione Lombardia

**Ovidio Brignoli**, Vice Presidente SIMG

**Stefano Carugo**, Direttore UOC Cardiologia, Fondazione IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

**Bruno Censori**, Primario Unità Complessa di Neurologia, Ospedale ASST Cremona

**Fiorenzo Corti**, Vice Segretario Nazionale FIMMG

**Davide Croce**, Direttore Centro 'Economia e Management in Sanità e nel Sociale LIUC Business School, Castellanza (VA)

**Maria Fazio**, Direttore U.O.C Farmacia Ospedaliera IRCCS Ospedale San Raffaele

**Giulia Gioda**, Direttore Mondosanità

**Paolo Guzzonato**, Direzione Scientifica Motore Sanità

**Savina Nodari**, Professore Associato al Dipartimento di Cardiologia, Spedali Civili di Brescia

**Gianfranco Parati**, Professore Ordinario di Medicina Cardiovascolare, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università di Milano-Bicocca; Direttore Unità Operativa di Cardiologia, Ospedale S.Luca, Milano; Direttore Scientifico Istituto Auxologico Italiano IRCCS

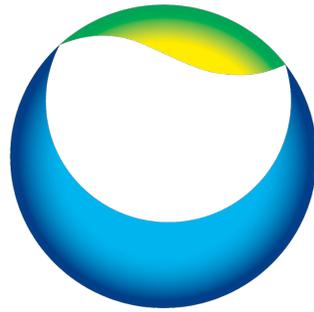
**Piermarco Piatti**, Responsabile dell'Unità Funzionale di Cardio-Metabolismo e Trials Clinici dell'Unità Operativa di Medicina Generale a indirizzo Diabetologico ed Endocrino Metabolico dell'IRCCS Ospedale San Raffaele

**Simone Verde**, Medico Cardiologo Ospedale Maggiore di Cremona

**Jose Pablo Werba**, Responsabile Unità di Ricerca e Prevenzione dell'arteriosclerosi, Centro Cardiologico Monzino Milano

*Il webinar è stato organizzato da **Motore Sanità** con il patrocinio di **Regione Lombardia***

Con il contributo incondizionato di:



**Daiichi-Sankyo**

