

■ CARDIOLOGIA

Nuove opzioni terapeutiche per l'ipercolesterolemia

Il colesterolo rappresenta uno tra i più importanti fattori di rischio cardiovascolare, causando per il Servizio sanitario nazionale un impatto clinico, organizzativo ed economico enorme. Fortunatamente in quest'area le terapie a disposizione, tutte estremamente efficaci, hanno evidenze consolidate sul loro valore sia in prevenzione primaria sia in prevenzione secondaria, ma oggi è necessario intervenire ulteriormente perché ci sono bisogni insoddisfatti. Su questo tema e sulle possibilità di potenziare e migliorare il percorso di prevenzione, diagnosi e cura delle malattie cardiovascolari si sono interrogati gli esperti all'evento "Pnrr, ipercolesterolemia, rischio cardiovascolare tra bisogni irrisolti, innovazione e nuove necessità organizzative - Triveneto", organizzato da Motore Sanità con il contributo incondizionato di Daiichi-Sankyo. "Come cardiologo ho un problema molto serio: quello di garantire il target lipidico nei pazienti che hanno avuto una sindrome coronarica acuta", conferma **Claudio Bilato**, Presidente ANMCO Veneto e Delegato SIPREC - Società Italiana per la Prevenzione Cardiovascolare Triveneto. "Ciò, probabilmente, è dovuto al fatto che non riusciamo a controllare completamente quello che chiamiamo rischio residuo, nonostante le terapie mediche ottimali che met-

tiamo in atto. Questo rischio residuo è la somma di vari elementi: diabete, rischio trombotico, rischio di un'inflammatione cronica che si mantiene, ma soprattutto è legato al fatto che, molto spesso, non controlliamo in maniera adeguata i livelli di colesterolo Ldl (che, con le nuove linee guida suggerite dalla Società Europa di Cardiologia e la Società Europea dell'Aterosclerosi, in pazienti a rischio cardiovascolare, vanno portati sotto il 50% dal basale)". Gli strumenti insomma ci sono, il problema è come riuscire a raggiungere il target organizzativo, per far sì che i pazienti che necessitano di cure appropriate possano avere la terapia appropriata.

Ha parlato degli strumenti anche **Nadia Citroni**, Responsabile Centro Dislipidemie e Aterosclerosi, ospedale di Trento, con queste parole: "Da sempre ci occupiamo di pazienti con dislipidemia e per noi questo è un buon momento storico: siamo entusiasti di avere a disposizione nuove opzioni farmacologiche che ci permettono teoricamente di portare a target pazienti. In questo contesto di possibilità terapeutiche ci sono però dei limiti, come quello dell'intolleranza alle statine che riguarda il 9% dei pazienti trattati. Altra problematica, quella di portare a target pazienti che sono a rischio vascolare molto alto, o anche rischio

estremo (pazienti con percolesterolemia familiare)".

E poi c'è il problema della bassa aderenza terapeutica, sottolineato da **Giorgio Colombo**, Direttore Scientifico CEFAT Centro Economia e valutazione del Farmaco e delle Tecnologie Sanitarie Università degli studi di Pavia: "Secondo i dati di Aifa, i soggetti sopra i 65 anni prendono più di 10 sostanze all'anno. Quello che mi spaventa non è tanto il numero dei farmaci, ma chi si prende in carico di ottimizzare queste terapie. Lo fa il medico di famiglia? Il farmacista? Questo è un tema importante che deve entrare in ambito di politica sanitaria. Ricordiamoci inoltre che l'aderenza dipende anche dal costo del farmaco (compartecipazione del soggetto alla spesa). Più questo è oneroso, minore è l'aderenza del paziente. Da qui ecco le principali strategie per aumentare l'aderenza: programmi di auto-monitoraggio e auto-gestione dei farmaci, spiegazione su utilità e danni della scorretta assunzione, adozione di schemi terapeutici semplificati".

Sulla presa in carico dei pazienti si è espresso **Andrea Di Lenarda**, Direttore SC Patologie Cardiovascolari ASUGI: "Finché anche noi specialisti siamo frammentati nel territorio, è evidente che la presa in carico di questi pazienti per portarli a target non è facile. Una delle soluzioni che abbiamo proposto per favorire la presa in carico del paziente cronico e aumentare la probabilità di portarlo a target, è costituire un nuovo dipartimento di cure specialistiche territoriale, che mette insieme cardiologi, diabetologi, nefrologi e pneumologi".