



COMUNICATO STAMPA

Ipercolesterolemia, solo il 20% dei pazienti si cura. Serve un cambio di rotta: valutazione più precoce delle persone a rischio e percorsi di follow up condivisi da specialisti e medici di medicina generale

Le malattie cardiovascolari sono la prima causa di morte in Italia. Il colesterolo rappresenta uno tra i più importanti fattori di rischio cardiovascolare, causando per il servizio sanitario nazionale un impatto clinico, organizzativo ed economico enorme. La spesa sanitaria diretta e indiretta è quantificabile in circa 16 miliardi euro l'anno. Su oltre 1 milione di pazienti a più alto rischio l'80% non raggiunge il target indicato dalle più recenti linee guida internazionali. L'appello degli esperti: c'è la necessità di modificare l'approccio al problema.

3 febbraio 2023 - Ogni anno nel mondo muoiono 18 milioni di persone per malattia cardiovascolari (più di 224.000 in Italia di cui circa 47.000 sono imputabili al mancato controllo del colesterolo) di queste l'85% per malattia cardiovascolare aterosclerotica. La malattia ha anche un rilevante impatto economico, non solo in termini di costi diretti ma anche indiretti (perdita di produttività). È ormai assodato che livelli elevati di colesterolo Ldl non sono un fattore di rischio ma causa della malattia, con alterazioni che iniziano già in età giovanile, con il 73% di uomini e il 43% di donne che nella middle-age ha segni di malattia subclinica.

In questa area fortunatamente le terapie a disposizione, tutte estremamente efficaci, hanno portato evidenze scientifiche robuste e consolidate negli anni sul loro valore preventivo e curativo sia in prevenzione primaria sia in prevenzione secondaria, ma

oggi è necessario intervenire ulteriormente perché nel mondo reale alte percentuali di pazienti non sono a target anche in prevenzione secondaria (oltre il 60%), molti pazienti “perdono” i trattamenti dopo prescrizione, durante il follow up. L’appello degli esperti è forte e chiaro: bisogna modificare l’approccio al problema. È quanto emerso all’evento **“PNRR, IPERCOLESTEROLEMIA, RISCHIO CARDIOVASCOLARE TRA BISOGNI IRRISOLTI, INNOVAZIONE E NUOVE NECESSITÀ ORGANIZZATIVE - LOMBARDIA”**, organizzato da **Motore Sanità** con il contributo incondizionato di Daiichi-Sankyo.

“Per molti anni ci siamo focalizzati sulla cura delle malattie ma non sul preservare la salute, vi è la necessità di cambiare approccio” è l’appello di **Fabrizio Oliva**, Direttore della struttura complessa e Responsabile struttura semplice Cardiologia 1 - Emodinamica unità di cure intensive cardiologiche Ospedale Niguarda, Milano. ***“Servono pertanto: una valutazione più precoce dei soggetti a rischio, campagne educazionali a livello scolastico e lavorativo, a livello nazionale e regionale, coinvolgimento della medicina generale (prevenzione primaria); valorizzare la profilazione del rischio e il raggiungimento dei target terapeutici, prevedere adeguati percorsi di follow up condivisi da specialisti e medici di medicina generale per favorire, se necessario, l’ottimizzazione del trattamento farmacologico, valutando l’aderenza e la persistenza terapeutica; iniziare i farmaci raccomandati più precocemente, trattare in modo più aggressivo, utilizzare le combinazioni terapeutiche”***.

*“La sempre più complessa gestione terapeutica rende **necessaria l’implementazione di modelli ambulatoriali suddivisi per patologie** ai quali i pazienti che ne hanno maggior bisogno possano accedere in modo prioritario e senza difficoltà. L’erogazione di prestazioni ambulatoriali cardiologiche generaliste rende spesso poco efficaci il follow-up del paziente a parità di prestazioni offerte”* ha spiegato **Edoardo Conte**, referente del Poliambulatorio cardiovascolare Unità di Cardiologia Universitaria IRCSS Ospedale Galeazzi Sant’Ambrogio. *“A compromettere ulteriormente l’aderenza terapeutica sono spesso difficoltà burocratiche e la distanza tra territorio e ospedale; tale distanza deve essere colmata mediante un maggior coinvolgimento del medico di medicina generale nell’attività ospedaliera”*.

Carlo Borghetti, Vicepresidente Consiglio Regionale Componente III Commissione permanente - Sanità e Politiche Sociali ha sottolineato che **il lavoro sinergico tra medici di medicina generale, specialisti e pazienti possa essere una delle soluzioni per una adeguata presa in carico del paziente affetto da ipercolesterolemia**. *“Esistono terapie estremamente efficaci – ha proseguito Carlo Borghetti - ma è*

*necessario intervenire anche sulla riorganizzazione della medicina territoriale, sull'abbattimento delle liste d'attesa perché un paziente non può attendere mesi per poter svolgere un esame. Non è concepibile se veramente si vuol fare una efficace prevenzione costringere un paziente a doversi barcamenare tra i call center pubblici e privati per poter ottenere una visita specialistica o un esame che nella maggior parte dei casi può salvargli la vita". E ancora: **"Prevenzione e abbattimento liste d'attesa devono andare di pari passo e, a questo proposito, la realizzazione delle Case della Comunità può essere una straordinaria occasione per dare una risposta a questa patologia, a patto che ci sia una vera volontà politica di realizzarle come un luogo di integrazione sociosanitaria reale come previsto dal PNRR"**.*

La figura del farmacista ospedaliero nei gruppi multidisciplinari è fondamentale per effettuare il controllo delle terapie e aiutare il paziente a proseguire con le terapie. Ne è convinto, infine, **Marco Ruocco**, ASST Brianza, Referente regionale SIFACT e Dirigente Farmacista, che ha fornito due dati indicativi: si registrano molti abbandoni di terapia da parte di pazienti in cura con statine e molti meno abbandoni di terapie dei pazienti in cura con i nuovi farmaci. ***"La gestione della terapia nelle farmacie ospedaliere permette di riuscire ad affrontare il modello di controllo dell'aderenza terapeutica e allo stesso tempo permette di aiutare i medici a seguire i pazienti. Sicuramente questo aspetto potrà essere implementato nell'ambito delle Case di comunità, potrà essere semplificato in tutti i diversi passaggi, ma la necessità di avere un controllo sulle terapie che in questo momento il medico non riesce a fare per una questione di tempistica va sempre mantenuto e anzi implementato"***.

Ufficio stampa Motore Sanità

comunicazione@motoresanita.it

Laura Avalle – Cell. 320 0981950

Liliana Carbone - Cell. 347 2642114

www.motoresanita.it