

DOCUMENTO DI SINTESI



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

LAZIO/CAMPANIA/SARDEGNA



www.motoresanita.it



7 Febbraio 2023
dalle 10.00 alle 13.00

Con il patrocinio di



Fondazione italiana per il cuore

Associazione senza scopo di lucro
Riconoscimento giuridico n. 14.12.649





SALUTI DELLE AUTORITÀ

Sardegna

È necessario che la Sardegna si impegni maggiormente nel garantire una presa in carico multidisciplinare del paziente cronico. Il primo passo però per riuscire a garantire multidisciplinarietà e continuità di cure deve essere quello di creare una stretta rete tra strutture ospedaliere e territorio.

Investire nella prevenzione e nella presa in carico delle malattie cardiovascolari è fondamentale anche per la sostenibilità del sistema. Perché le ricadute sanitarie, sociali ed economiche della cronicità non trattata superano di gran lunga gli investimenti necessari per prevenire e prendere in carico.

Campania

Le istituzioni Campane vogliono impegnarsi nel potenziare la comunicazione verso i cittadini e la formazione verso gli operatori sanitari sul rischio cardiovascolare causato dall'ipercolesterolemia. Attraverso questi due aspetti fondamentali è possibile migliorare la qualità stessa delle cure e l'efficacia della prevenzione primaria e secondaria.

Migliorare qualità delle cure e prevenzione può avere un impatto enorme sulla popolazione poiché il rischio cardiovascolare resta ancora una delle principali cause di morte ed una delle patologie croniche maggiormente diffuse in Campania.



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: 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

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

Sono diversi anni che è stata riconosciuta la stretta correlazione tra colesterolo LDL e rischio 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.

Diversi farmaci innovativi in commercio sono in grado di garantire risultati straordinari nella prevenzione e altrettanti farmaci innovativi saranno commercializzati nel prossimo futuro.

Questo nuovo armamentario terapeutico, sempre più sicuro ed efficace, potrà essere utilizzato per estendere ancora di più la prevenzione in ambito cardiovascolare andando a trattare il LDL-C anche dei pazienti non ad alto rischio.

La prevenzione deve quindi iniziare dalla popolazione apparentemente sana. Per riuscire in questo serve però creare modelli organizzativi condivisi tra tutti gli operatori sanitari che hanno la possibilità di intercettare questi pazienti.



Il ruolo delle società scientifiche

In questo contesto anche le società scientifiche sono chiamate ad agire. La società Italiana di cardiologia è da tempo impegnata, con campagne attive di formazione e prevenzione, nel trattare la problematica del rischio cardiovascolare. Inoltre, nel prossimo futuro, la SIC si impegnerà anche nella specifica problematica delle dislipidemie.

Nella campagna progettata dalla SIC però non saranno coinvolti soltanto i cardiologi ma tutti gli operatori sanitari che ruotano attorno a questi pazienti.

Infatti, hanno già dato la loro adesione la FIMMG e la SIMMG, portando di fatto gli MMG all'interno di questa campagna, ed i farmacisti ospedalieri grazie all'adesione della Fofi. Questo grande progetto nazionale di prevenzione, sensibilizzazione e formazione sarà il primo a coinvolgere molti dei grandi attori della sanità italiana.

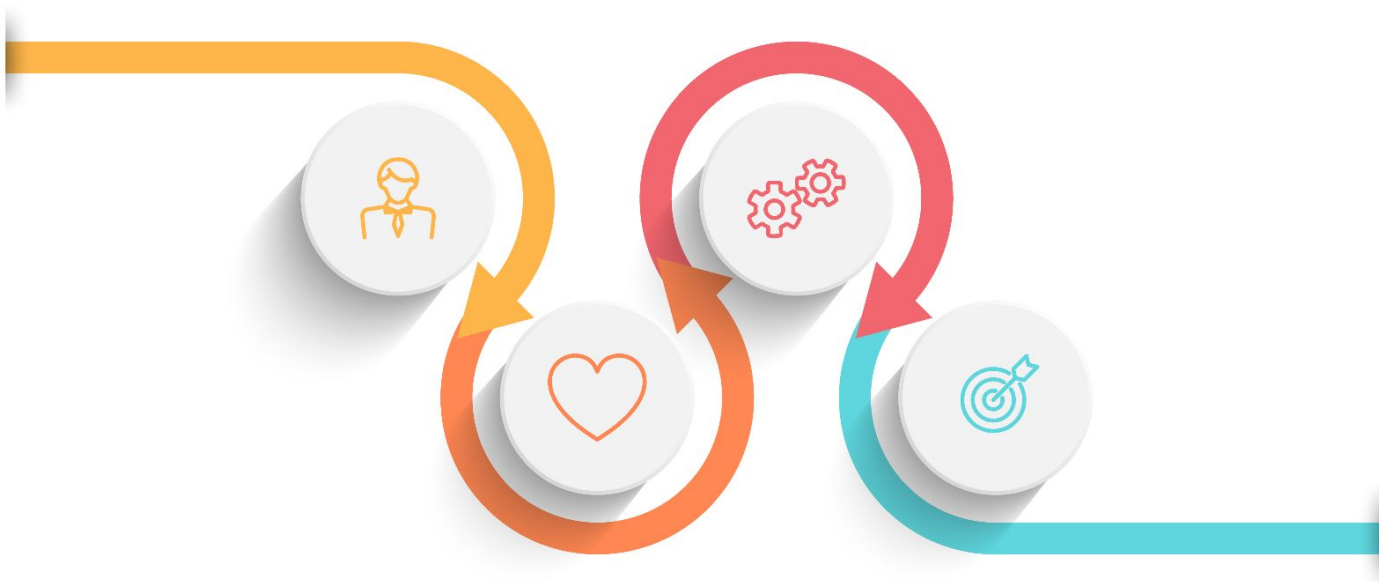
Coinvolgere tutti gli attori della prevenzione nel rischio cardiovascolare servirà anche a costruire quei ponti di comunicazione che saranno fondamentali quando il PNRR avrà messo in essere le nuove strutture territoriali.

PDTA PER LE DISLIPIDEMIE

I percorsi-diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA) sono strumenti organizzativi e gestionali in grado di garantire rapidità ed equità delle cure su tutto il territorio regionale.

Viste le evidenze scientifiche che attestano l'efficacia dell'azione preventiva del controllo farmacologico del LDL-C è necessario creare PDTA, condiviso tra medicina ospedaliera e territoriale, per questa patologia.

Trattare rapidamente e correttamente i pazienti con ipercolesterolemia attraverso PDTA ben definiti può garantire una riduzione drastica di eventi cardiovascolari ed una conseguente minore mortalità ed impatto sociale della malattia, oltre che ridurre i costi di malattia per il sistema sanitario e previdenziale.



IL PUNTO DI VISTA DEL FARMACISTA OSPEDALIERO

La disponibilità di medicinali innovativi consente al clinico una sempre maggior personalizzazione di cura. Fondamentale è il monitoraggio dell'aderenza terapeutica che, spesso, nelle terapie croniche viene disattesa per motivi diversi.

Le nuove terapie, come disposto dall'Ente Regolatore al momento della registrazione, sono a distribuzione diretta tramite le Farmacie Ospedaliere ed i Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie (ASL).

In questo contesto, pertanto, gioca un ruolo fondamentale il Farmacista Ospedaliero e quello dei Servizi Farmaceutici delle ASL, che ha la professionalità e gli strumenti idonei a supporto del clinico e del paziente, al fine di garantire l'efficacia attesa al momento della prescrizione, inclusa la possibilità di registrazione di eventuali effetti collaterali derivanti dalla terapia.





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 obsoleto.

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.



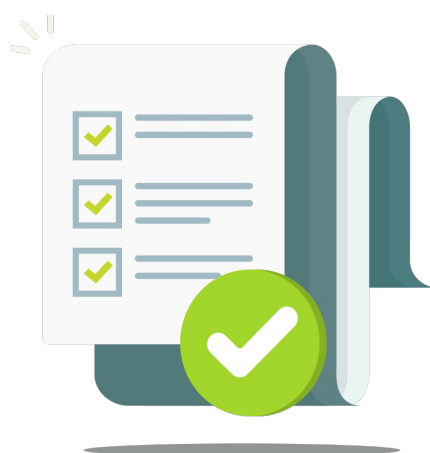


CONCLUSIONI

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. La burocrazia ed i Piani terapeutici molto spesso rappresentano un ostacolo per i professionisti.
4. 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.
5. 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.
6. È fondamentale stratificare il rischio del paziente così da poter prescrivere la terapia più adatta.
7. La definizione PDTA regionali per le dislipidemie può garantire la diffusione e l'equità necessarie per garantire un impatto di prevenzione forte.
8. 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):

Francesca Futura Bernardi, Referente Farmacosorveglianza Regionale, Regione Campania

Paolo Calabrò, Professore Ordinario Malattie Apparato Cardiovascolare Università degli Studi della Campania “Luigi Vanvitelli”, Napoli

Valeria Ciarambino, Vicepresidente Regione della Campania

Adriano Cristinziano, Direttore UOC Farmacia Azienda Ospedaliera dei Colli, Napoli

Carla Cuccu, Consigliere Regionale Commissione Sanità, Regione Autonoma della Sardegna

Giovanni Esposito, Presidente Nazionale GISE

Mariano Fusco, Direttore Dipartimento Farmaceutica ASL Napoli 2 Nord

Paolo Golino, Direttore UOC Cardiologia ed UTC Vanvitelli e Direttore Dipartimento Medico e Cardiologico Ospedale Monaldi, Napoli

Sergio Lai, Componente Fondazione Italiana per il Cuore

Marta Marziali, Cardiologa ASL Roma 2

Francesco Saverio Mennini, Professore di Economia Sanitaria e Economia Politica, Research Director-Economic Evaluation and HTA, CEIS, Università degli Studi di Roma “Tor Vergata” - Presidente SIHTA

Damiano Parretti, Responsabile Nazionale Area della Cronicità e Area Cardiovascolare SIMG

Daniele Pastori, Dirigente Medico UOC Medicina d'Emergenza-urgenza Policlinico Umberto I, Roma

Pasquale Perrone Filardi, Presidente Regionale SIC e Professore ordinario Cardiologia Università Federico II, Napoli

Eliana Pisani, Specialista Ambulatoriale Cardiologa ASL Roma 2

Daniela Ricciardulli, Responsabile UOSD Farmaceutica Convenzionata ASL Roma 1

Paolo Severino, Dirigente Medico Cardiologo Policlinico Umberto I, Roma



Gennaro Volpe, Presidente Nazionale CARD e Direttore Generale ASL Benevento

Claudio Zanon, Direttore Scientifico Motore Sanità



Con il contributo incondizionato di



Daiichi-Sankyo



**ORGANIZZAZIONE
e SEGRETERIA**

Anna Maria Malpezzi
cell 329 9744772

segreteria@panaceascs.com

