

# La “nuova” NOTA 13



## Nuova nota 13 – link ufficiale

Sede | Contatti | Posta Elettronica Certificata | Elenco siti tematici | Area Riservata | Webmail AIFA | English corner | Ricerca | Link diretti

 **AIFA**  
Agenzia Italiana del Farmaco

Aifa è | Vertici istituzionali | Commissioni | Normativa | Banca Dati Farmaci | Comunicazione | In Agenda | Eventi e convegni | Attualità | AIFA Banners | Pillole dal Mondo | Concept Paper | Position Paper | Concorsi | Bandi di Gara | Modulistica | Open Data

Notizie sui farmaci | Selezione il principio attivo | Cerca per ATC

Home » Operatore » Link per gli operatori » Note AIFA

Attività	Nota 13	Link correlati
> Registrazione	NOTA 13	▪ Comunicato Stampa 205
> Sicurezza	Modifica alla Nota 13 di cui alla Determina del 26 marzo 2013	
> Farmaci falsificati, illegali e rubati	L'allegato 1, parte integrante della presente determinazione, sostituisce il testo della Nota 13 di cui alla determinazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco pubblicata nella Gazzetta Ufficiale – serie generale - n. 156 del 08/07/2014.	
> Ispezioni	Leggi ALLEGATO 1	
> Negoziazione e rimborsabilità	Modifica alla Nota 13 di cui alla determina del 26 marzo 2013 (Determina n. 617/2014 - GU Serie Generale n.156 del 8-7-2014)	
> Consumi e spesa farmaceutica		
> Informazione scientifica		
> Sperimentazione e ricerca		
> Registri Farmaci sottoposti a monitoraggio		
> Affari amministrativi		
> Attività di HTA nel settore farmaceutico		
> Terapie avanzate		
> Amministrazione Trasparente		

Note Legali | Responsabile | Privacy | Guida | FAQ | Monitoraggio | Come fare per | Servizi di egovernment di futura attivazione | URP | Accessibilità | Mappa

<http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/nota-13>

# Testo esplicativo

NOTA 13

Allegato 1

## Classificazione in base al livello di rischio

In accordo con le Linee Guida dell'ESC/EAS per il trattamento della dislipidemia, e dei successivi aggiornamenti (Atherosclerosis, 2012), è stato possibile procedere a una stratificazione del rischio (e relativa identificazione del TT) come di seguito specificato. I pazienti con risk score  $\geq 1\%$  per CVD fatale a 10 anni (vedi carta del rischio allegata) sono considerati a rischio basso. Il trattamento di tali pazienti consiste nella modifica dello stile di vita. I pazienti con risk score  $> 1\%$  e  $< 4\%$  sono da considerare a rischio medio; per tali pazienti è indicata la modifica dello stile di vita per almeno 6 mesi prima di prescrivere in esame il trattamento farmacologico. I pazienti con risk score  $4-5\%$  sono considerati a rischio moderato. Sono da considerare pazienti a rischio alto, oltre a coloro che presentano un risk score  $5\%$  e  $< 10\%$  per CVD fatale a 10 anni, i pazienti con dislipidemie familiari o con ipertensione severa, i pazienti diabetici senza fattori di rischio CV e senza danno d'organo, e i pazienti con IRC moderata (PG 30-59 ml/min/1.73m<sup>2</sup>). Sono infine da considerarsi individui a rischio molto alto, oltre ai soggetti con uno score  $\geq 10\%$ , i pazienti con malattia coronarica (CHD), stroke ischemico, arteriopatie periferiche (PAD), progressivo infarto, bypass aorto-coronarico, i pazienti diabetici con uno o più fattori di rischio CV e/o markers di danno d'organo (come la microalbuminuria), i pazienti con IRC grave (PG 15-29 ml/min/1.73m<sup>2</sup>).

## Particolari categorie di pazienti

Pazienti di età  $> 65$  anni. In accordo alle raccomandazioni delle linee guida, in considerazione dei risultati dello studio PROSPER, nonché delle metanalisi in cui è stata valutata l'efficacia delle statine nei pazienti anziani, il trattamento con farmaci ipolipemizzanti nei pazienti con età  $> 65$  anni con aumentato rischio cardiovascolare è da considerarsi rimborsabile dal SSN. La rimborsabilità si intende estesa, in prevenzione primaria, fino agli 80 anni. Oltre tale età, invece, non esistono evidenze sufficienti a sostegno dell'opportunità del trattamento. Nei pazienti con età  $> 65$  anni ma con evidenza di malattia coronarica, vascolare o diabete merito la rimborsabilità dei farmaci ipolipemizzanti è a carico del SSN per definizione, dovendosi considerare questi pazienti in prevenzione secondaria.

♦ Per quanto riguarda i pazienti diabetici va considerato che in questa tipologia di pazienti le LDL sono impoverite in colesterolo e arricchite in trigliceridi; pertanto il dosaggio del colesterolo LDL non fornisce una adeguata informazione sul suo reale valore e quindi anche sul TT che deve essere raggiunto. In questi pazienti dovrebbe quindi essere considerato anche il dosaggio dell'ApoB sia per stabilire il momento di inizio della terapia, sia per quanto riguarda il TT da raggiungere (50 mg/dl nei pazienti diabetici). L'ApoB infatti è indicativo del numero di particelle circolanti dato che ogni particella di LDL contiene una molecola di ApoB. Il dosaggio dell'ApoB sarebbe utile anche nei soggetti con sindrome metabolica e nei pazienti con insufficienza renale cronica. Il colesterolo non HDL, inoltre, la cui determinazione può essere utile se non è possibile il dosaggio dell'Apo B, si calcola facilmente dal colesterolo totale (TC) meno HDL-C.

♦ Anche isolati elevati livelli di trigliceridi costituiscono un fattore di rischio. Recenti meta-analisi hanno infatti dimostrato che l'aumento dei trigliceridi aumenta il rischio CV anche dopo aggiustamento per le variabili interferenti incluso il colesterolo HDL. Le ragioni del rischio associate ad una trigliceridemia  $> 150$  mg/dl sono verosimilmente da attribuire a 2 fattori: 1) persistenza in circolo di lipoproteine post/prandiali ad alta potenzialità aterogena per l'elevato contenuto in colesterolo e captazione da parte dei macrofagi; 2) modificazioni compositive che inducono sulle altre lipoproteine sulle LDL.

# La tabella uso statine

La prescrizione a carico del SSN è limitata ai pazienti affetti da:

**ipercolesterolemia non corretta dalla sola dieta, seguita per almeno tre mesi, e ipercolesterolemia poligenica secondo i criteri specificati al relativo paragrafo**

Ipolipemizzanti:

Fibrati:

- bezafibrato
- fenofibrato
- gemfibrozil

Statine:

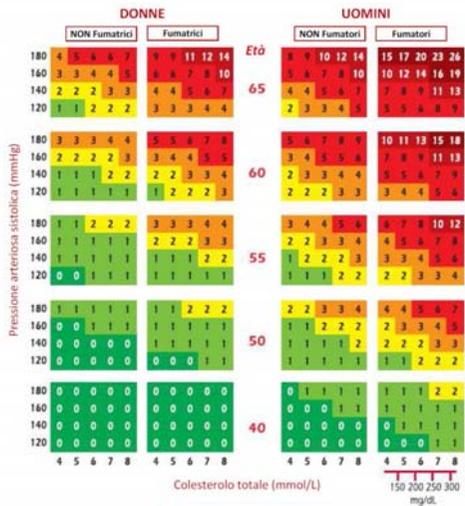
- simvastatina
- pravastatina
- fluvastatina
- lovastatina
- atorvastatina
- rosuvastatina

Altri:

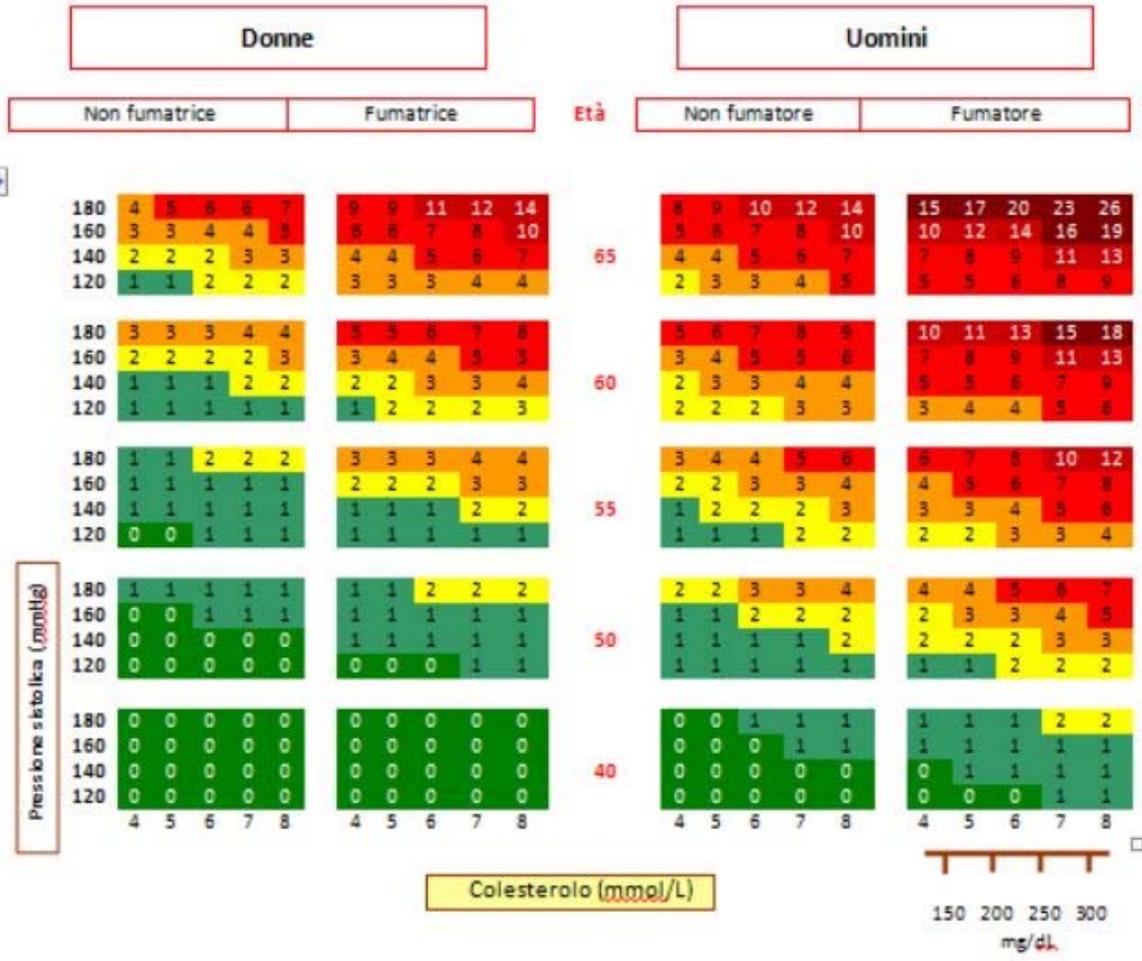
- PUFA-N3
- ezetimibe

Classificazione dei pazienti	Target terapeutico (Colesterolo LDL in mg/dl)	Farmaci prescrivibili a carico del SSN in funzione del raggiungimento del target terapeutico	
CATEGORIE DI RISCHIO*		Trattamento di 1° livello	Trattamento di 2° livello
Pazienti con rischio medio: - score 2-3%	Colesterolo LDL < 130	Modifica dello stile di vita per almeno 6 mesi	simvastatina pravastatina fluvastatina lovastatina atorvastatina(**)
Pazienti con rischio moderato: - score 4-5%	Colesterolo LDL < 115	simvastatina pravastatina fluvastatina lovastatina atorvastatina(**)	
Pazienti con rischio alto: -score >5% <10%	Colesterolo LDL < 100	simvastatina pravastatina fluvastatina lovastatina atorvastatina(**)	rosuvastatina ezetimibe più statine (in associazione o preconstituita) (**)
		Preferenzialmente atorvastatina se	

# Carta rischio



# Carta del rischio



Rischio di eventi CV fatali a 10 anni	
Dark Red	≥15%
Red	10-14%
Orange-Red	5-9%
Orange	3-4%
Yellow	2%
Light Green	1%
Dark Green	<1%

**Criteria di interpretazione  
della nota AIFA n. 13**  
*emanata in aprile 2013*

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

A cura del Gruppo di lavoro multidisciplinare  
della Commissione Regionale del Farmaco



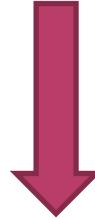
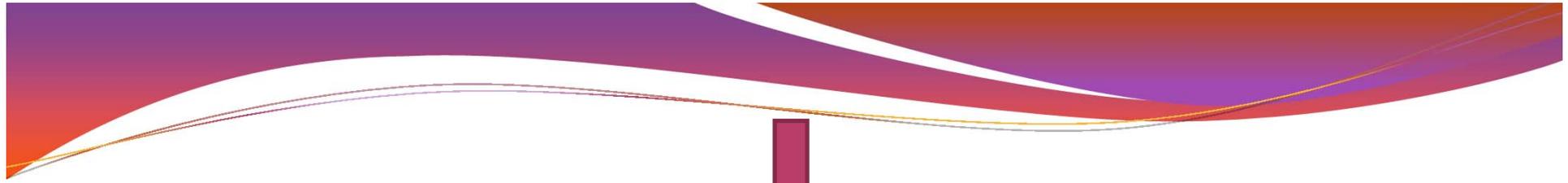
Eventi CV fatali			Eventi CV totali	
Classe di rischio	Livello di rischio <i>LG ESC</i>	Livelli di rischio <i>Nota 13</i>	Livelli di rischio <i>Progetto CUORE LG APT III</i>	Classe di rischio
$\geq 10\%$	Molto alto	Molto alto	Alto	$\geq 20\%$
$\geq 5\% < 10\%$	Alto	Alto	Intermedio	10% - 20%
$\geq 1\% < 5\%$	Moderato	Moderato (4%-5%) Medio (2%-3%)	Basso	$< 10\%$
$< 1\%$	Basso	Basso		



## ***caratteristiche della nuova nota 13 rispetto alla precedente:***

- ridefinizione dei livelli di rischio nelle classi
- ridefinizione delle condizioni patologiche classificabili come rischio "alto" o "molto alto" indipendentemente dal risultato della valutazione con le tabelle SCORE
- introduzione della classe di rischio "medio" con target 130
- distinzione dei pazienti con IRC in due fasce di rischio (alto o molto alto) con distinti target terapeutici (100 o 70 mg/dl)
- reintroduzione della lovastatina e della fluvastatina tra le statine utilizzabili in terapia
- ridefinizione delle condizioni di utilizzo della rosuvastatina nei pazienti a rischio molto alto



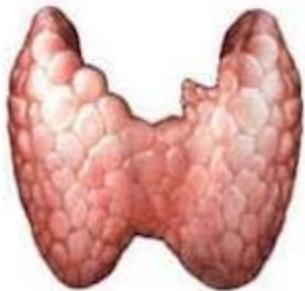


***VALUTARE LA POSSIBILE PRESENZA DI  
DISLIPIDEMIE FAMILIARI***



essenziale per la diagnosi di dislipidemia familiare escludere preliminarmente tutte le forme di iperlipidemia secondaria o da farmaci

la tiroide..



## • **Dislipidemie Familiari**

**IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE MONOGENICA (FH)**

**(1:500 3 pazienti)**

**colesterolemia LDL superiore a 190 mg/DL**



**Basta 1 condizione**

**trasmissione verticale della malattia**, documentata dalla presenza di analogo alterazione biochimica nei familiari del probando

**presenza di xantomatosi tendinea nel probando**

**un'anamnesi positiva per cardiopatia ischemica precoce**

(prima dei 55 anni negli uomini, prima dei 60 nelle donne) nel probando o nei familiari di I e II grado (nonni, genitori, fratelli)

presenza di **grave ipercolesterolemia in figli** in età prepubere.

## • **Dislipidemie Familiari**

### **IPERLIPIDEMIA FAMILIARE COMBINATA**

(1-2:100 15/30 pazienti)

**colesterolemia LDL superiore a 160 mg/dl e/o trigliceridemia superiore a 200 mg/dl**



**Basta 1 condizione documentazione nei membri della stessa famiglia (I e II grado) di più casi di ipercolesterolemia e/o ipertrigliceridemia (fenotipi multipli), spesso con variabilità fenotipica nel tempo (passaggi o da ipercolesterolemia ad ipertrigliceridemia, o a forme miste)**

**presenza anamnestica o clinica o strumentale di arteriosclerosi precoce.**

**È indispensabile per la validità della diagnosi di iperlipidemia combinata familiare escludere le famiglie in cui siano presenti unicamente ipercolesterolemia o ipertrigliceridemia.**



## • **Dislipidemie Familiari**

### **DISBETALIPOPROTEINEMIA (1:10000)**

**Valori sia di colesterolemia che di trigliceridemia intorno ai 400-500 mg/dl**



• *presenza di larga banda beta, da fusione delle bande VLDL ed LDL, alla elettroforesi delle lipoproteine.*

*La presenza di uno di questi fattori aumenta la validità della diagnosi:  
xantomi tuberosi, xantomi striati palmari (strie giallastre nelle pieghe interdigitali o sulla superficie palmare delle mani, da considerare molto specifici).*

### **IPERCHILOMICRONEMIE e gravi IPERTRIGLICERIDEMIE**

## • Dislipidemie Familiari

### Dislipidemie familiari secondo i criteri specificati al relativo paragrafo

DISLIPIDEMIA	Farmaci prescrivibili a carico del SSN		
	Trattamento di 1° livello	Trattamento di 2° livello	Trattamento di 3° livello
<b>IPERCOLESTEROLEMIA FAMILIARE MONOGENICA (FH)</b>	simvastatina pravastatina fluvastatina lovastatina atorvastatina rosuvastatina(**)	ezetimibe più statine (in associazione estemporanea o precostituita) (**)	Aggiunta di resine sequestranti gli acidi biliari
<b>IPERLIPIDEMIA FAMILIARE COMBINATA</b>	simvastatina pravastatina fluvastatina lovastatina atorvastatina(**)	rosuvastatina PUFA-N3 ezetimibe più statine (in associazione estemporanea o precostituita) (**)	
<b>DISBETALIPOPROTEINEMIA</b>	simvastatina pravastatina fluvastatina lovastatina atorvastatina(**) fibrati	rosuvastatina ezetimibe più statine (in associazione estemporanea o precostituita) (**)	Aggiunta di resine sequestranti gli acidi biliari
<b>IPERCHILOMICRONEMIE e gravi IPERTRIGLICERIDEMIE</b>	fibrati PUFA N3	fibrati in associazione a PUFA N3	



*Presenta Insufficienza Renale Cronica ?*



## ***Insufficienza Renale Cronica***

- IRC moderata (FG 30-59 ml/min/1.73m<sup>2</sup>)
- IRC grave (FG 15-29 ml/min/1.73m<sup>2</sup>).

## FORMULA DI COCKROFT GAULT

**Uomo** Clearance creat. = 
$$\frac{(140 - \text{età}) \times \text{peso ideale(Kg)}}{(72 \times \text{creatinemia})}$$

**Donna** Clearance creat. = 
$$\frac{(140 - \text{età}) \times \text{peso ideale(Kg)}}{(72 \times \text{creatinemia})}$$

## MRDR semplificata\*

Cl. Creat. =  $186 \times (\text{creatin.} - 1,154) \times \text{età} - 0,203 \times k1 \times k2$

K1 : razza bianca = 1,00    razza nera = 1,21

K2 : maschio = 1,00    femmina = 0,742

\*Modification of Diet in Renal Disease



# Senza utilizzare carta rischio:

- Dislipidemie familiari
- Ipertensione severa ( $\geq 180$ ;  $\geq 110$ )
- Diabete senza fattori di rischio CV e senza danno d'organo
- IRC moderata (FG 30-59 ml/min/1.73m<sup>2</sup>)
  
- Malattia coronarica
- Pregresso infarto
- Bypass aorto-coronarico,
- Stroke ischemico
- Arteriopatie periferiche ←
- Diabete con uno o più fattori di rischio CV e/o markers di danno d'organo (come la microalbuminuria)
- IRC grave (FG 15-29 ml/min/1.73m<sup>2</sup>).
  
- ***Iperlipidemia indotta da farmaci (immunosoppressori, antiretrovirali e inibitori della aromatasi)***

NOTA 13  
Allegato 1

**Classificazione in base al livello di rischio**

In accordo con la Linea Guida dell'ESC per il trattamento della dislipidemia, e dei successivi aggiornamenti (Eltoro et al., 2012) è stato possibile prevedere a una stratificazione del rischio di malattia cardiovascolare del 1° (10% di rischio annuo).

I pazienti con rischio medio e alto per CV (LDL-C > 175 mg/dL o > 4.5 mmol/L) sono da considerare a rischio medio, per cui pazienti a rischio medio della scala di rischio per almeno 5 anni prima di prendere in esame il trattamento farmacologico. I pazienti con rischio medio e alto, sono considerati a rischio medio.

Se il trattamento farmacologico è iniziato, oltre a valutare la percentuale di rischio medio (LDL-C < 100 mg/dL o < 2.6 mmol/L) e il rischio medio (LDL-C > 100 mg/dL o > 2.6 mmol/L) a un determinato tempo, i pazienti a rischio medio devono essere trattati di rischio CV e senza danno d'organo, e i pazienti con LDL-C elevata (LDL-C > 190 mg/dL o > 4.9 mmol/L) sono da considerare a rischio medio. I pazienti a rischio medio e alto, devono essere trattati di rischio CV e senza danno d'organo, e i pazienti con LDL-C elevata (LDL-C > 190 mg/dL o > 4.9 mmol/L) sono da considerare a rischio medio.

**Testo esplicativo**

Il presente documento è stato elaborato in base ai dati pubblicati in letteratura scientifica, e non rappresenta un parere medico. Il presente documento è stato elaborato in base ai dati pubblicati in letteratura scientifica, e non rappresenta un parere medico.

Il presente documento è stato elaborato in base ai dati pubblicati in letteratura scientifica, e non rappresenta un parere medico. Il presente documento è stato elaborato in base ai dati pubblicati in letteratura scientifica, e non rappresenta un parere medico.

Il presente documento è stato elaborato in base ai dati pubblicati in letteratura scientifica, e non rappresenta un parere medico. Il presente documento è stato elaborato in base ai dati pubblicati in letteratura scientifica, e non rappresenta un parere medico.

## Trattamento di 1° livello

## Trattamento di 2° livello

La tabella uso statine

*La prescrizione a carico del SSN è limitata ai pazienti affetti da:*  
**Ipercolesterolemia non corretta dalla sola dieta, seguita per almeno 6 mesi, e ipercolesterolemia poligenica secondo i criteri specificati al relativo paragrafo**

Classificazione dei pazienti	Target terapeutico (Colesterolo LDL in mg/dl)	Farmaci prescrivibili a carico del SSN in funzione del raggiungimento del target terapeutico	
		Trattamento di 1° livello	Trattamento di 2° livello
<b>CATEGORIE DI RISCHIO*</b> Pazienti con rischio medio: - score 2-3%	Colesterolo LDL < 130	Modifica dello stile di vita per almeno 6 mesi	simvastatina pravastatina fluvastatina lovastatina atorvastatina(**)
Pazienti con rischio moderato: - score 4-5%	Colesterolo LDL < 115	simvastatina pravastatina fluvastatina lovastatina atorvastatina(**)	
Pazienti con rischio alto: -score >5% <10%	Colesterolo LDL < 100	simvastatina pravastatina fluvastatina lovastatina atorvastatina(**)  Preferenzialmente atorvastatina se	rosuvastatina ezetimibe più statine (in associazione estemporanea o preconstituita) (**)

\*Categorie di rischio in base al punteggio di Framingham. \*\*Farmaci a carico del SSN.





## VALORE TARGET DA RAGGIUNGERE

### C-LDL

La tabella uso statine

*La prescrizione a carico del SSN è limitata ai pazienti affetti da:*

**Ipercolesterolemia non corretta dalla sola dieta, seguita per almeno tre mesi\*, e ipercolesterolemia poligenica secondo i criteri specificati al relativo paragrafo**

Classificazione dei pazienti	Target terapeutico (Colesterolo LDL in mg/dl)	Farmaci prescrivibili a carico del SSN in funzione del raggiungimento del target terapeutico	
		Trattamento di 1° livello	Trattamento di 2° livello
<b>CATEGORIE DI RISCHIO*</b>			
Pazienti con rischio medio: - score 2-3%	Colesterolo LDL < 130	Modifica dello stile di vita per almeno 6 mesi	simvastatina pravastatina fluvastatina lovastatina atorvastatina(**)
Pazienti con rischio moderato: - score 4-5%	Colesterolo LDL < 115	simvastatina pravastatina fluvastatina lovastatina atorvastatina(**)	
Pazienti con rischio alto: -score >5% <10%	Colesterolo LDL < 100	simvastatina pravastatina fluvastatina lovastatina atorvastatina(**)	rosuvastatina ezetimibe più statine (in associazione estemporanea o preconstituita) (**)
		Preferenzialmente atorvastatina se	

**Ipolipemizzanti:**

**Fibrati:**

- bezafibrato
- fenofibrato
- gemfibrozil

**Statine:**

- simvastatina
- pravastatina
- fluvastatina
- lovastatina
- atorvastatina
- rosuvastatina

**Altri:**

- PUFA-N3
- ezetimibe

## Livelli di rischio e terapia

Quale paziente (livello di rischio decrescente)	Quando possibile prescrivere SSN	Quale farmaco
Risk score 4%-5%	<b>Colesterolo LDL &gt; 115 mg/dl</b>  (obiettivo raccomandato < 115 mg/dl)	simvastatina pravastatina fluvastatina lovastatina atorvastatina
Risk score 2%-3%	<b>Colesterolo LDL &gt; 130 mg/dl</b>  (obiettivo raccomandato < 130 mg/dl)	Modifica dello stile di vita per almeno 6 mesi  <i>-In caso l'obiettivo non sia stato raggiunto</i> simvastatina pravastatina fluvastatina lovastatina atorvastatina
Risk score ≤ 1	<b>MAI</b>	Indicato solamente la modifica dello stile di vita.

## Livelli di rischio e terapia

Quale paziente (livello di rischio decrescente)	Quando possibile prescrivere SSN	Quale farmaco
<ul style="list-style-type: none"> <li>- score <math>\geq 10\%</math>,</li> <li>-malattia coronarica/bypass aorto-coronarico</li> <li>-stroke ischemico,</li> <li>-arteriopatie periferiche,</li> <li>-pregresso infarto,</li> <li>-diabete con uno o più fattori di rischio CV e/o markers di danno d'organo (come la microalbuminuria)</li> <li>-IRC grave (FG 15-29 ml/min/1.73m<sup>2</sup>).</li> </ul>	<p><b>Colesterolo LDL &gt; 70 mg/dl</b></p> <p>(obiettivo raccomandato &lt; 70 mg/dl)</p>	<p>atorvastatina§ pravastatina fluvastatina lovastatina simvastatina rosuvastatina <i>nei pazienti in cui ci sia stata evidenza di effetti collaterali severi nei primi 6 mesi di terapia con altre statine</i></p> <p><i>-In caso l'obiettivo non sia stato raggiunto</i> ezetimibe più statine (in associazione estemporanea o preconstituita <i>-In caso d'intolleranza a tutte le statine</i> è rimborsato il trattamento con ezetimibe in monoterapia <i>-Nei pazienti con sindromi coronariche acute o in quelli sottoposti a interventi di rivascolarizzazione percutanea</i> è indicata atorvastatina a dosaggio elevato (&gt;40 mg).</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- risk score <math>\geq 5\%</math> e &lt; 10%</li> <li>-dislipidemie familiari</li> <li>-ipertensione severa</li> <li>-diabete senza fattori di rischio CV e senza danno d'organo,</li> <li>-IRC moderata (FG 30-59 ml/min/1.73m<sup>2</sup>).</li> </ul>	<p><b>Colesterolo LDL &gt; 100 mg/dl</b></p> <p>(obiettivo raccomandato &lt; 100 mg/dl)</p>	<p>simvastatina pravastatina fluvastatina lovastatina atorvastatina</p> <p><i>-Se necessaria riduzione LDL &gt; 50% preferire atorvastatina</i> <i>-In caso l'obiettivo non sia stato raggiunto</i> rosuvastatina o ezetimibe più statine (in associazione estemporanea o preconstituita <i>-In caso d'intolleranza a tutte le statine</i> è rimborsato il trattamento con ezetimibe in monoterapia</p>



## Uso farmaci non statine

### Fibrati

I fibrati vengono rimborsati dal SSN in tre soli casi

- 1) Pazienti ***già in trattamento con statine (vedi sopra) che presentino in trattamento a) livelli di HDL colesterolo basso (<40mg nei M e 50 nelle F) b) e/o trigliceridi elevati (> 200mg/dl) In questi casi il farmaco di prima scelta è il fenofibrato per la maggiore sicurezza di uso nei pazienti in terapia con statine; la combinazione di statine e gemfibrozil è invece associata ad un aumentato rischio di miopatia***
- 2) Disbetalipoproteinemia (*per i trigliceridi elevati, solitamente insieme a statine*)
- 3) Forme familiari con trigliceridi molto elevati: iperchilomicronemie e gravi ipertrigliceridemie



## Uso farmaci non statine

### **Omega 3-PUFA**

Gli Omega 3-PUFA vengono rimborsati dal SSN in tre soli casi,

- 1) Iperlipemia familiare combinata ***già in terapia con statine nel caso permangono elevati i livelli di trigliceridi***
- 2) Forme familiari con trigliceridi molto elevati: iperchilomicronemie e gravi ipertrigliceridemie
- 3) Pazienti con insufficienza renale moderata e grave con trigliceridi > 500 mg/dl

### **Resine sequestranti gli acidi biliari**

Le resine vengono rimborsate dal SSN in due soli casi, entrambi nell'ambito delle dislipidemie familiari

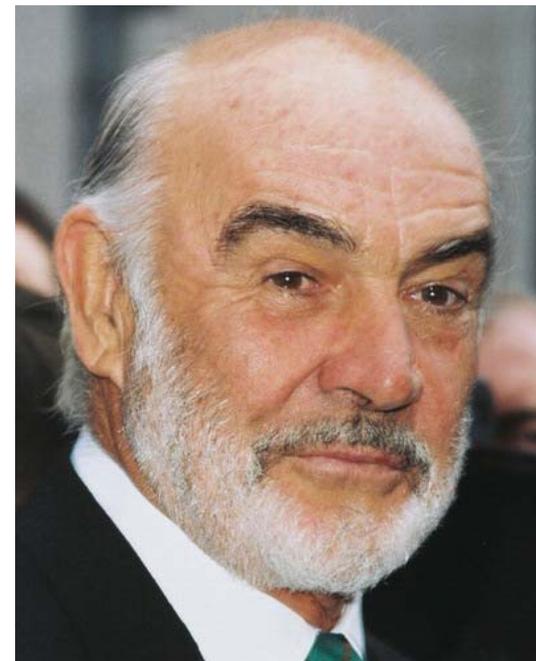
- 1) Ipercolestoremia familiare, nel caso le statine più ezetimide non siano sufficienti
- 2) Disbetalipoproteinemia, nel caso statine, più ezetimide (e fibrati) non siano sufficienti

# Particolari categorie di pazienti 1

## *Uso nell'over 65:*

La rimborsabilità si intende estesa, in prevenzione primaria, fino agli 80 anni.

. Nei pazienti con età >65 anni ma con evidenza di malattia coronarica, vascolare o diabete mellito la rimborsabilità dei farmaci ipolipemizzanti è a carico del SSN per definizione, dovendosi considerare questi pazienti in prevenzione secondaria.





## Particolari categorie di pazienti 2

- Isolati elevati livelli di trigliceridi
- Pazienti con livelli elevati di LP(a) > 50 mg/dl
- Pazienti con HDL basse (< 40 mg/dl M e < 50 mg/dl F). Si consideri a tale proposito che più del 50% dei pazienti con coronaropatia documentata ha bassi livelli di HDL

# La “nuova” NOTA 13

