



***Tavolo istituzionale “La Governance delle dislipidemie in Regione Puglia: tra sostenibilità e appropriatezza”***

**Report**

**Sede:** V Piano, Palazzo della Regione Puglia; Via Gentile 52, Bari

**Data e ora:** 5 novembre 2024, 14.00-18.00

**Enti patrocinanti:** AMA Cuore Bari, Cittadinanzattiva APS Puglia, SIMI

**Responsabili scientifici:**

*Pasquale Caldarola*, Direttore U.O.C. di Cardiologia e U.T.I.C., Ospedale San Paolo di Bari

*Marco Matteo Ciccone*, Professore Ordinario di Cardiologia e Direttore della Cardiologia Universitaria, Policlinico di Bari

**Moderatrice:**

*Maria Cristina De Carlo*, Giornalista televisiva TRM Network

**Faculty presente:**

*Ettore Attolini*, Direttore Area Innovazione Sociale, Sanitaria e di Sistema – CRSS – AReSS Puglia

*Francesco Brunetti*, Dipartimento del Farmaco, Regione Puglia

*Natale Daniele Brunetti*, Professore Ordinario di Cardiologia, Università degli Studi di Foggia

*Pasquale Caldarola*, Già Direttore U.O.C. di Cardiologia, Ospedale San Paolo e del Dipartimento Cardiologico della ASL di Bari

*Marco Matteo Ciccone*, Professore Ordinario di Cardiologia e Direttore della Cardiologia Universitaria, Policlinico di Bari

*Francesco Colasuonno*, Direttore Dipartimento Farmaceutico, ASL Taranto

*Carlo D’Agostino*, Direttore U.O. Complessa di Cardiologia Ospedaliera – Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Bari

*Ignazio Grattagliano*, Professore di Medicina Generale, Università degli Studi di Bari e Vice – Presidente SIMG

*Chiara Lamesta*, Dirigente Farmacista Servizio Farmaceutico Territoriale, ASL Foggia

*Vito Montanaro*, Direttore Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale – Regione Puglia

*Francesco Pastanella*, Presidente AMA Cuore Bari ODV

*Cataldo Procacci*, Dirigente Farmacista, ASL BT

*Matteo Valentino*, Segretario Regionale, Cittadinanzattiva APS Puglia

**Coordinatore organizzativo:**

*Angelo Palagiano*, Dipartimento della Salute e del Benessere Animale Sezione Farmaci, Dispositivi Medici e Assistenza Integrativa, Regione Puglia

**Per Sanitanova hanno partecipato:**

*Tiziana de Palma*, project manager

*Nadia de Sario, Flavia Ventura* – Team Sanitanova



## **Benvenuto e presentazioni**

### *Scopo e obiettivi del tavolo tecnico di discussione – Maria Cristina De Carlo*

La *dott.ssa De Carlo* apre l'incontro dando il benvenuto ai partecipanti e ringraziando Sanitanova e i responsabili scientifici, il *dott. Pasquale Caldarola* e il *prof. Marco Matteo Ciccone*.

L'incontro ha come obiettivo l'esame delle migliori pratiche e delle principali sfide nella gestione delle dislipidemie, focalizzandosi sugli ostacoli che i pazienti incontrano nell'accesso alle cure. Particolare attenzione è data agli aspetti di *governance* multidisciplinare, con l'intento di promuovere la collaborazione interprofessionale per migliorare l'efficacia dei trattamenti.

### *Panoramica sulle dislipidemie e il loro impatto regionale – dott. Pasquale Caldarola*

Il *dott. Caldarola* prende la parola ringraziando la *dott.ssa De Carlo* per l'introduzione. La sua presentazione introduce la problematica dell'**ipercolesterolemia** e delle **dislipidemie**, ponendo l'accento sull'importanza dei farmaci innovativi oggi disponibili, i quali si dimostrano efficaci e sicuri nel trattamento di queste condizioni.

L'approccio alle dislipidemie si basa su decenni di studi clinici, che hanno fornito numerose evidenze cliniche. Una di queste è che il **colesterolo** rappresenta un agente causale dell'aterosclerosi e che la sua riduzione ha indiscutibili effetti benefici; anzi, tanto più è basso il livello di colesterolo, meglio è. Mentre per altre variabili cliniche, come la glicemia o la pressione arteriosa, una **riduzione** eccessiva può essere dannosa, nel caso del colesterolo, la diminuzione è sempre benefica: studi clinici<sup>1</sup> dimostrano che una riduzione, anche minima, dei livelli di colesterolo può ridurre significativamente il rischio di eventi clinici gravi quali infarto, ictus e mortalità cardiovascolare. Un secondo concetto chiave, derivante dagli studi iniziali sulle statine<sup>2</sup>, è che **agire tempestivamente** è vantaggioso. Questo vale sia in prevenzione primaria che secondaria. Inoltre il **trattamento protratto nel tempo** porta benefici maggiori.

Le **statine**, introdotte per prime, rappresentano i farmaci di base nel trattamento delle dislipidemie e la loro efficacia è stata ampiamente documentata.

Successivamente è stato introdotto l'**Ezetimibe**, un farmaco che, a differenza delle statine che riducono la sintesi del colesterolo, ne riduce l'assorbimento intestinale. L'Ezetimibe ha dimostrato, attraverso studi clinici di *outcome*<sup>3</sup>, di portare a significativi benefici clinici, non limitandosi alla sola riduzione del colesterolo, ma anche influenzando sugli eventi cardiovascolari.

Negli ultimi anni sono stati sviluppati farmaci innovativi come gli **inibitori del PCSK9 (PCSK9i)**, che agiscono sulla degradazione dei recettori del colesterolo. Gli studi hanno dimostrato che questi farmaci possono ridurre il colesterolo del 60% e diminuire del 15% il rischio di eventi cardiovascolari combinati, quali infarto, mortalità cardiovascolare e ictus<sup>4</sup>. Anche in questo caso, i benefici sono maggiori quanto più a lungo viene prolungata la terapia. Inizialmente, i *trial* clinici che avevano monitorato l'effetto dei PCSK9i per un breve periodo non avevano evidenziato effetti significativi sulla mortalità; tuttavia, con l'estensione dell'osservazione, è stata osservata una riduzione della mortalità per tutte le cause. Inoltre, questi farmaci, seppur somministrati per via iniettiva, hanno un ottimo profilo di sicurezza, causando solo lievi effetti collaterali nel sito di iniezione e pochi effetti sistemici. I benefici clinici vanno oltre la sola riduzione del colesterolo: i PCSK9i stabilizzano le placche aterosclerotiche coronariche e

---

<sup>1</sup> Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaboration et al., «Efficacy and Safety of More Intensive Lowering of LDL Cholesterol».

<sup>2</sup> Schwartz et al., «Effects of Atorvastatin on Early Recurrent Ischemic Events in Acute Coronary Syndromes The MIRACL Study».

<sup>3</sup> From Darkes MJM et al - Am J Cardiovasc Drugs 2003

<sup>4</sup> Rosenson et al., «The Evolving Future of PCSK9 Inhibitors».

vascolari, incrementando lo spessore del “cappuccio fibroso”, riducendone il volume e stato infiammatorio della placca (Figura 1).

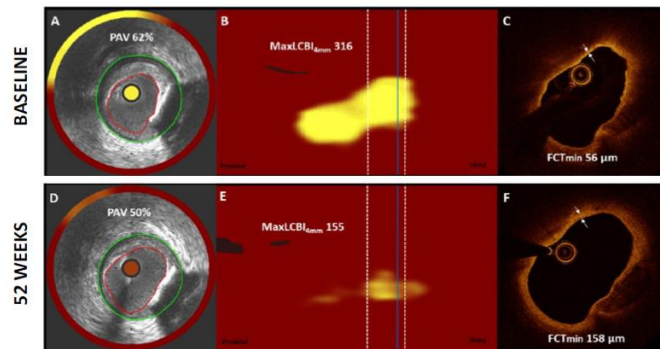


Figura 1: Differenze delle caratteristiche della placca prima e dopo trattamento con PCSK9i. Nella prima immagine, la parte in giallo rappresenta lo stato infiammatorio, che si riduce nell'immagine della placca stabile, dopo l'uso del farmaco.

Come Anti-PCSK9, si può citare un farmaco che rappresenta una vera rivoluzione grazie al suo meccanismo d'azione innovativo, che ha ottenuto il premio Nobel negli anni 2000 per la sua capacità di interferire con l'espressione genica di PCSK9. L'**inclisiran**, una molecola elicoidale che si ancora al fegato tramite una struttura chiamata GalNAc, agisce interferendo con la sintesi di PCSK9 tramite un complesso denominato RISC, degradando l'RNA responsabile della produzione della proteina. Il risultato è una riduzione delle particelle di colesterolo circolanti, con un impatto positivo sul rischio cardiovascolare. L'inclisiran ha dimostrato in diversi studi clinici di ridurre il colesterolo LDL (LDL-C) fino al 50%<sup>5</sup>, con una riduzione del 22-23% degli eventi cardiovascolari per ogni riduzione di 1 mmol di LDL-C<sup>6</sup>. Inoltre, il farmaco ha un ottimo profilo di sicurezza, con effetti collaterali limitati al sito di iniezione, ed è l'unico farmaco ipocolesterolemizzante, che può essere somministrato ogni sei mesi. Questo rappresenta un notevole passo avanti rispetto alle statine, assunte giornalmente, o ai PCSK9i, somministrati ogni 15 giorni o una volta al mese. La posologia dell'inclisiran prevede una prima dose, un richiamo a tre mesi e successivamente un'iniezione ogni sei mesi, garantendo una riduzione costante dell'LDL-C.

Un altro farmaco di recente introduzione è l'**acido bempedoico**, di notevole interesse in quanto offre un'alternativa alle statine per i pazienti che soffrono di effetti collaterali muscolari. L'acido bempedoico, essendo un profarmaco che si attiva solo a livello epatico, non ha effetto sul tessuto muscolare, a differenza delle statine, e quindi non causa dolori muscolari. Questo farmaco è efficace nel ridurre la sintesi del colesterolo<sup>7</sup> e può essere utilizzato sia da solo che in associazione ad altri farmaci come l'Ezetimibe. Se associato alle statine, aggiunge una riduzione del 16-17% dell'LDL-C; da solo, offre una riduzione del 20-25%, che può essere incrementata associando l'Ezetimibe. Combinando statine, acido bempedoico ed Ezetimibe, si può ottenere una significativa riduzione dei livelli di LDL-C (Figura 2).

<sup>5</sup> Raal et al., «Inclisiran for the Treatment of Heterozygous Familial Hypercholesterolemia».

<sup>6</sup> Koenig et al., «Efficacy and safety of inclisiran in patients with cerebrovascular disease».

<sup>7</sup> Ballantyne et al., «Role of Bempedoic Acid in Clinical Practice».

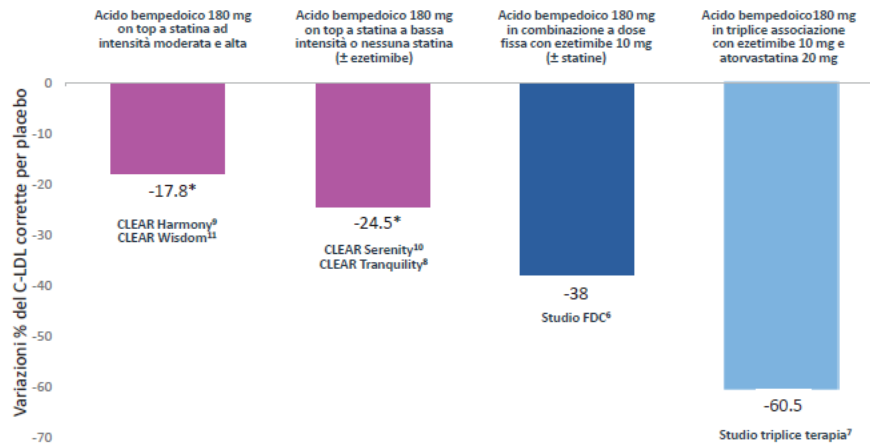


Figura 3: Acido Bempedoico, da solo o in associazione nel controllo del colesterolo LDL<sup>8</sup>

Lo studio CLEAR<sup>9</sup> ha confermato l'efficacia dell'acido bempedoico nel ridurre non solo i livelli di LDL-C, ma anche il rischio di eventi cardiovascolari, come infarto e rivascolarizzazione. Tuttavia, il farmaco può presentare effetti collaterali, come iperuricemia e gotta, rendendo necessaria cautela nei pazienti predisposti a queste condizioni.

Abbiamo a disposizione "i magnifici 5 farmaci", tutti focalizzati sul controllo dell'LDL-C, che è il principale nemico da combattere. Presto potrebbero aggiungersi altri farmaci che, invece, agiranno sulla **lipoproteina A**, di cui si sta scoprendo il ruolo pro-aterogeno<sup>10</sup>. Questa lipoproteina è più grande rispetto all'LDL-C ed è circondata da una apolipoproteina che si chiama ApoB (Figura 3).

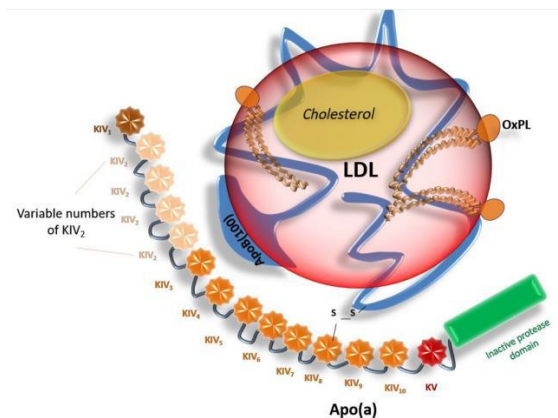


Figura 3: lipoproteina a

Questa molecola, di struttura complessa e volumetrica, è stata ampiamente studiata e si è confermata dotata di proprietà pro-infiammatorie e pro-trombotiche. Studi epidemiologici hanno dimostrato che, in una popolazione, un livello elevato di lipoproteina A è correlato ad un rischio aumentato di eventi cardiovascolari come infarto, ictus e decessi associati a patologie cardiache. Le attuali linee guida suggeriscono che si ~~gli studi~~ dovrebbero misurare almeno una volta nella vita i livelli di lipoproteina A; tuttavia, quando questi risultano molto elevati, al momento, opzioni terapeutiche sono molto limitate. Attualmente, solo gli anticorpi monoclonali e l'inclisiran riescono a ridurre lievemente i livelli di lipoproteina A, con una riduzione stimata tra il 15 e il 20%. Tuttavia, per trattare adeguatamente questi pazienti, è necessario un intervento farmacologico molto più potente, che potenzialmente riduca i livelli

<sup>8</sup> Di Fusco SA, et al. G Ital Cardiol (Rome). 2021 Apr;22(4 Suppl 1):22S-27S.

<sup>9</sup> Ray et al., «Efficacy and Safety of Bempedoic Acid among Patients with and without Diabetes».

<sup>10</sup> Fusco et al., «Lipoprotein(a)».

della lipoproteina A tra l'80% e il 100%, e per questo sono in sperimentazione possibilmente attraverso farmaci basati su siRNA, progettati per agire a livello genico.

A partire da queste evidenze, le linee guida raccomandano una **stratificazione del rischio** dei pazienti, poiché non tutti presentano lo stesso livello di rischio cardiovascolare. Un paziente che ha già subito un evento cardiovascolare è considerato ad altissimo rischio, mentre altri, come quelli con diabete e ulteriori fattori di rischio o con insufficienza renale moderata, sono collocati in una categoria di rischio alto. Gli obiettivi terapeutici saranno diversi a seconda del livello di rischio, con target di LDL-C che scendono fino a 55 mg/dL o addirittura 40 mg/dL per i pazienti a più alto rischio. Tuttavia, nella **pratica clinica**, solo il 20% dei pazienti europei raggiunge il target di LDL-C raccomandato, con un paziente su cinque a rischio molto alto che non riceve alcuna terapia<sup>11</sup>. Anche in Italia, solo il 20% dei pazienti riesce a raggiungere il target. La situazione sta migliorando grazie ad una maggiore consapevolezza: uno studio recente, condotto nelle cardiologie nazionali, ha evidenziato che circa il 70% dei pazienti, dopo un evento ischemico acuto, riceve una terapia combinata statine-ezetimibe, in linea con le raccomandazioni delle linee guida europee e dei documenti di consenso. Secondo il professor Ray KK, che ha contribuito alla stesura delle linee guida per la gestione delle dislipidemie, per i pazienti a rischio molto alto o estremo sarebbe opportuno iniziare con una terapia combinata statine-ezetimibe e, in alcuni casi, con una triplice terapia inclusiva di PCSK9i. In Italia, questo approccio è stato recepito da società scientifiche come l'ANMCO, e nella Regione Puglia, il *dott. Attolini* ha guidato la creazione di un gruppo di lavoro composto da rappresentanti delle società scientifiche per strutturare un percorso di gestione dei pazienti cardiovascolari. Tale percorso prevede un ruolo specifico per ciascuna figura sanitaria, dal medico di medicina generale al cardiologo territoriale, fino al cardiologo ospedaliero, con una chiara suddivisione delle responsabilità. Inoltre, è essenziale la collaborazione delle associazioni dei pazienti per migliorare l'aderenza alla terapia, attraverso il monitoraggio continuo e una comunicazione costante.

I dati più recenti del **Programma Nazionale Esiti (PNE) 2024** (Figura 4) mostrano una lieve diminuzione dei ricoveri per infarto negli ultimi anni: dai 130.000 casi circa nel 2015 si è passati ai 106.000 di oggi. Anche la mortalità a 30 giorni tende a ridursi, con una media nazionale attorno al 7%, mentre in alcune aree della Puglia il tasso di mortalità è notevolmente inferiore. Tuttavia, il dato sui *Major Adverse Cardiac Events* (MACE) dopo un evento acuto rimane preoccupante, con un tasso che ha raggiunto il 18% nel 2023, mentre nei pazienti con scompenso cardiaco è oltre il 25%.



Figura 4: Dati PNE 2024

<sup>11</sup> Ray et al., «Treatment Gaps in the Implementation of LDL Cholesterol Control among High- and Very High-Risk Patients in Europe between 2020 and 2021».

Un recente studio pubblicato su una rivista internazionale<sup>12</sup> ha evidenziato i miglioramenti nella gestione dei pazienti infartuati grazie al modello di **reti cardiologiche**. In Italia, una diagnosi tempestiva consente il trasporto in ospedale entro due ore per la gran parte dei pazienti affetti da STEMI, con esecuzione di coronarografia e angioplastica effettuate rispettivamente nel 99% e 95% dei casi. Questo progresso ha contribuito a ridurre la mortalità dello STEMI nella fase acuta al 2.8%.

Nonostante i miglioramenti, permangono **difficoltà** dovute a stili di vita non modificati dai pazienti e interruzioni della terapia. Per affrontare queste problematiche, è essenziale integrare un approccio multidisciplinare che coinvolga medici, infermieri e associazioni dei pazienti. A tal proposito, il Piano Nazionale delle Cronicità 2024, recentemente presentato dal Ministero della Salute, evidenzia la necessità di una gestione a lungo termine per i pazienti cronici, con particolare enfasi sulla presa in carico, la continuità delle cure e l'utilizzo di strumenti di sanità digitale e telemedicina.

Questa visione è ben sintetizzata nella diapositiva presentata (Figura 5), elaborata dalla *dott.ssa Daniela Bianco* del gruppo *Ambrosetti*, che identifica **sei ambiti prioritari e trenta azioni mirate**:

- Prevenzione primaria e secondaria
- Aderenza al trattamento
- Accesso all'innovazione tecnologica e farmacologica
- Continuità di cura
- Utilizzo di strumenti come la telemedicina e della sanità digitale
- Empowerment dei pazienti

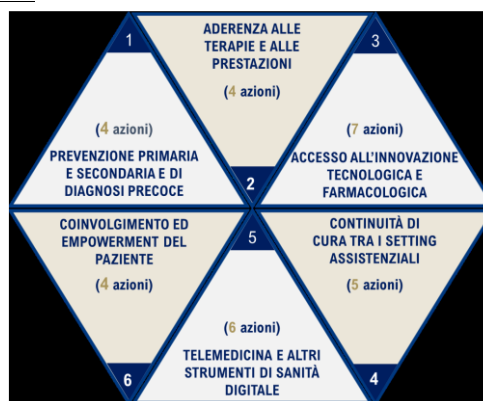


Figura 5: I 6 ambiti prioritari di Meridiano Cardio e le 30 azioni suggerite.

In Puglia, il progetto PONTE (Figura 6) è un esempio di applicazione pratica di questi principi. Questo circolo virtuoso, che segue tanti pazienti, dà dei risultati positivi in quanto ha permesso di ridurre l'incidenza di eventi dopo un anno dall'evento acuto dal 17-18% al 10%.

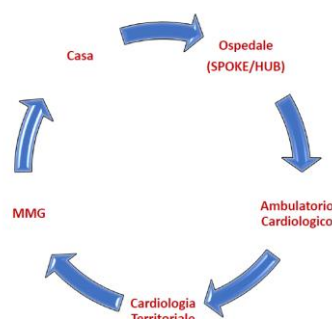


Figura 6: Progetto PONTE

<sup>12</sup> De Luca et al., «Clinical profile and management of patients with acute myocardial infarction admitted to cardiac care units».



Da gennaio 2024 è partito il progetto PONTE 2.0, che rappresenta un registro sulle Sindromi coronariche acute e sullo Scompenso cardiaco esteso a tutta la Puglia.

Riassumendo, i *key points* di questa presentazione sono:

- È necessario trattare il colesterolo in maniera adeguata.
- Le statine sono il farmaco ipolipemizzante fondamentale.
- I nuovi farmaci sono indispensabili per raggiungere i target previsti dalle linee guida.
- La presa in carico del paziente è indispensabile per garantire ~~consente~~ un accesso adeguato alle cure.

Interviene il *prof. Ciccone*, ringraziando il *dott. Caldarola*, e invita il *dott. Attolini* a presentare.

### ***Ruolo delle Istituzioni Regionali e dei Decisori Sanitari***

#### ***Presentazione sulle iniziative regionali attuali per la gestione delle dislipidemie – dott. Attolini***

Il *dott. Attolini* apre il suo intervento salutando i presenti. Intende fare una riflessione sui temi trattati, in particolare sulle novità cliniche, tecnologiche ed organizzative.

Inizia con le **novità organizzative**, osservando che ogni innovazione richiede un processo di adattamento con ripercussioni sul sistema sanitario. In AReSS è in corso una valutazione per capire l'impatto dell'efficienza e dell'appropriatezza del sistema di cura sulla salute della popolazione. Pur riconoscendo il valore della prevenzione primaria, ritiene importante non trascurare la dimensione politica della salute. A titolo esemplificativo, cita la situazione ambientale a Taranto, suggerendo che lo stato di salute non dipende solo dagli stili di vita ma anche da fattori sociopolitici più complessi.

Ci sono, poi, le **transizioni epocali**, tra cui quella demografica, epidemiologica ed epistemologica: si passa dalla visione iper-razionale della medicina ad una visione più complessa, che richiede l'interpretazione dei sintomi oltre la diagnosi meccanicistica. Anche alla luce di questa medicina ipertecnologica, non si possono perdere di vista il ragionamento clinico e il coinvolgimento attivo del paziente.

Un altro tema su cui sta riflettendo molto in questo periodo è l'**aziendalismo** in sanità, che si dimostra essere un fattore limitante, poiché pone l'accento sull'efficienza economica a scapito della comprensione e gestione della complessità del paziente.

Il *dott. Attolini* sottolinea l'importanza di adattare le modalità di somministrazione delle cure per rispondere alle esigenze di pazienti sempre più anziani, promuovendo modelli di assistenza territoriale e domiciliare.

Accenna al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), il quale, pur essendo dotato di risorse ingenti per l'implementazione di nuove strutture sanitarie, non ha affrontato la questione delle risorse umane e della formazione necessaria per operare in questi nuovi contesti. Critica la mancanza di un serio piano di formazione per i medici di medicina generale e la necessità di superare il modello del medico isolato, favorendo invece associazioni che includano figure di supporto come gli infermieri.

In questa prospettiva, in Puglia, si stanno facendo delle sperimentazioni, tra cui il modello delle Centrali Operative Territoriali (COT), sviluppato in collaborazione con i direttori sanitari aziendali. Questo modello mira a creare un punto di raccordo per la presa in carico dei pazienti, coordinando il loro percorso assistenziale. Le COT, infatti, saranno responsabili della valutazione delle condizioni di salute dei pazienti dimessi e della destinazione delle cure, sia presso il domicilio, hospice, o altre strutture, in base alle necessità. Il processo di dimissione stesso dovrà includere una valutazione più dettagliata dell'autonomia e delle condizioni di salute del paziente, con l'obiettivo di indirizzarlo verso il setting assistenziale più appropriato.



In conclusione, il discorso evidenzia l'importanza di una gestione sanitaria che sappia adattarsi alla complessità del sistema e alle sue crescenti articolazioni, senza soffocare la professionalità e la autonomia dei medici. Il modello aziendalistico, pur supportato dagli strumenti di contabilità analitica e sperimentato da molti medici, può ostacolare il senso di autonomia professionale necessario per affrontare le sfide sanitarie in modo innovativo.

Interviene il *prof. Ciccone* sottolineando i risultati positivi raggiunti negli ultimi due anni grazie alla collaborazione tra strutture politiche, aziende sanitarie e classe medica. Un esempio significativo è la razionalizzazione della spesa farmaceutica senza compromettere la qualità dell'assistenza, ottenuta grazie anche al contributo dei farmacisti. Viene lodato il ruolo proattivo dei dirigenti regionali nel guidare l'utilizzo corretto delle risorse e si riconosce come questa collaborazione abbia prodotto risultati concreti, mantenendo alta la qualità delle cure erogate. Questa compattezza, che si è realizzata fra organizzatori della sanità e medicina del territorio, andrebbe continuata ad alimentare perché è un elemento fondamentale e per realizzare la migliore assistenza in maniera sostenibile.

Il *dott. Attolini* riflette sul cambiamento che il governo clinico ha apportato alla gestione sanitaria, promuovendo strumenti che permettono ai medici di contribuire in maniera creativa, sperimentando nuovi percorsi professionali e modelli organizzativi innovativi. Ciò ha consentito una maggiore integrazione della componente scientifica e tecnologica nelle pratiche cliniche quotidiane. Un esempio di successo è la rete oncologica della Puglia, con le *Breast Unit*, che ha migliorato la gestione dei pazienti oncologici, fornendo un modello di accesso semplificato e organizzato per assicurare i pazienti sin da loro ingresso in reparto. Viene criticato il sistema di competitività tra le aziende sanitarie introdotto dall'approccio aziendalista, ritenuto un fattore di distorsione che ostacola la cooperazione.

Il *Dott. Attolini*, riconosce l'importanza dell'esperienza clinica. In conclusione, ritiene fondamentale promuovere la formazione continua e l'innovazione organizzativa per affrontare le sfide di un sistema sanitario in evoluzione.

### *Discussione su strategie per promuovere l'appropriatezza delle cure e garantire un accesso equo alle cure nella Regione – dott. F. Brunetti*

Il *dott. Brunetti* apre il suo intervento salutando i partecipanti ed introducendo i temi che tratterà. Inizialmente si soffermerà sui dati, forniti dall'AIFA, riguardanti l'utilizzo dei farmaci in Italia, con un'analisi sia a livello nazionale che regionale per offrire una prospettiva più dettagliata della situazione locale. La seconda parte del suo intervento si focalizzerà sulle iniziative di *governance* adottate dalla sezione farmaceutica della Regione Puglia, con particolare riferimento all'ottimizzazione dell'appropriatezza prescrittiva e alla gestione della spesa farmaceutica.

Per l'analisi dei **dati a livello nazionale**, il *dott. Brunetti* si riferisce al rapporto pubblicato dall'AIFA il 7 agosto 2023, che copre l'arco temporale 2014 - 2022<sup>13</sup>. In Figura 7, un istogramma evidenzia l'evoluzione nel consumo e nel costo medio per giornata di terapia dei farmaci ipolipemizzanti in questo periodo di tempo. Dal 2014 al 2022, il consumo è aumentato significativamente, passando da 77.2 dosi definite giornaliere (DDDs) per 1000 abitanti a 113.8 DDDs, segnando un incremento del 47%. In contrasto, il costo medio per terapia ha registrato una riduzione del 27%, scendendo da 0.59€/terapia nel 2014 a 0.43€/terapia nel 2022.

---

<sup>13</sup> «AIFA pubblica il Rapporto Nazionale 2022 “L'uso dei Farmaci in Italia”».



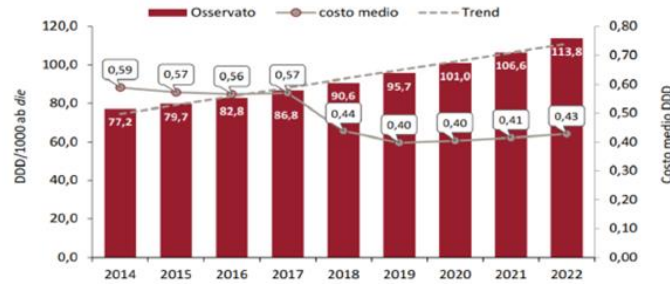


Figura 7: Farmaci ipolipemizzanti, andamento temporale 2014-2022 del consumo e del costo medio per giornata di terapia.

La Figura 8 esamina i sottogruppi di farmaci ipolipemizzanti con la maggiore spesa nel periodo considerato, evidenziando che le statine non associate ad altre molecole rappresentano la categoria con i più alti consumi e spesa pro capite, dati stabiliti rispetto all'anno precedente. Seguono l'ezetimibe in associazione e i PCSK9i, che mostrano un trend di crescita continuo.

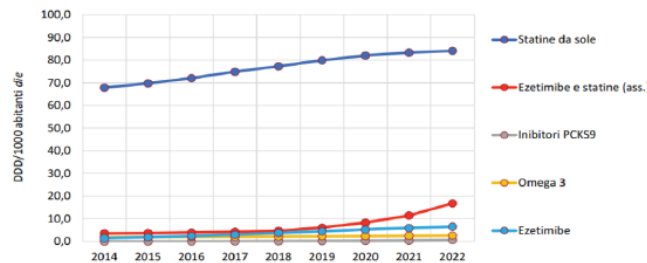


Figura 8: Farmaci ipolipemizzanti, andamento temporale 2014-2022 del consumo (DDD/1000 abitanti die) dei sottogruppi a maggior spesa.

La Figura 9 mostra l'andamento regionale della spesa pro capite, dei consumi e del costo medio per giornata di terapia dei farmaci ipolipemizzanti tra il 2014 e il 2022, con un confronto tra le diverse aree geografiche italiane. Mentre i dati delle regioni del Centro Italia sono allineati con la media nazionale, quelli delle regioni del Nord risultano inferiori, e le regioni del Sud mostrano consumi superiori rispetto alla media nazionale, raggiungendo circa 122.3 DDs. In Puglia il costo medio per giornata di terapia (0.44 €) si mantiene in linea con la media nazionale (0.43 €), sebbene il consumo risulti più elevato.

Regione	2021			2022			Δ % 22-21			CAGR % 14-22		
	Spesa pro capite	DDD/1000 ab die	Costo medio DDD	Spesa pro capite	DDD/1000 ab die	Costo medio DDD	Spesa pro capite	DDD/1000 ab die	Costo medio DDD	Spesa pro capite	DDD/1000 ab die	Costo medio DDD
Piemonte	13,36	88,3	0,41	15,38	96,4	0,44	15,1	9,1	5,5	0,8	5,0	-4,0
Valle d'Aosta	10,48	67,0	0,43	12,19	71,3	0,47	16,3	6,4	9,3	-0,3	3,1	-3,2
Lombardia	13,87	99,5	0,38	15,27	107,1	0,39	10,1	7,6	2,3	0,1	5,2	-4,8
PA Bolzano	10,19	88,1	0,32	10,96	94,4	0,32	7,6	7,1	0,5	6,1	-5,3	
PA Trento	12,72	95,1	0,37	13,90	103,7	0,37	9,3	9,1	0,2	0,4	6,3	-5,5
Veneto	14,26	105,6	0,37	15,60	113,8	0,38	9,4	7,7	1,6	-0,2	4,9	-4,9
Friuli VG	14,38	108,3	0,36	15,86	116,4	0,37	10,3	7,5	2,7	-0,4	4,8	-5,0
Liguria	14,70	91,4	0,44	16,72	98,7	0,46	13,8	7,9	5,4	1,7	5,1	-3,2
Emilia R.	15,10	113,1	0,37	16,75	123,1	0,37	10,9	8,8	2,0	2,3	5,4	-2,9
Toscana	13,64	98,7	0,38	14,92	106,1	0,39	9,4	7,5	1,8	2,0	5,2	-3,0
Umbria	16,19	103,6	0,43	16,72	106,9	0,43	3,3	3,2	0,1	3,2	5,3	-2,0
Marche	17,79	121,4	0,40	19,56	129,5	0,41	10,0	6,7	3,1	0,8	5,0	-4,1
Lazio	18,16	106,8	0,47	19,58	112,3	0,48	7,8	5,1	2,6	-0,8	3,3	-4,0
Abruzzo	16,53	101,2	0,45	18,37	109,2	0,46	11,1	8,0	2,9	2,1	5,8	-3,5
Molise	15,27	91,1	0,46	17,03	98,7	0,47	11,5	8,4	2,9	-0,3	5,1	-5,1
<b>Puglia</b>	<b>22,56</b>	<b>128,1</b>	<b>0,50</b>	<b>25,27</b>	<b>130,2</b>	<b>0,53</b>	<b>12,0</b>	<b>4,9</b>	<b>6,8</b>	<b>-2,2</b>	<b>6,0</b>	<b>-1,7</b>
<b>Puglia</b>	<b>17,99</b>	<b>114,2</b>	<b>0,43</b>	<b>19,61</b>	<b>121,3</b>	<b>0,44</b>	<b>9,0</b>	<b>6,2</b>	<b>2,6</b>	<b>-0,1</b>	<b>4,8</b>	<b>-4,7</b>
Basilicata	18,13	109,3	0,45	20,38	118,4	0,47	12,4	8,3	3,8	4,2	6,1	-1,9
Calabria	18,37	108,5	0,46	20,16	114,6	0,48	9,8	5,6	3,9	0,2	4,2	-3,9
Sicilia	17,04	115,0	0,41	18,25	120,8	0,41	7,1	5,1	2,0	0,8	5,1	-4,0
Sardegna	18,02	121,6	0,41	19,13	128,2	0,41	6,1	5,5	0,6	-2,5	3,9	-6,2
<b>Italia</b>	<b>16,12</b>	<b>106,6</b>	<b>0,41</b>	<b>17,72</b>	<b>113,8</b>	<b>0,43</b>	<b>9,9</b>	<b>6,8</b>	<b>3,0</b>	<b>0,8</b>	<b>5,0</b>	<b>-3,9</b>
Nord	14,03	100,5	0,38	15,58	108,6	0,39	11,1	8,1	2,8	0,6	5,2	-4,3
Centro	16,51	105,8	0,43	17,87	112,1	0,44	8,2	5,9	2,2	0,4	4,3	-3,7
Sud e isole	18,89	115,8	0,45	20,71	122,3	0,46	9,7	5,6	3,8	1,4	5,2	-3,6

Figura 9: Farmaci ipolipemizzanti, andamento regionale della spesa pro capite, del consumo (DDD/1000 abitanti die) e costo medio per giornata di terapia: confronto 2014-2022

Passando ad una visione più specifica dei dati della Puglia, vengono mostrati i dati ottenuti dalla piattaforma SAS per i primi 10 mesi del 2024, da gennaio ad ottobre (Figura 10). Durante questo periodo, in Puglia sono stati avviati 1822 trattamenti per l'ipercolesterolemia, con dettagli su ogni medicinale specifico. Il dato include anche il numero di prescrizioni, dispensazioni e valutazioni, suddiviso ulteriormente per ciascuna ASL e struttura sanitaria, con dettagli specifici fino al livello di singolo

reparto. Inoltre, i dati di sintesi sono disponibili anche per ciascun mese, consentendo di verificare l'andamento temporale dei trattamenti avviati da ogni centro.

IPERCOLESTEROLEMIA (1.822)									
DATI DI SINTESI REGISTRO									
PATOLOGIA	FARMACO	CAUSA FINE TRATTAMENTO	CAUSA DECESSO	N° TRATTAMENTI AVVIATI	N° PRESCRIZIONI	N° DISPENSAZIONI	% N° DISPENSAZIONI / N° PRESCRIZIONI	N° RIVALUTAZIONI	N° TRATTAMENTI CHIUSI
Totale				1.822	2.525	1.134	43,72%	608	14
IPERCOLESTEROLEMIA	EVKEEZA	(mancante)	(mancante)	1	4	4	100,00%	2	0
	LEQVIO	(mancante)	(mancante)	589	1.024	977	95,41%	435	0
		Decisione medica	(mancante)	7	11	11	100,00%	4	7
	PRALUENT	(mancante)	(mancante)	650	799	59	7,38%	66	5
	REPATHA	(mancante)	(mancante)	585	687	53	7,71%	81	2

Figura 10: Dati dalla piattaforma SAS relativi alla Regione Puglia nell'arco temporale da gennaio ad ottobre 2024

La Figura 11 evidenzia l'andamento temporale dei farmaci ipolipemizzanti a registro, indicando una sostanziale sovrapposizione nel tempo, fatta eccezione per alcune variazioni minori.

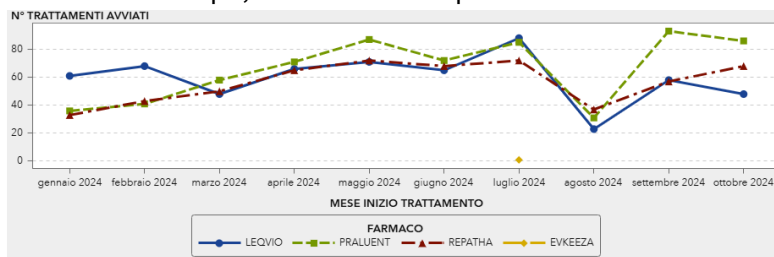


Figura 11: Andamento temporale del numero di trattamenti avviati

In Figura 12, i dati demografici mostrano che la maggior parte dei pazienti trattati rientra nella fascia d'età tra 60 e 69 anni, con una leggera prevalenza di pazienti maschili. L'età media dei pazienti è di circa 64 anni, mentre l'età massima registrata è di 81 anni; sull'età minima, invece, ci sono delle forbici enormi.

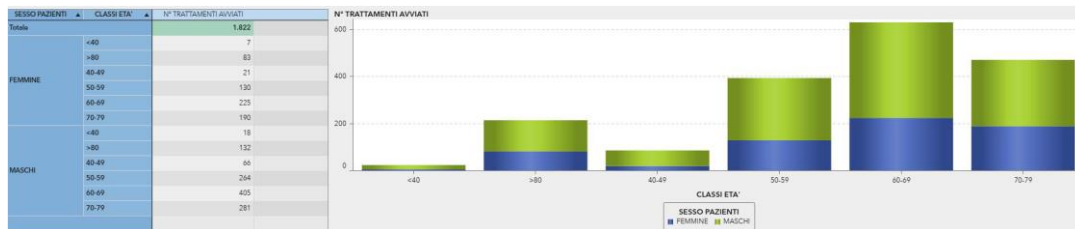


Figura 12: Dati relativi alle caratteristiche demografiche dei pazienti

Il dott. Brunetti si riferisce ai dati di monitoraggio della spesa farmaceutica forniti dal sistema EDOTTO (Figura 13). Nel periodo gennaio-agosto 2024, la classe ATC di II livello C10, relativa ai farmaci modificatori dei lipidi, ha registrato il maggiore incremento di spesa rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, con un aumento di circa 3.5 milioni di euro. Tale spesa riguarda principalmente le statine e l'ezetimibe.

TOP ATC II LIVELLO A MAGGIORE INCREMENTO DI SPESA GENNAIO/AGOSTO 2024 vs GENNAIO/AGOSTO 2023		
CODA ATC GRUPPO TERAPEUTICO PRINCIPALE	GRUPPO TERAPEUTICO PRINCIPALE	DELTA SPESA GEN/AGO 2024 vs GEN/AGO 2023
C10	Sostanze modificatrici dei lipidi (C10)	€ 3.474.832
G04	Urologici (G04)	€ 848.196
L02	Terapia endocrina (L02)	€ 739.025
N06	Psicoanalitici (N06)	€ 622.203
S01	Oftalmologici (S01)	€ 426.437
C07	Betabloccanti (C07)	€ 397.905
M05	Farmaci per il trattamento delle malattie delle ossa (M05)	€ 319.089
H03	Terapia tiroidea (H03)	€ 316.436
L03	Sostanze ad azione immunomodulante (L03)	€ 279.908
L04	Immunosoppressivi (L04)	€ 247.243
C09	Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (C09)	€ 245.656
D05	Antipsorici (D05)	€ 242.053
<b>TOTALE INCREMENTO DI SPESA</b>		<b>€ 8.158.983</b>

Figura 13: ATC di II livello a maggiore incremento di spesa nel periodo gen/ago 2024 vs gen/ago 2023

Un analogo aumento riguarda la spesa per agli acquisti diretti nel primo semestre del 2024, con un incremento di 2.7 milioni di euro dovuto soprattutto ai PCSK9i e all'inclisiran (Figura 14).

TOP ATC II LIVELLO A MAGGIORE INCREMENTO DI SPESA GENNAIO/GIUGNO 2024 vs GENNAIO/GIUGNO 2023		
CODA ATC GRUPPO TERAPEUTICO PRINCIPALE	GRUPPO TERAPEUTICO PRINCIPALE	DELTA SPESA GEN/GIU 2024 vs GEN/GIU 2023
L01	Antineoplastici (L01)	€ 8.456.873
A10	Farmaci usati nel diabete (A10)	€ 4.578.471
C10	Sostanze modificatrici dei lipidi (C10)	€ 2.777.981
L04	Immunosoppressivi (L04)	€ 2.467.136
J05	Antivirali per uso sistemico (J05)	€ 2.117.718
R07	Altri preparati per il sistema respiratorio (R07)	€ 1.998.620
M09	Altri farmaci per le affezioni del sistema muscolo-scheletrico (M09)	€ 1.949.827
M05	Farmaci per il trattamento delle malattie delle ossa (M05)	€ 1.743.887
L02	Terapia endocrina (L02)	€ 1.621.171
B02	Antiemorragici (B02)	€ 1.567.488
D11	Altri preparati dermatologici (D11)	€ 1.440.404
R03	Antiasmatici (R03)	€ 1.396.569
<b>TOTALE INCREMENTO DI SPESA (INCIDENZA DEL 84,14%)</b>		<b>€ 32.116.145</b>

Figura 14: ATC di II livello a maggiore incremento di spesa nel periodo gen/giu 2024 vs gen/giu 2023

Il *dott. Brunetti* prosegue esaminando le **azioni di governance adottate** dalla Regione Puglia per migliorare l'appropriatezza prescrittiva e contenere la spesa farmaceutica. Una delle misure principali riguarda l'istituzione di centri autorizzati alla prescrizione dei farmaci Alirocumab, Evolocumab ed Inclisiran, elencati in un aggiornamento del 30 ottobre 2024. Un'attenzione particolare è stata dedicata anche all'acido bempedoico, sia in forma singola sia in associazione con l'ezetimibe, con la possibilità di prescrizione estesa a tutti i centri ospedalieri, le ASL, le aziende universitarie, gli IRCCS, gli enti ecclesiastici e le strutture private accreditate, oltre che ai medici di medicina generale tramite prescrizione in EDOTTO, come da disposizioni AIFA. In sintesi, la nota AIFA 13, aggiornata al 19 gennaio 2023, disciplina la prescrizione di farmaci ipolipemizzanti come statine, fibrati, ezetimibe e altri.

Un'ulteriore azione della Regione Puglia per contenere i costi è rappresentata dalla centralizzazione degli acquisti farmaceutici, gestiti attraverso il Soggetto Aggregatore Regionale (SAR) InnovaPuglia. Questa gestione ha consentito risparmi significativi, permettendo a tutte le aziende del Sistema Sanitario Regionale di accedere a convenzioni quadro per l'acquisto dei farmaci elencati nel Prontuario Terapeutico Regionale (PTR).

Da circa un decennio, Edotto si pone come unica piattaforma regionale per la gestione integrata di tutti i processi di prescrizione ed erogazione di farmaci ad assistiti. Questo strumento offre due vantaggi:

- Garantisce al paziente la continuità di cure tra ospedale e territorio, assicurando l'appropriatezza prescrittiva.
- Permette alla Regione di monitorare e limitare la rimborsabilità dei farmaci a condizioni cliniche supportate da evidenze scientifiche, contribuendo a contenere la spesa farmaceutica e prevenendo l'uso eccessivo o non appropriato di alcuni farmaci.

Grazie all'utilizzo di Edotto, dal 2017 ad oggi sono stati implementati ed informatizzati circa 279 piani terapeutici e sono stati messi a disposizione delle Aziende del Sistema Sanitario Regionale circa 60 nuovi cruscotti per il monitoraggio di spesa e consumi farmaceutici al fine di verificare, oltre che l'appropriatezza prescrittiva, anche lo scostamento di quei farmaci a maggior impatto di spesa che presentano un disallineamento maggiore rispetto ai dati di carattere nazionale.

Le **misure di contenimento della spesa farmaceutica** sono al centro di una serie di interventi regionali mirati a monitorare e ridurre i costi. La delibera regionale N.499 è un punto di partenza cruciale in quanto definisce obiettivi specifici di contenimento della spesa farmaceutica convenzionata. Tale delibera assegna a ciascuna ASL obiettivi di contenimento precisi, stabiliti dalla giunta regionale. Allo stesso tempo, la delibera N.848 riguarda gli acquisti diretti e i gas medicali, in un'ottica di controllo dei costi in questi ambiti complementari.



Da un'analisi dettagliata dei dati più recenti relativi alla spesa farmaceutica convenzionata emerge che, per il periodo gennaio-agosto 2024, lo scostamento rispetto agli obiettivi di contenimento è stato significativo, pari circa a 22.6 milioni di euro, equivalente al 6.31% oltre il budget previsto. Un confronto tra lo stesso periodo del 2023 e il 2024 indica una crescita della spesa di circa 6.36 milioni di euro, ossia un aumento dell'1.69%. Parallelamente, i dati relativi agli acquisti diretti e ai gas medicali per il periodo gennaio-giugno 2024 evidenziano uno scostamento dalla previsione di contenimento assegnata che supera i 56 milioni di euro, rappresentando un 9.67% oltre il tetto fissato. Questo sforamento arriva a 129 milioni di euro in termini assoluti, pari al 36.2% rispetto al limite stabilito per il primo semestre. Si osserva, dunque, un trend in crescita nonostante gli sforzi considerevoli attuati dai vari attori del sistema sanitario, confermando che le misure intraprese, per quanto incisive, non siano riuscite a rallentare del tutto il trend di aumento della spesa. Il totale dello scostamento per l'intera annualità del 2023 era di circa 190 milioni di euro; con l'attuale andamento già registrato per il 2024, ci si attende un superamento significativo del dato annuale rispetto allo scorso anno. La legge regionale N.7 del 2022 rappresenta una normativa cardine in questo contesto, articolata in 3 punti principali, mirati a rafforzare il controllo e la responsabilizzazione delle singole aziende.

- L'articolo 1 impone che ciascuna azienda del SSR individui un responsabile per il monitoraggio dei dati relativi alla spesa farmaceutica.
- Come stabilito dall'articolo 2, questo responsabile è tenuto a redigere un rapporto bimestrale sull'andamento della spesa farmaceutica per la propria azienda ed inviarlo al direttore generale e al dirigente della sezione farmaceutica regionale.
- L'articolo 3 stabilisce una sanzione stringente in caso di inadempienza: i direttori generali che non rispettano la normativa decadono dal proprio incarico per effetto della legge.

L'intervento si conclude con un ringraziamento da parte del relatore che sottolinea la necessità di un'attenzione costante su questi aspetti critici per la sostenibilità del sistema sanitario.

## ***Discussione sui principali fattori di rischio e l'impatto sulle malattie cardiovascolari nella Regione***

### *Il Ruolo dei Farmacisti nella gestione delle dislipidemie: condivisione di esperienze e migliori pratiche da parte dei Farmacisti presenti – dott. Procacci*

Il *dott. Procacci* inizia ringraziando per l'invito a questo importante incontro, sottolineando l'intento di offrire il punto di vista di un farmacista operante nel SSN e di illustrare la sfida dell'innovazione farmacologica in un contesto di risorse limitate, in quanto **l'innovazione costa**. Questo tipo di innovazione impatta inevitabilmente sulla spesa farmaceutica, la quale dovrebbe essere considerata un **investimento** mirato a produrre benefici in termini di salute pubblica. Gli obiettivi chiave per il SSN sono:

- miglioramento della qualità delle cure
- ottimizzazione delle risorse (≠ risparmio; in quanto ottimizzare significa utilizzare al meglio le risorse disponibili per incrementare l'efficienza e i risultati)

Questa ottimizzazione richiede una gestione efficiente dei farmaci, una prescrizione appropriata e una stretta collaborazione multidisciplinare tra clinici, farmacisti, *caregiver* e pazienti per assicurare la corretta aderenza alle terapie. Questi elementi sono essenziali non solo per migliorare i risultati clinici, ma anche per rispondere alla crescente domanda sanitaria dovuta a fattori quali l'invecchiamento della popolazione, i flussi migratori e i cambiamenti ambientali. Negli ultimi anni le risorse destinate alla



sanità non sono aumentate in maniera proporzionale ai bisogni; diventa essenziale un utilizzo razionale e strategico delle risorse. Bisogna entrare in una nuova ottica di pensiero: **farmaco come investimento**. Uno studio condotto dall'Università di Tor Vergata<sup>14</sup> evidenzia il peso della spesa farmaceutica nel trattamento di patologie quali lo stroke e l'infarto del miocardio, con un'incidenza del 20-25% sul totale dei costi sanitari. Sebbene la spesa farmaceutica rappresenti solo una parte della spesa sanitaria complessiva, una gestione appropriata dei farmaci potrebbe contribuire a ridurre il numero di eventi acuti, con conseguente diminuzione degli accessi alle strutture sanitarie.

Un tema attualmente molto importante è la **costo-efficacia**, introdotta anche nei *dossier* regolativi dell'AIFA. Una pubblicazione del 2018 a proposito dei PCSK9i<sup>15</sup> indica alcune criticità:

- *Endpoint* clinici diversi
- Pochi dati
- Difficoltà nell'ottenere un approccio unico e armonico da parte dei diversi Paesi

Viene menzionato il trial FOURIER<sup>16</sup>, che ha utilizzato **endpoint clinici** come l'infarto del miocardio e ha mostrato che i modelli economici basati su questi *endpoint* sono più realistici, ma meno favorevoli rispetto a quelli basati solo sulla riduzione dell'LDL-C.

Lo studio sulla costo-efficacia dei PCSK9i mostrava dati della prima fase di commercializzazione di questi farmaci che avevano quindi un costo più elevato. I PCSK9i non sono sempre stati valutati come costo-efficaci per i prezzi di commercializzazione iniziali (14-15000 \$). I PCSK9i sono diventati sostenibili per il nostro SSN solo con la riduzione dei prezzi a circa 2800 - 3400 € annui. Tuttavia, tali costi sono ancora insostenibili per i sistemi privatistici.

Nel concludere, il *dott. Procacci* mostra risultati preliminari di uno studio multicentrico di *real life* in Italia, condotto, dal 2017 al 2022, su un campione di circa 5 milioni di assistiti, di cui una parte in trattamento con PCSK9i e una parte eleggibile ma non trattata. Dopo aver bilanciato le due coorti con il *propensity score matching* (PSM), i dati hanno evidenziato nei pazienti trattati con PCSK9i una riduzione significativa della mortalità e delle ospedalizzazioni rispetto al gruppo di controllo. Inoltre, sebbene il costo per paziente fosse superiore (5000€ vs 1800€), il risparmio derivato dalla riduzione dei costi ospedalieri e delle visite specialistiche rende l'investimento complessivo più sostenibile.

Il *dott. Procacci* si avvia alle conclusioni, esponendo le più importanti criticità:

- necessità di considerare il costo per patologia per verificare l'efficacia degli investimenti;
- maggior peso al tema dell'aderenza farmacologica e alla prospettiva sociale, perché è investimento

Ringrazia tutti.

### *Ruolo dei Cardiologi e delle pratiche cliniche attuali: intervento da parte di Cardiologi sulla diagnosi, il trattamento e il monitoraggio delle dislipidemie – dott. N.D. Brunetti*

Il *dott. Brunetti* apre il suo intervento ringraziando la *dott.ssa De Carlo* per l'introduzione e riconoscendo gli sforzi dei moderatori ed organizzatori, il *dott. Caldarola* e il *prof. Ciccone*.

I **punti chiave** della gestione dell'ipercolesterolemia sono i seguenti:

- Il colesterolo è un **fattore determinante** nello sviluppo della cardiopatia ischemica.

---

<sup>14</sup> Sciattella et al., «Healthcare Resource Utilization, Cardiovascular Event Rate and Use of Lipid-Lowering Therapies in Secondary Prevention of ASCVD in Hospitalized Patients in Italy».

<sup>15</sup> Korman et al., «Are PCSK9 Inhibitors Cost Effective?»

<sup>16</sup> «Evolocumab and Clinical Outcomes in Patients with Cardiovascular Disease | New England Journal of Medicine».



- La terapia ipocolesterolemizzante è **efficace**: una riduzione di 1 mmol riduce a 5 anni gli eventi cardiovascolari del 20%.
- Sono noti gli **obiettivi di trattamento**.
- È noto **come raggiungere gli obiettivi di trattamento**, ovvero avvalendosi di **5 mosse**:
  1. Statine
  2. Statine ad alta intensità
  3. Aggiunta di Ezetimibe
  4. Modulazione del PCSK9
  5. Aggiunta di siRNA e dell'acido bempedoico
- **La terapia ipocolesterolemizzante è una polifarmaco terapia mirata sul differenziale.**

Il trattamento del paziente con ipercolesterolemia si basa su un approccio strutturato e razionale, partendo dalla valutazione dei valori di colesterolo di partenza, del target da raggiungere e delle strategie terapeutiche necessarie per ottenere la riduzione desiderata. Questo processo, guidato dalle linee guida che indicano la riduzione percentuale raggiungibile con l'utilizzo di ciascun farmaco o associazione di farmaci, permette di determinare il numero di farmaci necessari fin dall'inizio, rendendo teoricamente semplice l'approccio iniziale. Tuttavia, la gestione pratica dell'ipercolesterolemia presenta sfide significative legate alla natura cronica della patologia. La terapia ipocolesterolemizzante non è un intervento *one-shot*, bensì un percorso cronico che richiede una presa in carico continua del paziente. Secondo la **metodologia stepwise**, il trattamento inizia con una prima valutazione e una terapia iniziale, seguita da *follow up* regolari, non oltre le 4 settimane, per monitorare i progressi verso i target lipidici. Se necessario, il trattamento viene intensificato con l'aggiunta di ulteriori farmaci. Un approccio alternativo, detto **fast track**, propone di prescrivere immediatamente la combinazione di farmaci necessaria per raggiungere il target, evitando *follow up* intermedi. Questa strategia si basa sull'evidenza che un rapido raggiungimento dei livelli target migliora gli *outcome* sia a breve che a lungo termine, compresa la regressione della placca aterosclerotica.

L'**aderenza** alla terapia rappresenta un problema cruciale. Anche in modelli virtuosi, come quello tedesco<sup>17</sup>, solo il 70% dei pazienti continua la terapia con statine dopo un anno, e solo due terzi persistono con i PCSK9i; questi dati escludono già a priori i pazienti non complianti, ovvero quelli che rinunciano alla terapia già al primo mese (Figura 15).

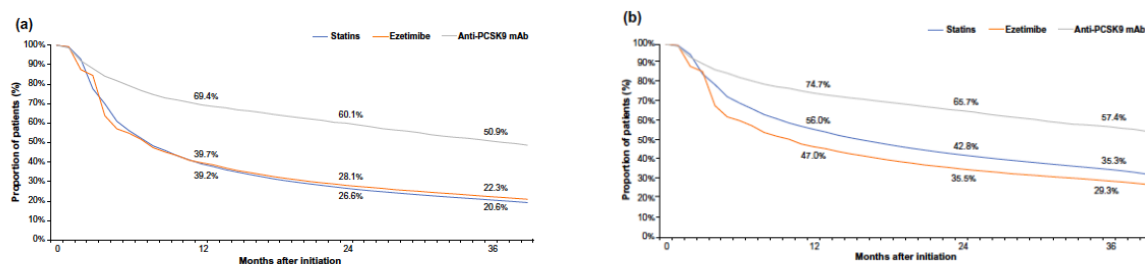


Figura 15: Persistenza del trattamento nel tempo di tutta la popolazione (A) ed escludendo i pazienti non complianti (B)

Il Prof. Brunetti mostra dati *di real world* raccolti nell'ambulatorio di prevenzione secondaria della UO da lui diretta. Su 800 pazienti, solo il 18% raggiunge il target di <55 mg/dL per LDL-C. Considerando un target meno stringente di 70 mg/dL, solo il 40% è a target. Questo è spesso legato ad un basso utilizzo dei PCSK9i (4%) e ad una gestione frammentata del paziente. Idealmente, il paziente dovrebbe essere intercettato in prevenzione primaria, prima dell'evento cardiovascolare. Tuttavia, nella pratica clinica, la diagnosi e la presa in carico avvengono spesso in prevenzione secondaria, dopo un evento acuto.

<sup>17</sup> Koenig et al., «Retrospective Real-World Analysis of Adherence and Persistence to Lipid-Lowering Therapy in Germany».



Questo porta ad una gestione discontinua, in cui la terapia inizia durante la fase acuta, ma il *follow up* diventa complesso. Il medico di medicina generale, che dovrebbe garantire la continuità del trattamento, spesso riferisce difficoltà nella gestione di patologie complesse come l'ipercolesterolemia. Questo comporta che molti pazienti tornino al centro ospedaliero, sovraccaricando strutture già impegnate nel contenimento delle liste d'attesa. Molti pazienti si rivolgono a cardiologi privati, andando a contribuire alla spesa *out of pocket*, componente della spesa sanitaria lasciata a carico del paziente che non aggrava le finanze dello Stato e quindi spesso è gradita al decisore nazionale.

Il percorso del paziente con ipercolesterolemia diventa un percorso ad ostacoli in cui le tappe del *follow up* diventano dei momenti di rallentamento che rendono difficile ottenere un risultato. Per migliorare la gestione dell'ipercolesterolemia è essenziale:

- Rafforzare la presa in carico territoriale attraverso i progetti previsti dal DM77 e iniziative come il progetto PONTE.
- Promuovere l'appropriatezza prescrittiva, assicurando che i pazienti ad alto rischio ricevano le terapie necessarie.
- Integrare modelli virtuosi che garantiscano un *follow up* costante ed un'aderenza ottimale alla terapia.

Come ultima osservazione, va notato che nei prossimi anni ci sarà uno *tsunami* che travolgerà il Servizio Sanitario, ovvero i farmaci per il contrasto della lipoproteina A. Il costo di questi farmaci sarà molto alto e, ragionevolmente, circa il 25% della popolazione dovrebbe avere valori di iperlipoproteina a, meritevoli di terapia. Bisogna, dunque, iniziare a considerare anche questi aspetti di gestione della dislipidemia e di ulteriori stress finanziari che aggraveranno il sistema, in modo da essere pronti. L'aumento della spesa è inevitabile ed è legato al miglioramento delle cure.

La *dott.ssa De Carlo* ringrazia il *dott. Brunetti*. Lascia una serie di spunti raccolti in questi primi interventi, per passare alla tavola rotonda dove ci sarà modo di discutere. Si è parlato di:

- **Fattore tempo**, indispensabile nella gestione delle cardiopatie
- **Giuste terapie** da adottare
- **Spesa Farmaceutica da intendere come investimento**
- Necessità di riconoscere il ruolo dei clinic e della loro **esperienza**.

Il *dott. Caldarola* chiama alla moderazione il *dott. Carlo D'Agostino* e per l'intervento il *dott. Grattagliano*, medico di medicina generale.

### ***Tavola Rotonda “Come migliorare la collaborazione tra Farmacisti e Clinici per ottimizzare la gestione delle dislipidemie”***

*Approfondimento su educazione del paziente e promozione dello stile di vita salutare – Intervento sui programmi educativi per i pazienti sulle dislipidemie e la promozione dello stile di vita sano – dott. Grattagliano*

Il *dott. Grattagliano* ringrazia i responsabili scientifici per l'invito e sottolinea quanto sia significativo intervenire in questo momento, dopo aver ascoltato attentamente i contributi precedenti. Da medico di famiglia, evidenzia una prospettiva di assistenza sanitaria più **comunitaria** rispetto a quella cardiologica specialistica. Mentre il discorso centrato sulla cardiologia è perfettamente valido dal punto di vista specialistico, un approccio comunitario richiede un'impostazione diversa, rivolta non solo al singolo paziente, ma alla popolazione nel suo insieme. Sottolinea come l'esperienza della

pandemia da COVID-19 abbia insegnato ai medici di famiglia che l'assistenza deve essere personalizzata, ma anche contestualizzata in una visione comunitaria che tenga conto delle condizioni sociali e sanitarie in cui vive ogni paziente.

Il *dott. Grattagliano* fa riferimento ad un vecchio assioma che definisce il buon clinico come colui che riesce a mantenere a target il maggior numero di pazienti, piuttosto che risolvere un singolo caso eccezionale. Con questa premessa, riflette su come il Ministero dell'Economia e delle Finanze sia ormai strettamente legato alla Sanità e condizioni molte decisioni. A partire da questo quadro, invita a considerare quale sia lo stato di salute generale della popolazione, sottolineando che la medicina generale si rivolge all'intera comunità, comprendendo un ampio spettro di condizioni e non solo i casi specifici come quelli legati alle malattie cardiache.

Esaminando la questione dell'ipercolesterolemia, è importante definire azioni organizzative ed educative per migliorare il raggiungimento degli obiettivi terapeutici. È difficile, però, stabilire quali risorse e interventi sarebbero necessari senza il coinvolgimento dei politici e degli amministratori, poiché questi costi vanno valutati su scala temporale ampia e non limitata. La sfida è mantenere il paziente a target a lungo termine, evitando che venga perso nel *follow up* a causa di scarsa aderenza alla terapia. È importante attuare una “**medicina di iniziativa**” che vada a contrastare la perdita dei pazienti a causa della mancanza di un sistema efficace di richiamo e monitoraggio.

La **nota 13**, che vincola i medici nella gestione dell'ipercolesterolemia, impone forti limitazioni. Dopo numerosi sforzi, è stato istituito un tavolo di lavoro presso l'AIFA, dove sono in corso le discussioni per la rivalutazione delle note e dei piani terapeutici. Sebbene non sia ancora stata affrontata la nota 13, ci sono rappresentanti attivamente coinvolti in questo processo. I PCSK9i, inclisiran e acido bempedoico risultano attualmente esclusi dalla nota 13. Questo pone una sfida: *come è possibile, in queste condizioni, raggiungere un target ottimale, puntando almeno al 75% della popolazione affetta, per arrivare idealmente al gold standard del 90%?*

La questione della **prevenzione primaria** è cruciale, ma in questo ambito si interviene ancora troppo poco, soprattutto in relazione agli stili di vita. Come osservato, viene spesso chiesto come si possono mantenere standard di salute su vasta scala; ad oggi, è difficile a cause delle risorse insufficienti messe a disposizione.

Analizzando rapidamente i dati forniti dall'ISTAT e dall'Istituto Superiore di Sanità, emerge l'importanza di fattori individuali, socioeconomici e ambientali. Ad esempio, nelle aree urbane ben attrezzate, con strutture dedicate all'attività motoria, la prevalenza di malattie croniche cardiovascolari è sensibilmente diversa rispetto a quartieri privi di queste strutture di base. Anche il Ministero della Salute e AGENAS evidenziano che per mantenere un buono stato di salute è fondamentale valutare la capacità di risposta della popolazione. Questa prospettiva si avvicina ad una **visione di medicina globale**, che va oltre la medicina generale o la cardiologia e diventa una questione di sanità pubblica, in cui è essenziale definire parametri ed indicatori di efficienza e appropriatezza del Sistema Sanitario. Investire anche in uno solo o in due di questi aspetti potrebbe rappresentare un grande passo avanti, ma serve uno sforzo collettivo e trasversale, che coinvolga farmacisti, specialisti, medici di medicina generale, associazioni di pazienti a livello sia nazionale che regionale. I dati sull'aderenza alle terapie, come mostrato in Figura 16, evidenziano una situazione critica: in Italia, molti pazienti non seguono regolarmente le terapie per il controllo del colesterolo, un problema che porta a decessi evitabili, ricoveri e a una perdita di autonomia dei pazienti che ha un costo elevato per il Sistema Sanitario.

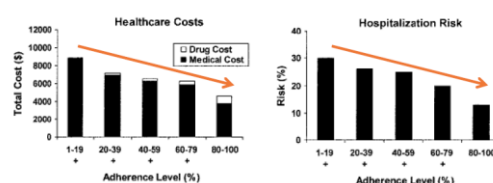




Figura 16: Politerapia e aderenza alle cure<sup>18</sup>

Sebbene disponiamo di linee guida che promuovono una vita sana, includendo una corretta alimentazione, attività fisica, gestione dello stress e altre raccomandazioni, questi rimangono obiettivi teorici finché non saremo in grado di concretizzarli.

Conclude ringraziando per l'attenzione e sottolineando la necessità di passare alle azioni concrete.

Il *dott. D'agostino* ringrazia il *dott. Grattagliano* per poi passare ad ascoltare il punto di vista dei pazienti.

### *Identificazione di opportunità per migliorare l'educazione del paziente e favorire l'aderenza al trattamento – Associazioni dei pazienti (AMACuore, Cittadinanzaattiva)*

Prende la parola il *signor Armenise* dell'associazione **AMACuore**. L'associazione è nata nel 2009 per rispondere bisogni insoddisfatti del Sistema Sanitario, in particolare nella fase post-acuta riabilitativa dei pazienti cardiopatici. Il gruppo iniziale, composto da persone conosciutesi in ospedale, ha iniziato ad organizzare attività di riabilitazione fisica e supporto psicologico, replicando quanto sperimentato durante i percorsi ospedalieri. Queste attività, supportate inizialmente da una fisioterapista e da uno psicologo volontario, hanno favorito la creazione di una rete solida, che oggi conta circa 200 associati, di cui un terzo sono cardiopatici cronici.

La pandemia da **COVID-19** ha rappresentato una cesura significativa. Per due anni, le attività dell'associazione sono state sospese, interrompendo i rapporti sociali e riabilitativi. La ripresa è stata difficile, in parte a causa delle limitazioni nell'accesso alle strutture ospedaliere e della difficoltà di riformare le relazioni interrotte.

AMACuore promuove l'**aderenza terapeutica**, considerandola un elemento centrale della propria missione. In particolare, i membri si supportano reciprocamente nella gestione dei farmaci, nella riduzione dei fattori di rischio (ad esempio il tabagismo) e nell'adozione di stili di vita sani. Questi temi, affrontati con un approccio pratico e sociale, si affiancano ad iniziative come attività fisica supervisionata, organizzata in una palestra di proprietà dell'associazione e messa a disposizione gratuitamente, e sessioni di auto-mutuo-aiuto per i pazienti in fase di post-ricovero.

Una criticità emersa è la **scarsa collaborazione** con i medici di medicina generale e la difficoltà ad essere riconosciuti come risorsa nel territorio. L'associazione ha rilevato una scarsa conoscenza, anche tra i cardiologi, dell'esistenza di AMACuore e delle sue attività. Una maggiore sinergia con il Sistema Sanitario Locale e una promozione più efficace delle associazioni di pazienti potrebbero migliorare la presa in carico complessiva dei cardiopatici.

Conclude con un invito ai professionisti sanitari presenti ad incoraggiare i loro pazienti a rivolgersi alle associazioni di pazienti sottolineando come queste possano offrire un importante supporto sociale e psicologico, in uno spirito di volontariato.

Il *dr. Matteo Valentino*, Segretario Regionale di **Cittadinanzaattiva**, interviene sottolineando l'urgenza di trasformare le discussioni in azioni concrete, esprimendo rammarico per l'assenza di alcune figure istituzionali fondamentali. Richiama l'importanza di istituire una cabina di regia che includa l'Istituzione e i diversi soggetti coinvolti, riconoscendo il contributo significativo delle associazioni nella tutela dei diritti dei cittadini. L'associazione ha elaborato un documento sulle problematiche di accesso alle cure per i pazienti affetti da malattie cardiovascolari, in modo particolare quelle delle dislipidemie, e ha messo in atto un'indagine su tutto il territorio per raccogliere i numerosi ostacoli che i pazienti incontrano nell'accesso alle cure adeguate. Va ricordato il valore della **Carta Europea dei Diritti del**

---

<sup>18</sup> Sokol et al., «Impact of Medication Adherence on Hospitalization Risk and Healthcare Cost».



**Malato**, con particolare riferimento al punto 7, ovvero “*tempi brevi per le terapie*”, e al punto 10, “*Ogni individuo ha diritto ad accedere a procedure innovative, indipendentemente dai costi*”.

Vengono elencate alcune **richieste chiave**:

- **Accesso uniforme alle migliori terapie**, ~~sia pubbliche che private~~, per tutti i pazienti con dislipidemie.
- **Equità di trattamento a prescindere dalla residenza**, eliminando barriere geografiche e burocratiche.
- **Cure continue ed uniformi per i pazienti cronici e fragili**, con una distribuzione più capillare dei farmaci tramite farmacie aperte al pubblico.

Nei prossimi giorni verrà presentato, da Cittadinanzattiva, un documento al *neo-assessore Piemontese* e al *Direttore del Dipartimento Vito Montanaro*, volto a sollecitare un impegno concreto per migliorare l'accesso alle cure.

È, inoltre, fondamentale creare una **rete regionale** delle associazioni per rafforzare il coordinamento e superare le logiche individualiste. *Uniti siamo più forti*.

Conclude, ringraziando per l'attenzione.

### **Definizione di un piano d'azione per implementare le idee e le proposte discusse – All faculty**

Il *dott. D'agostino* riporta il dibattito al tema della *governance* delle dislipidemie, sottolineando che, nonostante la complessità apparente, il problema si riduce ad elementi semplici e ben definiti. L'aterosclerosi è strettamente correlata al colesterolo e le soglie di LDL-C per i vari livelli di rischio sono ormai chiare:

- Paziente a rischio alto = LDL-C <70 mg/dL
- Paziente a rischio molto alto = LDL-C <55 mg/dL
- Paziente a rischio estremo = LDL-C <40 mg/dL

Abbiamo gli strumenti necessari per stabilizzare l'aterosclerosi attraverso la riduzione del colesterolo, ma resta la **questione economica**: *il SSN è in grado di sostenere i costi per tutta la popolazione?* È importante trovare le risorse necessarie per garantire la salute, semplificando al contempo i percorsi terapeutici. In questo contesto, diverse barriere sono create da note prescrittive, piani terapeutici e accessi agli specialisti, ostacoli ~~inutili~~ che complicano il trattamento.

Il *dott. D'agostino* propone un approccio più snello, sfruttando i dati disponibili e l'intelligenza artificiale per monitorare l'aderenza terapeutica e il raggiungimento dei target, suggerendo l'integrazione dei dati di laboratorio nei database regionali. Questo approccio consentirebbe di personalizzare i percorsi terapeutici, eliminando la necessità di procedure burocratiche come i rinnovi frequenti dei piani terapeutici. Evidenzia la difficoltà dei cardiologi ospedalieri, che si vedono oberati da richieste amministrative che li distolgono dal focus sulla cura del paziente. Chiede, dunque, ai decisori pubblici di rimuovere queste barriere, permettendo ai medici di concentrarsi sull'efficacia dei trattamenti. Conclude esprimendo il desiderio che il focus del sistema cambi: dai controlli burocratici alle verifiche cliniche sull'efficacia dei trattamenti, a beneficio della salute della popolazione.

Il *prof. Ciccone* propone delle considerazioni sull'intervento del *dott. F. Brunetti*, facendo riferimento all'aumento della spesa farmaceutica per le terapie contro le dislipidemie. Descrive questo incremento come un “*crescendo ma non troppo*”, indicando che, a suo parere, si tratta di una crescita inevitabile. Tra le possibili soluzioni, propone la riduzione stabile delle prescrizioni di alcuni farmaci cardiovascolari



utilizzati al di fuori delle linee guida, suggerendo l'adozione di procedure ~~semplici~~ per limitare l'uso di farmaci il cui valore terapeutico è superato; un esempio è l'uso dei nitrati in prevenzione secondaria.

Il *dott. Brunetti* focalizza i vari aspetti evidenziati relativi al consumo e alla spesa farmaceutica. Secondo i dati forniti dall'AIFA, a livello nazionale, tra il 2014 ed il 2022, si è registrato un aumento del 47% nel consumo di farmaci. Tuttavia, nello stesso periodo, si è osservata una riduzione del 27% del costo medio per terapia. Questo rappresenta una tendenza generale che combina una maggiore accessibilità ai farmaci con un'efficienza nei costi. Nonostante ciò, i farmaci per le dislipidemie, classificati con ATC di II livello, continuano a rappresentare una delle categorie con il maggiore incremento di spesa. Questo fenomeno è stato riscontrato sia nella spesa farmaceutica convenzionata sia negli acquisti diretti come evidenziato dalle note di monitoraggio AIFA. Questi dati forniscono una fotografia attuale che evidenzia l'impatto economico di tali farmaci rispetto agli anni precedenti. Passando alla situazione regionale, ci sono da sottolineare i progressi raggiunti dalla Regione Puglia, che in passato si trovava tra le ultime in Italia per quanto riguarda i dati sulla spesa farmaceutica, mentre oggi, grazie a misure ed obiettivi condivisi, si attesta a metà classifica a livello nazionale. Questo miglioramento è frutto degli sforzi compiuti per garantire la sostenibilità del SSR. Tuttavia, il trend di aumento della spesa farmaceutica è guidato da fattori nazionali, come l'immissione costante di farmaci innovativi e l'estensione delle indicazioni terapeutiche già esistenti. Questi elementi contribuiscono in modo significativo alla crescita dei costi, nonostante le strategie adottate per contenerli.

Un aspetto critico evidenziato è il carico burocratico che grava sui clinici. Molti specialisti lamentano di dover dedicare una parte consistente del loro tempo lavorativo alla compilazione di registri e piani terapeutici. Sebbene percepiti come onerosi, questi strumenti sono definiti dall'AIFA come essenziali per garantire l'appropriatezza prescrittiva e l'eleggibilità dei pazienti, contribuendo in ultima analisi alla sostenibilità complessiva del sistema sanitario.

In sintesi, il *dott. Brunetti*, ribadisce l'importanza di bilanciare l'introduzione di innovazioni terapeutiche con il mantenimento di una gestione economica sostenibile, sottolineando il ruolo cruciale della collaborazione tra tutti gli attori del Sistema Sanitario.

Un intervento dalla platea affronta il tema della **spesa farmaceutica**, sollevando alcune riflessioni critiche. Storicamente ci si è concentrati principalmente sull'abbattimento della spesa farmaceutica, con un approccio restrittivo che spesso si è tradotto in richiami da parte delle farmacie riguardo la quantità di farmaci prescritti e il rispetto dell'appropriatezza prescrittiva. Tuttavia, va segnalata un'inversione di tendenza negli ultimi mesi, osservata nella ASL di Taranto dove si percepisce un cambiamento nell'approccio, con maggiore riconoscimento del fatto che alcuni farmaci siano stati storicamente ipoprescritti rispetto al loro potenziale beneficio clinico. Questo cambio di prospettiva sembra andare nella direzione di una maggiore attenzione alla salute del paziente piuttosto che ad un controllo esclusivo dei costi. Sebbene la spesa farmaceutica sia destinata a salire, è necessario chiedersi se sia possibile ridurre la spesa sanitaria complessiva attraverso interventi su altri ambiti, senza compromettere la qualità delle cure. Come "*produttori di salute*" non sempre la scelta giusta è il risparmio, spesso è necessario investire per migliorare i risultati sanitari, quindi il focus non dovrebbe essere solo sulla riduzione della spesa farmaceutica, ma su una gestione complessiva che bilanci investimenti e risparmi, con l'obiettivo primario di produrre salute in modo sostenibile.

Il *dott. D'agostino* interviene sottolineando come il dibattito sulla spesa farmaceutica si inserisca in un sistema frammentato in "silos" separati, in cui costi sono analizzati in maniera isolata piuttosto che in un'ottica complessiva. Evidenzia che i farmaci, specialmente quelli innovativi, sono spesso costo-efficaci, poiché il loro costo è compensato dalla riduzione di altre voci di spesa sanitaria, come ricoveri, procedure mediche e degenze ospedaliere. A supporto del discorso, un altro intervento dalla platea si concentra sul quadro normativo italiano, evidenziando che, nonostante il ragionamento logico esposto, la gestione della spesa farmaceutica è vincolata da tetti di spesa stabiliti per legge. Questi tetti, distinti tra spesa convenzionata e spesa diretta, prevedono un margine di sfioramento regolamentato. Pertanto,



anche se l'aumento della spesa farmaceutica può essere giustificato da benefici complessivi per il sistema, il quadro legislativo impone limiti stringenti che vincolano le scelte operative e rendono complesso adottare una visione integrata del costo-beneficio.

Il *dott. Caldarola paventa il rischio di un approccio* che enfatizza il tema dell'aumento della spesa farmaceutica, senza considerare che spesso questa si associa ad un risparmio dei costi sanitari globali ed induce benefici clinici complessivi. Certamente esistono ambiti di inappropriata prescrizione su cui ci si potrebbe concentrare, che contribuiscono all'aumento della spesa sanitaria. Bisognerebbe cambiare il metodo con cui vengono valutati i medici, ovvero non in base a quanti soldi fanno spendere al Sistema Sanitario, bensì a quanti pazienti hanno a target e in condizione di salute. Del resto vi sono settori, come quello oncologico, in cui è trascurato il costante aumento della spesa farmaceutica a causa dell'impatto emotivo che le neoplasie generano; questo pone la necessità di far conoscere meglio anche le gravi conseguenze cui vanno incontro i pazienti cardiologici non adeguatamente trattati.

Un ulteriore problema da affrontare è quello del disagio prodotto ai pazienti dalla dispensazione di molti farmaci cardiologici presso le farmacie ospedaliere e non già attraverso le farmacie di comunità.

Prende la parola il *dott. Colasuonno*; il suo è un punto di vista a 360° perché ha avuto esperienza in farmacia comunale, quindi a contatto con il cittadino, in Regione e in ASL. Ricorda che per rimuovere i piani terapeutici, è necessario un intervento su AIFA da parte delle Associazioni Scientifiche. Aggiunge che, quando la Regione verificherà la possibilità di dispensare i PCSK9i dalle farmacie di comunità, verrà fatto, come è stato fatto per altri farmaci, ma ad oggi sicuramente non è possibile.

La *dott.ssa Suppressa* evidenzia come l'aderenza alle terapie innovative abbia ridotto significativamente eventi clinici gravi e come questi debbano essere i parametri sui quali un medico venga valutato. Lamenta però che, nella sua esperienza, il passaggio dalla struttura universitaria ad una nuova realtà lavorativa ha causato discontinuità nelle cure dei pazienti, con ritardi nei rinnovi dei piani terapeutici; sottolinea l'importanza di identificare non solo le strutture, ma anche i medici autorizzati alla prescrizione, evitando ai pazienti spostamenti eccessivi. Aggiunge che l'aumento della spesa farmaceutica per farmaci efficaci risulta in grado di ridurre morbilità e mortalità.

Il *dott. Colasuonno* replica, sottolineando che i pazienti devono essere accompagnati in queste transizioni. Richiama i medici alle responsabilità di lasciare istruzioni chiare ai colleghi subentranti, evitando che le conoscenze specialistiche vadano disperse, per non penalizzare i pazienti.

Interviene il *dott. Procacci* affrontando il tema dei costi e della spesa farmaceutica, dichiarando che il modello attuale è ancora basato su criteri semplicistici, con tetti di spesa annuali e meccanismi di compensazione. Auspica un'evoluzione verso sistemi che valutino gli *outcome* terapeutici e i costi evitati grazie alle terapie innovative, ma riconosce che il sistema non è ancora pronto per un cambiamento così radicale.

Un intervento dalla platea richiama la necessità di fluidità del sistema, ovvero di agevolare il sistema sia dal punto di vista di impatto clinico che di impatto organizzativo, evitando che ostacoli burocratici e logistici compromettano i risultati clinici.

Interviene il *dott. Caldarola* sottolineando che l'aforisma guida dell'incontro dovrebbe essere “**passare dalle parole ai fatti**”, un approccio richiesto non solo dalle associazioni dei pazienti, ma anche da tutti i clinici. Riprendendo uno spunto emerso dalle osservazioni di Cittadinanzattiva, evidenzia la necessità di affrontare tali tematiche con i decisori pubblici in tavoli istituzionali che coinvolgano rappresentanti dei clinici, delle società scientifiche, delle associazioni dei pazienti, dei farmacisti, al fine di identificare criticità e definire soluzioni concrete. Tra le priorità, indica la necessità di una **distribuzione territorialmente omogenea dei centri prescrittori dei nuovi farmaci ipolipemizzanti**, che eviti il



disagio ai cittadini di recarsi in centri lontani dal proprio domicilio per la prescrizione di terapie essenziali. Propone di realizzare una mappa dei centri autorizzati alla prescrizione, individuati sulla base di una documentata competenza. Al contempo, critica le autorizzazioni *ad personam*, ritenendo che si debba adottare un approccio uniforme, abilitando, ad esempio, tutti i cardiologi territoriali. Un altro punto critico è il peso burocratico dei piani terapeutici, che occupano circa il 25% delle attività delle varie Unità Operative. Tale situazione porta a sottrarre risorse umane preziose da attività fondamentali quali la riduzione delle liste d'attesa o l'organizzazione di ambulatori specialistici. Propone di **abilitare altre figure professionali** alla gestione dei piani terapeutici, su indicazione medica, o di introdurre un supporto amministrativo dedicato. Invita ad un approccio **stepwise**, adottando iniziative graduali e concrete per affrontare la complessità del sistema. Ribadisce l'importanza di avviare modelli innovativi come le case di comunità, sottolineando come queste dovrebbero essere strutture multiprofessionali, con medici di medicina generale, infermieri, specialisti, psicologi e personale amministrativo, in grado di offrire un accesso facilitato ai diversi servizi sanitari. Infine, sottolinea la necessità di un maggiore coinvolgimento dei decisori pubblici, auspicando che le conclusioni dell'incontro possano essere approfondite in un tavolo ristretto promosso dalle associazioni dei pazienti, per definire indicazioni chiare e implementabili a livello regionale.