

FAC SIMILE QUESTIONARIO ECM

(il presente questionario rappresenta un esempio del questionario ECM, ha lo scopo di aiutare il discente nella fase di apprendimento, non ha alcun valore ai fini del ricevimento dei crediti formativi)

Lo studio di popolazione CHECK è:

- svedese
- italiano
- inglese
- francese

Quando è stato pubblicato lo CHECK ?

- 2010
- 2012
- 2015
- 2008

Come veniva calcolata la distanza dal target del colesterolo LDL?

- $\text{LDL colesterolo osservato} - \text{LDL target} / \text{LDL target} * 100$
- $\text{LDL colesterolo calcolato} / \text{LDL target}$
- $\text{LDL colesterolo osservato} - \text{LDL target} / \text{LDL calcolato}$
- $\text{LDL colesterolo calcolato} - \text{LDL target} / \text{LDL target} * 100$

La “distanza dal target” indica:

- la percentuale di riduzione della colesterolemia LDL iniziale che deve essere ottenuta per portare il soggetto al proprio target terapeutico
- la riduzione della colesterolemia LDL iniziale che deve essere ottenuta per portare il soggetto al proprio target terapeutico
- la colesterolemia LDL che deve essere ottenuta per portare il soggetto al proprio target terapeutico
- la riduzione della colesterolemia totale iniziale che deve essere ottenuta per portare il soggetto al proprio target terapeutico

Quali sono gli studi europei di popolazione in prevenzione secondaria che affrontano il problema del colesterolo LDL?

- Euroaspire V
- Euroaspire IV
- Euroaspire IV e V
- Eurika

Quale è la % dei soggetti trattati con statine dell'Euroaspire IV?

- 88%
- 83%
- 85%
- 89%

Quale è la percentuale dei pazienti non a target dell'Euroaspire IV?

- >80%
- >55%
- <70%
- <65%

Quanti eventi CV in meno vi sarebbero in una popolazione di 100 pazienti in 10 aa se si riducesse da 100 a 70 mg/dl il colesterolo LDL?

- Circa 3 eventi CV in 100 pazienti in 10 aa
- Circa 5 eventi CV in 100 pazienti in 10 aa
- Circa 8 eventi CV in 100 pazienti in 10 aa
- Circa 6 eventi CV in 100 pazienti in 10 aa

A quanto ammontano i costi pro capite per le patologie CV in Italia nel 2020?

- 297 euro pro capite
- 228 euro pro capite
- 255 euro pro capite
- 210 euro pro capite

Quali sono i costi totali per l'economia derivanti dalle patologie CV in sei paesi europei fino al 2020?

- 134 miliardi di euro
- 118.5 miliardi di euro
- 105,9 miliardi di euro
- 122.6 miliardi di euro

Nei pazienti con disfunzione renale si riscontra anche:

- solo un aumento di rischio emorragico
- un aumentato rischio sia di eventi tromboembolici che emorragici
- solo un aumento del rischio tromboembolico
- non ci sono effetti sui rischi emorragico e tromboembolico

Nei pazienti con disfunzione epatica si riscontra anche:

- aumentato rischio sia di eventi tromboembolici che emorragici
- solo un aumento di rischio emorragico
- solo un aumento del rischio tromboembolico
- non ci sono effetti sui rischi emorragico e tromboembolico

Gli Anticoagulanti orali diretti sono suddivisi in 2 classi principali?

- non è ancora stato chiarito
- no
- sono suddivisi in molteplici classi in base a vari target dei fattori della coagulazione
- sì, inibitori diretti della trombina e inibitori diretti del fattore Xa

I DOACs hanno mostrato:

- la superiorità o non inferiorità rispetto alle terapie anticoagulanti precedenti per la riduzione del rischio tromboembolico
- Non hanno mostrato nessun vantaggio rispetto alle terapie precedenti
- Hanno mostrato solo la non inferiorità rispetto alla riduzione del rischio di sanguinamento
- gli studi ancora non hanno chiarito se mostrano vantaggi rispetto alle terapie precedenti

Rispetto agli Antagonisti della Vitamina K i DOACs:

- Richiedono controlli clinici più frequenti
- richiedono esami del sangue ogni settimana
- hanno mostrato: riduzione rischio di determinati sanguinamenti, riduzione della frequenza di test clinici, meno frequenza dei follow up, onset e offset più immediati, meno interazioni con i farmaci e con gli alimenti
- Hanno mostrato molte più interazioni con cibo e farmaci

In caso di dose di DOACs non assunta

- si può assumere fino a 6 o 12 ore dopo l'orario previsto (secondo il regime del DOAC)
- si attendono 42 ore per riassumere la dose
- non ci sono indicazioni
- si assumono 2 compresse insieme

In generale l'assunzione dei DOAC con forti inibitori o forti induttori di P-gp e/o CYP3A4:

- non è controindicata in quanto non hanno effetto sui livelli plasmatici
- è sconsigliata perché ne potrebbero modificare i livelli plasmatici
- non sono meccanismi noti
- sono associazioni fortemente consigliate perché migliorano il profilo farmacologico

In caso di sanguinamento in paziente che assume DOAC:

- determinare il tipo di sanguinamento, il sito, l'associazione con instabilità emodinamica e valutare la concentrazione di DOAC nel plasma
- valutare solo la concentrazione di DOAC nel plasma
- non importa fare alcuna valutazione
- sospendere il DOAC e non consigliare in assoluto la riassunzione

Come comportarsi prima di una procedura chirurgica nei pazienti che assumono DOAC:

- non ci sono indicazioni
- fare sempre il bridge con eparina
- sospendere prima di qualsiasi procedura e non riassumere prima di 5 giorni
- valutare le caratteristiche dell'intervento e del paziente soprattutto riguardo la funzione renale

Il timing dei controlli nel Follow Up per il paziente che assume un DOAC:

- non richiede follow Up
- in generale si prevede controllo di 3,6 o 12 mesi
- ogni settimana si effettuano controlli sempre
- non è stato ancora chiarito

Nelle nuove linee guida ESC del 2019:

- Viene ribadita l'importanza della stratificazione del rischio cardiovascolare dei pazienti (basso, moderato, alto, molto alto).
- Viene eliminata la classe di rischio cardiovascolare moderato
- Il paziente diabetico si colloca solamente nel rischio cardiovascolare molto alto
- Si sconsiglia l'utilizzo delle carte del rischio SCORE per la valutazione del paziente ipercolesterolemico

Nelle linee guida ESC 2019:

- Non è raccomandata una soglia di colesterolo LDL da raggiungere nel paziente ad alto rischio
- Il colesterolo LDL non risulta importante ai fini della gestione terapeutica nel paziente
- Si sottolinea la necessità di raggiungere nel paziente a rischio molto alto un target di LDL inferiore a 55 mg/dl con una riduzione rispetto al basale di almeno il 50%.
- Si raccomanda di raggiungere nel paziente a rischio molto alto un target di LDL inferiore a 100 mg/dl con una riduzione rispetto al basale di almeno il 50%

Nello studio IMPROVE IT

- Non vi è differenza nei valori di colesterolo LDL tra braccio di trattamento intensivo (simvastatina+ezetimibe) e standard.
- Vi è un incremento dell'incidenza di morte cardiovascolare nel braccio simvastatina+ezetimibe nonostante una riduzione significativa delle LDL.
- La riduzione significativa dei livelli di LDL nel braccio di trattamento intensivo simvastatina+ezetimibe non si verifica nel sottogruppo di pazienti diabetici.

- L'aggiunta di ezetimibe alla simvastatina riduce i valori di LDL colesterolo di un ulteriore 20% ed impatta positivamente anche sull'incidenza di nuovi eventi cardio-cerebrovascolari

Alirocumab

- E' un anticorpo monoclonale inibente ANGPTL3
- È un anticorpo monoclonale somministrato sottocute inibente la proteina PCSK9 (proteina convertasi subtilisina/kexina di tipo 9), responsabile della degradazione del recettore delle LDL epatico.
- Inibisce l'espressione genica della proteina PCSK9.
- E' un anticorpo monoclonale chimerico attivante il recettore delle LDL

Nello studio FOURIER:

- Evolocumab riduce in maniera significativa di quasi il 60% dei livelli di colesterolo LDL rispetto al basale in confronto con il braccio di trattamento standard ed incide efficacemente sull'endpoint cardiovascolare composito primario e secondario.
- Non vi è riduzione significativa dei livelli di LDL nel gruppo Evolocumab rispetto al braccio di trattamento standard.
- Si assiste ad un incremento degli eventi cardiovascolari nel gruppo che praticava Evolocumab.
- Evolocumab riduce in maniera significativa di quasi il 60% dei livelli di colesterolo LDL rispetto al basale in confronto con il braccio di trattamento standard ma non incide sull'endpoint primario cardiovascolare composito

Nello studio EVOPACS:

- Il tasso di eventi avversi nel gruppo in cui evolocumab veniva somministrato precocemente nel post infarto era tale da non raccomandare tale approccio farmacologico.
- Viene testata l'efficacia di Evolocumab 140 mg ogni 2 settimane versus 420 mg mensili
- Il valore di LDL nel gruppo che riceveva evolocumab nell'immediato post infarto si riduceva significativamente, mantenendosi nelle successive 4-8 settimane.
- La riduzione di LDL nel braccio che riceveva Evolocumab nel precoce post infarto non era significativa

L'acido Bempedoico:

- Inibisce l'enzima HMGCoA reductasi
- E' un profarmaco che, una volta attivato nelle cellule epatocitarie da parte dell'ASCVL1, inibisce l'enzima ATP citrato liasi, riducendo la sintesi del colesterolo.
- E' un inibitore dell'espressione genica di PCSK9
- Non necessita di attivazione per esplicare il suo meccanismo d'azione

L'efficacia, la sicurezza e la tollerabilità dell'acido bempedoico:

- Non sono stati dimostrati.
- Sono stati dimostrati solo nel Clear Wisdom e Clear Tranquility.
- Sono stati documentati negli studi Clear Harmony, Clear Wisdom, Clear serenity e Clear Tranquility
- Sono evidenti solamente nei pazienti ad alto rischio cardiovascolare in terapia con statine ad elevata efficacia

Lopitamide:

- E' una piccola molecola che inibisce il trasferimento dei lipidi legandosi direttamente all'MTP, enzima chiave per l'assemblaggio delle lipoproteine ricche in trigliceridi nel fegato (VLDL).
- E' indicata nel trattamento dei pazienti con ipercolesterolemia familiare omozigote con età maggiore di 18 anni.
- E' somministrabile a partire da un dosaggio di 5 mg/die almeno due ore dopo il pasto serale da titolare gradualmente ogni settimana se tollerato (dosaggio massimo 60 mg/die).
- Tutte le risposte sono corrette

A livello mondiale, i livelli medi di colesterolo nelle ultime 4 decadi, sono:

- Aumentati nonostante i progressi nella terapia farmacologica
- Ridotti nonostante i progressi nella terapia farmacologica
- Rimasti sostanzialmente immutati
- Non valutabili i cambiamenti nel tempo perché sono cambiati i target

La prevalenza mondiale della ipercolesterolemia familiare:

- È 10 volte più alta nei soggetti con cardiopatia ischemica
- È 20 volte più alta nei soggetti con cardiopatia ischemica precoce
- È 23 volte più alta nei soggetti con ipercolesterolemia severa
- Tutte le risposte sono corrette

I target di trattamento del LDL-C dalla loro introduzione nel 1988 ad oggi:

- Sono uguali per tutte le categorie di rischio
- Sono più bassi per coloro che hanno una malattia cardiovascolare nota e per coloro che sono ad alto rischio di eventi ricorrenti.
- Non sono stati introdotti target di trattamento
- Si riferiscono solo ai pazienti trattati con statine

I target di trattamento del LDL-C presenti nelle attuali linee guida:

- Sono basati sulle evidenze ottenute da trial clinici randomizzati
- Supportano il concetto “ancora più basso è meglio” in riferimento ai target di lipoproteine pro-aterogeniche in soggetti ad alto rischio di malattia aterosclerotica cardiovascolare.
- Sono basati sulle evidenze ottenute da trial clinici randomizzati, supportano il concetto “ancora più basso è meglio” in riferimento ai target di lipoproteine pro-aterogeniche in soggetti ad alto rischio di malattia aterosclerotica cardiovascolare, per livelli estremamente bassi la prognosi è migliore.
- Per livelli estremamente bassi la prognosi è migliore

Quale è la riduzione attesa di LDL-C sulla base della intensità del trattamento?

- Con le statine ad alte dosi è attesa una riduzione media dei livelli di LDL-C pari al 60%
- Con statine ad alte dosi più ezetimibe è attesa una riduzione media dei livelli di LDL-C pari al 65% che è uguale in media ai valori raggiunti con un inibitore del PCSK9
- Associando un inibitore del PCSK9, statine ad alte dosi ed ezetimibe è possibile ottenere una riduzione media dei livelli di LDL-C di circa 85% rispetto ai valori di partenza, attualmente il valore maggiore previsto nelle linee guida
- È sufficiente una statina a dosi intermedie per ottenere una riduzione del 60% dei livelli di LDL-C

Quali sono i principali risultati del trial CLEAR Harmony?

- In 52-settimane, l'acido bempedoic aggiunto alle massime dosi di statina tollerate, non comporta una più alta incidenza di eventi avversi rispetto al placebo e determina una significativa riduzione dei livelli di LDL-C
- In 52-settimane, l'acido bempedoic aggiunto alle massime dosi di statina tollerate, comporta una più alta incidenza di eventi avversi rispetto al placebo senza vantaggi nella riduzione dei livelli di LDL-C
- In 52-settimane, l'acido bempedoic aggiunto alle massime dosi di statina tollerate, non comporta ad una più alta incidenza di eventi avversi rispetto al placebo a parità di riduzione dei livelli di LDL-C rispetto al basale
- L'acido bempedoico è controindicato in aggiunta alle massime dosi di statina tollerate

L'EUROASPIRE V, analizza il controllo dei fattori di rischio in 2759 individui senza malattia CV ed in 8261 pazienti in prevenzione secondaria. L'obiettivo principale: determinare se le linee guida 2016 delle Società Europee sulla prevenzione sono implementate nella pratica clinica. Quali sono i risultati che riguardano il controllo del LDL-C?

- Nel 53% dei pazienti in prevenzione primaria e nel 71% dei pazienti in prevenzione secondaria il LDL-C non è a target.
- Nel 43% dei pazienti in prevenzione primaria e nel 38% dei pazienti in prevenzione secondaria il LDL-C non è a target.
- Nel 39% dei pazienti in prevenzione primaria e nel 66% dei pazienti in prevenzione secondaria il LDL-C non è a target.
- Nel 53% dei pazienti in prevenzione primaria e nel 42% dei pazienti in prevenzione secondaria il LDL-C non è a target

Quali sono le evidenze a favore dei trigliceridi come fattore di rischio cardiovascolare?

- Evidenze epidemiologiche: grandi studi di popolazione e studi di prevenzione secondaria in pazienti trattati con statina identificano i trigliceridi come marcatore di rischio.
- Evidenze genetiche: Il colesterolo trasportato nei TGRL (RLP-C)+ è un fattore causale per le malattie cardiovascolari e la mortalità per tutte le cause. Diverse varianti nei geni coinvolti nel metabolismo dei TGRL sono associate alla malattia aterosclerotica cardiovascolare.
- Evidenze terapeutiche: Sono necessarie ulteriori prove che dovrebbero essere ottenute usando nuovi agenti sviluppati per la riduzione delle concentrazioni dei trigliceridi
- Tutte le precedenti sono corrette

Cosa è la "fragilità"?

- Sinonimo di età avanzata.
- Sinonimo di disabilità.
- Condizione clinica caratterizzata da una aumentata vulnerabilità agli agenti patogeni ed ai vari tipi di stress.
- Sinonimo di comorbidità

Cosa è il "SYNTAX" Score?

- Score per il rischio di sanguinamento
- Sistema per definire la complessità anatomica della patologia coronarica e per indicarci la corretta via di rivascolarizzazione.
- Score per il rischio tromboembolico
- Indice per valutare la fragilità

In relazione alle ultime linee guida, quale P2Y12 associare in una duplice o triplice terapia antitrombotica?

- Ticagrelor
- Prasugrel
- Cangrelor
- Clopidogrel

Quale è lo score maggiormente utilizzato per valutare il rischio di sanguinamento in paziente con fibrillazione atriale?

- HEMORR₂HAGES Score
- HAS-BLED Score
- ORBIT bleeding risk Score
- ATRIA bleeding risk Score

In pazienti con FA sottoposti a rivascolarizzazione coronarica (PCI), quale è la durata di "default" della triplice terapia antitrombotica?

- 1 mese
- 6 mesi
- 1 settimana
- 3 mesi

In pazienti con FA sottoposti a rivascolarizzazione coronarica (PCI), quale è la durata “massima” della triplice terapia antitrombotica in pazienti considerati ad “alto rischio ischemico”?

- 1 mese
- 6 mesi
- 1 settimana
- 3 mesi

In pazienti con FA sottoposti a rivascolarizzazione coronarica (PCI), quali gli scores da utilizzare al fine di identificare un paziente “alto rischio ischemico”?

- CHA₂DS₂-VASC e C2HEST Score
- CHA₂DS₂-VASC e HEART Score
- GRACE e SYNTAX Score
- HEART e C2HEST Score

In pazienti con FA sottoposti a rivascolarizzazione coronarica (PCI), quale è la strategia terapeutica di “default” dopo un anno?

- Solo NOAC
- NOAC + ASA
- NOAC + P2Y12
- P2Y12

In pazienti con FA sottoposti a rivascolarizzazione coronarica (PCI), quale dosaggio di NOAC associare in una duplice o triplice terapia antitrombotica?

- Sempre il dosaggio più alto
- In base a scelta collegiale clinic/emodinamista.
- Sempre il dosaggio più basso
- La dose più bassa approvata, efficace per la prevenzione dello stroke, testata negli studi AF

In pazienti con FA sottoposti a rivascolarizzazione coronarica (PCI), quale farmaco anticoagulante è da prediligere in una duplice o triplice terapia antitrombotica?

- VKA
- LMWH
- NOAC
- UHF

Nella storia della patogenesi dell'ateroma lipidico, quale tra questi è stato il primo meccanismo individuato?

- Attivazione coagulazione
- Attivazione risposta infiammatoria
- Attivazione risposta immunitaria
- Lipid storage disease

Su quale delle seguenti manifestazioni cliniche si è osservato il maggiore impatto in rapporto alla riduzione della concentrazione del Colesterolo LDL:

- Infarto Miocardico Acuto
- Arteriopatia Periferica
- Retinopatia
- Neuropatia Periferica

Quale di queste affermazioni sulla patogenesi dell'ateroma è falsa:

- le cellule schiumose attivate guidano la progressione della placca mediante la secrezione di citochine pro-infiammatorie
- l'attivazione endoteliale determina espressione di molecole di adesione che legano specifici ligandi sulla superficie dei leucociti
- le cellule endoteliali attivate secernono enzimi specializzati nella degradazione di collagene ed elastina
- Penetrazione delle cellule mononucleate nell'intima è determinato dall'accumulo di LDL non ossidate

Qual è la più frequente mutazione genetica coinvolta nella fisiopatologia dell'aterosclerosi?

- LDLR
- PCSK9
- COL4A4
- APOB

Quale dei seguenti NON è un effetto della vitamina D sull'aterosclerosi:

- riduzione dei livelli di LDL-C
- riduce l'espressione di E-selectina
- riduce i livelli di IL-4
- riduce i livelli di ossido nitrico

Quale delle seguenti affermazioni riguardo alle cellule B nella patogenesi dell'aterosclerosi è falsa:

- Le cellule B1 riconoscono gli epitopi sulle particelle LDL, inattivandole
- Le cellule B2 richiedono la co-stimolazione da parte delle cellule TFH per differenziarsi completamente in plasmacellule che esprimono anticorpi IgG ad alta affinità contro antigeni aterogenici, come ApoB, oxLDL o calore proteine d'urto (HSP). La neutralizzazione delle cellule B2 è ateroprotettiva, con le funzioni pro e anti-aterogeniche riportate.
- la neutralizzazione delle cellule B2 è aterogenica
- il ruolo degli anticorpi IgG rimane controverso

Quale delle seguenti affermazioni riguardo invecchiamento e aterosclerosi è vera?

- la progressione dell'aterosclerosi è correlata alla riduzione, indotti dall'età, dei livelli di IL-6 circolanti e intracellulari
- IL-6 può anche avere effetti ateroprotettivi direttamente sul sistema vascolare
- l'effetto aterogeno è mediato da un aumento della produzione da parte delle cellule muscolari lisce vascolari (VSMC), dall'instabilità genomica mitocondriale e da un declino della funzione mitocondriale nel sistema vascolare.

Sono stati eseguiti vari studi con farmaci antiproliferativi e antinfiammatori. Quale farmaco non è stato contemplato?

- metotrexate
- colchicina
- canakinumab
- rituximab

Quali tra le seguenti affermazioni riguardo aterosclerosi e immunità è falsa?

- L'aterosclerosi è una malattia infiammatoria cronica con una importante componente autoimmune
- La presenza di cellule T e B nella placca ha fatto nascere l'ipotesi che l'aterosclerosi includa una risposta autoimmune.

- il contenuto crescente della placca di cellule mieloidi e linfociti è correlato a complicazioni cliniche e può predisporre a futuri eventi tromboembolici causati da grandi infiltrati cellulari e un cappuccio fibroso sottile
- Di tutti i candidati che possono fungere da antigeni attivatori delle cellule B e T, i livelli plasmatici di LDL e la sua proteina centrale ApoB mostrano il legame più debole clinico e causale con l'aterosclerosi nell'uomo

Quali sono i dati di incidenza della malattia cardiovascolare nell'ipercolesterolemia familiare?

- 25% by age of 30
- 40% by age of 40
- 60% by age of 50
- 70% by age of 60

I pazienti che assumono nao devono eseguire esami ematici di controllo?

- no
- Sì, settimanalmente, per aggiustamento del dosaggio del nao
- Sì, creatinina ed emocromo ogni 3-4 mesi
- Sì, creatinina ed emocromo solo in vista del rinnovo del piano terapeutico annuale

In caso di cardioversione elettrica:

- la nao va sostituita con tao
- la nao va sostituita con eparina
- la nao va associata ad eparina
- il dosaggio nao rimane invariato

In paziente in terapia con nao che debba essere sottoposto a biopsia endoscopica (rischio emorragico basso) e' indicato:

- sospendere nao senza bridge con eparina 24 h prima
- sospendere nao con bridge con eparina 24h prima
- sospendere nao senza bridge con eparina 48 h prima
- sospendere nao con bridge con eparina 48 h prima

In paziente in terapia con nao che debba essere sottoposto ad intervento con rischio emorragico alto (ad esempio turp) e' indicato:

- sospendere nao con bridge con eparina 24h prima
- sospendere nao senza bridge con eparina 24 h prima
- sospendere nao con bridge con eparina 48 h prima
- sospendere nao senza bridge con eparina 48 h prima

In caso di intervento di cataratta (rischio emorragico minore):

- la nao va sostituita con tao
- la nao non va sospesa ed il dosaggio rimane invariato
- la nao va sostituita con eparina
- la nao va sospesa senza bridge con eparina

In caso di vaccinazione anti covid:

- la nao non va assolutamente sospesa ed il dosaggio rimane invariato
- la nao va sostituita con tao
- la nao va sostituita con eparina
- la nao va sospesa senza bridge con eparina

In caso di intervento di estrazione dentaria (fino a 3 denti nella stessa seduta):

- la nao non va sospesa ed il dosaggio rimane invariato

- la nao va sostituita con tao
- la nao va sostituita con eparina se piu' di 2 denti
- la nao va sospesa senza bridge se minore di 2 denti

Nella scelta di un nao oltre ai parametri classici (chad-vasc, has-bled, emocromo e creatinina) e' importante valutare:

- terapie concomitanti
- status sociale
- alimentazione
- attivita' fisica

Nei pazienti con fa gia' in terapia con nao, in caso di angioplastica con impianto di stent, nelle ultime linee guida pratiche ehra 2021:

- la nao non va sospesa ed il dosaggio rimane invariato in associazione con clopidogrel e/o asa
- la nao va sostituita con tao in associazione con clopidogrel e/o asa
- la nao va sostituita con eparina in associazione con clopidogrel e/o asa
- la nao va sospesa ed assunta sola la doppia antiaggregazione

In che categoria di rischio emorragico rientra la biopsia cutanea:

- a basso rischio emorragico (sospensione nao 24 ore prima)
- ad alto rischio emorragico (sospensione nao 48 ore prima)
- a rischio emorragico minore (non necessita sospensione nao)
- a rischio emorragico medio (sospensione nao 36 ore prima)

Le Linee guida ESC

- definiscono precisi target di LDL per i pazienti con rischio cardiovascolare aumentato
- non definiscono target LDL
- dichiarano inutile la definizione di target LDL per i pazienti a rischio cardiovascolare alto/molto alto
- nessuna delle risposte è corretta

I risultati delle metanalisi confermano che

- la riduzione della malattia cardiovascolare aterosclerotica dipende dalla riduzione dei valori di LDL
- maggiore è la riduzione assoluta delle LDL-C, maggiore è la riduzione del rischio CV.
- il beneficio relato alla riduzione delle LDL-c non è specifico per la terapia con statine.
- tutte le risposte sono corrette

Nell'analisi internazionale di studi osservazionali e linee guida riguardo I pazienti a rischio cardiovascolare molto alto

- La percentuale di pazienti a target di LDL-c è quasi del 100%
- La percentuale di pazienti che non raggiungono il target in Europa si attesta intorno all'85%.
- La percentuale di pazienti che non raggiungono il target si attesta intorno al 50%
- l' Europa ha la percentuale più alta del resto del mondo di pazienti che raggiungono il target

Nel progetto Net Sca ANMCO la persistenza terapeutica a 90 giorni dei pazienti in trattamento con statina 80mg è

- vicino allo 0 %
- 86%
- 51%
- nessuna delle risposte è corretta

L'interruzione del trattamento con statine nei pazienti colpiti da infarto miocardico comporta:

- un incremento della mortalità.
- un incremento degli effetti collaterali.
- un incremento della compliance alla terapia
- una riduzione significativa degli eventi cardiovascolari

I fattori che influenzano la capacità di raggiungere i livelli di LDL desiderati sono

- difficoltà con l'aderenza
- intolleranza del paziente alla terapia ottimale
- insufficiente controllo nonostante il massimo della terapia ipolipemizzante
- tutte le risposte sono corrette

In caso di comparsa di sintomi muscolari in paziente in trattamento con statina

- si sospende immediatamente e definitivamente il trattamento
- si incrementa la posologia per verificare un eventuale peggioramento dei sintomi
- si sospende il trattamento per 2-4 settimane e si valuta la ricomparsa o meno dei sintomi alla ripresa della terapia
- non si modifica la terapia in quanto i sintomi muscolari non sono tra gli effetti collaterali delle statine

L'introduzione di ezetimibe in associazione alla statina

- non modifica i livelli di LDL ma permette una riduzione dell'incidenza degli effetti collaterali
- riduce ulteriormente gli eventi cardiovascolari
- è solitamente sconsigliata
- si introduce solo in associazione agli inibitori del PCSK9

L'utilizzo di ezetimibe è consigliato

- nei pazienti a basso rischio cardiovascolare
- fin dalla dimissione in tutti i pazienti, fatta eccezione per quelli con disfunzione renale
- nei pazienti che hanno avuto una SCA in corso di terapia con statine
- nei pazienti giovani

Gli inibitori dei PCSK9

- sono molto efficaci nel ridurre i livelli di LDL
- non hanno interazioni con altri farmaci
- hanno pochi tollerabili effetti collaterali
- tutte le risposte sono corrette

Come si comportano con l'età la prevalenza di fibrillazione atriale e scompenso cardiaco?

- con l'età la prevalenza di fibrillazione atriale aumenta ma quella di scompenso cardiaco si riduce
- con l'età la prevalenza di fibrillazione atriale si riduce ma quella di scompenso cardiaco aumenta
- aumentano parallelamente con l'età
- nessuna delle risposte è corretta

I pazienti con scompenso cardiaco e fibrillazione atriale trattati con VKA rispetto ai pazienti che presentano solo la fibrillazione atriale hanno un rischio emorragico:

- sovrapponibile
- più elevato
- più basso
- nessuna delle risposte è corretta

Nei pazienti con fibrillazione atriale trattati con VKA la compresenza di scompenso cardiaco:

- riduce il tempo in range terapeutico (TTR) ottimale
- non impatta il TTR

- aumenta il TTR
- nessuna delle risposte è corretta

Dalle sottoanalisi degli studi su DOACs vs VKA nei pazienti con scompenso cardiaco emerge che:

- il rischio di ictus e tromboembolismo sistemico diminuisce con la gravità dello scompenso cardiaco
- il rischio di ictus e tromboembolismo sistemico non è influenzato dalla gravità dello scompenso cardiaco
- il rischio di ictus e tromboembolismo sistemico aumenta con la gravità dello scompenso cardiaco
- nessuna delle risposte è corretta

Nei pazienti con fibrillazione atriale in trattamento con VKA la compresenza di scompenso cardiaco può ridurre il TTR per:

- l'assunzione di terapie farmacologiche complesse che includono un elevato numero di farmaci
- la più alta prevalenza nello scompenso cardiaco di insufficienza renale
- la più alta prevalenza nello scompenso cardiaco di insufficienza epatica
- tutte le risposte sono corrette

Nelle singole sottoanalisi degli studi di registrazione dei DOACs (RE-LY, Rocket-AF, Aristotele, Engage AF TIMI) condotte nelle sottopopolazioni di pazienti che presentavano anche scompenso cardiaco si è evidenziato:

- una performance in termini di prevenzione di ictus e tromboembolismo sistemico dei DOACs nei pazienti con scompenso cardiaco sovrapponibile a quella nella popolazione generale
- una performance in termini di prevenzione di ictus e tromboembolismo sistemico dei DOACs nei pazienti con scompenso cardiaco sovrapponibile a quella nella popolazione generale, ma con un rischio emorragico molto aumentato rispetto alla popolazione generale
- un peggioramento della performance dei DOACs in termini di prevenzione di ictus e tromboembolismo sistemico nei pazienti con scompenso cardiaco rispetto alla popolazione generale
- nessuna delle risposte è corretta

Dalla metanalisi di Xiong è emerso che l'utilizzo dei DOACs (limitato alle alte dosi per Dabigatran ed Edoxaban) rispetto a VKA nei pazienti con scompenso cardiaco determina:

- un aumento significativo dell'occorrenza di ictus e tromboembolismo sistemico
- una riduzione significativa dell'occorrenza di ictus e tromboembolismo sistemico
- un effetto neutro sull'occorrenza di ictus e tromboembolismo sistemico
- nessuna delle risposte è corretta

Dalla metanalisi di Xiong è emerso che l'utilizzo dei DOACs rispetto a VKA nei pazienti con scompenso cardiaco determina:

- un aumento dei sanguinamenti maggiori
- un effetto neutro sui sanguinamenti maggiori
- una riduzione dei sanguinamenti maggiori
- nessuna delle delle risposte è corretta

Negli studi WASH e WATCH condotti in pazienti con scompenso cardiaco ma senza fibrillazione atriale la terapia anticoagulante con warfarin ha dimostrato:

- di ridurre significativamente l'occorrenza dell'evento composito morte/infarto miocardico/ictus
- di aumentare significativamente l'occorrenza dell'evento composito morte/infarto miocardico/ictus
- nessun impatto significativo sull'occorrenza dell'evento composito morte/infarto miocardico/ictus

- tutte le risposte sono corrette

Lo studio Commander HF ha dimostrato che l'aggiunta di Rivaroxaban 2.5 bid nei pazienti con scompenso cardiaco in assenza di fibrillazione atriale:

- riduce l'occorrenza dell'endpoint primario di efficacia (morte/ictus/infarto miocardico) e riduce i sanguinamenti maggiori
- riduce l'occorrenza dell'endpoint primario di efficacia (morte/ictus/infarto miocardico) al prezzo di un aumento dei sanguinamenti maggiori
- non riduce l'occorrenza dell'endpoint primario di efficacia (morte/ictus/infarto miocardico) e determina un aumento dei sanguinamenti maggiori
- nessuna delle risposte è corretta

I DOAC

- Vengono eliminati per via renale
- Vengono eliminati per via epatica
- Vengono eliminati al 50% per via renale e per il 50% per via epatica
- Vengono eliminati sia per via renale che per via epatica in percentuali che variano a seconda della molecola

Nel paziente anziano

- Il rischio trombo embolico aumenta progressivamente con l'età
- Il rischio emorragico non aumenta in modo progressivo con l'età
- Il beneficio clinico netto della terapia anticoagulante è maggiore
- Tutte le risposte sono corrette

Nel paziente anziano

- Non vi è correlazione fra età e beneficio della terapia con DOAC alle alte dosi
- Non vi è correlazione fra età e beneficio della terapia con DOAC alle basse dosi
- Vi è evidenza statisticamente significativa di maggior sicurezza per Edoxaban ed Apixaban sia alle alte che alle basse dosi
- Tutte le risposte sono corrette

Nell'analisi pre-specificata dell'ENGAGE sui pazienti anziani a rischio di cadute

- La riduzione assoluta dei sanguinamenti maggiori e di tutte le cause di morte è risultata maggiore nei pazienti più a rischio
- Non vi è stata riduzione statisticamente significativa degli eventi in questa categoria di pazienti
- Il warfarin si è dimostrato superiore in termini di sicurezza
- Nessuna delle risposte è corretta

Il rischio di cadute

- E' uno dei maggiori determinanti nella scelta di non coagulare i pazienti anziani
- Non aumenta significativamente il rischio di emorragie maggiori nei pazienti con FA in DOAC
- Non è associato ad aumentato rischio di ICTUS emorragico
- Tutte le risposte sono corrette

I DOAC nelle LG ESC FA 2020

- Sono indicati in classe IA per la prevenzione del tromboembolismo nei pazienti con FA non valvolare
- Sono indicati in classe I B per la prevenzione del tromboembolismo nei pazienti con FA non valvolare

- Sono indicati in classe III per la prevenzione del tromboembolismo nei pazienti con FA non valvolare
- Sono controindicati per la prevenzione del tromboembolismo nei pazienti con FA non valvolare

La mancata aderenza alla terapia nel paziente anziano fragile

- Non è correlata all'età
- E' indipendente dal numero di comorbidità
- E' correlata al numero delle dosi dei farmaci ed alla facilità posologica
- Nessuna delle risposte è corretta

Quale DOAC è controindicato se la clearance della creatinina stimata con Cockcroft Gault è inferiore a 30 ml/min

- Rivaroxaban
- Apixaban
- Dabigatran
- Edoxaban

I DOAC

- Hanno rapida comparsa dell'effetto e rapida scomparsa dopo sospensione
- Hanno predittività della risposta
- Non hanno interazioni con gli alimenti
- Tutte le risposte sono corrette

In Italia l'ipercolesterolemia è responsabile:

- A più del 20% della mortalità per stroke
- Tutte le risposte sono corrette
- Di circa 46000 morti l'anno
- A più del 40% della mortalità per cardiopatia ischemica

La dislipidemia aumenta il rischio di PAD secondo quale profilo?

- aumentati livelli di trigliceridi
- ridotti livelli di HDL-C (< 35 mg/dl)
- aumentati livelli di trigliceridi, Lp (a), LDL-C
- aumentati livelli di LDL-C

Cosa si intende per aderenza terapeutica?

- La mancata assunzione della terapia prescritta dal medico
- Portare sempre con se la terapia prescritta dal medico
- La misura in cui il comportamento del paziente incontra le raccomandazioni concordate con il medico prescrittore
- Assumere la terapia tutti i giorni

L'indicazione di livelli di colesterolo LDL come obiettivo terapeutico:

- aiuta il paziente a seguire attivamente la terapia
- è in parte arbitraria, in parte basata sui dati dai trial clinici
- tutte le risposte sono corrette
- aiuta il clinico nella comunicazione al paziente

Nei pazienti con fibrillazione atriale:

- La funzione renale è solitamente stabile nel tempo
- La funzione renale può peggiorare nel tempo
- La funzione renale peggiora con l'utilizzo della terapia anticoagulante
- La funzione renale non è un parametro che necessita monitoraggio

Secondo le linee guida ESC 2020 sulla fibrillazione atriale:

- La terapia con warfarin è da preferire alla terapia con i nuovi anticoagulanti orali
- La terapia con warfarin è sempre controindicata
- La terapia con i nuovi anticoagulanti orali è da preferire alla terapia con warfarin
- La terapia anticoagulante può essere indifferentemente impostata con warfarin o con i nuovi anticoagulanti orali

Nel paziente anziano e fragile con fibrillazione atriale:

- La terapia anticoagulante si associa ad un proibitivo rischio emorragico e va limitata a casi selezionati
- La terapia anticoagulante è associata a riduzione degli eventi ischemici cerebrali ed è pertanto consigliata
- E' suggerita la singola terapia antiaggregante al posto della terapia anticoagulante orale
- è sempre controindicata

Il target LDL-C raccomandato dalle linee guida ESC/EAS del 2019 per un soggetto con ASCVD ed un secondo evento CV entro due anni è:

- Una riduzione del LDL-C < 55 mg/dl
- Una riduzione del LDL-C < 40 mg/dl
- LDL-C < 80 mg/dl
- LDL-C < 60 mg/dl

Con gli inibitori PCSK9, la riduzione di colesterolo LDL attesa è:

- 30%
- 60%
- 20%
- 50%

Gli inibitori del PCSK 9 si somministrano

- Per via sottocutanea una volta al mese oppure ogni 15 giorni con dosaggio diverso
- Per via endovenosa 1 volta al mese
- Per via sottocutanea una volta al mese
- Per via orale 2 volte al giorno

Quale è la percentuale di rischio residuo negli studi con statine sia in prevenzione primaria che secondaria ?

- 70 %
- 60 %
- 30 %
- 25 %