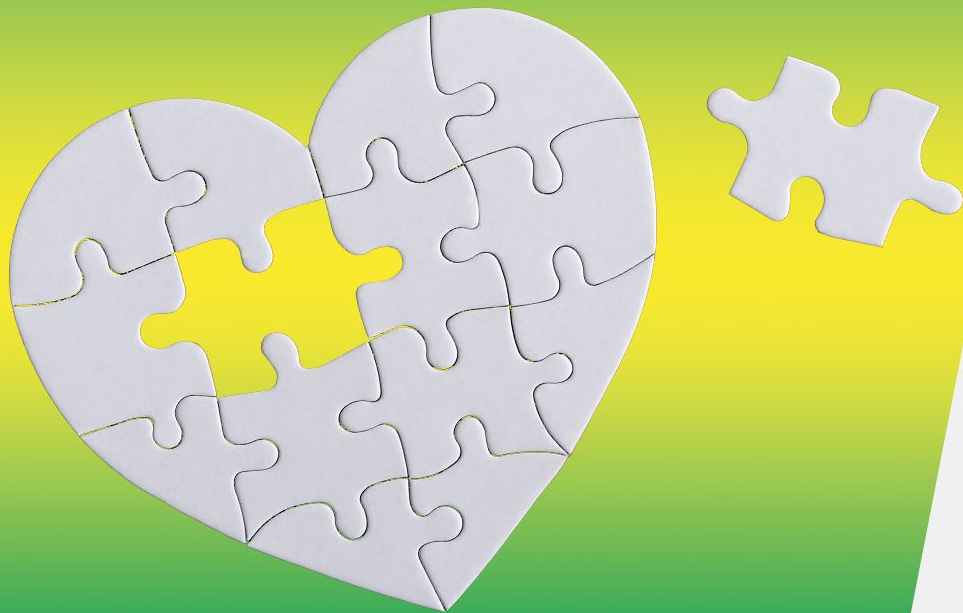
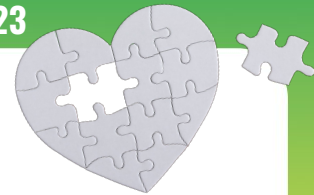


**PNRR, IPERCOLESTEROLEMIA,
RISCHIO CARDIOVASCOLARE**
TRA BISOGNI IRRISOLTI, INNOVAZIONE
E NUOVE NECESSITÀ ORGANIZZATIVE
LAZIO/CAMPANIA/SARDEGNA

MARTEDÌ 7 FEBBRAIO 2023



Claudio Zanon,
Direttore Scientifico Motore Sanità

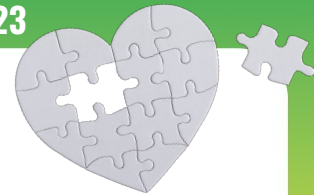


IPERCOLESTEROLEMIA E RISCHIO CARDIOVASCOLARE: IMPATTO

- 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***.

Questo perchè 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**).

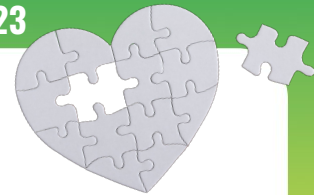
*Dati ANMCO e SIPREC



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



IPERCOLESTEROLEMIA E RISCHIO CV: PROBLEMI APERTI

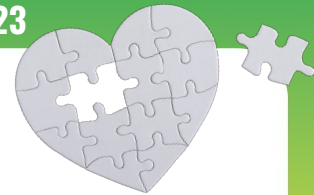
Nonostante questo scenario:

- 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.**

Ma ...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



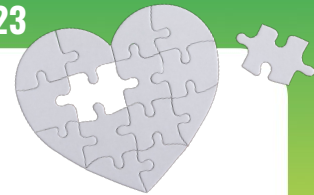
COLESTEROLO E RISCHIO CV ELEVATO

- **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 START³) 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 anni²).



Viene da chiedersi cosa si possa aggiungere in termini di terapia oggi, partendo da questa analisi RW mantenendo la sostenibilità?

1. Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al. 2019 ESC/EAS., 2. Collins R, Reith C, Emberson J, et al. Lancet, 3. De Luca L, Arca M, Temporelli PL, et al. START registry. Int J Cardiol 2020, *(Stable Coronary Artery Diseases RegisTry)



QUESITI PER IL PANEL DI ESPERTI

Appropriatezza organizzativa

- *Ipercolesterolemia: quali bisogni insoddisfatti tra efficacia, tollerabilità e target da raggiungere?*
- *Come colmare il gap tra RW e indicazioni delle linee guida*
- *PNRR e riorganizzazione dei servizi: quale ruolo tra Ospedale e Territorio dall'impostazione del percorso assistenziale, alla terapia al monitoraggio e follow-up*
- *Come implementare la comunicazione interdisciplinare e l'organizzazione della filiera: Telemedicina, cartella condivisa, team di supporto territoriale, Patient support program o cosa altro?*

Appropriatezza prescrittiva

- *Innovazione, PNRR, PDTA: personalizzazione delle cure e scelta dei pazienti appropriati*
- *La corretta terapia ipocolesterolemizzante vista dal MMG e dallo Specialista ospedaliero*
- *NOTA 13, appropriatezza e accesso alle terapie: è ancora uno strumento efficace ed attuale?*