



**REGIONE  
PUGLIA**

**AREA POLITICHE PER LA PROMOZIONE  
DELLA SALUTE DELLE PERSONE  
E DELLE PARI OPPORTUNITÀ**

**SERVIZIO PROGRAMMAZIONE ASSISTENZA  
TERRITORIALE E PREVENZIONE**

Ufficio Politiche del Farmaco e  
dell'Emergenza/Urgenza

**AOO\_152 /** 877 del 23.01.2014  
PROTOCOLLO USCITA

Trasmissione a mezzo fax e  
posta elettronica ai sensi  
dell'art.47 del D. Lgs n. 82/2005

Direttori Generali delle AA. SS.LL. e AA.OO.  
Rappresentanti legali IRCCS e E.E.  
(e per il loro tramite alle U.O. interessate)

Ai Direttori delle Aree Farmaceutiche delle  
AA.SS.LL.

Agli Ordini dei Medici delle Province  
di BA, BT, BR, FG, LE, TA

Ai Rappresentanti delle  
Organizzazioni sindacali MMG e PLS

Direttore Generale AReS

Ufficio PHT – AreS

RIP Edotto

RTI Svimservice Spa - Almaviva Spa-  
Consis S. Cons. a.r.l.

Innovapuglia S.p.A.

LORO SEDI

**Oggetto: Notifica della deliberazione giunta n.2378 del 10.12.2013.**

Si trasmette, in allegato, con valore di notifica, per i provvedimenti di competenza, la DGR n. 2378 del 10.12.2013, avente ad oggetto: "Revoca DGR 1477 del 17/07/2012 e relativa integrazione DGR 1791 del 11/09/2012 Modifica Nota AIFA 13. Recepimento Determinazione AIFA 26/03/2013 " Modifica alla Nota 13 di cui alla determina del 14 novembre 2012". Pubblicato sul B.U.R.P. n.4 del 14.01.2014.

Inoltre, si richiede ai Servizi farmaceutici delle Aziende Sanitarie di inviare entro il 31 gennaio c.a. la relazione sul monitoraggio dei consumi di Rosuvastatina e di Ezetimibe, sia in mono somministrazione e sia in associazione, riferita al periodo ottobre/dicembre 2013 al fine di porre in essere quanto previsto nella deliberazione in oggetto.

Cordialmente,

**P.O. Ufficio Politiche del Farmaco  
Emergenza / Urgenza**  
Dott.ssa Maria Cristina Carbonara

**Il Dirigente di Ufficio**  
Dott.ssa Mariangela Lomastro

[www.regione.puglia.it](http://www.regione.puglia.it)

**Ufficio Politiche del Farmaco ed Emergenza / Urgenza**

Via Gentile, 52 - 70126 Bari - Tel: 080 5403022 - Fax: 080 5409522

mail: mc.carbonara@regione.puglia.it - pec: farmaceutica.regione@pec.rupar.puglia.it



POLITICHE REGIONALI  
LE PERSONE E DELLE PARI OPPORTUNITÀ  
ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE  
Ufficio Programmazione Assistenza Territoriale e P  
n. AOOO152 / Data 14/11/2014 n. 365  
Assegnato all'Ufficio TRAMONTANA  
Il Dirigente del Servizio

Ai sensi dell'art. 5 L. 241/90 e s.m.i.

Assegnato a.....  
Il Dirigente del Servizio

# REGIONE PUGLIA

## Deliberazione della Giunta Regionale

N. **2378** del 10/12/2013 del Registro delle Deliberazioni

Codice CIFRA: ATP/DEL/2013/00078

**OGGETTO:** Revoca DGR 1477 del 17/07/2012 e relativa integrazione DGR 1791 del 11/09/2012 Modifica Nota AIFA 13. Recepimento Determinazione AIFA 26/03/2013 “ Modifica alla Nota 13 di cui alla determina del 14 novembre 2012”.

L'anno 2013 addì 10 del mese di Dicembre, in Bari, nella Sala delle adunanze, si è riunita la Giunta Regionale, previo regolare invito nelle persone dei Signori:

Sono presenti:		Sono assenti:	
Presidente	Nichi Vendola	Assessore	Loredana Capone
V.Presidente	Angela Barbanente	Assessore	Leo Caroli
Assessore	Leonardo Di Gioia	Assessore	Guglielmo Minervini
Assessore	Elena Gentile	Assessore	Lorenzo Nicastro
Assessore	Giovanni Giannini		
Assessore	Silvia Godelli		
Assessore	Fabrizio Nardoni		
Assessore	Alba Sasso		

Assiste alla seduta il Segretario redigente: Avv. Davide F. Pellegrino



L'Assessore al Welfare, sulla base dell'istruttoria espletata, dal funzionario istruttore, dal responsabile P.O., dal responsabile A.P. dell' Ufficio Politiche del Farmaco e dell'Emergenza/ Urgenza, confermata dal Dirigente dello stesso Ufficio e dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione, riferisce quanto segue:

La legge regionale n.39/06 all'art. 12 "Interventi in materia di assistenza farmaceutica" punto 1 lett. b) ha previsto che ...*"Per la prescrizione dei farmaci compresi nella categoria ATC C10AA - inibitori della HMG CoA Reduttasi ", i medici prescrittori, all'atto della prescrizione di inibitori della HMG CoA Reduttasi (cat C10AA), devono attenersi pedissequamente alle indicazioni previste dalla Nota AIFA 13"*...omissis.

Con la Legge Regionale n.40/07, art. 3, c.26, il legislatore regionale, nel chiarire la portata dell'art.12 della L.R. 39/06, ha delegato la Giunta Regionale ad emanare provvedimenti per le varie categorie terapeutiche al fine di garantire appropriatezza e miglior rapporto costo/benefici nella prescrizione di farmaci.

La Giunta regionale, con provvedimento n. 1477 del 17/07/2102 ha:

- revocato il precedente provvedimento n.1384/2008;
- recepito le nuove direttive emanate dalla AIFA con determinazione del 06/06/2011 sulla nota AIFA 13 pubblicata sulla G.U. n. 163 /2011;
- approvato la scheda di monitoraggio di cui all'allegato "A" alla precitata deliberazione.

Con successivo provvedimento di Giunta n.1791/2012 è stata approvata la nuova scheda di monitoraggio Allegato "A", finalizzata ad un corretta applicazione della nota AIFA 13, che sostituisce la precedente scheda di Monitoraggio di cui alla DGR 1477/2012.

La Agenzia Italiana del Farmaco, con determinazione del 14 novembre 2012 pubblicata sulla G.U. n. 277 del 27/11/2012, ha modificato la nota 13 di cui alla determina n. 163 /2011. A tal proposito la Commissione per la appropriatezza prescrittiva regionale, istituita con DGR 1226/2005, ha rilevato alcune difformità dalle linee guida ESC-EAS (European Society of Cardiology - European Atherosclerosis Society) sul rischio cardio-vascolare.

L'Ufficio Politiche del Farmaco e dell'Emergenza/ Urgenza, condiviso quanto rilevato dalla Commissione, con nota prot. n 152/1315 del 30/01/2013 ha ritenuto indispensabile richiedere chiarimenti alla AIFA. La quale con nota prot. n. 15459 del 12/02/2013, agli atti di Ufficio, ha comunicato che, anche alla luce delle criticità evidenziate, la nota 13 sarebbe stata rivista.

Con determinazione AIFA n. 319 del 26/03/2013 pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 83 del 09/04/2013 ha modificato il testo della nota 13 di cui alla determinazione AIFA del 14/11/2012.



La Commissione per la appropriatezza prescrittiva, preso atto della nuova determina AIFA di revisione della nota 13, nell'incontro del 02/07/2013 ha redatto sia delle *raccomandazioni per la prevenzione delle malattie cardiovascolari*, di cui alle Linee guida ESC 2012 di facile consultazione per gli operatori sanitari (allegato "A"), sia un documento semplificativo della nota in questione ( Allegato "B"), entrambi parte integrante e sostanziale del presente atto. Inoltre, ha ritenuto opportuno raccomandare un attento monitoraggio dei consumi di Rosuvastatina ed Ezetimibe, in mono somministrazione ed in associazione a cadenza trimestrale.

Pertanto alla luce di quanto su esposto si propone:

- di revocare i provvedimenti di giunta regionale nn. 1477 e 1791 rispettivamente del 17/07/2012 e 11/09/2012;
- di recepire le disposizioni impartite dall'AIFA con determinazione 319 del 26/03/2013 pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 83 del 09/04/2013
- di recepire le raccomandazioni in Medicina generale per la prevenzione della malattia cardiovascolare di cui all' Allegato "A" parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di recepire il documento sinottico delle raccomandazioni sulla applicazione della nota AIFA 13 di cui Allegato "B" parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di prevedere da parte dei Servizi Farmaceutici delle Aziende ASL un monitoraggio dei consumi di Rosuvastatina ed Ezetimibe, in mono somministrazione ed in associazione, a cadenza trimestrale;
- che i medici prescrittori, ove per medici prescrittori si intendono sia Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, che ospedalieri e specialisti prescrivano, come prima scelta, un farmaco presente nelle liste di trasparenza dell'AIFA;
- che tale raccomandazione, fermo restando quanto previsto dalla Determinazione AIFA319 del 26/03/2013, vada applicata sia alle statine di primo livello che a quelle di secondo livello, anche nel passaggio dall'una all'altra classe, con particolare riferimento alle associazioni estemporanee o precostituite, prescrivendo la specialità con il rapporto costo/efficacia più vantaggioso;
- che i medici ospedalieri e specialisti ambulatoriali, sia nel trattamento durante la degenza, che nei consigli terapeutici inviati al medico curante a seguito di visita specialistica o dimissione ospedaliera relativi all'avvio di nuove terapie o a modifiche di terapie in atto, si attengano a quanto indicato nel comma precedente.

**COPERTURA FINANZIARIA Ai sensi della L.R. n.28/01 e successive modificazioni ed integrazioni.**

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Il Dirigente del Servizio

dott.ssa Giovanna Labate  




Il provvedimento del quale si propone l'adozione rientra tra quelli di competenza della Giunta regionale ai sensi dell'art.4, comma 4, lett. "a) e d)" della Legge regionale n.7/1997.

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale:

## LA GIUNTA

- udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore proponente;
- viste le dichiarazioni poste in calce al presente provvedimento dal funzionario istruttore, dalla Dirigente dell'Ufficio e dalla Dirigente del Servizio;
- a voti unanimi espressi nei termini di legge:

## DELIBERA

- di approvare quanto espresso in narrativa, che qui si intende integralmente riportato;
- di revocare i provvedimenti di Giunta regionale nn. 1477 e 1791 rispettivamente del 17/07/2012 e 11/09/2012;
- di recepire le disposizioni impartite dall'AIFA con determinazione n. 319 del 26/03/2013 pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 83 del 09/04/2013
- di recepire le raccomandazioni in Medicina Generale per la prevenzione della malattia cardiovascolare di cui all'Allegato "A" parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di recepire il documento sinottico delle raccomandazioni sulla applicazione della nota AIFA 13 di cui all'Allegato "B" parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di prevedere da parte dei Servizi Farmaceutici delle Aziende ASL un monitoraggio dei consumi di Rosuvastatina ed Ezetimibe, in mono somministrazione ed in associazione, a cadenza trimestrale;
- di disporre che i medici prescrittori, ove per medici prescrittori si intendono sia Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, che ospedalieri e specialisti prescrivano, come prima scelta, un farmaco presente nelle liste di trasparenza dell'AIFA;
- di disporre, altresì, che tale raccomandazione, fermo restando quanto previsto dalla Determinazione AIFA n.319 del 26/03/2013, vada applicata sia alle statine di primo livello che a quelle di secondo livello, anche nel passaggio dall'una all'altra classe, con particolare riferimento alle associazioni estemporanee o precostituite, prescrivendo la specialità con il rapporto costo/efficacia più vantaggioso;



- che i medici ospedalieri e specialisti ambulatoriali, sia nel trattamento durante la degenza, che nei consigli terapeutici inviati al medico curante a seguito di visita specialistica o dimissione ospedaliera relativi all'avvio di nuove terapie o a modifiche di terapie in atto, si attengano a quanto indicato nel comma precedente.

di far carico al Servizio PATP di tutti gli adempimenti necessari del presente provvedimento;

il pubblicare il presente provvedimento sul B.U.R.P.

Il Segretario della Giunta

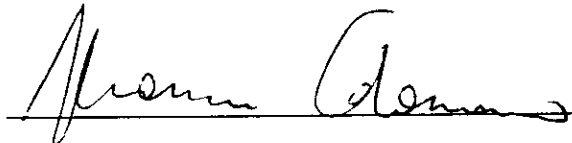
avv. Davide F. Pellegrino

Il Presidente

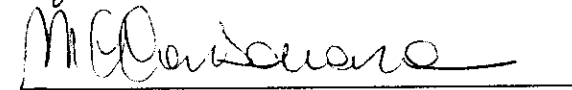
avv. Gianni Landola

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio loro affidato è stato espletato nel rispetto della vigente normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento dagli stessi predisposto ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

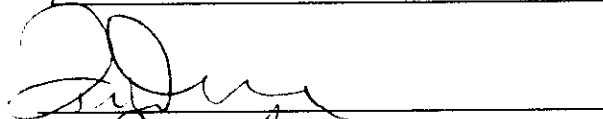
Il Funzionario Istruttore  
(Francesco Colasuonno)



Il Responsabile P.O.  
(Maria Cristina Carbonara)



Il Responsabile A. P.  
(Pietro Leoci)



Il Dirigente dell'Ufficio  
(Mariangela Lomastro)

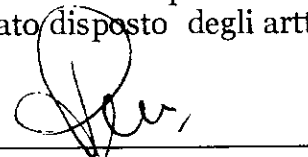


Il Dirigente del Servizio  
(Giovanna Labate)



Il sottoscritto direttore di area non ravvisa la necessità di esprimere sulla proposta di delibera osservazioni ai sensi del combinato disposto degli artt. 15 e 16 del DPGR n. 161/2008.

Il Direttore d'Area Politiche per la Promozione  
della Salute, delle Persone e delle Pari Opportunità  
(Vincenzo Pomo)



L'Assessore proponente  
(Elena Gentile)



Il Segretario della Giunta  
avv. Davide F. Pellegrino



SINTESI DELLE RACCOMANDAZIONI CONTENUTE NELLA NOTA AIFA 13 – 9 APRILE 2013

1) FARMACI E PAZIENTI INTERESSATI

**La nuova versione della Nota 13 - 9 Aprile 2013**

<b>I FARMACI:</b>	bezafibrato fenofibrato gemfibrozil	simvastatina pravastatina fluvastatina iovastatina atorvastatina rosuvastatina	PUFA-N3 ezetimibe
-------------------	---	--	-------------------

**I PAZIENTI:**

**Ipercolesterolemia non corretta dalla sola dieta (tre mesi)  
e ipercolesterolemia poligenica**

---

**Dislipidemie familiari**

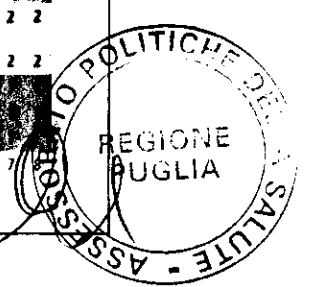
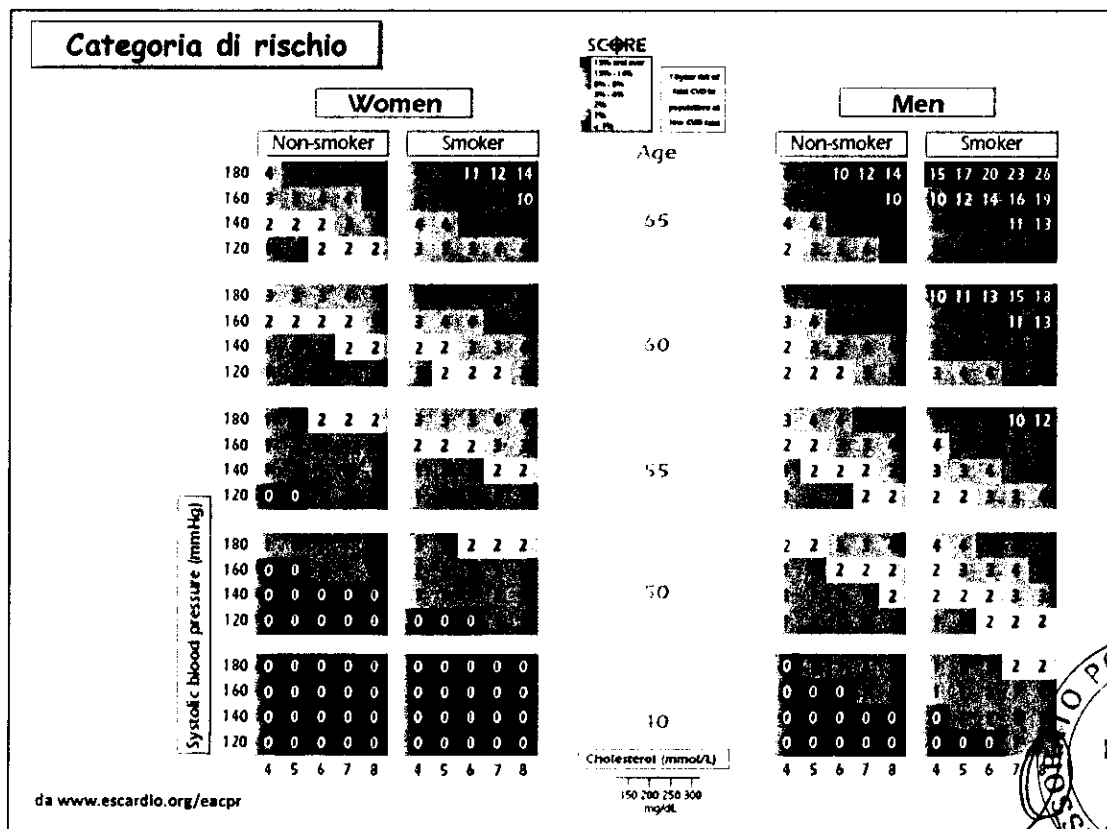
---

**Iperlipidemie in pazienti con insufficienza renale cronica  
moderata e grave**

---

**Iperlipidemie indotte da farmaci non corrette dalla sola  
dieta**

2) CARTE DEL RISCHIO DI EVENTO CV FATALE A 10 ANNI (LG ESC 2012)



3) STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO SECONDO LA NOTA 13



Categoria di rischio
<b>Basso: 0-1 % CVD fatale a 10 anni</b>
<b>Medio: 2-3 % CVD fatale a 10 anni</b>
<b>Moderato: 4-5 % CVD fatale a 10 anni</b>
<b>Alto: 6-9 % CVD fatale a 10 anni; dislipidemie familiari; ipertensione severa; diabetici senza fattori di rischio o danno d'organo; IRC moderata ( FG 30-59 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> )</b>
<b>Molto alto: ≥ 10 % CVD fatale a 10 anni; coronaropatia; ictus; IMA; arteriopatie periferiche; by-pass aorto-coronarico; IRC grave (FG 15-29 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> )</b>

4) RACCOMANDAZIONI TERAPEUTICHE IN FUNZIONE DEL LIVELLO DI RISCHIO

Ipercolesterolemia non corretta dalla sola dieta (tre mesi) e ipercolesterolemia poligenica In pazienti in trattamento con statine, con HDL basso (< 40% M, < 50% F) e/o trigliceridi > 200, rimborsati fibrati (preferibilmente fenofibrato)			
Categoria di rischio	Target COL-LDL	Tratt. I livello	Tratt. II livello
<b>Basso (0-1)</b>	----	<b>stile di vita</b>	----
<b>Medio (2-3)</b>	< 130	<b>stile di vita</b>	simva, prava, fluva, lova, atorvastatina **
<b>Moderato (4-5)</b>	< 115	simva, prava, fluva, lova, atorvastatina **	
<b>Alto (6-9)</b>	< 100	simva, prava, fluva, lova, atorvastatina ° **	Rosuvastatina ezetimibe + statina (precostituita o estemporanea) **
<b>Molto Alto (≥ 10)</b>	< 70 (o -50%)	simva, prava, fluva, lova, atorvastatina °° //rosuvastatina, se intolleranza nei primi sei mesi **	ezetimibe + statina (precostituita o estemporanea) **
*In pazienti intolleranti a statine rimborsato ezetimibe in monoterapia			** in pazienti con SCA o rivascolarizzati atorvastatina alto dosaggio
* preferibilmente atorvastatina se riduzione LDL-Col > 50%			





5) CRITERI DIAGNOSTICI PER LE DISLIPIDEMIE FAMILIARI E PREVALENZA STIMATA

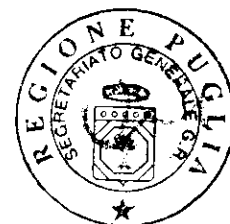


DISLIPIDEMIE FAMILIARI	
Dislipidemia	Criteri diagnostici
Ipercolesterolemia familiare monogenica	LDL-COL > 190 mg/dl +: trasmissione verticale malattia o xantomatosi, anamnesi positiva per cardiopatia ischemica precoce in familiari I e II grado. 1/500
Iperlipidemia combinata familiare	LDL-COL > 160 mg/dl e/o trigliceridi > 200 mg/dl +: presenza in famiglia I e II grado, casi di ipercolesterolemia e/o ipertrigliceridemia. 1/100
Disbeta-lipoproteinemia	Ipercolesterolo/trigliceridemia > 400 mg/dl. Xantomi tuberosi, palmari. 1/10.000

6) RACCOMANDAZIONI TERAPEUTICHE PER LE DISLIPIDEMIE FAMILIARI

DISLIPIDEMIE FAMILIARI			
Dislipidemia	Tratt. I livello	Tratt. II livello	Tratt. III livello
ipercolesterolemia familiare monogenica	(simva, prava, fluva, lova, atorv. rosuvastatina)**	ezetimibe+statine** associazione preconstituita o est.	+ resine sequestranti acidi biliari
Iperlipidemia familiare combinata	(simva, prava, lova, fluva, atorvastatina)**	rosuvastatina, PUFA-N3, ezetimibe + statine**	simva, prava, fluva, lova, atorvastatina **
Disbeta-lipoproteinemia	(simva, prava, fluva, atorva, fibrati)**	Rosuvastatina, ezetimibe+ statine **	+ resine sequestranti acidi biliari
iper- chilomicronemie e gravi ipertrigliceridemie	Fibrati PUFA-N3	Fibrati + PUFA-N3	+ resine sequestranti anti acidi biliari

\*\*In pazienti intolleranti a statine rimborsato ezetimibe in monoterapia

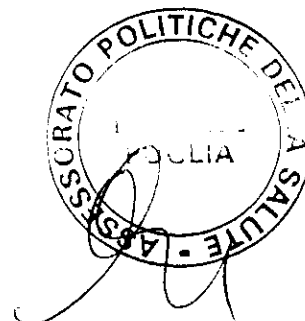


7) RACCOMANDAZIONI TERAPEUTICHE NEI PAZIENTI CON INSUFFICIENZA RENALE CRONICA

<b>Iperlipidemie in pazienti con IRC moderata e grave</b>											
	Farmaci rimborsati SSN										
per trigliceridi > 500 mg/dl	PUFA-N3										
per LDL-Col >130 mg/dl	I scelta: simvastatina+ezetimibe										
	II scelta: altre statine a minima escrezione renale										
	<table border="1"> <tr> <td>simvastatina:</td> <td>trascurabile</td> </tr> <tr> <td>atorvastatina:</td> <td>&lt; 2%</td> </tr> <tr> <td>lovastatina:</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td>rosuvastatina:</td> <td>30 %</td> </tr> <tr> <td>pravastatina:</td> <td>47%</td> </tr> </table>	simvastatina:	trascurabile	atorvastatina:	< 2%	lovastatina:	10%	rosuvastatina:	30 %	pravastatina:	47%
simvastatina:	trascurabile										
atorvastatina:	< 2%										
lovastatina:	10%										
rosuvastatina:	30 %										
pravastatina:	47%										
	<small>Goodman e Gilman 11 Ed.</small>										

8) RACCOMANDAZIONI TERAPEUTICHE NELLE IPERLIPIDEMIE INDOTTE DA FARMACI

<b>Iperlipidemie indotte da farmaci non corrette da dieta</b>	
Immunosoppressori, antiretrovirali e inibitori della aromatasi	Statine (interazioni HAART !) Fibrati Ezetimibe (intolleranza o impossibilità a statine)





### PERCHÉ LA PREVENZIONE DELLA CVD È IMPORTANTE NEL SET DI CURE PRIMARIE ?

La malattia aterosclerotica cardiovascolare (CVD) rimane la causa principale, a livello mondiale, di morte prematura. La CVD colpisce sia uomini che donne; di tutte le morti prima dei 75 anni in Europa il 42% è dovuta alla CVD nelle donne e il 38% negli uomini. Tutta la popolazione è seguita nelle Cure Primarie ed è consigliabile che lo screening per i fattori di rischio della CVD sia eseguito in questo set.

### QUANDO VALUTARE IL RISCHIO DI CVD NEL SET DELLE CURE PRIMARIE ?

- A chiunque lo richieda.
- In uomini >40 anni e donne > 50 anni o in menopausa
- Se sono presenti fattori di rischio:  
fumo; abitudini alimentari scorrette o sovrappeso; inattività fisica; iperlipidemia; ipertensione; diabete mellito.
- In caso di storia familiare di CVD o fattori maggiori di rischio quali iperlipidemia o diabete mellito.
- Se ci sono sintomi suggestivi di CVD.

### LE TRE AZIONI DA FARE

- Anamnesi ed esame clinico
- Misura del rischio CVD (carte del rischio, tranne nel caso di documentata malattia CVD, diabete mellito, malattia renale cronica o marcata evidenza di un singolo fattore di rischio).
- Decidere in funzione del livello di rischio.

**RISCHIO BASSO:** Punteggio < 1% e assenza di ogni situazione che può configurare un rischio MODERATO.

**RISCHIO MODERATO:** Punteggio tra 1 e 5% (è il più frequente nella popolazione di mezza età).

#### RISCHIO ALTO:

- Punteggio tra 5 e 10%.
- Singolo fattore di rischio marcatamente elevato (dislipidemia, ipertensione grave).
- Diabete mellito senza altri fattori di rischio o danno d'organo.
- Insufficienza renale cronica di grado moderato.

#### RISCHIO MOLTO ALTO:

- Punteggio >10%
- Evidenza di CVD di qualsiasi tipo
- Diabete con uno o più fattori di rischio o danno d'organo.
- Insufficienza renale cronica grave

### STILE DI VITA

**Fumo:** evitare ogni tipo di fumo, anche quello passivo. Cessazione del fumo, se necessario anche con terapia farmacologica.

#### Nutrizione:

- incoraggiare una dieta sana (es. 500 gr al giorno di frutta/verdura).
- Riduzione del peso in sovrappeso/obesi.

**Attività fisica:** 2,5-5 ore alla settimana di attività di almeno moderata intensità (ottimale 30 minuti al giorno o più, ma ogni attività è meglio di nessuna attività).

### FATTORI DI RISCHIO

#### Ipertensione arteriosa:

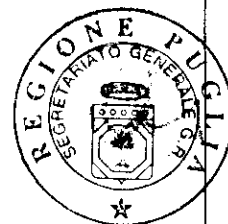
- Raccomandare corretti stili di vita in tutti i pazienti ipertesi o con pressione normale alta.
- Target pressorio: < 140/90 mmHg in tutti gli ipertesi.
- Tutti i principali anti-ipertensivi sono ugualmente efficaci.

#### Diabete:

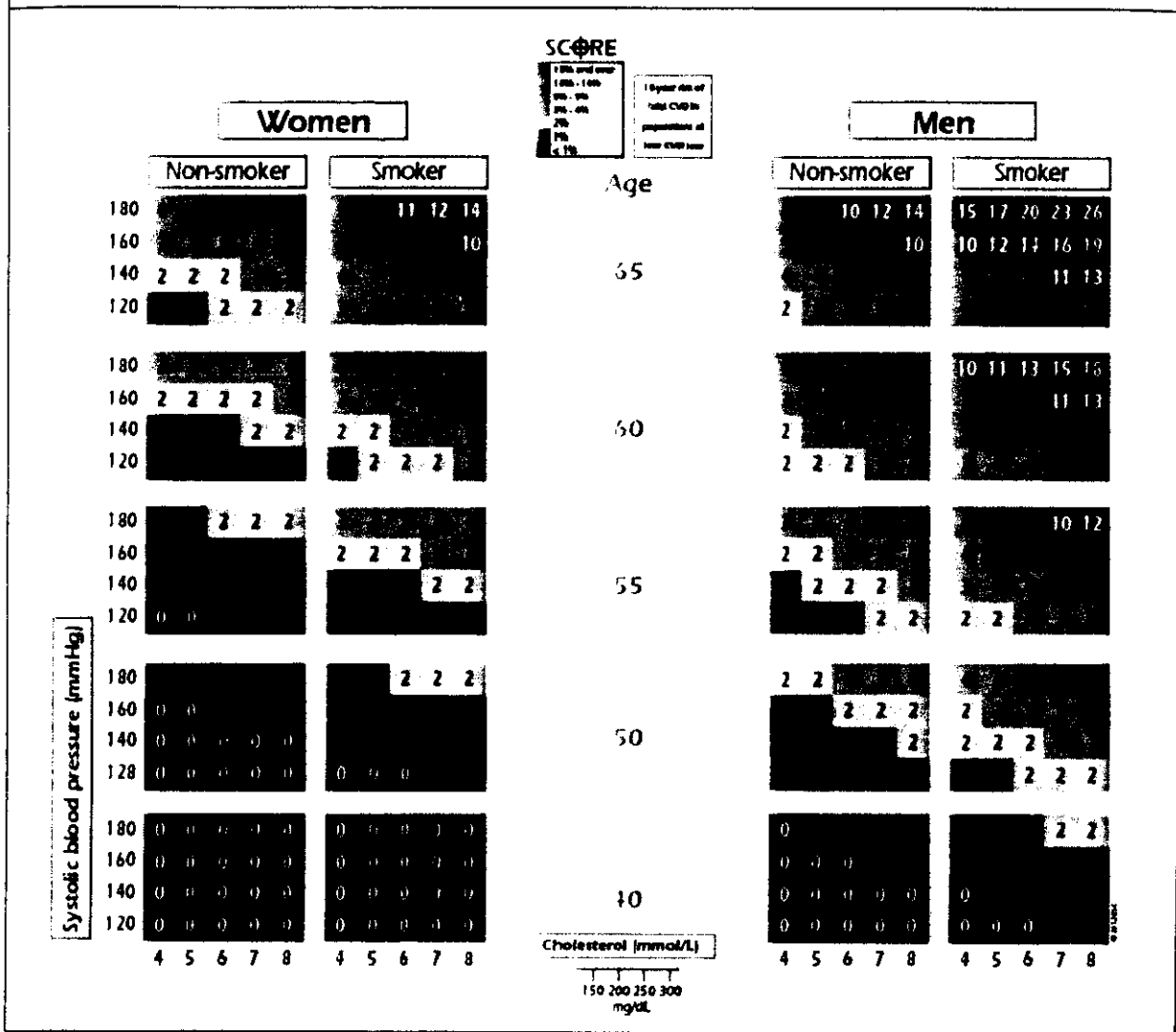
- HbA1c raccomandata per la prevenzione della CVD nei diabetici: < 7,0%
- Prescrizione di statine a tutti i diabetici.
- Target pressorio: < 140/80 mmHg

#### Lipidi:

- Target colesterolo LDL in pazienti ad alto rischio CVD: < 100 mg/dL
- Target colesterolo LDL in pazienti a molto alto rischio CVD: <70mg/dL o riduzione del 50% se il target non può essere raggiunto.



RISCHIO A 10 ANNI DI CVD FATALE (Area a basso rischio: Italia)



Trovare la cella più vicina a Età, Colesterolo e Pressione Arteriosa del soggetto, tenendo presente che il rischio aumenterà con l'approssimarsi della classe di età superiore.

**Le carte devono essere usate alla luce del giudizio clinico**, con particolare attenzione alla conoscenza delle situazioni locali.

Il rischio risulta più alto di quello indicato in:

- Sedentari e obesi.
- Soggetti con forte familiarità per CVD prematura.
- Individui socialmente fragili e alcune minoranze etniche.
- Diabetici. Le carte possono essere usate in diabetici tipo I senza danno d'organo. Gli altri sono già a rischio molto alto.
- Soggetti con COL-HDL basso, aumento di trigliceridi, fibrinogeno, apoB, LP(a) e PCR ad alta sensibilità.
- Soggetti asintomatici con evidenza di aterosclerosi preclinica (es: con placche alla ultrasuonografia)
- Insufficienza renale cronica lieve-moderata ( GFR < 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>).



Mod da: [WWW.ESCARDIO.ORG/EACPR](http://WWW.ESCARDIO.ORG/EACPR)

