



Executive Congress Srl
Provider ECM
RES – FAD - FSC ID 661
Via F. Puccinotti, 43
50129 Firenze
Tel. 055-472023
Fax. 055-4620364
info@executivecongress.it
www.executivecongress.it

Corso RES

“Strike early, strike strong”:

PREVENIRE IL RISCHIO CARDIOVASCOLARE PARTENDO DAL CONTROLLO PRECOCE DI DISLIPIDEMIA ED IPERTENSIONE

HOTEL SAVOIA REGENCY

BOLOGNA, 7 MARZO 2026

ID: 661-470734

RESPONSABILE SCIENTIFICO DEL CORSO

Arrigo Francesco Giuseppe Cicero (Bologna)

RELATORI / MODERATORI

R.	COGNOME	NOME	LAUREA	DISCIPLINA	AFFILIAZIONE	CITTA'
RS /R/ M	CICERO	ARRIGO FRANCESCO GIUSEPPE	Medico Chirurgo	Farmacologia Clinica	Professore Ass. Dip. Scienze Mediche e Chirurgiche UNIBO, Dir. Medico di I livello presso l'IRCCS AOU di Bologna	BOLOGNA
M	CUPARDO	MARCO	Medico Chirurgo	Medicina Generale	Medico di Medicina Generale presso AUSL Bologna	BOLOGNA
R/ M	SANTESE	GIUSEPPINA	Medico Chirurgo	Cardiologia	Cardiologo e Corresponsabile rep. Cardiologia presso Villa Torri Hospital – Bologna	BOLOGNA
R/M	STEFANIO	COSIMO	Medico Chirurgo	Cardiologia	Cardiologo presso Studio Medico Cardiologico Oretti– Bologna	BOLOGNA

DESTINATARI DELL'ATTIVITA' FORMATIVA: 30 Medici Chirurghi specialisti in Angiologia, Cardiologia, Cardiochirurgia, Geriatria, Medicina Interna, Malattie Metaboliche e Diabetologia, Nefrologia e Medicina Generale (medici di famiglia).

PROVIDER: EXECUTIVE CONGRESS SRL (N. 661)

SABATO 7 MARZO 2026 INIZIO LAVORI: 9:00 - FINE LAVORI: 15:00

ORE FORMATIVE: 5

CREDITI FORMATIVI: 5

AREA FORMATIVA: Obiettivo formativo di SISTEMA

OBIETTIVO FORMATIVO: APPLICAZIONE NELLA PRATICA QUOTIDIANA DEI PRINCIPI E DELLE PROCEDURE DELL'EVIDENCE BASED PRACTICE (EBM - EBN – EBP)

SEDE: HOTEL SAVOIA REGENCY - Via del Pilastro, 2, 40127 Bologna BO

Si fa presente che per eventuali assenze nella Faculty, si procederà alla sostituzione con i Relatori/Moderatori già presenti nel programma che hanno stesso campo di competenza.

RAZIONALE SCIENTIFICO

Ipercolesterolemia ed ipertensione arteriosa costituiscono due importanti determinanti di rischio per l'insorgenza di malattie ischemiche coronariche e periferiche, che nel loro insieme rappresentano la principale causa di morte in Italia e nel mondo. La gestione dei livelli circolanti di colesterolo LDL è centrale nella prevenzione delle patologie vascolari su base aterosclerotica. Allo stesso modo, la riduzione del rischio cardiovascolare necessita di un attento monitoraggio e controllo dei valori pressori. Entrambe le condizioni possono essere trattate con strategie combinate che mirano alla correzione di stili di vita impropri e l'eventuale ricorso, più o meno "intensivo", a farmaci singoli (per i soggetti a più basso rischio) o combinati (per i pazienti a più alto rischio). Per poter ottenere una diffusa riduzione dei livelli di colesterolo e pressione è necessaria una maggiore consapevolezza nella popolazione e nella classe medica dell'importanza di queste condizioni assai diffuse e dannose. Le evidenze scientifiche indicano chiaramente che regimi terapeutici con farmaci ipocolesterolemizzanti e/o antipertensivi, iniziati precocemente, risultano estremamente efficaci nel ridurre l'insorgenza e la ricorrenza di eventi cardiovascolari, e che l'aderenza a tali strategie di intervento svolge un ruolo chiave per massimizzare il loro successo. Questo incontro si pone come obiettivo centrale quello di fornire un aggiornamento in tema di identificazione e cura di ipercolesterolemia ed ipertensione, enfatizzando il concetto e le evidenze sempre più convincenti secondo cui l'impostazione di regimi terapeutici "semplificati" e precoci nei soggetti a più basso rischio può tradursi in enormi benefici a lungo termine, anche superiori rispetto ad interventi più articolati ma tardivi nella loro attuazione. Le suddette evidenze saranno contestualizzate rispetto alle indicazioni offerte dalle più recenti linee guida in tema prevenzione nei pazienti a diverso grado di rischio cardiovascolare. I suddetti temi saranno gestiti con modalità di interazione ibrida, ovvero mediante letture a tema e discussione collegiale, presentazione di casi clinici interattivi con snodi decisionali condivisi tra docenti e discenti, domande e risposte flash.

LEGENDA ACRONIMI

CV: Cardiovascolare

ASCVD: Atherosclerotic Cardiovascular Disease

SCA: Sindromi Coronariche Acute

PCSK9 : Proprotein Convertase Subtilisin/Kexin-type 9

Caso Clinico 1: “Il paziente ipercolesterolemico a rischio cardiovascolare moderato”

Donna di 49 anni, fumatrice, con riscontro di ipercolesterolemia (CT 231 mg/dL, LDL-C 148 mg/dL, HDL-C 56 mg/dL, TG 135 mg/dL, non-HDL-C 175 mg/dL), lievemente in sovrappeso, a seguito di programma strutturato e duraturo di dieta e stile di vita per il controllo del peso e metabolico. La stratificazione del rischio cardiovascolare mediante SCORE2, corretto per l'età della paziente, permette di formulare una stima del rischio teorico che colloca la stessa nella categoria di rischio CV moderato. Si esclude la presenza di “risk modifiers”, l'evidenza di malattia aterosclerotica carotidea e la presenza di cause secondarie di ipercolesterolemia; si definiscono gli obiettivi dell'intervento di prevenzione del rischio cardiovascolare (e.g., intensificazione stile di vita appropriato, interruzione del fumo di sigaretta, raggiungimento obiettivo LDL-C <100 mg/dL). Calcolata la distanza teorica dall'obiettivo LDL-C raccomandato, si confermano TLCs (i.e., Therapeutic Lifestyle Changes) e si prescrive statina ad alta efficacia a dose moderata. Si rivaluta la paziente a distanza di 3 mesi per il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi fissati.

Caso Clinico 2: “Il paziente iperteso senza danno d'organo”

Donna di 53 anni, in menopausa, ottimo performance status, sportiva, estremamente attenta alla dieta, tendenzialmente bradicardica, non fumatrice, normopeso, ipertesa già trattata con combinazione di ACEi + CCB, successivamente rimodulata mantenendo la sola amlodipina e sospendendo il ramipril per rilievo di tosse stizzosa persistente, lipotimie ricorrenti associate ad ipotensione. L'attuale terapia anti-ipertensiva risulta adeguata sia in termini di controllo pressorio (128/78 mmHg) che di tollerabilità. Riscontro di colesterolemia LDL pari a 168 mg/dL, a volte gestita con nutraceutici, poi sospesi su consiglio medico. Evidenza di IMT carotideo bilaterale (max 1.1 mm); esclusa la presenza di cause secondarie di ipercolesterolemia ed ipertensione arteriosa. Non evidenza di danno d'organo correlato all'ipertensione. La stratificazione del rischio cardiovascolare mediante SCORE-2 permette di assegnare la categoria di rischio cardiovascolare basso. Documentata la presenza di elevati valori di colesterolemia LDL, la notevole distanza dal valore di colesterolemia LDL raccomandato, il perfetto controllo pressorio in assenza di danni d'organo rilevabili, l'assenza di placche aterosclerotiche, ci si domanda sull'opportunità di proporre un trattamento farmacologico ipocolesterolemizzante. Si rimarca l'importanza dell'intervento sullo stile di vita e, per scelta condivisa con la paziente dopo rilievo di incremento dei livelli di Lp(a) pari a 52 mg/dL (risk modifier), si decide di impostare terapia con statina ad alta efficacia a bassa dose. Si imposta follow-up per la verifica del raggiungimento degli obiettivi raccomandati e la tollerabilità del farmaco prescritto.

Caso Clinico 3: “Il paziente diabetico con colesterolo apparentemente normale”

Uomo di 61 anni, attualmente sovrappeso, pregressa sleeve gastrectomy per obesità grave associata a diagnosi di DM2 dall'età di 53 anni (attualmente in terapia con metformina e GLP1-RA), con riscontro del seguente profilo lipidico a digiuno (CT 186 mg/dL, LDL-C 97 mg/dL, HDL-C 51 mg/dL, TG 188 mg/dL, non-HDL-C 135 mg/dL), e buon controllo della HbA1c (6.8%, 51 mmol/mol). La stratificazione del rischio cardiovascolare mediante SCORE2 non risulta appropriata, mentre è corretto effettuare una stima del rischio mediante SCORE2-diabetes, avendo nota anche la eGFR del paziente (56 mL/min). Data l'età del paziente, si può formulare una stima del suo rischio teorico che si colloca nella categoria di rischio CV molto alto. Si evidenzia la presenza di microalbuminuria e di piccola lesione aterosclerotica carotidea sinistra (stenosi max 22%). Definiti gli obiettivi dell'intervento di prevenzione del rischio cardiovascolare (e.g., intensificazione stile di vita appropriato, raggiungimento obiettivo LDL-C <55 mg/dL, non-HDL-C <85 mg/dL), si calcola la distanza teorica dall'obiettivo LDL-C e non-HDL-C raccomandati. Si prescrive statina ad alta efficacia a dose elevata al fine di ottenere una riduzione della colesterolemia LDL di almeno il 50%. Si rivaluta il paziente a distanza di 3 mesi per il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi fissati.

Caso Clinico 4: “Il paziente con SCA: triplice orale vs PCSK9i precoce”

Donna di 65 anni, con interruzione dell'abitudine al fumo di sigaretta dopo recente SCA (occorsa 4 mesi prima della valutazione da parte del proprio MMG), ipertesa in trattamento adeguato, sedentaria, obesa, con riscontro del seguente assetto lipidico osservato dopo 4 mesi di terapia con atorvastatina 80 mg (CT 172 mg/dL, LDL-C 98 mg/dL, HDL-C 43 mg/dL, TG 155 mg/dL, non-HDL-C 129 mg/dL). La paziente ha cominciato a lamentare mialgie prossimali simmetriche a partire da una settimana dopo l'inizio della terapia ipocolesterolemizzante per cui ha assunto la stessa in modo non continuativo. Ha iniziato un programma strutturato di dieta e stile di vita per il controllo del peso e metabolico. Le informazioni anamnestiche permettono di formulare una stima del rischio teorico che colloca la stessa nella categoria di rischio CV molto alto. Si esclude la presenza di “risk modifiers”, si definiscono gli obiettivi dell'intervento di prevenzione del rischio cardiovascolare (e.g., intensificazione stile di vita appropriato, mantenimento dell'interruzione del fumo di sigaretta, raggiungimento obiettivo LDL-C <55 mg/dL). Calcolata la distanza teorica dall'obiettivo LDL-C raccomandato, si confermano TLCs (i.e., Therapeutic Lifestyle Changes), si prescrive GLP1-RA, si rimodula la terapia riducendo la dose di statina ad alta efficacia, ed associando ezetimibe. Visto il profilo lipidico raggiunto con statina-ezetimibe (in particolare: LDL-C 75 mg/dL), ci si trova nella situazione di dover ottimizzare ulteriormente la terapia dovendo scegliere tra l'aggiunta di acido bempedoico vs anti-PCSK9i

Corso RES

“Strike early, strike strong”:

PREVENIRE IL RISCHIO CARDIOVASCOLARE PARTENDO DAL CONTROLLO PRECOCE DI DISLIPIDEMIA ED IPERTENSIONE

HOTEL SAVOIA REGENCY

BOLOGNA, 7 MARZO 2026

ID: 661 -470734

Ore 8: 45 Registrazione dei partecipanti

Ore 9.00 Introduzione: **Arrigo Francesco Giuseppe Cicero, Marco Cupardo, Giuseppina Santese
Cosimo Stefano**

I SESSIONE: RISCHI E RIMEDI

Moderatore: Marco Cupardo

Ore 9:15 I numeri della prevenzione cardiovascolare **Arrigo Francesco Giuseppe Cicero**

Ore 9:45 Strumenti per la stratificazione del rischio cardiovascolare: linee guida a confronto
Giuseppina Santese

Ore 10:15 Ipercolesterolemia: perché cercarla e gestirla quanto prima? **Cosimo Stefano**

Ore 10:45 Quale terapia ipocolesterolemizzante preferire nel paziente iperteso senza ASCVD ?
Arrigo Francesco Giuseppe Cicero

Ore 11:15 Ipertensione arteriosa: l'importanza della terapia di combinazione precoce **Giuseppina Santese**

Ore 11:45 *Coffee Break*

II SESSIONE: RAFFICA DI CASI CLINICI CON SNODI DECISIONALI CONDIVISI

Moderatore: Marco Cupardo

Ore 12:15 Il paziente ipercolesterolemico a rischio cardiovascolare moderato **Arrigo Francesco Giuseppe Cicero**

Ore 12:30 Il paziente iperteso senza danno d'organo **Giuseppina Santese**

Ore 12:45 Il paziente diabetico con colesterolo apparentemente normale **Cosimo Stefano**

Ore 13:00 Il paziente con SCA: triplice orale vs PCSKi precoce **Cosimo Stefano**

Ore 13:15 Discussione interattiva

III SESSIONE: DOMANDE E RISPOSTE FLASH

Ore 13:30 Striking Questions: Colesterolo **Arrigo Francesco Giuseppe Cicero**

Striking Questions: Ipertensione **Giuseppina Santese, Cosimo Stefano**

Ore 14:15 Take home messages **Arrigo Francesco Giuseppe Cicero, Marco Cupardo, Giuseppina Santese
Cosimo Stefano**

Ore 14:30 Compilazione Questionario ECM

Ore 14:45 Discussione dei risultati delle prove di verifica

Ore 15:00 Fine Lavori
