

**WORKSHOP INTERATTIVO
LA RIDUZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE NEI PAZIENTI
REUMATOLOGICI
FOCUS ON: OBESITA' DISLIPIDEMIA IPERTENSIONE ARTERIOSA**

28 marzo 2026

HOTEL VILLA ARTEMIS – Via Dei Laghi, 253 00074 Velletri (Roma)

Responsabile Scientifico: LUIS SEVERINO MARTIN MARTIN

**N. Partecipanti: 25 // Categorie Accreditate: MEDICO CHIRURGO TUTTE LE DISCIPLINE - TECNICO
DELLA FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOLATORIA E PERFUSIONE CARDIOVASCOLARE**

ID PROVIDER 5112 - CREDITI FORMATIVI 9,3

- 1. RAZIONALE SCIENTIFICO**
- 2. PROGRAMMA SCIENTIFICO**
- 3. DESCRIZIONE CASI CLINICI**
- 4. SCHEMA CV RELATORI**

1 - RAZIONALE SCIENTIFICO

Le malattie cardiovascolari costituiscono la principale causa di mortalità a livello globale con 17,9 milioni di morti all'anno, che rappresentano il 32% di tutti i decessi. Nonostante l'incidenza delle malattie cardiovascolari in Europa sia in diminuzione, in Italia si è osservato un incremento di queste patologie negli ultimi cinque anni. Questo trend è evidente anche nella popolazione affetta da AR, in cui, come già detto, le malattie cardiovascolari rappresentano la principale causa di mortalità.

Un ampio numero di studi clinici ha mostrato che sia l'Artrite Reumatoide (AR) sia il lupus eritematoso sistemico (LES) si associano a un aumento della mortalità precoce. L'AR si associa a una diminuzione di 10-15 anni della speranza di vita nei confronti della popolazione generale, in particolare nelle forme gravi della malattia. Circa la metà di tutte le morti nei pazienti con AR sono riconducibili a cause cardiovascolari, soprattutto a infarto miocardico acuto e scompenso cardiaco, ma anche ad aterosclerosi periferica e carotidea in particolare. La principale causa di morte non è rappresentata dalle complicazioni della malattia reumatica bensì dalla patologia cardiovascolare

Dalla ricerca, coordinata da Daniel H. Solomon del Brigham and Women's Hospital e dell'Harvard Medical School di Boston, è emerso che il rischio di avere un infarto o un ictus nei pazienti che soffrono di artrite reumatoide è influenzato sia dai classici fattori di rischio cardiovascolare sia da fattori associati alla stessa artrite, come la presenza di noduli e l'indice di attività della malattia. Analogamente, le donne con LES di età inferiore ai 45 anni hanno un significativo aumento del rischio di aterosclerosi coronarica. Donne con LES di età compresa tra 35 e 44 anni hanno un rischio di infarto miocardico acuto 50 volte maggiore di quanto atteso nella popolazione generale. Allo stesso modo è stato riportato che le donne con LES di età compresa tra 18 e 44 anni hanno una probabilità doppia di essere ricoverate per infarto miocardico acuto rispetto alle donne sane della stessa età. Questo aumento del rischio decresce sostanzialmente e in modo paradossale con l'avanzare degli anni. E' quindi chiaro che le giovani donne con LES, benchè protette dal sesso nei confronti della cardiopatia ischemica, sono a rischio relativo più elevato.

La presenza di citochine infiammatorie è indice di flogosi della parete vascolare, con conseguente chemiotassi di leucociti e piastrine. Si ritiene che il meccanismo principale attraverso il quale le molecole di adesione contribuiscono alla formazione della placca ateromassica sia correlato alla loro capacità di facilitare l'adesione dei monociti circolanti all'endotelio vascolare.

Nei pazienti con AR non in trattamento e con malattia attiva è stato riscontrato un assetto lipidico proaterogeno. Elevati livelli di colesterolo LDL e bassi livelli di HDL-colesterolo sono, come noto, fattori di rischio per l'aterosclerosi. Inoltre le LDL piccole e dense hanno un potenziale aterogeno più elevato, così come la lipoproteina(a) [Lp(a)]. E nei pazienti con AR si riscontrano bassi livelli di HDL, mentre i livelli di Lp(a) sono significativamente più alti che nei controlli. Il meccanismo che lega livelli di HDL-C alla protezione dall'aterosclerosi prevede un ruolo centrale delle HDL nel trasportare l'eccesso di colesterolo presente nei tessuti periferici (inclusa la parete arteriosa) al fegato da dove viene eliminato con l'escrezione biliare. Esistono inoltre altri meccanismi che giustificano il ruolo anti-aterogeno delle HDL, soprattutto in presenza di LDL piccole, dense ed altamente ossidabili.

Nei pazienti con AR è stata inoltre dimostrata una condizione di iperinsulinemia e resistenza all'insulina con una conseguente ridotta tolleranza ai carboidrati che si correla con la gravità del processo infiammatorio. Inoltre i pazienti con artrite reumatoide presentano uno stato protrombotico caratterizzato

da un aumento del fibrinogeno e dell'inibitore del plasminogeno. L'attività protrombinica del fibrinogeno si esprime tuttavia anche attraverso un aumento della viscosità ematica. Anche elevati livelli sierici di omocisteina possono essere considerati fattore di rischio per le malattie cardiovascolari nei pazienti con AR,

Le considerazioni finora espresse hanno importanti risvolti terapeutici. Una soppressione efficace della risposta infiammatoria in stretta relazione con un controllo efficace e persistente delle malattie reumatiche a genesi autoimmune potrebbe ridurre il rischio di eventi cardiovascolari. Le evidenze epidemiologiche preliminari di numerosi studi sembrano confermare questa possibilità. Per esempio, è stato dimostrato che trattando con metotrexato i pazienti con AR si riduce la mortalità, riducendo principalmente la mortalità cardiovascolare

Studi recenti hanno dimostrato che oltre ad un aumento di morbidità e mortalità cardiovascolare nei pazienti con artrite reumatoide vi è anche un processo di aterosclerosi subclinica precoce come evidenziato da un aumentato ispessimento media-intima della carotide comune

Secondo i dati dell'Istituto superiori di Sanità: complessivamente il 31% della popolazione italiana è iperteso e il 17% è border-line. Negli uomini i valori sono più elevati nel Nord-Est (37%) e nel Nord-Ovest (32%), nelle donne al Sud (34%). In accordo con i dati riportati in letteratura, i valori aumentano con l'avanzare dell'età e nelle donne l'aumento legato all'età è particolarmente evidente dopo la menopausa. Una proporzione elevata di ipertesi (27%) non sa di esserlo: tale proporzione varia: 32% nel Nord-Est, 30% nel Nord-Ovest, 19% nel Centro e 24% nel Sud) e di questi la maggior parte non ha misurato la pressione nell'ultimo anno.

Nel 2015, la Food and Drug Administration americana ha rafforzato i suoi avvertimenti riguardo ai rischi cardiovascolari di FANS e inibitori della ciclo ossigenasi-2 (COX-2). Inoltre evidenze pubblicate in letteratura hanno dimostrato che la prevalenza di ipertensione arteriosa è significativamente più alta nei pazienti con artrite reumatoide rispetto alla popolazione generale. Vi sono diversi fattori che potrebbero influire sullo sviluppo di ipertensione arteriosa nei pazienti con artrite reumatoide. In particolare il ruolo importante è da attribuire all'infiammazione cronica, alla scarsa attività fisica e forse all'uso di farmaci antireumatici. Nelle Linee Guida Europee relative al trattamento dell'ipertensione arteriosa la proteina C reattiva (PCR) è stata inclusa tra i fattori di rischio a causa delle crescenti evidenze che possa essere un fattore predittivo di eventi cardiovascolari nei pazienti con ipertensione arteriosa.

I pazienti con artrite reumatoide hanno una ridotta attività fisica. Questo è in relazione con il dolore e la rigidità articolare legati alla malattia. La vita sedentaria è correlata con lo sviluppo di obesità e questa ad aumentato rischio per lo sviluppo di ipertensione arteriosa.

L'obesità è una malattia complessa, in cui la perdita di peso può essere ottenuta attraverso diversi approcci, che vanno dal cambiamento dello stile di vita come primo e fondamentale passo, attraverso dieta adeguata e regolare attività fisica, fino alla terapia farmacologica o, nei casi più complicati, alla chirurgia. I numeri dell'obesità in Italia e nel mondo hanno spinto il Ministero della Salute ad inserire l'obesità nel Piano Nazionale Cronicità anche se le prestazioni per pazienti con obesità non sono incluse nei LEA. Si stima che continuando di questo passo nel 2035 sovrappeso e obesità avranno un impatto economico globale di 4.320 miliardi dollari. Oggi, grazie a ricerca e innovazione, per una patologia

cronica così diffusa ed impattante – ancora molto forte lo stigma verso le persone con obesità – esistono delle efficaci opzioni terapeutiche. Spetta al medico individuare l’approccio più adeguato in base alla situazione del paziente.

Infatti, particolare attenzione verrà posta alla presentazione degli studi che mostrano indicazioni ed effetti benefici dei nuovi farmaci nella terapia dell’obesità: nello specifico agli agonisti della GLP1 ed ai Dual Agonist (GIP-GLP1 RA) e alle loro importanti ripercussioni nel calo del peso nella terapia delle patologie articolari.

L’utilizzo di strumenti validati per il calcolo del rischio cardiovascolare individuale è supportato da numerose raccomandazioni internazionali. In particolare, nelle linee guida della ESC (European Society of Cardiology) del 2016, l’algoritmo Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE) veniva proposto per la stima del rischio di morte per cause cardiovascolari a 10 anni. Tuttavia, il carico totale della malattia cardiovascolare aterosclerotica è meglio descritto dalla combinazione della morbidità (in particolare infarto miocardico e ictus non fatali) con la mortalità cardiovascolare. In linea con questa considerazione, le linee guida ESC 2021 supportano l’utilizzo della versione aggiornata dell’algoritmo SCORE, lo SCORE 2, che permette di stimare il rischio di eventi fatali e non a 10 anni in soggetti senza eventi precedenti.

Riguardo la terapia, i DMARDS convenzionali e/o biologici, hanno dimostrato di esercitare un effetto di riduzione del rischio cardiovascolare, tuttavia non è al momento chiaro se tale beneficio derivi principalmente dal controllo efficace dell’infiammazione o se il targeting di specifiche citochine implicate nell’aterosclerosi contribuisca ulteriormente alla riduzione del rischio cardiovascolare. La terapia con i farmaci antireumatici (in particolare con leflunomide, ciclosporina, FANS, cortisonici) potrebbe contribuire all’aumento pressorio attivando il sistema simpatico, inibendo la produzione di prostaglandine, riducendo la perfusione renale, aumentando la produzione a livello arteriolare di bradichinina, adenosina ed elicosanoidi, causando la ritenzione di sodio e ritenzione idrica ed attivando il sistema renina-angiotensina.

La scarsa aderenza alle prescrizioni del medico è la principale causa di non efficacia delle terapie farmacologiche ed è associata a un aumento degli interventi di assistenza sanitaria, della morbidità e della mortalità, rappresentando un danno sia per i pazienti che per il sistema sanitario e per la società. E’ questo avviene in un momento storico nel quale sono a disposizione dei medici numerosi nuovi farmaci con meccanismo di azione diversi e quindi complementari: nuovi NAO, SGLT2 inibitori, stimolanti della Guanilato ciclasi, analoghi del GLP1, Dual Agonist (GIP-GLP1 RA), inibitori delle JAK, stimolanti dell’osteoblasta, inibitori della sclerostina..... sono alcuni dei nuovi farmaci con meccanismi di azione altamente specifici e risultati clinici straordinariamente positivi che offrono al medico la possibilità di raggiungere traguardi terapeutici mai pensati qualche anno fa.

Secondo i dati del Centro Studi SIC Sanità il miglioramento dell’aderenza alla terapia possono determinare fino a 11,4 miliardi euro di risparmio per il Servizio Sanitario Nazionale e un significativo miglioramento in termini di salute per l’intera popolazione dei malati cronici, infine, con la maggiore aderenza alla terapia, si otterrebbero minori eventi avversi, inferiore accesso a pronto soccorso e ospedalizzazione e minore spesa farmaceutica.

Lo scopo del presente Corso è informare i medici di Medicina Generale dei metodi per valutare il rischio cardiovascolare nei pazienti con artrite reumatoide, e promuovere interventi combinati su stile di

vita, uso di tutto l'armamentario specifico per trattare l'ipertensione arteriosa, l'ipercolesterolemia e l'iperuricemia ed monitoraggio regolare dei risultati, in un'ottica di multidisciplinarietà e interdisciplinarietà, per ridurre la morbilità e mortalità cardiovascolare e migliorare la qualità di vita nei pazienti con malattie reumatologiche.

2 – PROGRAMMA SCIENTIFICO

Programma nel dettaglio

Sabato 28 MARZO 2026

09.00 *Registrazione ECM*

09.30 Introduzione al corso Metodologie e strumenti formativi – **L. S. Martin Martin**

SESSIONE DI PRATICA CLINICA 1

RIDUZIONE DEL RISCHIO CARDIO VASCOLARE: EPIDEMIOLOGIA E DIAGNOSI DEI DIVERSI FATTORI DI RISCHIO.

09.50 Analisi e sviluppo di un caso clinico reale in piccoli gruppi a cura dei discenti
10 minuti Anamnesi familiare e storica del paziente
50 minuti Sviluppo del caso, elaborazione delle proposte
20 minuti Presentazione del lavoro svolto, approccio diagnostico e terapeutico
Tutor L. S. Martin Martin

11.10 Confronto interattivo docente - discenti **L. S. Martin Martin**

SESSIONE DI PRATICA CLINICA 2

RIDUZIONE DEL RISCHIO CARDIO VASCOLARE: TERAPIA CON AGONISTI GLP-1 E DUAL AGONIST (GLP-1 E GIP)

11.30 Analisi e sviluppo di un caso clinico reale in piccoli gruppi a cura dei discenti
10 minuti Anamnesi familiare e storica del paziente
50 minuti Sviluppo del caso, elaborazione delle proposte
20 minuti Presentazione del lavoro svolto, approccio diagnostico e terapeutico
Tutor L. S. Martin Martin

12.50 Confronto interattivo docente – discenti: **Prof A. Migliore**

13.10 *Pausa pranzo*

SESSIONE DI PRATICA CLINICA 3
RIDUZIONE DEL RISCHIO CARDIO VASCOLARE:
APPROPRIATEZZA ED ADERENZA TERAPEUTICA

- 14.00 Role-playing: Tecniche di comunicazione per migliorare l'aderenza terapeutica
Tutor F. Cedrone e S. Middei
- 15.20 Confronto interattivo docente - discenti **F. Cedrone, S. Middei, L. S. Martin Martin**
- 15.40 Questionario valutazione ECM
- 16.20 Chiusura Corso

3 – DESCRIZIONE CASI CLINICI

CASO 1:

Uomo di 58 anni, affetto da AR da 10 anni, in terapia con Metotrexate 10 mg/w e Fans al bisogno, in remissione clinica da circa 4 anni.

Inoltre è affetto da Diabete Mellito di tipo 2, Obesità (BMI 29) ed Ipertensione arteriosa, che tratta con inibitori della DPP4, Monakolina e Ramipril.

Nella storia clinica è evidente una familiarità per cardiopatia ischemica.

Dopo una situazione molto stressante a livello familiare il paziente riferisce un brusco peggioramento delle artralgie, con rigidità mattutina di diverse ore ed edema importante delle MCF e IFP di entrambe le mani, dei polsi e dei gomiti.

Si ritiene necessario il cambio di terapia e ricorrere ai nuovi farmaci inibitori delle Janus-Kinasi, ma le direttive ministeriali impongono un'attenta valutazione preliminare dei fattori di rischio cardiovascolare.

CASO 2:

Donna di 50 anni, manager di un'azienda di moda italiana.

Riferisce familiarità per osteoporosi e artrosi e da 1 anno è in menopausa e nell'anamnesi patologica remota spicca una menisectomia dx a 35 anni in seguito a trauma sportivo sciistico.

Dopo la promozione a CEO dell'azienda è insorto un quadro di psoriasi cutanea, soprattutto molto evidente a livello di gomiti, ginocchia e mani; la recente menopausa le ha portato ad un notevole aumento di peso (BMI 32).

L'obesità e la psoriasi hanno modificato il proprio aspetto fisico con una notevole perdita di autostima; inoltre, l'aumento del peso ha peggiorato la gonalgia dx, quindi la paziente ci chiede una terapia che possa farla ridurre il BMI e migliorare la propria immagine con la conseguente riduzione del carico sulle ginocchia e del dolore.

NOME COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITA' PROFESSIONALE/FORMATIVA
Luis Severino Martin Martin	Medico Chirurgo	Medicina Interna	Ospedale "Paolo Colombo" Velletri (Roma)	Dal 1° Ottobre 2020 ad oggi, dopo richiesta di cambio contestuale, lavora presso la Medicina Interna dell'Ospedale "Paolo Colombo" di Velletri (Roma) come Dirigente Medico di 1° Livello presso la Corsia di Medicina Interna e presso l'ambulatorio di Reumatologia. Dal 15 Gennaio 2018 al 30 Settembre 2020, presso Medicina Interna dell'Ospedale S. Eugenio di Roma, Dirigente Medico di 1° Livello Dal 1 Gennaio 1995 al 31/12/2017 ha lavorato presso l'Ospedale "Regina Apostolorum" di Albano Laziale (RM) come Dirigente medico di 1° livello nell'Unità Operativa di Medicina Interna. Dal 4 Luglio 1998, Ospedale Regina Apostolorum come Dirigente medico di 1° livello di ruolo nell'Unità Operativa di Medicina Interna. Dal 1997 è stato responsabile dell'Ambulatorio di Medicina Interna-Reumatologia Ospedale Regina Apostolorum e dal 1° Aprile 2002 è stato anche responsabile del "Ambulatorio per la prevenzione e cura dell'Osteoporosi". Nel mese di Marzo 2003 ha ricevuto un "Incarico di elevata specialità per la prevenzione e cura dell'Osteoporosi". Dal 1° Luglio 2003 al 30 Aprile 2004 ha lavorato a Madrid

				(Spagna) come Dirigente Medico di 1° Livello presso il Servizio di Emergenza e Pronto Soccorso degli Ospedali “Madrid” e “Madrid-Monteprincipe”. Dal 7 Febbraio al 31 Giugno 2004 ha lavorato a Guadalajara (Spagna) come Dirigente Medico di 1° Livello presso il Servizio di Emergenza e Pronto Soccorso dell’Ospedale Universitario “Principe de Asturias”. Dal 19 Luglio al 18 Agosto 2004 ha lavorato a Toledo (Spagna) come Dirigente Medico di 1° Livello presso il Servizio di Emergenza e Pronto Soccorso dell’Ospedale “Nuestra Señora del Prado” di Talavera de la Reina. .LAUREATO in Medicina e Chirurgia presso la Facoltà di Medicina di Siviglia (Spagna) col voto "ottimo" nel 1988. SPECIALISTA in Medicina Interna presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma (Policlinico "A. Gemelli") col voto 50/50 e lode nel 1994. Master Universitario di II Livello 2014-2015: “Clinical Problem Solving in Reumatologia” superato in data 13 Novembre 2015.
Sonia Middei	Counselor sanitario	Counselor sanitario	Scuola di Counseling ASPIC	ESPERIENZA PROFESSIONALE

				Attualmente collabora con la scuola di Counseling ASPIC come docente. - Lavora presso “Martin studio medico polispecialistico” come Counselor sanitario - Si occupa di Counseling individuale, di coppia e di gruppo - E’ membro del Consiglio Direttivo di APMARR (Associazione Persone Malattie Reumatiche e rare) - Ha lavorato nel periodo Marzo 1990 a Dicembre 1992 presso il Parco dei Castelli Romani per conto della Cooperativa “Progetto Castelli” con incarichi di Segreteria della Casa Editrice del Parco stesso. - Responsabile della gestione della ditta di fiori “Emilio Middei” dal 1993 al 1996. - Dal 4/04/2002 fino al 31/12/2009 ha lavorato con mansioni di segretaria a tempo indeterminato presso la Ditta “Sintel Italia SpA” di Pomezia. ISTRUZIONE E FORMAZIONE Maturità tecnico-commerciale conseguita presso l’Istituto “E. Fermi” di Velletri. - Master in Counseling presso l’ASPIC (scuola superiore europea di counseling). - Master in Mediatore Familiare presso Scuola Europea AEMeF Master in Mindfulness - Diploma di informatica di rilasciato dall’Assessorato alla Pubblica Istruzione del Comune di Genzano di Roma
--	--	--	--	---

				- Master di lingua spagnola presso l'Istituto "Cervantes" di Roma
Alberto Migliore	Medico Chirurgo	Medicina Interna	l'Ospedale San Pietro Fatebenefratelli di Roma	ESPERIENZA PROFESSIONALE Medico presso l'Ospedale San Pietro Fatebenefratelli di Roma dal 1991 come Responsabile del servizio di Reumatologia nel Dipartimento di Medicina Interna con particolare interesse Osteoartrite, Osteoporosi, Terapia Intrarticolare Ecoguidata, Metanalisi Probabilistica Terapia Biotecnologica Presidente della "Societa Italiana per la Gestione Unificata ed Interdisciplinare del Dolore muscolo-scheletrico e dell'Algodistrofia" (SI-G.U.LD.A.) Fondatore e Presidente di ISTAT (International Symposium on Intrarticular Treatment) dal gennaio 2011 Fondatore e presidente di ANTIAGE (ASSOCIAZIONE NAZIONALE PER LA TERAPIA INTRA ARTICOLARE DELL'ANCA CON GUIDA ECOGRAFICA), . Professore a contratto alla scuola di specializzazione in Reumatologia dell'Universita Cattolica del Sacro Cuore di Roma Professore di Reumatologia presso il corso di laurea della Scuola Infermieri dell'universita La Sapienza-Roma Già membro di commissione di studio del Consiglio Superiore di Sanita, Sezione Prima

				Past-Presidente di “ISPOR-Italy Rome chapter” sezione italiana dell’ International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research Già Segretario Generale della società Italiana di Reumatologia (SIR) Già Vice Presidente del Collegio dei Reumatologi Italiani (CREI) ISTRUZIONE E FORMAZIONE Sì è specializzato in “Medicina interna” presso la terza scuola dell’Università "La Sapienza" di Roma il 24.7.89, riportando la votazione di 70/70 e lode. Immatricolato nel 1979 alla Facoltà di Medicina e chirurgia dell’Università “la Sapienza” di Roma, vi si è laureato il 21.7.1984 con 110/110 e lode
Ferdinando Cedrone	Counselor	Counselor	Libero professionista	ESPERIENZE PROFESSIONALI FORMATORE DEL PERSONALE (FIELD TRAINER) Roche S.p.A. (Risorse Umane) Studio del Piano Formativo del Personale nell' ambito delle Soft Skills. Organizzazione di corsi in aula e affiancamenti sul territorio DOCENTE DI COMUNICAZIONE EFFICACE PER INSEGNANTI delle scuole primarie e secondarie degli Istituti Comprensivi del Comune di Latina FORMAZIONE

				LAUREA IN SCIENZE BIOLOGICHE Università La Sapienza - Roma 22 Giugno 1988 - Votazione 104/110 24 CREDITI FORMATIVI UNIVERSITARI PER L'INSEGNAMENTO Università Pegaso - 2021-2022 SCUOLA DI COUNSELING UNIV. TOR VERGATA RM Counseling Relazionale ad Approccio Integrato - Università degli Studi di Roma Tor Vergata - 2023
--	--	--	--	--

Il provider, ai sensi dall' art. 47 del DPR n.445/2000, consapevole delle conseguenze previste dall'art. 76, dichiara:

- di aver fornito all'interessato l'informativa sul trattamento dei dati personali (art. 13 del Regolamento europeo 2016/679; artt. 68, 70, 76, 96 Accordo Stato-Regioni 2017 "La formazione continua nel settore salute"- Rep. Atti 14/CSR del 2.2.2017 - Par. 4.6, lett. j) Manuale Nazionale di Accreditemento per l'Erogazione di Eventi ECM);
- di aver informato l'interessato che il programma dell'evento ECM, di cui le suddette informazioni contribuiscono a formarne il contenuto minimo, verrà inserito nel catalogo degli eventi E.C.M. tenuto dall'ente accreditante;