



COMUNICATO STAMPA

# **Le sfide organizzativo/assistenziali del SSN 2023 - Nuovi modelli territoriali per la prevenzione e riduzione della mortalità cardiovascolare**

**Claudio Bilato, Presidente ANMCO Veneto, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - Regione Veneto:**  
*“Necessario un grande progetto regionale sulla prevenzione cardiovascolare secondaria dedicato alle reti e ai percorsi, alla formazione e all’informazione”.*

Padova, 3 febbraio 2023 - **Se da un lato l’Italia si caratterizza per una popolazione con elevata aspettativa di vita alla nascita (circa 83 anni secondo la rilevazione Istat relativa al 2019), dall’altro questo scenario identifica una precisa ricaduta sul Servizio Sanitario Nazionale (SSN): costante invecchiamento della popolazione (23% circa di over 65 e 3,6% circa di over 80), che genera un aumento delle patologie soprattutto croniche. Un impatto rilevante è rappresentato dalle malattie cardiovascolari che da anni rappresentano la principale causa di morte (34,8% del totale dei decessi, dati ISTAT 2017).**

Innumerevoli dati, negli ultimi 20 anni, hanno dimostrato che **la riduzione dei livelli di colesterolo LDL è associata a un minor rischio di eventi cardiovascolari.** Nonostante le evidenze prodotte però, nella pratica clinica la percentuale di pazienti a rischio più elevato in terapia ipolipemizzante che riesce a raggiungere i livelli raccomandati di colesterolo LDL è bassa (33%), in particolare in quelli a rischio più elevato. È quindi **facile comprendere che il controllo dei fattori di rischio, insieme a una corretta gestione dell’aderenza alle terapie, attraverso percorsi di presa in carico appropriati, diventi un passaggio fondamentale.**

Si è parlato di questo nel corso dell'evento **“LE SFIDE ORGANIZZATIVO/ASSISTENZIALI DEL SSN 2023 - NUOVI MODELLI TERRITORIALI PER LA PREVENZIONE E RIDUZIONE DELLA MORTALITÀ CARDIOVASCOLARE”**, promosso da **Motore Sanità**, con il contributo incondizionato di Novartis.

Così **Claudio Bilato**, Presidente ANMCO Veneto, Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri - Regione Veneto: ***“La causa principale della malattia patologica cardiovascolare aterosclerotica sono gli elevati livelli di colesterolo associato alle lipoproteine a bassa densità, il cui controllo ottimale è ostacolato da differenti fattori, quali la “resistenza culturale” e la “difficoltà operativa” dei medici a prescrivere un regime farmacologico intensivo, la ridotta aderenza dei pazienti alla terapia, il carico poli-farmacologico tipico del paziente a rischio elevato e il timore per gli effetti avversi. Risulta imperativa, quindi, l’adozione di nuove strategie clinico-organizzative e gestionali che permettano di superare le barriere all’ottimizzazione del controllo lipidico. Tali interventi innovativi comprendono l’individuazione del percorso adeguato a secondo del livello di rischio cardiovascolare (specialista o medico di medicina generale), l’integrazione ospedale-territorio (referral e telemedicina), l’empowerment del paziente e l’acquisizione della consapevolezza della malattia (campagne di stampa, attività di reminder, coinvolgimento delle farmacie) e l’accessibilità ai trattamenti farmacologici di ultima generazione (strutture ambulatoriali e personale dedicato). Quest’ultimo aspetto è di particolare importanza, considerata la recente introduzione degli inibitori della PCSK9 quali potenti agenti farmacologici ipocolesterolemizzanti. Tra essi, inclisiran rappresenta una nuova opzione terapeutica in grado di rispondere efficacemente a molti unmet needs esistenti, dal momento che, grazie al suo particolare meccanismo di azione (siRNA), richiede solo due somministrazioni l’anno facendone uno strumento importante per il miglioramento dell’aderenza. Per attuare efficacemente tali strategie è **necessario un grande progetto regionale sulla prevenzione cardiovascolare secondaria dedicato alle reti e ai percorsi, alla formazione e all’informazione**. Del resto Christian Barnard ebbe una volta a dire: “Se mi fossi occupato prima di prevenzione, invece di salvare la vita a 150 persone, avrei potuto salvare 150 milioni di vite”.***

Ha parlato di prevenzione anche **Mary Elizabeth Tamang**, referente del programma del Piano Regionale Prevenzione: ***“Noi lavoriamo per fare prevenzione sia per il cittadino sano, sia per chi soffre di malattie croniche. **La prevenzione promossa dalla Regione riguarda anche la salute attraverso l’attività fisica, la quale permette di migliorare moltissimo la salute di chi soffre di malattie croniche**”.***

***“Pensiamo sia fondamentale creare alleanze tra entità pubbliche ed entità private (come le Associazioni), perché la logica è che **la prevenzione deve iniziare prima che la persona si ammali, ma deve anche coinvolgere chi è già malato attraverso un*****

**miglioramento della condizione per evitare il peggioramento della malattia**", ha aggiunto **Federica Michieletto**, referente del Macroobiettivo 1 del Piano Regionale Prevenzione.

**Alberto Zambon**, Professore Associato di Medicina Interna Università degli Studi di Padova, ha sottolineato un altro aspetto, quello delle linee guida che rappresentano ancora l'obiettivo clinico e terapeutico: ***"L'obbiettivo clinico è ridurre il colesterolo LDL in base al grado di rischio: maggiore è il rischio cardiovascolare, minore è il colesterolo tollerato. Per molti pazienti il colesterolo deve essere addirittura dimezzato. Però l'approccio terapeutico a "step", contenuto nelle linee guida, richiede troppo tempo, con un tasso di abbandono del paziente troppo alto. È quindi un approccio fallimentare. Studi recenti indicano come sia importante utilizzare, fin dall'inizio, il farmaco più adatto per il raggiungimento del target di colesterolo del singolo paziente. Da un altro studio però, emerge che il 32,6% dei pazienti a rischio non prende nessuna terapia, mentre il 30% assume una terapia inadeguata. Sono dati molto allarmanti"***.

A chiudere il tavolo di lavoro **Maurizio Cancian**, Segretario Regionale SIMG del Veneto: ***"Esistono modelli di sistema che vanno cambiati, basti pensare che all'Università non si insegna l'approccio per problemi limitandosi allo studio della singola malattia. Per garantire l'ambito assistenziale che solo l'approccio della medicina generale può offrire, è necessario passare dalla medicina di attesa alla medicina di iniziativa. Se dobbiamo parlare di territorio, dobbiamo parlare di cosa hanno bisogno i pazienti che hanno bisogni non solo sanitari, ma anche sociali e di assistenza e di come possiamo intercettarli precocemente per pianificare le cure. Insieme, infine, dobbiamo considerare un problema non da poco, che è la mancanza di personale"***.

**Ufficio stampa Motore Sanità**

comunicazione@motoresanita.it

**Laura Avalle** – Cell. 320 0981950

**Liliana Carbone** Cell.3472642114

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