

IPERCOLESTEROLEMIA: TERAPIA SEMPRE PIÙ PERSONALIZZATA IN PAZIENTI AD ALTO RISCHIO CARDIOVASCOLARE

Pasquale Caldarola, Vice Presidente Nazionale ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi: “Oggi disponiamo di presidi farmacologici in grado di raggiungere i livelli raccomandati di colesterolemia, tuttavia nel mondo reale solo meno della metà dei soggetti ad alto rischio risulta a target”.

6 marzo 2023 - Oggi l'ipercolesterolemia, e in particolare l'aumento del Colesterolo LDL, sulla base di evidenze fisiopatologiche e cliniche non è più ritenuta solo un importante fattore di rischio cardiovascolare, ma un agente causale dell'aterosclerosi e della sua progressione. È per questo che le recenti linee Guida sul trattamento delle dislipidemie e sulla prevenzione cardiovascolare hanno proposto di raggiungere, soprattutto nei soggetti ad alto rischio come quelli che hanno già avuto un evento cardiovascolare, livelli molto bassi di Colesterolo LDL intorno ai 50 mg/dl e proposto il noto aforisma *The lower the better* (più basso è meglio è).

Si è parlato di questo nel corso dell'evento **“PNRR, IPERCOLESTEROLEMIA, RISCHIO CARDIOVASCOLARE - TRA BISOGNI IRRISOLTI, INNOVAZIONE E NUOVE NECESSITÀ ORGANIZZATIVE - PUGLIA/CALABRIA/SICILIA”**, promosso da **Motore Sanità**, con il patrocinio di Regione Puglia, A.N.M.C.O. Next Generation, Conacuore ODV, Università di Foggia, ASL Bari - Puglia Salute e con il contributo incondizionato di Daiichi-Sankyo.

“Oggi disponiamo di presidi farmacologici in grado di raggiungere i livelli raccomandati di colesterolemia, tuttavia nel mondo reale solo meno della metà dei soggetti ad alto rischio risulta a target”, ha commentato Pasquale Caldarola, Vice Presidente Nazionale ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi. **“Una serie di fattori sono responsabili di tale insuccesso, fattori legati al paziente (l'età, il sesso, il suo stato socio-economico), alle terapie utilizzate (talora gravate da alcuni effetti**

collaterali), **ai comportamenti del medico** (insufficiente spazio dedicato alla comunicazione); **un ruolo particolare svolge l'aspetto organizzativo**, che spesso non prevede la presa in carico dei pazienti dopo un evento cardiovascolare attraverso percorsi condivisi tra ospedale e territorio”.

Sulla **necessità di un “ponte” tra ospedale e territorio** si è espresso anche **Giovanni Bisignani**, Direttore SC Cardiologia UTIC Castrovillari ASP Cosenza, Comitato Scientifico CONACUORE, sottolineando quanto sia **utile a questo scopo la telemedicina**, per fare in modo che il paziente sia controllato sia dal medico ospedaliero, sia dal medico di famiglia.

“L'Assistenza Farmaceutica rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) definiti con il DPCM 29/11/2001, così come successivamente modificato con il DPCM 12/01/2017, in base al quale viene delegato alle Regioni il compito di garantire il rispetto dei criteri di appropriatezza, sicurezza ed economicità, favorendo l'uniformità delle scelte attinenti all'uso dei farmaci, a tutela dell'equità del servizio reso ai cittadini”, ha evidenziato **Francesco Colasuonno**, Responsabile PO Registri di Monitoraggio AIFA e Centri Prescrittori Sezione Farmaci, Dispositivi Medici e Assistenza Integrativa, Regione Puglia. “La Regione, mediante l'utilizzo del sistema informativo Regionale Edotto e del sistema ministeriale Tessera Sanitaria (TS), effettua costantemente un'analisi dei dati di spesa e consumo sui farmaci erogati a livello regionale in regime SSR nel canale della farmaceutica convenzionata e diretta. **L'ipercolesterolemia, soprattutto in pazienti ad alto rischio cardiovascolare, in questo momento rappresenta una patologia sicuramente paradigmatica proprio per il tema della terapia che è sempre di più personalizzata**”.

Stefania Antonacci, Direttore Area Farmaceutica Territoriale ASL BARI, ha portato l'attenzione sulle valutazioni di **appropriatezza prescrittiva** che oggi il farmacista territoriale dell'ASL effettua su questi farmaci e il fatto che esistano oggi diverse categorie terapeutiche “che ci aiutano nel curare pazienti che hanno problemi di ipercolesterolemia e che non solo migliorano il loro stato di salute, ma migliorano anche le casse dello Stato, perché **a fronte di una maggiore possibilità di scelte terapeutiche, abbiamo anche la possibilità della riduzione dei costi**”.

Ha parlato infine di costi **Cataldo Procacci**, Dirigente Farmacista presso Azienda Sanitaria Locale BT: “Per l'ipercolesterolemia, come per le terapie croniche in generale, i real word data consentono di delineare i profili del consumo di risorse e dei costi assistenziali integrati. Complessivamente, si stima che il burden della patologia sul SSN genera una **spesa annua di 1,14 miliardi di euro**. Un nodo cruciale nella valutazione della spesa e degli outcome clinici è l'**aderenza dei pazienti alle terapie**,

questa è **bassa nelle somministrazioni orali** (il 42,8% dei pazienti risulta aderenti alla terapia), soprattutto le statine, mentre risulta più alta per le terapie biologiche. In questo contesto, **numerosi studi dimostrano come la semplificazione della terapia migliori l'aderenza e l'efficacia clinica, diminuendo, di conseguenza, il numero di eventi cardiovascolari**. Un approccio per favorire l'accesso in considerazione della sostenibilità è il controllo in termini di appropriatezza tramite l'applicazione sia della Nota 13, limitante la rimborsabilità in funzione delle classi di rischio, sia tramite sistemi di monitoraggio con schede prescrittive, piani terapeutici e registri”.

Ufficio stampa Motore Sanità

comunicazione@motoresanita.it

Laura Avalle – Cell. 320 0981950

Liliana Carbone Cell.3472642114

www.motoresanita.it