

CONTROLLO METABOLICO IN REAL TIME CON AUTOMONITORAGGIO

fruibile dal 15 ottobre al 31 dicembre 2021

Responsabile Scientifico

Prof. Davide Lauro

Direttore Scuola di Specializzazione in Endocrinologia e Malattie del Metabolismo dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Direttore U.O.C. Endocrinologia e Diabetologia della Fondazione Policlinico Tor Vergata

Destinatari dell'iniziativa 500

Dietista

Infermiere

Medico Chirurgo

Angiologia, Cardiologia, Ematologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Geriatria Malattie Metaboliche e diabetologia, Medicina dello Sport, Medico di Medicina Generale, Medicina Interna, Nefrologia, Scienza dell'alimentazione e dietetica

Tipologia dell'evento FAD CON TUTOR

Durata 16 ore - fruibile dal 15 ottobre 2021, da completare entro il 31 dicembre 2021. Le iscrizioni sono possibili di fatto fino al 30 dicembre (meglio al 29), purché si svolgano il programma previsto e si facciano i test entro il 31 dicembre 2021

Obiettivo formativo

Linee guida - protocolli – procedure (2)

RAZIONALE

Il tasso d'incremento delle malattie cardiovascolari (MCV) e i costi ad esse riferibili sono in continua ascesa sia nei paesi sviluppati che in quelli in via di sviluppo. Le MCV sono la prima causa di morte a livello mondiale. Ogni anno circa 18 milioni di persone muoiono per queste patologie, che rappresentano il 31% circa di tutte le cause di morte (1). Quattro decessi su cinque per MCV sono causati da infarto del miocardio e ictus. 5.7 milioni di morti, un terzo dei quali con un'età inferiore ai settanta anni. La malattia aterosclerotica è la causa principale associata a morbilità e mortalità nelle MCV. Le persone a rischio sono quelle con livelli aumentati di pressione arteriosa, con un'alterata tolleranza al glucosio o diabete mellito, con dislipidemia e sovrappeso od obesità. Molte di queste caratteristiche possono essere incluse nelle persone che hanno elevati livelli di insulino-resistenza e/o affetti da sindrome metabolica. Queste condizioni sono caratterizzate da un raggruppamento di condizioni cliniche quali sovrappeso od obesità, l'ipertensione, l'alterata tolleranza al glucosio e la dislipidemia pro-aterogena con elevati livelli di trigliceridi, ridotte concentrazioni del colesterolo HDL e un numero elevato di lipoproteine LDL piccole e dense e, quindi, più facilmente ossidate e/o glicate. Le LDL ossidate o glicate inducono un aumento dei livelli di stress ossidativo con conseguente danno d'organo, quindi, in queste condizioni le concentrazioni ematiche del colesterolo LDL devono essere particolarmente ridotte. L'associazione di queste caratteristiche aumenta il rischio di malattie vascolari cardiache, cerebrali e degli arti, con un aumento dell'infarto del miocardico, dell'ictus e dell'arteriopatia ostruttiva degli arti inferiori (2); inoltre, vi è un aumento del rischio di malattie metaboliche quali il diabete mellito di tipo 2 (DMT2) (3) e la steatosi epatica non alcolica/steatoepatite (NAFLD/NASH) (4). L'associazione tra insulino-resistenza e/o sindrome metabolica ed elevati livelli di trigliceridi è stata descritta per la prima volta nel 1967 (5) e le seguenti relazioni quantitative nel 1974 (6) che sono: insulino-resistenza, aumentata secrezione insulinica in risposta al carico orale di glucosio, aumento della secrezione epatica di lipoproteine VLDL ricche in trigliceridi, aumento delle concentrazioni plasmatiche dei trigliceridi. Questa correlazione è stata confermata su un'ampia gamma di concentrazioni plasmatiche di TG, e risultati sostanzialmente simili sono stati osservati in individui le cui concentrazioni di trigliceridi variavano da 37 a 174 mg/dL. (7). Difatti, uno dei principali fattori di rischio associati allo sviluppo della malattia ateromatosa è l'incremento dei valori dei lipidi circolanti nel torren-

te ematico e, recentemente, si sta approfondendo quale sia il ruolo dei livelli di trigliceridi come fattore di rischio cardio-metabolico. A tale riguardo, uno degli ultimi studi sul tema, pubblicato su "Annals of Neurology" ha dimostrato che esiste una correlazione fra rischio di ictus e trigliceridemia elevata. In particolare, ricercatori del Copenhagen University Hospital hanno esaminato i dati clinici di oltre 7.500 donne e 6.300 uomini, seguiti per un periodo di 33 anni, evidenziando un incremento del rischio di ictus fino a quasi 4 volte superiore. I ricercatori hanno voluto indagare un'area che solitamente sfugge all'identikit per il rischio cardiovascolare, l'ipertrigliceridemia. Le concentrazioni ematiche dei trigliceridi sia a digiuno (8) che dopo i pasti (9) sono predittori indipendenti di MCV, con un rischio particolarmente aumentato nell'ipertrigliceridemia post-prandiale, fase in cui i valori dei trigliceridi ematici correlano con i livelli dell'insulino-resistenza. Nonostante queste evidenze, le raccomandazioni e le linee guida sottolineano in particolare il rischio associato al colesterolo come fattore chiave per prevenire le MCV, non considerando altri parametri come il valore delle concentrazioni ematiche di trigliceridi misurate sia a digiuno che dopo i pasti.

L'ipertrigliceridemia inoltre è un costante riscontro nel paziente DMT2 oltre che in soggetti con sindrome metabolica, etilisti, in sovrappeso e obesità. Circa il 20% della popolazione generale presenta elevati valori di trigliceridemia e numerose evidenze indicano che i trigliceridi sono un fattore di rischio indipendente per gli eventi cardiovascolari (10, 11). La ipertrigliceridemia è fortemente correlata con la concentrazione delle LRT (lipoproteine ricche in trigliceridi) sia a digiuno che dopo i pasti.

Da sottolineare che le attuali linee guida sulla prevenzione dell'ictus in particolare contengono raccomandazioni sui livelli di colesterolo desiderabili, ma non sui trigliceridi post-prandiali. È molto importante, pertanto, poter valutare anche la presenza di livelli crescenti di trigliceridi e colesterolo non a digiuno per la loro associazione con il rischio di ictus ischemico nella popolazione generale (12)

Va a completare il quadro, dato che fra i pazienti con squilibri metabolici/lipemici è presente anche la persona con diabete, la possibilità di poter usufruire nell'autocontrollo anche della opportunità di poter verificare i livelli dei corpi chetonici, eventualmente abbinati anche a valori glicemici e di trigliceridemia. Ciò può essere particolarmente utile per verificare ad esempio la rispondenza di uno schema dietetico volto alla riduzione di trigliceridi circolanti e/o colesterolo, e il suo bilanciamento in termini di produzione di chetoni.

Sarebbe auspicabile, pertanto, al fine di individuare le criticità nel corso della terapia ipolipemizzante o dietetica, garantire una corretta osservanza delle stesse e poter individuare allo stesso tempo, con un automonitoraggio, fruibile sia dal Medico che dal paziente, i livelli ematici che interessano all'operatore sanitario, in real time, sulla falsariga di quanto già avviene in ambito diabetologico. Tutto ciò al fine di evitare il danno ed economico derivante da un mancato monitoraggio, vedono inevitabilmente peggiorare il proprio quadro clinico, con conseguente aggravamento della patologia in atto, o l'insorgere di nuove patologie, con episodi di acuzie cardiovascolare e metabolico. Non va sottaciuta l'importanza ai fini preventivi della possibilità di controllare il paziente a distanza, potendo disporre di una sorta di Health Station, nonché quella per il paziente stesso di auto monitorarsi, interagendo con il Medico, il tutto riducendo gli accessi allo studio, difficoltà amplificata dal quadro pandemico in atto.

UN CONSIGLIO: I CONTENUTI IN FORMATO PDF PRESENTI IN PIATTAFORMA VANNO OBBLIGATORIAMENTE SCARICATI TUTTI, PRIMA DEL TEST FINALE EQUIVALGONO A 4 ORE DI CONSULTAZIONE E/O APPROFONDIMENTO



TESTI PDF DA SCARICARE OBBLIGATORIAMENTE - PER CONVENZIONE SONO NEL MODULO 3*



Letteratura 1 - corrisponde a 3 ore di studio

World Health Organization. World health statistics 2016: monitoring health for SDGs sustainable development goals. World Health Organization; 2016.

Letteratura 2 - corrisponde a 1 ora di studio

Ridker PM, Buring JE, Cook NR, Rifai N. C-reactive protein, the metabolic syndrome, and risk of incident cardiovascular events: an 8-year follow-up of 14 719 initially healthy American women. *Circulation*. (2003) 107:391–7.

Defronzo RA, Tripathy D, Schwenke DC, Banerji M, Bray GA, Buchanan TA, et al. Prediction of diabetes based on baseline metabolic characteristics in individuals at high risk. *Diabetes Care*. (2013) 36:3607–12.

Golabi P, Otgonsuren M, de Avila L, Sayiner M, Rafiq N, Younossi ZM. Components of metabolic syndrome increase the risk of mortality in nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD). *Medicine*. (2018) 97:e0214.

Reaven GM, Lerner RL, Stern MP, Farquhar JW. Role of insulin in endogenous hypertriglyceridemia. *J Clin Invest*. 1967;46:1756–1767.

Olefsky JM, Farquhar JW, Reaven GM. Reappraisal of the role of insulin in hypertriglyceridemia. *Am J Med*. 1974; 57:551–560.



Tobey TA, Greenfield M, Kraemer F, Reaven GM. Relationship between insulin resistance, insulin secretion, very low-density lipoprotein kinetics, and plasma triglyceride levels in normotriglyceridemic man. *Metab Clin Exp*. 1981; 30:165–171.

Austin MA, Hokanson JE, Edwards KL. Hypertriglyceridemia as a cardiovascular risk factor. *Am J Cardiol*. 1998;81(4A):7B–12B

Patsch JR, Miesenböck G, Hopferwieser T, Mühlberger V, Knapp E, Dunn JK, Gotto AM Jr, Patsch W. Relation of triglyceride metabolism and coronary artery disease. *Studies in the postprandial state. Arterioscler Thromb*. 1992;12:1336–13

Toth PP. Triglyceride-rich lipoproteins as a causal factor for cardiovascular disease. *Vascular Health and Risk Management*. 2016; 12: 171-183.

Marcoux C, Hopkins PN, Wang T, et al. Remnant-like particle cholesterol and triglyceride levels of hypertriglyceridemic patients in the fed and fasted state. *J Lipid Res*. 2000; 41: 1428- 1436.

Nonfasting Triglycerides, Cholesterol, and Ischemic Stroke in the General Population Anette Varbo, MD,1,2,5 Børge G. Nordestgaard, MD, DMSc,1–3,5 Anne Tybjærg-Hansen, MD, DMSc,2–5 Peter Schnohr, MD, DMSc,3 Gorm B. Jensen, MD, DMSc,3,5 and Marianne Benn, MD, PhD, DMSc1,2,5. *ANN NEUROL* 2011; 69:628–634

Modulo

1

ATTENZIONE i video vanno visualizzati per l'apprendimento almeno due volte – durata apprendimento 6 ore

Relazione 1	SINDROME METABOLICA E INSULINO-RESISTENZA: DIAGNOSI, PATOGENESI E CLINICA	Dott. Stefano Balducci
Relazione 2	DIABETE MELLITO DI TIPO 2 E ATEROSCLEROSI: FATTORI DI RISCHIO ED EZIO-PATOGENETICI COMUNI	Prof. Francesco Romeo
Relazione 3	MALATTIE CARDIOVASCOLARI E SINDROME METABOLICA: IL RUOLO DELLA DISLIPIDEMIA NELLA PREVENZIONE E PROGNOSI.	Prof. Francesco Barillà
Relazione 4	ADIPOSITÀ VISCERALE E INSULINO-RESISTENZA: IL LINK VERSO IL DIABETE MELLITO	Dott. Antonio Lanzilli
Relazione 5	INSULINO-RESISTENZA, STRESS OSSIDATIVO E DISFUNZIONE ENDOTELIALE: LA ROAD MAP PER LE MALATTIE CARDIOMETABOLICHE	Prof. Davide Lauro
TEST MODULO 1	Questionario a risposta multipla randomizzato, da superare per passare al Modulo successivo 5 tentativi possibili. 25 % errori al max (si può ripetere il modulo)	

Modulo

2

Attenzione: i video vanno visualizzati per l'apprendimento almeno due volte – durata apprendimento 4 ore

Relazione 6	L'AUTOCONTROLLO METABOLICO NELLA COMUNICAZIONE MEDICO PAZIENTE ED INTERDISCIPLINARE	Dott. Renato Giordano
Relazione 7	LA MEDICINA TERRITORIALE NELLE MALATTIE CRONICHE NON TRASMISSIBILI: RUOLO DELL'AUTOMONITORAGGIO E DELL'AUTOCONTROLLO.	Dott. Salvatore Turco
Relazione 8	APPLICAZIONE PRATICA DELL'AUTOCONTROLLO METABOLICO AL PAZIENTE DIABETICO DI TIPO 1 e DI TIPO 2	Dott. Fabio Celletti
Relazione 9	APPLICAZIONE PRATICA DELL'AUTOCONTROLLO METABOLICO AL PAZIENTE DEL MMG - DIMOSTRAZIONE DI UN CASO PRATICO	Dott. Alfonso Gargaro
TEST MODULO 2	Questionario a risposta multipla randomizzato, da superare per passare al Modulo successivo 5 tentativi possibili. 25 % errori al max (si può ripetere il modulo)	



MODULO 3: scaricare ora **TUTTI** i contenuti testuali indicati a pag. 4

CASI CLINICI ED APPROFONDIMENTI

i video vanno visualizzati per l'apprendimento due volte - durata apprendimento 2 ore

CASO CLINICO

Prof. Barillà
contenuto video

STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO E TRATTAMENTO DEL PAZIENTE CON SINDROME METABOLICA

Dott. Giordano
contenuto video

LA COMUNICAZIONE IN DIABETOLOGIA

CASO CLINICO

Dott. Celletti
Contenuto testuale
da scaricare

PREVENZIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE E DEL DIABETE MELLITO DI TIPO 2: GLICEMIA, CHETONI, COLESTEROLO E TRIGLICERIDI RAPPORTO E SIGNIFICATO

Modulo

4

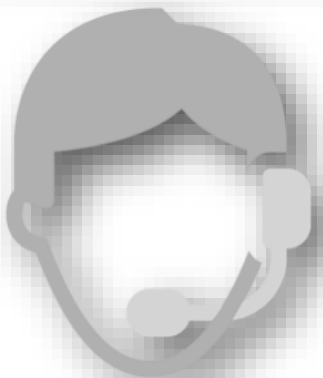
FINALE

TEST FINALE

Questionario a risposta multipla randomizzato. 5 tentativi possibili. 25 % errori al max (in caso di esito negativo, si può ripetere il corso)

🏠 Corso attuale ★ Altri corsi ? 👤 ↗

Per l'assistenza, clicca sul ? a sinistra della icona utente



A questo punto, dovresti aver terminato il corso
Ricorda di compilare il modulo CUSTOMER
Ricorda di scaricare l'attestato ECM

Se non riesci a scaricare l'attestato i motivi possono essere:
non hai superato il test
hai dei contenuti (video, testo) ancora da visualizzare o da scaricare
devi compilare il modulo di gradimento (CUSTOMER)



Nome	Cognome	Titolo, Professione e incarico	Sede di lavoro
STEFANO	BALDUCCI	Medico di Medicina Generale, ASL-RMS Specialista in Endocrinologia – ASN a Professore di II fascia in Endocrinologia e Scienze dell'Esercizio Fisico e dello Sport - Presidente Associazione Fitness Metabolica Onlus	Roma
FRANCESCO	BARILLA'	Medico Chirurgo, Specialista Medicina dello Sport, Professore Associato di Cardiologia. Direttore della Scuola di Specializzazione in Malattie dell'Apparato Cardiovascolare	Università Tor Vergata, Roma
FABIO	CELLETTI	Medico Chirurgo, Specialista in Patologia Clinica N.O. Indirizzo Immunoematologico - Direttore UOSD Endocrinologia e Malattie Metaboliche, Frosinone	ASL Frosinone
ALFONSO	GARGARO	Medico di Medicina Generale – Scuola di Formazione dei Medici di Famiglia, Regione Lazio - SIMMG	ASL Frosinone
RENATO	GIORDANO	Medico chirurgo, Specialista in Endocrinologia, UOC Diabetologia e Dietologia Osp. S. Spirito	Roma
ANTONIO	LANZILLI	Medico Chirurgo, Specialista in Gerontologia e Geriatria e in Scienza dell'Alimentazione. Unità Operativa di Diabetologia e Nutrizione Clinica, Centro di riferimento regionale per la Diagnosi e Trattamento delle Dislipidemie Familiari	A.O.R.N. San Giuseppe Moscati, Avellino
DAVIDE	LAURO	Medico Chirurgo, Specialista in Endocrinologia, Professore di I Fascia, S.S.D. Endocrinologia, Dipartimento di Medicina dei Sistemi. Direttore Scuola di Specializzazione in Endocrinologia e Malattie del Metabolismo, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata". Direttore UOC Endocrinologia e Diabetologia, Dipartimento di Scienze Mediche, Fondazione Policlinico Tor Vergata, Roma	Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
FRANCESCO	ROMEO	Medico Chirurgo, Specialista in Malattie dell'Apparato cardiovascolare. Professor, Cardiovascular Disease, Saint Camillus International University of Health and Medical Sciences (UniCamillus)	Roma
SALVATORE	TURCO	Medico Chirurgo, Specialista in Diabetologia e Medicina del Ricambio e in Semeiotica e Diagnostica di Laboratorio. Direttore del Centro Antidiabetico "Fernicola" e Centro Diagnostico omonimo.	Marano di Napoli (NA)



Un consiglio! Scarica i video, utili per il test finale



FRUIBILE dal 15 ottobre in poi
completala entro il
31.12.2021



Evento FAD 484 - 334030 - Crediti 24

Quota di iscrizione € 100,00

Responsabile Scientifico

Prof. DAVIDE LAURO

Direttore Scuola di Specializzazione in
Endocrinologia e Malattie del Metabolismo
Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
Direttore UOC Endocrinologia e Diabetologia
Fondazione Policlinico Tor Vergata

500 Partecipanti

Professioni e discipline

DIETISTA

INFERMIERE

MEDICO CHIRURGO

Angiologia, Cardiologia, Ematologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Geriatria, Malattie Metaboliche e Diabetologia, Medicina dello Sport, Medico di Medicina Generale, Medicina Interna, Nefrologia, Scienza dell'alimentazione e dietetica

Provider Standard Nazionale ALBA AUXILIA

T. +39 393 1825042 - E-mail formazione@albaauxilia.eu