

DOCUMENTO DI SINTESI



PNRR, IPERCOLESTEROLEMIA, RISCHIO CARDIOVASCOLARE TRA BISOGNI IRRISOLTI, INNOVAZIONE E NUOVE NECESSITÀ ORGANIZZATIVE

LOMBARDIA



www.motoresanita.it



31 Gennaio 2023

dalle 10.00 alle 13.00

Con il patrocinio di



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI BRESCIA



Fondazione italiana per il cuore

Associazione senza scopo di lucro
Riconoscimento giuridico n. 14.12.649



SALUTI DELLE AUTORITÀ

Il trattamento dell'ipercolesterolemia si inserisce all'interno del ragionamento di una medicina volta sempre di più a prevenire le malattie piuttosto che curarle.

Per un cambio di passo verso la medicina di iniziativa è necessario però un cambio culturale anche da parte delle istituzioni politiche.

Il futuro della sanità Lombarda grazie al riassetto organizzativo della medicina territoriale e gli investimenti del PNRR si sta muovendo verso questa direzione ma cambiare cultura si deve tradurre anche in una visione che non interpreti più le risorse messe in campo per la prevenzione come una spesa ma come un investimento in salute ed in un risparmio futuro per il SSR.



INTRODUZIONE DI SCENARIO

In Italia, ogni anno, per malattie cardiovascolari muoiono più di 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 per il SSN un impatto clinico, organizzativo ed economico enorme (spesa sanitaria diretta ed indiretta quantificabile in circa 16 miliardi €/anno).

Ipercolesterolemia e rischio cv: problemi aperti

- Fattori di rischio che possono contribuire all'ipercolesterolemia: stili di vita (sedentarietà, dieta), sovrappeso-obesità, malattie metaboliche come diabete. Inoltre, il colesterolo LDL tende ad aumentare con l'età, soprattutto fra le donne.
- Vi sono poi forme di ipercolesterolemia in individui geneticamente predisposti come: la ipercolesterolemia Familiare (mutazioni del gene del recettore delle LDL sul cromosoma 19), che si caratterizza in 2 tipologie entrambe causa di aterosclerosi e problemi cardiaci fin in giovane età:
 - Forma eterozigote con segni meno evidenti durante l'infanzia ma con problemi CV che cominciano in genere a 35-40 anni negli uomini e a 45-55 anni nelle donne (incidenza 1/500 individui) *
 - Forma omozigote si manifesta in modo grave fin dall'infanzia (valori di CT tra 600 e 1200 mg/dL. ed incidenza 1/milione individui) *

*Dati ANMCO e SIPREC



Nonostante questo scenario:

- Su oltre 1 milione di pazienti a più alto rischio → 80% non raggiunge target indicato dalle più recenti Linee Guida internazionali, situazione aggravatasi durante la pandemia → minori controlli, mancate diagnosi, perdita di aderenza.

Allora c'è da chiedersi perché si verifica questo a fronte di evidenze consolidate negli anni e terapie efficaci disponibili?

- Intolleranza alle statine (muscolare, epatica): tutte le statine ogni dosaggio o dosi alte)
- Mancato raggiungimento degli obiettivi terapeutici: the lower, the better; the earlier, the better
- Mancata aderenza alle prescrizioni terapeutiche

Colesterolo e rischio cv elevato

- Le linee guida ESC (Società Europea cardiologia) hanno indicato la necessità di ridurre drasticamente le LDL per ridurre il rischio di eventi CV1 → Ridurre C-LDL di 2 mmol/l (circa 77 mg/dl) in 5 anni su 10 mila pazienti in prevenzione 2° → eventi CV maggiori evitati in 1000 individui.
- Recenti dati nei pazienti a rischio CV molto alto (studio START 3) hanno evidenziato un raggiungimento solo nel 58.1% dei pazienti del target LDL (<70 mg/dl e solo 3.2% <55 mg/dl). Questo risultato sembra correlato anche a potenziali eventi avversi delle statine (50-100 casi ogni 10.000 pazienti trattati in 5 anni).



IPERCOLESTEROLEMIA E RISCHIO CARDIOVASCOLARE: QUALI NUOVE OPPORTUNITÀ DI CURA, QUALE ACCESSO, QUALI BISOGNI ORGANIZZATIVI

cardiovascolare. Nelle linee guida 2019 ESC/EAS per la gestione delle dislipidemie è infatti specificato che modificare la presenza di lipidi nel sangue serve a ridurre il rischio cardiovascolare.

Questo assunto deve essere un concetto chiave per gli operatori sanitari e anche per i pazienti che devono aver chiara la motivazione per una corretta aderenza alle terapie per l'ipercolesterolemia.

Come definire il rischio cardiovascolare

Per suddividere la popolazione generale è necessario valutare diversi fattori che compongono i fattori di rischio.

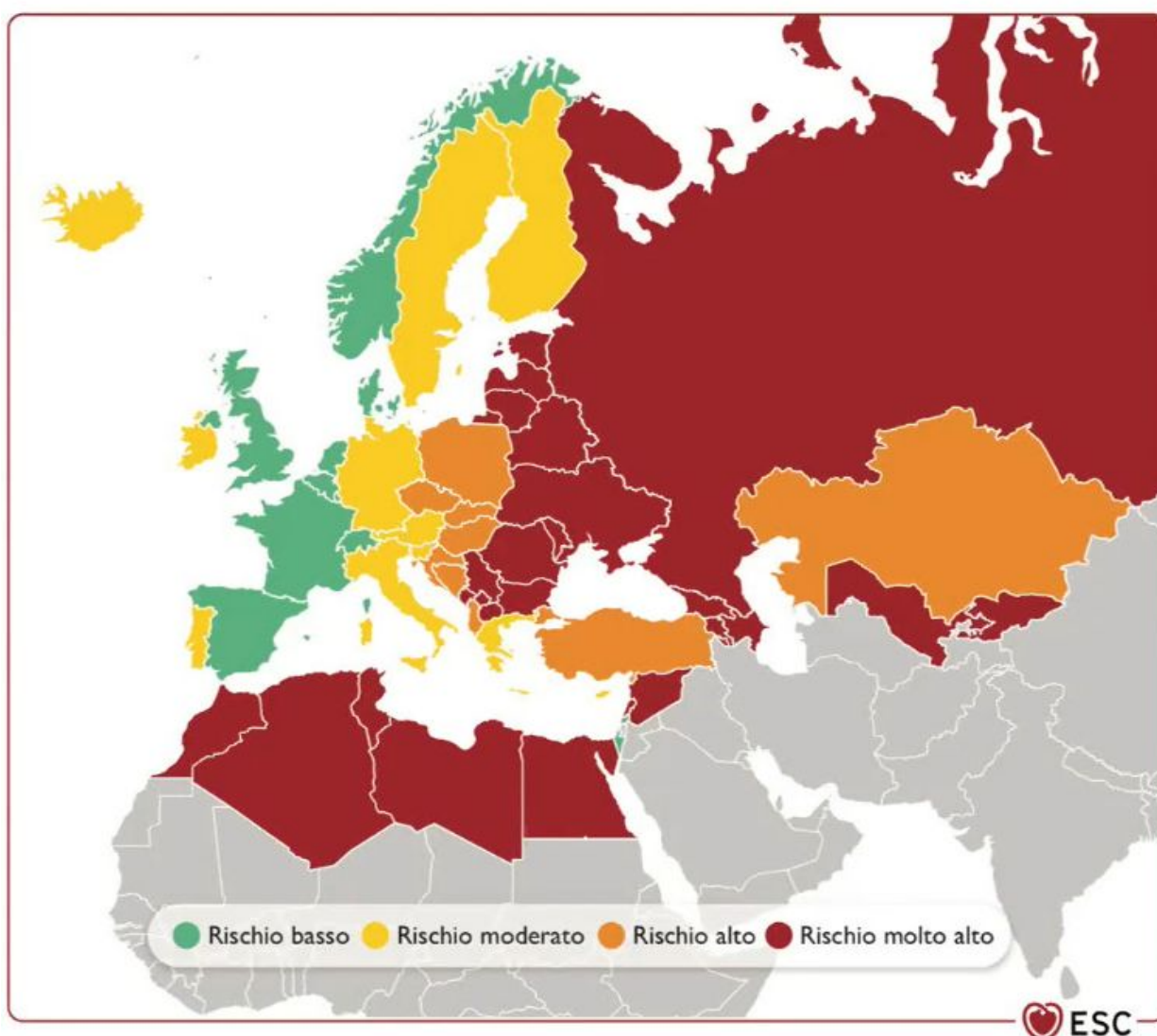
Categoria di pazienti	Sottogruppi	Categorie di rischio	Rischio di MCV e stima del beneficio atteso dalla terapia
Soggetti apparentemente sani			
Soggetti senza ASCVD accertata, diabete mellito, IRC, ipercolesterolemia familiare	<50 anni	Rischio da basso ad alto	Stimare il rischio di MCV a 10 anni (SCORE2). Stimare il rischio e il beneficio atteso dal trattamento dei fattori di rischio nel corso dell'intera vita (es. utilizzando il modello LIFE-CVD) per facilitare la comunicazione del rischio di MCV e dei benefici del trattamento.
	50-69 anni	Rischio da basso a molto alto	Stimare il rischio di MCV a 10 anni (SCORE2). Stimare il beneficio atteso dal trattamento dei fattori di rischio nel corso dell'intera vita (es. utilizzando il modello LIFE-CVD) per facilitare la comunicazione dei benefici del trattamento.
	≥70 anni	Rischio da basso a molto alto	Stimare il rischio di MCV a 10 anni (SCORE2). Stimare il beneficio atteso dal trattamento dei fattori di rischio nel corso dell'intera vita (es. utilizzando il modello LIFE-CVD) per facilitare la comunicazione dei benefici del trattamento.
Pazienti con IRC			
IRC in assenza di diabete o ASCVD	IRC moderata (eGFR 30-44 ml/min/1.73 m ² e ACR <30 mg/g ◐ eGFR 45-59 ml/min/1.73 m ² e ACR 30-300 mg/g ◑ eGFR ≥60 ml/min/1.73 m ² e ACR >300 mg/g)	Rischio alto	N/A
	IRC severa (eGFR <30 ml/min/1.73 m ² ◐ eGFR 30-44 ml/min/1.73 m ² and ACR >30 mg/g)	Rischio molto alto	N/A
Ipercolesterolemia familiare			
In associazione a livelli di colesterolo marcatamente elevati	N/A	Rischio alto	N/A
Pazienti con DM di tipo 2			
Anche i pazienti con DM di tipo 1 di età >40 anni possono rientrare in questa categoria sulla base di tali criteri	Pazienti con DM ben controllato di breve durata (es. <10 anni), senza evidenza di TOD e senza ulteriori fattori di rischio per ASCVD	Rischio moderato	N/A
	Pazienti con DM senza ASCVD e/o TOD severo che non rientrano nei criteri di rischio moderato	Rischio alto	Stimare il rischio residuo di MCV a 10 anni dopo il raggiungimento degli obiettivi di prevenzione generale (es. utilizzando lo score di rischio ADVANCE o il modello DIAL). Considerare il rischio di MCV nel corso



La valutazione del rischio è fondamentale per decidere i target da raggiungere ridurre appunto il rischio CV.

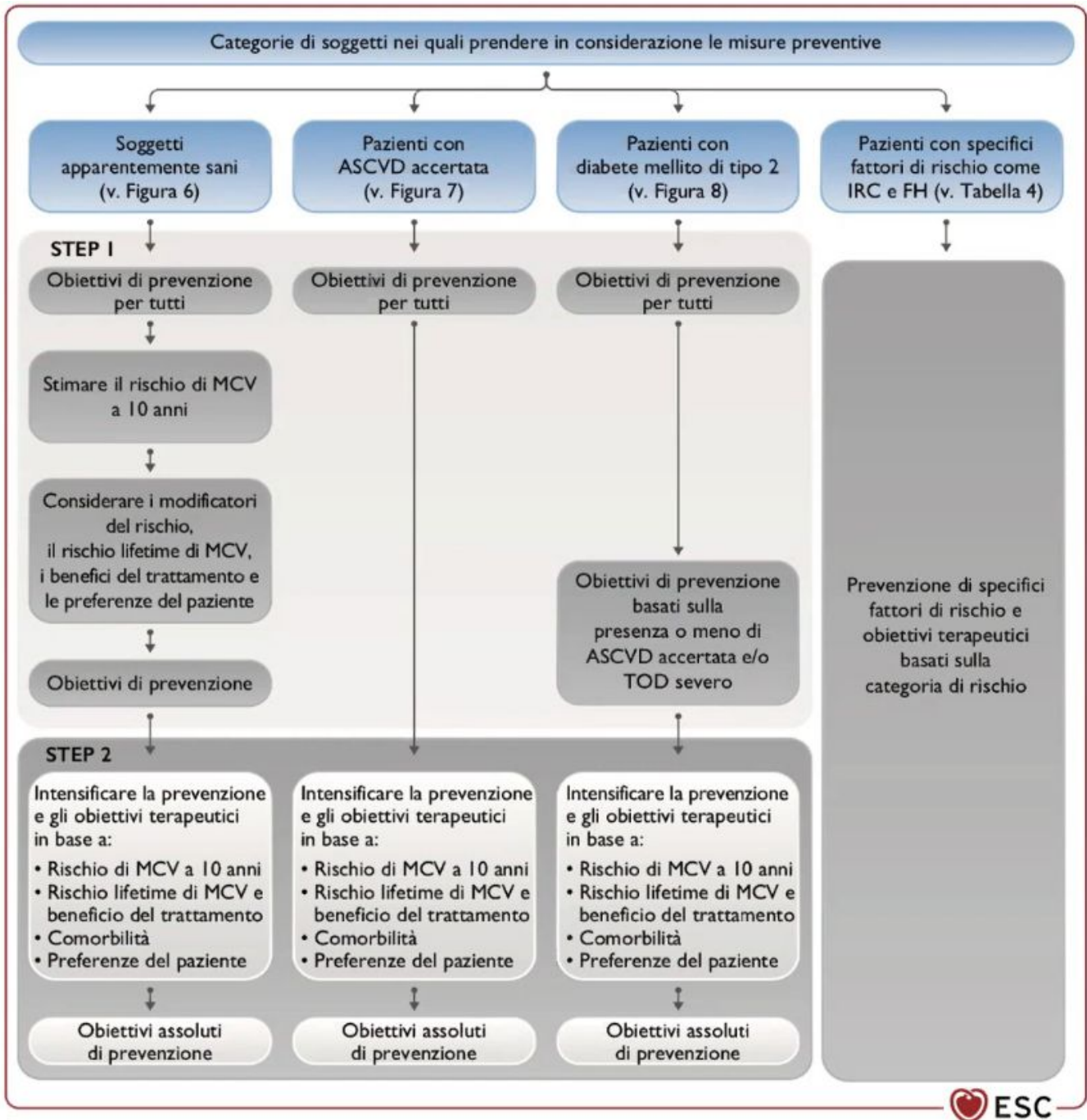
Se si analizzano le categorie di rischio delle regioni europee sulla base di tassi di mortalità cardiovascolare riportati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'Italia rientra nel rischio moderato.

Questo perché l'Italia rientra nella fascia 100-149 morti per patologie cardiovascolari ogni 100mila abitanti. Basso è <100x100mila, alto 150/299x100mila, molto alto >300x100mila.





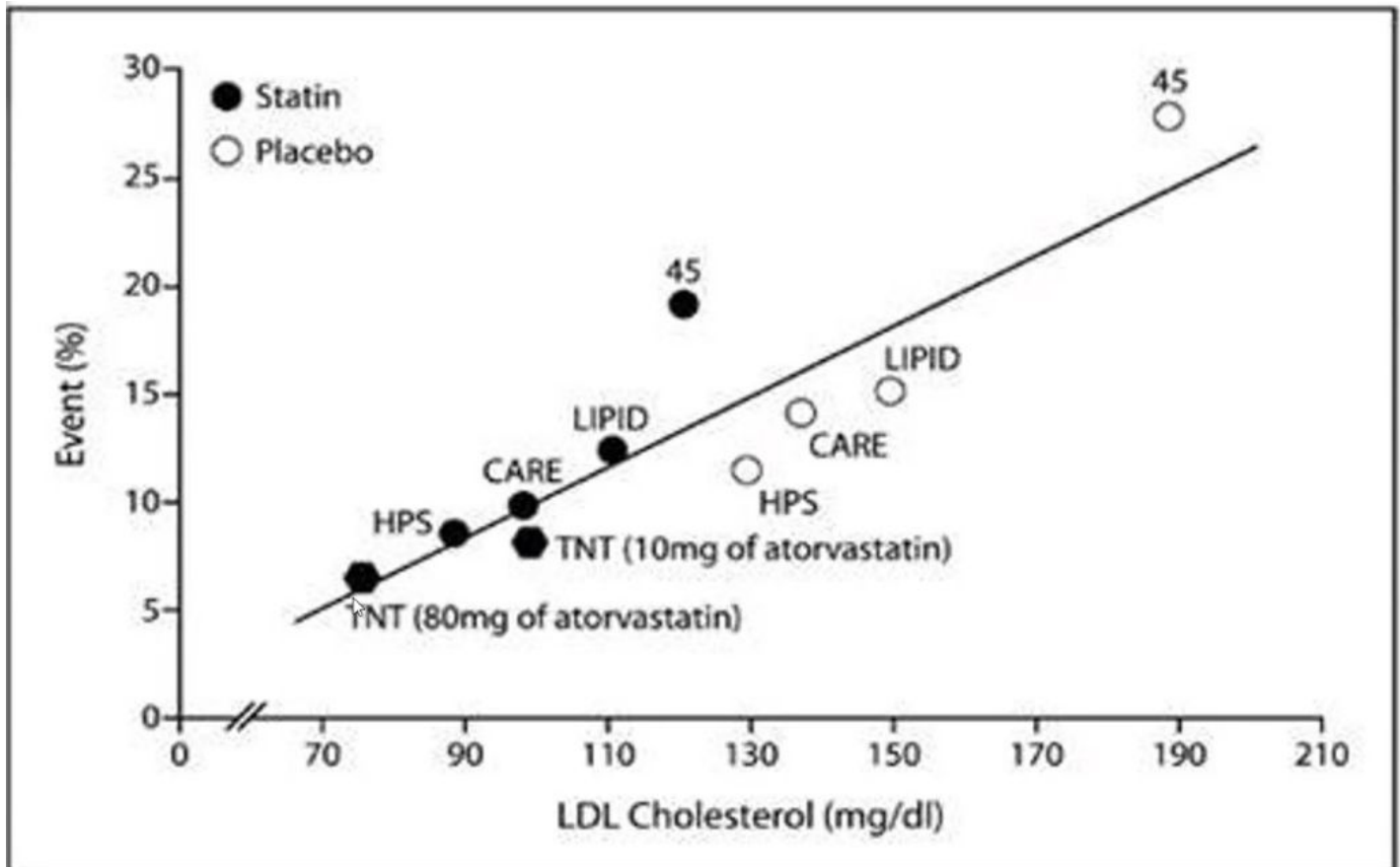
Una volta valutato il rischio del paziente lo specialista deve decidere se è necessario prendere in considerazione misure preventive.





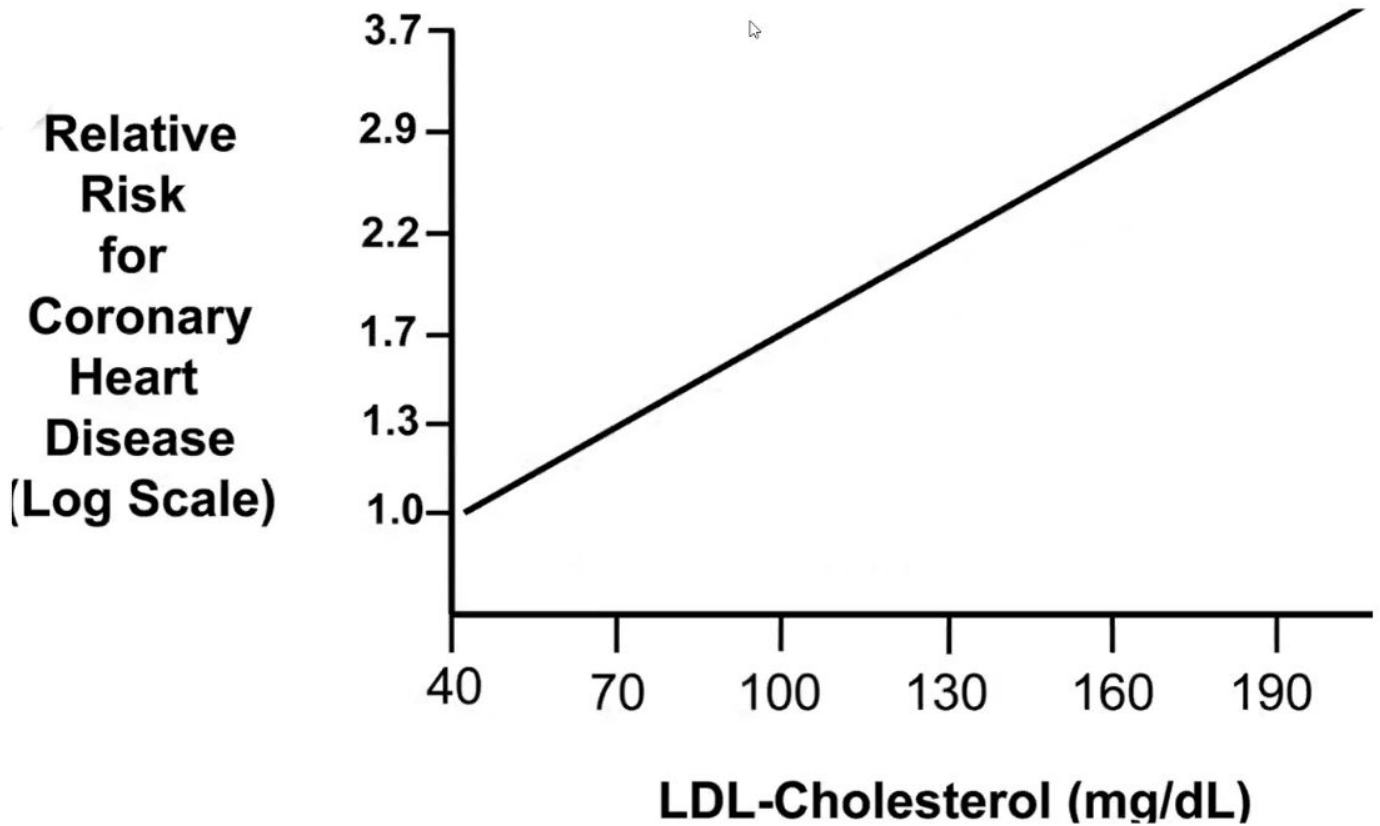
Come incide l'ipercolesterolemia sul rischio cardiovascolare

Gli studi in materia hanno dimostrato che maggiore è il colesterolo LDL nel sangue maggiore è il rischio CV.



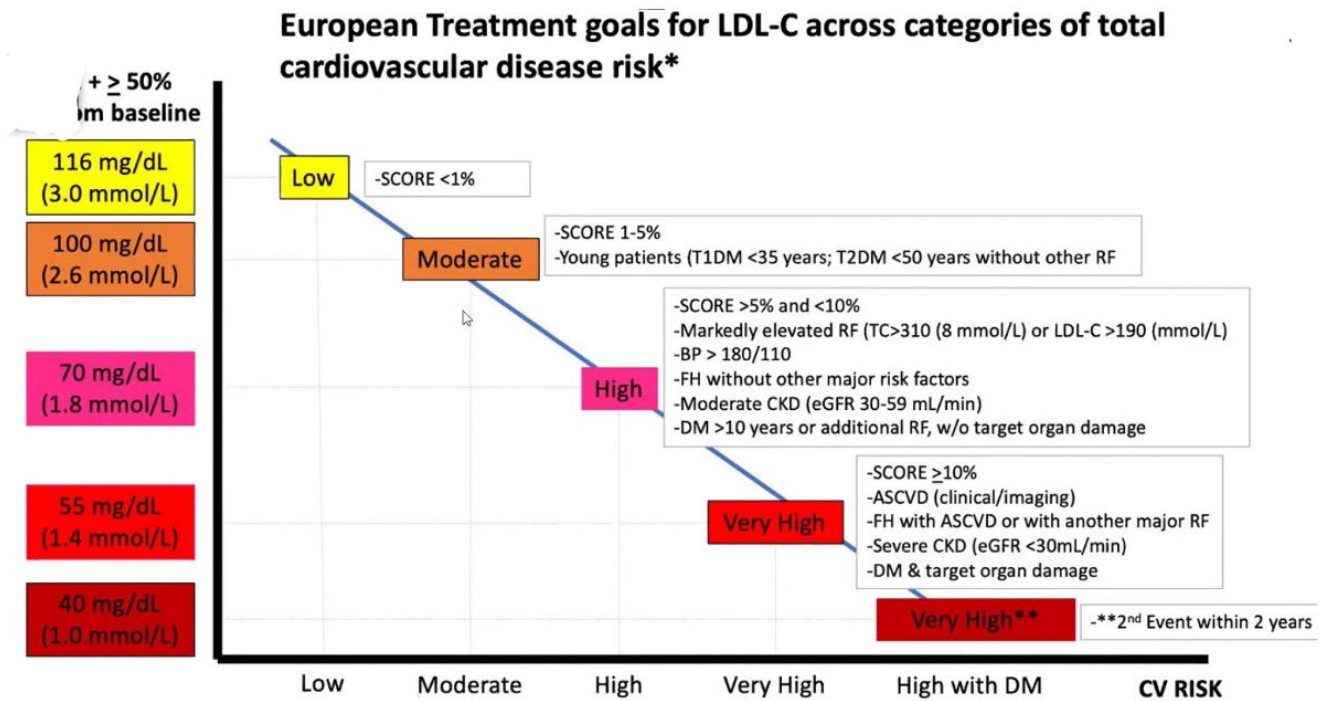


Inoltre è stato dimostrato l'assunto che più si riducono gli LDL-C nel sangue più si riduce il rischio cardiovascolare





Le linee guida ESC/EAS hanno delineato il target LDL-C da raggiungere in base al fattore di rischio del paziente.



*Adapted from slideset available on www.escardio.org/guidelines which is from 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk

Nelle linee guida maggiore è il rischio del paziente minore deve essere il LDL-C presente nel sangue.

Inoltre le particelle LDL hanno sia un effetto causale che cumulativo sul rischio CV. Pertanto, l'effetto di LDL-C sul rischio di ASCVD sembra essere determinato sia dall'entità assoluta che dalla durata totale dell'esposizione a LDL-C.



Approccio terapeutico ipolipidemizzante nel paziente con sindrome coronarica acuta

- Scegliere un trattamento che garantisca con certezza il raggiungimento del target e quindi una duplice (statina ad alta intensità + ezetimibe) o addirittura una triplice (statina ad alta intensità + ezetimibe + inibitore di PCSK9)
- Scegliere un trattamento che permetta il raggiungimento di valori di C-LDL particolarmente bassi (<40 mg/dl) nei pazienti a rischio estremo come colore che hanno presentato altri eventi cardiovascolari recenti, o sono affetti da arteriopatia periferica, malattia vascolare polidistrettuale o coronarica multivasale o da ipercolesterolemia familiare ricorrendo alla triplice terapia ed in un prossimo futuro anche ad una quadruplica terapia.
- Iniziare precocemente la terapia appropriata ricorrendo sistematicamente quando possibile all'approccio "fast-track", dal momento che il raggiungimento anticipato dei target ne predice il mantenimento a distanza, garantisce esiti clinici favorevoli anche nel medio-lungo termine e sembra modulare positivamente il fenotipo della placca aterosclerotica.



Eleggibilità di PCSK9 in fast-track per i pazienti con SCA recidivante o con primo episodio di SCA se con fattori di rischio CV maggiori

In particolare, a partire dal 16.06.2022, la modifica AIFA ha variato i nuovi valori soglia di C-LDL nella scheda di eleggibilità che passano da 100 mg/dl a 70 mg/dl per i pazienti under 80 in prevenzione secondaria.

Evento		Terapia da introdurre intra-ricovero	Terapia da introdurre a 4-6 settimane di follow-up	Terapia da introdurre a 8-12 settimane di follow-up
Scenario 1	I episodio di STEM/NSTEMI in paziente naïve da statine	Statine ad alta intensità	Statine alta intensità + ezetimibe se LDL >55 mg/dl	PCSK9i se C-LDL >100 mg/dl (evolocumab rimborsabile) PCSK9i se C-LDL 55-99 mg/dl (decisione clinica: secondo LG europee, non rimborsabile)
		Statine ad alta intensità + ezetimibe se MVD o DM o PAD o C-LDL molto elevato	PCSK9i se C-LDL >100 mg/dl (evolocumab rimborsabile) PCSK9i se C-LDL 55-99 mg/dl (decisione clinica: secondo LG europee, non rimborsabile)	--
Scenario 2	I episodio di STEM/NSTEMI in paziente in terapia con statine	Statine ad alta intensità + ezetimibe	PCSK9i se C-LDL >100 mg/dl (evolocumab rimborsabile) PCSK9i se C-LDL 55-99 mg/dl (decisione clinica: secondo LG europee, non rimborsabile)	--
		+ PCSK9i se MVD o DM o PAD o C-LDL molto elevato (evolocumab rimborsabile con C-LDL >100 mg/dl)	--	--
	I episodio di STEM/NSTEMI in paziente in terapia con statine + ezetimibe	Aggiungere PCSK9i se C-LDL >100 mg/dl (evolocumab rimborsabile)		--
		+ PCSK9i se C-LDL 55-99 mg/dl (decisione clinica: secondo LG europee, non rimborsabile)		--
Scenario 3	SCA recidivante (II episodio entro 2 anni) in paziente in terapia con statine	Aggiungere ezetimibe	PCSK9i se C-LDL >100 mg/dl (evolocumab rimborsabile) PCSK9i se C-LDL 40-99 mg/dl (decisione clinica: secondo LG europee, non rimborsabile)	--
		+ PCSK9i se C-LDL >100 mg/dl e: MVD o DM o PAD (evolocumab rimborsabile)	--	--
	SCA recidivante (II episodio entro 2 anni) in paziente in terapia con statine + ezetimibe	Aggiungere PCSK9i se C-LDL >100 mg/dl (evolocumab rimborsabile)		--
		+ PCSK9i se C-LDL 40-99 mg/dl (decisione clinica: secondo LG europee, non rimborsabile)		--

C-LDL, colesterolo LDL; DM, diabete mellito; LG, linee guida; MVD, malattia coronarica multivasale; NSTEMI, infarto miocardico senza sopraslivellamento del tratto ST; PAD, arteriopatia periferica; PCSK9i, inibitori di PCSK9; SCA, sindrome coronarica acuta; STEMI, infarto miocardico con sopraslivellamento del tratto ST.

Per raggiungere il target molto rapidamente è consigliato anche l'utilizzo del PCSK9 già in fase di ricovero.



Quali opportunità di cura

Le linee guida internazionali consigliano sempre l'utilizzo di statine ad alta intensità in associazione con un altro farmaco.

Recommendations	Class ^a	Level ^b
It is recommended that a high-intensity statin is prescribed up to the highest tolerated dose to reach the goals set for the specific level of risk. ^{32,34,38}	I	A
If the goals ^c are not achieved with the maximum tolerated dose of a statin, combination with ezetimibe is recommended. ³³	I	B
For primary prevention patients at very-high risk, but without FH, if the LDL-C goal is not achieved on a maximum tolerated dose of a statin and ezetimibe, a combination with a PCSK9 inhibitor may be considered.	IIb	C
For secondary prevention, patients at very-high risk not achieving their goal ^c on a maximum tolerated dose of a statin and ezetimibe, a combination with a PCSK9 inhibitor is recommended. ^{119,120}	I	A
For very-high-risk FH patients (that is, with ASCVD or with another major risk factor) who do not achieve their goal ^c on a maximum tolerated dose of a statin and ezetimibe, a combination with a PCSK9 inhibitor is recommended.	I	C
If a statin-based regimen is not tolerated at any dosage (even after rechallenge), ezetimibe should be considered. ^{197,265,353}	IIa	C
If a statin-based regimen is not tolerated at any dosage (even after rechallenge), a PCSK9 inhibitor added to ezetimibe may also be considered. ^{197,265,353}	IIb	C
If the goal ^c is not achieved, statin combination with a bile acid sequestrant may be considered.	IIb	C

François Mach, Colin Baigent, Alberico L. Catapano, Konstantinos C. Koskinas, Manuela Casula, Lina Badimon, M. John Chapman, Guy B. De Backer, Victoria Delgado, Brian A. Ference, Ian M. Graham, Alison Halliday, Ulf Landmesser, Borislava Mihaylova, Terje R. Pedersen, Gabriele Riccardi, Dimitrios J. Richter, Marc S. Sabatine, Marja-Riitta Taskiran, Lale Tokgozoglu, Olov Wiklund. ESC Scientific Document Group, **2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk**. The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS). *European Heart Journal*. Volume 41, Issue 1, 1 January 2020, Pages III–188. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz455>



Recommendations	Class ^a	Level ^b
Lipid-lowering drugs		
Statins are recommended in all NSTEMI-ACS patients. The aim is to reduce LDL-C by $\geq 50\%$ from baseline and to achieve LDL-C < 1.4 mmol/L (< 55 mg/dL). ^{533,534}	I	A
If the LDL-C goal ^c is not achieved after 4–6 weeks with the maximally tolerated statin dose, combination with ezetimibe is recommended. ^{514,535}	I	B
If the LDL-C goal ^c is not achieved after 4–6 weeks despite maximally tolerated statin therapy and ezetimibe, the addition of a PCSK9 inhibitor is recommended. ^{520,535}	I	B
If the current NSTEMI-ACS episode is a recurrence within less than 2 years of a first ACS, while taking maximally tolerated statin-based therapy, an LDL-C goal of < 1.0 mmol/L (< 40 mg/dL) may be considered. ^{520,535}	IIb	B



Importanza dell'aderenza e peso economico dei pazienti non a target

I singoli farmaci o la combinazione tra di essi comporta diversi livelli di riduzione di LDL nel paziente:

Intensity of lipid-lowering treatment

Treatment	Average LDL-C reduction
Moderate-intensity statin	≈ 30%
High-intensity statin	≈ 50%
High-intensity statin plus ezetimibe	≈ 65%
PCSK9 inhibitor	≈ 60%
PCSK9 inhibitor plus high-intensity statin	≈ 75%
PCSK9 inhibitor plus high-intensity statin plus ezetimibe	≈ 85%



Statine

Le statine inibiscono l'enzima HMG-CoA reduttasi. La riduzione del colesterolo intracellulare promuove l'espressione dei recettori LDL sulla superficie degli epatociti che determina un aumento dell'uptake di LDL dal circolo sanguigno e ridotte concentrazioni di LDL sieriche.

Ezetimibe

L'ezetimibe inibisce l'assorbimento intestinale del colesterolo alimentare e biliare a livello dell'orletto a spazzola dell'intestino senza influenzare l'assorbimento dei nutrienti liposolubili. Inibendo l'assorbimento del colesterolo, l'ezetimibe riduce la quantità di colesterolo erogata al fegato. In risposta alla riduzione del rilascio di colesterolo, il fegato reagisce sovraregolando l'espressione di LDLR, che a sua volta porta ad un aumento dell'eliminazione di LDL dal sangue.

Inibitori PCSK9

Recentemente è diventata disponibile una nuova classe di farmaci, l'inibitore del PCSK9, che prende di mira una proteina (PCSK9) coinvolta nel controllo del LDLR. La concentrazione o la funzione elevata di questa proteina nel plasma riduce l'espressione di LDLR promuovendo, dopo il legame, il catabolismo lisosomiale di LDLR e un conseguente aumento delle concentrazioni plasmatiche di LDL, mentre una minore concentrazione o funzione di PCSK9 è correlata a livelli plasmatici di LDL-C più bassi.

Acido bempedoico

Il meccanismo di azione dell'acido bempedoico è principalmente a livello epatico. L'acido bempedoico inibisce l'enzima ATP citrato liasi (ACL) nella ben nota via di sintesi del colesterolo, a monte rispetto al target delle statine. La conseguente sovraregolazione dei recettori per la LDL determina un'aumentata captazione di LDL da parte delle cellule epatiche con relativa riduzione dei livelli plasmatici di C-LDL.



Raggiungimento dei target nel mondo reale

Nonostante le linee guida indichino target di C-LDL molto stringenti ed esistono farmaci esternamente efficaci nel mondo reale sono ancora troppo pochi i pazienti che raggiungono i target.

Ad esempio tra i pazienti dopo sindrome coronarica acuta solo percentuali esigue hanno raggiunto i target di colesterolo LDL.

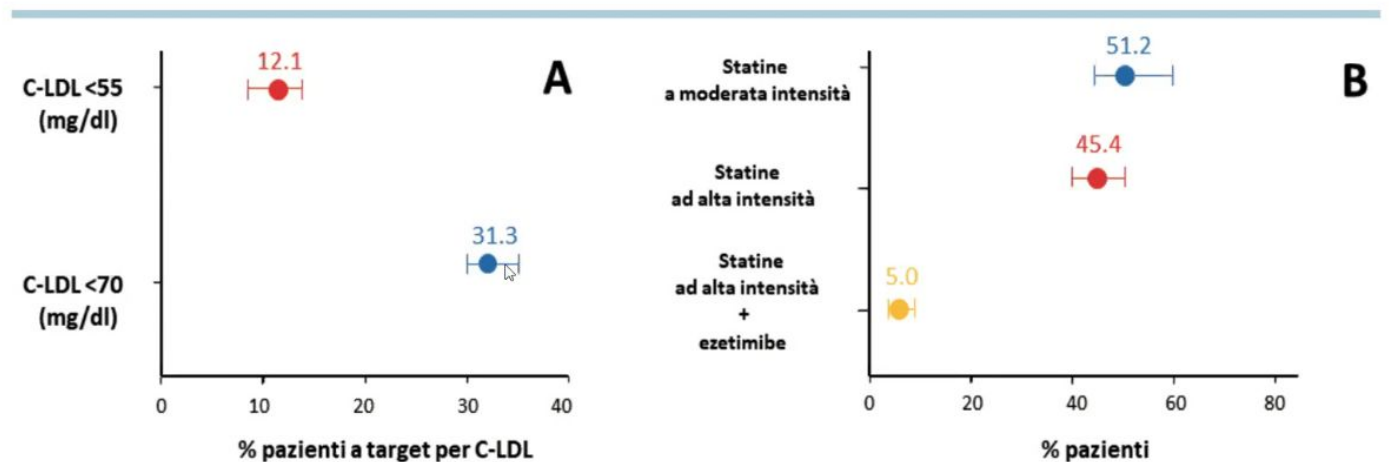


Figura 2. (A) Percentuale di raggiungimento del target di colesterolo LDL (C-LDL) nei pazienti a rischio alto o altissimo secondo le linee guida ESC/EAS 2019. (B) Percentuale di utilizzo delle statine a moderata ed alta intensità, in monoterapia o in associazione con ezetimibe.

Zuin Marco et al. G Ital Cardiol 2023;24(1):30-40



Necessità per migliorare la presa in carico

- I medici necessitano di avere maggior tempo per avere opportunità di comunicare con il paziente e spiegare l'importanza delle strategie di prevenzione (miglioramento dello stile di vita) durante le attività di routine (visite ambulatoriali specialistiche e dal medico di medicina generale, ricoveri ospedalieri, etc.).
- Necessità di avere slot di visite dedicati ai pazienti a rischio cardiovascolare alto e molto alto per garantire un follow-up adeguato volto al raggiungimento precoce dei target di colesterolo previsti dalle linee guida e per migliorare l'aderenza terapeutica del paziente.
- Snellire la burocrazia (spesso nella pratica clinica gli operatori incontrano molti scogli burocratici ed informatici) ed implementare i servizi informatici che consentono di generare ricette e piani terapeutici (naturalmente anche per i medici di medicina generale).
- Favorire la telemedicina come strumento che permetta di seguire i pazienti a tempi più ravvicinati.
- Snellire la burocrazia legata alla dispensazione dei farmaci ospedalieri (File F, dispensazione da parte della farmacia ospedaliera).
- Favorire la creazione di un team multidisciplinare (medico specialista, MMG, infermiere e farmacista) che accompagni e segua il paziente durante il suo percorso terapeutico per stimolare la compliance.



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

Come spiegato in precedenza, la percentuale di pazienti che raggiungono il target terapeutico per il colesterolo sono molto bassi. Questi dati si tramutano in un maggiore numero di eventi cardiovascolari e quindi di maggiori costi per il SSN.

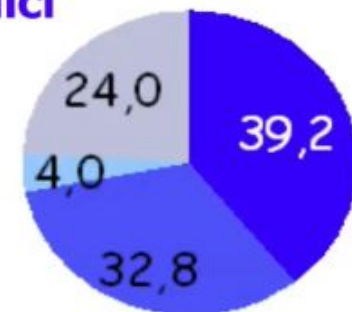
Controllo della patologia nella popolazione (Mennini 2016)

Le percentuali di pazienti consapevoli e non trattati e le percentuali di pazienti non adeguatamente trattati è estremamente alta in Italia.

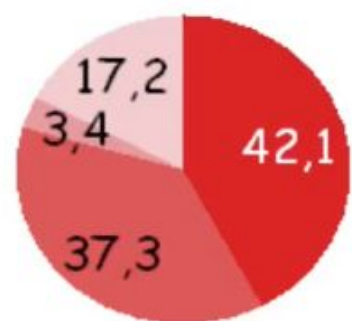
1998-02
12



2008-



Donne ipercolesterolemiche



Stato del controllo dell' ipercolesterolemia in Italia. Confronto 1998-2002 e 2008-2012. Uomini e donne 35-74 anni



Costi ospedalieri Italia

I costi ospedalieri incidono per circa l'80% dei costi totali per la patologia. Riuscire ad incrementare la prevenzione può portare ad un risparmio diretto su questi budget.

Stima dei costi annui per ospedalizzazioni di soggetti con ipercolesterolemia per diagnosi di dimissione. Italia 2008-2014

Genere	Soggetti	Ipercolesterolemi a + diagnosi cerebro- cardiovascolari	Ipercolesterolemi a + altre diagnosi	Diagnosi cerebro- cardiovascolari	TOTALE ospedalizzazioni
Uomini	109.052	€ 322.465.439,14	€ 166.746.349,69	€ 204.747.195,61	€ 693.958.984,44
Donne	84.872	€ 142.800.638,77	€ 171.894.985,81	€ 90.013.497,70	€ 404.709.122,28
Totale	193.924	€ 465.266.077,91	€ 338.641.335,50	€ 294.760.693,31	€ 1.098.668.106,72

Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO regione Marche



Costi totali Italia

Costi medi per soggetti ipercolesterolemici con o senza un evento cerebro-cardiovascolare.

Marche 2008-2014

Evento cerebro cardiovascolare e nell'anno	Soggetti	Ospedalizzazioni	Farmaceutica	Specialistica	Totale
No	2.739	€ 3.212	€ 110	€ 38	€ 3.360
Si	2.849	€ 8.485	€ 222	€ 60	€ 8.767
Totale	5.588	€ 5.901	€ 167	€ 49	€ 6.117

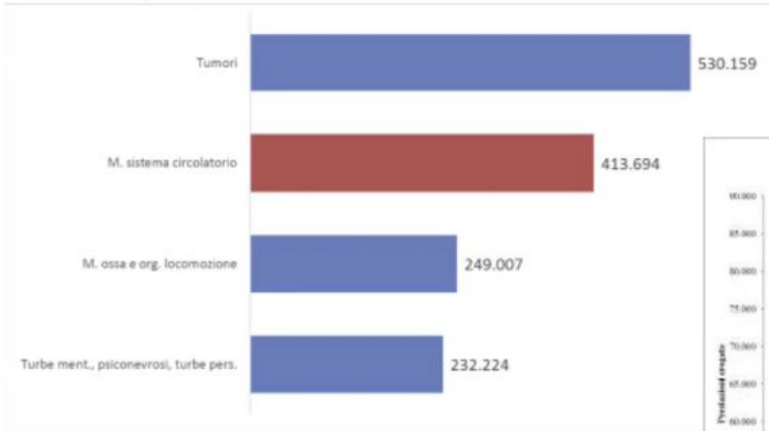
Fonte: nostre elaborazioni su dati SDO regione Marche

La spesa pubblica previdenziale

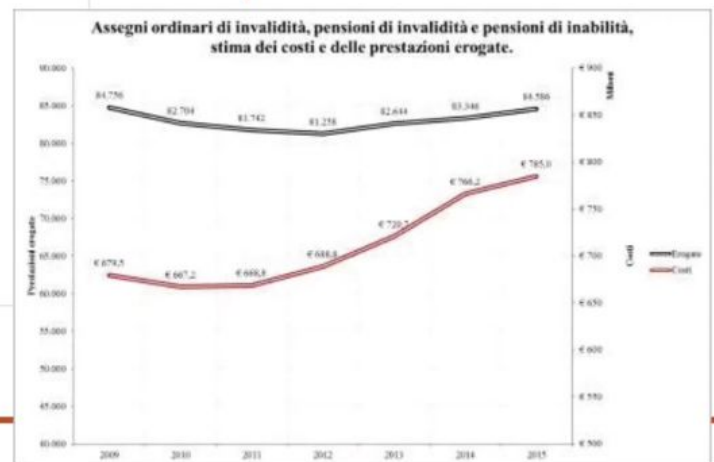
- Riuscire ad evitare eventi CV gravi può ridurre non solo la spesa ospedaliera ma anche i costi previdenziali legati alla patologia.
- Nel totale delle prestazioni erogate dall'INPS per gruppi di patologie dal 2001 al 205, le malattie cardiocircolatorie rappresento il 21%.
- Le malattie del sistema carcio-circolatorio rappresentano inoltre una voce importante di assegni di invalidità erogati dall'INPS, che nel periodo 2001-2015 hanno raggiunto il numero di 413.694.
- Annualmente si stimano oltre 750milioni di costi indiretti sostenuti dall'INPS per le malattie cardiovascolari (trend in aumento).



Prestazione erogate (Pensioni inabilità ed Assegni invalidità) – Italia 2001-2015



Costi e prestazioni – Italia 2009-2015



Costi evitabili

In una proiezione a 10 anni è stato calcolato che il raggiungimento di aderenza alla terapia del 70% in Italia (contro solo il 40-41% attualmente registrato nel nostro paese), determinerebbe un risparmio pari a circa 100 milioni di euro.



NOTA 13

La nota 13, secondo gli esperti intervenuti, è anacronistica rispetto alle indicazioni delle linee guida. Ad esempio il livello target del colesterolo LDL nel sangue, in base al livello di rischio del paziente, è definito all'interno delle Linee guida internazionali ma nella Nota 13 rilasciata da AIFA e nel suo aggiornamento nel dicembre 2022 risultato obsoleti. Questa nota deve essere aggiornata in base alle ultime ricerche sul rischio CV legato alla presenza di colesterolo LDL nel sangue e alle ultime innovazioni farmacologiche nell'ambito degli ipolipemizzanti. L'aggiornamento di questa nota è fondamentale per sensibilizzare meglio i medici sui rischi collegati al colesterolo soprattutto quanto riguarda l'arteriosclerosi.

IL PUNTO DI VISTA DEL FARMACISTA OSPEDALIERO

Le terapie innovative danno sempre di più la possibilità ai clinici di selezionare le terapie in maniera sempre più personalizzata al paziente. Questi nuovi farmaci, è stato definito, che al momento della registrazione vengono poi erogati dalle farmacie ospedaliere in maniera diretta.

Il farmacista ospedaliero è quindi una figura sempre più coinvolta nella presa in carico di questi pazienti. Diventa fondamentale il ruolo del farmacista nel garantire la corretta aderenza del paziente a questi trattamenti, perché per quanto i nuovi farmaci siano efficaci è necessario che vengano ben assunti dal paziente.

In trattamenti cronici capita spesso che il paziente non aderisca in maniera costante e corretta alla terapia è quindi compito del farmacista ospedaliero avere un ruolo proattivo nel garantire l'aderenza.

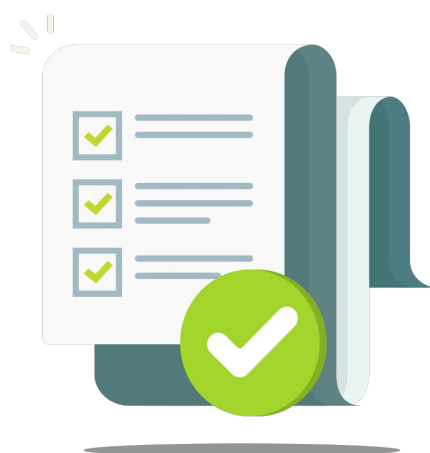


CONCLUSIONI

È dimostrato che la presenza di colesterolo LDL-C sia la causa di gravi rischi del sistema cardiovascolare nella popolazione.

Trattare questi pazienti deve essere una priorità assoluta del SSN visto che rappresentano un tasso di mortalità e di costo estremamente alto per la società.

L'avvento di nuovi trattamenti farmacologici offre nuove ed importanti opportunità terapeutiche che devono essere sfruttate al meglio.





ACTION POINTS

1. Una maggior riduzione del rischio CV potrebbe essere ottenuta attraverso le nuove terapie che abbattano il problema dell'aderenza e dell'esposizione a lungo termine alla LDL-C
2. Bisogna sensibilizzare i pazienti sull'importanza del ridurre il colesterolo ai fini di ridurre i rischi al sistema cardiocircolatorio. Sensibilizzare e formare il paziente resta l'arma più efficace a disposizione dei medici per garantire livelli di aderenza alle terapie adeguati. Per riuscire in questo è fondamentale una alleanza tra MMG e specialista che hanno in carico il paziente.
3. Per ridurre i costi generali della patologia è fondamentale aumentare l'aderenza alla terapia. Ridurre gli eventi avversi comporta un minore esborso per il SSR anche a fronte di una possibile maggiore spesa farmaceutica.
4. Utilizzare i diversi strumenti offerti dalla telemedicina per il monitoraggio del paziente può garantire migliori outcome di salute ed un maggiore controllo sull'uso adeguato delle terapie.
5. È fondamentale stratificare il rischio del paziente così da poter prescrivere la terapia più adatta.
6. La definizione in Piemonte dei percorsi assistenziali (PDTA) presenta una intrinseca rigidità che confligge con il bisogno di personalizzazione delle cure, soprattutto nel paziente con multimorbilità. Indispensabile creare reti specialistiche multidisciplinari per soddisfare il bisogno del paziente.
7. L'educazione a stili di vita sani è un ambito che deve essere inserito in maniera strutturale all'interno del sistema sanità. Alimentazione ed esercizio fisico sono fattori fondamentali per una corretta salute è necessario quindi riuscire a portare questa educazione in tutti gli ambiti (lavorativi, educazionali, sanitari).



SONO INTERVENUTI (I NOMI RIPORTATI SONO IN ORDINE ALFABETICO):

Alberto Benetti, Direttore Medicina Interna I ASST Papa Giovanni XXIII

Grzegorz Bilo, Professore Associato Malattie dell'Apparato Cardiovascolare
Università degli Studi di Milano Bicocca e Responsabile Centro Ipertensione UO
Cardiologia Auxologico San Luca, Milano

Carlo Borghetti, Vicepresidente Consiglio Regionale e Componente III
Commissione permanente Sanità e Politiche Sociali, Regione Lombardia

Edoardo Conte, Referente Poliambulatorio Cardiovascolare Unità di Cardiologia
Universitaria IRCSS Ospedale Galeazzi Sant'Ambrogio

Davide Croce, Direttore Centro Economia e Management in Sanità e nel Sociale
LIUC Business School, Castellanza

Marco Fumagalli, Componente III Commissione Sanità e Politiche Sociali, Regione
Lombardia

Sergio Lai, Fondazione Italiana per il Cuore

Franco Lucente, Componente III Commissione Sanità e Politiche Sociali, Regione
Lombardia

Savina Nodari, Professore Associato Malattie dell'Apparato Cardiovascolare
Università degli Studi di Brescia

Fabrizio Giovanni Oliva, Direttore Struttura Complessa Responsabile struttura
semplice cardiologia 1 - emodinamica unità di cure intensive cardiologiche
Ospedale Niguarda, Milano

Arrigo Paciello, Dirigente Servizio Farmaceutico Territoriale ATS Bergamo

Marco Ruocco, ASST BRIANZA referente nazionale SIFACT, Dirigente Farmacista

Aurelio Sessa, Presidente SIMG Lombardia

Francesco Stefano Soriano, Dirigente Medico Dipartimento Cardioracovascolare
Ospedale Niguarda Milano



Roberto Trevisan, Direttore USC Malattie Endocrine - Diabetologia presso l'AO Papa Giovanni XXIII, Professore Associato di Endocrinologia Dipartimento di Medicina, Università degli Studi di Milano Bicocca

Simone Verde, Dirigente Medico Cardiologia ASST Cremona

Marta Zaccala, Farmacista SC Servizio Farmaceutica ATS Pavia

Claudio Zanon, Direttore Scientifico Motore Sanità



Con il contributo incondizionato di



Daiichi-Sankyo

f | **ORGANIZZAZIONE e SEGRETERIA**
t | Anna Maria Malpezzi
329 9744772
@ | Irene Chiambretto
350 1879976
v | segreteria@panaceasc.com
in

