

MANIFESTO SULLA PREVENZIONE DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI

**VERSO UN APPROCCIO INTEGRATO E SOSTENIBILE: SFIDE E
PROPOSTE NEL CONTRASTO ALLE MALATTIE
CARDIOVASCOLARI PER FAVORIRE LA PREVENZIONE E
L'ADERENZA TERAPEUTICA**



Hanno contribuito alla realizzazione di questo Manifesto:

- *Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO)*
- *Associazioni Regionali Cardiologi Ambulatoriali (ARCA)*
- *Cittadinanzattiva*
- *Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (FADOI)*
- *Federfarma*
- *Fondazione Italiana per il Cuore (FIPC)*
- *Fondazione Obiettivo Cuore ETS*
- *Fondazione per il Tuo Cuore*
- *Fondazione ONDA ETS*
- *Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e della Cure Primarie (SIMG)*
- *Società Italiana dell'Ipertensione Arteriosa (SIIA)*
- *Società Italiana di Cardiologia (SIC)*
- *Società Italiana Per la Prevenzione Cardiovascolare (SIPREC)*



1. PREMESSE

Entro il 2030 si prevede una stima di circa 24 milioni di morti nel mondo per cause cardiovascolari. Questo dato porta a considerare tutte le opportunità non colte per provare a diminuire un numero ancora troppo elevato. Certamente una maggiore attenzione alla fase di prevenzione e alla modifica del rischio individuale in una fase precoce, oltre che una migliore erogazione dell'assistenza per la cura delle patologie cardiovascolari (anche a beneficio di una riduzione della spesa pubblica) potrebbero costituire elementi di grande importanza¹. Il livello di allarme è altrettanto alto anche quando si considera il dato nazionale che conferma che le patologie cardiovascolari, ad oggi, sono la maggiore causa di ricovero ed una delle voci più impattanti sulla spesa farmaceutica. Secondo i dati ISTAT, le patologie cardiovascolari rappresentano il 30,8% di tutti i decessi (27,7% nei maschi e 33,7% nelle femmine), con le manifestazioni ischemiche cardiache responsabili dell'8,4% di tutti i decessi e le malattie cerebrovascolari del 7,6%².

Con l'intento di invertire questa tendenza, la comunità scientifica ha lanciato molteplici azioni. A livello internazionale, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha approvato il Global Action Plan³, che mira a ridurre del 25% il rischio di mortalità prematura per malattie cardiovascolari entro il 2025 (portato al 33% entro il 2030), attraverso due obiettivi che si concentrano direttamente sulla prevenzione e il controllo delle stesse. L'Italia, a sua volta, sta adottando iniziative per il contrasto delle malattie cardiache con l'obiettivo di modificare le strategie di prevenzione sin qui adottate, intervenendo con maggiore personalizzazione dei processi diagnostici e terapeutici, favorendo una maggiore aderenza alle prescrizioni, modificando lo stile di vita e, infine, attivando progetti specifici⁴ per provare a delineare le principali opportunità di trasformazione dell'assistenza. Guardando invece al prossimo futuro, nel G7 Salute, che quest'anno vedrà la Presidenza italiana, al centro dell'agenda c'è il tema della prevenzione come sfida del presente e del futuro, prevenzione a tutti i livelli per anticipare e prevenire nel modo più efficace possibile le manifestazioni patologiche. La prevenzione a tutto tondo, pertanto, va intesa come prevenzione primordiale, che parte dalla fase del concepimento e che interessa la gravidanza e i primi due anni di vita dell'individuo (i cosiddetti primi 1000 giorni), alla prevenzione primaria e secondaria, fino alla terziaria.

A livello europeo, le malattie cardiovascolari restano la causa più comune di mortalità, con una prevalenza di 113 milioni di persone affette, oltre 12,7 milioni di nuovi casi e una spesa complessiva che tocca i 300 miliardi di euro, pari al 2% del PIL europeo. In questo scenario europeo, l'Italia si colloca a un livello di rischio cardiovascolare "moderato", a differenza di altri Paesi, come la Spagna e la Francia, che sono a rischio "basso"⁵.

Tuttavia, a livello normativo nazionale, sebbene il bisogno sia forte, manca ad oggi una specifica attenzione alle malattie cardiovascolari, così come manca un apposito Piano Nazionale per la Cardiologia e la Prevenzione Cardiovascolare. Resta altresì poco attenzionato – benché globalmente riconosciuto – il livello di attenzione delle *policy* dedicate alla prevenzione come principio, con scarsa informazione fornita al cittadino anche a causa della mancata formazione dei media preposti alla diffusione di corrette ed esaustive informazioni volte a promuovere il valore della prevenzione di rischio cardiovascolare.

Nel caso di persone già affette da patologie cardiovascolari emerge la necessità da parte del Sistema Sanitario Nazionale di potenziare la presa in carico di questi pazienti sia tramite un approccio di riforma olistico, ma sostenibile, che individui le adeguate sinergie tra prevenzione e cura, sia tramite azioni specifiche volte a

¹ https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIR.0000000000000652?rf_dat=cr_pub++0pubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Aacrossref.org

² Dati ISTAT – 2021.

<https://www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioContenutiDonna.jsp?lingua=italiano&id=4490&area=Salute%20donna&menu=patologie>

³ <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf>

⁴ Studio "Al cuore della prevenzione – Approcci integrati per una prevenzione cardiovascolare di precisione personalizzata: lo studio CvRisk-It"

⁵ "Piano Strategico Nazionale per le Malattie Cardiovascolari 2024-2027"



valorizzare singole aree terapeutiche. Tale approccio sarebbe auspicabile anche in un'ottica di innovazione, ricerca e sostenibilità delle cure a beneficio tanto dei pazienti che dei singoli Sistemi Sanitari Regionali.

Uno delle principali problematiche è connessa all'aderenza terapeutica: l'insufficiente aderenza terapeutica è un problema che coinvolge una fetta importante della popolazione italiana e che può portare a risultati clinici sub-ottimali, con pesanti ricadute in termini di maggior numero di eventi sfavorevoli e decessi, peggioramento della qualità della vita e aumento dei costi sanitari. Problematica affrontata dall'Alleanza italiana per le malattie cardio-cerebrovascolari⁶ (alleanza nata tra le Istituzioni e le principali Società Scientifiche, Associazioni di pazienti ed Enti operanti in ambito cardio-cerebrovascolari) che, con la pubblicazione del documento "Aderenza terapeutica: analisi critica e prospettive per un percorso efficace di cura delle malattie cardio-cerebrovascolari"⁷, ha cercato di trattare l'argomento dell'aderenza terapeutica in modo completo ed esauriente, nell'ottica di evidenziare la necessità di migliorare quanto più possibile l'aderenza terapeutica e fornire al contempo una solida base per lo sviluppo di azioni concrete che possano renderla ottimale.

2. IMPATTO DELLE PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI IN ITALIA E IL VALORE DELLA PREVENZIONE PRIMORDIALE, PRIMARIA, SECONDARIA E TERZIARIA

Le patologie cardio-cerebrovascolari hanno un impatto significativo sulla salute di una persona, sia a livello fisico che a livello sociale e psicologico. Nella maggior parte dei casi, i fattori di rischio sono silenti e si suddividono in "non modificabili" e "modificabili"; i primi (età, sesso, familiarità) rientrano nella valutazione del rischio complessivo; i secondi, intervengono nelle diverse età della vita e si modificano con l'adozione di stili di vita salutari e l'aderenza alle terapie prescritte, dunque sono riconducibili alle abitudini alimentari, allo svolgimento di attività fisica, alla gestione dello stress, all'abolizione del fumo/droga e alla mitigazione di fattori esterni che possono essere considerati modificabili con interventi comportamentali adeguati. Le malattie cardiovascolari sono patologie croniche che portano nel tempo ad una serie di limitazioni che possono anche comportare una riduzione della capacità di svolgere anche le attività routinarie, dalla semplice camminata fino ad attività motorie più intense, nonché alla riduzione delle attività sociali e lavorative, con la necessità di ingenti e complessi programmi di riabilitazione per recuperare almeno in parte le capacità fisiche e con impatti diretti sulla famiglia e, in particolare, sui familiari identificati come caregiver. Oltre agli effetti fisici, le patologie cardiovascolari hanno anche un impatto psicologico ed emotivo importante. La diagnosi di patologie cardiovascolari, oltre a generare uno stress, può portare anche a stati di ansia e depressione, condizioni che aggravano la malattia stessa.

2.1. Prevenzione primaria e primordiale

Da quanto esposto in precedenza, discende l'importanza della prevenzione primaria come l'arma più importante per contrastare le malattie cardiovascolari, poiché mira a impedirne l'insorgenza in soggetti apparentemente sani.

La prevenzione primaria mira a ridurre i principali fattori di rischio cardiovascolare, limitandone l'impatto attraverso interventi sullo stile di vita e /o farmacologici, sullo sviluppo delle patologie cardio e cerebrovascolari⁸. La prevenzione primordiale, che si colloca in un ambito precoce di prevenzione primaria, è

6

[https://www.salute.gov.it/portale/alleanzaCardioCerebrovascolari/dettaglioFaqAlleanzaCardioCerebrovascolari.jsp?lingua=italiano&id=267#:~:text=L'Alleanza%20italiana%20per%20le%20malattie%20cardio%20cerebrovascolari%20\(AIMCCV_comune%20obiettivi%20di%20migliorare%20la](https://www.salute.gov.it/portale/alleanzaCardioCerebrovascolari/dettaglioFaqAlleanzaCardioCerebrovascolari.jsp?lingua=italiano&id=267#:~:text=L'Alleanza%20italiana%20per%20le%20malattie%20cardio%20cerebrovascolari%20(AIMCCV_comune%20obiettivi%20di%20migliorare%20la)

⁷ https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3467_allegato.pdf

⁸ "Primordial Prevention of Cardiovascular Disease – The Role of Blood Pressure", European Cardiology Review – ECR (<https://www.ecrijournal.com/articles/primordial-prevention-cardiovascular-disease-role-blood-pressure>)



finalizzata ad interferire con l'insorgenza stessa di tali fattori di rischio, focalizzandosi su organizzazione sociale e condizioni che espongono a danni per la salute⁹.

Da qui originano le strategie volte al miglioramento degli stili di vita rapportati a età, genere, condizione sociale ed economica ed un impiego tempestivo di tutti gli strumenti di prevenzione (diagnostici, terapeutici e di profilassi) che possono incidere fortemente sullo sviluppo e sulla progressione delle malattie cardiovascolari. Sono molteplici gli interventi attuabili per una corretta prevenzione delle patologie cardiovascolari che, da un lato rendono più favorevole il percorso individuale in termini di benessere e aspettativa di vita e, dall'altro, rendono più "sostenibili" gli oneri sul Sistema Sanitario Nazionale, diminuendo i costi per le cure e le ospedalizzazioni. Tra i fattori che maggiormente determinano un'azione di contrasto all'insorgenza delle patologie cardiovascolari rientrano: alimentazione corretta basata soprattutto sulla dieta mediterranea, promozione dell'attività fisica, lotta al tabagismo e uso di droghe, controllo della pressione arteriosa, controllo delle dislipidemie (ipercolesterolemia, ipertrigliceridemia), controllo del sovrappeso e dell'obesità, controllo del diabete e della condizione pre-diabetica, implementazione dell'aderenza sia alle terapie prescritte che agli stili di vita salutari. E tali comportamenti di prevenzione cardiovascolare devono essere adottati il più precocemente possibile a partire già dal pre-concepimento e nei primissimi anni di vita dell'individuo e mantenuti lungo tutto l'arco della vita. Una attenzione particolare merita la tematica della prevenzione cardiovascolare di genere dato che le donne nel periodo della peri e post menopausa sono un gruppo di rischio che va attenzionato in modo particolare¹⁰. Non va dimenticato l'impatto negativo dell'inquinamento ambientale, acustico e luminoso sulla funzionalità del sistema cardio cerebro-cardiovascolare¹¹.

Le strategie di prevenzione primordiale e primaria rappresentano – pertanto – un investimento di fondamentale importanza, per contrastare l'incidenza delle patologie cardiovascolari, e, in tale ottica, possono e dovrebbero essere indirizzate ed applicate ad ampio spettro nella popolazione generale per intervenire lungo tutto l'arco della vita, con appropriate modifiche degli stili di vita. Tale attività di indirizzo può essere svolta non solo dallo specialista, ma anche dal medico di medicina generale e dal farmacista, figure quotidianamente a contatto nel territorio e nei presidi sanitari con il cittadino/paziente.

2.2. Prevenzione secondaria e terziaria

Allo stesso modo, va potenziata la prevenzione secondaria come strategia di intervento essenziale nella gestione a lungo termine del soggetto che è già andato incontro ad un evento cardiovascolare, sia acuto che cronico, e che comporta di per sé un elevato rischio di andare incontro ad un secondo evento. Alcuni recenti dati dimostrano che un miglioramento nella gestione della prevenzione secondaria potrebbe contribuire a prevenire circa 671.700 eventi cardiovascolari l'anno, questo anche grazie ad una migliore gestione dei principali fattori di rischio ad esse associati come l'ipertensione, la dislipidemia e il diabete¹².

Qualsiasi riduzione di eventi cardiovascolari avrebbe, inevitabilmente, un impatto positivo anche sull'economia e sulla sostenibilità finanziaria del sistema sanitario se si considera che i costi sanitari e sociale legati alle malattie cardiovascolari rappresentano, in media, l'11% della spesa sanitaria dell'UE e il 2% del PIL dell'UE. Per tali ragioni, gran parte dell'onere commerciale delle malattie cardiovascolari in Europa potrebbe essere direttamente o indirettamente ridotto.¹³

Allo stesso tempo, la prevenzione terziaria (strettamente integrata con la prevenzione secondaria) è molto importante nella gestione delle malattie cardiovascolari, contribuendo a limitare i danni, prevenire la

⁹ "Primordial Prevention of Cardiovascular Disease", Matthew W. Gillman, American Heart Association Journals (<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.014849>)

¹⁰ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10672665/>

¹¹ "Il contributo degli interventi di prevenzione cardiovascolare alla sostenibilità del sistema sanitario in Italia", Documento SIPREC 2023.

¹² "How can we Improve Secondary Prevention of Cardiovascular Disease?", Jennifer Gill, Aurelio Miracolo, Konstantina Politopoulou, Sahan Jayawardana, Alex Carter, Efstratios Apostolou and Panos Kanavos, January 2024 ([fonte](#))

¹³ Ibidem.



progressione e ridurre il rischio di recidive. La riabilitazione cardiovascolare, attraverso un approccio multidisciplinare, migliora il recupero fisico, psicologico e la capacità lavorativa dei pazienti, riducendo anche mortalità e recidive. La gestione di comorbidità come diabete e obesità è essenziale per prevenire ulteriori complicanze. Inoltre, gli interventi di prevenzione secondaria e terziaria riducono i costi sanitari a lungo termine, promuovendo il recupero e limitando ricoveri e interventi costosi, contribuendo alla sostenibilità del sistema sanitario.

3. L'IMPORTANZA DELLA INFORMAZIONE AI CITTADINI E DELLA FORMAZIONE DEI PROFESSIONISTI SANITARI CON IL FOCUS SULLE PREVENZIONE PRIMARIA E SECONDARIA

3.1. L'informazione ai cittadini

Un approccio preventivo comporta anche la strutturazione di una corretta “alfabetizzazione sanitaria” e quindi di un'attività di aumento della consapevolezza della popolazione circa i rischi e le conseguenze delle malattie cardiovascolari e sui benefici di uno stile di vita sano e di una corretta aderenza ai trattamenti farmacologici eventualmente prescritti. Campagne informative, indirizzate tanto alla popolazione generale quanto alla persona già affetta da patologia cardiaca, possono aiutare a individuare precocemente le persone a rischio e a indirizzarle verso interventi preventivi adeguati. Conoscere i fattori di rischio e i sintomi permette alle persone di adottare stili di vita più sani e di riconoscere tempestivamente i segnali di allarme e/o di programmare specifiche attività di screening o di diagnosi precoce. Campagne di informazione, anche tramite l'ausilio di strumenti informatici, devono essere svolte da tutti gli attori sanitari coinvolti e interessati: i medici di medicina generale, gli specialisti, e i farmacisti che operano nelle farmacie di comunità.

La necessità di informare i cittadini è confermata anche da recenti studi: da un'indagine condotta da IQVIA per Fondazione Italiana per il Cuore nel settembre 2023¹⁴, è emerso come solo la metà degli italiani sa che le malattie cardiovascolari sono la prima causa di morte in Italia; il 54% ritiene di non essere a rischio e, fra chi non si ritiene a rischio, la metà ha, in realtà, un elevato livello di rischio cardiovascolare, ha problemi cardiovascolari, ha il diabete o ha almeno due fra i seguenti fattori di rischio: obesità, ipercolesterolemia, ipertensione, familiarità per eventi cardiovascolari, fumo. Allo stesso modo, è importante lo sviluppo di campagne di educazione sanitaria con il coinvolgimento delle organizzazioni civiche e associazioni di pazienti, su larga scala con iniziative mirate, soprattutto per quei gruppi di rischio specifico o per le persone che hanno già manifestato una patologia e che possono essere sostenute per prevenire la recidiva di eventi clinici. Tali attività di informazione dovrebbero altresì tenere conto delle differenze di genere, promuovendo in particolare tra le donne una corretta informazione sul “rischio cardiovascolare al femminile” e su come questo si modifichi nei diversi cicli vitali.

L'educazione del paziente svolge altresì un ruolo chiave nell'aderenza alla terapia. Un paziente ben informato è più propenso a seguire le terapie prescritte, comprendendone l'importanza e gli obiettivi. Migliorare la comunicazione tra medico-paziente e tra farmacista-paziente su questi aspetti è dunque essenziale per garantire il successo del trattamento.

3.2. La formazione dei professionisti sanitari

Nella relazione medico-paziente, è cruciale che la comunicazione sia personalizzata, considerando non solo i fattori clinici, ma anche quelli socioculturali. Una formazione corretta e adeguata a vari livelli, dai medici di medicina generale agli specialisti e farmacisti, può migliorare gli stili di vita e i percorsi di cura dei cittadini. La sanità del futuro richiede un miglioramento delle competenze e un maggiore coinvolgimento dei medici di medicina generale, che conoscono approfonditamente la storia clinica di ogni paziente e sono in grado di

¹⁴ <https://fondazionecuore.it/wp-content/uploads/2023/10/Report-Survey-IQVIA-Armolipid-WEB.pdf>



colgierne le specificità di cura (ad esempio: per garantire alle donne un accesso equo alla prevenzione cardiovascolare, è necessario considerare i fattori di rischio sesso e genere). È quindi essenziale che i medici di medicina generale si formino su percorsi basati su modelli didattici innovativi e metodiche di apprendimento attivo, come il *problem based learning*, *e-learning* e l'uso di simulatori avanzati. Infine, la strutturazione di reti tra la medicina generale e quella specialistica è fondamentale per una presa in carico dei pazienti interdisciplinare e multiprofessionale. Anche a livello dei corsi di studio universitari di area sanitaria dovrebbero essere introdotti o potenziati i contenuti didattici e formativi in ambito di prevenzione.

4. TRA ADERENZA TERAPEUTICA E ADESIONE ALLE CURE

L'aderenza terapeutica rappresenta un elemento cruciale per il successo delle terapie mediche, specialmente in ambito cardiovascolare per le quali, ogni anno in Italia, vi sono oltre 100.000 infarti del miocardio e sindromi coronariche acute, mentre oltre 1,5 milioni di ospedalizzazioni sono dovute a scompenso cardiaco¹⁵.

Nella maggior parte dei casi la persona “a rischio” è un paziente complesso, in cui sono presenti allo stesso tempo più condizioni patologiche. Pertanto, anche il regime terapeutico è complesso, poiché gli obiettivi sono molteplici. Ne consegue che più aumenta la complessità dello schema terapeutico, più è difficile mantenere l'aderenza terapeutica, circostanza comune tra i pazienti. Una bassa aderenza a schemi terapeutici complessi è un problema ormai riconosciuto che richiede soluzioni efficaci dal punto di vista dell'approccio¹⁶.

Il raggiungimento dei target stabiliti dalle Linee Guida in Medicina Generale¹⁷ e dalle Linee Guida europee del 2021 sulla prevenzione cardiovascolare¹⁸ è essenziale per ridurre il rischio cardiovascolare nei pazienti in prevenzione primaria e per abbattere il rischio residuo in quelli in prevenzione secondaria. Questo deve essere considerato nel contesto di una popolazione in progressivo invecchiamento, con un'incidenza crescente di patologie croniche, comorbidità e polifarmacoterapia. Infatti, il 25% della popolazione assistita dai medici di medicina generale soffre di almeno due patologie croniche, aumentando il carico farmacologico e, di conseguenza, influenzando negativamente l'aderenza alle terapie prescritte. Uno studio *real-life* condotto da ricercatori di *Health Search*, dell'Istituto di Ricerca della Società Italiana di Medicina Generale e Cure Primarie, ha evidenziato che circa la metà dei pazienti in trattamento con farmaci cardiovascolari ha una bassa aderenza al trattamento, misurata con una PDC (*proportion of days covered*) inferiore all'80%¹⁹. Questi dati sono in linea con le statistiche dell'ultimo Rapporto Osmed sull'uso dei farmaci in Italia, che mostrano preoccupanti livelli di aderenza e persistenza alla terapia farmacologica cardiovascolare. In particolare, si rileva come l'aderenza e la persistenza per le categorie terapeutiche cardiovascolari di anticoagulanti, antiipertensivi e antiaggreganti sono “sub-ottimali”, così come per gli ipolipemizzanti la percentuale di aderenza e persistenza è inferiore al 50%²⁰.

Pertanto, è fondamentale promuovere, attraverso la rete territoriale, un approccio proattivo al paziente. Questo deve includere il monitoraggio costante del mantenimento dei *target* terapeutici e l'aderenza alle indicazioni di prevenzione primaria e alle terapie. In sostanza, il paziente deve diventare “partner” della terapia: deve comprendere quanto essa sia importante non solo per la quantità, ma anche per la sua qualità di vita. Allo stesso tempo, è necessario prevedere strumenti adatti, a disposizione del medico, per il monitoraggio dell'aderenza garantendo così un controllo costante e tempestivo della corretta assunzione dei farmaci e migliorando gli esiti delle terapie attraverso un'interazione più efficace tra medico e paziente. In questo ambito possono svolgere un ruolo importante le farmacie di comunità, monitorando il corretto e regolare utilizzo dei medicinali prescritti

¹⁵ Raccomandazioni e implementazione delle combinazioni fisse in pillola singola per il trattamento dell'ipertensione arteriosa, dell'ipercolesterolemia e del rischio cardiovascolare, SIPREC

¹⁶ Ibidem

¹⁷ “Le carte del rischio e lo score: le linee guida Europee”, FIMMG ([fonte](#))

¹⁸ Visseren FLJ, 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J. 2021 Sep 7;42(34):3227-3337. doi: 10.1093/eurheartj/ehab484

¹⁹ https://www.simg.it/Riviste/rivista_simg/2013/04_2013/3.pdf

²⁰ “L'uso dei farmaci in Italia – Rapporto OsMed 2022 (<https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1967301/Rapporto-OsMed-2022.pdf>)



da parte del paziente e intercettando eventuali criticità da segnalare al medico, nonché supportando il paziente in politerapia con iniziative e strumenti che lo agevolino nel rispetto della prescrizione medica.

Per migliorare la situazione, è necessario superare l'attuale modello di misurazione e monitoraggio dell'aderenza terapeutica, che si basa principalmente sulle prescrizioni e sui dati amministrativi, puntando invece ad un nuovo strumento di valutazione che consideri l'impatto dell'aderenza sul percorso assistenziale e sul sistema sanitario nel suo complesso. A tali interventi di tipo più "organizzativo", si possono aggiungere anche le attuali strategie farmacologiche che attraverso combinazioni precostituite (*fixed dose combination*, FDC) in pillola singola, basata su molecole efficaci e ben tollerate, nonché saldamente documentate e rappresentative nell'ambito delle classi di farmaci antipertensivi e ipocolesterolemizzanti, costituiscono oggi una soluzione efficace nella direzione di una semplificazione terapeutica con l'obiettivo di realizzare una maggiore aderenza alla terapia in prevenzione sia primaria sia secondaria.²¹

In sintesi, un'aderenza terapeutica ottimale – come illustrato dal documento "*Aderenza terapeutica: analisi critica e prospettive per un percorso efficace di cura delle malattie cardio-cerebrovascolari*" del Ministero della Salute, redatto dall'Alleanza italiana per le malattie cardio-cerebrovascolari – è un obiettivo essenziale per migliorare la salute e il benessere dei pazienti e allo stesso tempo per rendere sostenibile i costi del SSN, perseguibile attraverso una serie di azioni che riguardano il miglioramento della comunicazione tra paziente e medico, una implementazione della formazione dei professionisti della salute, nonché il miglioramento dell'accesso ai servizi sanitari e la semplificazione e distribuzione dei farmaci²².

5. LA SOSTENIBILITÀ DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE NELLA CURA DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI

La prevenzione, sia primaria che secondaria, riveste un ruolo cruciale per garantire la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Investire in prevenzione è essenziale per ridurre l'incidenza di patologie croniche, diminuendo così il carico sul sistema sanitario e permettendo un uso più efficiente delle risorse.

La prevenzione cardiovascolare richiede una riorganizzazione del sistema sanitario nazionale basata sul concetto di "comunità", che miri a superare le disuguaglianze regionali, di genere e socioeconomiche. È fondamentale garantire che tutti i cittadini, indipendentemente dalla loro regione di residenza, dal sesso o dalle condizioni economiche, abbiano uguale accesso ai trattamenti preventivi e terapeutici. Questo può essere ottenuto uniformando i servizi sanitari su tutto il territorio nazionale, assicurando che le risorse siano distribuite equamente e che le persone economicamente svantaggiate ricevano il supporto necessario. Solo attraverso un approccio comunitario e inclusivo sarà possibile migliorare la prevenzione delle patologie cardiovascolari, ridurre le disparità esistenti e promuovere una salute cardiovascolare ottimale per tutta la popolazione.

Come illustrato nel paragrafo precedente, la complessità degli schemi terapeutici e il frazionamento delle dosi di farmaco sono tra i fattori che più impattano negativamente sull'aderenza terapeutica, determinando, di conseguenza, un aggravio sul SSN in termini di costi: è stato stimato che la mancata aderenza alle terapie costi ogni anno 125 miliardi di euro in Europa, in termini di ospedalizzazioni evitabili, cure di emergenza e visite ambulatoriali²³. In tal senso, l'uso di combinazioni precostituite di farmaci della stessa categoria o di categorie diverse rappresenta un elemento da considerare prioritariamente nella definizione delle diverse strategie di intervento nel singolo paziente in quanto coniuga efficacemente la semplificazione terapeutica con una sinergia di efficacia protettiva, garantendo quella resa terapeutica ottimale che deve essere l'obiettivo finale di ogni strategia di intervento²⁴. Al fine di osservare il potenziale impatto farmaco-economico del trattamento con *single-pill*, è stato sviluppato un modello di budget impact (IBM) in cui è stato dimostrato come

²¹ Raccomandazioni e implementazione delle combinazioni fisse in pillola singola per il trattamento dell'ipertensione arteriosa, dell'ipercolesterolemia e del rischio cardiovascolare, SIPREC

²² *Aderenza terapeutica: analisi critica e prospettive per un percorso efficace di cura delle malattie cardio-cerebrovascolari*

²³ <https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/notizie-flash/2022-04-13/aderenza-terapeutica-ogni-anno-costi-125-miliardi-europa-ricoveri-e-cure-d-emergenza-124828.php?uuid=AEMl4nRB>

²⁴ https://www.siprec.it/images/siprec/pubblicazioni/documenti/pdf/SIPREC_DOC-2023.pdf



l'utilizzo della *fixed-dose combination* potrebbe determinare un risparmio annuo, su scala nazionale, ampiamente superiore ai 100 milioni di euro l'anno²⁵.

Allo stesso modo, un efficientamento dei percorsi di cura che siano più orientati alla prossimità e alla semplicità, permetterebbe un accesso facilitato ai servizi in piena linea con l'ambizione di riforma territoriale che auspica una gestione più integrata del paziente. Questo anche grazie ad un "disease management" che consente di mettere insieme un team multidisciplinare per percorsi di cura più efficaci.

In sintesi, la prevenzione attraverso strategie efficaci, insieme a percorsi di cura adeguati e interventi per migliorare l'aderenza terapeutica, anche attraverso l'adozione di soluzioni innovative, sono elementi chiave per garantire la sostenibilità del SSN. Questi approcci non solo migliorerebbero la salute dei pazienti, ma contribuirebbero anche ad un uso più responsabile e sostenibile delle risorse sanitarie, permettendo al sistema di rispondere meglio alle crescenti esigenze della popolazione.

6. PROPOSTE

Anche attraverso il coinvolgimento attivo delle Società Scientifiche, Associazioni di pazienti e organizzazioni civiche, sarà necessario prevedere azioni specifiche e concrete volte ad incrementare misure puntuali per la prevenzione e la cura in ambito cardiologico, quali:

1. Sostenere campagne di informazione e sensibilizzazione rivolte ai cittadini sui corretti stili di vita e sul rischio cardiovascolare con attenzione specifica alle differenze di genere.
2. Implementare programmi di screening regolari per individuare precocemente i più frequenti fattori di rischio o condizioni preesistenti associate alle malattie cardiovascolari, come l'ipertensione arteriosa e l'ipercolesterolemia.
3. Attuare programmi di formazione continua in ambito cardiovascolare indirizzati ai medici di medicina generale, implementando la collaborazione con gli specialisti.
4. Valorizzare il ruolo del farmacista che opera nella farmacia di comunità nella consulenza sui farmaci prescritti per il controllo dei fattori di rischio cardiovascolare, spiegando l'importanza dell'aderenza alla terapia e i potenziali effetti collaterali, nel monitoraggio dei livelli di aderenza da parte dei pazienti a supporto del medico e nella intercettazione di eventuali fattori di rischio.
5. Incentivare i Sistemi Sanitari Regionali all'impiego di soluzioni terapeutiche che contribuiscano ad una maggiore aderenza e sostenibilità, tenendo in debito conto che, di fatto, in Italia esistono percorsi diversi non solo tra Regioni ma, molto spesso, all'interno della stessa Regione per specifiche restrizioni adottate dalle Aziende Sanitarie Ospedaliere e/o Territoriali.
6. Sviluppare e rafforzare politiche pubbliche mirate alla riduzione dell'esposizione a fattori ambientali dannosi per il sistema cardiovascolare, come l'inquinamento dell'aria e il fumo passivo.

²⁵ <https://clinicoeconomics.eu/appropriatezza-duso-e-aderenza-alla-combinazione-a-dose-fissa-ezetimibe-e-atorvastatina-in-ambito-cardiovascolare-riflessioni-farmaco-economiche-clinico-economics-vol17-2022-pag1-10/>