

## DOCUMENTO DI SINTESI



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

PUGLIA/CALABRIA/SICILIA



[www.motoresanita.it](http://www.motoresanita.it)



# 1 Marzo 2023

dalle 10.00 alle 13.00

Con il patrocinio di



Regione Puglia



Università  
di Foggia



ASL Bari

PugliaSalute



## RAZIONALE

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).

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 robuste e consolidate negli anni sul loro valore preventivo e curativo sia in prevenzione primaria che in prevenzione secondaria.

Viene quindi da chiedersi cosa si possa aggiungere a quanto già oggi è ottenibile attraverso gli attuali percorsi di cura. Vi sono bisogni insoddisfatti o spazi di efficienza da colmare (accesso, aderenza, efficacia) che possano implementare ulteriormente i benefici raggiunti? Cosa si prospetta in termini di innovazione in questa area terapeutica e quali saranno le ricadute organizzative? 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?

Quale nuova governance, quali PDTA per consentire un accesso rapido, appropriato ed equo ai percorsi di cura?

Motore Sanità ritiene opportuno un confronto multiprofessionale tra centri esperti di assoluta eccellenza nelle diverse regioni che possa dare riscontro a questi interrogativi, condividendo idee e suggerendo soluzioni.



## INTRODUZIONE DI SCENARIO

L'ipercolesterolemia è un termine medico che indica un elevato livello di colesterolo nel sangue. Il colesterolo è una sostanza grassa presente nelle cellule del nostro corpo e che svolge molte funzioni vitali. Tuttavia, se i livelli di colesterolo nel sangue sono troppo alti, possono causare un aumento del rischio di malattie cardiovascolari, come l'infarto e l'ictus.

Il colesterolo può essere trasportato da due diverse lipoproteine: HDL (lipoproteine ad alta densità) e LDL (lipoproteine a bassa densità). L'HDL viene spesso chiamato "colesterolo buono", mentre il LDL viene chiamato "colesterolo cattivo". Questo perché l'HDL aiuta a trasportare il colesterolo dal sangue al fegato, dove viene eliminato, mentre il LDL può accumularsi sulle pareti delle arterie, aumentando il rischio di aterosclerosi (indurimento delle arterie).

L'ipercolesterolemia può essere causata da fattori genetici o da uno stile di vita poco salutare, come una dieta ricca di grassi saturi, mancanza di attività fisica, obesità e fumo. Il trattamento dell'ipercolesterolemia si basa su modifiche dello stile di vita e farmaci specifici, come le statine, che aiutano a ridurre i livelli di colesterolo LDL.





## Ipercolesterolemia e rischio cardiovascolare: impatto

- Ogni anno in Europa oltre 4 milioni di decessi per malattie CV si registrano (48% di tutti i decessi) di cui donne nel 55% → sola UE spesa circa 210 miliardi di euro\*.
- Ogni anno in Italia, per malattie CV muoiono più 224.000 persone e di queste, circa 47.000 sono imputabili al mancato controllo del colesterolo (Dati ANMCO e SIPREC).

Questo perché il **colesterolo** rappresenta uno tra i più importanti fattori di rischio CV, causando **per il SSN** un impatto clinico, organizzativo ed economico enorme (**spesa sanitaria** diretta ed indiretta → 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: l'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.



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

Esistono diverse nuove opportunità di cura per l'ipercolesterolemia e il rischio cardiovascolare che stanno emergendo. Ad esempio, si stanno sviluppando nuovi farmaci per abbassare i livelli di colesterolo LDL, come gli inibitori PCSK9 e gli inibitori dell'assorbimento del colesterolo intestinale. Inoltre, ci sono anche nuove terapie che mirano a migliorare la funzione del sistema immunitario per ridurre l'infiammazione e prevenire la formazione di placche arteriose.

Tuttavia, l'accesso a queste nuove opzioni di cura potrebbe essere limitato a causa dei costi, che nel sistema attuale a silos budget potrebbero portare a difficoltà di gestione delle risorse, e delle difficoltà organizzative. È quindi importante che i governi e le organizzazioni sanitarie si impegnino per garantire un accesso equo e universale a queste nuove terapie.

Inoltre, ci sono anche bisogni organizzativi importanti per migliorare la gestione dell'ipercolesterolemia e il rischio cardiovascolare. Ad esempio, la prevenzione e il controllo dei fattori di rischio dovrebbero essere integrati nella gestione della salute primaria, con la promozione di stili di vita sani e il monitoraggio regolare dei livelli di colesterolo e della pressione sanguigna.

Inoltre, è importante migliorare la comunicazione tra i medici, i pazienti e gli specialisti per garantire un trattamento coordinato e personalizzato per ogni paziente. Inoltre, l'educazione dei pazienti sulle malattie cardiovascolari e sui fattori di rischio dovrebbe essere considerata un elemento fondamentale nella gestione di queste patologie.

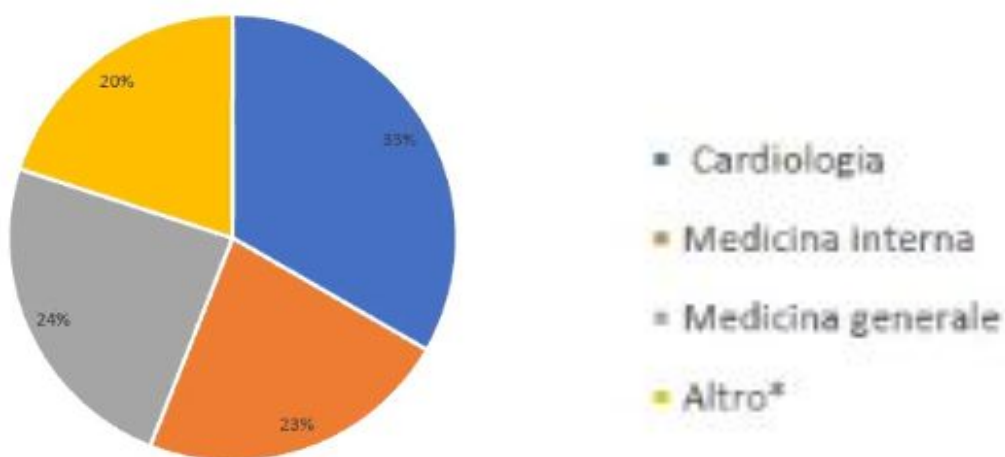




In Puglia è stata condotta una survey tra medici cardiologi, internisti, MMG e pneumologi a cui sono state poste delle domande sulla conoscenza e la gestione del problema dell'ipercolesterolemia

- Quale è la tua prevalente area di interesse?

Risposte	N	%
<b>Cardiologia</b>	<b>25</b>	<b>33%</b>
Medicina interna	17	23%
Medicina generale	18	24%
Altro*	15	20%
Totale	75	



\* arteriopatie, diabetologia, endocrinologia

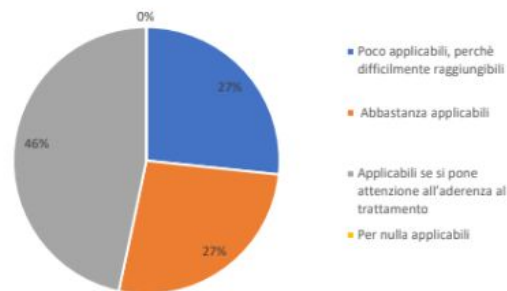




Le domande poste sono state:

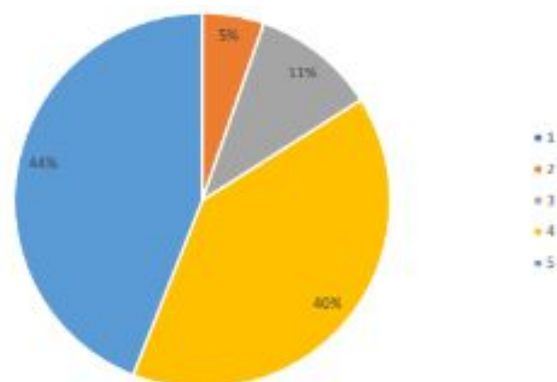
- Ritieni che i target di colesterolo LDL proposti dalle Linee Guida ESC per i pazienti dislipidemici a rischio alto e molto alto siano applicabili nella pratica clinica?

Risposte	N	%
Poco applicabili, perchè difficilmente raggiungibili	20	27%
<b>Abbastanza applicabili</b>	<b>20</b>	<b>27%</b>
<b>Applicabili se si pone attenzione all'aderenza al trattamento</b>	<b>35</b>	<b>47%</b>
Per nulla applicabili	0	0%
Totale	75	



- La non aderenza in una scala da 1 (per nulla) a 5 (moltissimo) quanto influisce sull'insuccesso terapeutico?

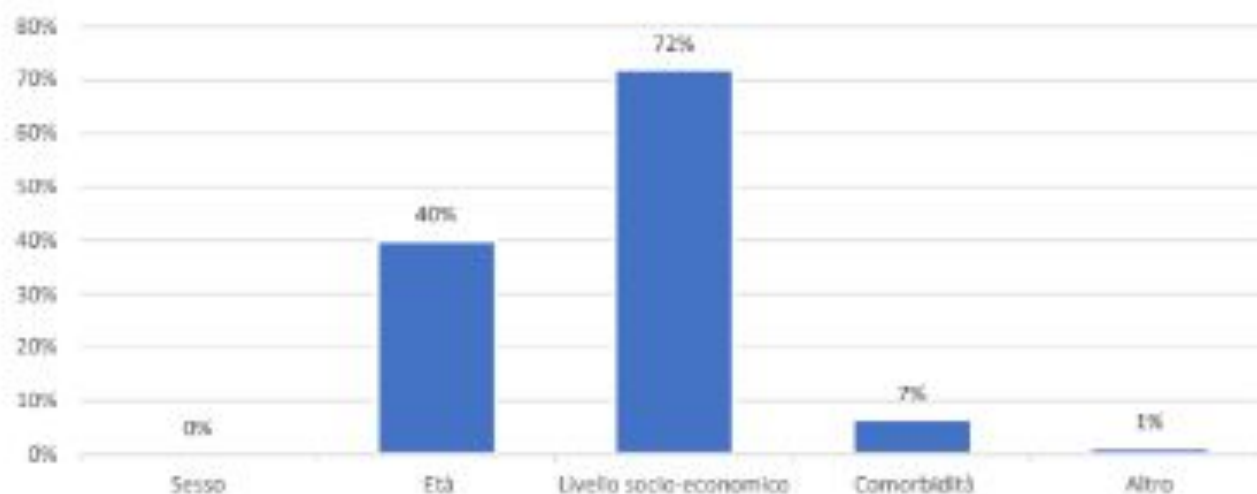
Risposte	N	%
1	0	0%
2	4	5%
3	8	11%
<b>4</b>	<b>30</b>	<b>40%</b>
<b>5</b>	<b>33</b>	<b>44%</b>
Totale	75	





- Quali, tra le seguenti caratteristiche dei pazienti, incidono maggiormente sulla non aderenza ai trattamenti farmacologici? (È possibile indicare più di una risposta)

Risposte	N	%
Sesso	0	0%
<b>Età</b>	30	40%
<b>Livello socio-economico</b>	54	72%
Comorbidity	5	7%
Altro	1	1%
Totale risposte	90	
N. rispondenti	75	





Su quest'ultima domanda, una serie di studi e osservazioni, hanno dimostrato che la mancata aderenza soprattutto nei trattamenti cronici è legata a molte condizioni alcune delle quali correlate alle caratteristiche del paziente e all'età avanzata.

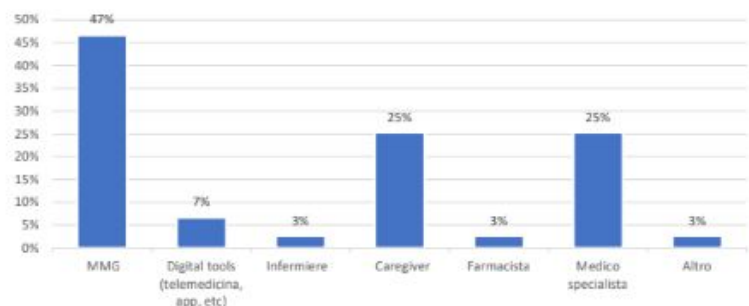
**Fattori demografici, clinici e socio-economici potenzialmente predittivi di mancata Aderenza nei diversi studi clinici osservazionali**

Paziente	Condizione clinica	Terapia	Sistema sanitario	Condizioni socio-economiche
Età avanzata	Patologia cronica	Elevato numero di farmaci	Intralci burocratici	Basso livello culturale
Sesso femminile	Condizioni asintomatiche	Posologia complessa	Cattiva comunicazione	Disagio sociale
Deficit cognitivi	Comorbidità multiple	Effetti collaterali	Visite brevi	Solitudine
Depressione			Visite non frequenti	

Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther* 2001; 26:331-42.

- Attualmente, il maggior supporto per monitorare l'aderenza alla terapia è fornito da: (È possibile indicare più di una risposta)

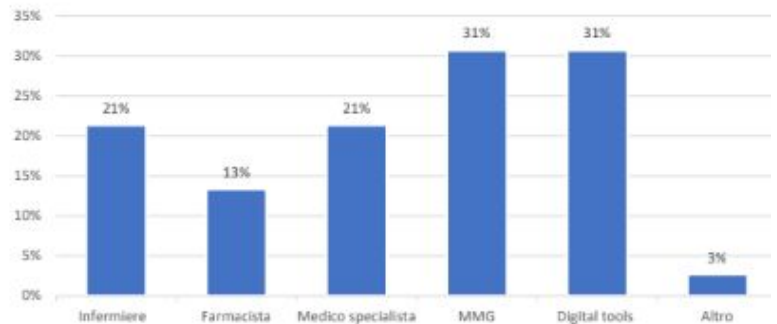
Risposte	N	%
<b>MMG</b>	35	47%
Digital tools (telemedicina, app)	5	7%
Infermiere	2	3%
Caregiver	19	25%
Farmacista	2	3%
Medico specialista	19	25%
Altro	2	3%
Totale risposte	84	
N. rispondenti	75	





- Quali figure professionali, interverranno in un futuro prossimo per migliorare l'aderenza terapeutica? (È possibile indicare più di una risposta)

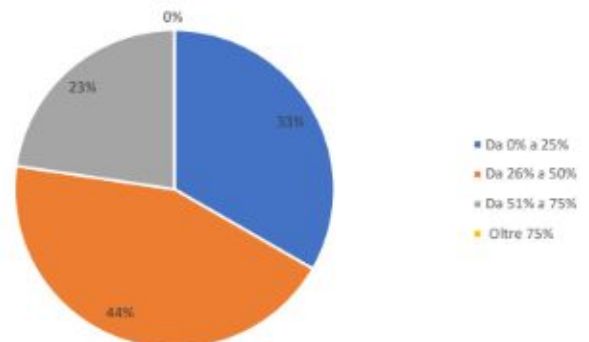
Risposte	N	%
Infermiere	16	21%
Farmacista	10	13%
Medico specialista	16	21%
<b>MMG</b>	<b>23</b>	<b>31%</b>
<b>Digital tools</b>	<b>23</b>	<b>31%</b>
Altro	2	3%
Totale risposte	90	
N. rispondenti	75	



Per il futuro i medici intervistati identificano ancora l'MMG come il primo attore del SSN a monitorare la presenza del paziente, ma nella survey è stato indicato anche che le nuove tecnologie digitali potranno avere un ruolo altrettanto importante.

- Secondo la sua esperienza, in che percentuale il paziente dislipidemico ad alto rischio riesce a raggiungere i target previsti dalle linee guida?

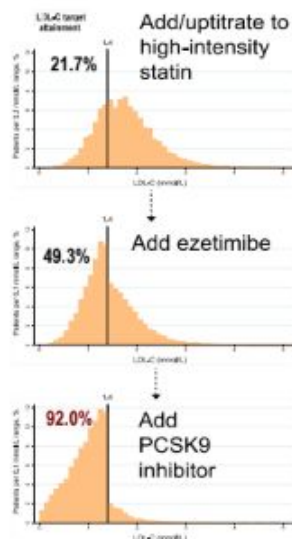
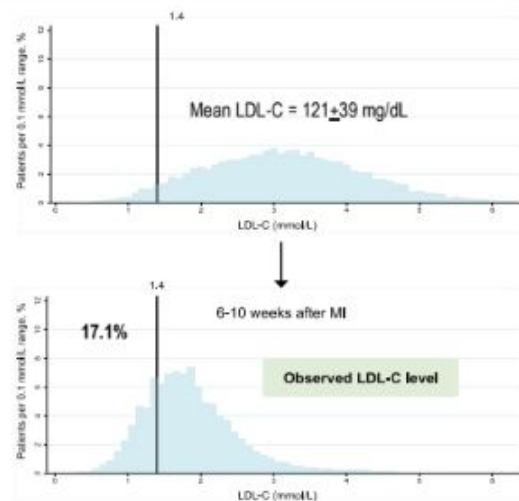
Risposte	N	%
Da 0% a 25%	25	33%
<b>Da 26% a 50%</b>	<b>33</b>	<b>44%</b>
Da 51% a 75%	17	23%
Oltre 75%	0	0%
Totale	75	





Nonostante i professionisti hanno la percezione che raggiungere i target di colesterolo LDL sia molto difficile uno studio pubblicato sullo *European Heart Journal* (2020, 41, 3900-3909) ha mostrato come invece sia possibile applicando le linee guida ESC/EAS con l'utilizzo degli inibitori della PCSK9i

LDL-C levels at/during admission (2013-17) in 25466 AMI patients, 18-74 years, from the SWEDEHEART register



«for the very high risk goal of 1.4 mmol/L (55 mg/dL), **high intensity-high dose statins** are sufficient **only in 1 out of 5 patients**

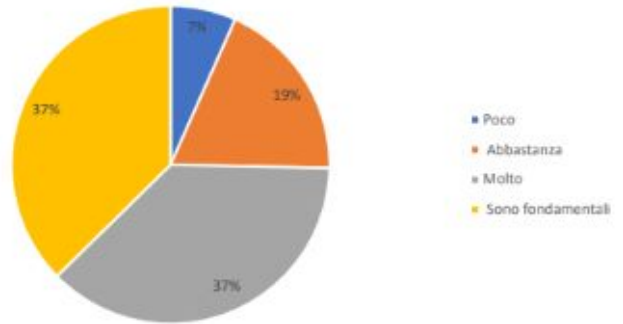
«for the very high risk goal of 1.4 mmol/L (55 mg/dL), **ezetimibe** can guarantee the target in at least **1 out of 2 patients**

for the very high risk goal of 1.4 mmol/L (55 mg/dL), **the PCSK9i** can guarantee the target in **90% of patients**



- Quanto ritieni utile per il mantenimento del target terapeutico le associazioni terapeutiche?

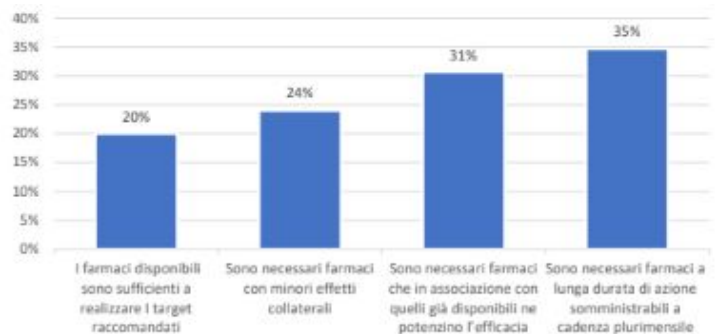
Risposte	N	%
Poco	5	7%
Abbastanza	14	19%
<b>Molto</b>	<b>28</b>	<b>37%</b>
<b>Sono fondamentali</b>	<b>28</b>	<b>37%</b>
Totale	75	



Le associazioni terapeutiche si stanno affermando all'interno del SSR anche se esiste una fetta (7%) di professionisti che non le ritiene utili.

- Per il trattamento delle dislipidemie esistono bisogni non ancora soddisfatti? (È possibile indicare più di una risposta)

Risposte	N	%
I farmaci disponibili sono sufficienti a realizzare i target raccomandati	15	20%
Sono necessari farmaci con <b>minori effetti collaterali</b>	18	24%
Sono necessari farmaci che in associazione con quelli già disponibili ne potenzino l'efficacia	23	31%
Sono necessari farmaci a lunga durata di azione <b>somministrabili a cadenza plurimensile</b>	26	35%
Totale risposte	82	
N. rispondenti	75	







Uno dei principali bisogni non soddisfatti è quello di disporre di farmaci con pochi effetti collaterali così da mantenere alta l'aderenza alla terapia.

Inoltre, è stata espressa la necessità di approcciare il paziente ad alto rischio con terapie molto aggressive sin dalle prime fasi della presa in carico.

Rischio molto alto (C-LDL target < 55 mg/dL)			
LDL-C basali (mg/dL)	Terapia all' ingresso	Terapia alla dimissione	note
< 150	nessuna	Statina ad alta intensità + ezetimibe	Solo statina ad alta dose se C-LDL basale < 110
	Statina a bassa/moderata intensità		Controllo a 4 settimane per eventuale aggiunta dei PCSK9i
	Statina ad alta intensità	Statina ad alta intensità + ezetimibe + PCSK9i*	*Fast track a 4 settimane
	Statina + ezetimibe		*Fast track immediato
≥ 150	nessuna	Statina ad alta intensità + ezetimibe	Controllo a 4 settimane per eventuale aggiunta dei PCSK9i
	Statina a bassa/moderata intensità	Statina ad alta intensità + ezetimibe + PCSK9i*	*Fast track a 4 settimane
	Statina ad alta intensità		*Fast track immediato
	Statina + ezetimibe		

Giorn Ital Cardiol, submitted

Rischio estremo (C-LDL target 40 mg/dL)			
LDL-C basali (mg/dL)	Terapia all' ingresso	Terapia alla dimissione	note
< 150	nessuna	Statina ad alta intensità + ezetimibe	Controllo a 4 settimane per eventuale aggiunta dei PCSK9i
	Statina a bassa/moderata intensità	Statina ad alta intensità + ezetimibe + PCSK9i*	*Fast track a 4 settimane
	Statina ad alta intensità		*Fast track immediato
	Statina + ezetimibe		*Fast track immediato (considerare terapie aggiuntive)
≥ 150	nessuna	Statina ad alta intensità + ezetimibe + PCSK9i*	*Fast track a 4 settimane
	Statina a bassa/moderata intensità		*Fast track immediato
	Statina ad alta intensità		*Fast track immediato (considerare terapie aggiuntive)
	Statina + ezetimibe		

Giorn Ital Cardiol, submitted

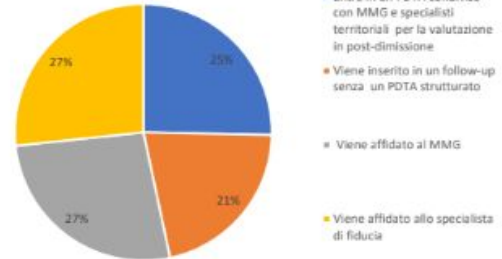
(GIC 2023;24(1):30-40)





- Nella tua realtà come viene gestito il paziente dopo un ricovero per sindrome coronarica acuta per eventuale? adeguamento della terapia ipolipemizzante

Risposte	N	%
<b>Entra in un PDTA condiviso con MMG e specialisti territoriali per la valutazione in post-dimissione</b>	19	<b>25%</b>
Viene inserito in un follow-up senza un PDTA strutturato	16	21%
Viene affidato al MMG	20	27%
Viene affidato allo specialista di fiducia	20	27%
Totale	75	



La survey ha coperto anche gli aspetti organizzativi del SSR mettendo in luce che soltanto il 25% dei pazienti (dopo un ricovero per sindrome coronarica acuta) viene gestito con un PDTA condiviso tra medici di medicina generale e specialisti territoriali in un processo di presa in carico.

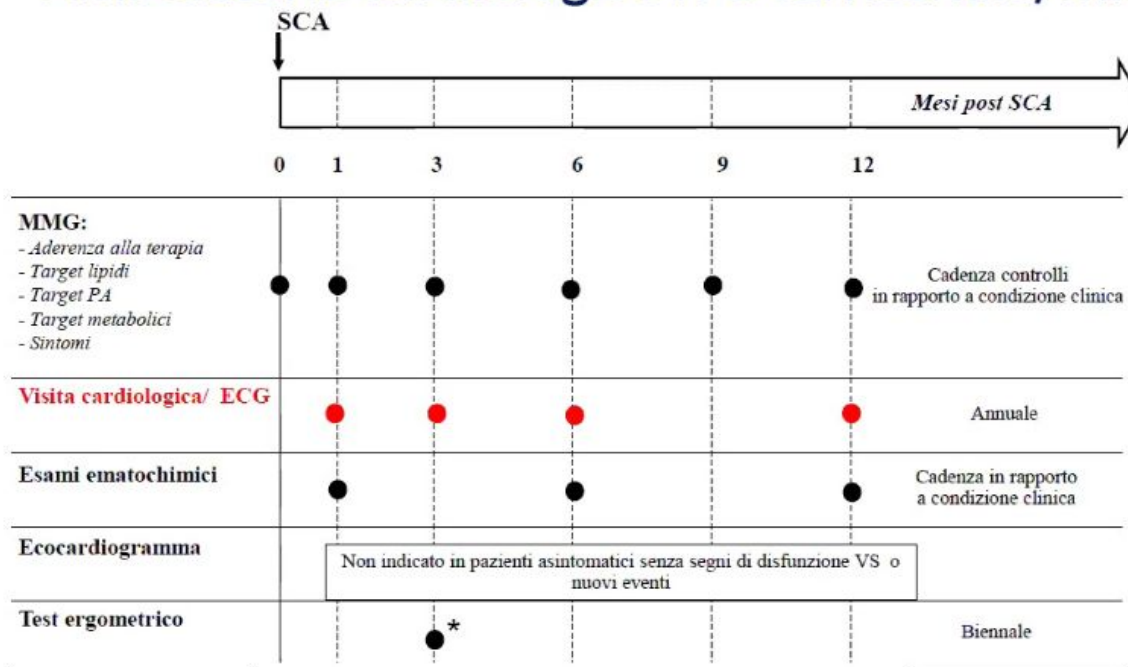
La ASL Bari ha creato un progetto ponte per creare un percorso di presa in carico del paziente cardiopatico. Il percorso si basa sul lavoro condiviso dei centri HUB e dei centri Spoke o territoriali.





Questo modello organizzativo segue il paziente in ogni sua necessità identificando con chiarezza chi nel SSR deve fare cosa.

## Pazienti Post SCA e/o Rivascolarizzazione Ambulatorio cardiologico H o territoriale/MMG



\* Prova da sforzo precoce indicata in caso di risultato subottimale della procedura



## **IMPATTO DELL'INNOVAZIONE SULLA RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI E LA SEMPLIFICAZIONE DEI PERCORSI DI CURA**

L'innovazione ha avuto un impatto significativo sulla riorganizzazione dei servizi sanitari in Regione Puglia e sulla semplificazione dei percorsi di cura nell'ipercolesterolemia.

In particolare, la digitalizzazione dei processi e l'adozione di strumenti tecnologici avanzati hanno permesso di migliorare l'efficienza e la qualità dei servizi offerti ai pazienti.

Tra le innovazioni introdotte, vi sono:

- La telemedicina: la possibilità di effettuare visite e consulenze a distanza ha permesso di ridurre i tempi di attesa per l'accesso alle cure, di migliorare la continuità assistenziale e di facilitare il monitoraggio dei pazienti.
- La cartella clinica informatizzata: la digitalizzazione delle informazioni relative alla salute dei pazienti ha semplificato la gestione dei dati e la loro condivisione tra i diversi operatori sanitari coinvolti nel percorso di cura.
- La prescrizione elettronica: l'adozione di strumenti informatici per la prescrizione dei farmaci ha permesso di ridurre gli errori e le inefficienze legate alla gestione dei documenti cartacei.
- La digitalizzazione degli esami diagnostici: la possibilità di effettuare e trasmettere i risultati degli esami di laboratorio e delle immagini diagnostiche in formato digitale ha semplificato la gestione dei dati e ha migliorato la rapidità e la precisione della diagnosi.

Tutte queste innovazioni hanno permesso di semplificare i percorsi di cura per i pazienti affetti da ipercolesterolemia, migliorando la qualità delle cure e riducendo i tempi di attesa per l'accesso alle stesse. Inoltre, hanno permesso di ottimizzare l'organizzazione dei servizi sanitari in Regione Puglia, rendendoli più efficienti e sostenibili.



## **NOTA 13, APPROPRIATEZZA E ACCESSO ALLE TERAPIE: È ANCORA UNO STRUMENTO EFFICACE ED ATTUALE?**

La NOTA 13 dell'AIFA è stata emessa nel 2011 con l'obiettivo di garantire l'appropriatezza delle prescrizioni e l'accesso alle terapie, evitando l'uso di farmaci inappropriati o inefficaci e promuovendo l'uso di quelli più efficaci ed efficienti dal punto di vista clinico ed economico.

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.

È importante sottolineare che la NOTA 13 non dovrebbe essere un ostacolo all'accesso alle terapie, ma uno strumento per migliorare la qualità e l'efficienza dell'assistenza sanitaria, garantendo al contempo il diritto dei pazienti di accedere alle terapie appropriate e necessarie.



## CONCLUSIONI

Il colesterolo LDL-C (low-density lipoprotein cholesterol) è associato ad un aumento del rischio di malattie cardiovascolari, come l'infarto del miocardio e l'ictus. Per questo motivo, è fondamentale che la presenza di colesterolo LDL-C venga rilevata tempestivamente e che i pazienti a rischio vengano adeguatamente trattati.

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

Negli ultimi anni, l'avvento di nuovi trattamenti farmacologici offre nuove ed importanti opportunità terapeutiche che devono essere sfruttate al meglio. In particolare, i farmaci inibitori PCSK9 (Proprotein Convertase Subtilisin Kexin Type 9) rappresentano una grande innovazione nella terapia del colesterolo LDL-C.

Questi farmaci agisce sulla proteina PCSK9, che riduce la capacità del fegato di eliminare il colesterolo LDL-C dal sangue. Gli inibitori PCSK9 bloccano l'azione di questa proteina, aumentando la capacità del fegato di eliminare il colesterolo LDL-C dal sangue.

L'efficacia di questi farmaci è stata dimostrata in numerosi studi clinici, che hanno evidenziato una significativa riduzione del colesterolo LDL-C e una diminuzione del rischio di eventi cardiovascolari maggiori, come l'infarto del miocardio e l'ictus. Inoltre, gli inibitori PCSK9 sono ben tollerati e hanno effetti collaterali limitati.

Nonostante l'evidenza scientifica disponibile e le opportunità terapeutiche offerte dagli inibitori PCSK9, l'utilizzo di questi farmaci in molte regioni italiane è ancora limitato.

Un utilizzo appropriato dei farmaci innovativi unito ad una riforma organizzativa dei SSR, che possa garantire una presa in carico appropriata dei pazienti ipercolesterolemici, può drasticamente diminuire la mortalità e l'impatto di salute delle malattie cardiovascolari.



## ACTION POINTS

1. Nel mondo reale i target lipidici raccomandati vengono raggiunti in una bassa percentuale di pazienti. È quindi necessario creare delle linee guida condivise in grado di portare un cambiamento reale.
2. Nell'ipercolesterolemia è necessario utilizzare, oltre alla correzione degli stili di vita, terapie di associazione.
3. È fondamentale che il SSR ponga grande attenzione all'aderenza al trattamento; creando modelli di presa in carico che monitorino questo aspetto e investendo nelle nuove tecnologie digitali in grado di migliorare e monitorare l'aderenza da parte dei pazienti.
4. L'MMG è stato identificato come il principale attore nel monitoraggio e nel mantenimento dell'aderenza alle terapie del paziente; questi professionisti però lamentano una mancanza di tempo da poter dedicare a questo aspetto fondamentale della presa in carico del paziente.

La principale soluzione a questo problema è quella di sburocratizzare gli MMG per garantirgli un maggior tempo da dedicare ai pazienti. Inoltre, per riuscire a monitorare il paziente l'MMG deve disporre di due elementi fondamentali: una cartella elettronica condivisa con lo specialista cardiologo; personale di segreteria per poter garantire una medicina proattiva nei confronti del paziente.

5. Il farmacista territoriale, grazie alla sua capillare presenza sul territorio, può rappresentare un utile supporto alla medicina territoriale in ambito di prevenzione, educazione del paziente e monitoraggio dell'aderenza alle terapie.

È quindi importante che questa figura venga inserita in maniera strutturata – e venga dotata degli strumenti comunicativi necessari per interfacciarsi con la medicina territoriale – all'interno dell'organizzazione territoriale della presa in carico





6. PDTA condivisi tra ospedale e territorio possono migliorare l'aderenza al trattamento e gli outcome dei pazienti dopo eventi cardiovascolari. La Regione Puglia dispone del modello organizzativo virtuoso del progetto ponte portato avanti dall'ASL Bari, è quindi importante che i decisori facciano tesoro di questa esperienza per poterla applicare in maniera strutturata su tutto il territorio regionale.
7. Per evitare le conseguenze peggiori dell'ipercolesterolemia in Regione Puglia dovrebbero essere strutturati dei PDTA che consentano una corretta gestione delle dislipidemie in prevenzione primaria e secondaria.
8. La problematica dell'ipercolesterolemia è ancora poco conosciuta nella popolazione generale. Servono quindi campagne di sensibilizzazione ad HOC che devono coinvolgere tutti gli stakeholders.



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

**Stefania Antonacci**, Direttore Area Farmaceutica Territoriale ASL BARI

**Giovanni Bisignani**, Direttore SC Cardiologia UTIC Castrovillari ASP Cosenza, Comitato Scientifico CONACUORE

**Pasquale Caldarola**, Vicepresidente Nazionale ANMCO, Associazione Nazionale Medici Cardiologi

**Roberto Caporale**, Dirigente Medico UO Cardiologia Presidio dell' Annunziata AO Cosenza

**Alessandro Carbonaro**, Dirigente AOU V. Emanuele Ferrarotto S. Bambino Catania

**Rosalbino Cerra**, Segretario Regionale FIMMG Calabria

**Francesco Colasuonno**, Responsabile PO Registri di Monitoraggio AIFA e Centri Prescrittori Sezione Farmaci, Dispositivi Medici e Assistenza Integrativa, Regione Puglia

**Salvatore Corrao**, Direttore Medicina Interna e Dipartimento Medicina Clinica ARNAS Civico Palermo

**Maria Anna d'Agata**, Responsabile Dipartimento Servizi Farmaceutici ASP Catania

**Antonio De Luca**, Consigliere Regionale VI Commissione Regione Siciliana

**Luca Degli Esposti**, Presidente CliCon S.r.l Health, Economics & Outcomes Research

**Vincenzo Di Gregorio**, Consigliere Regionale III Commissione, Regione Puglia

**Gerardo Mancuso**, Direttore SOC Medicina Interna, Presidio Ospedaliero Lamezia Terme, Vice Presidente Nazionale Società Italiana di Medicina Interna

**Paride Mazzotta**, Consigliere Regionale III Commissione, Regione Puglia

**Simona Mirarchi**, Responsabile Farmacia Ufficio DPC Regionale ASP Cosenza, Calabria

**Cataldo Procacci**, Dirigente Farmacista presso Azienda Sanitaria Locale BT

**Luigi Santoiemma**, Farmacologo Clinico e Medico di Medicina Generale Bari

**Vito Sollazzo**, Dirigente Medico Riabilitazione Cardiologica ASL Foggia

**Luigi Spicola**, Segretario Regionale SIMG Sicilia



**Rosella Squicciarini**, Presidente Regionale CARD Puglia

**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 |  
in | [segreteria@panaceascs.com](mailto:segreteria@panaceascs.com)

