



IL PESO DEL RISCHIO CARDIOMETABOLICO:
QUANDO CONTA IL RAGIONAMENTO CLINICO

Aula didattica multimediale della Clinica Medica, II piano III lotto, Policlinico di Foggia; Viale Pinto 1.

Foggia, 18 giugno 2026

Relatore e tutor: Antonino Davide Romano

I SESSIONE

I fenotipi dell'obesità nelle terapie incretiniche: oltre la perdita di peso

- 15.00 Registrazione partecipanti.
- 15.15 Obiettivi del corso e presentazione del Progetto
- 15.30 Semaglutide 2.4 mg nel trattamento dell'eccesso di peso e delle sue comorbidità.
- 16.30 Test individuale e Test di gruppo sugli argomenti trattati – Lavori a piccoli gruppi
- 17.30 Discussione inerente gli argomenti trattati nella I sessione.
- 18.00 Coffee break.

II SESSIONE

Workshop applicativi

- 18.15 Application exercise: Nr. 5 scenari clinici da discutere in Team.
- 19.15 Condivisione delle risposte dei gruppi e discussione in plenaria.
- 19.45 Take home messages relative alle tematiche trattate nella II Sessione
- 20.00 TEST ECM

RESPONSABILI SCIENTIFICI



Prof. Gaetano Serviddio

Prof. Ordinario di Medicina Interna
Direttore S.C. Medicina Interna Universitaria
Direttore S.C. Epatologia Universitaria
Direttore Scuola di Specializzazione in Medicina Interna
Capo Dipartimento Scienze Mediche e Chirurgiche
Università di Foggia
A.O.U. Policlinico di Foggia

Prof. Antonino Davide Romano

Prof. Associato di Medicina Interna
Responsabile Centro per l'Iipertensione Arteriosa e il Rischio Cardiometabolico
A.O.U. Policlinico di Foggia
Università di Foggia

Provider ECM

MDM CONGRESS srl

ID ECM 861
Via Duca D'Aosta 7 – 70128 Bari
Tel. 327 6281340
mdmcongresssrl@gmail.com

Segreteria Organizzativa

Magno Organizer srls con Socio Unico

Ref. Lilli Magno

Via Domenico Morea 16 – 70125 Bari
Tel. 080 5021948 – cell. 339 4142814
Email: info@magnoorganizer.it
magnoorgnaizer@gmail.com

MDM CONGRESS SRL

Sede legale: Via Duca D'Aosta 7 - 70128 Bari

Sede operativa: Via XXIV Maggio 36 – 70121 Bari

Tel. 335 1321987 – Fax 080 9179855 – email mdmcongresssrl@gmail.com



RAZIONALE SCIENTIFICO

L'obesità è oggi uno dei principali fattori di rischio cardiometabolico modificabili e rappresenta, per frequenza e impatto prognostico, un problema trasversale di salute pubblica. L'obesità raramente è isolata: si associa frequentemente a ipertensione, dislipidemia, alterazioni della glicemia (sino al diabete), steatosi epatica, declino della funzione renale, può evolvere verso sindromi cliniche ad alta complessità come lo scompenso cardiaco a frazione di eiezione preservata. In questo contesto, la gestione del rischio non può ridursi alla sola perdita di peso né a un approccio frammentato per singola comorbidità: serve un ragionamento clinico integrato, capace di stabilire priorità, definire obiettivi misurabili e scegliere interventi sostenibili nel tempo.

Negli ultimi anni l'evidenza clinica sugli agonisti incretinici ha modificato il perimetro delle decisioni: oltre all'efficacia sul peso e sui parametri metabolici, emergono dati su esiti "hard" cardiovascolari e su outcome cardio-renali e di qualità di vita in popolazioni ad alto rischio. Parallelamente, l'eterogeneità degli studi (popolazioni, endpoint, disegni di non-inferiorità/superiorità, compositi, durata, tassi di sospensione) impone una lettura critica per evitare estrapolazioni improprie e per tradurre correttamente i risultati nella pratica quotidiana, considerando sicurezza, tollerabilità, aderenza, criteri di selezione e monitoraggio, interazioni con nutrizione ed esercizio e integrazione nei percorsi del SSN. Infatti, la crescente disponibilità di questi farmaci in un contesto di scarso controllo prescrittivo ha favorito distorsioni d'uso: una "leva terapeutica" potente viene talora impiegata in modo indiscriminato, anche al di fuori di un inquadramento clinico appropriato. Ne deriva il rischio concreto di una medicalizzazione "di moda", in cui terapie complesse vengono ridotte a strumenti di benessere o lifestyle, con conseguenze su appropriatezza, sicurezza, aspettative irrealistiche, continuità di cura e sostenibilità del sistema. In questo scenario diventa ancora più necessario un approccio critico, basato su evidenze e percorsi condivisi, che riporti la prescrizione all'interno di criteri clinici, obiettivi misurabili e monitoraggio strutturato.

L'obiettivo è costruire un linguaggio comune tra professionisti e rafforzare un approccio evidence-based e imparziale al "paziente cardiometabolico obeso", valorizzando ciò che è dimostrato, distinguendo ciò che è plausibile da ciò che è ancora in studio, e rendendo le scelte cliniche più coerenti, misurabili e condivise.

OBIETTIVI FORMATIVI

Conoscenze

- Descrivere l'inquadramento dell'obesità come condizione cardiometabolica e riconoscere le principali comorbidità e sindromi correlate (ipertensione, dislipidemia, alterazioni della glicemia, MASLD/MASH, CKD, HFpEF) rilevanti per la prognosi e per la presa in carico.
- Elencare e definire i principali endpoint utilizzati negli studi clinici in ambito cardiometabolico (MACE, compositi cardio-renali, albuminuria/eGFR, PRO quali KCCQ, endpoint istologici), includendo i concetti di non-inferiorità/superiorità e le implicazioni dei tassi di sospensione.

SCENARI CLINICI

Relatore: ANTONINO DAVIDE ROMANO

MDM CONGRESS SRL

Sede legale: Via Duca D'Aosta 7 - 70128 Bari

Sede operativa: Via XXIV Maggio 36 - 70121 Bari

Tel. 335 1321987 – Fax 080 9179855 – email mdmcongresssrl@gmail.com

Scenario 1: Protezione cardiovascolare nel post-infarto: l'effetto biologico oltre il calo ponderale

Paziente di 58 anni, post-infarto miocardico (STEMI 3 anni fa), iperteso, BMI 31 kg/m², HbA1c 5.9%. Attualmente in terapia con doppia antiaggregazione, statina ad alta intensità e ACEinibitore. Lamenta difficoltà nel calo ponderale nonostante stile di vita corretto. Il team deve decidere la strategia a lungo termine.

Lo scenario 1 affronterà la gestione del rischio cardiovascolare residuo nel paziente post-infarto non diabetico con sovrappeso. A partire dal trial SELECT e dall'analisi di Deanfield 2025, il gruppo discuterà perché la protezione vascolare di semaglutide 2.4 mg è disaccoppiata dall'entità della perdita di peso, e come questo impatta le decisioni di continuare o sospendere il farmaco in caso di risposta ponderale subottimale.

Scenario 2: Semaglutide nell'HFpEF obeso: outcome funzionali e meccanismi pleiotropici

Paziente di 65 anni, BMI 34 kg/m², con dispnea da sforzo (NYHA II-III), NT-proBNP 325 pg/ml, frazione di eiezione 55%, evidenza ecocardiografica di disfunzione diastolica e ipertrofia ventricolare sinistra. Non è diabetica.

Lo scenario 2 affronterà la gestione dello scompenso cardiaco a frazione di eiezione preservata (HFpEF) in una paziente obesa non diabetica, con analisi critica degli outcome misurabili (KCCQ-CSS, 6MWT) e confronto con lo stato delle evidenze su tirzepatide nello stesso fenotipo.

Scenario 3: GLP-1 RA nella MASH con fibrosi avanzata: cosa possiamo promettere al paziente

Un uomo di 50 anni con obesità viscerale, sindrome metabolica e diagnosi ecografica di steatosi epatica. La biopsia eseguita per sospetta evoluzione conferma MASH con fibrosi di grado F3.

Lo scenario 3 affronterà l'impiego di semaglutide nella malattia epatica steatosica metabolica nella sua forma più grave (MASH con fibrosi F3), con discussione critica degli endpoint istologici del trial ESSENCE e dei limiti dell'uso dei biomarcatori non invasivi (ALT, MRI-PDFF) come surrogati della regressione della fibrosi.



Scenario 4: Terapia incretinica e rischio sarcopenico: fenotipizzare prima di prescrivere

Donna di 74 anni, BMI 35 kg/m², con storia di cadute frequenti e debolezza muscolare soggettiva. Desidera intraprendere terapia incretinica per "ridurre il carico sulle ginocchia" a causa di una grave artrosi.

Lo scenario 4 affronterà la gestione del rischio sarcopenico in una paziente anziana che richiede terapia incretinica, con enfasi sulla valutazione della funzione muscolare prima dell'avvio del trattamento e sugli interventi complementari obbligatori per preservare la composizione corporea durante la terapia.

Scenario 5 : Il paziente anziano fragile in terapia con GLP-1 RA: quando il beneficio metabolico è superato dal rischio funzionale

Paziente di 81 anni, diabete tipo 2 ben controllato (HbA1c 6.8%) in terapia con Semaglutide 1.0 mg e Metformina. BMI sceso da 32 a 29 kg/m² in 8 mesi (-8 kg). Il paziente è soddisfatto del peso, ma la figlia riferisce che "si alza con più fatica dalla poltrona" e ha ridotto le passeggiate per senso di instabilità e debolezza.

Lo scenario 5 affronterà la tematica di: riconoscimento e gestione del declino funzionale in un paziente anziano diabetico in terapia con semaglutide, con applicazione degli strumenti di valutazione della sarcopenia (handgrip, chair stand test, DEXA/BIA) e discussione delle strategie terapeutiche nella complessità geriatrica.

ACRONIMI MENZIONATI NEL PROGRAMMA/RAZIONALE

MG: milligrammi

SSN: servizio sanitario nazionale

MASLD/MASH: Malattia epatica steatosica associata a disfunzione metabolica/ steatoepatite associata a disfunzione metabolica

CKD: malattia renale cronica

HFpEF: Scompenso Cardiaco con Frazione di Eiezione Preservata

MACE: Eventi Cardiovascolari Avversi Maggiori

EGFR: Estimated Glomerular Filtration Rate

PRO: Esiti Riferiti dal Paziente

KCCQ: Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire

MDM CONGRESS SRL

Sede legale: Via Duca D'Aosta 7 - 70128 Bari

Sede operativa: Via XXIV Maggio 36 - 70121 Bari

Tel. 335 1321987 – Fax 080 9179855 – email mdmcongresssrl@gmail.com



RELATORI/TUTOR

Cognome e nome	ROMANO ANTONINO DAVIDE
Laurea	MEDICINA E CHIRURGIA
Specializzazione	MEDICINA INTERNA
Affiliazione	PROFESSORE ASSOCIATO DI MEDICINA INTERNA – UNIVERSITA' DI FOGGIA

MDM CONGRESS SRL

Sede legale: Via Duca D'Aosta 7 - 70128 Bari

Sede operativa: Via XXIV Maggio 36 - 70121 Bari

Tel. 335 1321987 – Fax 080 9179855 – email mdmcongresssrl@gmail.com