



Via Ausonia 110 Palermo 90100 , tel. 091541042– P.Iva. 05385630826
mayaideesud@libero.it

PROVIDER: MAYA IDEE SUD – ID 449

Titolo La gestione del paziente con Sindrome Nefro-cardio-metabolica

Data: sabato 7 novembre 2026

Sede: Hotel Saracen, via liberta 128 Isola delle Femmine (Palermo)

Target: 40 Partecipanti

Ore formative: 6 - **Crediti Formativi:** 6

Professione: Medico chirurgo

Disciplina: Cardiologia; Geriatria;; Medicina Interna; Radioterapia; Medicina Generale (Medici Di Famiglia); Malattie metaboliche e diabetologia, Endocrinologia.

Obiettivo formativo: Documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza - profili di cura

Resp. Scientifico: Dr. Davide Brancato

RAZIONALE SCIENTIFICO

La sindrome cardio-nefro-metabolica: il ruolo del Medico di Medicina Generale nell'identificazione precoce e nella protezione d'organo con metformina e canagliflozin nel paziente diabetico

Contesto clinico

La crescente diffusione di diabete mellito di tipo 2, obesità, malattia renale cronica e patologie cardiovascolari richiede una gestione integrata del paziente cronico. Il concetto di sindrome cardio-nefro-metabolica (CKM) descrive l'interconnessione tra:

- * alterazioni metaboliche;
- * danno renale;
- * malattia cardiovascolare.

Questa condizione è responsabile di:

- * progressivo aumento del rischio di eventi clinici;
- * perdita della funzione renale;



Via Ausonia 110 Palermo 90100 , tel. 091541042– P.Iva. 05385630826
mayaideesud@libero.it

* incremento della mortalità.

Il ruolo del Medico di Medicina Generale

In questo contesto, il Medico di Medicina Generale riveste un ruolo centrale attraverso:

- * l'identificazione precoce dei soggetti a rischio;
- * la diagnosi tempestiva;
- * la presa in carico continuativa del paziente.

Un intervento precoce sui fattori che alimentano la sindrome CKM può contribuire a migliorare gli outcome clinici nel lungo termine.

Metformina: il cardine della terapia

La metformina rimane il cardine della terapia del diabete tipo 2 grazie a:

- * efficacia consolidata;
- * profilo di sicurezza favorevole;
- * capacità di contrastare l'insulino-resistenza.

Oggi, tuttavia, la gestione del paziente diabetico deve andare oltre il controllo glicemico, puntando anche alla protezione d'organo e, in particolare, renale.

Canagliflozin e protezione cardio-nefro-metabolica

In tale scenario, canagliflozin ha dimostrato benefici rilevanti lungo l'intero asse cardio-nefro-metabolico.

L'inibizione di SGLT2 consente di:

- * rallentare la progressione della malattia renale cronica;
- * ridurre l'albuminuria;
- * preservare la funzione renale;
- * diminuire il rischio di esiti renali maggiori;
- * ridurre le ospedalizzazioni per scompenso cardiaco;
- * favorire la protezione cardiovascolare.



Via Ausonia 110 Palermo 90100 , tel. 091541042– P.Iva. 05385630826
mayaideesud@libero.it

Obiettivi dell'evento

L'evento si propone di favorire il confronto tra Medici di Medicina Generale e diabetologi sull'applicazione pratica delle più recenti evidenze nella gestione del paziente con diabete tipo 2 e sindrome cardio-nefro-metabolica.

Particolare attenzione sarà dedicata a:

- * identificazione precoce del danno renale;
- * monitoraggio di albuminuria e funzione renale;
- * stratificazione del rischio cardiovascolare;
- * impiego appropriato di metformina e canagliflozin.

Metodologia e risultati attesi

Attraverso:

- * relazioni scientifiche;
- * confronto multidisciplinare;
- * discussione di casi clinici;

l'incontro intende fornire strumenti pratici per una gestione proattiva del paziente diabetico, rafforzando il ruolo del MMG in:

- * prevenzione della progressione della malattia renale cronica;
- * protezione cardiovascolare;
- * continuità assistenziale.



Via Ausonia 110 Palermo 90100 , tel. 091541042– P.Iva. 05385630826
mayaideesud@libero.it

PROGRAMMA SCIENTIFICO

Ore 8.30 *registrazione dei partecipanti*

Ore 8.45 *Introduzione e obiettivi del corso (tutti i Relatori)*

Ore 9.00 *Sindrome Nefro-cardio-metabolica: individuiamola*
Dr. D. Brancato

Ore 9.30 *Il paziente diabetico iperteso: quale terapia è da consigliare*
Dr. V. Di Pietro

Ore 10.00 *Il ruolo della Metformina : conosciamola meglio*
Dr. D. Brancato

Ore 10.30 *Discussione tematiche trattate (tutti i relatori)*

Ore 11.00 *coffee break*

Ore 11.15 *Il ruolo degli SGLT2: perchè cambiano la storia clinica del paziente*
Dr. C. D' Orio

Ore 11.45 *Discussione tematiche trattate (tutti i relatori)*

Ore 12.30 *Presentazione casi clinici (tutti i relatori)*

Ore 14.30 *Consegna Questionario ECM*

Ore 15.00 *Chiusura Corso*

FACULTY

Nome e Cognome	Laurea	Specializzazione	Affiliazione
Brancato Davide	medicina e chirurgia	Diabetologia	Casa di cura Candela
Claudio D' Orio	medicina e chirurgia	MMG	Asp Palermo
Vincenzo Di Pietro	Medicina e chirurgia	MMG	Asp Palermo

I CV dei docenti sono custoditi presso la sede del Provider

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 Accreditamento 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

CASI CLINICI:

Caso clinico 1

Paziente

Uomo, 68 anni, penhbsionato. Viene in ambulatorio dal MMG per controllo di routine.

Anamnesi patologica

- Diabete mellito tipo 2 da 11 anni. Attuale terapia: metformina 1000 mg x2/die + gliclazide RM 60 mg/die
- Ipertensione arteriosa in trattamento con ramipril 5 mg + amlodipina 5 mg
- Pregresso NSTEMI 3 anni fa con PTCA su IVA. Frazione d'iezione 48% all'ultimo ecocardio
- Sovrappeso: BMI 29.2 kg/m²
- Non fumatore, sedentario

Esami recenti portati in visione

- HbA1c: 7.8%
- Creatinina 1.3 mg/dL, eGFR 54 mL/min/1.73m²
- PA in ambulatorio: 138/82 mmHg
- LDL-C: 78 mg/dL in terapia con atorvastatina 20 mg
- NT-proBNP: 420 pg/mL

Problema clinico per l'MMG

Paziente con DM2 non a target, cardiopatia ischemica nota, FE lievemente ridotta, MRC G3a A2. Rientra nei criteri delle linee guida SID-AMD/ADA/EASD per l'introduzione di un SGLT2-inibitore per protezione cardio-renale, indipendentemente dalla necessità di ulteriore controllo glicemico.

***Gestione da parte del MMG**

1. ***Identificazione dell'eleggibilità***: DM2 + malattia CV accertata + MRC con albuminuria. Alto rischio di eventi e di progressione renale.
2. ***Avvio terapia***: introdotta canaglifozin 300 mg/die. Spiegati benefici attesi: riduzione rischio scompenso, rallentamento MRC, calo HbA1c.
3. ***Educazione e prevenzione effetti collaterali***: consigliata adeguata idratazione, igiene genitale per ridurre rischio di infezioni. Discusso rischio di ipoglicemia valutata riduzione di gliclazide a 30 mg/die per evitare ipoglicemie.
4. ***Pianificazione monitoraggio***: controllo elettroliti e creatinina a 2-3 settimane, HbA1c a 3 mesi

Follow-up a 3 mesi

- HbA1c: 7.2%
- creatinina: 1.2
- PA: 130/78 mmHg
- Peso: -2.3 kg
- Nessuna infezione genitourinaria, buona tollerabilità
- Il paziente riferisce meno dispnea per sforzi moderati

***Ruolo dell'integrazione con lo specialista –**

L'MMG condivide il caso con il diabetologo e il cardiologo di riferimento tramite PDTA aziendale. Il cardiologo conferma l'indicazione alla gliflozina anche per scompenso a FE lievemente ridotta, ottimizza la terapia con beta-bloccante e inserisce atorvastatina/ezetimibe 20+10 per arrivare a target di LDL. Il nefrologo raccomanda monitoraggi semestrale e il diabetologo predispone monitoraggio delle complicanze.

Il caso evidenzia 3 punti chiave del razionale scientifico:

1. ***Beneficio oltre la glicemia***: la gliflozina è stata scelta per la protezione d'organo, non solo per HbA1c 7.8%
2. ***Centralità dell'MMG***: ha identificato il profilo di rischio e avviato in sicurezza il farmaco sul territorio
3. ***Integrazione efficace***: la condivisione con specialisti ha consolidato la strategia terapeutica

Nei pazienti con DM2 e malattia cardio-renale, l'MMG può e deve avviare le gliflozine. La conoscenza di meccanismo, benefici attesi ed eventi avversi permette di superare l'inerzia terapeutica e di garantire una presa in carico condivisa che migliora gli esiti.

Caso Clinico 2

Anamnesi e Profilo del Paziente

- **Età e Genere**: Uomo, 66 anni, ex fumatore.
- **Comorbidità**: Diabete Mellito di tipo 2 (DMT2) da 10 anni, Ipertensione Arteriosa, Obesità di I classe (BMI 31.5 kg/m²).
- **Sintomatologia attuale**: Riferisce iniziale dispnea da sforzo moderato (classe NYHA II) e astenia. Non dolore toracico, non edemi declivi franchi al momento della visita.

Esami Ematochimici e Strumentali Recenti

- **HbA1c**: 7.8% (62 mmol/mol)
- **Funzionalità Renale**: Creatinina 1.4 mg/dL → eGFR (CKD-EPI): 52 mL/min/1.73m² (Stadio CKD G3a)
- **Rapporto Albumina/Creatinina urinaria (UACR)**: 180 mg/g (Microalbuminuria, Stadio A2)
- **Profilo Lipidico**: Colesterolo LDL 115 mg/dL
- **Ecocardiogramma**: Frazione di eiezione (LVEF) 48% (HFmrEF - Scompenso cardiaco a frazione di eiezione leggermente ridotta), ipertrofia ventricolare sinistra concentrica.

Gli Obiettivi Terapeutici (Target)

1. **Cardioprotezione e Nefroprotezione**: Rallentare la progressione del danno d'organo (rene e cuore).
2. **Controllo Glicemico**: Target HbA1c < 7.0% (personalizzato in base al rischio ipoglicemico e alle comorbidità).
3. **Controllo Pressorio**: Target < 130/80 mmHg (con tollerabilità).
4. **Target Lipidico**: LDL < 55 mg/dL (paziente ad altissimo rischio cardiovascolare).

Ottimizzazione della Terapia: L'Approccio Olistico

La moderna gestione del paziente CKM si basa su farmaci a **duplice o triplice beneficio** (metabolico, renale e cardiovascolare).

Nota di sicurezza per il MMG: All'avvio dell'SGLT2i è prevedibile un lieve calo fisiologico

dell'eGFR (fino al 30%, cosiddetto *eGFR dip*), che si stabilizza in poche settimane. Non sospendere il farmaco a meno che non vi sia un sospetto di danno renale acuto (AKI).

Il Modello di Gestione Integrata (MMG - Specialista)

Per evitare la frammentazione delle cure ("silos specialistici"), si propone un percorso di **condivisione delle responsabilità**:

Il Ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG)

- **Regia della terapia:** Evitare la politerapia incongruente, verificare l'aderenza terapeutica e riconciliare i farmaci ad ogni dimissione o visita specialistica.
- **Monitoraggio della sicurezza:** Controllo periodico di potassiemia, creatinina ed eGFR (specialmente dopo l'introduzione di ACEi/ARB e diuretici).
- **Educazione del paziente:** Promozione dello stile di vita (dieta iposodica, attività fisica adattata) e gestione dei "sick days" (sospensione temporanea di SGLT2i e diuretici in caso di disidratazione o gastroenterite acuta per prevenire l'AKI).

Il Ruolo del Team Specialistico (Cardiologo, Nefrologo, Diabetologo)

- **Cardiologo:** Ottimizzazione della terapia dello scompenso e monitoraggio ecocardiografico.
- **Nefrologo:** Consulenza in caso di rapido declino dell'eGFR ($> 25\%$ o > 5 mL/min/anno) o progressione dell'albuminuria verso la macroalbuminuria (UACR > 300 mg/g).
- **Diabetologo:** Supporto nella titolazione dei farmaci innovativi e nella gestione dei piani terapeutici (laddove richiesto dalla normativa locale).

Calendario del Follow-up Integrato

- **Ogni 3 mesi (MMG):** Controllo PA, peso corporeo, esami ematici di routine (glicemia, creatinina, potassio, HbA1c).
- **Ogni 6 mesi (MMG/Specialista):** Esame urine con calcolo dell'UACR, profilo lipidico completo.
- **Annuale (Cardiologo/Nefrologo):** Valutazione clinica specialistica, ECG ed eventuale ecocardiogramma di controllo.

